

Umeå universitet
Institutionen för psykologi
Examensuppsats ht 2007

”Innan var det evig vinter. Nu är det lite vår.”

Utvärdering av Känslskola vid en psykiatrisk klinik
– en pilotstudie

Lisa Larsson

Handledare: Kerstin Armelius

Innehåll

Tomkins affektteori	3
Affekt, känsla, emotion och sinnesstämning	4
Skam och skuld	5
Affektmedvetenhet och affektreglering	5
Alexitymi	6
Affekter och psykiska symtom	6
Metoder för affektintegrering: Affektskola och Skriptanalys	7
Affektskola och Skriptanalys i praktisk användning	7
Syfte och frågeställningar	8
Metod	9
Deltagare	9
Urval	9
Bortfall	9
Jämförelsegrupper	9
Instrument	10
Symptom Checklist-90 (SCL-90)	10
Global Assessment of Functioning Scale self-report (GAF-självskattning)	10
The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	10
The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)	11
Skriftliga och muntliga utvärderingar	11
Procedur	11
Känslskolan	12
Etik	12
Statistisk bearbetning och analys	12
Resultat	13
Före Känslskolan	13
Efter Känslskolan	14
Klinisk signifikans	15
Muntliga och skriftliga utvärderingar	16
Positiva åsikter om Känslskolan	16
Negativa åsikter om Känslskolan och förslag på förändringar	16
Känslskolan i relation till övrig behandling samt händelser utanför behandling som påverkat måendet	17
Insikter och lärdomar	17
Upplevda förändringar	17
Framåtblickande	18
Samband mellan skam och skuld och psykiska symtom, funktionsförmåga och alexitymi	18
Diskussion	19
Referenser	23

”Innan var det evig vinter. Nu är det lite vår.”

Utvärdering av Känslskola vid en psykiatrisk klinik
– en pilotstudie

Lisa Larsson

Känslskolan är en variant av Affektskolan, en intervention som syftar till förbättrad affektmedvetenhet och affekthantering (Persson & Armelius, 2003). Studien undersökte om Känslskolan hade positiv effekt på deltagarnas psykiska symtom mätt med SCL-90 (Derogatis, 1994), funktionsförmåga mätt med GAF-självskattning (Bodlund, Kullgren, Ekselius, Lindström & von Knorring, 1994) och alexityma drag mätt med TAS-20 (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Mätningar gjordes före, direkt efter och sex månader efter Känslskolan. Dessutom utvärderades deltagarnas upplevelser av Känslskolan skriftligt och muntligt och samband mellan skam-, respektive skuldbenägenhet mätt med TOSCA (Tangney, Wagner & Gramzow, 1989) och psykiska symtom, alexityma drag och funktionsförmåga undersöktes. Deltagare i studien var 14 kvinnliga patienter inom psykiatrisk öppenvård med medelåldern 31.1 år. De flesta hade ångest- eller depressionsproblematik. Vid den första eftermätningen deltog 11 och vid den andra 9 patienter. Medelstora eller stora positiva effekter uppmättes för psykiska symtom, funktionsförmåga och alexitymi och de flesta deltagarna upplevde att Känslskolan hade påverkat måendet positivt, till exempel genom ökad förståelse för och acceptans av känslor. Resultaten tyder på att Känslskolan är en lämplig behandlingsform för denna patientgrupp, men mer forskning behövs för att kunna dra mer generella slutsatser.

På senare år har det vetenskapliga intresset för våra affekter och deras betydelse för vår fysiska och psykiska hälsa ökat (Bergdahl, 1999; Fischer & Tangney, 1995; Havnesköld & Risholm Mothander, 2002; Taylor, Bagby & Parker, 1997). Inom dynamisk utvecklingspsykologi talar man nu om affektpsykologi som den femte vågen, efter drifiteori, jagpsykologisk teori, objektrelationsteori och självpsykologi. Denna femte våg innebär ett fokusskifte från ett mer intrapsykiskt till ett mer interpersonellt perspektiv och kännetecknas av en psykobiologisk helhetssyn (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

Tomkins affektteori

Tomkins (1962, 1963, 1991, 1992) har sammanställt en affektteori med biologisk grund, som senare har fått stor betydelse inom affektpsykologin (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Enligt Tomkins (1962) är affektsystemet det primära motivationssystemet, som är nödvändigt både för vår biologiska överlevnad och för vårt sociala liv. Han menar att våra biologiska drifter, till exempel hunger och törst, behöver förstärkas av affektsystemet för att vi ska bli motiverade att tillfredsställa dem. Affektsystemet bidrar alltså till att vi uppmärksammar våra grundläggande

behov och förstärker betydelsen av det behov det kopplas till. En egenskap hos affektsystemet är att det är generellt, vilket innebär att en affekt kan kopplas till i stort sett vad som helst, t ex ett behov, ett minne eller en annan affekt. Detta bidrar till att människan lätt kan anpassa sig i nya miljöer. En annan av affektsystemets egenskaper är att det är abstrakt, vilket bland annat innebär att en affekt inte ger någon information om vad som har aktiverat den (Nathanson, 1992; Tomkins, 1991). Enligt Tomkins (1991) finns det nio medfödda, primära affekter, som varierar från låg till hög intensitet och som kan delas in i två positiva, en neutral och sex negativa affekter. De positiva affekterna är välbehag/extas (glädje) och intresse/iver, den neutrala är förvåning/häpnad och de negativa är ilska/raseri, rädsla/skräck, ledsnad/förtvivlan, avsmak, avsky och skam/förödmjukelse (svensk översättning av begreppen enligt Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). En övergripande funktion hos de positiva affekterna är att de ska få oss att fortsätta göra något, medan de negativa ska försöka få oss att ändra något (Tomkins, 1991).

De olika affekterna är på specifika sätt kopplade till nervsystemet, muskelsystemet och olika hormonsystem, till exempel är ilska kopplat till ökat blodflöde, muskelspänning och frigörande av hormonet adrenalin. Varje affekt kännetecknas också av vissa medfödda, universella ansiktsuttryck och andra kroppsliga uttryck, till exempel kännetecknas ilska av hopknipna, rynkade ögon, hopknytna nävar och rött ansikte, det sistnämnda som en följd av det ökade blodflödet. Affekterna är påträngande och svåra att kontrollera (Nathanson, 1992; Tomkins, 1991).

Affekterna är alltså till för att hjälpa oss, men ibland blir det fel, vilket bland annat har att göra med affektsystemets generella och abstrakta uppbyggnad. Eftersom en affekt kan kopplas till i stort sett vad som helst och dessutom inte ger någon information om vad som har aktiverat den, finns en risk att vi kopplar ihop affekter med negativa erfarenheter och lär in dysfunktionella sätt att tolka och hantera affekterna på. Trots att affekterna är påträngande och svåra att kontrollera, lär vi oss både medvetet och omedvetet genom våra erfarenheter vad som är acceptabla sätt att *uttrycka* och *hantera* dem på. Att vi genom våra erfarenheter lär oss att koppla ihop olika affekter med olika situationer och händelsesekvenser samt lär in sätt att hantera affekterna på, adaptiva eller icke-adaptiva, kallar Tomkins (1991) att vi formar olika *affektiva skript*.

Affekt, känsla, emotion och sinnesstämning

Taylor et al. (1997) påpekar att det inte finns någon allmän enighet bland psykologer och psykiatrer för hur begreppen affekt, känsla och emotion ska användas och konstaterar att många författare använder begreppen synonymt. Nathanson (1992), som har byggt vidare på Tomkins teori, väljer dock att skilja dessa begrepp åt och lägger även till begreppet sinnesstämning (eng: mood). Med *affekt* menar han den strikt biologiska aspekten av en känsla. En affekt är kortvarig; den varar mellan några hundradels och ett par sekunder, och den aktiverar specifika, kroppsliga reaktioner. Nathanson använder ordet *känsla* när det rör sig om en medvetenhet om att en affekt har aktiverats och vi sätter ord på våra upplevelser. En känsla varar något längre än

en affekt, tillräckligt länge för att vi ska känna igen den. En *emotion*, i sin tur, är en komplex kombination av en affekt och de minnen som kopplas ihop med denna. En emotion varar ofta ganska länge, så länge som vi fortsätter att hitta minnen som fortsätter att trigga den aktuella affekten. Begreppet *sinnesstämning* beskriver han som ett mer långvarigt emotionellt tillstånd, som kan vara i timmar, dagar eller ännu längre. I den så kallade Affektskolan, som bygger på Tomkins affektteori, har man valt att använda sig av Nathansons definitioner av dessa fyra begrepp (Persson & Armelius, 2003).

Skam och skuld

Enligt Havnesköld och Risholm Mothander (2002) har skam länge varit den minst uppmärksammade affekten inom psykoanalytisk tradition. Idag är det i stället en av de mest uppmärksammade affekterna både inom psykoanalytisk tradition och inom andra områden, till exempel klinisk psykologi, evolutionsbiologi, sociologi, neurovetenskap och psykiatri. Skam har ett viktigt socialt överlevnadsvärde genom att den motiverar oss att återupprätta banden i viktiga relationer. Tangney (1995) väljer att kalla skam för en interpersonell affekt, eftersom den främst aktiveras i våra relationer med andra. Skammen hindrar oss också från att utsätta oss för alltför stora risker, genom att den får oss att stanna upp och hindrar våra positiva affekter från att sätta oss i fara (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002).

Skuld hör inte till de primära affekter, som beskrivs av Tomkins (1991), men Nathanson (1992) påpekar att skam och skuld ofta blandas ihop. Han förklarar att skam är kopplat till vilka vi är som personer, till självet, medan skuld är kopplat till det vi gör (se även Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Wagner & Gramzow, 1992; Woien, Ernst, Patock-Peckham & Nagishi, 2003). Tangney (1995) hävdar att känslan av skam ofta är mer smärtsam än känslan av skuld. Skam får oss att känna oss värdelösa, maktlösa och utsatta och gör att vi vill gömma oss, fly eller ge igen. Skuld får oss att ångra något vi gjort och får till följd att vi vill erkänna, be om ursäkt eller försöka reparera skadan.

Affektmedvetenhet och affektreglering

Monsen (1991) påpekar att affekterna, trots sin biologiska grund, inte påverkar alla människor på samma sätt. Han använder begreppet *affektmedvetenhet* för att beskriva sambandet mellan aktivering av affekter och en individs förmåga att bli medveten om, reflektera över och uttrycka upplevelsen av affekter. Han delar in begreppet affektmedvetenhet i *upplevelseförmåga* och *expressivitet*, där upplevelseförmåga handlar om i hur hög grad en individ har förmågan att låta sig påverkas av en affekt och där expressivitet handlar om i hur hög grad nyanserade och tydliga känslouttryck kan uttryckas (Monsen, 1991, 1994).

Enligt Fonagy, Gergely, Jurist och Target (2004) är *affektreglering* ett begrepp som används i skilda sammanhang, ofta utan en tydlig definition. Bland anknytningsteoretiker används ordet för att beskriva i vilken utsträckning föräldrar, genom att vara lyhörda inför och svara på sina barns signaler, lär dem att förstå och reglera sina känslor. Att affektregleringen utvecklas i samspel med andra människor

påpekas av Dunn och Brown (1991) samt av Taylor et al. (1994). De sistnämnda menar vidare att affektreglering inte är detsamma som kontroll av affekter, eftersom våra affekter har adaptiva funktioner och inte strikt bör försöka styras eller tryckas undan. Enligt Monsen (1994) finns det ett samband mellan tidigt bristande affektreglering i samspelet mellan förälder och barn och minskad förmåga till affektmedvetenhet och förmåga att använda affekter som informationskällor senare i livet.

Alexitymi

Enligt Taylor et al. (1997) finns ett positivt samband mellan bristande affektreglering och *alexitymi*, en dysfunktion som karaktäriseras av 1) svårigheter att känna igen känslor och att skilja dem från kroppsliga sensationer kopplade till känslorna, 2) svårigheter att beskriva känslor för andra, 3) begränsad fantasi och 4) externt orienterat tänkande. Ordet alexitymi myntades av Sifneos (1973; se även Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976) och bildades av de grekiska orden *a* (=brist), *lexis* (=ord) och *thymos* (=känsla). Svårigheterna att känna igen känslor som just känslor gör att personer med alexitymi i stället fokuserar på de kroppsliga komponenterna som är kopplade till affektsystemet. De tolkar ofta känslorna som kroppsliga symtom och upplever sig därmed som fysiskt sjuka. Detta räknas som ett psykosomatiskt besvär, det vill säga att de kroppsliga symtomen är kopplade till psykiska orsaker (Taylor et al., 1997).

Enligt Taylor et al. (1997) är alexitymi också en möjlig riskfaktor för fysisk sjukdom. Bland annat kan svårigheter att reglera affekter leda till en förhöjd aktivitet i det autonoma nervsystemet, till exempel ökad utsöndring av stresshormoner, som påverkar kroppen negativt, om det pågår under en längre tid. Lumley, Tomakowsky och Torosian (1997) undersökte dock relationen mellan alexitymi och organisk sjukdom och mellan alexitymi och ökat sjukbeteende, till exempel i form av mer upplevda symtom, ökad benägenhet att söka vård och försämrad funktionsförmåga. De kom fram till att alexitymi inte verkade vara relaterat till organisk sjukdom, men däremot till ökat sjukbeteende. Mer upplevda symtom hade alltså ett positivt samband med högre grad av alexitymi.

Affekter och psykiska symtom

Flera författare har också hittat samband mellan alexitymi och psykiska symtom. Taylor et al. (1997) konstaterar att psykiatriska patienter har uppvisat högre grad av alexitymi än både normalgrupp och fysiskt sjuka patienter och även Denhag (2002) har funnit att alexitymi är relaterat till psykiska symtom. Enligt Monsen (1991) är våra känslor en central källa till psykisk hälsa, en åsikt som delas av Dua (1994), som menar att negativa affekter är den bästa prediktorn för fysisk och psykisk hälsa. Mer negativa affekter, orsakade av tankar och erfarenheter, har visat sig ha ett samband med mer oro, stress, depression och sämre psykisk hälsa, enligt Dua. Kaufman (1996) hävdar att negativa affekter, framför allt skam, spelar en viktig roll i flera olika former av psykopatologi, till exempel tvångssyndrom och depression. Även Tangney

et al. (1992) och Woien et al. (2003) har funnit samband mellan skam och psykopatologi, men konstaterar att inget motsvarande samband har hittats för skuld.

I linje med de kopplingar som har observerats mellan negativa affekter och psykisk ohälsa, visar Monsens studie (1994) på ett samband mellan ökad affektmedvetenhet och minskade psykiska symtom och förbättrad funktionsförmåga hos en grupp patienter med personlighetsstörningar. En studie (Shear, Houck, Greeno & Masters, 2001), där patienter med paniksyndrom fick affektfokuserad psykoterapi, visade dock inte på några signifikanta resultat.

Metoder för affektintegrering: Affektskola och Skriptanalys

Då samband mellan ökad affektmedvetenhet och förbättrad psykisk hälsa har påvisats, har ett intresse vuxit fram för att utveckla psykologiska metoder som syftar till att öka människors affektmedvetenhet och deras förmåga att använda sina känslor som viktiga informationskällor. Ett samlingsnamn för dessa metoder är *affektintegrering* (Persson & Armelius, 2003). Vid Institutionen för psykologi vid Umeå universitet har man utvecklat en behandlingsmodell som består av två sådana behandlingsmetoder; Affektskola och Skriptanalys. Den primära målgruppen för denna affektfokuserade behandling var till en början människor med olika psykosomatiska problem, eftersom ökad affektmedvetenhet har visat sig kunna lindra eller bota psykosomatiska sjukdomar (Bergdahl, 1999). Affektskolan är en manualbaserad, pedagogisk gruppbehandlingsmetod, som är baserad på Tomkins affektteori och som har som övergripande mål att öka affektmedvetenheten samt förmågan att uppfatta och uttrycka affekter (Bergdahl, Armelius & Armelius, 2000; Persson & Armelius, 2003). Skriptanalys är en individuell behandlingsform, som även den är baserad på Tomkins affektteori och som genomförs i direkt anslutning till avslutad Affektskola (Bergdahl et al., 2000). Här tillämpas kunskaper och erfarenheter från Affektskolan och syftet med Skriptanalysen är att individen, med terapeutens hjälp, ska kartlägga, förstå och försöka förändra sitt sätt att hantera affekter (Persson & Armelius, 2003).

Affektskola och Skriptanalys i praktisk användning

Affektskola och Skriptanalys har använts som behandling vid bland annat psykosomatiska och stressrelaterade besvär samt vid smärt-, ångest- och depressionsproblematik och flera utvärderingar av behandlingsresultat har gjorts, som överlag främst visar på positiva resultat. I en studie av Bergdahl et al. (2000) fick 14 patienter med psykosomatiska besvär genomgå Affektskola och Skriptanalys och resultaten visade på signifikant reducering av fysisk symtomintensitet och signifikant förbättrad funktionsförmåga efter Affektskolan. Skillnaderna var ännu större efter genomförd Skriptanalys. Efter Skriptanalysen uppmättes även en mindre negativ självbild hos deltagarna. Inga signifikanta skillnader påvisades gällande psykiska symtom.

Inom ramen för ett psykosomatikprojekt (Arnström Johannessen, 2002) erbjöds primärvårdspatienter med psykosomatiska besvär och senare också patienter med stressrelaterade symtom, totalt 24 deltagare, behandling med Affektskola och olika

former av efterföljande individuell behandling. Ett år efter Affektskolan uppvisade deltagarna signifikant mindre psykiska symtom och lägre fysisk symtomintensitet jämfört med före behandling. Dessutom uppmättes signifikant förbättrad positiv och negativ självbild. Bergdahl, Larsson, Nilsson, Riklund Åhlström & Nyberg (2005) lät 27 personer med höga stressnivåer genomgå Affektskola och påvisade signifikant reducering av upplevd stress och av psykiska symtom. I en pilotstudie vid Smärtsektionen i Växjö deltog 56 rehabiliteringspatienter med långvarig, benign smärta i en behandling bestående av Affektskola och Skriptanalys. Efter behandlingen påvisades förbättringar inom en rad områden, till exempel minskade alexityma och depressiva symtom och förbättrad funktionsförmåga och självbild (E. Melin, personlig kommunikation, 2007-10-30, 2007-10-31).

Endast en studie har påträffats (Steen, 2006), där Affektskolan har använts som behandling inom psykiatri. Deltagarna var sex öppenvårdspatienter med ångest- och depressionsproblematik, psykosomatiska symtom och bristande affektmedvetenhet. Inga signifikanta skillnader mellan före- och eftermätning beträffande psykiska symtom, subjektivt upplevd symtomintensitet eller alexityma drag observerades. Deltagarnas egna upplevelser av Affektskolan var dock över lag positiva och de flesta upplevde efteråt en ökad affektmedvetenhet och ansåg att Affektskolan hade gett dem värdefull kunskap inför framtiden, bland annat om varför affekter uppstår och hur de påverkar oss. Sammanfattningsvis tyder dessa studier på att Affektskolan har effekter inom en rad områden och att resultaten verkar bli mer entydigt positiva om Affektskolan följs av Skriptanalys eller annan individuell behandling.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att utvärdera en variant av Affektskolan, kallad Känslskolan, som har genomförts vid en svensk psykiatrisk klinik, samt att undersöka om det fanns ett samband mellan deltagarnas skam- respektive skuldbenägenhet och psykiska symtom, funktionsförmåga och alexityma drag. Frågeställningarna var:

- Har Känslskolan en positiv effekt på deltagarnas psykiska symtom mätt med SCL-90 (Derogatis, 1994), alexityma drag mätt med TAS-20 (Bagby et al., 1994) och funktionsförmåga mätt med GAF-självskattning (Bodlund et al., 1994)?
- Hur upplevde deltagarna Känslskolan? Tycker de att den har påverkat deras problem och mående och i så fall på vilket sätt?
- Finns det ett samband mellan deltagarnas skam- och skuldbenägenhet mätt med TOSCA (Tangney et al., 1989) och psykiska symtom, alexityma drag och funktionsförmåga?

Hypoteserna var:

- Efter genomgången Känslskola skulle deltagarna uppvisa minskade psykiska symtom och alexityma drag och högre funktionsförmåga.
- Deltagarnas upplevelser av Känslskolan skulle främst vara positiva.
- Skam-, men inte skuldbenägenhet, har ett positivt samband med psykiska symtom.

Metod

Deltagare

I studien deltog initialt 14 patienter vid en psykiatrisk öppenvårdsklinik, fördelat på två på varandra följande grupper med sju deltagare i varje. Två av deltagarna avbröt efter tre träffar. De flesta deltagarna hade olika former av ångest- eller depressionsproblematik, men även personlighetsstörningsdiagnos förekom. Känslskolan var ett tillägg till annan behandling och i varierande mängd hade deltagarna samtidigt till exempel medicinering, olika former av individuellt samtalsstöd, sjukgymnastisk eller arbetsterapeutisk behandling. Samtliga deltagare var kvinnor mellan 19 och 53 år (medelålder 31.1 år, sd=10.7).

Urval

När beslut om att starta Känslskolan var fattat, spreds information om detta bland behandlare inom psykiatrin. Dessa bedömde då vilka av de patienter de hade kontakt med, som de ansåg lämpliga att delta i Känslskolan och erbjöd dem denna behandling. Exklusionskriterier var akut kris, djup depression, psykotiska syndrom, multiproblematik och uttalad missbruksproblematik. Av de tillfrågade patienterna fick samtliga intresserade möjlighet att delta i Känslskolan.

Bortfall

För de två deltagarna som avbröt behandlingen finns endast material från mätningen före påbörjad Känslskola. Av de övriga 12 deltagarna deltog 11 vid mätningen direkt efter avslutad Känslskola och nio vid mätningen sex månader senare. För GAF-självskattning saknas resultat för ytterligare en deltagare.

Jämförelsegrupper

Som normalgrupp för SCL-90 användes värdena för 707 kvinnor som ingick i det svenska standardiseringsmaterialet för detta test (Fridell, Cesarec, Johansson & Mallings Thorsen, 2002). För TAS-20 användes värdena för 122 deltagare (109 kvinnor och 13 män) i en studie av Bergdahl et al. (2002) som normalgrupp. Inga normalgruppsvärden för GAF eller GAF-självskattning har påträffats, varför deltagarna här jämfördes mot gränsen för låg psykosocial förmåga, GAF=70 (Fridell et al., 2002). En bedömning gjordes också utifrån GAF-skalans poängintervall, där 51-60 poäng innebär måttliga symtom eller måttliga funktionssvårigheter och 61-70 poäng innebär vissa lindriga symtom eller vissa funktionssvårigheter (American Psychiatric Association, 2000). Den normalgrupp som deltagarnas värden på TOSCA jämfördes med består av 190 kvinnliga studenter vid ett amerikanskt universitet, som deltog i en studie av Woien et al. (2003).

Instrument

Symptom Checklist-90 (SCL-90)

SCL-90 är ett självskattningsformulär som avser mäta psykiskt hälsotillstånd under den senaste veckan. Formuläret består av 90 frågor, där man ska ta ställning till hur mycket man har besvärats av olika symtom. Svaren ges på en skala från 0 till 4, där 0 = "Inte alls" och 4 = "Väldigt mycket". Frågorna delas in i 9 subskalor; somatisering, obsessiv-kompulsivitet (tvång), interpersonell känslighet, depression, ångest, fientlighet/vrede, fobisk ångest, paranoidt tänkande och psykoticism. Sju items, som inte ingår i någon av dessa subskalor har förts samman till en tilläggs skala. Medelvärde av svaren på samtliga 90 frågor kallas globalt svårighetsindex (GSI), vilket är ett mått på den generella nivån av psykiska besvär (Fridell et al., 2002). Enligt Sandahl, Birgersson, Armelius, Fridell och Sagraeus (1998) visar studier av SCL-90 på tillfredsställande test-retestreliabilitet (.79 – .90). Instrumentet har normerats och standardiserats utifrån svenska förhållanden och visar där på mycket hög reliabilitet, både i normalmaterial och i kliniskt material; Chronbach's alfa = .97 respektive .98. (Fridell et al., 2002).

Global Assessment of Functioning Scale self-report (GAF-självskattning)

GAF-skalan avser mäta global psykisk hälsa utifrån psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga. Skalan är indelad i tio intervall (1-10, 11-20 osv), där både symtom och funktionsförmåga beskrivs. Funktionsförmågan uppskattas till en siffra mellan 1 och 100, från låg till hög förmåga (Söderberg, Tungström & Armelius, 2004). Gränsen för låg psykosocial förmåga brukar dras vid GAF=70 (Fridell et al., 2002). Det finns två versioner av skalan; GAF (American Psychiatric Association, 2000), där experter gör bedömningen av aktuell funktionsförmåga och GAF-självskattning (Bodlund et al., 1994), där patienten själv skattar sin funktionsförmåga det senaste året och de senaste veckorna. GAF är ett frekvent använt bedömningsinstrument inom psykiatri både i Sverige och internationellt och har visat på tillfredsställande reliabilitet, med en intraklasskorrelation, ICC, på mellan .81 och .86 (Hilsenroth et al., 2000; Söderberg et al., 2004). GAF-självskattning har visat god överensstämmelse med GAF; $r=.62$, $p<.001$ (Bodlund et al., 1994). Dock visar studien att patienter tenderar att underskatta sin GAF-nivå jämfört med experters bedömning och att detta gäller kvinnor i högre utsträckning än män.

The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

TAS-20 är ett självskattningsinstrument som avser mäta alexityma drag och som har utvecklats av Bagby et al. (1994). Testet består av 20 påståenden, som man ska ta ställning till hur det stämmer för en själv, på en skala från 1 till 5, där 1 betyder "Helt fel" och 5 betyder "Helt rätt". Frågorna är indelade i tre faktorer; svårigheter att identifiera känslor, svårigheter att beskriva känslor och externt-orienterat tänkande. Alexitymi anses föreligga vid en totalpoäng på TAS-20 på ≥ 61 , medan 51 poäng är satt som gräns för icke-alexitymi (Taylor et al., 1997). TAS-20 har visat på tillfredsställande intern konsistens; Cronbach's alfa = .81 (Bagby et al., 1994)

respektive internal reliability coefficient, IRC = .86 (Parker, Taylor & Bagby, 2003). Även tillfredsställande test-retestreliabilitet (.77) har uppmätts (Bagby et al., 1994).

The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)

TOSCA är ett självskattningsinstrument som bland annat avser mäta skam- och skuldbenägenhet. I formuläret beskrivs tio negativa och fem positiva scenarion, vart och ett följt av fyra eller fem tänkbara responser. På en femgradig skala, där 1 betyder "Sannolikt inte" och 5 betyder "Mycket sannolikt" ska individen skatta varje respons utifrån hur troligt det är att han eller hon skulle reagera på ett sådant sätt. TOSCA är indelat i sex faktorer; skambenägenhet, skuldbenägenhet, externalisering, distansering, stolthet person (alfa pride) och stolthet handling (beta pride), vilka speglar olika sätt att reagera på de moraliska dilemman som beskrivs i de olika scenarierna (Woien et al., 2003). Den interna konsistensen för skamfaktorn har i flera studier visats vara god (Cronbach's alfa = .75 – .91), medan lägre värden har uppmätts för skuldfaktorn, mellan .57 och .66 (Fontaine, Luyten, de Boeck & Corveleyn, 2001; Rüscher et al., 2007; Tangney et al., 1992). Motsvarande värden för externalisering och distansering har uppmätts till .58 – .62 respektive .62 – .64 (Fontaine et al., 2001). Inga värden för faktorerna stolthet person och stolthet handling har påträffats, men Luyten, Fontaine och Corveleyn (2002) hävdar att dessa har låg intern konsistens. I föreliggande studie användes endast faktorerna skam och skuld.

Skriftliga och muntliga utvärderingar

Förutom ovan nämnda mätinstrument användes även skriftliga och muntliga utvärderingar, där varje deltagare fick delge sina åsikter om Känslskolan samt berätta om de upplevde att Känslskolan hade påverkat deras mående och i så fall hur (bilaga 1 & 2).

Procedur

Känslskolan genomfördes för första gången under hösten 2006, med en grupp på sju deltagare, följt av en ny grupp under våren 2007, även den initialt med sju deltagare, varav två avbröt efter tre gånger. Det är deltagarna från dessa båda grupper som har deltagit i studien. Två psykologer vid psykiatrin fungerade som gruppleddare och dessa samlade även in det material som ligger till grund för utvärderingen. Tre mätningar gjordes; före och direkt efter genomgången Känslskola, samt ungefär sex månader efter avslutad Känslskola. TOSCA användes endast vid föremätningen, medan SCL-90, GAF-självskattning och TAS-20 användes vid samtliga mättillfällen. Varje deltagare fick först träffa en av de två gruppleddarna individuellt, för att få information om Känslskolans innehåll och upplägg. Deltagarnas egna målsättningar efterfrågades och de fick med sig föremättningsformulären (SCL-90, GAF-självskattning, TAS-20 och TOSCA), för att fylla i och ta med sig till första träffen.

Känslskolan

Känslskolan vände sig till patienter med ångest-, depressions- eller lättare personlighetsmässig problematik och pågick under åtta veckor. De åtta träffarna var alla två timmar långa och skedde alltid på samma veckodag och samma tid. Behandlingen debiterades enligt gällande patientavgift och högkostnadsskydd gällde. Upplägget utgick, som tidigare nämnts, från Affektskolans uppbyggnad och i likhet med denna inleddes varje träff med en kortare föreläsning, där en, i enstaka fall två, affekter presenterades och deras funktioner och uttryck redovisades. Affekterna presenterades dock i en annan ordning i Känslskolan, bland annat togs glädje upp sist i stället för oro/förtvivlan. Skälet till detta var att man ville avsluta med en positiv affekt. Den ordning i vilken affekterna behandlades i Känslskolan återges i bilaga 3. Efter föreläsningen följde, liksom i Affektskolan, en diskussion där deltagarna bland annat ombads tänka på och berätta om en specifik situation när de känt den aktuella affekten och beskriva hur och var i kroppen de upplevt den, samt hur de förmedlade den till andra. Samtliga diskussionsfrågor återges i bilaga 3. I Känslskolan ingick även inslag från dialektisk beteendeterapi, DBT, vilket bland annat innebar fördjupat fokus på affekthantering. Efter den första gruppen byttes diskussionsfrågan ”Hur vet du att någon annan är ... [känsla]?” ut mot ”Hur brukar du hantera ...[känsla]? Sätt som brukar fungera? Sätt som inte brukar fungera?”. Detta gjordes eftersom flera av deltagarna i den första gruppen efterfrågade mer fokus på hur de kunde hantera sina affekter. Ytterligare en skillnad jämfört med Affektskolan var att deltagarna i Känslskolan fick hemuppgifter, att inför nästkommande träff vara extra vaksam på den affekt som skulle diskuteras då.

Tio av de 14 deltagarna kom på minst sex av de åtta träffarna och den genomsnittliga uppslutningen var 5.5 deltagare per träff. Vid den sista gruppträffen fick deltagarna med sig eftermättningsformulären (SCL-90, GAF-självskattning, TAS-20 och en skriftlig utvärdering). Dessa tog de sedan med ifyllda till det individuella samtal med en av gruppledarna, som följde efter avslutad Känslskola. Vid det samtalet gjordes en muntlig utvärdering och avstämning utifrån de individuella målen och gruppledaren antecknade svaren. Ungefär sex månader senare skickades formulären SCL-90, GAF-självskattning och TAS-20 hem till deltagarna, som ombads fylla i och returnera dessa i medföljande, frankerade svarskuvert.

Etik

Deltagarna informerades om och gav sitt samtycke till att en utvärdering skulle göras. Däremot fick de inte information om vem som skulle genomföra den, eftersom det inte var bestämt när materialet samlades in. Gruppledarna aidentifierade allt material innan det vidarebefordrades för bearbetning och den deltagare som citeras i studiens titel har genom en av gruppledarna givit sitt godkännande till att citatet används.

Statistisk bearbetning och analys

Data bearbetades i statistikprogrammet SPSS for Windows, version 15.0. För SCL-90, TAS-20 och TOSCA fattades svar på några frågor i en del deltagares formulär (totalt åtta, fyra respektive fem frågor), som ersattes av medelvärdena av de övriga

värdena som ingick i aktuell subskala. Skillnader mellan de som deltog respektive inte deltog vid respektive mättillfälle testades med t-test för oberoende mätningar och jämförelser mellan deltagare och normalgrupp för TOSCA gjordes med one-sample t-test. Signifikansnivån (2-tailed) sattes till $p < .05$.

För att beräkna effekter av Känsluskolan gjordes jämförelser mellan mätningen före Känsluskolan och den direkt efter och den efter sex månader med t-test för beroende mätningar. Effekten beräknades också genom att räkna ut en effektstorlek för varje deltagare, ett ES-värde. ES-värdet beräknades som skillnaden mellan före- och eftermätning dividerat med standardavvikelsen vid föremätningen. En effektstorlek på .20 sattes som gräns för en liten effekt, .50 som gräns för medelstor och .80 som gräns för stor effekt, i enlighet med Cohen (1988, 1992).

Klinisk signifikans, som uttrycker den kliniskt meningsfulla förändringen för varje patient, beräknades för SCL-90 och TAS-20 enligt Jacobson och Truax (1991). För att en förändring ska vara kliniskt signifikant ska en patient röra sig från en dysfunktionell till en funktionell nivå i respektive mätinstrument. Cutoff-värdet, c , beräknades enligt formeln

$$c = \frac{SD_0M_1 + SD_1M_0}{SD_0 + SD_1}$$

SD_0 =standardavvikelse för normalgrupp, M_1 =medelvärde för deltagargrupp, SD_1 =standardavvikelse för deltagargrupp och M_0 =medelvärde för normalgrupp.

Eftersom högre värden på SCL-90 och TAS-20 betyder att man har mer symtom respektive mer alexitymi ska en patient för att uppnå ett kliniskt signifikant resultat ha befunnit sig i ett dysfunktionellt område före behandling, med ett värde $\geq c$, det vill säga ha haft problem, och efter behandling ha fått ett värde $< c$, det vill säga ha uppnått ett värde som hör till normalgruppens funktionsnivå.

Resultat

Före Känsluskolan

I Tabell 1 redovisas mätinstrumentens medelvärden och standardavvikelser före behandling för samtliga 14 patienter.

Tabell 1. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) för mätinstrumenten före Känsluskolan ($n=14$)

	GSI	GAF året	GAF veckan	TAS-20 total	TAS-20 identifiera	TAS-20 beskriva	TAS-20 externt	TOSCA skam	TOSCA skuld
M	1.13	55.00	68.29	62.55	3.69	3.42	2.46	3.39	3.91
SD	.61	12.86	9.93	15.99	.87	1.08	.83	.78	.48

Deltagarnas GSI-värde var betydligt högre än en normalgrupps ($M=.49$, $SD=.48$ för normalgruppen), vilket tyder på att de hade besvär med olika psykiska symtom före

Känslskolan. GAF-skattningen för det senaste året visar att de hade måttliga funktionssvårigheter, medan deras skattning för de senaste veckorna placerade dem på gränsen till endast obetydliga funktionssvårigheter. Totalpoängen på TAS-20 visar att deltagarna före Känslskolan hamnade över gränsen för alexitymi (≥ 61), det vill säga de hade svårigheter att hantera känslor. Resultaten för TOSCA visar inga signifikanta skillnader mellan deltagarnas och normalgruppens skam- och skuldbenägenhet, men en tendens ($p=.068$) till högre skambenägenhet fanns hos deltagarna ($M = 2.98$, $SD = .58$ för skam och $M = 3.92$, $SD = .94$ för skuld i normalgruppen). Inga signifikanta skillnader uppmättes mellan dem som deltog vid och de som föll bort från respektive eftermätning.

Efter Känslskolan

I Tabell 2 visas resultaten för de båda eftermätningarna, resultaten av test för skillnader mellan föremätningen och de båda eftermätningarna samt ES-värden. Värdena för de tre patienter som inte deltog vid någon eftermätning har räknats bort från föremätningen, för att möjliggöra en överskådlig jämförelse av medelvärden före och direkt efter Känslskolan.

Tabell 2. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) för mätinstrumenten vid samtliga mättillfällen, skillnader mellan föremätning och eftermätningar angett som signifikansnivå (p) samt effektstorlek (ES)

Mätvariabel	Mätning 1 (n=11)		Mätning 2 (n=11)		Mätning 3 (n=9, GAF: n=8)		Signifikansnivå (p)		ES	
	M	SD	M	SD	M	SD	(mätning 1 vs 2)	(mätning 1 vs 3)	(mätning 1 vs 2)	(mätning 1 vs 3)
GSI	1.00	.54	.77	.56	.74	.57	.023*	.051	.43	.58
GAF (året)	54.50	11.28	60.73	16.40	64.38	9.80	.092	.003**	-.55	-.76
GAF (veckan)	70.09	9.47	68.18	10.82	67.25	15.26	.657	.689	.20	.26
TAS-20	61.75	15.19	47.76	14.40	43.67	15.12	.002**	.004**	.92	1.64
TASidentifiera	3.62	0.82	2.63	.97	2.24	1.03	.002**	.001**	1.21	1.92
TASbeskriva	3.46	1.03	2.62	1.02	2.38	1.14	.001**	.002**	.82	1.66
TASexternt	2.39	.81	2.03	.59	2.01	.61	.068	.045*	.45	.72

*) $p < .05$ **) $p < .01$

Av tabellen framgår att deltagarnas generella nivå av psykiska besvär (GSI) var signifikant lägre vid mätningen direkt efter genomgången Känslskola jämfört med före. En jämförelse för respektive subskala i SCL-90 (ej återgett i tabellen) visade på signifikant lägre värden för obsessiv-kompulsivitet (tvång), interpersonell känslighet, depression och paranoidt tänkande direkt efter Känslskolan. Inga signifikanta skillnader i GAF-skattning påvisades vid detta mättillfälle, medan medelskattningen på TAS-20 var signifikant lägre än vid föremätningen och låg under gränsen för alexitymi. Jämförelserna mellan föremätningen och mätningen som gjordes efter sex månader visar mer eller mindre samma resultat, men vid den sistnämnda mätningen skattade deltagarna även sin funktionsförmåga det senaste året (GAF) signifikant högre jämfört med före Känslskolan. Beträffande subskalorna i SCL-90 kvarstod de signifikanta skillnaderna för interpersonell känslighet och paranoidt tänkande och

signifikant lägre värden för skalan aggressivitet tillkom vid mätningen som gjordes efter sex månader.

Beräkningar av effektstorlek visar störst effekt för TAS-20, som har en stor positiv effekt för samtliga delskalor förutom externt orienterat tänkande, som har en medelstor effekt. Förändring i psykiska symtom (GSI) visar små positiva effekter vid mätningen direkt efter Känslskolan och medelstora vid mätningen efter sex månader. GAF-skattningen för det senaste året visar en medelstor positiv effekt efter Känslskolan, medan snarast en svag negativ effekt visas för skattningen för de senaste veckorna. Mellan mätningen som gjordes direkt efter avslutad Känslskola och den som gjordes sex månader senare påvisades inga signifikanta skillnader för SCL-90 eller GAF, men däremot för TAS-20, vars medelvärde hade sjunkit ytterligare ($t=2.39$, $p=.044$). Detta tyder på att deltagarna var ännu bättre på att hantera känslor vid den sista mätningen.

Klinisk signifikans

Cutoff-värdet för klinisk signifikans beräknades utifrån resultaten för de 11 patienter, som deltog i den första eftermätningen och för SCL-90 var cutoff-värdet .73. Före Känslskolan hade deltagarna som grupp ett högre värde och befann sig alltså i ett dysfunktionellt område. Efter Känslskolan var deltagarnas medelvärden .77 respektive .74, vilket fortfarande är högre än .73. Detta innebär att de genomsnittliga förändringarna på GSI inte riktigt nådde gränsen för klinisk signifikans. För enskilda deltagare var resultatet att fyra redan före Känslskolan befann sig på en funktionell nivå. Fyra deltagare gick från värden på dysfunktionell till funktionell nivå på GSI, en förändring som kvarstod för tre av dessa vid den sista eftermätningen, och de övriga tre uppnådde inte klinisk signifikant förändring på SCL-90.

För TAS-20 uppnåddes kliniskt signifikant förändring. Cutoff-värdet för TAS-20 var 49.44. Före Känslskolan befann sig deltagarna som grupp i ett dysfunktionellt område och uppvisade problem med affekter. Efter var medelvärdena 47.76 respektive 43.67, vilket är klart under cutoff-värdet och betyder att deltagarna i genomsnitt hade ett mer funktionellt sätt att hantera affekter efter Känslskolan jämfört med före. En deltagare hade redan före Känslskolan ett värde under c, det vill säga befann sig i ett funktionellt område, åtta uppnådde vid mätningen direkt efter Känslskolan en kliniskt signifikant förändring, som kvarstod vid mätningen efter sex månader för de sju av dessa som deltog då. Två deltagare fortfarande hade problem med affekthantering.

För GAF var det inte möjligt att beräkna klinisk signifikans, eftersom inga normalgruppsvärden har hittats. Dock kan konstateras att deltagarna efter genomgången Känslskola fortfarande låg under $GAF=70$, gränsen för låg social förmåga, men att de hade gått från att som grupp ha måttliga symtom eller måttliga funktionssvårigheter före Känslskolan (GAF -skattning för det senaste året = 54.50) till att sex månader efter Känslskolan endast ha vissa lindriga symtom eller vissa funktionssvårigheter (GAF -skattning för det senaste året = 64.38). För GAF -skattningen för det senaste året gällde att tre av deltagarna, som före Känslskolan

fick värden på eller under gränsen för låg psykosocial förmåga, hamnade över detta värde efter behandling och därmed uppnådde en klinisk signifikant förändring.

Muntliga och skriftliga utvärderingar

De åsikter som sammanfattas nedan är hämtade dels från den skriftliga utvärdering, som ingick i mätningen direkt efter Känslskolan och dels från de anteckningar av deltagarnas svar, som gruppledarna skrev ner vid de individuella samtalen som följde strax efter. Vissa av de redovisade åsikterna delades av många, medan andra bara nämndes av någon. Att även ta med åsikter som uppgavs av få deltagare anses relevant för att skapa en helhetsbild och få så mycket information som möjligt, eftersom detta var första gången som Känslskolan genomfördes.

Positiva åsikter om Känslskolan

Som grupp var deltagarna mycket nöjda med Känslskolan och något som de flesta nämnde var att det var positivt att få träffa andra. Här nämndes bland annat att dela med sig av sina egna och ta del av andras erfarenheter samt att känna att man inte är ensam. Dessutom svarade flera att det var roligt, givande och/eller intressant att delta i Känslskolan och att det var bra att lära sig mer om känslor, prata om dem och försöka förstå dem bättre. Nästan alla svarade att deras förväntningar och målsättningar hade infriats, till exempel att få mer kontakt med och lära sig mer om känslor för att må bättre och att förstå skillnaderna mellan känslor bättre. Några uppgav att det gav mer än de hade trott och några svarade att de inte hade haft några särskilda förväntningar.

Deltagarna var över lag nöjda med upplägget och som positivt nämndes bland annat att strukturen var lika för varje träff och att det var bra att reflektera kring en känsla i taget. De flesta svarade att de tyckte att kompediet de fick var bra och flera tillade att det var bra att ha något att spara och kunna gå tillbaka till. Nästan alla tyckte att föreläsningarna var bra som de var och att gruppdiskussionerna fungerade bra. Alla svarade att de tyckte att de fick lagom utrymme i gruppen och att gruppledarna hade fungerat bra i sin roll. Bland annat nämndes att gruppledarna var stödjande, intresserade, tog deltagarna på allvar och bidrog till att det blev bra stämning i gruppen.

Negativa åsikter om Känslskolan och förslag på förändringar

Upplevd kluvenhet inför Känslskolan förekom och några tyckte att det hade varit jobbigt, till exempel vissa nya insikter, att prata om och visa känslor och att vara i en okänd grupp. De som svarade att det var jobbigt tyckte dock att det var bra samtidigt som det var jobbigt. Inslag som efterlystes av en del var tydligare och mer konkret information om vad Känslskolan skulle innebära, konkreta övningar, avslappning, mer fokus på känslohantering och att även kompediet skulle innehålla mer om att hantera känslor. Andra förslag var anhörigträffar, där bland annat känslor och känslohantering kunde tas upp, fler och längre träffar, uppföljningsträff respektive uppföljningskurs och längre respektive kortare tid för diskussion. Några tyckte att föreläsningssdelarna var för långa och ett par att gruppledarna gärna fick vara mer

aktiva i diskussionerna och styra upp dem och dela med sig mer av sin kunskap, medan även en önskan om mindre strukturerad diskussion framfördes.

Känslskolan i relation till övrig behandling samt händelser utanför behandling som påverkat måendet

På frågan vad Känslskolan hade betytt för deltagarnas ordinarie behandling inom psykiatrien gavs varierande svar. En del hade ingen samtalskontakt parallellt, andra uppgav att de olika behandlingarna handlade om olika saker och en del svarade att de pratade om Känslskolan i den individuella behandlingen och tyckte att det var bra, att de båda behandlingarna hjälpte upp respektive kompletterade varandra. Ingen svarade att Känslskolan störde ordinarie behandling. Några trodde att en kombination av Känslskola och annan behandling var det bästa alternativet och här nämndes att det var bra att ha någon att prata med, bland annat om sådant som kom upp under Känslskolan. Andra tyckte att det skulle kunna vara bra med bara Känslskola och några konstaterade att det är individuellt om man känner att man behöver en samtalskontakt eller inte samt att det även kan vara olika vid olika tillfällen.

Deltagarna blev även tillfrågade om det sedan de påbörjade Känslskolan hade inträffat några viktiga händelser i deras liv, som inte hade med behandlingen att göra, som de trodde hade påverkat deras mående. Av dem som besvarade frågan svarade fyra nekande, två nämnde negativa händelser och en nämnde positiva händelser som de trodde hade påverkat hur de mådde.

Insikter och lärdomar

Exempel på sådant som deltagare uppgav att de hade lärt sig genom Känslskolan var att känslor inte är rätt eller fel, utan att de bara *är* samt att man får leva med känslorna och att det är ok att känna. Andra insikter var att alla affekter har ett syfte och en funktion, att man måste våga känna efter, att känslor inte är farliga, att man inte behöver vara rädd för dem, att alla människor har samma känslor, att det inte är något svaghetstecken att vara ledsen samt att man inte är ett offer för sina känslor.

Upplevda förändringar

De flesta deltagare uppgav att Känslskolan hade påverkat dem på ett positivt sätt. Följande citat får illustrera detta: ”Jag har fått bättre kontakt med mina känslor”, ”Jag tror att jag har blivit bättre på att känna efter hur jag känner”, ”Att skilja känslorna åt går lättare”, ”Jag accepterar mer att jag har känslor, känner mig lugnare”, ”Har nu mer avslappnad relation till det jag känner, accepterar mer det som känns, låter känslorna vara som de är”, ”De [känslorna] styr inte mitt liv”, ”Jag mår lite bättre – trycker mindre undan känslor”, ”Jag kan stanna upp och tänka i situationen, inte bara agera”, ”Jag försöker fundera över varför jag känner som jag gör”, ”Jag ser mer positivt nu, uppskattar mer glädje nu för små saker”, ”Innan var det evig vinter. Nu är det lite vår”, ” Jag vet vad jag tänker, förstår mig själv bättre och det gör att jag mår bättre”,

Följande två citat visar också på positiv förändring, samtidigt som svårigheter nämns: ”Att koppla ihop känslor med ord är svårt ännu, men jag är mer uppmärksam nu när man fått lite verktyg” och ”Jag går lite mot målet att bli medveten om känslorna och uttrycka dem, men det går långsamt”. Några svarade att de inte upplevde någon konkret förändring, att de inte visste, respektive mådde lite sämre efteråt, på grund av ökad medvetenhet om negativa känslor. Bland dessa framkom dock en tro att en positiv förändring skulle kunna märkas längre fram.

Framåtblickande

Deltagarna trodde att de kommer att fortsätta arbeta med sina känslor framöver, bland annat genom att fortsätta samt bli bättre på att uppmärksamma och uttrycka känslor, jobba med hur det känns och hitta sätt att hantera det på. Andra mål som framkom var att våga och tillåta sig att känna, försöka låta sig styras mer av det man vill i stället för det man borde, stanna upp och tänka före handling, lära sig se det som man gör bra och lyckas med, öva på att sätta gränser och minska stressen för att öka möjligheten att känna efter.

Samband mellan skam och skuld och psykiska symtom, funktionsförmåga och alexitymi

I Tabell 3 redovisas hur skam och skuld (mätt med TOSCA före Känslskolan) korrelerar med resultaten för de övriga mätinstrumenten vid de olika mättillfällena.

Tabell 3. *Korrelation mellan skam och skuld och övriga mätinstrument vid de tre mättillfällena (samband beräknat med Pearson's r)*

	Mätning 1 (n=14)		Mätning 2 (n=11)		Mätning 3 (n=9, GAF: n=8)	
	TOSCA skam	TOSCA skuld	TOSCA skam	TOSCA skuld	TOSCA skam	TOSCA skuld
GSI	.13	.31	.20	.52	.31	.67*
GAF (året)	-.02	-.02	-.09	-.15	-.54	-.74*
GAF (veckan)	.08	.14	-.13	-.47	-.11	-.15
TAS-20	.08	.07	.27	.46	.22	.45

*) signifikant på α -nivå .05

Det fanns inga signifikanta samband mellan skam och psykiska symtom, funktionsförmåga eller alexitymi vid någon av mätningarna. Vid mätningen som gjordes sex månader efter avslutad Känslskolan fanns signifikanta samband mellan skuld och psykiska symtom (GSI) samt mellan skuld och funktionsförmåga (GAF-skattning för det senaste året). Sambanden visar att ju mer skuldkänslor deltagarna skattade före Känslskolan, desto mer psykiska symtom och desto lägre funktionsnivå för det senaste året skattade de vid mätningen efter sex månader.

Eftersom det fanns ett starkt samband mellan skam och skuld ($r=.83$, $p<.001$), beräknade även partiella korrelationer mellan skam och skuld och de övriga mätinstrumenten för att kontrollera för skam respektive skuld i de fall där signifikanta

samband hade påvisats. Resultaten visade på liknande samband mellan skuld och GSI vid mätning 3 ($r=.76$, $p=.050$), medan inget samband mellan skuld och funktionsförmåga kvarstod vid partiell korrelation ($r=-.61$, $p=.150$).

Diskussion

Känsloskolan visade positiva effekter för deltagarna, både på psykiska symtom (mätt med SCL-90), alexityma drag (mätt med TAS-20) och funktionsförmåga (mätt med GAF-självskattning för det senaste året). Effekten var störst för TAS-20, där båda eftermätningarna skilde sig signifikant från föremätningen och där höga ES-värden uppmättes och klinisk signifikans uppnåddes. Detta tyder på att deltagarna var bättre på att hantera känslor efter genomgången Känsloskola. Resultaten är i linje med Känsloskolans syfte; att öka deltagarnas affektmedvetenhet och deras förmåga att uppfatta och uttrycka affekter.

Resultaten på TAS-20 överensstämmer med dem som påvisats i studien där smärtpatienter fick genomgå Affektskola (E. Melin, personlig kommunikation, 2007-10-30, 2007-10-31), men däremot inte med resultaten som Steen (2006) redovisar i sin studie med patienter inom psykiatrisk öppenvård. Både i Steens studie och i denna var deltagarantalet lågt, vilket gör resultaten känsliga för individuella skillnader och försvarar generaliseringar. Dessutom skiljde sig grupperna åt beträffande kön, ålder och mängd psykiska symtom. I Steens studie deltog fler män än kvinnor, medelåldern var högre och deltagarna hade mer psykiska symtom före påbörjad behandling. En annan skillnad mellan studierna var att i Steens studie användes den ursprungliga Affektskolan, medan Känsloskolan som användes i denna studie hade ett något annorlunda upplägg, för att försöka anpassa behandlingen för den aktuella målgruppen. Det är möjligt att till exempel ett fördjupat fokus på affekthantering i Känsloskolan bidrog till ökad reducering av deltagarnas alexityma drag. I Steens studie var det dessutom ett fyra veckor långt, oplanerat avbrott efter sjätte träffen, varpå Affektskolan återupptogs med ny gruppleddare, medan Känsloskolan fullföljdes enligt planering med ordinarie gruppleddare.

Resultaten för SCL-90 tyder på att Känsloskolan hade positiv effekt på deltagarnas psykiska symtom. Detta är i linje med studien av Monsen (1994), där ett positivt samband mellan ökad affektmedvetenhet och minskade psykiska symtom påvisades. Resultaten stämmer också överens med studierna av Arnström Johannessen (2002) och Bergdahl et al. (2005), som visade på signifikant reducerade psykiska symtom efter genomgången Affektskola. Däremot skiljer sig resultaten från Bergdahl et al. (2000) och Steens (2006) studier, där inga signifikanta skillnader gällande psykiska symtom påvisades efter genomgången Affektskola.

De två skattningarna av funktionsförmåga uppvisade något olika resultat och endast för skattningen det senaste året uppmättes en positiv förändring. Vid mätningen sex månader efter avslutad Känsloskola uppmättes en signifikant skillnad för skattningen för det senaste året och ES-värdena för samma skattning motsvarade vid båda eftermätningarna medelstora effekter, vilket är i linje med Monsens (1994)

resultat, att det finns ett positivt samband mellan ökad affektmedvetenhet och förbättrad funktionsförmåga. Dessa resultat stämmer även med dem i studierna av Bergdahl et al. (2000) och E. Melin (personlig kommunikation, 2007-10-30, 2007-10-31), där signifikant förbättrad funktionsförmåga uppmättes efter Affektskolan.

GAF-skattning av funktionsförmåga de senaste veckorna var vid mätningen före Känsloskolan något högre än vid eftermätningarna, vilket skulle tyda på en viss försämring i deltagarnas funktionsförmåga skattad för de senaste veckorna. En reflektion är att detta kan vara kopplat till det positiva beskedet att de skulle få delta i Känsloskolan, att de kanske kände sig hoppfulla inför möjligheten att få hjälp att må bättre och att detta återspeglades i en högre skattning av funktionsförmågan för veckorna innan Känsloskolan började och att det därför inte blir ytterligare effekter av Känsloskolan. Skattningen för de senaste veckorna ligger sedan kvar på en högre nivå än skattningen för det senaste året vid samtliga mättillfällen, även om den successivt går ner en aning. Det är svårt att spekulera kring vad detta kan bero på, eftersom många faktorer i deltagarnas liv kan bidra till att de tycker att de fungerar bättre eller sämre olika veckor.

Även efter genomgången Känsloskola hamnade deltagarna som grupp under gränsen för låg psykosocial förmåga, trots att de rört sig från måttliga till lindriga funktionssvårigheter eller symtom. Bodlund et al. (1994) kom i sin studie fram till att patienter tenderar att underskatta sin funktionsförmåga jämfört med experters bedömning och att detta gäller kvinnor i högre utsträckning än män. Samtliga deltagare i Känsloskolan var kvinnor och utifrån resultaten i studien av Bodlund et al. är det alltså möjligt att deras funktionsförmåga av professionella bedömare skulle bedömas ligga något högre än vad de själva skattade.

De positiva effekter som uppmättes efter Känsloskolan får stöd av deltagarnas övervägande positiva åsikter om och upplevelser av Känsloskolan. Deras svar tyder på att de upplever att Känsloskolan har varit till hjälp för dem och påverkat deras mående i positiv riktning. Även resultaten från beräkningarna av kliniks signifikans tyder på detta. För TAS-20 uppnåddes klinisk signifikans för deltagarna som grupp och för GSI fick deltagarna ett värde väldigt nära gränsen för klinisk signifikans. En fördel med att räkna ut klinisk signifikans, särskilt när deltagarantalet är lågt, är att det går att se vilka förändringar enskilda patienter har uppnått. Av de 10 patienter som före Känsloskolan hade problem med känslor, det vill säga befann sig över cutoff-värdet på TAS-20, uppnådde åtta en klinisk signifikant förändring. För de enskilda individerna kan detta tänkas ha en stor betydelse; att de inte bara har blivit betydligt bättre på att hantera känslor, utan att de även har gått från att ha problem med känslor före Känsloskolan till att bedömas inte ha problem efter och i stället hamna inom normalgruppsspannet. Av de sju deltagare som före Känsloskolan hamnade över cutoff-värdet på GSI och därmed bedömdes ha problem med psykiska symtom, uppnådde fyra en kliniskt signifikant förändring. Även för dessa patienter kan man tänka att Känsloskolan har haft stor betydelse för måendet, eftersom deras uppmätta förändringar tyder på att de efteråt inte längre hade problem med psykiska symtom.

I tidigare studier (Tangney et al., 1992; Woien et al., 2003) har skam-, men inte skuldbenägenhet visat sig ha ett samband med psykiska symtom. I denna studie uppmättes inget signifikant samband mellan skam och psykiska symtom, men däremot konstaterades ett positivt samband mellan skuld och psykiska symtom vid mätningen sex månader efter Känslskolan. Med tanke på det låga deltagarantalet i studien bör dessa resultat tolkas med försiktighet.

En brist i studien är, som tidigare påpekats, att deltagarantalet är lågt, vilket gör att resultaten kan påverkas om det förekommer stora individuella skillnader eller ett selektivt bortfall. Det gör man ska vara försiktig med att generalisera slutsatserna till större populationer. Dessutom innebär det låga deltagarantalet en ökad risk att begå så kallade typ 2-fel, det vill säga att felaktigt dra slutsatsen att det inte föreligger någon skillnad mellan mätningar, för att signifikansnivån inte har uppnåtts (Graziano & Raulin, 2004). Här bör dock påpekas att det trots det låga deltagarantalet uppmättes flera signifikanta skillnader, vilket tyder på positiva effekter av Känslskolan, samt att beräkningarna av effektstorlekar och klinisk signifikans, som inte påverkas av deltagarantalet, ökade sannolikheten att upptäcka och möjligheten att uttrycka storleken på effekter av behandlingen.

Att det var gruppledarna som samlade in materialet till utvärderingen och att deltagarna inte fick möjligheten att vara anonyma kan också ses som en brist i studien. Det är möjligt att detta gjorde att deltagarna inte kände sig helt fria att svara exakt som de tyckte, till exempel när de svarade på frågan hur de tyckte att gruppledarna hade fungerat i sin roll. Detta är dock endast spekulationer. Även i Steens (2006) studie gjordes en muntlig utvärdering och över lag upplevde deltagarna Affektskolan som positiv och att deras affektmedvetenhet hade ökat, trots att inga signifikanta skillnader uppmättes, till exempel beträffande psykiska symtom och alexitymi. Detta indikerar att svaren i utvärderingar inte alltid speglar effekter av behandling. Ett alternativ till utvärderingarna skulle kunna vara att utvärdera den terapeutiska alliansen. Detta skulle till exempel kunna göras med hjälp av självskattningsinstrumentet *the Working Alliance Inventory* (WAI), som beskrivs av Hanson, Curry och Bandalos (2002). WAI bygger på Bordins (1979) tre kriterier för en god terapeutisk allians; att terapeut och klient är överens om behandlingens målsättning och om hur uppgiften eller uppdraget ser ut, samt att det utvecklas emotionella band mellan terapeut och klient. Bordin hävdar att en god terapeutisk allians har en avgörande betydelse för vilka förändringar som uppnås i terapeutiskt arbete, varför en undersökning av den terapeutiska alliansen skulle vara av intresse.

Att deltagarna samtidigt hade annan behandling gör det svårt att bedöma till hur stor del de uppmätta resultaten är en effekt av Känslskolan. Möjligheterna att bedöma effekten av Känslskolan ökar dock i och med att deltagarna i den muntliga utvärderingen gavs möjlighet att resonera kring Känslskolan i relation till övrig behandling, samt tala om ifall det den senaste tiden hade hänt något annat i deras liv som de trodde hade påverkat hur de mådde. För att kunna uttala sig mer säkert om vilka effekter Känslskolan har skulle det vara intressant att använda en kontrollgrupp och till exempel jämföra deltagande i Känslskolan med annan psykiatrisk behandling.

Det skulle också vara intressant att undersöka om behandling med ursprunglig Affektskola skiljer sig från behandling med den modifierade Känslskolan för den här gruppen av patienter, samt om kön respektive ålder har någon betydelse för effekten. Att deltagarna i denna studie uppvisade mindre psykiska symtom före behandling jämfört med deltagarna i Steens (2006) studie, skulle kunna tyda på att Affektskola och Känslskola är mer lämpliga behandlingsformer för dem som har lite mindre psykiska symtom. I utvärderingen nämnde vissa deltagare att de tyckte att det var jobbigt att vara i en främmande grupp och det är möjligt att gruppdeltagandet upplevs som mer påfrestande om man till exempel har mycket ångest. Att det både i denna studie och i Steens endast var kvinnliga gruppleddare skulle också kunna inverka på resultatet. Det är möjligt att manliga deltagare generellt har lättare att relatera till manliga gruppleddare och om möjligheten finns att i en grupp ha en kvinnlig och en manlig gruppleddare kanske detta borde eftersträvas. Dessa spekulationer skulle också behöva studeras närmare.

Studier (Bergdahl et al., 2000; Arnström Johannessen, 2002) har visat att patienter med psykosomatiska besvär efter genomgången Affektskola uppvisade en förbättrad självbild (mätt med Structural Analysis of Social Behavior, SASB) och det skulle vara intressant att i en större studie undersöka om detta även gäller för patienter inom psykiatrisk vård. Dessutom skulle det vara av intresse att se om efterföljande individuell behandling i form av Skriptanalys skulle förbättra resultaten ytterligare, vilket var fallet i studien av Bergdahl et al. (2000).

Referenser

- American Psychiatric Association (2000). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Arnström Johannessen, C. (2002). *Affektskola i primärvården. Ett psykosomatikprojekt*. Örnsköldsviks hälso- och sjukvård.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Bergdahl, J. (1999). Affektbaserad utredning och behandling av patienter med psykosomatisk problematik. *Svensk rehabilitering*, 1, 25-27.
- Bergdahl, J., Armelius, K., & Armelius, B.-Å. (2000). *Affect-based treatment and outcome for a group of psychosomatic patients*. Department of Applied Psychology Reports. DAPS: Report no. 85. Umeå University.
- Bergdahl, J., Armelius, B.-Å., Armelius, K., Bergdahl, M., Dennhag, I., Eriksson, K., Levin, J.-O., Nilsson, L.-G., Nyberg, L., Riklund Åhlström, K., Westerberg, K. & Östin, A. (2002). *Project: Affect-focused stress intervention*. Department of Psychology, Umeå University.
- Bergdahl, J., Larsson, A., Nilsson, L.-G., Riklund Åhlström, K., & Nyberg, L. (2005). Treatment of chronic stress in employees: Subjective, cognitive and neural correlates. *Scandinavian journal of psychology*, 46, 395-402.
- Bodlund, O., Kullgren, G., Ekselius, L., Lindström, E., & von Knorring, L. (1994). Axis V – Global Assessment of Functioning Scale. Evaluation of a self-report version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 342-347.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Cohen, J. (2nd ed.) (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Dennhag, I. (2002). *Känslor på jobbet. Sambandsstudie mellan alexithymi och psykiska symtom, samt utbrändhet, hos personal i människovårdande yrken*. Examensuppsats. Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Derogatis, L. R. (1994). Symptom Checklist-90-R: Administration, Scoring & Procedure Manual for the Revised Version of the SCL-90. Minneapolis, MN: National Computer Systems. I Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. Rapport nr 4/2002. Västervik: Statens institutionsstyrelse SiS.
- Dua, J. K. (1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (7), 669-680.
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. Garber, J., & Dodge, K. A. (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.

- Fischer, K. W., & Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. Tangney, J. P. & Fisher, K. W. (Eds.). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. USA: The Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fontaine, J. R. J., Luyten, P., de Boeck, P., & Corveleyn, J. (2001). The Test of Self-Conscious Affect: Internal structure, differential scales and relationships with long-term affects. *European Journal of Personality*, 15, 449-463.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. Rapport nr 4/2002. Västervik: Statens institutionsstyrelse SiS.
- Graziano, A. M., & Raulin, M. L. (5th ed.) (2004). *Research Methods: A Process of Inquiry*. USA: Pearson Education Group.
- Hanson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability Generalization of Working Alliance Inventory Scale Scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 659-673.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2002). *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Andra upplagan. Falköping: Liber.
- Hilsenroth, M. A., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Smith, S.R., Price, J. L., Smith, C. L., Heindselman, T. L., Mount, M. K., & Holdwick, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Kaufman, G. (2nd ed.) (1996). *The Psychology of Shame. Theory and treatment of shame-based syndromes*. USA: Springer Publishing Company.
- Lumley, M. A., Tomakowsky, J., & Torosian, T. (1997). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics*, 38, 497-502.
- Luyten, P., Fontaine, J. R. J., & Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 33, 1373-1387.
- Monsen, J. T. (1991). *Klinisk psykologi. Om personlighetsutveckling och terapi*. Uddevalla: Runa Förlag.
- Monsen, J. T. (1994). *Personality disorders and intensive psychotherapy focusing om affect-consciousness: a prospective follow-up study*. Univeristy of Oslo: Department of Psychology.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride – affect, sex, and the birth of the self*. USA: W.W. Norton & Company.

- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. Hill, O. (Ed.). *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol 3. London: Butterworths.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Persson, L. E., & Armelius, B.-Å. (2003). *Affektintegrering. Manual till Affektskola och Skriptanalys*. Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R., & Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*, 150, 313-325.
- Sandahl, C., Birgersson, E., Armelius, B.-Å., Fridell, M., & Sagraeus, V. (1998). *BIB 1998. Bedömningsinstrument inom behandling och forskning*. Uppsala: Statens institutionsstyrelse SiS.
- Shear, M. K., Houck, P., & Masters, S (2001). Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 1993-1998.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- Steen, E. (2006). *Hur något onödigt ont blir meningsfullt. En utvärdering av en Affektskola på Täby psykiatriska öppenvårdsmottagning*. Rapport (55), november 2006. Stockholms läns sjukvårdsområde.
- Söderberg, P., Tungström, S., & Armelius, B.-Å. (2004). *GAF-skalans reliabilitet i kliniskt arbete*. Forskningsrapporter (6), 2004, Institutionen för psykologi, Umeå Universitet.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. Tangney, J. P & Fisher, K. W. (Eds.). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. USA: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). The Test of Self-Conscious Affect. Fairfax, VA: George Mason University. I Tangney, J. P & Fisher, K. W. (Eds.). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, kapitel 4. USA: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 469-478.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexitymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S (1962). *Affect Imagery Consciousness. Volume I. The positive affects*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. S (1963). *Affect Imagery Consciousness. Volume II. The negative affects*. New York: Springer Publishing Company.

- Tomkins, S. S (1991). *Affect Imagery Consciousness. Volume III. The negative affects: anger and fear*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. S (1992). *Affect Imagery Consciousness. Volume IV. Duplication and transformation of information*. New York: Springer Publishing Company.
- Woen, S., Ernst, H. A. H., Patock,-Peckham, J. A., & Nagoshi, C. T. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*, 35, 313-326.

Skriftlig utvärdering

Hur har du upplevt Känslokursen?

- 1. Vad har du tyckt om Känslokursen i stort?**

- 2. Vad har varit bra med att delta i Känslokursen?**

- 3. Vad har varit mindre bra med att delta i Känslokursen?**

- 4. Vad tycker du om:**
 - **upplägget av kursen**
 - **miniföreläsningarna**
 - **kompendiet**
 - **gruppdiskussionerna**
 - **tidpunkten på dagen, träffarnas längd**
 - **antalet träffar**

- 5. Har du som deltagare fått lagom utrymme i gruppen?**

- 6. När vi startar nästa Känslokurs, har du tips på vad vi kan tänka på att förändra för att göra kursen bättre och än mer givande?**

- 7. Hur har gruppledarna fungerat i sin roll?**

Intervjufrågor som ställs vid det individuella mötet efter gruppens avslut:

Hur har det varit att delta i kursen?

Har dina förväntningar och målsättningar infriats?

Vad har du lärt dig om dig själv/känslor?

Har kursen påverkat dina problem/mående på något sätt? (-har det inträffat några viktiga händelser i ditt liv sedan kursstart som även kan ha påverkat ditt mående)

Vad har det här betytt för din ordinarie behandling? (stört/de gått hand i hand/handlat om olika saker)

Skulle det vara bra att BARA gå i gruppen eller bättre att gå i grupp i kombination med annan behandling?

Är det ytterligare något du skulle önskat ha ingått i kursen? Något man kunde ta bort?

Tror du att du kommer att fortsätta arbeta med dina känslor framåt? Hur?

Upplägg av Känslskolan

- Träff 1: Introduktion, intresse
- Träff 2: Oro/rädsla/skräck
- Träff 3: Ilska/raseri
- Träff 4: Förvåning
- Träff 5: Skam/förödmjukelse
- Träff 6: Ledsenhet/sorg/förtvivlan
- Träff 7: Avsmak/avsky
- Träff 8: Glädje/välbehag, avslut

Diskussionsfrågor

- Tänk på/berätta om en situation när du var _____ (*känsla*).
- Hur vet du att du är _____? Känns det på något särskilt ställe i kroppen?
- Är det lätt/acceptabelt för dig att känna dig _____? Kan du vara det länge? Händer det ofta?
- Hur förmedlar du till andra att du är _____? Är det lätt att förmedla – med ord, på annat sätt?
- Hur vet du att någon annan är _____? *Frågan togs bort efter den första gruppen och ersattes med:* Hur brukar du hantera _____? Sätt som brukar fungera? Sätt som inte brukar fungera?
- Kan du ta emot och sätta dig in i någon annans _____?
- Hur har _____ påverkat dig och dina relationer?