

SASB-modellen: en introduktion

Ett preliminärt manus om SASB-modellen, 2010

Kerstin Armelius
Professor

IKP AB

Bengt-Åke Armelius
Professor

SASB-MODELLEN: EN INTRODUKTION	1
Bakgrund	3
SASB-modellen	4
Interpersonella principer	5
Utvecklingspsykologiska principer	7
Psykopatologi	7
Metoder till SASB-modellen	8
Själv- och mamma- och pappabilder i normal och patientgrupper	9
Självbild hos missbrukare och psykosomatiska patienter	13
Samband mellan självbild och utbrändhet	18
Ett exempel på användning av SASB i behandling – en fallbeskrivning	21
Analys av intervjuer med SASB	24
Affekter och relationer	29
Scen 1: patienten och mamma	31
Scen 2: patienten och pappa	32
Scen 3: patienten och föräldrarna tidigare under tonåren	32
Scen 4: patienten och mamma igen	32
Skript analys med SASB: patientens Skript för ilska	32
Onda cirklar i relationer	33
Några referenser till SASB	34

Bakgrund

SASB-modellen har två rötter: *interpersonell teori* och *sk cirkumplexa modeller*. Dessutom finns rottrådar till ”attachment” teori (Bowlby). Eftersom SASB i första hand är en modell och inte en teori kan den lätt användas tillsammans med olika teoretiska perspektiv som kognitiv teori, psykodynamisk teori och olika familjeteorier.

Först en kort beskrivning av interpersonell teori. Vill man veta mer rekommenderas Kisler (1996). Interpersonell teori ser personlighet och psykopatologi som resultatet av interaktioner mellan personer. En interaktion mellan två personer beskrivs som en transaktion av ömsesidighet, där en persons beteende är både ett svar på någon annans beteende och ett stimulus för dennes beteende. Beteenden och reaktioner i relationer styrs av våra upplevelser eller tolkningar av både sitt eget och den andres beteende. En relation kan därför beskrivas på olika sätt beroende på vems upplevelser eller perspektiv det gäller och det är inte säkert att olika perspektiv stämmer överens. Ett exempel på detta kan vara att en persons handlingar beskrivas som kontrollerande och styrande av andra men personen kan beskriva sig själv som stödjande och hjälpande och alltså inte uppfatta sitt eget dominerande beteende.

Ett centralt begrepp i interpersonell teori är *självbegreppet* som bygger på Sullivans teori. Ett antagande är att vi relaterar till andra så att vår uppfattning om vem vi är bekräftas. Det betyder att vi tolkar det som händer i en relation mot bakgrund av vår självbild. Detta kan leda till kraftiga förvrängningar av vad som händer i en relation i de fall en persons självbild hotas. Ett exempel kan vara att en student misslyckas på ett prov och anklagar läraren för att inte ha gett korrekt information om provet. Enligt Sullivan finns tre aspekter av självbilden involverad i en relation: "Good me", vilket är en upplevelse av mig själv som jag tycker om, "Bad me", vilket är en upplevelse av mig själv som jag tycker illa om och helst vill undvika och "Not me", vilket är att konfronteras med en negativ bild av sig själv som jag inte känner igen. Graden av upplevd ångest följer dessa tre aspekter av självbilden så att mest ångest väcks när "Not me" stimuleras i en relation. Ett exempel kan vara att man på en fest säger något pinsamt till en kollega och senare beskylls för sexuella trakasserier. Om detta händer måste den ångest som väcks hanteras vilket i sin tur kan leda till förvrängningar av verkligheten på olika sätt. För att undvika ångest kanske man skyller ett övertramp på att man blivit provocerad eller helt enkelt säger att det inte är sant. För att förstå en relation måste man därför känna till både hur personerna själva upplever det som händer i relationen och personernas självbild.

En viktig interpersonell princip är *komplementaritet*, som kan sägas vara en interpersonell kraft. Komplementaritet uttrycker både att vi har en förmåga att kunna uppfatta vad som händer i relationer och också att hur påverkan sker i relationer. Ett antagande är att denna förmåga att vara komplementär finns hos alla människor och för övrigt även hos sociala djur. Komplementaritet är ett uttryck för att vad som händer i relationer inte är slumpmässigt utan vissa beteenden leder med större sannolikhet till vissa reaktioner och tvärtom. Detta gör att vi bygger upp förväntningar om vad som ska hända i relationer. Om jag tex är vänlig mot en annan person väntar jag mig en vänlig reaktion tillbaka vilket är komplementärt och relationen kan flyta på som förväntat. Om den andre däremot inte är komplementär och blir hotfull ställs man inför att hantera ett problem. Exakt vad som händer beror på men relationen blir mindre stabil och flyter inte på som förväntat längre. Man ska dock inte blanda ihop komplementaritet med bra eller dåliga relationer, eftersom även dåliga relationer kan vara komplementära och stabila som om någon är kontrollerande och den andre ger efter eller någon är kritisk och den andre blir sur. Komplementaritet har med predicerbarhet i relationer att göra.

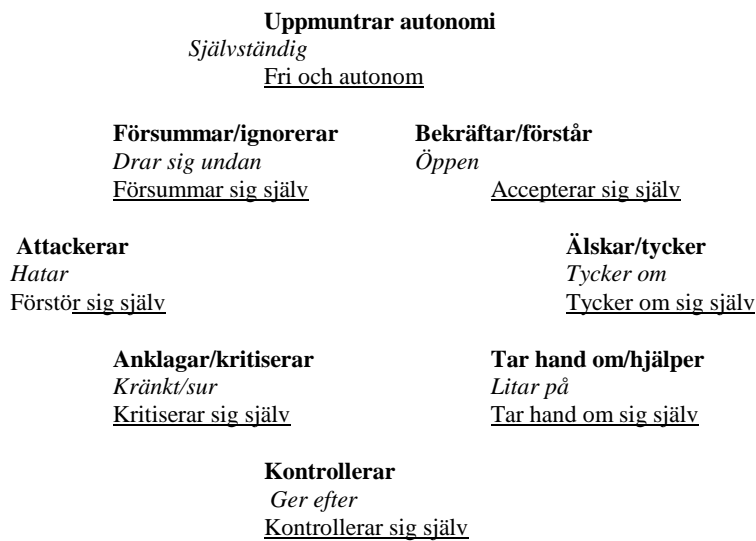
Nedan följer en mycket kort beskrivning av innebörden i cirkumplexa modeller. Cirkumplexa modeller har en ganska lång tradition inom området personlighet och relationer. De första modellerna var interpersonella cirklar (Kiesler, 1996) där man ordnar interpersonella handlingar i en cirkel. Skälet att man valt en cirkel är att en sådan modell visar hur nära och långt ifrån interpersonella beteenden kan ligga. Det är exempelvis inte så stor skillnad mellan att vara accepterande och vänlig så dessa beteenden ligger nära i cirkeln medan att vara hotfull är motsatsen till att vara vänlig så dessa beteenden ligger mitt emot varandra. Ett annat skäl som talar för cirkumplexa modeller är att en circumplex modell har en rad geometriska egenskaper som tillåter bättre beskrivningar jämfört med endimensionella modeller som är vanliga i psykologi. Man kan jämföra mönster på ett annat sätt och inte bara grad av något. Vad detta betyder kommer att framgå tydligare i senare i framställningen. Det finns cirkumplexa modeller för personlighetsdrag, för interpersonella problem och för interpersonella beteenden.

SASB-modellen har också kopplats till Bowlbys ”attachment” teori. Enligt denna finns två (biologiska) grundläggande behov hos barnet. Ett är ett socialt behov av ”bonding” eller ”attachment” och det andra är ett behov av att utforska omgivningen eller separation. ”Attachment” teorin har mest använts för att beskriva olika kategorier av anknytningsmönster kanske framför allt hos vuxna med antagandet att dessa mönster har grundats i tidiga relationer till föräldrarna. Det finns flera olika metoder för att beskriva anknytningsmönster både frågeformulär och bedömnings metoder baserade på. Dessa metoder beskriver om man har en positiv, negativ eller ambivalent anknytning och på vilket sätt detta yttrar sig i relationer till andra. Trots att ”attachment” teori handlar om interpersonella relationer är fokus mest på intrapsykiska strukturer snarare än på relationer. Individen har ett visst anknytningsmönster som en slags personlighet eller egenskap som styr individen.

SASB-modellen

Nedan följer en mer utförlig presentation av SASB-modellen. Modellen består av tre olika *skfokuser* och två *grundläggande dimensioner*. De tre fokus är: agerande, reaktioner och självbild och de två dimensionerna är: ”affiliation” eller positiv-negativ och ”interdependence” eller kontroll-autonomi. Med detta menas att man kan beskriva en relation mellan två personer utifrån både transitiva handlingar eller hur man agerar mot varandra och utifrån intransitiva tillstånd eller hur man reagerar mot varandra och hur man internaliserar handlingar mot sig själv. Dessa två begrepp fokus och grundläggande dimensioner definierar SASB-modellen. Den fullständiga modellen består av 36 punkter som kombinerar de två grundläggande dimensionerna för varje fokus. Dessa 36 punkter kombineras till 8 kluster.

I Figur 1 visas klusterversionen av SASB-modellen.



Figur 1. Klusterversionen av SASB-modellen. Fet stil=fokus agerar, kursiv stil=fokus reagerar, understuket=självbild. (Ur Benjamin, 1993, sid. 54).

Som exempel på klustermodellen kan vi titta på fokus: självbild i figur 1. Längst upp i modellen finns kluster 1 som består av medelvärdet av 5 punkter som alla uttrycker att man upplever att man är självständig och autonom. Man går sin egen väg, tar dagen som den kommer etc. Om man går till kluster 2 så ökar "affiliation" när vi går till höger samtidigt som autonomi minskar när vi går neråt i modellen. Kluster 2 består av medelvärdet av 4 punkter som handlar om att man accepterar sig själv som man är, är nöjd med sig själv etc. Går vi vidare i modellen till kluster 3 och 4 är "affiliation" fortfarande positivt dvs man tycker om sig själv men neråt ökar kontroll dvs man kontrollerar sig själv i kluster 4. Kluster 5 längst ner i modellen är medelvärdet av 5 punkter som uttrycker att man är mån om att behärska sig själv, att vara korrekt etc. Till vänster i modellen blir "affiliation" negativt dvs man tycker inte om sig själv. Detta kombineras med kontroll i kluster 6 och med oberoende/autonomi i kluster 8 medan kluster 7 uttrycker mera renodlat självhat och självdestruktivitet.

De positiva klustren (2, 3 och 4) utgör "attachment group of clusters" (AG) och de negativa klustren (6, 7 och 8) "disruptive group of clusters" (DAG) och kluster 1 och 5 representerar differentiering/sammanblandning (Benjamin, 1996a). Normal utveckling enligt SASB-modellen utmärks av en "base-line" i de positiva klustren och en balans i differentiering/sammanblandning, medan patologi är avvikelser i detta mönster (Florsheim, Henry & Benjamin, 1996).

Interpersonella principer

Med SASB-modellen kan man undersöka några viktiga interpersonella principer varav vissa är att betrakta som hypoteser medan andra har fått empiriskt stöd.

1. Komplementaritet
2. Motsatser
3. Antites
4. Komplex kommunikation

Komplementaritet, motsatser och antites är samtliga beskrivningar av hur ageranden och reaktioner hänger ihop. Som nämnts uttrycker *komplementaritet* att det som händer i relationer inte är slumpmässigt utan det finns vissa mönster som man kan lära sig att uppfatta och att

förmåga att uppfatta interpersonella mönster finns hos både sociala djur och människor. I SASB-modellen definieras komplementär som att man har samma position i modellen vad gäller dimensionerna men med olika fokus. Tex man agerar med att kritisera och klandra (kluster 6) och den andre reagerar i samma kluster och blir sur och kränkt. Denna princip gör att vissa interpersonella mönster tenderar att höra ihop och att man genom att agera på ett visst sätt ökar sannolikheten för vissa reaktioner och tvärtom att man genom att reagera på ett visst sätt lockar fram vissa ageranden. Tex en förälder som försöker få ordning på sin tonåring genom att kritisera och tala om hur han ska göra riskerar att få som reaktion att tonåringen blir sur och arg. Tvärtom gäller också att tonåringen genom att reagera på detta sätt lockar fram ännu mer kritik hos föräldern och resultatet blir en destruktiv relation som domineras av kluster 6 i fokus agerar och reagerar vilket är en ond cirkel. Komplementära relationer antas vara mer stabila även om det är negativa mönster som dominerar.

Man kan vara icke-komplementär på flera olika sätt. *Motsatser* definieras som att man finns mitt emot i modellen och alltså agerar eller reagerar tvärtemot vad som förväntas. Om någon tex säger hur jag ska göra en sak (den andre kontrollerar mig) och jag är komplementär anpassar jag mig och gör som jag blir tillsagd. Om jag är icke komplementär av typen motsater gör jag i stället tvärtemot dvs som jag själv vill. Eller om någon ber mig om hjälp så svarar jag inte med att hjälpa utan gör tvärtom bryr mig inte/ignorerar. Sådana motsats mönster kan utmärka mer instabila relationer eller vissa perioder i relationer när man vill hävda sig eller uttrycka självständighet tex under tonårstiden.

Antites kallas en variant av icke-komplementaritet i SASB-modellen som tänks vara användbart för att maximera positiv förändring i en relation. Vi kan fortsätta med exemplet tonåringen och föräldern som fastnat i kluster 6 mot varandra. Om man vill få en relation som är mer bekräftande-öppen, dvs motsatsen till den man har, kan man i stället för att agera i kluster 6, agera i kluster 2, som är motsatsen till 6, dvs vara mer bekräftande och uppmuntrande som förälder genom att peka på något bra som tonåringen gör. Man ökar då sannolikheten för en mer öppen reaktion. Att fixera sig vid det man vill ändra på genom att kritisera leder enligt SASB-modellen enbart till en negativ reaktion. Antitesprincipen kan även användas genom att man ändrar på sina egna reaktioner och på så sätt ökar sannolikheten för ett annat agerande från den andre. Om man tex blir sur och sårad när man får kritik (kluster 6, fokus reagerar) kan man försöka att öppet tala om det för den andre (kluster 2, fokus reagerar), och öka sannolikheten att den andre förstår detta och kanske pekar på något bra i stället för att enbart rikta in sig på det som är fel.

Ett annat sätt att vara icke-komplementär är att svara med samma fokus och samma kluster som den andre använder. Om den andre kritiserar mig så är en komplementär reaktion att bli sur och kränkt. Om jag då själv kritiserar den andre så är jag icke-komplementär och resultatet blir en icke stabil relation eller en slags maktkamp.

Man måste dock notera med de exempel som ges att man inte kan låtsas vara förstående eller uppmuntrande etc när man inte är det eftersom ett visst beteende inte bara är *vad* man säger utan också *hur* man säger det. Att låtsas vara något som man inte är går in under nästa rubrik - att vara komplex. *Komplexa relationsmönster* är när man uttrycker två kluster eller positioner samtidigt med samma fokus. Man talar om dubbel-bind om fokus är på ageranden och ambivalens om fokus är på reaktioner och om en konfliktfylld självbild. Tex om man både kritiserar och bekräftar någon genom att säga ”det där var bra men du kan bättre” eller reagerar med att vara både eftergiven och dra sig undan genom att hålla med men inte höra på. Komplexa mönster kan försvåra relationer eftersom det är svårt att svara på komplexa kommunikationer. Exempel på komplexa mönster är sarkasmer och ironier som kan vara svåra att hantera om de dominerar i relationer. Tex i relationer där man har en jargong att inte vara allvarlig utan skämtar bort allvarliga saker.

Utvecklingspsykologiska principer

Utifrån SASB-modellen kan man definiera tre utvecklingspsykologiska principer om hur vi påverkas av våra tidiga erfarenheter eller tre sk kopieringsprocesser.

1. Internalisering
2. Identifikation
3. Introjektion

Genom principen om komplementaritet kommer jag att reagera på hur jag blir bemött av mina föräldrar och *internalisera* dessa reaktionsmönster i form av förväntningar på andras ageranden och i form av egna tendenser att reagera i relationer. Detta utgör en delaspekt av ett internaliserat relationsschema. Tex. Jag har blivit anklagad och kritiserad och reagerat med att bli sur och kränkt. Detta har internaliserats och jag kommer att ha förväntningar på att andra tycker att jag gör fel och inte duger och jag reagerar därför med att bli sur och kränkt. Jag är alltså lättkränkt. Identifikation leder till att man blir lik den andre i sitt agerande. Om man blivit kritiserad och nedtryckt blir man själv en som gärna kritiserar och kan bäst och behandlar andra så. Den sista aspekten i införlivandet av tidiga relationer är att man kommer att *introjicera* hur man blivit behandlad och behandla sig själv på samma sätt. I exemplet kommer jag att kritisera och trycka ner mig själv och bli osäker på om jag verkligen kan och duger. Min självbild eller mitt introjektet kommer också att styra mig i mina relationer till andra. Om vi fortsätter exemplet skulle jag lätt hamna i att få dåligt samvete i relationer och tycka att jag är dålig och gör fel, dvs trycka ned mig själv.

Sammanfattningsvis kommer alla tre utvecklingspsykologiska principerna att leda till att olika aspekter av ett relationsschema byggs upp på basis av tidiga relationer. I exemplet har man en person som genom den interpersonella principen: komplementaritet och de utvecklingspsykologiska principerna: introjektion, identifikation och internalisering blivit lättstött och lättkränkt samtidigt som han/hon är kritisk mot andra och har lätt att få dåligt samvete.

Psykopatologi

Psykopatologi definieras i SASB modellen som att man försökt tillfredsställa de två grundläggande behoven av kärlek/attachment och separation med samma principer som gäller för normal utveckling, dvs samma interpersonella och utvecklingspsykologiska principer gäller men detta har skett i en patologisk interpersonell miljö. En patologisk interpersonell miljö definieras som att man interagerar så att de grundläggande behoven inte tillgodoses. Relationen utmärks av för mycket negativ attachment (föräldrarna är fientliga, bryr sig inte, glömmer bort, kritiserar osv) och/eller en dålig balans i kontroll/autonomi (föräldrarna lägger sig i, bestämmer, kontrollerar eller lämnar till barnet att klara allt själv).

Till detta kommer avvikelser i hur man använder fokus och komplexa relationer. En förmåga att använda och identifiera fokus i en relation innebär att man inte blandar ihop ageranden och reagerar och att man kan turas med fokus, dvs både agera och reagera i en relation. Att blanda ihop fokus betyder att det finns en osäkerhet om det rör sig om ageranden eller reaktioner. Man kan då tolka andras reaktioner som ageranden eller som handlingar riktade mot en själv. T e x mamma gråter för att för att det är problem i äktenskapet och barnet tolkar mammas reagerande (gråt) som resultatet av sitt eget agerande att det gjort mamma ledsen. Andra exempel på detta är att en förälder enbart agerar mot sina barn t e x tar hand om och styr och ställer men aldrig/sällan reagerar med att t e x vara öppen och visa tillit mot barnet. Barnet får då svårigheter att koppla ihop sitt eget agerande och reaktioner med andras agerande och reaktioner. Studier har visat att psykopatologi är relaterat till hur man använder fokus där det verkar som om patienter med svårare psykopatologi har svårigheter att kunna korrekt identifiera och använda fokus. Anpassning till komplexa relationsmönster innebär att

man blir en person som är manipulerande och svår att veta var man har. Om ett barn försöker tillgodose sina behov av kärlek och separation i (alltför) avvikande interpersonella miljöer kommer det att utveckla inre bilder av sig själv och andra som är patologiska, d v s man bygger upp ett patologiskt relationsschema. Detta leder till svårigheter i relationer till andra, vilket i sin tur kommer att förstärka och bekräfta patologin.

Metoder till SASB-modellen

Det finns två olika metoder till SASB-modellen: självskattningar och bedömningar. Med självskattningsformulären får man ta ställning till 36 olika påståenden, ett för vart och ett av de 36 punkterna för varje fokus. Med bedömningsmetoden studeras hur individen relaterar till andra i verkliga interaktioner och individens berättelser om sina relationer. Man kan därför med SASB få tre olika *perspektiv* på en persons relationer: 1. personens skattningar av sig själv- och sina relationer, själv- och objektbilder, 2. hur personen relaterar i en verklig interaktion med en annan, relationsbeteende och 3. personens berättelser om sina relationer, inre relationsscheman. Allt detta kan sägas utgöra delar i en individs relationsmönster som styr och påverkar hur personen relaterar till andra. Dessa perspektiv kan vara mer eller mindre konsistenta. Vi kan illustrera med en patient som skattar en positiv självbild och positiva mamma- och pappabilder, men där analysen av berättelser om relationen till mamma och pappa i en intervju visar att relationen till föräldrarna domineras av att föräldrarna agerat i de negativa klustren och där patientens inte berättar om sina egna reaktioner. Denna inkonsistens i de olika perspektiven kan utgöra förklaringar till relationssvårigheter hos personen.

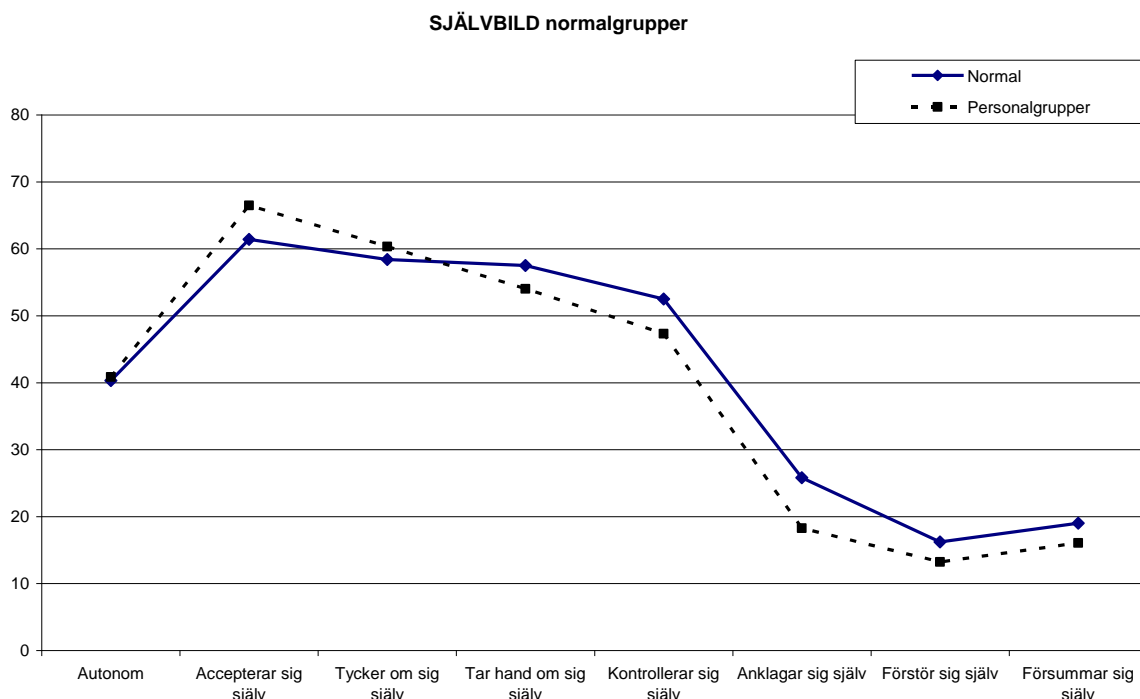
SASB-modellen har använts i en rad studier framför allt skattningsformulären där olika patientgrupper skattat sig själva och sina relationer till viktiga andra. I ett speciellt nummer av *Journal of Clinical and Consulting Psychology* (1996, Vol 64, No. 6) sammanfattas flera av dessa studier. Som exempel kan nämnas studier av psykoterapier där Henry, Schacht och Strupp (1986) visat att terapeuter med inslag av negativ självbild tenderar att dras in i negativa interaktioner med patienter som också har negativ självbild och att detta leder till sämre resultat av terapin. Gruppen forskare kring Luborsky har använt SASB för att kategorisera interpersonella teman i terapier (Crits-Christoph, Demorest & Connolly, 1990). I Sverige används SASB i ett flertal olika projekt både i diagnostik och i utvärderingsstudier.

En annan central aspekt i beskrivningen av relationer är karaktären på de objekt man relaterar till, "*relationsobjekt*". I många teorier utgår man från att det finns ett fåtal generaliserade relationsmönster som används gentemot alla relationsobjekt. Det är ett antagande som kan problematiseras. Så visade tex Andersen, Glassman och Gold (1998) att normala personer har en mer detaljerad och lättillgänglig representation av andras agerande och sitt eget reagerande om den andre är en viktig person. Hur detta ser ut hos andra grupper än normala är inte undersökt. Det är sannolikt mycket stor skillnad i kraven på relaterandeförmåga beroende på vilket objekt man relaterar till, där det mest krävande borde vara att relatera till en autonom annan människa, som kan både agera och reagera, medan andra objekt tex djur, föremål, ens kropp ställer mindre krav på relaterandeförmåga. För att illustrera tankegången kan vi ta ett exempel med relation till hundar. Det dominerande relationsmönstret för en hund är i fokus reagerar och i vissa speciella kluster: 3, 4 och 5, d v s en hund förväntas reagera med att vara glad, lita på och lyda den andre. Klarar då en person av att vara komplementär i fokus agerar, d v s att vara positiv, ta hand om och kontrollera sin hund, kan man relatera till en hund utan några större problem. Detta är självklart en mycket lättare relationsuppgift än att relatera till en annan person, där det krävs en förmåga att hantera båda fokus och alla kluster på ett flexibelt sätt. Relationsobjekt ger alltså en möjlighet att ta in kontext i analysen av relationsmönster. Relationsobjekt är också viktigt att ta med när man vill beskriva hur olika affekter hanteras i termer av SASB-modellen.

Vi har sammanfattat dessa principer utifrån SASB-modellen till något som vi kallar *relaterandets grammatik*. För att kunna fungera interpersonellt måste man lära sig att skilja mellan fokus, vilket innebär att kunna identifiera "agerar och reagerar" både hos sig själv och den andre i en relation och man lär sig hur fokus hänger ihop i en slags interpersonell kausalitet (principen om komplementaritet). Barnet vet t e x att om jag slår lillebror (jag agerar) börjar han skrika (den andre reagerar komplementärt) eller om jag är ledsen (jag reagerar) försöker mamma trösta mig (mamma agerar komplementärt) o s v. Man måste också förstå vem som är subjekt och objekt i en relation, d v s vilka som är inblandade i relationen samt kunna vara flexibel och anpassa sitt relationsmönster till olika objekt. Barnet vet t e x att mamma kan vara arg (mamma reagerar) på någon annan än mig (subjekt-objekt distinktion) eller man reagerar inte likadant i relation till en främmande person som i relation till mamma osv. Dessa principer: komplementaritet, fokus och relationsobjekt utgör tre av reglerna i *relaterandets grammatik* och vår hypotes är att i en dysfunktionell miljö lärs eller utvecklas dessa principer, relaterandegrammatiken, på ett mer avvikande sätt. Det är sannolikt också så att det finns stora olikheter mellan individens förutsättningar att lära sig relaterandets grammatik p g a av intellektuella och kognitiva svårigheter.

Själv- och mamma- och pappabilder

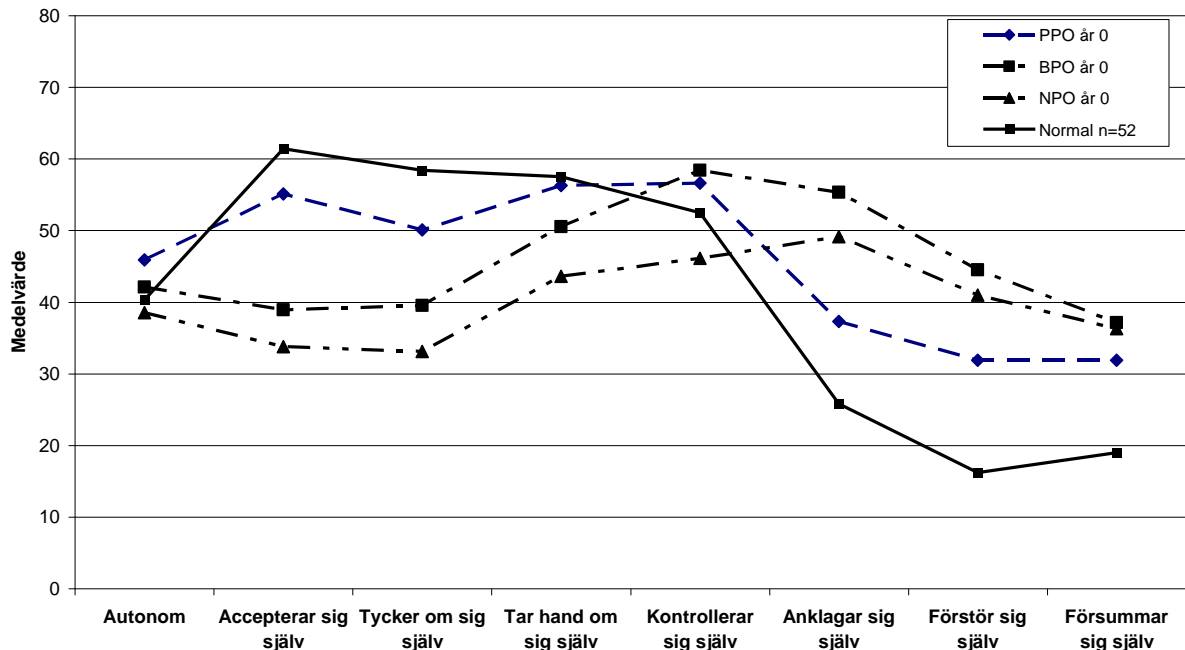
Vi ger i detta avsnitt några exempel på hur vi använt SASB självskattningsformulär i olika projekt och resultaten och tolkningar av dessa skattningar. Först visas hur några normalgrupper skattat sin självbild. Den ena gruppen består av 52 personer, 24 män och 28 kvinnor med genomsnittsålder 33 år. Gruppen är blandad m a p sysselsättning: studerande, lärare, sjuksköterska, polis m m. Den andra gruppen består av 126 anställda på behandlingshem i psykiatri och utgörs mest av skötare och sjuksköterskor men även psykologer, läkare och andra finns med. I gruppen finns 93 män och 133 kvinnor med genomsnittsålder 40 år (21-64). När vi tolkar självbilden utgår vi från följande: är självbilden positiv, negativ eller både och dvs konfliktfylld, är det en balans i kontroll och autonomi, dvs är kluster 1 och kluster 5 ungefär lika höga, hur ser kontroll- autonomi ut i relation till positiv-negativ, självbild relaterat till problematik eller perspektiv, dvs har personen en själv bild som stämmer överens med de problem man har och till sist får man några hypoteser om relationer utifrån självbilden eller vilken självbild kommer personen att "försvara" i relationer till andre.



Figur 2. Självbild för två normalgrupper.

De positiva klustren dominerar självbilden och de negativa har låga skattningar samt det finns en balans i autonomi och självkontroll, där självkontrollen överväger något. Som syns liknar grupperna varandra mycket väl och det finns inga signifikanta skillnader i skattningen av självbilden. I normalgrupper finns inte heller några skillnader mellan män och kvinnor. Nedan visas några hur några olika patientgrupper skattat sig själv. Först visas bilden av patienter i behandlingshemsprojektet (Jeanneau & Armelius, 1993). Patienterna är bedömda med Kernbergs strukturella intervju för personlighetsorganisation: PPO, BPO och NPO, psykotisk, borderline och neurotisk personlighetsorganisation. I gruppen består närmare 70 % av PPO gruppen av patienter med schizofreni, BPO gruppen av personlighetsstörningar framför allt kluster b och NPO personlighetsstörningar framför allt kluster C enligt DSM-IV. Normalgruppen är n=52 som beskrevs ovan.

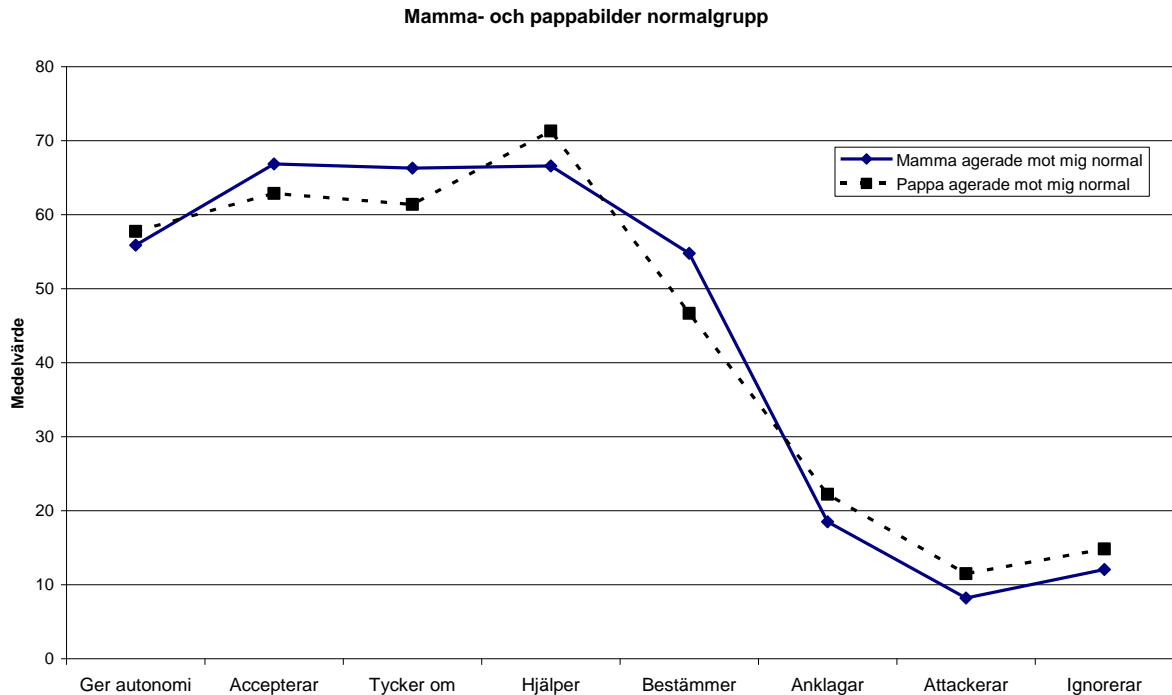
SJÄLVBILD personlighetsorganisation enligt Kernberg



Figur 3. Patientgruppers skattning av sig själva samt en normalgrupp. Diagnos enligt DSM-IV.

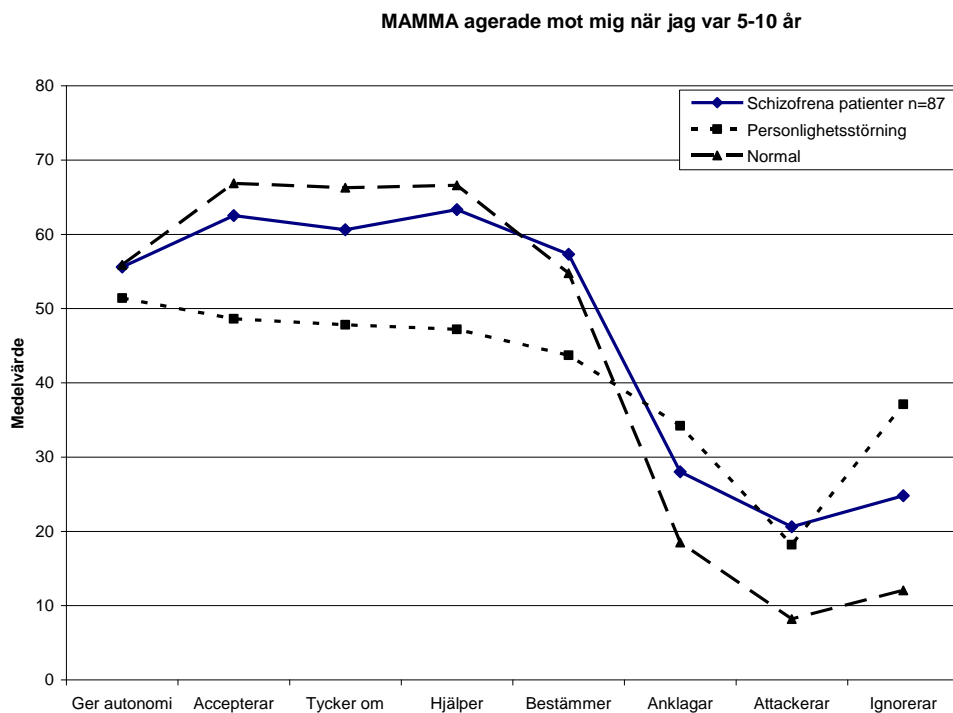
I figuren syns att de olika patientgrupperna har olika avvikelser i självbilden. Samtliga patientgrupper har en mer negativ självbild än normalgruppen särskilt uttalat för BPO och NPO grupperna medan PPO gruppen har mindre negativ självbild. Samma mönster gäller en positiv självbild, där BPO och NPO grupperna har den minst positiva självbilden och PPO gruppen har den mest positiva som är ganska lik normalgruppens skattning av en positiv självbild. Utifrån en persons skattning av sig själv kan man med hjälp av interpersonell teori göra vissa antaganden om hur personen kommer att behandla sig själv i olika relationer. En patient med BPO diagnos som ser ut som i figuren ovan kan förväntas tolka det som händer i relationer så att det stämmer med självbilden. En sådan patient kan därför mycket lätt uppleva att en terapeut inte bryr sig eller är kritisk osv och därför anklaga sig själv, förstöra sig själv och försumma sig själv. Detta kan ske genom suicidförsök, vårdslöshet etc. En sådan patient kan också ha svårt att ta in att det kan gå bra och därför förstöra eventuella framsteg i behandling eller det som är bra i relationer. Schizofrena patienter kan förväntas bevara en positiv självbild genom att tolka om det som händer i relationer på olika sätt ibland som vanföreställningar tex att det är något allvarligt fel på kroppen eller att någon sänder negativa strålar osv. Genom att man har en tendens att uppleva verkligheten så att självbilden bekräftas blir det olika ”verkligheter” för patienten och andra. Man kan då säga att patientens upplevelse är patologisk och kalla patienten för realitetsstörd.

Vi har i vår databas mer än 2000 självbildsskattningar från olika grupper som personalgrupper och patientgrupper: psykiatriska patienter, psykosomatiska patienter och missbrukare samt ungdomar. Vi har även skattningar av relationer till mamma och pappa för flera av dessa olika grupper. Nedan visas några exempel på skattningar av mamma- och pappabilder i olika grupper.



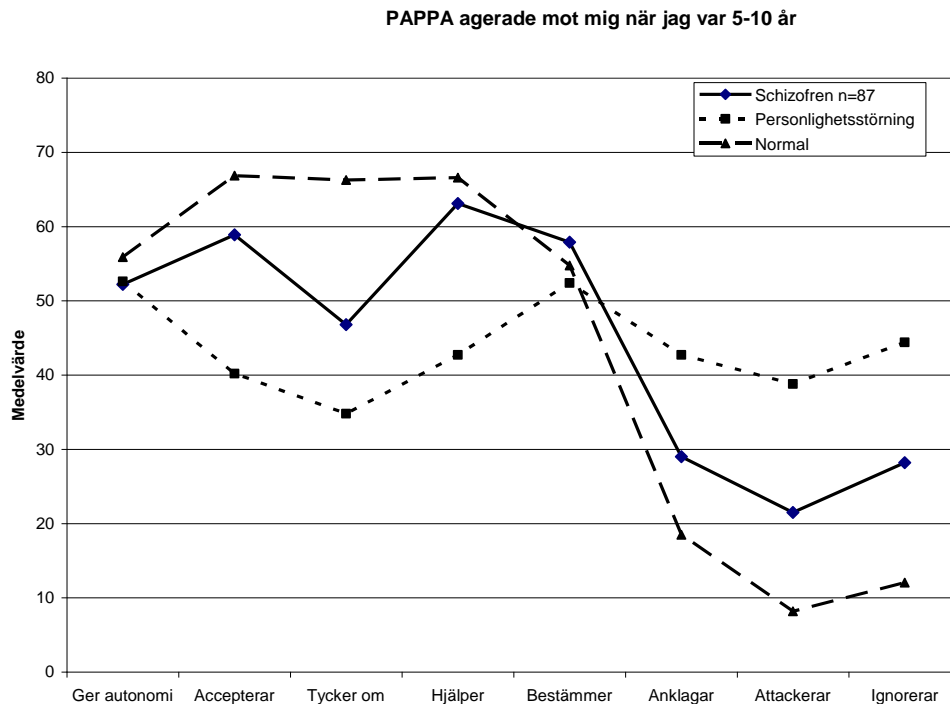
Figur 4. Skattning av hur mamma och pappa agerade mot mig när jag var 5-10 år. Normalgrupp.

Både mamma och pappa skattas positivt: båda har accepterat, tyckt om och tagit hand om och inte anklagat, attackerat och glömt bort. Båda har också kontrollerat och bestämt i viss utsträckning men också uppmuntrat spontanitet och autonomi. I normalgrupper stämmer självbild och mamma- och pappabilder bra överens. Nedan visas hur patienterna skattar sin mamma och pappa som man minns det från man var 5-10 år.



Figur 5. Patienter med schizofreni och personlighetsstörning. Skattning av hur mamma agerade mot mig när jag var 5-10 år.

Skattningen av mamma visar att schizofrena patienter har en lika positiv mammabild som normalgruppen men en något mer negativ. Patienter med personlighetsstörning har både en mindre positiv och något mer negativ skattning av sin mamma.

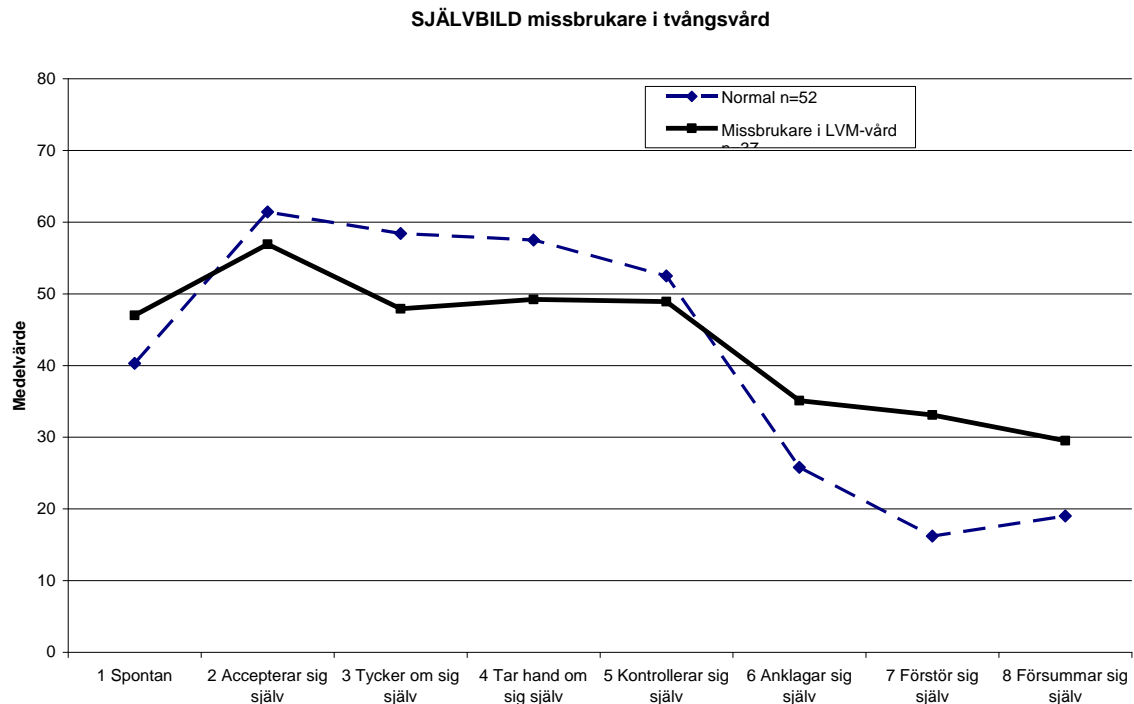


Figur 6. Patienter med schizofreni och personlighetsstörning. Skattning av hur pappa agerade mot mig när jag var 5-10 år.

Pappabilden är mindre positiva än mammabilden för schizofrena patienter. Pappa upplevs inte ha tyckt om och pappa har också skattats som något mer negativ framför allt som att han inte brytt sig om/ignorerat. Patienter med personlighetsstörning har en mycket negativ pappabild. Han har inte varit accepterande, inte tyckt om inte tagit hand om, varit kritisk, fientlig och inte brytt sig om enligt patienternas skattningar.

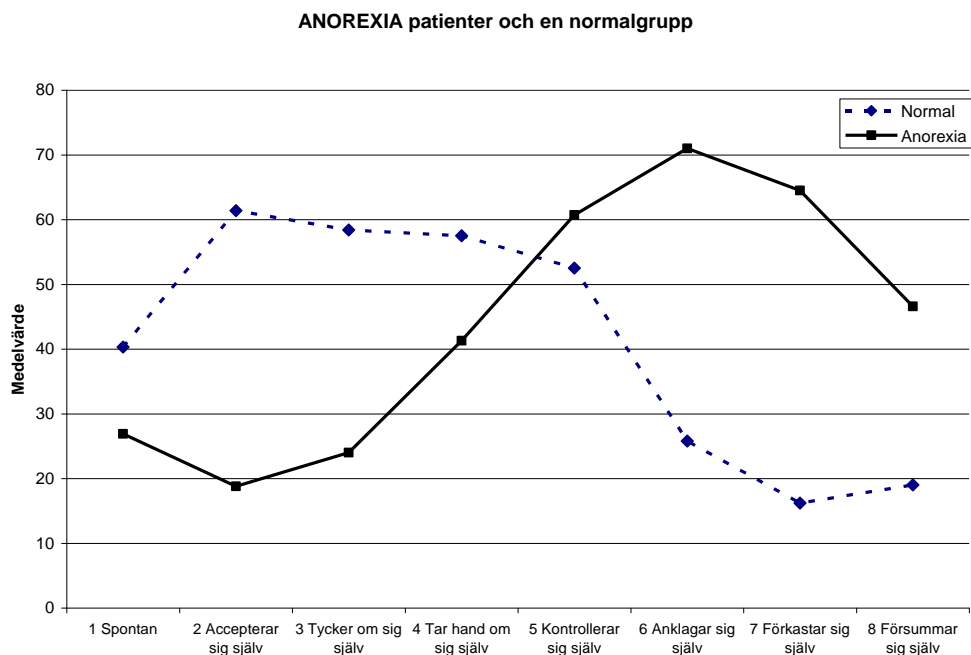
Självbild hos missbrukare och psykosomatiska patienter

Vi har även projekt med missbrukspatienter som vårdas på olika behandlingshem och inom tvångsvården. Nedan visas hur dessa patienter skattar sig själva. Gruppen består av 42 personer varav 37 är män, medelålder 37 år.



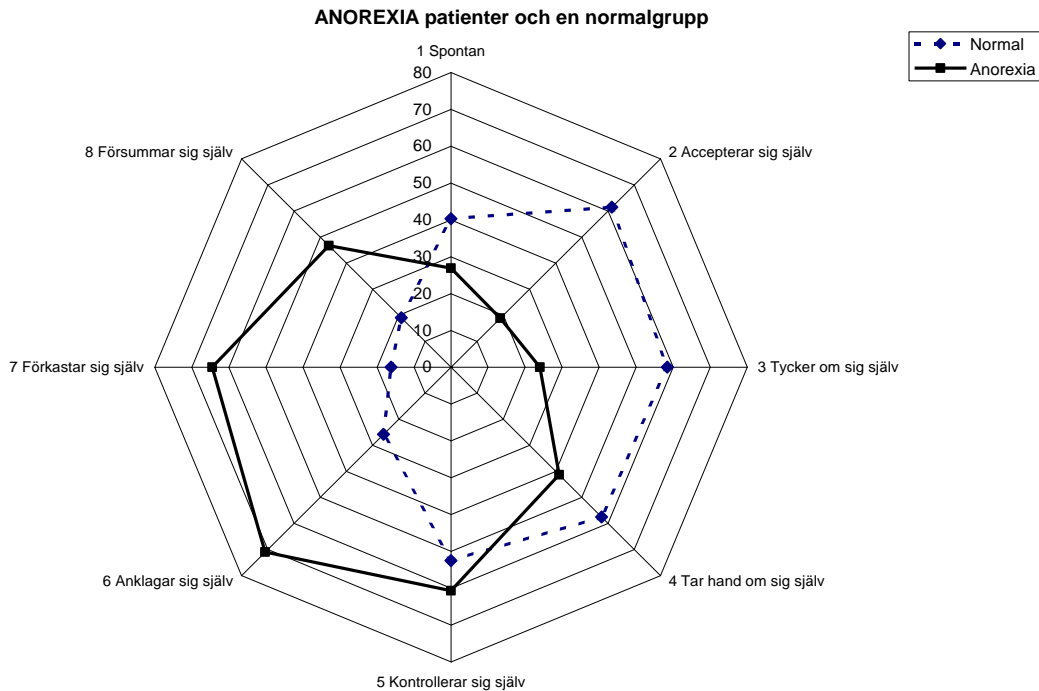
Figur 7. Självbild hos missbrukare på LVM-hem och för en normalgrupp.

Gruppen missbrukare i tvångsvård har inte så avvikande självbild jämfört med normalgruppen. Den är något mindre positiv och något mer negativ. Man förstör och försummar sig själv mera jämfört med normalgruppen. En hypotes om hur en sådan självbild kan påverka relationer hos missbrukare kan man få från interpersonell teori. Självbildens hotas sannlikt i många relationer för en missbrukare som kan tänkas undvika den ångest detta väcker genom att skylla misslyckanden på andra som socialtjänsten, andra missbrukare osv. Nedan visas hur patienter med anorexia skattar sig själva.



Figur 8. Självbild för patienter med anorexia och en normalgrupp.

Anorexiagruppen har en helt omvänd skattning av sig själva jämfört med normalgruppen. Självbilden är inte alls positiv och mycket negativ och för den här gruppen är det också stora skillnader i dimensionen kontroll-autonomi. Anorexiapatienterna har mycket mer självkontroll och mindre autonomi/spontanitet jämfört med normalgruppen. Nedan visas samma bild på ett annat sätt som bättre visar hur patientgruppen skiljer sig från normalgruppen i modellen.



Figur 11. Självbild för en grupp patienter med anorexia och en normalgrupp.

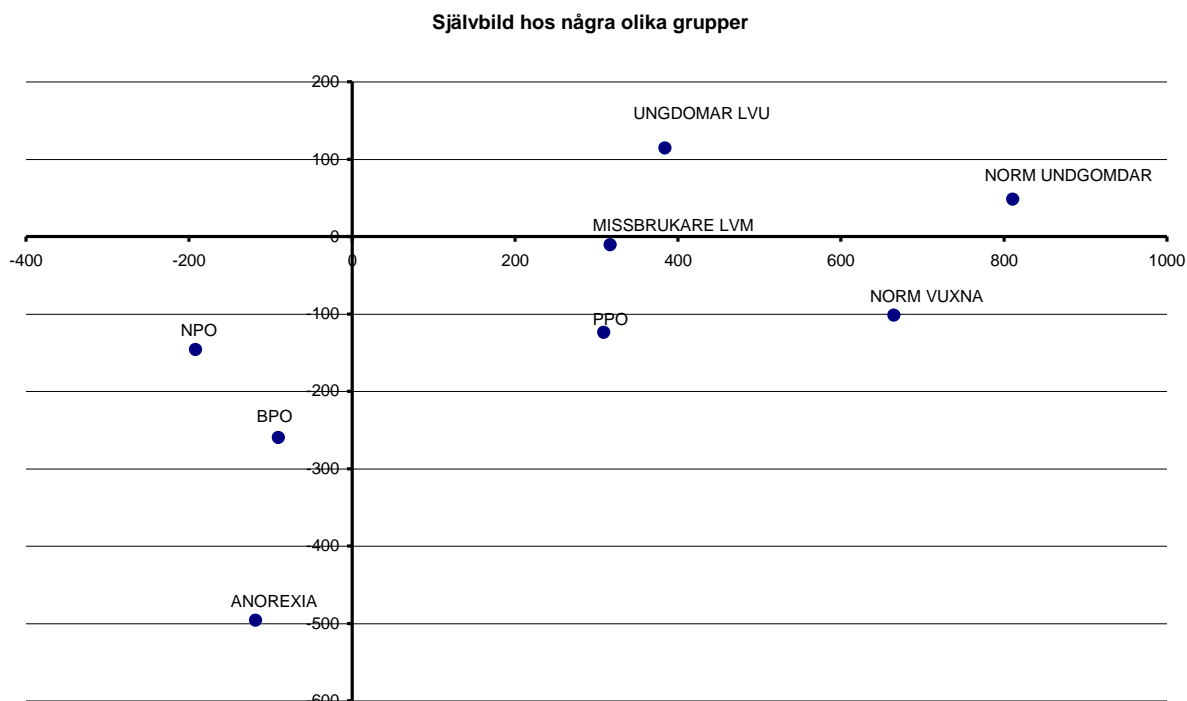
Man kan se bilden som en slags kompass där anorexiapatiernas självbild pekar nedåt till vänster dvs självbilden pendlar kring självkontroll, självkritik och att förstöra sig själv. En hypotes utifrån interpersonell teori är att även relationsmönstren finns i samma område dvs kretsar kring kontroll och kritik.

Det finns ett sätt att sammanfatta resultat från SASB-modellen som utnyttjar modellens cirkumplexa struktur genom att ange vektorvärden. Klustervärdena räknas då om till vektorpoäng med en formel som är tagen från Pincus (1998). Den första vektorn kallas AFF (affiliation) och sammanfattar skattningarna i den horisontella dimensionen genom att väga klusterpoängen så att kluster 3 får högst positiv vikt, kluster 7 högst negativ vikt osv för de mellanliggande klustren. På motsvarande sätt beräknas vektorpoäng för den andra dimensionen AUT-vektorn. Formeln för att beräkna vektorvärden ges nedan.

$$AFF = 4.5 \times \text{kluster2} + 7.8 \times \text{kluster3} + 4.5 \times \text{kluster4} - 4.5 \times \text{kluster6} - 7.8 \times \text{kluster7} - 4.5 \times \text{kluster8}$$

$$AUT = 4.5 \times \text{kluster8} + 7.8 \times \text{kluster1} + 4.5 \times \text{kluster2} - 4.5 \times \text{kluster4} - 7.8 \times \text{kluster5} - 4.5 \times \text{kluster6}$$

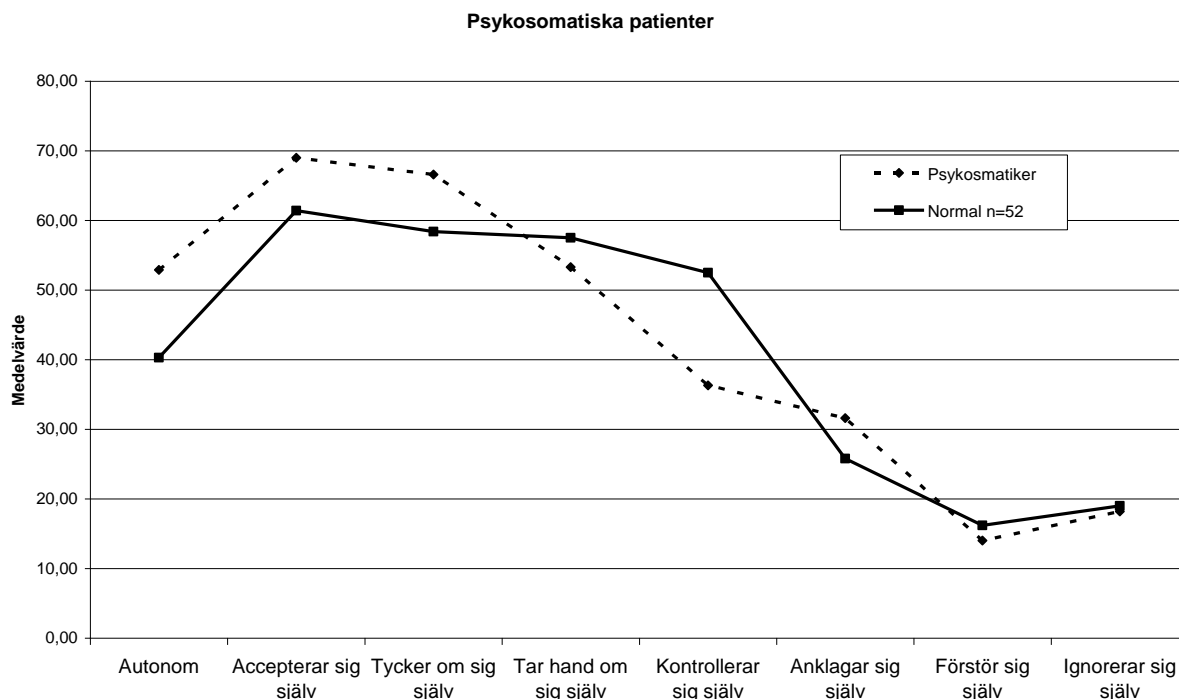
Nedan visas hur självbild hos några olika grupper visat med vektorerna AFF och AUT.



Figur 12. Vektorvärden för olika grupper.

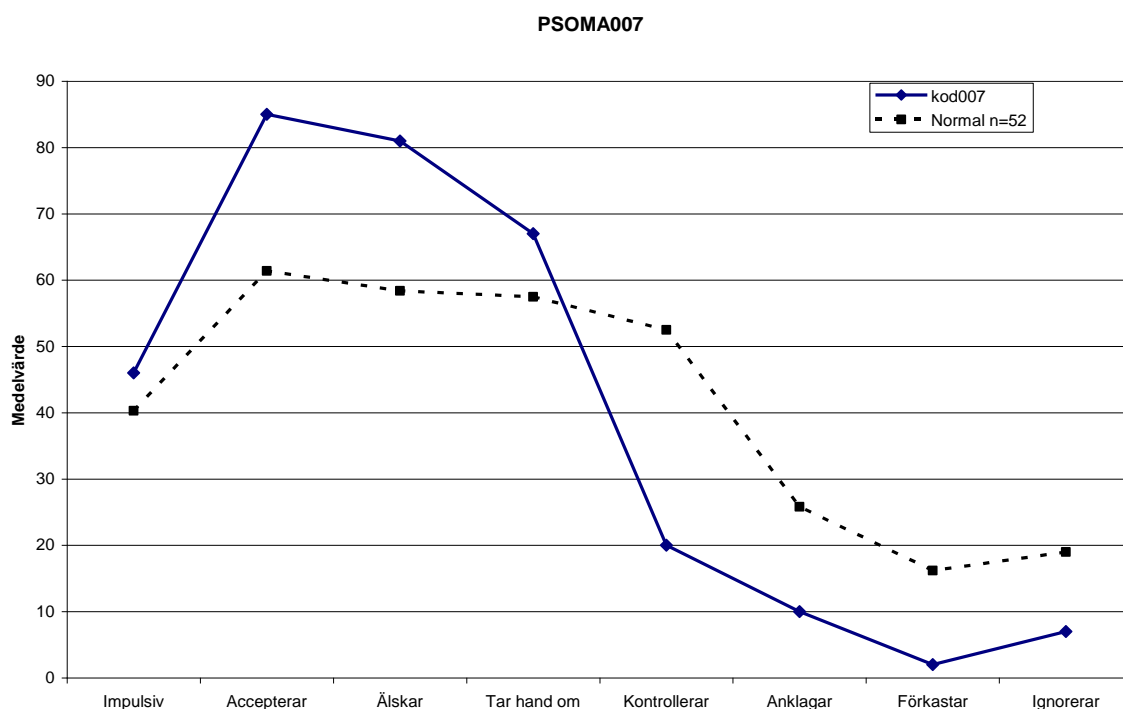
Om man först ser på grupperna som är patienter i psykiatrin. PPO, BPO, NPO och anorexiapatienter har samtliga förutom PPO en övervägande negativ självbild där den negativa delen av självbilden är starkare än den positiva vilket syns i att man har ett negativt tecken i den horisontella dimensionen. Övriga grupper har en övervägande positiv självbild. I AUTdimensionen finns anorexiapatienterna längst ned med en självbild med mycket hög självkontroll. Även BPO patienterna har en självbild med hög självkontroll. Man skulle kunna säga att dessa två grupper har en dålig balans i självkontroll med överdriven tendens att vara på ett visst sätt och att försöka styra och behärska sig själv. PPO patienterna ligger närmast normalgruppen och avviker bara något i dimensionen positiv-negativ självbild genom att ha något mindre positiv självbild än normalgruppen. Gruppen missbrukare i tvångsvård har en ganska positiv självbild men har en dålig balans i kontroll-autonomi genom att ha för lite självkontroll. I båda ungdomsgrupperna överväger inte självkontroll som det gör i samtliga grupper av vuxna, vilket kan stämma med utvecklingspsykologisk teori. Gruppen ungdomar i LVU-vård har minst självkontroll av samtliga grupper.

I ett projekt med sk psykosomatiska patienter med olika kroppsliga besvär har vi också använt SASB. Gruppen består av 17 patienter, med medelålder 46.9 pr (34-69). De vanligaste symtomen är smärtor i muskeloskelledala systemet, trötthet, yrsel, ögonbesvär, illamående, domningar och huvudvärk. Nedan visas hur dessa skattat sin självbild före behandling.



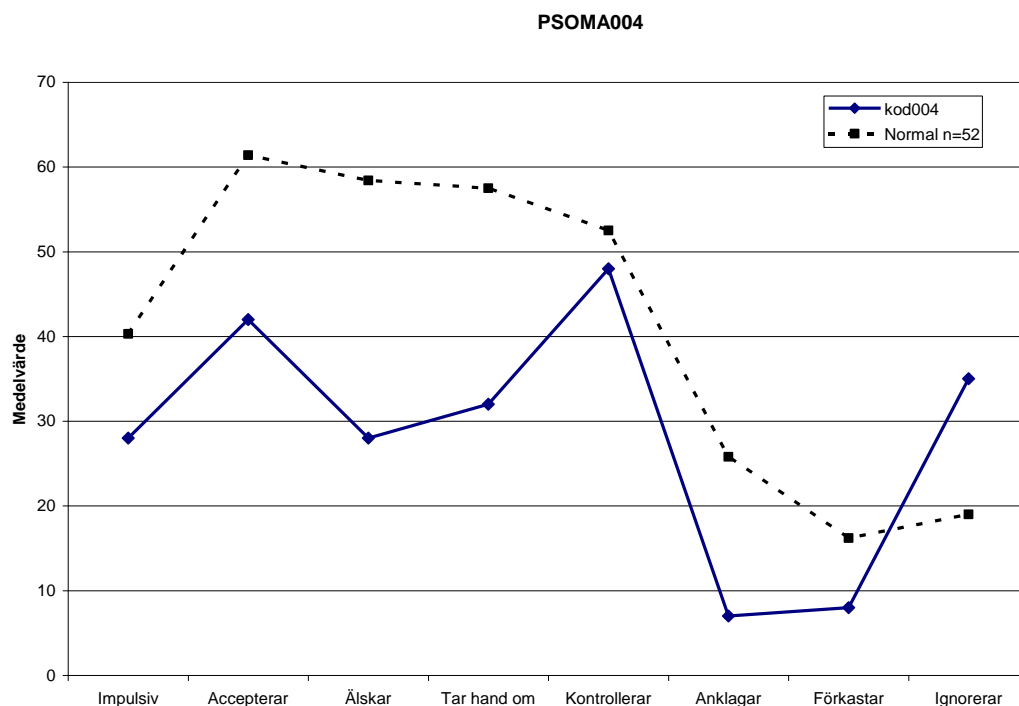
Figur 13. Patienter med somatiska besvär och en normalgrupp.

Avvikelsen i självbild för denna grupp psykosomatiska patienter är framför allt i kontroll-
 autonomi axeln där man säger att man kontrollerar sig själv mindre och är mer
 spontan/impulsstyrd jämfört med normalgruppen. För övrigt har man en självbild som i stort
 sett liknar normalgruppens. Eftersom de psykosomatiska patienterna är en mycket heterogen
 grupp när det gäller självbild visas nedan några individuella skattningar. Dessa
 självbildsmönster kan också visa hur man kan använda SASB för att förstå lite mer om hur en
 person kan fungera interpersonellt.



Figur 14. Självbild för en patient med psykosomatisk problematik.

Patient 007 har en mycket positiv självbild som i mönster följer en normalgrupps skattningar. Den positiva sidan har mycket höga skattningar och den negativa har mycket låga skattningar. Patient 007 har mycket låg självkontroll vilket betyder att 007 inte behärskar, styr och lägger band på sig själv. Det man skulle först fundera över är just avsaknaden av självkontroll och vad det betyder för denna person samt kanske den mycket positiva och inte alls negativa bilden. Är det ansträngande att upprätthålla en så positiv självbild när man har kroppsliga besvär? En annan fundering är om denna patient kommer att beskriva relationer som mycket positiva och ha svårt att se eventuella negativa mönster.

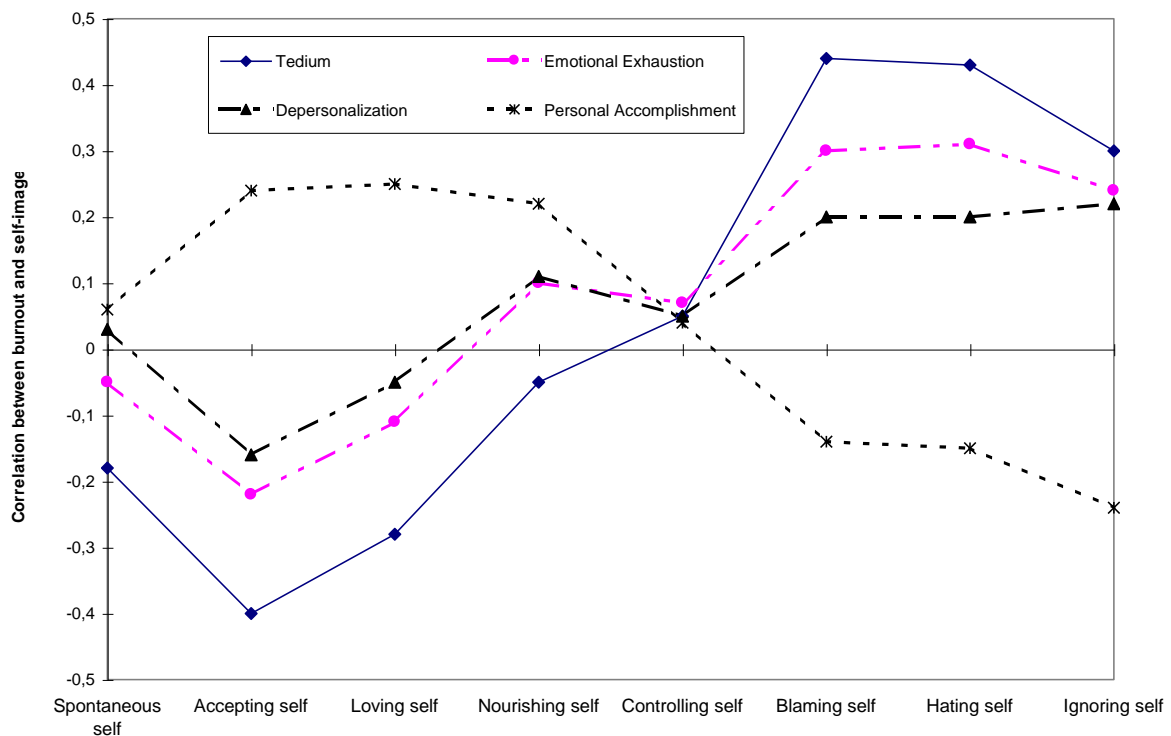


Figur 15. Självbild för en patient med psykosomatisk problematik.

Patient 004 har låga skattningar för samtliga kluster förutom möjligen självkontroll men inga kluster når upp över 50. Det som mest avviker från normalgruppen är de låga skattningarna för den positiva sidan samt att patienten ignorerar sig själv. Patient 004 tycker mycket mindre om sig själv och tar mycket mindre hand om sig själv jämfört med normalgruppens skattningar. Totalt utmärks självbilden av självkontroll. Kan vara en svår patient att nå psykologiskt och motivation för förändring kan vara tveksam eftersom självbilden inte alls är negativ och patienten har så hög självkontroll. Man kan också fundera över om patienten kommer att vara kontrollerande i relationer.

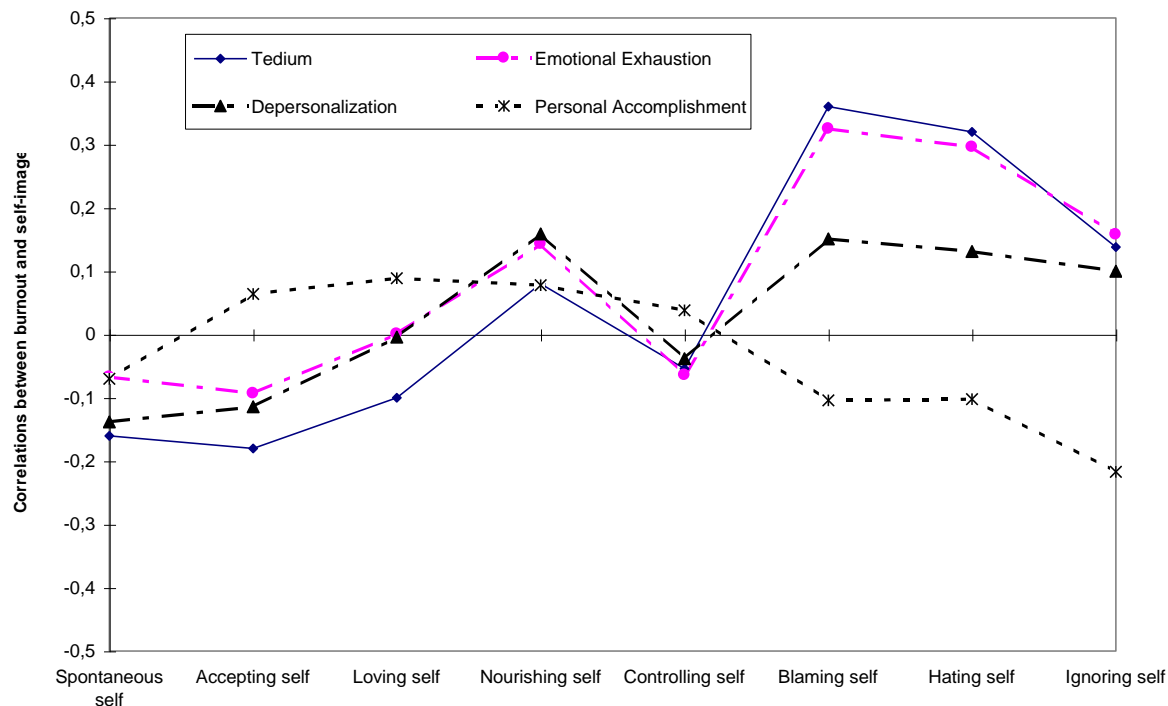
Samband mellan självbild och utbrändhet

Vi har i ett projekt undersökt samband mellan utbrändhet och självbild hos personal i olika verksamheter. Nedan visas korrelationen mellan hur man skattade sin självbild och utbrändhet mätt med två olika formulär Tedium utarbetat av Pines och Aronsons som mäter mer allmän utmattning relaterat till arbetet och Maslach's utbrändhetsformulär som mäter tre aspekter av utbrändhet: depersonalisering vilket innebär att man börjar se på patienterna mer som objekt, emotionell utmattning och personlig arbetstillfredsställelse. Båda dessa formulär finns beskrivna i en bok Professional Burnout redigerad av Schaufeli (1994).



Figur 16. Samband mellan utbränning och självbild hos personal inom kommunal och landstingsverksamhet. EE=emotionell utmattning, DP=depersonalisering, PA=personal accomplishment, Tedium=emotionell, fysisk och mental utmattning.

Det finns ett starkt samband mellan olika aspekter av utbränning och självbild. En negativ självbild är relaterat till alla aspekter av utbränning så att ju mer utbränning desto mer negativ självbild och en positiv självbild är omvänt relaterat vilket betyder att en mer positiv självbild innebär mindre utbränning. Eftersom man fyllde i både SASB och utbränningsformulären samtidigt kan sambanden bero på vilket tillstånd man befann sig i när detta skedde. Därför visas i nästa bild samband mellan självbild och utbränning för de som skattade sin självbild ett år innan man skattar utbränning.



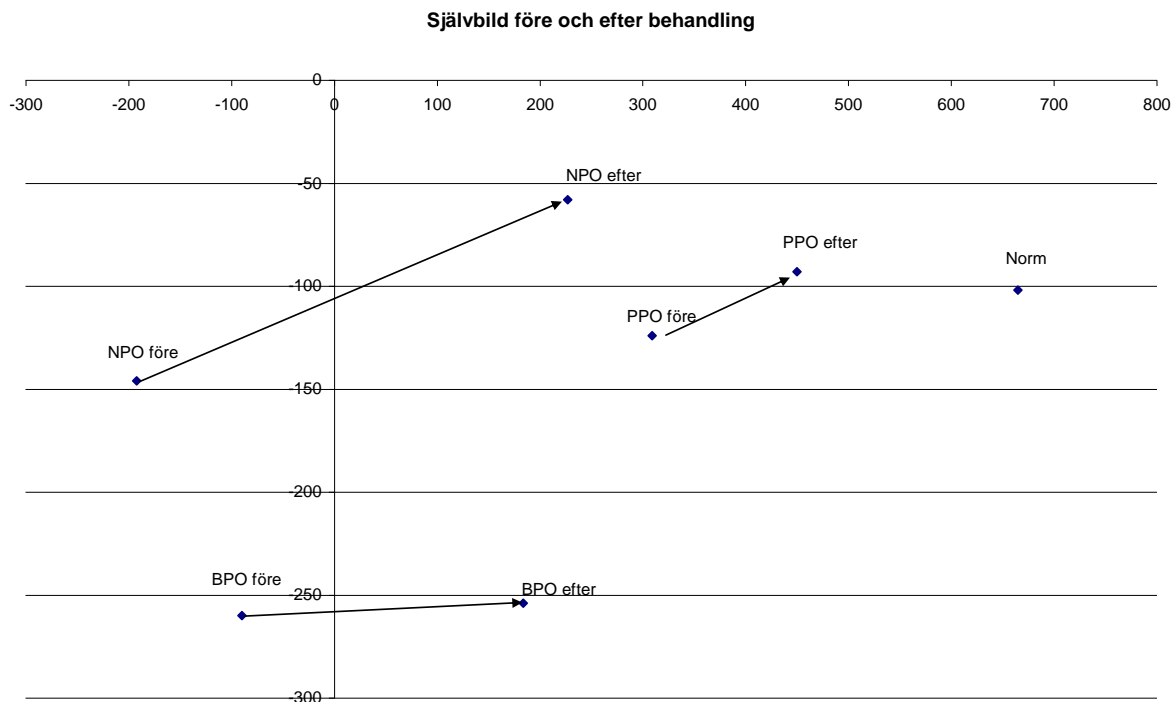
Figur 17. Skattning av självbild och utbränning efter 1 år.

Det finns fortfarande ett starkt samband mellan en negativ självbild och utbränning särskilt emotionell utmattning och Tedium men sambandet med en positiv självbild är svagare. Det verkar som om en negativ självbild betyder att man far mer illa i en dålig arbetsmiljö och tenderar att lasta sig själv medan en positiv självbild inte säger just något om hur man kommer att hantera en negativ arbetsmiljö. Man kan säga att en negativ självbild är ett varningstecken eller utgör en riskfaktor för utbränning medan en positiv självbild inte har med utbränning att göra. Vi

Vi har även tittat på samband mellan olika symtomskattningar och självbild i olika grupper och generellt gäller att en negativ självbild har ett högt samband med olika symtom som depression, ångest, fobiska symtom mätt med SCL-90.

SASB som förändringsmätt

Det har visat sig finnas ett samband mellan hur självbilden ser ut och förändring efter behandling. Patienter med en mer negativ självbild förändras mer efter behandling. Det verkar som om en negativ självbild uttrycker ett lidande och att man ser något hos sig själv som är dåligt och som man därför vill ändra på. Därför kanske det finns en större motivation till förändring hos patienter med negativ självbild. Har man en positiv självbild som dominerar kompliceras förändringsprocessen eftersom patienten kommer att vilja behålla en positiv självbild och detta kan hotas när man i behandling fokuserar det negativa. Nedan visas hur några olika patientgrupper förändrat sin självbild. Patienterna ingick i det sk behandlingshemsprojektet som beskrivits tidigare. Förändring mättes före behandling och efter 5 år och med varierande tid i behandling. Mer att läsa om dessa finns i Armelius (2001), Granberg och Armelius (2002).

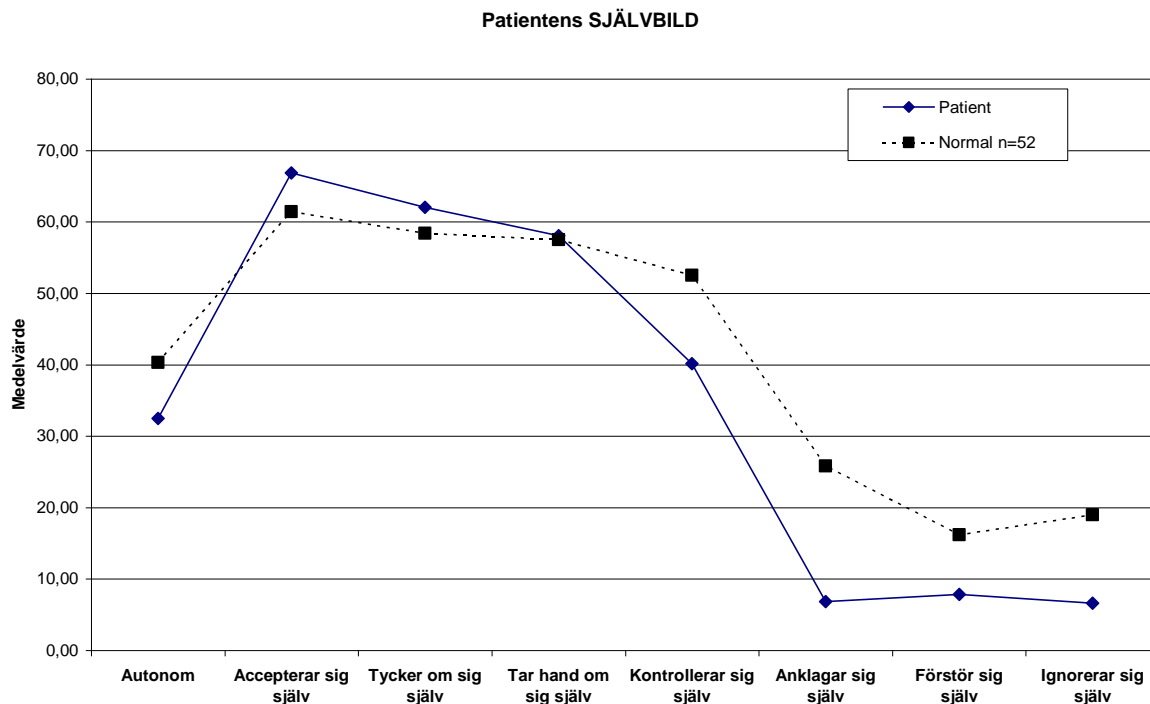


Figur 18. Förändring i självbild efter behandling.

Som syns i figuren har gruppen NPO ändrats mest i båda dimensionerna av självbilden och fått både en mer positiv självbild och mindre självkontroll. Gruppen BPO har också fått en mindre negativ självbild men inte ändrats i självkontroll. Gruppen PPO har ändrats minst. Man kan också lägga märke till att gruppen NPO trots att den visar en stor förbättring i sin självbild fortfarande har en mindre positiv och mer negativ självbild än normalgruppen. Förändringarna i självbild för dessa patientgrupper följer andra förändringar som tagits fram tex symtom och funktionsnivå mätt med GAF.

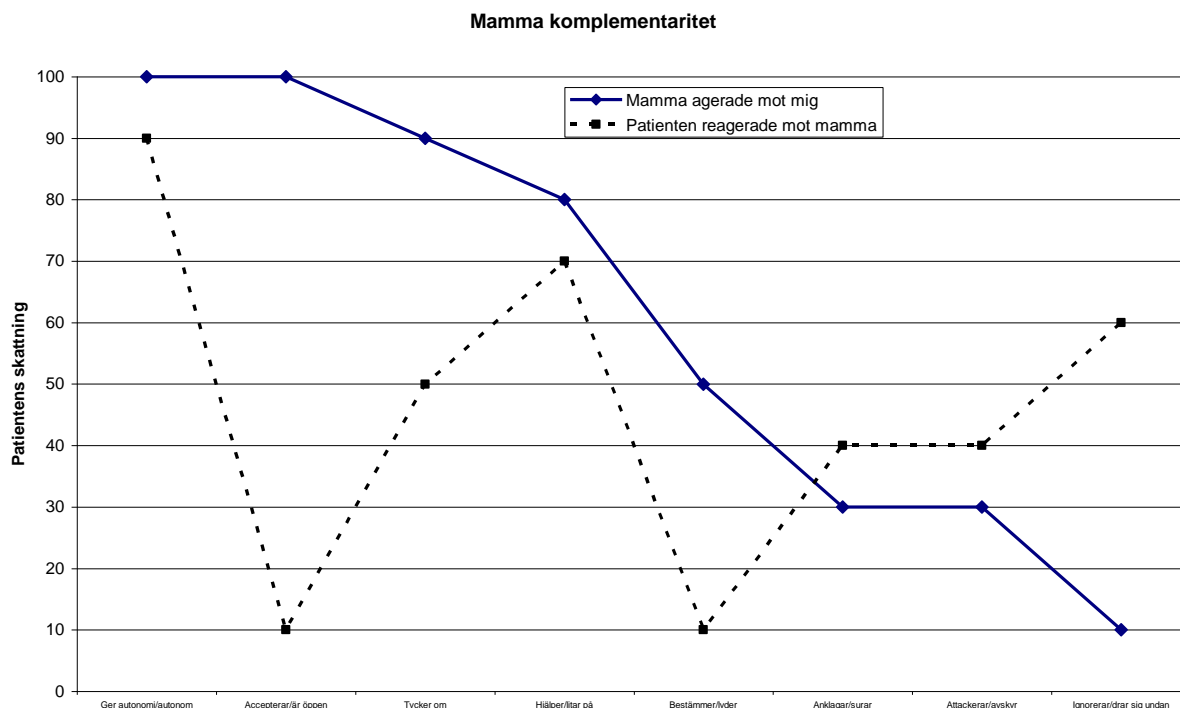
Ett exempel på klinisk användning av SASB i behandling – en fallbeskrivning

Fallet är en patient som är missbrukare och även har en kriminell belastning som våldsbrottsling och vårdas på ett behandlingshem där skattningar med SASB sker i början av behandlingen.



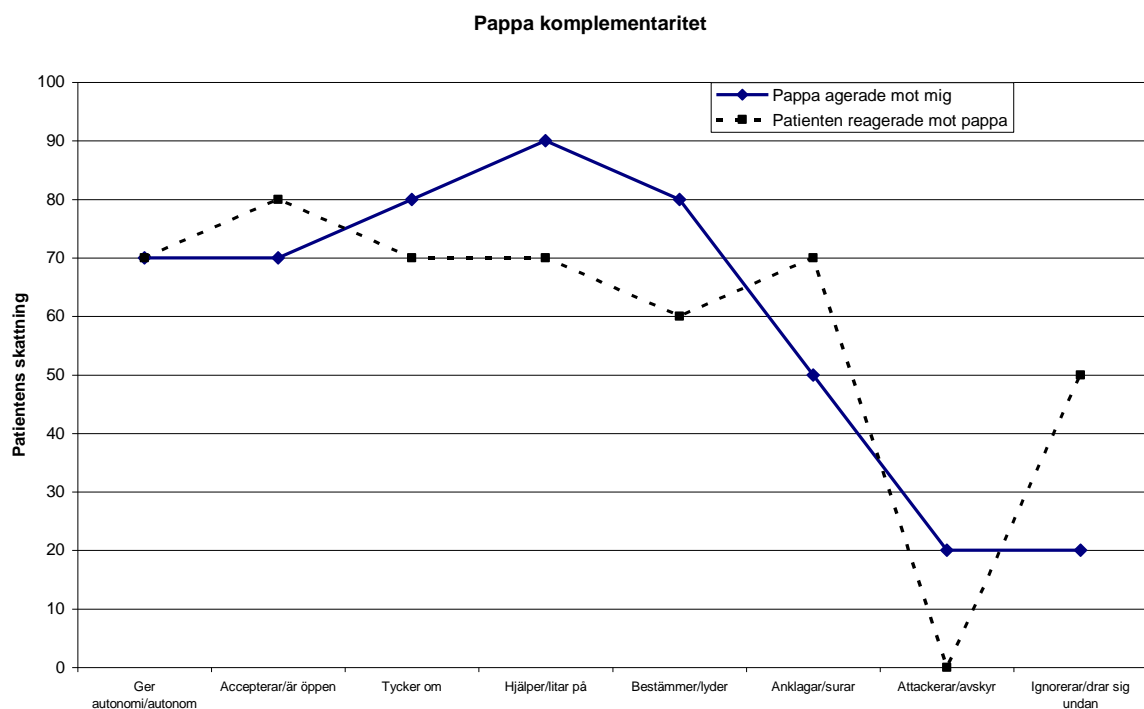
Figur 19. Patientens självbild och en normalgrupp.

Patienten har en självbild som är ganska lik normalgruppens kanske ännu mindre negativ dvs patienten anklagar, förstör och försummar sig själv något mindre än normalgruppens medelvärde för samma kluster. Nedan visas hur patienten skattat att mamma och pappa agerat mot honom samt hur han själv reagerat mot sina föräldrar.



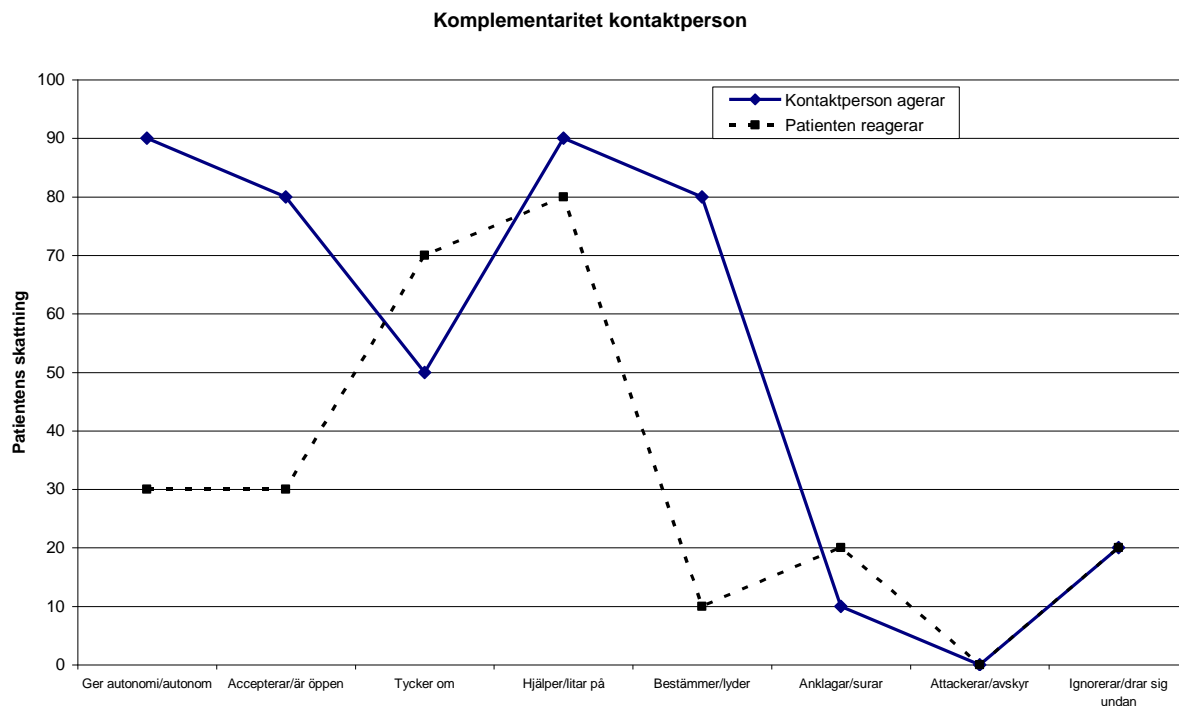
Figur 20. Patientens skattning av hur mamma agerade mot honom när han var 5-10 år och hur han själv reagerade mot mamma = patientens beskrivning av komplementaritet mot mamma.

Patientens mammabild är positiv. Mamma har tyckt om, accepterat och tagit hand om och inte alls kritiserat, angripit eller glömt bort patienten. Det som särskilt utmärker mamma är att hon gett extremt mycket frihet och varit mycket accepterande av patienten. Patienten har inte varit komplementär (kurvorna ligger långt ifrån varandra) mot sin mamma särskilt i kluster 2, dvs patienten har upplevt att mamma har accepterat honom som han är även när de haft olika uppfattningar men han har inte svarat med att vara öppen tillbaka. Samma drag av icke-komplementaritet finns i kluster 5: mamma kontrollerar men patienten har inte gett efter och i kluster 8: patienten har dragit sig undan mamma mer än vad hon har glömt bort och ignorerat patienten. Mamma har också upplevts som att hon har tyckt om patienten mera än vad han har svarat på detta. Patientens reaktion mot mamma liknar mycket den mot kontaktpersonen som också beskrivs som accepterande men patienten svarar inte med att vara öppen.



Figur 21. Patientens skattning av hur pappa agerade mot honom när han var 5-10 år och hur han själv reagerade mot pappa = patientens beskrivning av komplementaritet mot pappa.

Som man ser i figuren är pappabilden övervägande positiv med undantag av kluster 6: pappa har upplevts som att han anklagar och kritiserar. Patienten har varit komplementär mot pappa i samtliga avseenden som syns i att kurvorna följer varandra för samtliga kluster. Den bild som framkommer i skattningen stämmer väl med den sammanfattande bedömning som patienten gör i intervjun av sin pappa. Patienten var rädd för att pappa skulle kontrollera för mycket och kritisera och trycka ner. Han önskar att pappa låtit honom vara mer fri och självständig.



Figur 22. Patientens skattning av hur kontaktpersonen agerar mot honom och hur han själv reagerar mot kontaktpersonen = patientens beskrivning av komplementaritet mot kontaktpersonen.

Man ser i figur 21 att kontaktpersonen skattas positivt och patienten svarar komplementärt för de negativa klustren och för kluster 3 och 4 men inte för kluster 2 dvs det finns en positiv komplementaritet i relationen men med ett undantag för kluster 2 dvs kontaktpersonen upplevs som accepterande men patienten är inte öppen gentemot kontaktpersonen. I kontroll-autonomi är patienten inte alls komplementär. Kontaktpersonen upplevs som att han/hon ger autonomi och som mycket kontrollerande men patienten svarar inte med att vara autonom och inte heller med att ge efter. Man kan säga att patienten verkar uppleva en konflikt i autonomi-kontroll från kontaktpersonens sida dvs kontaktpersonen upplevs som ”dubbel-bind”. Kontaktpersonen både ger autonomi och accepterar patienten samtidigt som kontaktpersonen bestämmer vad patienten ska göra. Att reagera med att vara komplementär från patientens sida i en sådan relation skulle innebära en ambivalent reaktion. Patienten skulle då vara både öppen och autonom och känna sig fri gentemot kontaktpersonen samtidigt som han skulle känna sig styrd och vara eftergiven. Patienten reagerar med att inte uttrycka något alls i kontroll-autonomidimensionen, dvs han är varken autonom och öppen eller eftergiven.

Mammabilden och bilden av kontaktpersonen är ganska lika med undantag av att mamma tyckt om patienten mera, vilket är rimligt. Reaktionerna från patienten när det gäller att vara eftergiven eller lyda och att vara öppen är också liknande mot både mamma och kontaktpersonen. En tolkning är att det finns en ”mammaöverföring” på kontaktpersonen (som i detta fall var en kvinna). Är inte kontaktpersonen uppmärksam på detta kan det få en rad negativa konsekvenser, vilket också blev fallet.

Analys av intervjuer med SASB

SASB kan även användas för att analysera utskrivna intervjuer eller terapier eller andra interpersonella situationer. Man kan koda både process och innehåll. Process är att koda hur man talar med varandra oavsett vad man talar om. Vad man talar om är innehåll. Process kan

kodas oavsett vad man talar om men innehåll som kodas med SASB gäller enbart självbild och relationer.

Nedan följer ett exempel på kodning utifrån ett utdrag ur en intervju med en schizofren patient. Man tar yttrande för yttrande och svarar på 3 frågor: 1. vad är fokus: självbild, agerar eller reagerar och 2. är det vänligt eller ovänligt och 3. är det kontroll eller autonomi? Detta placerar in varje yttrande i SASB-modellen. (Siffrorna i texten markerar varje sammanhängande yttrande som ska kodas). För att lättare identifiera vad som ska kodas har varje person strukits under i texten.

Patient: Ja, dels så var jag ju, egentligen var jag ganska speedad i sommar å sånt. Högt uppe bland såpbubblorna kan man nästan säga. (1) Men jag var väldigt glad (2) att, tidigare när jag har vart i skolan har jag varit så tystlåten, så jag har inte vågat prata å så. (3) Men det gjorde jag, pratade fritt. Det är inga problem. (4) Sen då så, sen en dag så säger engelskläraren då: "Men du Karin, håll du tyst så dom andra får svara också". (5) Det var inget elakt, va, men jag tog åt mig jättemycket. Sen så blev det svårare och svårare. (6)

Intervjuare: Du börja bli självkritisk och anklagande?(7)

P: Nä, men hon stack för hårt på min såpbubbla. (8)

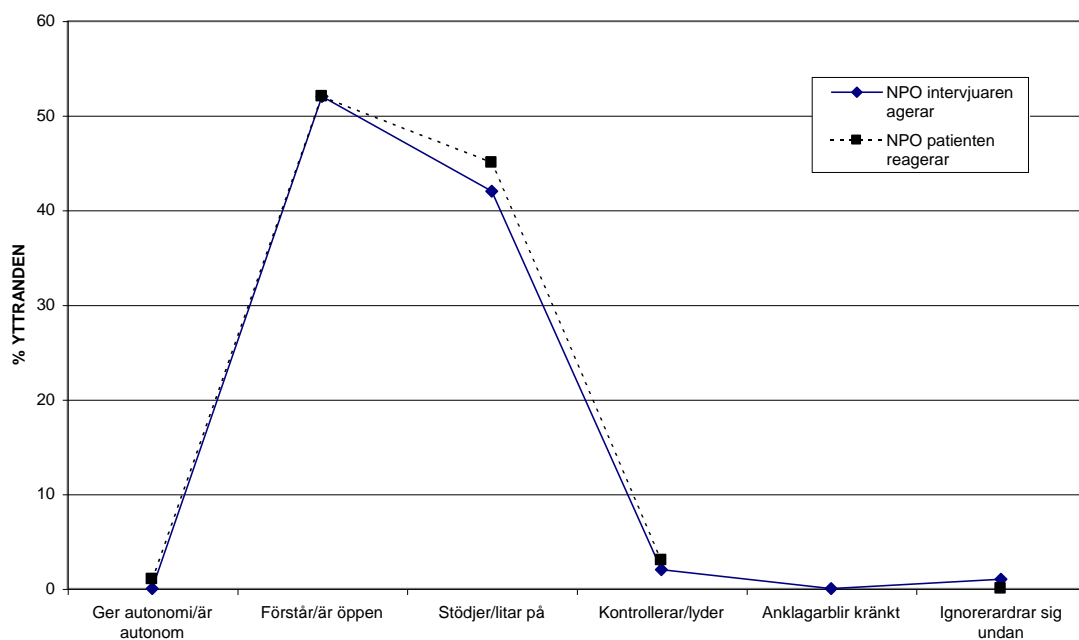
1. Kodning av innehåll – vad man talar om. Med SASB-modellen kodas när man talar om sig själv eller sina relationer. (1) Patienten talar först om sig själv. Hon var "speedad" och högt uppe bland såpbubblor. Det kodas som fokus på självbilden, varken vänligt eller ovänlig, helt utan självkontroll, dvs kluster 1 i självbilden: ett fritt själv. (2) Hon är också väldigt glad. Det kodas som mycket vänligt med vare sig kontroll eller autonomi, dvs kluster 3 i självbilden: ett positivt själv. (3) Sen säger patienten att hon förut varit så tystlåten och inte vågat prata. Det kodas som fokus på självbilden, negativt mot sig själv och med självkontroll dvs kluster 6 i självbild: anklagar och nedvärderar sig själv. (4) Sen säger patienten att hon pratade fritt utan problem. Det kodas som fokus självbilden, möjligen något positivt och mycket spontant dvs kluster 2 i självbilden: accepterar sig själv som man är. (5) Sen talar patienten om sin relationen till läraren. Läraren säger att hon ska vara tyst så att andra får prata. Detta kodas som fokus agerar, vänligt eller neutralt (det är lite oklart), men det verkar vänligt, eftersom patienten säger det sedan, det är kontrollerande. Läraren styr och bestämmer över patienten med ett inslag av att ta hand om, dvs fokus agerar kluster 4 eller kluster 5. (6) Sen säger patienten att hon tog åt sig jättemycket. Det kodas som fokus på reaktioner, hur patienten reagerade på läraren, men det går inte att placera in i modellen eftersom man inte vet riktigt vad hon menar när hon säger att hon tog åt sig och det blev svårare och svårare. Det verkar vara negativt men om patienten är eftergiven eller autonom är oklart. Det tycker också intervjuaren som frågar om detta med sin fråga. (7) Eftersom det är innehållet i frågan som kodas blir intervjuarens fråga fokus på patientens självbilden, det är ovänligt med kontroll, dvs kluster 6 i självbilden: anklagar och klandrar sig själv. (Obs det är lätt att blanda ihop process och innehåll men processen är hur intervjuaren frågar inte vad han frågar om). (8) Patientens svar handlar om relationen till engelskläraren och kodas som att läraren agerar mot patienten och det är negativt: "hon stack för hårt på såpbubblan", kanske läraren förstör men det är lite oklart vad det betyder exakt men i så fall blir det att läraren förstör och attackerar patienten, dvs kluster 7 fokus agerar.

Vad kan man ha för användning av detta? Jo, patienten verkar ha problem med att ha en positiv självbild samtidigt som hon har självkontroll. Det finns ingen balans i kontroll-autonomi axeln när hon har en positiv självbild, vilket är en ohållbar position för "självet" och det är lätt att "såpbubblan spricker". Vad som då händer framgår av resten av intervjun, som inte återges här, där det visar sig att patienten blev psykotisk och måste läggas in. Patienten

förklarar detta med vad läraren sa till henne, men det är troligast att avsaknaden av självkontroll i samband med en positiv självbild, är huvudproblemet för patienten. Avsaknad av självkontroll och en positiv självbild leder sannolikt till problem när patienten är med andra, vilket i detta fall exemplifieras med att hon pratar hela tiden. Detta (=patientens eget agerande och andras reaktioner på detta) verkar emellertid patienten inte uppfatta utan hon uppfattar i stället hur andra (i detta fall läraren) agerar mot henne. Hon har också svårt att identifiera sina egna reaktioner. Hon ”tog åt sig och det blev svårare och svårare”, vilket är diffust uttryckt. Blev hon arg, skämdes hon, drog hon sig undan och gick inte i skolan mera osv? Hon säger i stället att läraren ”stack för hårt på hennes såpbubbla”, dvs hon formulerar om sina egna reaktioner till lärarens agerande mot henne. Man kan spekulera i att patienten har svårt att veta vad hon ska göra när hon blir kränkt, sårad och arg på någon annan. Sammanfattningsvis verkar patienten ha svårigheter med att hantera fokus som vi talat om tidigare, vilket leder till relationsproblem, vilket i sin tur är svårt för patienten att hantera.

2. Processkodning. För att koda processen i relationen mellan patient och intervjuare måste man ha mer material än vad vi har här. Tentativa kodningar är dock att patienten med sitt första yttrande när hon berättar om sig själv är i fokus reagerar, det är vänligt och inte så kontrollerande, dvs hon är öppen och uttrycksfull gentemot intervjuaren och berättar precis hur hon känt och upplevt det hela. Intervjuaren agerar mot henne med sin fråga, det är vänligt och med kontroll, eftersom han/hon talar om för patienten vad hon känner, kodas alltså som fokus agerar kluster 4 ”hjälper och tar hand om”. Patienten svarar med fokus reagerar, vänligt och autonomt, dvs patienten reagerar fortfarande i kluster 2: ”öppen och uttrycksfull” gentemot intervjuaren. Utifrån detta lilla material kan man säga att det verkar som om intervjuaren har för bråttom med att ”tolka” det som sägs och komma med en förklaring. Det kanske hade varit bättre att vara mer i kluster 2 mot patienten, dvs mer bekräftande och förstående. Tex kunde intervjuaren ha sagt ”kan du berätta vad du menar när du säger att du tog åt dig och det blev svårare och svårare” eller något sådant, vilket lämnar mer frihet för patienten.. Nedan visas några exempel på hur kodningar av process och innehåll kan sammanställas.

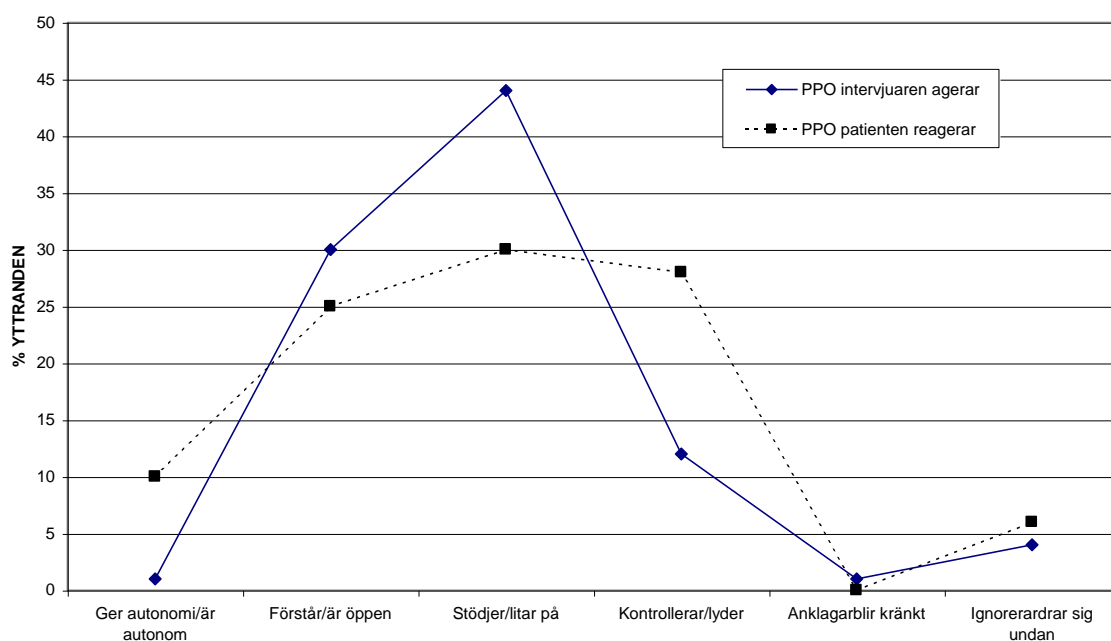
Bedömning process: KOMPLEMENTARITET NPO



Figur 23. Processen i en intervju med en NPO-patient.

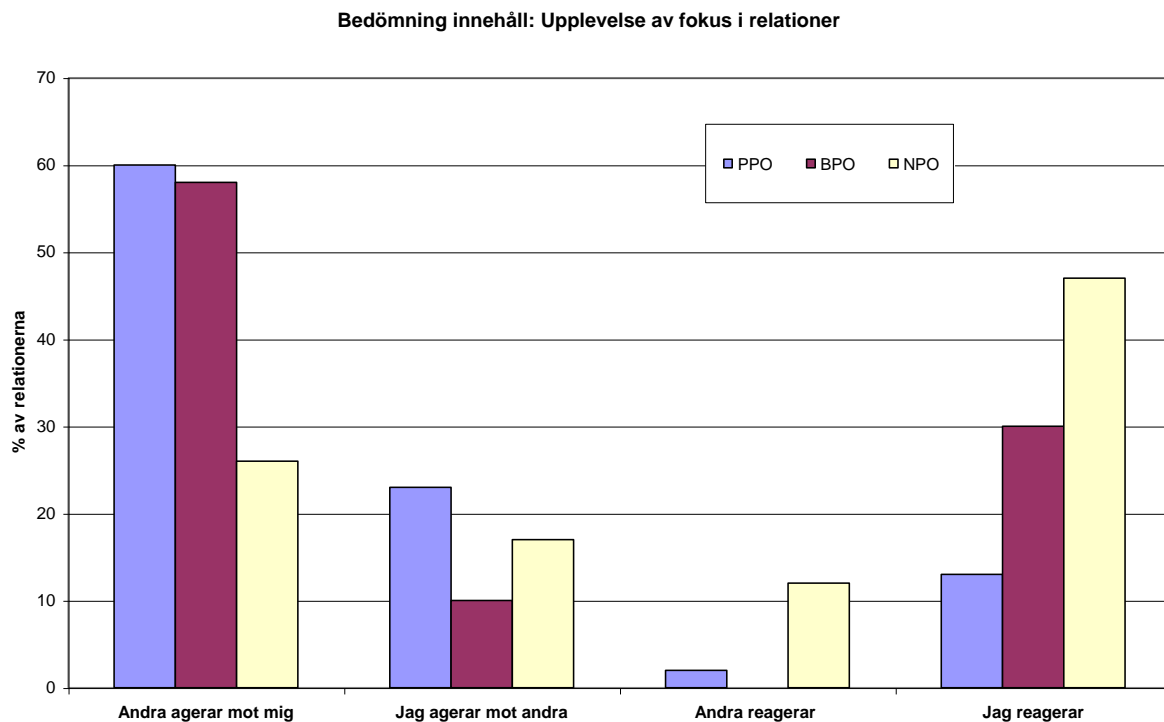
Patienten är mycket komplementär mot intervjuaren och relationen består i huvudsak av kluster 2 och 4, vilket betyder att intervjuaren är bekräftande och förstående samt hjälper patienten att förstå sig själv bättre och patienten svarar komplementärt med att vara öppen och berätta om sig själv och sina problem samt med att ta emot intervjuarens förslag och tolkningar.

Bedömning process: KOMPLEMENTARITET PPO



Figur 24. Processen i en intervju med en PPO-patient.

Här ser man att med en PPO-patient förändras processen och patienten är mindrekomplementär samt att intervjuarens kontroll över patienten ökar (kluster 4 och 5) samtidigt som kluster 2 minskar, vilket betyder att intervjuaren är mindre bekräftande och förstående mot patienten. Bilderna visar att det är lättare att vara intervjuare med en patient som är komplementär i kluster 2 och 4 än en patient som är icke komplementär och mer eftergiven (kluster 5) eftersom processen då ändras till att blir mer ”förhållningsliknande” jämfört med en process där patienten mer öppet berättar om sig själv. Nedan visas en sammanställning i termer av fokus av hur några patienter har berättat om sina relationer dvs resultatet av innehållskodningar.



Figur 24. Hur patienterna beskriver sina relationer till andra.

Sammantaget finns det alltså fyra ”delar” som man kan beskriva när man beskriver relationer: vad gör andra mot mig, vad gör jag mot andra, hur reagerar andra på mig och hur reagerar jag på andra. Om något av dessa fokus saknas i flertalet beskrivningar kan det vara tecken på svårigheter i relationer. Både BPO- och PPO-patienter beskriver mest att andra agerar mot dom, tex dom sa att jag skulle ta medicin eller dom sa att jag var sjuk osv. PPO-patienter berättar väldigt lite av sina egna reaktioner. NPO-patienter beskriver framför allt sina egna reaktioner på andra, tex jag blev arg när mamma sa att jag inte brydde mig om henne eller jag får så dåligt samvete när jag inte ringer mamma varje vecka trots att jag inte vill det osv. Att andra reagerar är mest vanligt att NPO-patienter beskriver. Om en persons relationsmönster ser ut på detta sätt kan man anta att man har svårigheter med relationer, man saknar ömsesidigheten i relationer, eftersom vissa fokus saknas. Man har ingen uppfattning om att ens egna handlingar påverkar hur andra reagerar eller hur andras handlingar påverkar mina reaktioner eller förståelsen av interpersonell kausalitet är bristfällig eller saknas.

Denna sista del om samband mellan affekter och relationsmönster är under utarbetande och mycket preliminär

Affekter och relationer

Affektsystemet ses som ett separat system med biologiska rötter vara främsta syfte är att vara ett signal- och motivationssystem för att hjälpa människan att bättre kunna tillgodose grundläggande behov. Känslor är upplevelsen av affekter och kan sägas vara kroppens sätt att tala med själen. Affektsystemet följer egna lagar som beskrivs utförligt i Tomkins fyra böcker. Affekterna är t e x smittsamma, svåra att kontrollera, kan kopplas ihop med vad som helst, är påträngande och kräver omedelbara uppmärksamhet, mm. Hur vi lär oss att hantera våra affekter sker i relationer till viktiga andra och därför kommer våra affekter att vara nära kopplade till utvecklingen av självbild och relationsmönster. Vi ska ge ett kort exempel på hur man kan använda SASB-modellen för att analysera vad som händer i en relation när en patient upplever att hon är arg på sin mamma. Patienten har just berättat att hon tycker att föräldrarna bestämmer för mycket över henne och att hon borde få bestämma mer själv när hon är mer än 30 år gammal.

Kodning av innehåll görs med SASB och följande markeringar används. 1=fokus agerar, 2=fokus reagerar och 3=fokus självbild, siffrorna 1-8=kluster. Tex mamma 1-6 betyder då att mamma anklagar och kritiserar patienten. Detta anges med fet stil i parentes efter yttrandet som kodas. När man är osäker på en kodning dras ett streck under koden. Som nämnts tidigare kodas med SASB innehållskodning enbart när patienten talar om sig själv och sina relationer till någon annan person. Kodningar med SASB görs mening för mening och man försöker att inte tolka utan går på vad patienten berättar eftersom man vill kunna beskriva patientens upplevelser av sina relationer för att sedan kunna tolka hur patienten har organiserat sina relationsmönster. Tolkningen kommer alltså efteråt när man kodat klart. Intervjun återges i oavkortad form men vissa fakta är förvrängda av sekretesskäl. Alla affekter är markerade i texten.

T: Men du nu skulle det nästan vara bra med ett exempel, kan du nämna någon händelse när du har varit tillsammans med någon person och ni har gjort någonting ihop .. och om du kan berätta några minuter om det, om en sån där specifik händelse i detalj så jag förstår precis hur det kan vara för dig.

P: Ja.

T: Du får välja precis vilken du person du vill

P: Jag ska försöka hitta någonting, få tänka, ja mamma t e x kan jag ta .. hon sitter och säger en massa saker då som retar mig. (mamma retar patienten=mamma 1-6)

T: T e x?

P: Ja...

T: Berätta någon gång när hon gjorde det.

P: ..ja, vänta, jag ska ta, ja.. hon klagade på att jag hade tagit upp mat. (mamma kritiserar patienten=mamma 1-6)

T: Ja, men säg vilken gång det var, var det nyligen?

P: Ja, i förra veckan.

T: När, när, i förra veckan? Var var ni någonstans?

P: I ...hos mamma och pappa.

T: Ja, och du satt där och så sa, vad sa din mamma?

P: Ja, men "vad har det gått åt dig", nej "har du nu gått och .. hur mycket mat har du ätit i natt", (mamma kontrollerar och kritiserar patienten=mamma 1-5 och 1-6) jag håller på att banta va .. (patienten ska banta och kontrollera sig själv=patienten 3-5) och då blev jag så **förbannad** ...vet du jävlar också ska jag aldrig få äta? (patienten reagerar med att bli arg och protesterar=patienten 2-6, 1-7)

T: Nej..

P: Ska folk alltid bestämma över mig hur mycket jag ska äta och...(folk bestämmer över patienten=folk 1-5)

T: Vad sa du till henne då?

P: Jag skrek "jävla karring jag slänger ut dig" men jag gjorde ju aldrig det men jag skrek ju åt henne.(patienten attackerar mamma verbalt=patienten 1-7)

T: Vadhur reagerade hon då?

P: Hon sprang ut och då blev jag hemskt **rädd** också samtidigt...(mamma drog sig undan patienten=mamma 2-8, patienten blev rädd=2-7)

T: Hon sprang ut och grät eller var arg eller?

P: Hon var, ja hon såg **förskräckt** ut. (mamma var rädd för patienten=2-7)

T: Har du inte gjort så förut att du har skrikit?

P: Nej.

T: Berätta mer om du om hur det gick med den här händelsen.

P: Ja, nej det slutade med att jag stack till min lägenhet ... (patienten drog sig undan=2-8) och det där...

T: Mm, och hur kände du dig då då?

P: Ja,.. först var det som befriande också samtidigt(patienten känner sig fri själv=3-1 eller fri mot föräldrarna=2-1).och.. och bli **arg** och ja... att jag, ja, det att jag hade någonstans att ta vägen och inte behöver gå där och nöta och

T: Mm, kände du dig befriad över att du kunde göra det?

P: Ja.

T: Men fanns det någon annan känsla också?

P: Jo, lite **sorg**...

T: Mm, hur då?

P: Ja, det att ... ja... en bra fråga....

T: Ja, men vad då, det låter viktigt ändå.

P: Ja, jag liksom tyckte så synd om henne samtidigt också .. (ohörbart) (patienten tar hand om mamma=1-4)

T: För att hon blev rädd?

P: Jo .. samtidigt också förstår jag ju.... man vet ju aldrig .. om någon blir **förbannad** att man får en smäll eller någonting att det händer någonting...(kodas ej men = någon 1-7 mot någon).

T: Har du slagit henne någon gång?

P: Jo, det har jag gjort.(patienten slår mamma=1-7)

T: Så hon vet att du kan göra så?

P: Jo.

T: OK, då satt du där i din lägenhet och tänkte på din mamma. Vad hände sen då?

P: Ja, ja jag var där ett tag sen då ..

T: Alltså hos dig?

P: Jo, inte bara över dan utan jag var där två veckor...

T: Hemma ensam?

P: Ja...

T: Vad hä.. du sa att det hände förra veckan va?

P: Ja det blir ju uppåt tre veckor sen.

T: Tre veckor sen? Satt du i din våning utan att höra av dig då?

P: Nej, jag pratade med pappa ...och det... och pappa sa det att du får ta det lugnt annars får.....(pappa hotar patienten verbalt=1-7)

T: Annars?

P: Annars ...jag måste få.... får inte vara där igen....(pappa avvisar=1-7 och överger patienten=1-8)

T: Jag förstår inte, han sa "du får ta det lugnt annars"?

P: Ja, ...annars tar vi våran hand ifrån dig och det är slut va och ja så där och.....(pappa avvisar=1-7 och överger patienten=1-8)

T: Mm ..

P: Ja....

T: Ja vad och hur kändes det för dig då?

P: Ja, det känns tråkigt ...men samtidigt förstår jag ju det att jag måste.....(=svårkodad reaktion mot pappa 1-2 finns med) Kanske det blev för mycket det jag hade i tonåren att jag blev **arg** och det och försökte bryta (patienten blev arg men det framgår inte riktigt vad hon gjorde=2-6 och 1-7) men att jag kommer mig ur på något sätt att jag måste försöka frigöra mig (patienten måste anstränga sig=3-5 och patienten vill kunna vara fri mot föräldrarna=2-1)och .. det kan ju vara något sånt också (ohörbart) att det är ju självklart att även du måste.....

T: Passar din ..pratar du med din mamma om det här också?

P: När jag kom tillbaks då låg hon ju på sjukhuset för hon har astma. Men det var inte mitt fel (patienten anklagar sig själv=3-6)

T: Nej men det kanske kändes så?

P: Ja, det kändes ju hemskt tråkigt... jo.

T: Men du - hur har du hanterat det här då med mamma?

P: Ja, nu har jag hälsat på henne och...(patienten har närmast sig mamma=1-3)

T: Har du bett om ursäkt för att du?
P: Nej....
T: Du har inte bett om ursäkt?
P: Jo .. eller

T: Inte direkt eller?
P: Inte direkt nej....
T: Men alltså...
P: Men nog är vi vänner ändå liksom.....(patienten närmar sig mamma=1-3)
T: Jo, men alltså har du låtit henne förstå att du förstår att hon blev rädd?
P: Jo det har jag gjort.
T: Hur sa du då till henne?
P: Ja,... då sa jag ja då... vi grälar och så därdet är ingenting att bry sig om..... jag blir bara så där **arg** ibland och ja ..(svårkodat mot mamma men inslag av **2-2**) då jag slog henne (patienten slog mamma=1-7) eller så ..nog var jag ...bra mycket många år sen. ..

T: Men... så att, jag undrar om du, sa du någonting i stil med att... till din mamma... att du mamma jag förstår att du blev rädd? Eller det måste ha varit jobbigt för dig, eller det vardu måste ha tyckt att det var obehagligt när jag gjorde så?
P: Nej
T: Ingenting du kan...
P: Nej ... (ohörbart) jag har så svårt och ..
T: Mm men nu då är det bra då med (ohörbart)
P: Jo, jo och det är väl...
T: Förlåt?
P: (ohörbart) som alla andra....
T: Ja just det. Men vad sa hon till dig då när du kom besökte henne?
P: Ja, ja, jag var ute och söp där också (patienten förstör sig själv=3-7), så hon fattade ju det för hon hade ringt till min lägenhet och jag var inte hemma .. och hon sa det att ..du får inte fara och vara så där länge och supa och hålla på och .. (mamma kritiserar och kontrollerar=1-5 och 1-6) det blev (ohörbart) ...jag blir så **arg** på henne ...(patienten blir arg=2-6) just det där att hon ska bestämma över vad som är rätt och riktigt ...(mamma kontrollerar=1-5) det tycker jag gott en kan se skillnad på rätt och riktigt...(patienten kan själv=2-1).

När vi tolkar detta använder vi Tomkins teori om skript-analys. Ett skript består av ett antal scener som sedan sammanfattas till ett skript eller mönster. Varje scen behandlar relationen till en annan person och handlar om hur affekter hanteras i relationer och mot själv. SASB koderna från texten ovan har klippts in. Personerna är mamma och pappa och patienten själv.

Scen 1: patienten och mamma

(mamma retar patienten=mamma 1-6)
(mamma kritiserar patienten=mamma 1-6)
(mamma kontrollerar och kritiserar patienten=mamma 1-5 och 1-6)
(patienten ska banta och kontrollera sig själv=patienten 3-5)
patienten blir så **förbannad**
(patienten reagerar med att bli arg och protesterar=patienten 2-6, **1-7**)
(folk bestämmer över patienten=folk 1-5)
(patienten attackerar mamma verbalt=patienten 1-7)
(mamma drar sig undan patienten=mamma 2-8)
(patienten blir rädd=**2-7**)
(mamma blir rädd för patienten=2-7)
(patienten drar sig undan=2-8)
(patienten känner sig fri=3-1 och fri mot föräldrarna=2-1)
patienten blir **arg** och känner lite sorg
(patienten tar hand om mamma=**1-4**)
patienten blir **förbannad**
(patienten slår mamma=1-7)

Sammanfattning av scen 1: patienten ska försöka kontrollera och styra sig själv men misslyckas och mamma kontrollerar, anklagar och kritiserar henne. Patienten blir då arg och förbannad och attackerar mamma som drar sig undan och blir rädd. Patienten blir också rädd

och drar sig också undan till sin lägenhet i tre veckor och känner sig fri men också sorgsen och vill hjälpa sin mamma. Den dominerande affekten är här ilska som växer när föräldrarna (och kanske andra) kontrollerar och kritiserar patienten. Patienten kan inte hantera sin ilska utan hennes ilska kan leda till att hon kanske slår sin mamma. Detta gör att patientens ilska väcker rädsla hos både henne själv och hos mamma. Denna rädsla verkar mamma hantera med att dra sig undan patienten. Patienten drar sig också undan. Det framgår senare i intervjun att patienten när hon dragit sig undan börjar supa och förstöra sig själv dvs hon kan inte ta hand om sig själv. Vad gör då pappa i detta sammanhang?

Scen 2: patienten och pappa

(pappa hotar patienten verbalt=1-7)
(pappa avvisar=1-7 och överger patienten=1-8)
(pappa avvisar=1-7 och överger patienten=1-8)
(=svårkodad reaktion mot pappa 1-2 finns med)

Sammanfattning av scen 2 med pappa. När patienten blivit arg så hotar och överger pappa patienten. Det verkar som om patienten har en viss förståelse för detta. Det betyder att när patienten blir arg blir hon övergiven av både mamma och pappa.

Scen 3: patienten och föräldrarna tidigare under tonåren

Patienten blev arg
(patienten blev arg men det framgår inte riktigt vad hon gjorde=2-6 och 1-7)
(patienten måste anstränga sig=3-5)
(patienten vill vara fri mot föräldrarna=2-1)

Patienten har blivit arg tidigare när föräldrarna kontrollerat henne och kanske attackerat mamma då också - men - hon måste anstränga sig för att bli fri gentemot föräldrarna och har inget annat sätt än att bli arg när föräldrarna inte låter henne vara fri utan kontrollerar och bestämmer och kritiserar henne.

Scen 4: patienten och mamma igen

(patienten anklagar sig själv=3-6)
(patienten har närmat sig mamma=1-3)
(patienten närmar sig mamma=1-3)
patienten talar om att hon förut blivit arg
(svårkodat mot mamma men inslag av 2-2)
(patienten slog mamma=1-7)
(patienten förstör sig själv=3-7)
(mamma kritiserar och kontrollerar=1-5 och 1-6)
patienten blir arg och hela cirkeln upprepas igen
(patienten blir arg=2-6)
(mamma kontrollerar=1-5)
(patienten kan själv=2-1)

Sammanfattning av scen 4 med mamma är att patienten känner att hon kanske bidragit till att mamma blivit sjuk men förnekar detta. Hon närmar sig mamma men mamma vet att patienten missköter sig (igen som när hon åt fast hon skulle banta i scen 1) och mamma gör samma sak som i scen 1, dvs kontrollerar och kritiserar och patienten blir arg för hon vill vara fri gentemot föräldrarna men har inget sätt annat än att bli arg, vilket väcker rädsla osv en ond cirkel går varv efter varv i relationen mellan förändrarna och patienten.

Skriptanalys med SASB: patientens Skript för ilska

Den dominerande affekten är ilska. Föräldrarnas kritik och kontroll väcker patientens ilska eftersom hon inte känner att hon är fri från föräldrarna (=komplementära reaktioner hos

patienten). Hon kan dock inte hantera ilska utan hon har attackerat sin mamma och kanske gör hon det igen. Detta väcker rädsla hos både mamman och patienten. Föräldrarna reagerar med hot och att med att överge patienten. Patienten attackerar då sig själv och förstör sig själv (exempel på introjektion). Föräldrarna försöker med kritik och kontroll att få henne att sluta med detta. Detta leder till att patienten blir arg osv. Patienten har inget annat sätt att försöka bli fri och självständig gentemot föräldrarna än att bli arg och föräldrarna har inget annat sätt än kontroll, kritik och hot att hantera sin rädsla och patientens ilska.

Sett ur föräldrarnas perspektiv ser det hela troligen ut på ett annat sätt. Dom kan vara oroliga och vilja ta hand om och hjälpa patienten dvs deras intention är kanske inte att kontrollera och kritisera som patienten upplever det. Men det dom gör är att kritisera och kontrollera som patienten beskriver det. Som syns i SASB-modellen ligger kluster 5 och 6 (kontroll och kritik) mycket nära att hjälpa och ta hand om (kluster 4) så det kan vara lätt att föräldrars intention att hjälpa upplevs som kontroll och kritik av barnet. Det viktiga i interpersonell teori är antagandet att interpersonella relationer styrs av hur personerna själva upplever relationen och detta måste man ta reda på och utgå ifrån när man vill påverka och förändra relationer. Att säga att man gjorde det för att man ville väl hjälper inte eftersom intentionen måste gå fram till den andre annars skulle det krävas att man är tankeläsare för att veta vad intentionen är.

Som ett tillägg kan nämnas att denna patient skattat sig själv och sin mamma och pappa på ett sätt som snarast är kaotiskt eller osystematiskt. Självbilden utmärks mest av kluster 6 och kluster 5 dvs patienten anklagar och kritiserar sig själv och kontrollerar sig själv (introjektion?) men kluster 1 har också höga skattningar dvs att vara fri och spontan. Totalt har alla kluster ganska höga skattningar. Mamma- och pappabilderna är nästan exakt lika och båda har skattats maximalt högt i nästan alla kluster, dvs mamma och pappa har agerat i alla kluster utan differentiering.

Onda cirklar i relationer

En fråga man kan ställa sig är varför man fortsätter att göra på samma sätt i en relation när man ser att konsekvenserna blir negativa som i exemplet med patienten ovan. Det verkar som om förstärkningsmekanismerna fungerar annorlunda i interpersonella situationer än i individuella situationer. I vanliga fall försöker man undvika att göra en sak som man vet leder till negativa konsekvenser tex om jag hade för bråttom att gå ur bilen när det var halt och ramlade är jag lite mer försiktig nästa gång. I relationer verkar det nästan vara tvärtom. Trots att jag vet att mitt barn tex blir irriterad när jag tjarar om att han ska ta på sig en mössa eller andra skor så upprepar jag detta kanske t o m varje morgon när han ska gå till skolan. En hypotes är att det är affekterna som håller dessa onda cirklar vid liv. I exemplet är det kanske oro som gör att man sätter igång sitt försök att kontrollerar barnet. Oron dämpas av att man gör ett försök att få barnet som man själv tycker ”att göra det som är bäst för honom”. Dvs min intention eller avsikt är att hjälpa mitt barn så att han inte blir kall och sjuk osv. Min handling ger alltså en positiv förstärkning till mig själv. I relationen däremot får jag en negativ förstärkning. Det blir ett bråk varje morgon men den förstärkningen är inte kopplad till min affekt och får därför inte samma betydelse. Jag måste hitta ett annat sätt att ta hand om min oro för att komma ur den onda cirkeln.

Några referenser till SASB

Andersen, S., Glasserman, N. & Gold, D. (1998). Mental representations of the self, significant others, and nonsignificant others: Structure and processing of private and public aspects. Journal of Personality and Social Psychology, 75(4), 845-861.

Armelius, B-Å, Armelius, K., Larsson, H., & Sundbom, E. (2002). Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT. **Statens institutionsstyrelse, SiS**. Forskningsrapport nr 1. En engelsk version är submitted.

Armelius, K. & Granberg, Å. (2000). Self-image and perception of mother and father in psychotic and borderline patients. **Journal of Psychotherapy Research**, 10(2), 147-158.

Armelius, K. & Holmqvist, R. (2002) Staffs' feelings towards psychiatric patients – staffs' and patients' self-image and gender. **Scandinavian Journal of Psychology**, 2002.

Armelius, K. & Holmqvist, R. (2003). Staffs' feelings towards psychiatric patients – staffs' and patients' self-image and gender. **Scandinavian Journal of Psychology**, 44(2), 69-77.

Bodlund, O. & Armelius, K. (1994). Self-image and personality traits in gender identity disorders: An empirical study. Journal of Sex and Marital Therapy, 20 (4), 303-317.

Carson, R. C. (1969). Interaction concepts of personality. Chicago: Aldine.

Crits-Christoph, P., Demorest, A. & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of a psychotherapy. Psychotherapy, 27, 513-521.

Bellack, A., Mueser, K., Wade, J., Sayers, S. & Morrison, R. (1992). The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. British Journal of Psychiatry, 160, 473-480.

Benjamin, L. (1974). Structural analysis of social behavior. Psychological Review, 81, 392-425.

Benjamin, L. (1996) A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: Structural Analysis of Social Behavior (SASB). Journal of Personality Assessment, 66(2), 248-266. (a)

Benjamin, L. (1996). Introduction to the special section on Structural Analysis of Social Behavior. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 64(6), 1203-1212. (b)

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. British Journal of Psychiatry, 130, 201-210.

Florsheim, P., Henry, B. & Benjamin, L. (1996). Integrating individual and interpersonal approaches to diagnosis: The structural analysis of social behavior and attachment theory. In F. W. Kaslow (Ed.). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp 81-101). New York: Wiley.

- Granberg, Å. & Armelius, K. (2003). Change of self-image in patients with neurotic, borderline and psychotic disturbances. **Clinical Psychology and Psychotherapy**,
- Henry, B., Schacht, T. E. & Strupp, H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 27-31.
- Holmqvist, R., & Armelius, K. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. **Journal of Clinical Psychology**, 56(4), 475-490.
- Jeanneau, M. & Armelius, B-Å. (1995). The treatment home evaluation, (THE) project in Sweden. Unpublished Manuscript. Department of Applied Psychology, University of Umeå. Sweden.
- Jeanneau, M. & Armelius, K. (2000). Self-image and burnout in psychiatric staff. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 7, 399-406.
- Kernberg, O. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson.
- Kiesler, D. (1996). Contemporary interpersonal theory of research. John Wiley & Sons, New York.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference. The CCRT method. Basic Books, Inc. New York.
- Malmgren, E-B., Armelius, B-Å., & Armelius, K. (2001). A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais and conventional physiotherapy for patients with non-specific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain and self-image. **Physiotherapy Theory and Practice**, 17, 77-95.
- Mattson, M., Egberg, K., Armelius, K., & Mattsson, B. (1995). Long-term effects of physiotherapeutic treatment in out-patient psychiatric care. **The Nordic Journal of Psychiatry**, 49, 103-110.
- Mattsson, M., Wikman, M., Dahlgren, B., Mattsson, B., & Armelius, K. (1997). Body awareness therapy with sexually abused women. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, 1(5), 280-288.
- Meurle-Hallberg, K. and K. Armelius (2005). "Associations between physical and psychological problems in a group of patients with stress-related behaviour and somatoform disorders." Accepted for publication: Physiotherapy Theory and Practise nr 6, in press.
- Pincus, L, Gurtman, M. & Ruiz, M. (1998). Structural analysis of social behavior (SASB): Circumplex analyses and structural relations with the interpersonal circle and the Five-Factor model of personality. Journal of Personality and Social Psychology, 74(6), 1629-1645.
- Öhman, K. & Armelius, K. (1990). Schizophrenic and borderline patients: introjection, relationship to mother and symptoms. Acta Psychiatrica Scandinavica, 81, 488-496.

Öhman, K. & Armelius, K. (1993). Interpersonal interactions and psychopathology - five cases. Journal of Psychotherapy Research, 3(3), 208-223.

Östgård-Ybrandt, H. (2004). Self-concept, inner residue of past relationships and social functioning in adolescence. A study of age and gender differences in groups of normal and antisocial adolescents. Doktorsavhandling. Institutionen för Psykologi, Umeå universitet.