

# Affekten interesse i liv og terapi



Interessen er en sentral drivkraft i våre liv. Hva slags betydning har den egentlig?

TEKST

**Geir Berg**

PUBLISERT 31. januar 2022

EMNER

affekt

terapi

---

«Interesse er kanskje den mest oversette av alle affektene i terapi.» (min oversettelse).

Leigh McCullough Vaillant, 1997

Hvilken rolle spiller interesse i livet vårt? Og hvordan ser vi interesse i det terapeutiske rommet? Som affekt oppleves den i alle avskygninger, fra den lille nysgjerrigheten og iveren til det voksende engasjementet og opphisselsen, og videre til den altoppslukende lidenskapen og besettelsen. Hva skjer når gløden mangler og vi kjenner oss tomme, når vi mister interessens iboende puls av vitalitet og kreativitet? Hvilke tap skjer når den driver oss bort fra oss selv, når vi blir fremmedgjort og mister kontakten med andre og oss selv? Slike spørsmål dukker opp både i livet og i terapien, og denne teksten er et forsøk på å se nærmere på interessens relasjonelle betydning i psykiske lidelser og i terapi, belyst ved to tenkte kasusillustrasjoner.

## **Interessen i utviklingen**

Interessen beveger oss mot det vi trenger for å kunne tilfredsstillende våre basale kroppslige behov og mot det vi trenger for å inngå og utvikle oss i sosiale relasjoner. Det skjer gjennom sansene våre som syn, hørsel og berøring i samspill med andres ønsker og behov, alt etter hva som møter oss i livet. Ifølge Stern (2010) er vi i relasjoner preget av to affektstyrte grunnbevegelser: tilnærming og tilbaketrekking. Vi kan observere det når barnet interessert ser på eller tar på noe eller noen for å utforske, eller når barnet ser bort fra og holder seg vekk fra noe eller noen. Det sees i mor-barn-samspillet gjennom berøring og blikkutveksling, der det å bli sett på med et kjærlig, omsorgsfullt og interessert blikk versus et fjernt, likegyldig eller sint blikk vil prege barnets tilknytningsevne. Dersom barnets gryende interesse blir tilstrekkelig møtt av omsorgspersoner, etableres en trygghet der det kan møte andre og utforske verden.

Barnet vil uvegerlig også møte små og store skuffelser og må, for å komme videre i utviklingen, håndtere slike hendelser ved å utvikle sin evne til affekttoleranse og -regulering i kontakten med andre (Beebe & Lachman, 2002). Ifølge Kohut (1977) vil en passe mengde skuffelser være det som gradvis etablerer en stabil indre selvstruktur, mens en patologisk utvikling skyldes for store mengder skuffelser som barnet søker å beskytte seg mot. Slike skuffelser vil primært bestå av varianter av skam som hemmer interessens utadrettede fungering (Tomkins, 1963), og vil sekundært kunne aktivere andre negative affekter som frykt og sinne. For å unngå eller i størst mulig grad dempe ubehaget fra skammen utvikles defensive mønstre i dannelsen av karakterstrukturen. Vi kan se at interessen er blitt defensiv når den ensidig rettes utover mot andre med oversensitive reaksjoner på ytre stimuli, som andres reaksjoner, blikk og forventninger. Eller tvert imot at man retter mindre interesse mot ytre stimuli, men mer innover med stor grad av (negativ) selvfokusering, samt at det ubalansert kan veksles mellom disse. Felles for slike forsvarsmekanismer er at en mister seg selv og evnen til å ivareta egne behov og ønsker.

### **«Interessen beveger oss ... mot det vi trenger for å inngå i og å utvikle oss i sosiale relasjoner»**

Ifølge McCullough Vaillant (1997) kan vi skille mellom adaptive (normale) interesseformer og defensive (patologiske) interesseformer. Adaptive former knyttes til tilfredsstillende, vitaliserende og dypere relasjoner, der interessen er selvvalgt og ikke pådyttet fra andre. Defensive former for interesse preges av intense relasjonelle involveringer, repeterende og energitappende ritualer og ytrestyrte handlinger. Defensive interesseformer kan etter min mening også ha form av isolerende tilbaketrekking, samt vekslinger mellom disse ytterpunktene. Det vil si én form der en fortaper seg i interessen for å kunne skyve (dissosiere) bort bevisstheten om skam og andre negative affekter, og én med tap av interesse for sine omgivelser og sosial kontakt

dominert av skam. Hovedfokuset i denne teksten vil være på defensive former slik vi kan se dem i terapi (se eksempler i tekstboks).

## **To terapeutiske betraktninger**

Elise ser så vidt opp når hun kommer inn på kontoret, går litt nølende og liksom siger ned i stolen. Hun ser ned og bort fra meg og trekker bena opp under seg i en krøll, skjuler ansiktet i hendene og gråter stille. Jeg sier forsiktig noe om at jeg merker tristheten hennes og ser at hun gråter. Hun beklager at hun gråter. Jeg sier det er ok å gråte her i dette rommet, men at jeg lurer på hva som gjør henne så trist. Etter noen dype sukk samler hun seg, og etter hvert kommer det fram at hun har mistet lysten til noe som helst i livet. Hun er i slutten av tyveårene, hun synes ikke hun klarer noe lenger, grubler mye, vil «skru av hjernen», men klarer det ikke. Søvnene er dårlige, og hun veksler mellom å være apatisk i perioder og irritabel på folk rundt seg. Samboeren er gått lei av kranlingen deres, og hun er redd han skal gå fra henne og at hun skal bli alene.

Hun forteller at hun tidligere har vært aktiv som håndballspiller, men måtte slutte på grunn av slitasjeskader i ene armen. Idretten hadde betydd mye og vært en lidenskap for henne og gitt henne mye glede. Der fant hun noe hun syntes hun klarte, og som moren til en viss grad kunne godta. Hun fikk mye positiv respons fra trenerne, og det var et nært og godt sosialt samhold med lagvenninnene. Tapet etterlot et stort tomrom i livet hennes, og hun visste ikke hva hun skulle gjøre videre, hun kjente seg fastlåst. Fra oppveksten husket hun at moren ofte var kritisk overfor henne, selv om hun var skoleflink. Det var alltid noe hun skulle skjerpe seg på, eller som hun gjorde feil. Under tvil hadde hun valgt å studere noe som moren mente hun burde studere fordi det ville gi høyere status, men som hun selv ikke var så interessert i. Og hun mistet etter hvert helt interessen for studiene og det meste rundt seg. Hun begynte å trekke seg bort fra andre og inn i seg selv, med endeløse selvkritiske grublinger som nå endte i en dyp depresjon.

Det er mulig å få øye på flere tap for Elise. Selvfølelsen smuldrer opp og hun mister troen på seg selv. Hun blir tappet for vitalitet og det oppstår depresjon der tap av interesse og mindreverd er sentrale symptomer (se for eksempel Sapolsky, 2003) bak den mer synlige tristheten og gråten. Særlig utløsende for den depressive tilstanden sees tapet av hennes lidenskap for idretten, som har vært en stor del av henne, når den ble hindret av skader. Også bakenforliggende tap dukker opp når hun går inn for å leve opp til morens ønsker og forventninger og gir avkall på noe som kunne vært mer i hennes interesse. Midt oppi alt frykter hun også å miste samboeren, som har vært en støtte for henne. Når interesse ikke er selvvalgt, skjer det over tid en fremmedgjøring der hun mister kontakten med egne ønsker og behov, og hun vet ikke lenger hva hun kan stole på av det som skjer av tanker og følelser inni henne. Hun gjør noen sinte opprør mot skammen og veksler mellom å falle sammen i tilbaketrasket hjelpeløshet

eller komme med noen irriterte angrep mot andre når hun opplever å bli kritisert og såret.

David kommer slentrende inn i terapirommet, setter seg godt bakoverlent i stolen og legger bena i kors på en hylle under bordet mellom oss og betrakter meg. Overrasket over denne væremåten hans kjenner jeg et lite ubehag og prøver å samle meg. Han er en mann i førtiårene, smakfullt, men litt uvørent kledd. Han begynner å snakke om seg selv og sier at han egentlig ikke har så store problemer, men har fått påbud fra NAV om å gå i behandling. Han hadde startet egen bedrift og hatt suksess og tjent store penger, men det ble for sterk konkurranse, og han gikk konkurs. Han er skilt, men har hatt flere forhold etter skilsmissen.

Han hadde vokst opp i en statusjagende familie, der faren var sjefen og holdt hardhendt justis, noe sønnen strevde med å leve opp til, men tok til seg som sitt eget etter hvert. Moren var opptatt av å holde en fin fasade utad og lite i stand til å gi trøst og omsorg.

For å holde på interessen min kunne han plutselig smelle håndflaten i bordet, men smile og bagatellisere det like etterpå når han ser min reaksjon idet jeg skvetter til. Etter en tid kommer det fram, bak det lett antenkelige sinne, en plutselig og for ham uforklarlig tristhet og gråt (utenfor terapirommet, som han forteller om). Han holder masken i terapirommet, og selv om han i noen glimt kan se sitt liv i perspektiv og hvordan det har blitt, er han lite interessert i å gå dypere inn i hendelser som minner ham om nederlag.

Davids tap er mindre bevisst tilgjengelige, pakket inn som de er ved at interessen er rettet mot det bildet andre har av ham. Hans interesse er blitt defensiv ved at han fortaper seg i interessen fra andre for å pumpe opp sitt oppblåste og falske selvbilde (Johnson, 1994), og han blir sint når andre ikke viser nok interesse for ham i hans (ubeviste) forsøk på å kompensere for intoleransen for skam. Han unnviker på denne defensive måten egen sårbarhet for skam ved å kreve påfyll av andres interesse, der en smule uoppmerksomhet fra andres side, eksempelvis bare ved å se en annen vei enn det han ønsker, blir oppfattet som en nedvurdering og lynraskt kan utløse skam og sinne. De opprinnelige tapene hans fra oppveksten er i stor grad frakoblet det falske selvet han utviklet i narsissismen, men masken begynner å slå sprekker med depressive gjennombrudd når verden går imot ham (se for eksempel Berg & Lauvrak, 1997; Johnson, 1994).

## **Defensive interesseformer sett i et diagnoseperspektiv basert på kliniske betraktninger**

### **Fortape seg i interesse**

**Histrioniske personlighetstrekk:** Preges av en flagrende interesse for omgivelsene og hvordan en selv blir oppfattet av andre. Skaper lett kontakt med andre, men ikke på et dypere

plan, og interessen flyttes lett over på stadig nye personer og hendelser. Vanskelig å holde noe fast i et impresjonistisk flimmer der stadig nye inntrykk strømmer inn. Deres væremåte vekker lett andres interesse, og de blir gjerne midtpunkt blant andre, men kan få vansker med å trekke seg unna hvis et forhold blir for nært.

**Emosjonelt ustabile personlighetstrekk:** Interesse utløses raskt, preget av intens positiv involvering med andre, og kan like raskt trekkes tilbake i ustabile affektstormer av relasjonelle håp og skuffelser, der relasjoner fort kan vendes til det motsatte.

**Narsissisme:** Interesse er rettet mot at andre skal se og bekrefte deres oppblåste selvilde knyttet til et falskt selv, som stadig står i fare for å falle sammen i skam og depresjon når det ikke får tilstrekkelig påfyll fra andres interesse/oppmerksomhet.

**Paranoide tilstander:** Opplever at andres interesse for en selv får en sterk negativ ladning, at andre ser (ned) på dem, snakker om dem eller til og med konspirerer mot dem. Eller har psykotiske forestillinger om at de forfølges fordi de er interessante og viktige.

**Bipolar lidelse, type II:** Vansker med å nedregulere interesse i maniske faser. En vil rekke over mye, ingenting synes umulig. Mye kan utrettes i slike intenst kreative faser, men det har sin pris i form av depressive tap av interesse.

**Tvangslidelser:** Interessen er opphengt i visse emosjonelt ladete områder, eksempelvis handlinger og tanker om å vaske seg ofte av frykt for noe skittent eller farlig. Ikke en selvvalgt, men en tvangsstyrt interesse som repeteres i utmattende ritualer drevet av frykt for skam/skyld.

**ADHD/ADD:** Oppmerksomhetsvansker gjør det vanskelig å la være å følge interessante impulser og forstyrrelser som dukker opp, og kan sees i sammenheng med generelle vansker med å håndtere affekter.

### **Tap av interesse**

**Depressive tilstander:** Mister interessen og evnen til å kjenne nytelse eller glede. Håpløshet, fortjener ikke å ha det godt, det en har oppnådd taper sin verdi og en mister i ytterste konsekvens lysten til å leve.

**Schizoide personlighetstrekk:** Interesse for andre sjaltes ut for å bevare en indre kjerne av et selv. Opplever seg ikke kompetente eller verdifulle nok til å følge interessen, eller frykter å velge feil og dermed også å risikere avvisning.

**Anhedoni:** Tap av interesse der ytterpunktet *apati* innebærer handlingslammelse og nærmest totalt fravær av interesse.

**Masochisme:** Andres interesser prioriteres og egen interesse kommer i siste rekke, men med et håp om at underkastelse skal gi kontakten og tryggheten en trenger.

Disse to terapibetraktningene kan illustrere hvordan interesse er blitt defensiv, men på motsatte måter. Vi kan, alt etter som om det er interesse eller skam som er mest dominerende, se ut fra pasientens kroppslig-affektive uttrykk (Reich, 1945) hva kroppen forteller oss om hvordan de forholder seg til disse affektene. Når det gjelder Elises

depresjon, er skammen i stor grad akseptert («jeg er en dårlig person») og interessen er defensivt tapt og skrudd av. Hun faller sammen muskulært i nakken med bøyd hode og vil trekke seg tilbake og skjule seg. I Davids maligne narsissisme blir skammen totalt avvist og dekkes over av en påtatt stolthet, der han fortaper seg i interessen fra andre («se på meg som stor»). Kroppslig sees en utadrettet person som vil vise seg fram, med kraftig bygget overkropp og med stramme skuldre og nakke.

**«Det dreier seg ikke så mye om hva interessen er rettet mot av høyst varierende innhold, men om dens defensive funksjon i karakterstrukturen»**

Det kroppen forteller, kan derfor gi informasjon om defensive karakterstrukturer og forholdet til ulike affekter. To modeller for en utvidet forståelse av slike affektive samspill er Skammens kKompass (Nathanson, 1992, referert i Berg, 2012) og Karen Horneys (1950) relasjonelle modell med liknende bevegelser henimot andre, på tvers av andre og bort fra andre.

### **Interessens tilsynekomst i terapiprosessen**

I etableringen av terapirelasjonen vil pasienten i møte med terapeuten oppleve det som vesensforskjellig å bli sett på som et objekt der interessen er snevret inn til et vurderende diagnostisk blikk («jeg ser etter hva som feiler deg for å fikse deg»), versus å bli sett på *med åpen interesse* («hvem er du i møte med meg, og hva skjer mellom oss»). Den førstnevnte tilnærmingen vil oppleves som en invadering av de sårbare områdene til pasienten, som vil gjemme seg bak en tilbaketrukket mur av skam. Den andre tilnærmingen møter pasienten med en åpen interesse som samtidig tar hensyn til at skammen i ulik grad alltid er til stede i terapi. Det muliggjør at skam eksplisitt kan tas opp som tema i terapirelasjonen.

**«Terapeuten ser derfor både på det som rent verbalt sies og det som «sies» kroppslig»**

For å kunne vende interessens defensive uttrykksformer til mer adaptive og vitale former, er det nødvendig for pasienten å stoppe opp og i terapi finne ut av hva som hindrer dette. Det dreier seg ikke så mye om hva interessen er rettet mot av høyst varierende innhold (Silvia, 2006), men om dens defensive funksjon i karakterstrukturen. Vi kan få informasjon om dette fra anamnese og det pasienten forteller, men i stor grad også nonverbalt gjennom det kroppen kan fortelle (Reich, 1945), som kan åpne for flere og mer konkrete innfallsvinkler mot kjernen av pasientens vansker (Brothers & Sletvold, 2020). Terapeuten ser derfor både på det som pasienten

sier rent verbalt, og det som ”sies” kroppslig. Like viktig vil det være for terapeuten å kjenne etter hva som skjer i egen kropp, med pusten og hvilke affekter, sansninger og minner som dukker opp (Sletvold, 2013).

For Elise var interessen fraværende og tristhet det mest fremtredende. Samtidig viste skammen seg både i det hun fortalte om tilkortkommenhet og tap, i måten kroppen falt sammen på, og i trangen til å ville skjule seg. Som terapeut kunne jeg kjenne noe av hennes tristhet og tap i meg selv og hva det gjorde med meg. Jeg kjente hvordan pusten min kunne gå som indikator på kontakten jeg hadde med meg selv, og empatisk kjenne affekter, tanker og minner som dukket opp hos meg. Ved å ha en konkret og kroppslig bevissthet om det som foregikk kunne jeg beholde nærheten til pasienten og samtidig avgrense mine erfaringer fra hennes overføringer. Det lille håpet hun hadde om at det skulle bli bedre, gjorde at hun møtte til timene, selv om hun til tider syntes det var nytteløst, og hun kunne bli irritert på meg og gå fra timen uten å si noe.

Tankekjøret til Elise endte alltid i blindgater. De var vanskelige å komme ut av fordi de vedlikeholdt seg selv i repeterende onde sirkler forstørret av skam og selvkritikk (hvorfor er jeg sånn, hvorfor klarer jeg det ikke?). Når skammen, også overfor meg som terapeut, sto i veien for og hindret interessen, måtte vi ta tak i den først for å komme videre. Den beskyttet det sårbare vonde hun kjente, og i starten håndterte vi det rent praktisk med at hun hadde et teppe rundt seg og over seg for å skjerme seg fra mitt blikk som iblant kunne bli for pinlig for henne. Jeg ville flytte fokuset bort fra grublingen til noe nytt som en mer adaptiv interesse kunne rette seg mot. Håpet var at hun i stedet for grublingen skulle begynne å kjenne etter hva som skjedde i kroppen av sansninger og affekter når hun satt slik sammensunket med teppet rundt seg, eller når vi kom inn på episoder eller situasjoner der hun husket at hun mistet interessen og skam ble fremtredende. Det var uvant for henne, men ved å låne henne min interesse, det vil si, når hun merket min interesse, kunne jeg be henne stoppe opp, hvis det var greit for henne, og spørre hva hun kjente. Hun husket for eksempel når moren kritiserte henne og med sint stemme sa hva hun i stedet skulle gjøre. Skammen dekket over noe sårbart som ikke var så lett for henne å kjenne på. Vi kunne også flytte fokuset over til noe mindre intenst og affektladet: en ansenhet i en skulder, en klump i magen eller kløen på venstre øyelokk og gjøre dette ved bruk av mindfulness gjennom inngående kroppssansninger (Hjelland, 2012). Poenget var at hun da kunne holde på en adaptiv interesse knyttet til noe mindre emosjonelt ladet. Dette kunne vise seg å ha en betydning som der og da ikke var bevisst for henne, men som kroppen kunne begynne å fortelle og lede oss inn på. Jeg kunne undre meg overfor henne over hva det hadde å si for henne, eller spørre hvordan det var å være tilstede i kroppen på en kravløs måte uten noe direkte mål. Det var nytt for henne med den usikkerheten det førte med seg, men også noe spennende som hun ble nysgjerrig på. Hun kunne med andre ord gjennom adaptiv interesse begynne å få en ny og mer vitaliserende relasjon til seg selv, og vi nærmet oss hennes måter å forholde seg til affekter, og særlig skam, på gjennom bruk av affektbevissthetsintervju (Monsen & Monsen, 2000). Med gradvis økt affektbevissthet og affekttoleranse kunne hun forholde seg til skammen som kroppslig

affekt på nye måter som for henne ble nyttige korrektive emosjonelle erfaringer (Alexander & French, 1946). Med fornyet interesse og en bedre evne til å håndtere skammen engasjerte hun seg mer i å forstå tapene av interesse. Skammen i depresjonen hadde nesten tatt fra henne lysten, og nesten lysten til å ville leve også. Og hun forsøkte nå å akseptere sinnet og sorgen til at det ble slik. Rasjonelt kunne hun forstå hvordan hun hadde latt egne ønsker og behov vike for morens interesser i så stor grad at hun mistet seg selv og ble fremmed for egne behov og ønsker. Hun kunne øyne noe hun selv hadde lyst til å gjøre videre, noe hun selv ville studere. Det så etter hvert lettere ut for henne, samboeren holdt ut, og hun fikk gradvis mer kontakt med sin egen adaptive, vitale interesse og ble mer selvstendig og uavhengig av interesse og mål pådyttet henne utenfra.

For David er interessen fortapt i en egeninteresse som kretser omkring andres bilde av ham og andres nytteverdi for ham. Den var blitt egoistisk. Hans her-kommer-jeg-karakter signaliserte en kroppslig og mental holdning til en som vil gjøre seg større enn dem han møter. Det store tapet for ham er tapet av relasjonen til seg selv (kjerneselve), som holdes på avstand siden det er forurenset av skam. Det er erstattet av det falske selvet styrt av affektive strukturer (script) som skal rense bort all skam. Han mangler genuin omsorg og kjærlighet til seg selv og tar skamløst fra andre det han ikke har fått som barn. Hvis han ikke får nok av det, kan han bruke aggresjon, noe jeg merket i terapien, og jeg kunne kjenne frykt og skam i egen kropp over å bli behandlet på en slik måte. Da var det god hjelp i å kunne vende tilbake til meg selv og samle meg i egen kropp og forholde meg til den for ikke å bli «vippet av pinnen». Dette er selvsagt ikke alltid like lett, og i løpet av terapiprosessen støtte vi på vansker både ved at terapirelasjonen ikke ble trygt nok etablert, og vansker med hva vi kunne nærme oss av skambelagte livsområder. Noe av sårheten som skyldtes savn av nærhet i oppveksten, kunne belyses, men gled unna når vi gikk videre med det. Det ble et maktspill om hva vi kunne rette adaptiv interesse mot. Han kunne begynne å kommentere meg som terapeut, hvordan han syntes jeg var og lignende angrep og avsporinger. Etter en tid var det ikke noe poeng i å fortsette terapien, siden det ikke ble mulig å gå dypere inn på affektene knyttet til hans tap, og terapien ble derfor avsluttet.

## **Noen ettertanker**

Teksten er et forsøk på å se nærmere på hvordan interesse kan havne på avveie i utviklingen og defensivt lede til psykiske lidelser, og hvordan dette kan komme til syne i terapi knyttet til depresjon og narsissisme, to lidelser vi i økende grad ser i samtiden. For i tillegg til den enkeltes forhold til defensiv interesse som vi har sett på her, vil mange kjenne seg fremmedgjorte i en verden der interessen så lett fragmenteres eller blir tapt og fanget inn av andres interesse. Det er blitt vanskelig å samle oss i oss selv, og det kan lede oss inn i tap av interesse i depresjoner eller i en egoistisk retning i narsissisme der en fortaper seg i andres interesse for en selv.. For å komme ut av fastlåst defensiv interesse og gjenopprette forholdet til oss selv og andre er det derfor nødvendig å ha kontakt med kroppen der affektene befinner seg. Gjennom adaptiv interesse rettet mot det som skjer i kroppen, kan defensive karakterstrukturer



bevisstgjøres, og i terapi forhåpentlig hjelpe oss tilbake til oss selv og føre livet vårt inn i vitale og berikende baner.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 2, 2022, side 110-115*

#### TEKST

**Geir Berg**, psykologspesialist og karakteranalytiker i privat praksis

KONTAKT: geirrberg@gmail.com

+ Vis referanser

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Beebe, B. & Lachman, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment*. New York: The Analytic Press.
- Berg, G. (2012). Skammens kompass. Fire retninger i en skamproduserende tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 360–364.
- Berg, G. & Lauvrak, N. P. (1997). Narsissisme, skammens maske: En analyse av skamfølelsens rolle i narsissistisk psykopatologi sett i lys av Tomkins scriptteori [Hovedoppgave]. Universitetet i Bergen.
- Brothers, D. & Sletvold, J. (2020). *Talking Bodies*. Internettbasert workshop.
- Hjelland, S. (2012). Mindfulness gjennom inngående kroppssansning. I M. Børstad & J. Sletvold (red.), *Karakteranalytiske dialoger: Kropp og relasjon i psykoterapi II*. Oslo: Kolofon Forlag.
- Horney, K. (1950). *Vore indre konflikter*. København: Norton.
- Johnson, S. M. (1994). *Character Styles*. New York: Norton.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing Character*. New York: Basic Books.
- Monsen, J. & Monsen, K. (2000). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I A. Holte, G. H. Nielsen & M. H. Rønnestad (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri, praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of Self*. New York: Norton.
- Reich, W. (1945). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sapolsky, R. M. (2003). *Varför sebror inte får magsår*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Silvia, P. J. (2006). *Exploring the Psychology of Interest*. New York: Oxford University Press.
- Sletvold, J. (2013). «Sier du det» – et karakteranalytisk perspektiv på emosjoner i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 795–801.
- Stern, D. N. (2010). *Vitalitetsformer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness, Vol. I: The positive affects & Vol 2: The negative affects*. New York: Springer.