

# **Hur något onödigt ont blir meningsfullt**

En utvärdering av en Affektskola på Täby psykiatriska  
öppenvårdsmottagning.

av

Emma Steen, PTP-psykolog

**INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

Förord.....	3
Inledning.....	4
Metod .....	9
Psykiatriska symptom - Brief Symptom Inventory (BSI-53).....	9
Subjektivt upplevt lidande - Visuellt Analog Skala (VAS).....	9
Affektmedvetenhet - Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).....	10
Självbild - Structural Analysis of Social Behaviour, introjektversionen (SASB-självbild).....	10
Deltagarnas upplevelser av Affektskolan - intervju .....	10
Uppföljning tre månader efter avslutad Affektskola - telefonsamtal .....	10
Bortfall .....	11
Resultat och kommentarer.....	12
Den generella upplevelsen av Affektskolan .....	15
De olika affekterna .....	15
Affektmedvetenhet .....	16
Effektivitet.....	16
Mest betydelsefullt med Affektskolan.....	16
Fortsatt arbete för ett välbefinnande.....	16
Gruppspekter .....	16
Gruppledarna.....	17
Uppehållet .....	17
Diskussion .....	18
Psykiatriska symptom.....	18
Subjektivt lidande och alexitymi .....	18
Självbilden.....	18
Subjektivt rapporterade effekter .....	18
Referenser.....	21
Bilaga 1 .....	22
Hur bedömer du intensiteten av dina problem under de tre senaste dagarna?.....	22
Bilaga 2 .....	23
Utvärderingsfrågor efter avslutad Affektskola.....	23
Bilaga 3 .....	24
Uppföljning över telefon tre månader efter avslutad Affektskola.....	24

## FÖRORD

Föreliggande rapport syftar till att utvärdera Affektskolan som ett behandlingsalternativ för patienter med ångest- och depressionsproblematik, psykosomatiska symptom, samt svårighet att identifiera känslor. Affektskolan är en relativt ny behandlingsform och bedrevs för första gången på Täby psykiatriska mottagning våren 2006. Utvärderingen sker som en del i tidigare kvalitetssäkringar av det kliniska arbete som bedrivs vid Täby psykiatriska mottagning. Rapporten baseras på självskattningar och intervjumaterial och resultaten diskuteras utifrån Affektskolans och förevarande rapports metod.

Jag vill rikta ett varmt tack till sjukgymnast och kroppsterapeut Susanne Svanberg vid Täby psykiatriska mottagning som inbjöd mig till Affektskolan. Dessutom ett stort tack till psykolog och docent Gunnar Edman på FoUU-sektionen, Psykiatri Nordöst, för rapporthandledning och statistisk bearbetning. Tack även till professor Kerstin Armelius vid Umeå universitet för hjälp med tolkning av SASB. Slutligen, tack till deltagarna i Affektskolan som tillmötesgående besvarat mina frågor och låtit mig ta del av sina tankar och affekter.

## INLEDNING

Affektskolan utvecklades vid Institutionen för psykologi vid Umeå universitet i början av 1990-talet av en projektgrupp bestående av psykologer, läkare och sjukgymnaster. Initialt var man intresserad av att finna en behandlingsform för patienter med psykosomatiska sjukdomar. Eftersom man funnit ett samband mellan psykosomatiska tillstånd och alexitymi, utgick man ifrån hur personerna hanterade sina affekter. Affektskolan utgår främst från Tomkins affektteori (Tomkins, 1962), men även Bowlbys anknytningsteori (Bowlby, 1985; Bowlby, 1994), interpersonell teori, neurofysiologi och självbildsteori (Bergdahl, 2006, personlig kommunikation). Enligt somliga har affektteorin sitt ursprung i 1700-talet då den franske filosofen Rousseau värjde sig mot Descartes och skapade en kunskapsteori där känslolivet stod i centrum (Havnesköld & Risholm-Motander, 1995). Därefter upptäckte Darwin känslornas biologiska bas och att människor har lika känslouttryck över hela världen. Han konstaterade att även människor som föds blinda och döva har samma ansiktsuttryck och antog därför att affekter måste vara nedärvda och inte inlärd. Dessutom fann han liknande känslouttryck hos djuren och menade att affekter har ett överlevnadsvärde (Levin & Lundqvist-Lundmark, 2003). Freud bidrog sedan med att sätta de omedvetna känslorna i fokus och skapa en metod att undersöka dem. I sin anknytningsteori visade Bowlby i sin tur att medfödda känslouttryck är avgörande för social överlevnad (Havnesköld & Risholm-Motander, 1995).

Den person som främst förknippas med modern affektteori är Silvan Tomkins (1911-1991), ibland kallad "psykologins Einstein". Hans arbete har spridits och vidareutvecklats på senare tid framför allt genom hans medarbetare Donald Nathansons arbete "Shame and pride" från 1992 (Havnesköld & Risholm-Motander, 1995). I sin teori har Tomkins (1962) redovisat hur affektsystemet har utvecklats genom evolutionen av naturlig selektion. De första livsformerna med något affektprogram var reptilerna och hos människan betraktas grunden för affekter vara lagrad i det limbiska systemet, även kallad just reptilhjärnan (Nathanson, 1992). Tomkins särskiljer plantor, djur och människor beroende på vilket relativt förhållande driftsystemet har till affektsystemet. Ju större dominans affektsystemet har, desto mer komplicerad organism, såsom människan. Genom att främja förflyttning, aktiv strävan efter mat och aktivt hanterande av fiender genom flykt eller attack, tillskansade sig affekterna mer och mer betydelse och utvecklades genom den naturliga selektionen. Hos människan har vissa affektiva karaktäristika gynnats. Vi föds med viljan att överleva och motstå döden, viljan att vara nära andra av samma art och uppleva sexuell upphetsning, viljan att kommunicera och undvika skam, och viljan att uppleva nyheter och motstå långtråkighet (Tomkins, 1962).

Affekternas primära funktion är enligt Tomkins att förstärka stimuli så att de medvetandegörs och människan motiveras till handling. Avtar den affektiva laddningen, avtar likaså vår uppmärksamhet. Affekter interagerar med andra mekanismer såsom kognition, perception, minne och sensomotoriska funktioner, och påverkar vår personlighetsutveckling. Respektive affekt har sitt specifika program som aktiverar biologiska, kemiska och hormonella signaler, som påverkar de kognitiva och motoriska systemen (Levin & Lundqvist-Lundmark, 2003).

Tomkins (1962) ansåg alltså att affekterna är det primära motivationssystemet, och beskrev hur drifter kräver affekt medan det omvända förhållandet inte råder. Paradoxalt nog är vi ändå mer bekanta med våra drifter än affekter. Det förklarar Tomkins med skillnaden i generalitet. Drifterna är specifika och har förhållandevis konkreta uttryck, medan affekter är mer generella i strukturen och varierande i uttryck och respons, med stora individuella skillnader. Detsamma gäller drift- respektive affektdeprivation.

## DE NIO GRUNDAFFEKTERNA

Det finns nio affekter som påverkar alla jordens människor på samma sätt (Nathanson, 1992). Initialt delades affekterna in i positiva och negativa affekter beroende på om de får oss att närma oss eller skydda oss från stimulus (Levin & Lundqvist-Lundmark, 2003). De positiva är intresse, glädje, och

förvåning. De negativa är rädsla, oro, ilska, skam, avsky ("dis smell"), och avsmak ("dis gust"). Nu för tiden anses förvåning vara en neutral affekt (Nathanson, 1992). De olika affekterna skiljer sig åt genom de olika kroppsliga funktioner som de utlöser. Tydligast är de olika affektuttrycken i våra ansikten (Levin & Lundqvist-Lundmark, 2003).

Vårt medvetande prioriterar affekterna olika beroende på dess relevans för vår överlevnad. Förvåning, rädsla och intresse är de mest väsentliga och intensiva affekterna. De har gradienter av snabbt ökande stimulansdensitet och pockar på uppmärksamhet för att därefter avta i densitet. Oro och ilska kräver mindre stimulans för att aktiveras och kan bibehålla sin aktivitet under längre tid, och de prioriteras av vårt medvetande efter att de förra avklingat. Glädje är lägst prioriterad och aktiveras vid frånvaro av övriga affekter och kan bibehålla aktivitet under längst tid. Att de intensivare affekterna har kortare duration beror på att kroppens energireserver förbrukas under ihållande intensiv affekt och eftersom inga andra affekter kan konkurrera med dem om uppmärksamhet, är det viktigt att de snabbt avtar (Tomkins, 1962). Skam, avsky och avsmak har något annorlunda karaktäristika och mekanismer än de andra och finns inte med i denna uppställning. Skam förekommer till exempel enbart i samband med positiva affekter, och medför att intresset avtar och närmandet hejdas. Och avsky och avsmak hejdar ätbeteendet och skapar avstånd till andra människor för att skydda oss från något illa (Nathanson, 1992).

## AFFEKTER, KÄNSLOR OCH EMOTIONER

Begreppen affekt, emotion och känsla används av olika författare och teoretiker på olika vis och till vardags används de närmast synonymt. Men ser man till begreppens uppbyggnad framträder olika särdrag.

*Affekt* är den strikt biologiska aspekten av emotionen och är identisk hos alla människor (Nathanson, 1992). Affekter är förknippade med en speciell fysiologisk reaktion och ett universellt ansiktsuttryck. De aktiveras i likartade situationer och aktiveras automatiskt, det vill säga inte intentionellt. De är dessutom kortvariga (Sonnby-Borgström, 2005). Nathanson (1992) tillägger att affekter är omedelbara, generella och abstrakta, liksom att de "smittar". I närhet till människor i stark affekt upplever man ofta själv samma affekt som de.

De flesta av våra affekter passerar utan vår uppmärksamhet och endast ett fåtal leder till emotionell erfarenhet (Nathanson, 1992). När vi är medvetna om våra affekter handlar det om *känslor*. Medvetenhet om att affekten har väckts innebär en möjlighet att använda den information som affekten kommunicerar. Dock kan vi vara så upptagna av något att vi inte uppmärksammar vilken affekt som triggats igång. Likaså kan vår omgivning undertrycka eller förneka existensen av vissa känslor, vilket medför att vi igenom socialiseringsprocessen utplånar vår förmåga att uppfatta dem (Nathanson, 1992).

*Emotioner* är ytterligare mer komplexa än känslor. På grund av varje individs unika livshistoria skapar våra emotioner en mycket personlig och idiosynkratisk konstruktion som är en del av individens personlighet. De handlar om den historiska kontexten, om våra minnen av affekten och vilka affekter de minnena framkallar. Emotionen ingår i ett skript. Till exempel en individ blir inte bara rädd, utan minns samtidigt andra tillfällen hon blivit rädd, och dessa minnen påverkar i sig hur hon upplever den aktuella rädslan (Nathanson, 1992).

Sålunda kan man säga att affekt handlar om biologi, känsla om psykologi, och emotion om biografi. En affekt dröjer ett par sekunder, en känsla bara så länge att vi uppfattar den, och en emotion så länge som vi finner minnen som fortsätter att aktivera den (Nathanson, 1992).

## AFFEKTSKOLAN

Målet med Affektskolan är att höja deltagarnas medvetenhet om sina egna känsloupplevelser och att

öka förmågan att uttrycka dem. Därigenom antas förutsättningarna för en ökad affektintegrering och för att dysfunktionella affektiva mönster bearbetas förbättras (Bergdahl, 2006, personlig kommunikation). Behandlingen baseras på ett antagande om att när affekterna är integrerade hos oss och när vi upplever differentierade känslor, ger de oss mening, orienterar oss och ökar vår medvetenhet om vad som är gott respektive skadligt. På så sätt utgör affekterna en grundförutsättning för vår anpassning i livet, och påverkar hur vi hanterar de olika situationer som vi möter i vårt dagliga liv (Bergdahl, 1999).

Namnet "Affektskola" är upphovsrättsskyddat och för att ha rätt att bedriva en Affektskola krävs att man genomgått en formell utbildning, som bedrivs som en distansutbildning under sex dagar från Umeå universitet. Affektskola är en manualbaserad psykopedagogisk gruppbehandling på åtta tillfällen. Man träffas en gång i veckan under två timmar. Gruppen består av två ledare och sex deltagare. Affektskola är inte en egentlig terapiform då gruppledarna varken tolkar eller intervenerar, utan förhoppningen är att gruppdeltagarna blir så självgående att det är möjligt för ledarna att träda i tillbaka (Bergdahl, 2006, personlig kommunikation). Affektskolan behandlar de nio olika grundaffekterna och varje tillfälle startar med en presentation av veckans aktuella affekt och angränsande ämnen. Till exempel hur affektens kroppsuttryck moduleras genom socialiseringsprocessen, "affektens kompass" och "affektiva skript" (se nedan!). Affektens roll och betydelse för vårt sociala och emotionella välbefinnande betonas utifrån en evolutionär utgångspunkt. Andra hälften av mötet används specifikt till den aktuella affekten och varje deltagare uppmanas att berätta om en konkret situation där affekten aktiverades. Därefter följer en öppen diskussion om hur affekten upplevdes, hur den kan uttryckas verbalt och icke verbalt, och hur den kan identifieras i andra personers uttryck (Bergdahl, Armelius, & Armelius, 2000).

Efter Affektskolans åtta veckor följer en så kallad Skriptanalys (se nedan!) som är en individuell behandling på tio tillfällen. Här är individens affektiva skript i fokus, och dysfunktionella sådana identifieras och bearbetas. Alternativa beteenden och förhållningssätt diskuteras och övas med hjälp av hemuppgifter (Bergdahl, 1999).

## **AFFEKTIVA SKRIPT**

Tomkins använde begreppet *affektivt skript* för att beskriva hur våra erfarenheter innefattar minnen och fantasier knutna till tidigare upplevelser av liknande karaktär (Tomkins, 1962). Med hjälp av skripten kan människan snabbt identifiera nya affektiva stimuli och interagera med omgivningen. Och allteftersom hon gör nya erfarenheter, omformas skripten för att anpassningen till omvärlden ska bli ännu bättre (Levin & Lundqvist-Lundmark, 2003). Skript är alltså erfarenhetsbaserade beteendemönster, som avgör vilka förväntningar vi har på oss själva och vår omgivning. Inträffar något som liknar tidigare upplevelser, aktiveras automatiskt och oftast omedvetet den aktuella affektens skript (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

## **BETYDELSEN AV AFFEKTMEDVETENHET**

Affektskolan syftar att öka medvetenheten om affekter. Att detta är betydelsefullt för vårt psykiska välbefinnande har forskning kunnat påvisa. Individer med undertryckta känslor rapporterar i större utsträckning psykologisk missanpassning och psykosomatiska besvär än normalpopulationen (Bergdahl et al., 2000). Beroende på hur utvecklad affektmedvetenheten är innebär affekter ett underlåtande eller försvårande av relaterande och kommunicerande med sig själv och andra. En låg grad av affektmedvetenhet hindrar affekternas adaptiva och kommunikativa egenskaper och kan försvåra upprätthållandet av ömsesidiga relationer. Det kan även medföra en förlust av individens grundläggande och sammanhängande känsla av sig själv. Enligt Monsen (1994) utgör affektmedvetenhet en grundläggande strukturerande aspekt av individens självuppfattning. Å andra sidan kan en ökad

affektmedvetenhet innebära en förbättrad förmåga till nära relationer och till att ta hand om sig själv i svåra situationer. Det har även visat sig att en ökad affektmedvetenhet är relaterat till minskad användning av sjukvård, liksom minskad medvetenhet är konsekvent relaterat till patologiska symptom, interpersonella problem och negativ självbild (Kretz & Månsson, 2005). Bristande affektmedvetenhet korrelerar likaså med somatiska sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, blodtryckssjukdomar, och hypertension (Lerner, 1987).

Även den mån i vilken affekter uttrycks är betydelsefull. Tomkins kallade människans skiftande benägenhet att hejda vissa affekter, till exempel att svälja ett skratt, bita sig i läppen för att inte gråta, eller hålla andan för att inte skrika ut sin ilska, för "backed-up affect" (Tomkins, 1962). Forskning har funnit hormonella förändringar som en följd av detta beteende vilket kan leda till psykosomatiska sjukdomar. Till exempel, att hålla inne med ilska höjer blodtrycket, och undertryckt gråt eller sorg har visat sig kunna leda till astma (Levin & Lundqvist-Lundmark, 2003).

### **ALEXITYMI**

En extrem form av bristande affektmedvetenhet är alexitymi. Personer som lider av alexitymi har markanta svårigheter att verbalt uttrycka och beskriva känslor, skilja känslor från kroppssensationer, påtagligt torftigt fantasi, och ett utilitaristiskt tänkande (Sifneos, 2000). Betydelsen av affektmedvetenhet synliggörs även hos denna patientgrupp, då somatoforma syndrom är förekommande bland dem. En förklaring till det kan vara att alexityma personer tenderar att fokusera på de fysiologiska sensationerna av affekten, istället för det emotionella innehållet i informationen. Således missuppfattar de inte sällan affektuttryck som uttryck för kroppslig sjukdom (Taylor et al., 1997).

### **TIDIGARE UTVÄRDERINGAR AV AFFEKTSKOLAN**

Vid Umeå universitet bedrevs 1999 en pilotstudie där psykosomatiskt sjuka personer genomgick både Affektskola och Skriptanalys. Resultaten visade signifikant ökad psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga, ökad affektmedvetenhet, förbättrad självbild, minskad somatisering, depressivitet, och tvångsmässighet efter behandlingen. Effekten bekräftades och visade sig starkare vid en ettårsuppföljning (Bergdahl, 1999). Året efter gjordes en annan studie av psykosomatiskt sjuka personer som genomgick Affektskola och Skriptanalys. Efter Affektskolan minskade subjektivt upplevt lidande (mätt med VAS-skalar) signifikant och ytterligare efter Skriptanalys. Psykiatriska symptom (mätt med SCL-90) ökade dock något och självbilden försämrades något efter Affektskolan, men minskade till ursprungsnivån efter Skriptanalys. Global funktionsskattning (GAF) ökade signifikant efter Affektskolan och ytterligare efter Skriptanalys (Bergdahl et al., 2000). I ett psykosomatiskt projekt inom Örnsköldsviks hälso- och sjukvård bedrevs Affektskola med efterföljande varierande individuell behandling (ej Skriptanalys) på tio tillfällen. Utvärderingen visade en minskning av subjektivt upplevda problem och psykiatriska symptom, och en något förbättrad positiv självbild men något försämrad negativ självbild. Även stresspåslag mättes, vilket var oförändrat efter behandling (Arnström-Johanessen, 2002).

Studier har även gjorts på stressbelastade personer. I en studie där kroniskt stressbelastade personer genomgick Affektskola utan Skriptanalys minskade den självrapporterade stressupplevelsen och psykiatriska symptombilden signifikant efter behandlingen (Bergdahl, Larsson, Nilsson, Riklund-Åhlström, & Nyberg, 2005). En annan studie av Levin och Lundqvist-Lundmark (2003) med syftet att minska upplevd stress hos lärare med hjälp av Affektskola utan Skriptanalys visade dock inga säkerställda effekter.

Sammanfattningsvis, de utvärderingar som funnits handlar om Affektskola som behandling för psykosomatiskt och stressbelastade personer. De har visat ett överlag positivt utfall, särskilt då Skriptanalys erbjudits. Affektskola som behandlingsform för patienter inom psykiatrin har än så länge inte

utvärderats i en offentlig rapport.

### **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Våren 2006 bedrevs en Affektskola vid Täby psykiatriska öppenvårdsmottagning för patienter med ångest- och depressionsproblem, psykosomatiska symptom, samt bristande affektmedvetenhet. Denna målgrupp valdes på grund av patientgruppens storlek och värdet av att finna alternativa behandlingsmetoder. I föreliggande rapport utvärderades denna Affektskola, vilket även är ett led i den kontinuerliga kvalitetssäkringen av vården vid mottagningen.

Frågeställningarna var ...

... reducerar Affektskolan självrapporterade psykiatriska symptom?

... reducerar Affektskolan subjektivt upplevt lidande?

... förändrar Affektskolan affektmedvetenhet?

... förändrar Affektskolan självbilden?

samt

i en kvalitativ, semistrukturerad intervju, undersöktes hur deltagarna upplevde Affektskolans genomförande, innehåll och effektivitet.



## METOD

Information om Affektskolan skickades ut till Täbys, Vallentunas, och Lidingös allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Stockholms Läns Sjukvårdsområde, Psykiatri nordöst. Sju patienter remitterades och kallades till ett individuellt informations- och bedömningssamtal med ordinarie gruppleddare, var till en patient uteblev. Problembild och mål formulerades och deltagarna gav sitt medgivande till att information skulle komma att användas i föreliggande rapport. På förhand bestämda exklusionskriterier var missbruk, psykos, depression med allvarlig suicidrisk, och bristande motivation. Samtliga sex patienter som bedömdes ansågs vara lämpliga deltagare och tackade ja till deltagande i Affektskolan. Därefter träffade assisterande gruppleddare deltagarna individuellt för en mätning av patienternas tillstånd innan Affektskolan, s.k. baseline-mätning, genom att formulären (se nedan) ifylldes.

Affektskolan genomfördes enligt manual med tillägget, på initiativ från ordinarie gruppleddare, en kort övning av kroppskännedom i början av varje tillfälle. Arbetsmaterial utdelades till deltagarna vid varje tillfälle och utifrån det diskuterades den aktuella affekten. När behandlingen nått halvvägs erbjöd ordinarie gruppleddare ett individuellt möte där självbilden diskuterades med återkoppling till problem- och målformuleringarna, vilket accepterades av samtliga deltagare. Efter Affektskolans sjätte lektion insjuknade ordinarie gruppleddarna, vilket innebar ett avbrott i skolan. Deltagarna informerades via telefon om att Affektskolan tvingades uppskjutas på grund av plötslig sjukdom och efter två veckor informerades de brevlades om att ordinarie gruppleddare ännu inte tillfrisknat och att en ny biträdande gruppleddare skulle tillträda. Efter fyra veckors uppehåll återupptogs Affektskolan och de två resterande tillfällena genomfördes. Vid det sista tillfället ifylldes formulären än en gång. På grund av ordinarie ledares sjukdom inställdes Skriptanalysen. Samtliga deltagare hade dock möjlighet till någon form av fortsatt behandling hos tidigare vårdgivare.

Två veckor efter avslutad Affektskola träffades deltagarna och assisterande gruppleddare återigen för individuella återgivningssamtal. VAS-skalorna fylldes i och före- och eftermätningarna av de olika formulären diskuterades, liksom utvärderingsintervju genomfördes. Tre månader efter avslutad Affektskola skedde en kort uppföljning över telefon.

## MÄTINSTRUMENT OCH SKALOR

### Psykiatriska symptom - Brief Symptom Inventory (BSI-53)

BSI-53 är en självskattningsskala och en nedkortad version av Symptom Check List - 90 (Derogatis, 1993; Derogatis, 1994). Den mäter femtiotre olika psykiatriska symptom på en femgradig skala från noll ("Inget alls") till fyra ("Väldigt mycket"). Symptomen delas in i Somatisering, Tvångsmässighet, Interpersonell sensitivitet, Depression, Ångest, Fientlighet, Fobi, Paranoida föreställningar, Psykoticism, samt Global Severity Index. Ett teoretiska poängmaximum för hela skalan är 212 poäng.

### Subjektivt upplevt lidande - Visuellt Analog Skala (VAS)

VAS-skalorna är självskattningsskalor där deltagaren skattar sina problem på en eller flera tio centimeter långa skalor som går från noll ("Inga besvär") till tio ("Outhärdligt"). Ett problem per skala används (se bilaga 1). Varje deltagare fick själv bedöma hur många områden hon/han ville bedöma. Upp till sju olika problemområden kunde skattas. Ett genomsnittspoäng beräknat över antalet skalor användes i den statistiska analysen.

Dessa skalor användes som ett komplement till BSI-53, genom att den medförde möjligheten att mäta lidande utifrån deltagarnas egna spontana formuleringar utan begränsningar till i förväg bestämda rubriker.

### **Affektmedvetenhet - Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)**

Då lättadministrerade och användarvänliga instrument för att mäta affektmedvetenhet inte varit tillgängligt, mättes affektmedvetenhet genom att mäta dess frånvaro utifrån begreppet alexitymi. Alexitymi innebär, vilket redogjorts för ovan (sid. 7), mer än bristande affektmedvetenhet vilket man bör ha i åtanke vid tolkningen av resultaten. Alexitymi har mätts med hjälp av Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Taylor et al., 1997). TAS-20 anses vara det, internationellt sett, mest reliabla och valida instrumentet för att mäta alexitymi (Kooiman, Spinhoveb, & Trijsburg, 2002; Sifneos, 2000). Det är en självskattningsskala med tjugo påståenden som skattas på en femgradig skala från "Helt fel" till "Helt rätt". Möjliga poängsummor varierar mellan 20 och 100. En totalsumma överstigande 60 poäng innebär att alexitymt tillstånd föreligger medan en summa understigande 52 poäng innebär frånvaro av alexitymi. Ursprungligen var skalan tänkt att särskilja de tre faktorerna "Svårighet att identifiera känslor", "Svårighet att beskriva känslor" och "Externt orienterat tänkande" men denna uppdelning har inget stöd i publicerade studier och faktoranalyser. I föreliggande undersökning kommer således ingen hänsyn tas till de olika faktorerna.

### **Självbild - Structural Analysis of Social Behaviour, introjektversionen (SASB-självbild)**

SASB-självbild baseras på interpersonell teori där personlighet definieras utifrån hur du behandlar dig själv. Modellen omfattar de två dimensionerna affiliation (Kärlek-Hat) och oberoende (Spontanitet-Kontroll) som kombineras i ett s.k. spindelvävsdiagram (se figur 1). Självbildens mäts genom att deltagarna tar ställning till trettiosex frågor i ett formulär utifrån en elvgradig skala från noll ("Stämmer inte alls") till hundra ("Stämmer helt"). Påståendena grupperas i åtta kluster, "Är spontan och impulsiv"; "Accepterar och utforskar sig själv"; "Tycker om sig själv"; "Tar hand om och utvecklar sig själv"; "Kontrollerar och behärskar sig själv"; "Förtrycker och anklagar sig själv"; "Förstör och förkastar sig själv"; och "Dagdrömmer och försummar sig själv" som beskriver personens självbild (Armeliuss & Armeliuss, 2005).

Människor lär sig att hantera sina affekter i relation till andra, liksom vi i relation till andra får en uppfattning om oss själva. Det innebär att våra affekter är nära kopplade till utvecklingen av vår självbild och vårt relationsmönster (Armeliuss & Armeliuss, 2005). Av den anledningen kommer deltagarnas självbild att mätas i denna rapport.

### **Deltagarnas upplevelser av Affektskolan - intervju**

Under den semistrukturerade intervjun efter avslutad behandling ställdes 26 frågor för denna rapport komponerade utvärderingsfrågor (se bilaga 2). Den mätte upplevelsen av Affektskolan och vilken kunskap deltagarna ansåg sig ha erhållit under lektionerna.

### **Uppföljning tre månader efter avslutad Affektskola - telefonsamtal**

Tre månader efter att Affektskolan avslutades skedde en kort uppföljning över telefon på i förväg bestämt datum. Tre frågor ställdes om Affektskolans effektivitet, vad som upplevdes som mest betydelsefullt, och vad som hade förändrats hos dem efter Affektskolan (bilaga 3). Intervjun tog c:a tre minuter.

### **DELTAGARE**

Deltagargruppen bestod av två kvinnor och fyra män från Täby, Vallentuna och Lidingö psykiatriska mottagningar. Deras genomsnittsålder vid starten av Affektskolan var 42 år. Deras tidigare erfarenhet av psykiatrisk behandling, liksom samtidigt med Affektskolan pågående sådan, varierade. Samman-

taget var gruppen förhållandevis heterogen och representerade flera vanligt förekommande axel-I- och II-diagnoser i allmänpsykiatri: förstämmnings-(t.ex. dystymi) och ångestsyndrom (tvångssyndrom och generaliserat ångestsyndrom), ätstörningar och personlighetsstörning. Fyra patienter stod samtidigt med Affektskolan på någon typ av psykofarmakum.

### **Bortfall**

Vid de åtta gruppssammankomsterna var två patienter närvarande vid samtliga tillfällen, tre patienter var frånvarande vid två tillfällen, och en patient vid fyra tillfällen (79 %-s närvaro). Inte vid något tillfälle var hela gruppen samlad. Frånvaron berodde vid tre tillfällen på utlandsresa, i övriga fall på förkylning, stark ångest, glömska och barnpassning. Samtliga deltagare närvarade vid den individuella utvärderingen. En patient lämnade fråga 7 (före Affektskola) och fråga 18 (efter Affektskola) obesvarade i SASB-självbild.

### **STATISTISK ANALYS**

Alla värden har sammanfattats i medelvärden och spridning enligt konventionell statistik. Samtliga statistiska analyser har gjorts med hjälp av icke-parametriska test. Jämförelser mellan för- och eftermätningar har således gjorts med Wilcoxon Signed Ranks Test. Jämförelser mellan testvärden och normalvärden, som omfattar ett större stickprov, har mätts med Students t-test. Eftersom antalet deltagande patienter var mycket låg fanns en hög risk för s.k. Typ-II-fel, dvs. att dra en felaktig slutsats att ingen förändring har skett. För att bättre belysa förändringar, har resultaten delvis presenterats ända ner på individnivå. Det gäller förstås särskilt svaren i de semistrukturerade intervjuerna, som i inget fall bearbetats statistiskt.

## RESULTAT OCH KOMMENTARER

### PSYKIATRISKA SYMPTOM

I tabell 1 redovisas deltagarnas skattningar av sina psykiatriska symptom före och efter Affektskolan. Det rådde en stor variation över skattningarna. Det totala värdet ökade något under Affektskolan, från ett genomsnitt på 72 till 76. Förändringen var dock långt ifrån statistiskt säkerställd ( $p=0,752$ ). För de två patienter som före Affektskolan skattade lägst värde, sjönk skattningarna ytterligare efter Affektskolan. Övriga fyra deltagare skattade en symptomökning efter Affektskolan.

I tabell 1 presenteras de genomsnittliga värdena för varje skala och hur dessa vid baseline-mätningen skiljde sig från normgruppen. De vanligaste symtomen vid Affektskolans start var depressiva ( $M=2,25$ ) och obsessivt-kompulsiva ( $M=2,28$ ). I samtliga symtomskalorna var patientgruppens genomsnittspoäng högre än normgruppen. Statistiskt säkerställda skillnader noterades för fem av nio symtomskalor. Största skillnaden fanns i Somatisering och Obsessiva-kompulsiva symptom.

Förändringar noterades för samtliga symtomgrupper. Depression, Psykoticism och Obsessiva-kompulsiva symptom minskade medan ökning noterades för Fientlighet, Interpersonell sensitivitet, Somatisering och Ångest. Övriga två symtomgrupper, Fobisk ångest och Paranoitt tänkande förändrades inte nämnvärt. Ingen av förändringarna (se tabell 1) var emellertid statistiskt säkerställd. Global Severity Index steg i likhet med totalpoängen. Inte heller denna förändring var signifikant.

Tabell 1. Skalorna i BSI-53 före Affektskolan ( $n=6$ ) jämfört med normalpopulation

Skala	Normal		Före Affektskolan		Skillnad <i>t-test</i>	Efter Affektskolan		Förändring <i>z</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	
Fientlighet	0,36	0,45	0,60	0,54	-1,09	1,00	0,73	-1,76
Depression	0,63	0,62	2,25	0,94	-4,21***	2,14	1,05	-0,41
Fobisk ångest	0,14	0,31	0,90	0,99	-1,89	0,93	0,89	-0,38
Paranoitt tänkande	0,42	0,51	0,80	0,76	-1,22	0,87	0,68	-0,65
Psykoticism	0,22	0,35	1,22	0,50	-4,91***	1,17	0,60	-0,21
Interpersonell sensitivitet	0,50	0,51	0,96	0,53	-2,12*	1,21	0,77	-1,30
Somatisering	0,42	0,45	1,07	0,70	-8,02***	1,45	1,05	-1,21
Obsessiv kompulsivitet	0,67	0,61	2,28	0,49	-8,02***	1,69	0,88	-1,90
Ångest	0,50	0,49	1,17	0,86	-1,91	1,31	1,06	-1,08
GSI	0,46	0,40	1,25	0,50	-3,89***	1,31	0,71	-0,10

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

### SUBJEKTIVT UPPLEVT LIDANDE

Deltagarna uppgav ett till sju problem på VAS-skalorna, i genomsnitt 3,6 problem var, som de formulerade med egna ord. Ångest uppgavs av fyra deltagare som problem, sömnproblem uppgavs av tre deltagare, stress uppgavs av två deltagare, och koncentrationssvårigheter respektive nervositet/ oro/ "hjärnstress"/ muntorrhet/ "humör/känslösam"/ ätstörning/ stelhet i nacke/ depression/ känsla av meningslöshet/ huvudvärk/ urinvägsinfektioner/ samt eksem uppgavs av en deltagare. Efter Affektskolan sjönk den genomsnittliga skattningen av lidande från 6,48 till 4,83 ( $z = -1,782$ ,  $p = 0,075$ ). På

individnivå uppger endast en patient ett ökat subjektivt lidande efter Affektskolan.

### AFFEKTMEDVETENHET

Den genomsnittliga totala poängen sjönk från 58,8 före Affektskolan till 54,7. Förändringen var inte statistiskt säkerställd ( $z= 1,68$ ,  $p= 0,093$ ). Före Affektskolan befann sig tre patienter över gränsen för alexitymi. Efter Affektskolan hade fem deltagares värden förbättrats, varav två patienter hamnade under gränsen för alexitymi. Två patienter befann sig både före och efter Affektskolan över gränsen för alexitymi.

### SJÄLVBILD

Deltagarnas självbilder skiljde sig kraftigt från normen för de positiva (2, 3, 4) och de negativa (6, 7, 8) faktorerna före Affektskolan, vilket redovisas nedan. Deltagarnas positiva självbild var mindre positiv än normalt, och deras negativa självbild var mer negativ än normalt. De två neutrala faktorerna (1, 5) skiljde sig inte signifikant från normgruppen.

Tabell 2. SASB-självbild före och efter Affektskolan jämfört med en normgrupp.

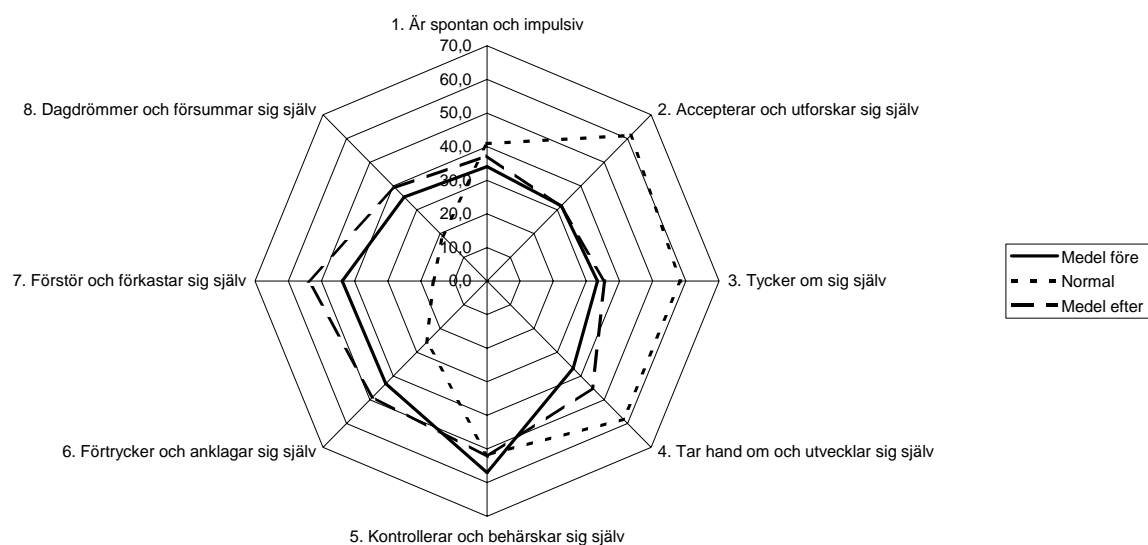
Skala	Normal		Före Affektskolan		Skillnad <i>t-test</i>	Efter Affektskolan		Förändring <i>z</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	
1. Är spontan och impulsiv	40,9	12,1	34,00	16,69	0,98	37,33	19,83	-1,27
2. Acceptorar och utforskar sig själv	61,3	18,1	31,67	20,84	3,34***	31,25	17,94	0,11
3. Tycker om sig själv	58,4	16,8	33,33	15,98	3,62***	35,50	17,75	-0,41
4. Tar hand om och utvecklar sig själv	58,2	13,2	36,67	10,92	4,47***	45,00	21,27	-1,15
5. Kontrollerar och behärskar sig själv	51,8	17,4	57,00	16,91	-0,71	52,33	18,04	0,63
6. Förtrycker och anklagar sig själv	25,8	20,5	43,20	18,18	-2,19*	48,75	18,08	-1,26
7. Förstör och förkastar sig själv	16,2	14,7	43,67	19,24	-3,39***	54,00	19,72	-2,06*
8. Dagdrömmer och försummar sig själv	19,0	10,8	35,42	23,15	-1,72*	39,17	20,23	-0,84

\*  $p < 0,05$

\*\*\*  $p < 0,001$

Även om alla faktorer förändrades var det endast en faktor, ”Förstör och förkastar sig själv”, som förändrades signifikant ( $z= 2,06$ ,  $p= 0,039$ ). Efter Affektskolan framträdde tendenser till positiva förändringar av faktor 1, 3, 4 och 5, och en negativ sådan för faktor 6 och 8. Fortfarande skiljde sig gruppens totala självbild kraftigt från normen.

Således rådde, både före och efter Affektskolan, en kraftig obalans i axeln ”affiliation” med en övervikt för de negativa och en undervikt för de positiva faktorerna (se figur 1). I axeln ”oberoende” rådde det däremot en jämn balans mellan autonomi och kontroll.



Figur 1. Deltagargruppens genomsnittliga självbilder före och efter Affektskolan jämfört med normen.

Om man ser till individnivå i tabell 3 nedan, tydliggörs hur skiftande självbilderna var inom gruppen och hur olika de förändrades efter Affektskolan. Till exempel framträder självbilderna hos Patient 6 som relativt normal, medan Patient 5 endast har ett värde inom en standaravvikelse före Affektskolan och ingen efter. Självbilderna hos Patient 1 förbättrades mest och hos Patient 3 försämrades den mest.

Tabell 3. Deltagarnas självbilder i förhållande till normens standardavvikelse före och efter Affektskolan. N= normalvariationen. Ö= > normalvariationen. U= < normalvariationen.

Faktor	Patient 1		Patient 2		Patient 3		Patient 4		Patient 5		Patient 6	
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
1.	N	N	U	U	N	N	U	U	U	U	Ö	Ö
2.	U	U	U	U	N	Ö	U	U	U	U	N	N
3.	U	N	U	U	U	U	U	U	U	U	N	N
4.	U	N	U	U	N	U	U	U	N	Ö	U	N
5.	U	N	N	N	N	U	Ö	N	Ö	Ö	N	N
6.	Ö	Ö	Ö	N	Ö	Ö	N	Ö	Ö	Ö	N	N
7.	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	N	N
8.	Ö	Ö	N	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	U	U	N	Ö

## RESULTATEN PÅ INDIVIDNIVÅ

Att gruppens deltagare redovisade kraftigt varierande resultat har redan påpekats och det sammanfattas i tabell 4 nedan. Medan Patient 5 enbart uppvisade en önskvärd förändring i resultaten, var bilden nästan den omvända hos Patient 1. Man ser likaså att det tidigare redovisade resultatet av BSI-53, VAS-skalorna, TAS-20 och SASB-självbild överensstämmer med de individuella förändringarna.

VAS-skalorna och TAS-20 uppmätte flest förbättringar och BSI-53 minst.

Tabell 4. Förändringarna inom individerna efter Affektskolan redovisas i förhållande till hur resultaten har närmat sig normen eller ett önskvärt värde. Förändringen tar ingen hänsyn till storlek eller förhållande till standardavvikelsen, utan enbart riktning enligt följande:

+ = förändring i önskad riktning, - = förändring i icke önskvärd riktning, ± = ingen förändring.

Deltagare	BSI (GSI)	VAS	TAS	SASB-pos	SASB-neu	SASB-neg
1	+	+	+	+	±	-
2	-	+	+	-	+	-
3	-	+	+	+	±	-
4	-	+	+	-	-	-
5	-	-	-	-	±	-
6	+	+	+	-	-	-

#### DELTAGARNAS UPPELVELSER AV AFFEKTSKOLAN

Förutom de föregående redovisade kvantitativa resultaten, har de individuella intervjuerna som genomfördes efter Affektskolan, genererat väsentlig information. Följande avsnitt är en sammanfattning av deltagarnas olika upplevelser.

#### Den generella upplevelsen av Affektskolan

Fem av deltagarna upplevde Affektskolan som ”trevlig”, ”rolig”, ”intressant”, ”bättre och bättre” och ”något positiv”. Två skulle vilja gå i en ”Affektskola 2”. Flera vittnar om aha-upplevelser. Det som deltagarna mest uppskattade med Affektskolan var affektteorin och att höra andras berättelser, se att affekter är gemensamt för olika personligheter, och träna på att samtala i grupp. För en deltagare innebar Affektskolan däremot nästan inte något positivt. Han menar att på grund av hans psykiska besvär innebar Affektskolan en plåga, och det var svårt att tillgodogöra sig behandlingen. Trots detta kunde han i efterhand känna sig stolt över att ha genomfört Affektskolan.

Den negativa kritik som framkom var att Affektskolans syfte var diffust och att tydligare tillvägagångssätt och förhållningsregler hade behövts. Tre patienter tyckte det var svårt att erkänna sina svagheter inför gruppen och ge exempel på upplevelser av affekter. Svårt var även att stilla still under ångestpåslag, vara i grupp, och tala om skamkänslor. En deltagare erfor smärtsamma insikter om sig själv när han jämförde sig med de andra. En menade att Affektskolan inte förmedlade någon kunskap som han inte redan besatt och två menade att diskussionerna emellanåt var för basala och behandlade självklarheter, till exempel de olika affekternas ansiktsuttryck. De menade att tyngdpunkten istället borde ligga på Skript, ett begrepp som många även efter Affektskolan ansåg svårbegripligt. Några tyckte att arbetsmaterialet var alltför omfattande, vilket innebar att vissa punkter enbart ögnades igenom. Tre saknade mer om affektteorins praktiska tillämpning i vardagslivet. Andra hade önskat mer om ångest och oro, och att få förståelse för orsaken till sina problem, och information om hur affekter kan aktiveras samtidigt.

#### De olika affekterna

Tre deltagare upplevde skam som den affekt som var mest påfrestande att diskutera. Rädsla, ilska, avsky, och oro uppgavs likaså som påfrestande. De affekter som de ansåg som viktigast att diskutera var de negativa affekterna, framför allt ilska och oro. Men även glädje uppfattades som mycket viktigt av en deltagare.

### **Affektmedvetenhet**

Fyra deltagare bekräftade att Affektskolan hade medfört en ökad förståelse för kroppens signaler och att affektmedvetenheten har ökat. En av de två patienterna som inte upplevde en ökad medvetenhet, sade att han redan före Affektskolan var mycket medveten om sina affekter, att han snarare skulle behöva bli mindre introvert fokuserad. Han var också den i gruppen som hade lägst alexitymi före Affektskolan. Den andre patienten som inte upplevde en ökad medvetenhet var den som var frånvarande vid fyra tillfällen. Vad gäller sättet och förmågan att uttrycka känslor, menade två patienter att deras sätt hade förändrats genom att de har fått ord för sina känslor och genom att de anstränger sig mer för att beskriva dem. Fyra upplevde inget förändrat uttryckssätt och en av dem menade att hon alltid har varit bra på att uttrycka sig (visade likaså relativt hög affektmedvetenhet). En annan förklarade att det tar längre tid än åtta veckor att förändra ett beteendemönster, även om medvetenheten har ökat.

### **Effektivitet**

På en skala från ”Inte alls” till ”Utmärkt effektiv” ansåg fyra patienter att Affektskolan var ”Något effektiv” för deras problem, och två patienter ”Måttligt”. En patient menade att i ett längre perspektiv skulle effekten komma att bli ännu större.

### **Mest betydelsefullt med Affektskolan**

Att ha lärt sig att affekter som förut betraktades som något onödigt ont har ett syfte; att ha genomfört Affektskolan trots obehag; att ha blivit erbjuden möjligheten att delta i grupp; att tala om gemensamma problem; att få förståelse för sina affektiva beteendemönster; att få en aktivitet; att få insikt om affekterna och deras dimensioner, och att få nya infallsvinklar genom att höra andras berättelser, framkom som exempel på det mest betydelsefulla med Affektskolan. Fem av sex menade att Affektskolan har gett dem värdefull kunskap inför framtiden. Kunskapen handlar om varför affekter uppstår och hur de känns, om hur de påverkar oss och bör hanteras, om vikten av att få distans till dem, och om att affektmedvetenhet och livskvalitet hänger ihop.

### **Fortsatt arbete för ett välbefinnande**

Samtliga deltagare kunde redogöra för vad de har kvar att arbeta med för att nå en bättre psykisk hälsa, fyra menar att de har mycket att arbeta med. Det handlar om att uttrycka sina känslor, konfrontera konflikter, lära sig avslappning, inte skämmas för sig själv, ta för sig, dämpa impulsivitet, och skapa fritidsaktiviteter. För att öka välmåendet menade två deltagare att de borde leva ut känslorna mer. Tre andra menar att de tvärtom inte borde låta känslorna styra så mycket, utan istället stanna upp, uppmärksamma affekten och tänka efter innan de handlar. Två sade att det är viktigt att uppmärksamma framför allt glädje för att livet ska bli mer nyanserat. En patient var osäker på hur, men kände att hon på något sätt borde ändra sitt affektuttryck i stället för att ta till mat, bli stressad och få sömnproblem.

### **Gruppaspekter**

Alla var nöjda med gruppen, de upplevde ett öppet och vänskapligt klimat. Dock innebar gruppnärvaron, som ovan sagts, psykiska besvär för en deltagare. Två deltagare irriterade sig på hur mycket eller på vilket sätt andra deltagare talade. En patient beklagade att närvaron inte var högre, och att vissa deltagare var så fåordiga.



### **Gruppledarna**

Samtliga deltagare var nöjda till mycket nöjda med gruppledarna. De poängterade vikten av att ledare uppmärksammar alla patienter i gruppen, fördelar frågor jämt över deltagarna, ger respons på det som deltagarna säger, att båda ledarna tar lika stor plats i gruppen, är tydliga i sina roller och aktivt styrande.

### **Uppehållet**

Fyra patienter uppfattade inte uppehållet som något negativt utan tvärtom som skönt, och att det var roligare än vanligt att komma tillbaka efter det. En av dem märkte därigenom hur mycket hon uppskattade Affektskolan, en annan menar att det kändes som vanligt att komma tillbaka. För två patienter innebar uppehållet dock något negativt, varav en tyckte att Affektskolan ”tappade lite fart” och en annan, som beskriver sig som rutinbunden, uteblev efter uppehållet.

### **UPPFÖLJNING TRE MÅNADER EFTER AVSLUTAD AFFEKTSKOLA**

Med hjälp av samma skala som vid den första utvärderingen menade en patient att Affektskolan var ”Utmärkt” som behandlingsmetod för hennes problem. Två menar att Affektskolan var ”Måttligt effektiv” och ”Något”. De två patienter, som vid den första utvärderingen var mest negativt inställda, upplevde vid den senare utvärderingen Affektskolan ”Inte alls effektiv”. Spridningen i omdömena hade således – kanske inte så förvånande – ökat efter tre månader. På frågan om vad som var mest betydelsefullt med Affektskolan svarade en att det utifrån affektteorin hade blivit lättare att uppfatta och urskilja affekter. Hon upplevde en ökad tydlighet jämfört med tidigare då kroppssensationer upplevdes som diffus oro. Tre patienter menade att gruppdeltagandet var viktigt. Därigenom insåg de att de inte var ensamma i sin situation och fick en möjlighet att diskutera med och lyssna till människor med liknande erfarenheter. De insåg affekternas olika uttryck och hur olika människor kan reagera, liksom att affekter är något grundläggande mänskligt. Förståelsen av sambandet mellan kropp och själ framträdde likaså som betydelsefullt. Fyra patienter vittnade om en positiv förändring efter Affektskolan, till exempel genom minskad oro, ökad tendens att lyssna på kroppen, och ökat lugn. En menade att han blivit mer socialt utåtriktad efter att ha fått social träning i behandlingsgruppen. Två patienter, slutligen, upplevde inte någon förändring.

## DISKUSSION

### ÄR AFFEKTSKOLAN EN EFFEKTIV BEHANDLING?

#### Psykiatriska symtom

Denna studie antyder ett samband mellan Affektskolan och förbättrad psykisk hälsa. Dock föreligger motstridiga resultat. För det första fanns det inga entydiga belägg för att det existerar ett samband mellan Affektskolan och reducering av psykiatriska symtom. För två individer sjönk symptomskattningarna, men den effekten försvann på gruppnivå. Efter behandlingen upplevde deltagarna minskad tvångsmässighet, vilket anses positivt, men var dock fortfarande hög. En annan förändring var en ökad fientlighet, vilket är mer svårtolkat. Det går att spekulera i möjligheten att Affektskolan ledde till insikter och minskade känslomässiga barriärer, vilket innebar att tidigare undertryckt ilska tillkännagavs. I så fall bedöms detta resultat vara ett tecken på att en positiv process har startat.

#### Subjektivt lidande och alexitymi

Vad gäller deltagarnas upplevda lidande, skattade fem patienter ett minskat lidande efter Affektskolan. Han som inte gjorde det blev förvånad däröver och menade att han visst mådde bättre efter Affektskolan. Vad gäller affektmedvetenheten bör man på grund av brister i instrumentets validitet, uttala sig med viss försiktighet. Emellertid visade resultatet att graden av alexitymi minskade signifikant efter Affektskolan, och det går sannolikt att översätta till ökad affektmedvetenhet.

#### Självbilden

På gruppnivå föreföll självbilderna förhållandevis opåverkade av Affektskolan, bortsett från att faktor 7 ("Förstör och förkastar sig själv") försämrades. Både före och efter behandlingen rådde en kraftig obalans i affiliationsaxeln, medan autonomi-axeln var väl balanserad. Det fanns tendenser till en förbättring av den positiva självbilden, samtidigt som den negativa försämrades signifikant. Detta liknar resultaten från studien i Örnköldsvik (Arnström-Johannessen, 2002) och utifrån det tycks det vara svårare att påverka de destruktiva aspekterna i självbilden än de vårdande och självutvecklande. På individnivå skedde dock flera positiva förändringar i självbilden.

#### Subjektivt rapporterade effekter

Under utvärderingsintervjuerna framkom en i stort sett positiv bild av Affektskolan. Att sitta i grupp och ta del av andras erfarenheter, liksom att få teoretisk kunskap om affektteorin uppskattades av de flesta. Fem av sex ansåg att Affektskolan gav dem kunskap som de kommer att ha nytta av i framtiden och fyra patienter upplevde en ökad affektmedvetenhet efter Affektskolan. Samtliga deltagare var efter gruppdeltagandet medvetna om vad de hade kvar att arbeta med. Till stor del handlade det om sättet att hantera affekter, antingen att ge dem större utrymme eller att hantera dem mer återhållsamt. Affektskolans metod fick viss negativ kritik. Otydligt mål och emellanåt onödigt basal information, var åsikter som somliga deltagare delgav. Att informationen emellanåt ansågs diffus kan naturligtvis hänga samman med deltagarnas bristande affektförståelse och affektens abstrakta karaktär. Vid den första utvärderingen ansågs Affektskolan vara Något till Måttligt effektiv och vid den senare uppföljningen Inte alls till Utmärkt, alltså en större variation vid det senare tillfället. Tre månader efter Affektskolan upplevde fyra av sex patienter en positiv förändring i sitt liv efter Affektskolan.

Sammantaget råder en stor variation i de individuella upplevelserna av behandlingen, även om fyra av sex i stort sett var positiva till den. Det är svårt att avgöra hur resultaten påverkades av det rambrott som inträffade efter sex veckor. Även om deltagarna inte uttryckte någon större besvikelse däröver, är det möjligt att resultaten hade blivit mer positiva, speciellt för den patient som inte återkom efter

uppehållet, om gången hade varit den planerade. En tidigare studie av Affektskolan (Bergdahl et al., 2000) tydliggjorde även betydelsen av Skriptanalys. För vissa kan Affektskolan innebära att smärtsamma processer sätts igång. En individuell affektfokuserad behandling skulle kunna utnyttja de för att åstadkomma en terapeutisk förändring. Det är sannolikt så att resultaten hade varit mer positiva om en Skriptanalys hade varit möjlig att genomföra i anslutning till Affektskolan.

Det är omöjligt att mäta den totala upplevelsen och effekten av en behandling. Troligtvis har fler förändringar skett än de här redovisade. Förhoppningen är att behandlingserfarenheten har inneburit att deltagarna fått en förbättrad möjlighet till ökad livskvalitet i framtiden, även om besvär kvarstår efter Affektskolan. Detta antagande har bekräftats i intervjuerna.

## **AFFEKTSKOLAN**

Denna rapport strävade efter att öka kunskapen om affekter och Affektskolan, men var varken kontrollerad eller jämförande. Det medför att det inte är möjligt att uttala sig om hur stor del av förändringarna som är en specifik effekt av Affektskolan, eller hur deltagarna hade fungerat om de inte hade deltagit i behandlingen. Inte heller går det utifrån denna studie att säkerställa verksamma faktorer, eller att generalisera resultaten till andra mer definierade grupper då denna var så liten. Att hälsa är en effekt av samspelet mellan individ och miljö är självklart. Utifrån det grundantagandet gäller att det inte går att uppnå en god hälsa enbart genom att förändra affektmedvetenheten så länge den yttre miljön är ogynnsam.

Vad gäller faktorer som medierar effekten av Affektskolan finns ingen kontroll. I intervjuerna framkom icke desto mindre information om relationsproblem, orolig arbetsplats, ohälsa hos anhörig, och förändrad medicinering och behandling, och detta bör man ha i åtanke när man granskar resultaten. En patient utmärkte sig från de övriga genom att i samtliga beräkningar utom de neutrala faktorerna i självbilden, skatta en försämring efter Affektskolan. Hans egen förklaring till detta var att han i samband med skattningarna efter Affektskolan, var utsatt för stark press i sitt privatliv. Detta belyser vikten av anamnestiska data. Trots redovisade tillkortakommanden kvarstår en mängd värdefull information som sex individer har lämnat före och efter att de deltog i Affektskolan.

## **UTVÄRDERINGSINSTRUMENTEN**

I föreliggande undersökning har framför allt självskattningar använts såsom är brukligt vid utvärderingar av Affektskolan (Bergdahl, 2006, personlig kommunikation). BSI-53 är ett väl beprövat instrument som spridits vitt inom psykiatrin. Genom användningen av VAS-skalorna, liksom intervju, framkom värdefull information som inte formulären behandlade. De möjliggjorde mätning och bekräftelse av deltagarnas egna definierade problem. Intervjun och uppföljningen var på förhand strukturerade, vilket ökade jämförbarheten av svaren. TAS-20 har i andra sammanhang kritiserats och här använts med försiktighet. SASB-självbild uppfattade flera deltagare som ansträngande att fylla i på grund av layouten, vilket kan ha försämrat tillförlitligheten i svaren.

## **DELTAGARGRUPPEN**

Att deltagargruppen var så heterogen kan ses i både ett positivt och negativt perspektiv. Positivt kan vara den breda information och erfarenhet som gruppen gemensamt besitter. Genom varandras olikheter lär de att bristande affektmedvetenhet är något som kan drabba människor med olika bakgrunder och diagnoser. Å andra sidan innebar deltagarnas olikheter i kunskapsnivå att det blev svårt att bestämma den pedagogiska nivån så att den passade alla, liksom att de hade olika behov av att diskutera särskilda aspekter av affektteorin. I efterhand står det klart att deltagarnas tolerans av gruppdeltagande och förkunskaper borde ha kontrollerats mer grundligt innan de erbjöds deltagande. Att en

patient upplevde behandlingen som starkt ångestframkallande är beklagligt, samtidigt som han i efterhand kände sig nöjd över att ha stått emot impulsen att undvika obehaget genom att avbryta behandlingen. Dessutom måste man beakta patientens önskan. Trots att han fick information om att det rörde sig om en grupsituation och om att det kunde vara ångestframkallande, önskade han delta i behandlingen. Att neka honom den erfarenheten hade i ett längre perspektiv inte nödvändigtvis varit honom till gagn – dock hade det säkerligen inneburit förbättrade utvärderingsresultat. Liksom resultat är avhängiga mätinstrumentens egenskaper är deltagarnas motivation och särdrag likaså avgörande. En mer homogen grupp liknande dem som fick störst utbyte av Affektskolan, skulle kanske givit mer positiva resultat. Om man ser till de två deltagare som utifrån sin subjektiva uppfattning hade minst glädje av Affektskolan framträder socialfobiska drag och hög gruppfrånvaro som tänkbara förklaringar till svårigheten att tillgodogöra sig behandlingen.

#### **FORTSATT UTVECKLING AV AFFEKTSKOLAN**

Resultaten från denna studie visar på betydelsen av att utvärdera behandlingsformer och kritiskt granska dess metod. En form som är framgångsrik för ett visst klientel är det inte nödvändigtvis för andra, vilket tidigare utvärderingar visat. Inte heller är en ”bra” form alltid den bästa möjliga. Förhoppningsvis kan en ökad tillämpning av Affektskolan leda till att mer anpassade versioner utvecklas. Det är till exempel rimligt att anta att en behandlingsgrupp bestående av alexityma psykosomatiker ställer andra krav och är i behov av andra färdigheter än en grupp av introverta deprimerade. För att tillgodose båda dessa gruppers behov, är en anpassning av dagens material nödvändig. Kanske kunde särskilda bilagor utformas att bifoga grundmaterialet. Om erfarenheter av Affektskolan kunde samlas (till exempel på en gemensam hemsida tillgänglig för utbildade ledare) skulle en sådan utveckling kunna ske inom en inte alltför avlägsen framtid.

#### **SLUTSATSER**

Även om inte denna studie, främst på grund av sin litenhet och design, kunnat ge konklusiva resultat beträffande Affektskolans effektivitet, är det min förhoppning är att den kan fungera som en fingervisning om hur Affektskolan ser ut, hur den kan utvärderas och hur den ska kunna utvecklas för att bli mer effektiv. Min personliga uppfattning är att Affektskolan kan vara ett värdefullt behandlingsalternativ inte bara på en psykiatrisk mottagning utan även inom heldygnsvården. Jag anser detta därför att Affektskolan bidrar till ökad affektmedvetenhet, vilket medför större förståelse för egna och andras behov, och därigenom minskad psykisk belastning. Min förhoppning är även att denna studie kan inspirera andra att pröva Affektskolan, först då kommer man med större säkerhet kunna uttala sig om Affektskolan som evidensbaserad behandlingsform.

## REFERENSER

- Armeliu s, K., & Armeliu s, B. Å. (2005) SASB-modellen: en introduktion. Ett preliminärt manus om SASB-modellen att använda i undervisning. Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Arnström Johanes sen, C. (2002) Affektskola i primärvården. Ett psykosomatikprojekt.. Slutrapport Affektskola. Örnsköldsviks hälso- och sjukvård.
- Bergdahl, J. (1999) Psykosomatik. Affektbaserad utredning och behandling av patienter med psykosomatisk problematik. Svensk rehabilitering, 25-27.
- Bergdahl, J., Armeliu s, K., & Armeliu s, B. Å. (2000) Affect-based treatment and outcome for a group of psychosomatic patients. Rapport nr. 85. Department of Applied Psychology, Umeå universitet.
- 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.
- Bowlby, J. (1985) *Attachment and Loss*. Vol. 1-3. Pelican Books.
- Bowlby, J. (1994) *En trygg bas*. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur.
- Derogatis, L. R. (1993) *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Derogatis, L. R. (1994) *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring, and procedure*. National Computer Systems, Inc.
- Havnesköld, L., & Risholm-Motander, P. (1995) *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Kooiman, C. G., Spinhoverb, P., & Trijsburg, R. W. (2002) The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Kretz, S., & Månsson, G. (2005) Affektmedvetenhet och stress - en sambandsstudie utifrån en integrerad stressmodell med affektssystemet som brygga mellan psyke och soma. Psykolog-examensuppsats. Vol. VI:37. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.
- Lerner, M. (1987) *Psykosomatik. Ett psykologiskt perspektiv*. Lund: Natur och Kultur.
- Levin, A., & Lundqvist-Lundmark, E. (2003) Affektmedvetenhet genom Affektskola - minskar stress hos skolpersonal som arbetar med barn? Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen, Umeå universitet.
- Monsen, J. (1994) *Personality disorders and intensive psychotherapy focusing on affect consciousness: A prospective follow-up study*. Universitetet i Oslo.
- Nathanson, D. L. (1992) *Shame and Pride. Affect, Sex, and the Birth of the Self*. New York: W.W. Norton & Company.
- Sifneos, P. E. (2000) Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- Sonnby-Borgström, M. (2005) Affekter, affektiv kommunikation och anknytningsmönster – ett bio-psyko-socialt perspektiv. Lund: Studentlitteratur.
- Taylor, G. J., Bagby, M. R., & Parker, J. D. A. (1997) *Disorders of Affect Regulation. Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: University Press.
- Tomkins, S. S. (1962) *Affect, Imagery, Consciousness. 1 The Positive Affects*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

## BILAGA 1

## HUR BEDÖMER DU INTENSITETEN AV DINA PROBLEM UNDER DE TRE SENASTE DAGARNA?

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

Inga besvär	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Outhärdligt
	I---I---I---I---I---I---I---I---I---I	

**UTVÄRDERINGSFRÅGOR EFTER AVSLUTAD AFFEKTSKOLA**

1. Hur upplevde du Affektskolan?
2. Blev Affektskolan som du förväntade dig?
3. Var någon affekt mer påfrestande än övriga att diskutera?
4. Kändes någon affekt mer viktig för dig att diskutera?
5. Hur trivdes du i gruppen tillsammans med övriga deltagare?
6. Vad tyckte du om arbetsmaterialet?
7. Hur tror du att uppehållet mellan den 2 och 29 mars påverkade gruppen?
8. Hur tyckte du att gruppleddare 1 var?
9. Hur tyckte du att gruppleddare 2 var?
10. Hur tyckte du att gruppleddare 3 var?
11. Vad i Affektskolan har varit mest betydelsefullt?
12. Hur effektiv tyckte du att affektskolan var för dina problem?  
Utmärkt - Måttligt - Något - Inte alls.
13. Vad var Bra .... Jobbigt .... Svårt .... Onödigt .... Dåligt med AS?
14. Önskar du att det hade varit mer av något?
15. Har något saknats helt och hållet?
16. Har AS inneburit att du fått kunskap som du kan använda dig av i framtiden?  
På vilket sätt?
17. Upplever du att AS har påverkat din förståelse för din kropps signaler?  
På vilket sätt?
18. Hur har din affektmedvetenhet förändrats sedan före AS?
19. Hur har ditt sätt att uttrycka känslor förändrats?
20. Vad har du lärt dig om ditt sätt att hantera de olika affekterna?
21. Hur kan du påverka ditt välbefinnande genom att hantera dina affekter annorlunda?
22. Hur skulle du beskriva dina skript? Hur sammanfattar du de situationer du har beskrivit i AS?
23. Vad har du kvar att arbeta med?
24. Får jag ringa dig om tre månader, för att göra en femminuters uppföljning över telefon?  
Vilken tid på dagen ska jag ringa?  
Vad har du för arbetsnummer?
25. Något övrigt du vill tillägga?

**BILAGA 3****UPPFÖLJNING ÖVER TELEFON TRE MÅNADER EFTER AVSLUTAD AFFEKTSKOLA**

1. Hur effektiv tyckte du att Affektskolan var för dina problem?  
Utmärkt - Måttligt - Något - Inte alls.
2. Vad från Affektskolan har påverkat dig mest?
3. Vad har förändrats hos dig efter Affektskolan?
4. Något övrigt du vill tillägga?