

AVHANDLINGAR FRÅN PEDAGOGISKA INSTITUTIONEN

Britt W. Bragée

153

Kroppens mening

Studier i psykosomatiska lösningar

Britt W. Bragée



Stockholms Universitet

© Britt W. Bragée, Stockholm 2009
Omslagsfoto: Photoalto/Monika Borkenhagen
Printed in Sweden by Elanders, Vällingby 2009
Distributor: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet

ISSN 1104-1625-153
ISBN (978-91-7155-797-1)

Abstract

Britt W. Bragée: Kroppens mening. Studier i psykosomatiska lösningar. *Body meaning. Studies in psychosomatic solutions.* Akademisk avhandling i pedagogik, Stockholms universitet, februari 2009.

Stress-related diagnoses such as 'burnout' are a growing and alarming social trend, which affect more and more young people, especially women. These diagnoses are expressions of 'psychosomatic conditions' in our contemporary society. The focus in this thesis has been to study meaning constitution when it does not lead to solutions to pressing problems but rather results in a psychosomatic breakdown. The phenomenological analysis shows that the road to the breakdown starts early in life, having to do with industrious but not successful attempts to win recognition for the persons' individuality. In the second study, physiological measures occurring concomitantly with the informants' narratives showed that autonomous activity could be distinguished in patterns divided in two groups. One group pattern was linked to helplessness, high arousal and marked stress level and the second group pattern was characterized by hopelessness and a very low level of autonomous activity.

The conclusion of the thesis is that due to an inability to transform structures of thinking, feeling and behaving in a taxing situation, the psychosomatic breakdown can be understood as bodily attempts at meaning constitution, through bodily symptom and other forms of understanding. This, however, cannot help the person constitute meaning needed in order to solve the problematic situation. The reasons for this body/mind split are discussed.

Keywords: *psychosomatics, psychosomatic breakdown, phenomenology, body-meaning, burnout, stress*

Förord

Jag har många att tacka för att denna avhandling blivit till. Först och främst naturligtvis mina handledare, professor Gunnar Karlsson vid Pedagogiska institutionen och docent Jennifer Bullington vid Ersta Sköndals högskola. Båda tillhör de främsta experterna inom sina områden, vilket de kombinerar med en unik förmåga att vara stimulerande, stöttande och uppmuntrande. Mitt allra varmaste tack till er! Jag vill också tacka två personer som gett mig väsentlig hjälp när det gäller att hantera psykofysiologiska frågeställningar och metoder. Det är Töres Theorell, professor i psykosocial miljömedicin, vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet och Bo von Scheele, adjungerad professor i medicinsk teknik vid Mälardalens högskola. Tack också till leg. psykolog Erik Olsson, doktorand vid Uppsala universitet för värdefulla psykofysiologiråd. Ett varmt tack vill jag också rikta till professor Sonja Olin Lauritzen vid Pedagogiska institutionen och docent Gunnar Carlberg, Ericastiftelsen, för konstruktiv kritik och ovärderliga råd i olika skeden av avhandlingens tillkomst. Tack också till alla stödjande och stimulerande doktorandkamrater vid institutionen, särskilt de som ingått i den "fenomenologiska gruppen".

Ett särskilt stort tack går till mina patienter och informanter för allt ni lärt mig och för att jag fått använda era erfarenheter i denna avhandling. Jag vill också särskilt rikta mig till de c:a 70 deltagarna i det föredrag om mina forskningsresultat jag höll i De utbrändas förenings regi den 15 november 2008, och tacka för det stöd jag fick för mina resultat, och alla era egna liknande erfarenheter som ni fyllde i med.

Sist, men inte minst, tack till hela min fantastiska familj som accepterat att jag varit så upptagen under dessa år. Särskilt vill jag tacka min man Björn för såväl medicinska diskussioner som datatekniskt bistånd, och för hans outtröttliga stöd, för läsning och kommentarer, vilket också gäller Ingrid och Kristina, samt Hugo som kontrollerat alla referenserna.

Till alla mina intresserade och uppmuntrande kollegor och vänner ett stort tack, särskilt till Chris, som var den som från början lockade in mig på den här vägen som nu nått sin ände.

Stockholm i november 2008

1 Innehåll

1	Introduktion	15
1.1	Utbrändhet.....	17
1.2	En processmodell för utbrändning	19
1.3	Meningskapandet i fokus.....	21
1.4	Avhandlingens disposition.....	23
2	Den fenomenologiska forskningsansatsen.....	29
2.1	Det som visar sig, så som det visar sig.....	29
2.2	Några centrala begrepp.....	30
2.2.1	Upplevelse	30
2.2.2	Medvetande	31
2.2.3	Intentionalitet.....	32
2.3	Den levda kroppens fenomenologi.....	35
2.3.1	Kroppens roll.....	35
2.3.2	Kroppens anonyma liv	36
2.3.2.1	Kropp och psyke sammanflätade.....	36
2.3.2.2	Anonym och personlig existensnivå.....	37
2.3.2.3	Kroppsbild och kroppsschema	39
2.3.2.4	Operativ intentionalitet och pre-noetisk aktivitet	41
2.3.2.5	Perception	45
2.3.2.6	Situationens sammanflätning	48
2.3.3	Kroppen och världen.....	50
2.3.4	Pre-reflektiva kroppstillstånd.....	51
2.3.4.1	Reglering av emotionella kroppstillstånd.....	52
2.3.4.2	Agens	54
2.3.5	Kroppens aktivitet vid meningskapande	55
2.3.5.1	Det kroppsliga förberedelsearbetet under återberättande	56
2.3.5.2	Kan den levda kroppen objektivieras?	58
3	Fenomenet psykosomatik.....	61
3.1	Psykosomatik som uttryck för kapitulation och nederlag.....	61
3.2	Vad är psykosomatik?	62
3.3	Stressjukdomar.....	65
3.3.1	Reaktionsmönster på stress	67
3.3.2	Ett hierarkiskt system för stressande påfrestningar.....	68
3.3.3	Teoretiska modeller för samband mellan stress och sjukdom	70

3.4	Psykoanalys: det omedvetna och psykosomatisk sjukdom	71
3.4.1	Den psykoanalytiska metapsykologin.....	71
3.4.2	Störningar i mor-barn-relationen.....	72
3.4.3	Pseudonormalitet.....	74
3.5	Personlighetsdrag	77
3.6	Fenomenologisk tradition	79
3.6.1	Psykosomatisk teori baserad på Merleau-Pontys filosofi	79
4	Avhandlingens syfte och valda metoder	83
4.1	Övergripande syfte	84
4.2	Val av metod.....	85
4.2.1	Forskningsfråga studie nummer 1: Det verbala meningsskapandet.....	86
4.2.1.1	Fenomenologisk psykologisk metod, EPP-metoden.....	86
4.2.1.2	Hermeneutik	87
4.2.1.3	EPP-metodens grunddrag.....	88
4.2.1.4	Exemplifiering av EPP-metoden.....	91
4.2.2	Forskningsfråga studie nummer 2: Meningsskapande på kroppslig nivå	93
4.2.2.1	Undersökning av kroppslig aktivitet i förhållande till meningsinnehåll.....	94
4.2.2.2	Mätning av emotionell kroppslig påverkan	95
4.2.2.3	Integrerad fenomenologisk-psykofysiologisk ram för tolkning och analys	99
4.3	Genomförande av empiriska studier	102
4.3.1	Urval av informanter.....	103
4.3.2	Informantbeskrivning.....	104
4.3.3	Genomförande av intervju och mätning.....	105
4.3.4	Insamling av mätdata.....	106
4.3.5	Behandlingens uppläggning	107
4.4	Rollen som behandlare och forskare	107
4.5	Etiska överväganden.....	109
5	Resultat studie 1: Vägen till det psykosomatiska sammanbrottet	111
5.1	Inledning	111
5.2	Synopsis	112
5.3	Översikt över resultatet	113
5.4	Kännetecknen och utmärkande drag	114
I.	Självkritisk underordning.....	114
1.	Relationen till sig själv	114
2.	Relationen till andra.....	120
II.	Riskfylld situation	126
1.	Kravfyllt nuläge	127
2.	Anseendet på spel.....	128
3.	Minskade möjligheter till återhämtning.....	130
III.	Re-agerande bemästringsförsök	131
1.	Re-agerande på upplevda krav	131

2. Blockerade inre motstridigheter.....	135
3. Förnekade behov av andra	137
IV. Successiva autonomiförluster	138
1. Förlorade kroppsfunktioner	139
2. Förlorat grepp om situationen	141
3. Förlorad social position.....	142
4. Förlorad identitet.....	143
5.5 Sammanfattning	144
5.6 Hur påverkas meningsskapandet av de situationer som återges?	145
5.6.1 Vinna erkännande.....	146
5.6.2 Den bristande känslan av agens	147
6. Resultat studie 2: Meningsskapandets samtidiga kroppsliga aktivitet.....	151
6.1 Inledning	151
6.1.1 Meningsmönstrens förändring	151
6.1.2 Använda metoder.....	152
6.1.3 Studiens inriktning och begränsningar	153
6.2 Översikt över resultatet	153
6.3 Det analyserade materialet	154
6.3.1 Gruppering av materialet	155
6.3.1.1 Två undergrupper: statistiska skillnader.....	155
6.3.1.2 En gruppskillnad: motivering att söka hjälp.....	156
6.3.2 Jämförelse av meningsskapande i två olika situationer	157
6.3.3 Grupp A (stressande situationer).....	158
6.3.3.1 Översikt	158
6.3.3.2 Exempel på analys	159
6.3.3.3 Övriga analyser i sammandrag	163
6.3.4 Grupp B (betryckande livssituation).....	172
6.3.4.1 Översikt	172
6.3.4.2 Exempel på analys	173
6.3.4.3 Övriga analyser i sammandrag	178
6.3.5 Två ogrupperade informanter	189
6.3.6 De två grupperna i sammandrag	189
Grupp A	190
Grupp B	191
6.4 Sammanfattning av meningsskapandets samtidiga kroppsliga aktivitet.....	192
6.4.1 Kroppsschema	192
6.4.2 Agensens kroppsliga uttryck.....	194
7. Diskussion.....	197
7.1 Det ofullbordade meningsskapandet.....	198
7.1.1 Meningsskapandet inte anpassat efter situationens krav.....	200
7.1.1.1 Tidiga sedimenterade upplevelser styr meningsskapandet.....	200
7.1.1.2 Jämförelser med några andra teorier	201

7.1.1.3 Ett illustrerande exempel.....	203
7.1.2 Det psykosomatiska symtomet som balanserande lösning.....	205
7.1.3 Det kroppsliga "meningsskapandets" olika nivåer.....	209
7.1.4 Avskärningen mellan personlig och kroppslig existensnivå.....	214
7.1.4.1 Agensens försvagning.....	214
7.1.4.2 Den tänkta andra och den kroppsliga avskärningen.....	216
7.2 Den psykiska ohälsan hos unga.....	221
7.3 Kommentar till några metodfrågor.....	222
7.4 Avslutande synpunkter: Den fenomenologiska ansatsen vid psykosomatiska studier.....	225
Summary in English.....	231
Referenser.....	241
Bilaga 1: Behandlingens uppläggning.....	265
Den humanistiska psykoteraeutiska skolan.....	265
Människan som social varelse.....	266
Terapeutiska principer.....	267
Kroppslig kunskap.....	268
Återerövra sina känslor och sin kropp.....	269
Bilaga 2A: Mätning av den kroppsliga aktiviteten.....	271
Det autonoma nervsystemet.....	271
Mätning av kroppsliga processer.....	272
Hudkonduktans och fingertemperatur.....	274
EDA och fingertemperatur i psykofysiologisk forskning.....	277
Bilaga 2B: Mätvärden under informantberättelserna.....	281
Studerade mätvärden.....	281
Mätutslag vid olika teman.....	283
"Fasisk styrka" som indikation för grupptillhörighet.....	284
Hudkonduktans.....	286
Ej hänförliga till någon grupp:.....	286
Grupp A.....	287
Grupp B.....	288

Förkortningar

ANS autonoma nervsystemet

EDA elektrodermal aktivitet, hudkonduktans

SCL skin conductance level, hudkonduktansnivå

SCR skin conductance response, hudkonduktansutslag

SNS somatiska nervsystemet

The central phenomenon, at the root of both my subjectivity and my transcendence towards others, consists of my being given to myself. *I am given*, that is, I find myself already situated and involved in a physical and social world - *I am given to myself*, which means that this situation is never hidden from me, it is never round about me as an alien necessity, and I am never in effect enclosed in it like an object in a box. My freedom, the fundamental power which I enjoy of being the subject of all my experiences, is not distinct from my insertion into the world.

Maurice Merleau-Ponty (1945/1962, s 360)

As each situation in life represents a challenge to man and presents a problem for him to solve, the question of the meaning of life may actually be reversed. Ultimately, man should not ask what the meaning of his life is, but rather must recognize that it is *he* who is asked. In a word, each man is questioned by life; and he can only answer to life by *answering for* his own life; to life he can only respond by being responsible.

Viktor Frankl (1946/2004, s 113)

1 Introduktion

Vällevnaden i Sverige uttryckt i hälsotermer förbättras över tiden, vilket är en huvudtrend (Palmer 2005), och tre fjärdedelar av befolkningen anser sitt hälsotillstånd vara gott (SCB 2006). Samtidigt finner vi emellertid att ohälsan hos en avgränsad grupp ökar märkbart. Denna grupp består av en majoritet av kvinnor, som befinner sig i de åldrar då etableringen på arbetsmarknaden och familjebildning sker. I försäkringskassans statistik är de tre vanligaste diagnoserna bland dessa 'anpassningsstörning och reaktion på svår stress', 'depressiv episod', samt 'vissa sjukdomstillstånd i mjukvävnaderna' (Försäkringskassan 2007). Alltsedan slutet av 1980-talet har andelen som besväras av ängslan, oro eller ångest ökat fortlöpande, och störst är den således bland unga kvinnor (SCB 2006). År 2006 är de psykiska sjukdomarna för första gången den klart största diagnosgruppen (Försäkringskassan 2007). Även om sjukskrivningarna totalt sett ('ohälsotalet') har sjunkit något de senaste tre åren, sannolikt på grundval av politiska och administrativa förändringar, har Sverige fortfarande bland de högsta sjukskrivningstalen i världen och stressrelaterade tillstånd är den absolut vanligaste sjukskrivningsorsaken (Arnetz 2008). I en folkhälsoenkät redovisas att unga vuxna kvinnor i större utsträckning än jämnåriga män och äldre kvinnor har nedsatt psykiskt välbefinnande, känner sig stressade, har besvär av ängslan, oro eller ångest och rapporterar fler dagar med psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut 2006). Enligt tjänstemannastatistik är det främst de yngre som utgör sjukfall i den vanligaste diagnosgruppen, 'reaktion på stress', var fjärde sjukskrivna tjänsteman under 44 år ingår där (Alecta 2008). Kvinnor i storstadsområden är överrepresenterade, och öknings-takten är högst bland högavlönade unga kvinnor (Renstig & Sandmark 2005).

I vardagslag talar man både bland allmänheten och i vården om 'utbrändhet' som ett sammanfattande begrepp för dessa psykiska ohälsotillstånd som också inverkar negativt på kognitiva och sociala funktio-

ner. Begreppet används emellertid numera sällan för diagnostisering och syns därför inte längre i sjukskrivningsstatistiken. I stället har dessa tillstånd hittills i allmänhet kategoriserats under beteckningen 'F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress', i den svenska versionen av ICD-10, som är ett klassifikationssystem för sjukdomar och hälsoproblem (Socialstyrelsen 2008). I socialstyrelsens anvisningar beskrivs denna diagnosgrupp på följande sätt:

Denna kategori skiljer sig från andra då den inkluderar störningar som karakteriseras inte bara av symtom och förlopp utan även inbegriper en av två orsaksfaktorer: 1) en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller 2) en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren, vilket resulterar i en anpassningsstörning. [...] De traumatiska händelserna eller den långvariga belastningen är den primära och dominerande orsaksfaktorn och utan någon av dessa skulle störningen inte ha uppstått. Störningarna i denna kategori kan betraktas som maladaptiva reaktioner på allvarlig eller kontinuerlig belastning då reaktionen interfererar med ändamålsenliga anpassningsmekanismer och ger upphov till nedsatt social funktionsförmåga.

Det tycks ha hänt något dramatiskt i det svenska sjukdomspanoramats de senaste två årtiondena, när ovanstående diagnosbeskrivning passar in på allt fler unga människor, särskilt kvinnor. På denna sida sekelskiftet har det blivit uppenbart också för oss som arbetar i klinisk verksamhet med dessa patienter. Det framhålls att patienterna på stressmottagningen vid Karolinska Institutet, som för tio år sedan hade 25-30 år av aktivt arbete bakom sig, idag istället består av unga människor som inte arbetat längre än 8-10 år när deras extrema hälsoproblem sätter in (Rose & Perski 2008). Författarna menar att det som hänt är en gåta.

I den här avhandlingen vill jag undersöka detta växande problem, och jag kommer att betrakta tillstånden ifråga som ingående i det sammanfattande begreppet 'psykosomatik', och den ohanterliga situation som så småningom uppstår som 'psykosomatiskt sammanbrott'. Dessa begrepp kommer jag att utreda närmare i längre fram. Mitt angreppssätt kommer att vara att studera de två delarna av psyko-somatik, det vill säga såväl hur de berörda personerna förstår och skapar mening om situationen,

som hur deras kroppsliga aktivitet bidrar till detta, det som jag kallar kroppens ”mening”.

Innan jag går in på en närmare beskrivning av detta vill jag emellertid kort redogöra för kunskapsläget idag om ’utbrändhet’. Även om detta begrepp inte längre används i diagnostisering, är det fortfarande allmänt vedertaget som begrepp för den formella diagnosformuleringen ’anpassningsstörning och reaktion på svår stress’.

1.1 Utbrändhet

Utbrändhet är en stress- eller krisreaktion och inte ett sjukdomstillstånd, den medicinska termen är utmattningssyndrom. Det finns idag ingen allmänt accepterad definition av utbrändhet. Den amerikanska forskaren Christina Maslach är upphovsman till begreppet ’burnout’. De tre huvudkriterier hon utarbetat används i stor utsträckning fortfarande (Währborg 2002)

Energilöshet, trötthet och utmattning, t ex. försämrade prestationer och en trötthet man inte kan ”sova bort”.

Urholkning av känslor och engagemang, t ex. nedstämdhet, oro, uppgivenhet.

Negativa attityder till omgivningen och den egna personen. t ex. cynism, depersonalisation.

Från början ansåg Maslach att tillståndet endast drabbade yrken med många och viktiga relationer, men hon har senare vidgat begreppet till att omfatta arbetslivet i vidare bemärkelse. Pines (1993) anlägger ett existentialistiskt perspektiv på utbrändhet och menar att det har samband med människans sökande efter mening. Hon ansluter sig till Maslachs ståndpunkt att personen som blir utbränd är överdrivet emotionellt involverad i sitt arbete, men menar att detta beror på att denna person inte ser sitt arbete bara som ett sådant. Det är något som man vill använda för att göra intryck på de människor man arbetar med, man vill att det ska vara det som ger livet det innehåll man söker. Det överdrivna emotionella engagemanget beror på att man identifierar sig med arbetet på ett

sådant sätt att om man har framgång är man själv en lyckad person, men om man har motgång är man en förlorare som människa.

Utbrändhetsbegreppet i Maslachs tappning har lett till omfattande forskning, men det är problematiskt i klinisk bemärkelse eftersom det begränsats till arbetslivet och eftersom det saknar stringenta medicinska och psykologiska kriterier. T ex. har 130 olika symtom härlett till utbrändhet (Währborg *ibid.*). Mängder av studier har genomförts kring utbrändhet. Sedan mitten av 1970-talet hade i början av 2000-talet uppskattningsvis cirka 6000 vetenskapliga artiklar och rapporter skrivits (Hallsten, Bellaagh & Gustafsson 2002). Forskningen har nästan undantagslöst gällt arbetande personer och praktiskt taget alla studier har utgått från ett arbets- eller socialpsykologiskt perspektiv. Vanligtvis antas nämligen att utbrändhet enbart kan uppstå inom arbetslivet och till följd av svåra arbetsförhållanden. Frågan är emellertid om detta stämmer. Något teoretiskt eller empiriskt stöd för denna avgränsning av orsakerna finns inte, och några forskare anser att utbrändhet även kan uppstå i andra sammanhang än bara inom arbetslivet.

I Sverige har begreppet 'utmattningsdepression' föreslagits som diagnosbeteckning. Framför allt psykiaterkåren har menat att de symtom det gäller liknar dem man kan se vid depression. Invändningen mot begreppet gäller dess anspelning på enbart psykiska symtom, eftersom depression endast är ett bland många symtom hos dessa patienter, där problemkomplexet sträcker sig över flera stressfysiologiska system. Socialstyrelsen har därför rekommenderat att det begrepp som ska användas är 'utmattningssyndrom' (Åsberg 2003). De kriterier för denna diagnos som utarbetats bygger på synsättet att det är en process som börjar med stress och stressrelaterade symtom, och i denna utvecklar många symtom på depression, och även ångestsymtom. I ett sent skede dominerar utmattningssymtomen och det är här diagnosen utmattningssyndrom är tänkt att gälla.

I inledningen beskrivs de somatiska stresssymtomen som ospecifika, det rör sig om värk och problem i mage och tarm. Därefter tillkommer sömnstörningar, trötthet och energilöshet. Senare i processen uppstår minnesstörningar och koncentrationssvårigheter, och ytterligare senare skuld känslor och nedstämdhet. Under hela processen avtar det utrymme personen ger åt sina egna personliga behov, såsom rekreation, motion och sociala relationer.

Sammanfattningsvis menar socialstyrelsen att utmattningssyndromets svårighetsgrad kan variera från mycket lätta symtom till gravt invalidiserande symtom med kognitiva störningar. De fysiska besvären börjar smygande och de psykiska i form av nedstämdhet och kognitiva störningar kommer successivt. Patienterna söker vanligtvis hjälp sent i förloppet och blir ofta sämre direkt efter sjukskrivning. Återhämtningen går olika snabbt. Forskning saknas men den kliniska erfarenheten är enligt socialstyrelsen att minst ett års sjukskrivning är vanligt, och att arbetsåtergång måste göras i långsam takt

1.2 En processmodell för utbränning

'Utbränning' är en beteckning för den process som på sikt kan leda till utmattningssyndrom. En studie av förekomsten av sådan utbränning i befolkningen gjordes i Sverige år 2000, och i denna ingick även personer utanför arbetsmarknaden (Hallsten, Bellaagh & Gustavsson 2002). Således studerades för första gången också krav och problem utanför arbetslivet. Resultaten visade att personer utanför arbetsmarknaden besväras i minst lika hög grad som förvärvsarbetande av risk för utbränning, och det var till och med fler arbetslösa än arbetande som befann sig i riskzonen. Vidare framkom att problematiska familjeförhållanden eller privata relationer ökar risken för utbränning.

I denna studie gjordes även en skillnad mellan de två utmattningsprocesserna utbränning (*burnout*) och psykisk utslitning (*wornout*). Båda dessa processer kännetecknas av stark trötthet och negativa attityder. En skillnad är dock att personer i riskzonen för utbränning dessutom upplever höga krav på att leva upp till egna mål, på att prestera och att vara duktiga, vilket benämns 'prestationsbaserad självkänsla'. Alla som är sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser som utbrändhet, och som visar klara depressiva symtom, betraktas inte som utbrända, förutsättningen är att man kan iaktta dessa drivkrafter och handlingsmönster (Hallsten 2001). Utbränning antas kunna utvecklas i sammanhang där långvariga och starka engagemang föreligger, och är därmed en vidgning av Maslachs begrepp utbrändhet.

I processmodellen för utbränning förskjuts uppmärksamheten från symtomkonstellationen till de drabbade personernas motiv och anpassningsmönster. Fokus ligger således på processen, som är relativt utdragen i tiden. Både omgivning och individ har del i utbränningsprocessen, och den ses som utvecklingen av en identitetskris som uppstår när en

person hindras i någon av de roller som är väsentliga för identiteten. Som kris är utbränningsens speciella kännetecken att motivation och funktionsförmåga sänks påtagligt. Den anpassning som sker görs först med stor ansträngning och därefter under stark frustration. Tydliga depressiva tecken kan visa sig, men kan också utebli, beroende på om personernas förståelse av det som sker riktas inåt eller utåt.

I modellen anges inga specifika symtom utöver känslomässig utmattning tillsammans med nedstämdhet och negativa attityder till omgivningen. Anledningen till detta är främst att symtomen bör kunna återfinnas inom alla de dimensioner som ingår i 'psykiskt illabefinnande'. Hit hör alltså låg subjektiv kompetens och självvaktning, låg autonomi, låg aspiration, lågt affektivt välbefinnande samt inre splittring (ibid.). Andra skäl är att känslor, tankar och förhållningssätt ändras under processen och att det finns en betydande variation mellan olika individers upplevelser också inom samma fas av processen, beroende på skiftande erfarenheter och personlighet. Utöver att energilöshet, negativa attityder och nedstämdhet kan spåras i den senare delen av processen kan kognitiva och somatiska symtom tillkomma. Symtomen som räknats upp räcker dock inte som kriterium på utbrändhet, det krävs också att personen visat mer eller mindre aktiva strävanden under en längre tid, med negativa konsekvenser för välbefinnande och handlingsförmåga. Utan sådana strävanden och anpassningsmönster i tidigare faser av processen bör man inte tala om utbrändhet, menar Hallsten (ibid.). Växlingarna mellan å ena sidan ansträngning - engagemang och å andra sidan oro - negativism - trötthet är en viktig del av utbränningsprocessen, framhåller han vidare. Under större delen av processen uppfattar inte personen att vila, ledighet eller sjukskrivning skulle kunna vara en lösning på problemet. Detta är en viktig skillnad mot att bli psykiskt utsliten på grund av yttre krav.

Det väsentliga hos personer i utbränningsprocess är identitetsantagandet eller "självkänsloträvandena" (Hallsten, Josephson & Torgén 2005). De tenderar att värdera sig själva efter sina prestationer, eller med andra ord, att visa en *prestationsbaserad självkänsla*. Detta är en självkänsla som är beroende av det egna handlandet, vilket sannolikt har sin grund i oro att inte duga. Om de själva eller viktiga andra anser att de presterar väl kan de bevara eller skapa en känsla av självvaktning, annars inte.

Processen delas in i tre faser: (1) absorberande engagemang (2) frustration och (3) utbrändhet. Personer med prestationsbaserad självkänsla har en tendens att efter misslyckanden anstränga sig mer till skillnad från personer med annan typ av självkänsla. De har dessutom en tendens att hålla god min vid besvikelser, och därigenom kan processen pågå i årtal. Övergången från frustration till utbrändhet inträffar ofta efter en händelse med stark laddning för personen, som innebär att hon känner att hon inte längre bemästrar situationen. Identitetsantagandet kvarstår, men hon har förlorat tron på att kunna bevara eller skapa en acceptabel identitet via sitt rollutövande.

Två särskilda upplevelser kan iaktas framhåller Hallsten (2001):

- upplevelse av otillräcklighet, nederlag eller diskvalifikation
- upplevelse av sänkt egen kapacitet till följd av ökad utmattning, ångest eller sjuklighet

Utbränning kan bli följden när den centrala rollen en människa har hotas eller hindras, och Hallsten framhåller särskilt tre roller: omsorgsrollen (rollen i hem, familj, bland anförvanter), försörjarrollen (rollen är knuten till familjen men äger rum i arbetslivet), och den professionella rollen (rollen inom yrke och samhälle). Utbränning i omsorgsrollen kan t.ex. uppstå när en person anstränger sig till det yttersta att påverka en alkoholiserad partner. I försörjarrollen kan utbränning uppstå vid arbetslöshet. Dessa nämnda mönster har säkert förekommit under överblickbar tid, menar Hallsten, men eftersom svårigheterna kan uppfattas som personliga eller kanske skamliga, diskuteras de inte öppet som vid professionell utbränning.

1.3 Meningsskapandet i fokus

Det ökande antalet personer som befinner sig i utbränning eller utbrändhet klassificeras således enligt den citerade diagnosbeskrivningen i inledningen. Drivkraften i utvecklingen tycks vara de i sista meningen nämnda "maladaptiva reaktionerna" på belastningen som "interfererar" med (hindrar) "ändamålsenlig" anpassning till den belastande situationen. Reaktioner som är maladaptiva är sådana där personerna inte riktigt förstår vad situationen kräver utan reagerar på ett sätt som hindrar dem att eliminera den belastning de upplever. Den mening de skapar om problemen och vilka ställningstaganden som krävs leder med andra ord

inte till verksamma lösningar av svårigheterna, ”den allvarliga eller kontinuerliga belastningen”.

De här personerna förstår situationen på ett sätt som istället håller dem kvar i den utan att lösa problemen. Svårigheterna ökar därför och de blir så småningom tvungna att ändra eller ge upp sina framtidsplaner, eftersom deras kroppsliga och kognitiva resurser mer eller mindre kollapsar. Detta sätter meningsskapandet i fokus, eftersom det således inte alltid innebär att livet blir mer meningsfullt. Problem kan uppstå som inte kan lösas och människan kan möta motgångar, hot och överväldigande svårigheter. Den mening hon skapat genom sina tidigare erfarenheter har kanske inte gett henne en förståelse som hjälper henne att förbättra sin situation. Detta leder till frågor som: Hur går meningsskapandet till i dessa situationer där personerna inte har framgång? Vilka omständigheter inverkar på deras meningsskapande? Hur förstår de sin situation och de hinder och svårigheter som uppstår? Hur kan meningsskapandet medföra att deras reaktioner blir ”maladaptiva” och i längden försämrar den situation de befinner sig i?

Forskningen pekar på att utifrån och inifrån kommande prestationskrav, som påverkar de berörda personernas självkänsla, är faktorer av betydelse. Men hur kan detta ha blivit ett problem som berör alltför unga kvinnor och en del män? Här behöver forskningen lämna svar på många olika nivåer, från den psykologiska till den samhälleliga, för att man ska få en fullständig bild av det växande samhällsproblemet.

I den här avhandlingen vill jag undersöka problemet med fokus på hur meningsskapandet sker i dessa situationer. Mitt forskningsfält är de nämnda personerna som står mitt uppe i sin mest produktiva period och som bryter samman inför svårigheterna och får en psykisk diagnos av typen ’utbrändhet’, ’stressyndrom’, ’ångest’ eller ’depression’. Dessa kan alla sägas höra samman under begreppet ’psykosomatik’, vilket kommer att användas om alla dessa närbesläktade diagnoser, och begreppet ’psykosomatiskt sammanbrott’ om den situation som innebär att en person inte längre kan fortsätta sitt vanliga liv, därför att de psykiska och somatiska problemen blivit ohanterliga. Det är ingen tillfällighet att jag valt just detta område, det är min professionella hemvist där jag arbetat som psykosomatiskt inriktad sjukgymnast och terapeut under många år. Det har gett mig rika inblickar i hur dessa människor förstår sina liv, men också många frågor som inte kan besvaras annat än på ett systematiskt, vetenskapligt sätt.

Mening kan skapas på många olika nivåer, t ex. social, kulturell och psykologisk, och det finns olika infallsvinklar vad gäller mening och

meningsskapande från olika vetenskapliga inriktningar. I den här avhandlingen studeras meningskapande ur de berörda personernas synvinkel, med fenomenologi som det valda perspektivet och med utgångspunkt i 'den levda kroppen' (Merleau-Ponty 1945/1962) där mening föds ur människans kroppslighet i hennes relation till världen. Varseblivningen, som är meningskapandets utgångspunkt, ses här inte enbart som en fysiologisk utan också som en mental process där människan redan från första stund aktivt tillskriver det hon möter en mening. Synsättet grundas på att människan och det som är utanför henne, världen, lever i ett ordlöst samspel, som ständigt finns där trots att det saknas begrepp för den erfarenheten. Detta samspel bjuder på olösta frågor som pockar på lösning och ger henne utgångspunkten för den mening hon tillskriver situationen. Hon förstår alltså det hon möter genom den "dialog" hon har med världen och mot bakgrund av sina speciella erfarenheter. Hennes förhållningssätt i meningskapandet är således aktivt från första stund. Fokus ligger på det som sker när denna relation innebär att människan möter svårigheter, hur hon försöker göra dessa begripliga för sig, inte bara på en mental, språklig meningsnivå, utan också genom sin kroppslighet på en förspråklig nivå. Det innebär ett synsätt där också kroppen har en meningskapande funktion. Genom att de upplevelser som studeras knyts till ett psykosomatiskt sammanbrott, och meningsinnehåret av detta kan förmodas också ha tydliga kroppsliga uttryck, blir det möjligt att studera meningskapandets kroppsliga aspekter. Inom fenomenologisk forskning om psykosomatik (Bullington 1999) används således begreppet "den talande kroppen" (*the speaking body*). Hur människan upplever en sådan problemfylld situation, och hur vi kan förstå meningskapande också på en kroppslig nivå, kommer inte bara att kunna bidra till att drag i karaktären av och förutsättningarna för meningskapandet blir synliga på ett nytt sätt, utan också till en ökad förståelse av psykosomatisk patologi.

1.4 Avhandlingens disposition

Avhandlingen består av sju kapitel. I detta *första kapitel* har jag presenterat de moderna diagnoserna av typen utbrändhet som vår tids uttryck för det valda studiefältet, psykosomatik. Dessa stressrelaterade diagnoser utgör en växande och oroande samhällstrend, som berör alltfler unga människor, framför allt kvinnor. Forskning som rör utbrändhet har kortfattat redovisats och diagnoskriteriet "maladaptiva reaktioner"

har fört över till avhandlingens studieobjekt, meningsskapandet. En inriktning för avhandlingsarbetet har fastlagts till att studera hur meningsskapandet går till när det inte leder till lösningar utan till psykosomatiskt sammanbrott. Det fenomenologiska begreppet 'den levda kroppen' har angetts som det valda forskningsperspektivet, och i detta ligger att meningsskapande ses också i ett kroppsligt perspektiv.

I det *andra kapitlet* görs en närmare genomgång av det fenomenologiska perspektivet. Grundvalen är att människan alltid är engagerad i en konkret, levd relation till världen. Människan ses som en odelbar helhet, men relationen till världen är tvetydig på grund av att människan är både kropp och själ. I kroppen pågår ett ständigt förberedelsearbete som inverkar på och påverkas av meningsskapandet. Några begrepp presenteras där som är centrala och återkommande i analysen. Det gäller främst begreppen upplevelse, medvetande och intentionaltitet. Den levda kroppen med dess anonyma liv behandlas och det viktiga begreppet 'kroppsschema' introduceras. Detta överbrygger de mentala och fysiska fälten och därigenom kan en fördjupad förståelse fås för hur kroppen bidrar till meningsskapandet. Därefter behandlas hur den kroppsliga aktiviteten utanför viljans kontroll och medvetandets uppmärksamhet bidrar till att forma vad som kommer till medvetandet och hur det sker. Den fenomenologiska uppfattningen är att människan alltid befinner sig i en social och fysisk värld som är given åt henne, och att detta innebär att hon befinner sig i en situation som är meningsfull också på ett kroppsligt plan. Hennes närvaro i världen är därför inte bara att hon befinner sig på en viss plats, hon står också genom den levda kroppen i ständig vital kommunikation med sin värld. På det sättet begränsas inte hennes närvaro till kroppen innanför huden, utan fyller också den omgivning hon står i kontakt med. Å andra sidan införlivar kroppen de villkor som gäller i omgivningen. Det är den situation hon befinner sig i som ger mening åt olika stimuli, och hennes kropp kan inte förstås skild från denna situation. I kapitlet behandlas också emotioner och upplevelse av 'agens', det vill säga känslan av att kunna uppträda som sin egen agent. Till sist i detta kapitel behandlas några kunskapsteoretiska problem. Det gäller hur man ska se på den kroppsliga aktivitet som pågår vid återberättande av olika upplevelser, samt hur man kan samla in och använda data om kroppslig aktivitet som ligger utanför fenomenologins egentliga fokus, upplevelsen.

Avhandlingen rör sig således inom forskningsfältet psykosomatik, där det finns en lång tradition av teoribildning och forskning inom olika vetenskapliga discipliner, dock sällan från den psykosomatiska patien-

tens eget perspektiv. Det *tredje kapitlet* tar upp frågan vad psykosomatik är, med utgångspunkt från ett fall ur empirin, eftersom detta inte har något givet svar. Några etablerade teoretiska konstruktioner och forskningserfarenheter, främst från stressforskningen, skildras i sina huvuddrag. Den psykoanalytiskt inriktade psykosomatiken, som var den dominerande vid 1900-talets första decennier, förlorade efterhand mark till stressforskningen och den biomedicinska domänen. Under sista hälften av 1900-talet växte det emellertid fram ett nytt intresse inom psykoanalysen för detta område. De teorier som har beröringspunkter med avhandlingen beskrivs därför. Varken psykoanalytiska eller biomedicinska utgångspunkter kan emellertid användas för de syften som gäller för avhandlingen, eftersom avsikten är att förstå den enskilda människans upplevelse av det psykosomatiska sammanbrottet. Det fenomenologiska perspektivet på psykosomatik är det som väljs istället, då det rör människans upplevelser och också har en välutvecklad teori som bidrar till förståelse av det kroppsliga meningsskapandet.

Avhandlingens empiriska del följer sedan. I det *fjärde kapitlet* beskrivs syfte och valda metoder. Hur meningsskapandet ser ut när det inte lyckas, utan leder till att människor bryter samman inför svårigheterna, är vad denna avhandling syftar till att klargöra. Med den teoretiska utgångspunkten att meningsskapandet på kroppslig och verbal nivå är sammanflätat krävs att båda dessa nivåer studeras. Nu preciseras syftet och två forskningsfrågor ställs som handlar om upplevelsen av det psykosomatiska sammanbrottet och om kroppslig innebörd kan relateras till det meningsskapande som sker vid återberättandet. För att kunna studera den andra frågan måste den kroppsliga aktiviteten registreras, det vill säga data måste hämtas in med mätutrustning och mätmetoder som ligger utanför informanternas upplevelser. I kapitlet beskrivs tillvägagångssätten för dessa två olika metoder för datainsamling och analys, och en genomgång görs av de använda metodernas kunskapsteoretiska grunder. För att analysera informanternas upplevelser av hur det psykosomatiska sammanbrottet kunnat ske, används en fenomenologisk-psykologisk metod (EPP-metoden). En redogörelse av denna metod och ett illustrerande exempel lämnas, så att läsaren ska få ett begrepp om hur resultatet kommit till. Beskrivningar görs också av hur mätdata använts och integrerats inom den hermeneutiska tolkningsramen. De medverkande informanterna beskrivs liksom hur intervjuer och mätningar genomförts. Datainsamlingen har gjorts ur patientjournaler, och en forsk-

ningsetisk redogörelse lämnas för detta. En diskussion av forskningsmässiga och etiska konsekvenser av behandlar- och forskarrollen avslutar kapitlet.

Meningsskapandets innehåll undersöks således på såväl verbal som kroppslig nivå. Avsikten med detta är dels att kunna studera upplevelsen såsom den verbaliseras, och dels att kunna studera hur denna skildring samtidigt uttrycks på den kroppsliga nivån, där verbalisering inte är möjlig. Den första studien presenteras i det *femte kapitlet*, och resultatet visar den strukturella uppbyggnaden av den upplevda vägen till ett psykosomatiskt sammanbrott. Genom den fenomenologiska analysen fångas olika kännetecken som är gemensamma för de berättelser informanterna lämnat, och som utgör element i den utveckling som leder till sammanbrott. Resultatet visar att vägen till sammanbrottet börjar tidigt, och handlar om personernas idoga försök att vinna erkännande som de individer de är. Med bidrag från några existerande teorier är det möjligt att få en fördjupad förståelse för hur dessa strävanden uppstår, vilket diskuteras i slutet av kapitlet.

I den andra studien, i det *sjätte kapitlet*, är syftet att se hur den kroppsliga aktiviteten ser ut i förhållande till den meningsinnehåll informanterna uttrycker. Den kroppsliga nivåns "meningsskapande" visas genom textutsnitt och grafer över några mått på den samtidiga kroppsliga, autonoma aktiviteten. Jämförelser görs för varje informant av detta verbala och kroppsliga uttryck i före- och efterintervju så att de skillnader som finns däremellan framträder. Karaktäristiska mönster kan urskiljas för olika personer som kan indelas i två grupper och analyseras med avseende på det samtidiga verbala meningsinnehållet. De gemensamma grunddragen analyseras med några fenomenologiska begrepp, och slutligen beskrivs hur det verbala och kroppsliga meningsskapandet uttrycker informanternas förhållanden till de svårigheter de står inför och hur de kan hanteras, vilket skiljer sig åt i de två grupperna.

I det avslutande *sjunde kapitlet* sammanfattas de slutsatser som kan dras av avhandlingens resultat om meningsskapandet när detta inte hjälper människan ur en svår situation utan leder till psykosomatiskt sammanbrott. De olika slutsatserna diskuteras och ställs mot några andra teorier inom det psykosomatiska forskningsområdet. En central slutsats är att meningsskapandet är 'ofullbordat' och innebörden av detta diskuteras. En annan slutsats är att det psykosomatiska symtomet innebär en balanserande lösning i situationen, vilket bidrar till dess långvarighet. Vidare diskuteras de olika nivåer i meningsskapande som resultatet visar. På den personliga, mentala nivån är meningsskapandet avskuret

från den kroppsliga, och ett resonemang förs om grunderna till detta med hjälp av några nyare teorier inom det psykoanalytiska området, som kan ge speciell förståelse för hur människans strävan att klara sig i en ogynnsam tillvaro kan tvinga fram en sådan lösning. Den psykiska ohälsan hos unga människor kommenteras mot bakgrund av avhandlingens resultat och de slutsatser som dragits. Efter några reflexioner om vissa metodfrågor, avslutas avhandlingen med några synpunkter på hur en fenomenologisk ansats kan komplettera och berika den etablerade biomedicinska modellen och förbättra situationen för alla dem som idag inte kan få någon hjälp av sjukvården.

Av läsbarhetsskäl har en förenkling gjorts i avhandlingen av hur personliga pronomen som syftar på informanter och behandlare används. För informanter används genomgående *hon*, och för behandlare av olika slag *han*.

2 Den fenomenologiska forskningsansatsen

2.1 Det som visar sig, så som det visar sig

I detta kapitel kommer avhandlingens fenomenologiska forskningsansats att presenteras. Även om också teorier från andra traditioner kommer att behöva utnyttjas i vissa fall, är det fenomenologins synsätt som kommer att vara genomgående i avhandlingen. En genomgång av de grundläggande förhållningssätt, beskrivningar och begrepp fenomenologin använder sig av är således motiverad, så att tillvägagångssätt och resultat kan relateras till dessa teoretiska verktyg.

Filosofen Edmund Husserl betraktas som den moderna fenomenologins fader. Han ansåg att vetenskapen måste börja om från början och på nytt ställa problemen utan teoretiska fördomar. Han pekade på att inom naturvetenskapen, när den ses utifrån en realistisk kunskapsteori, är utgångspunkten att världen som ska studeras har en objektiv existens som är oberoende av hur vi uppfattar den. Inom denna tradition är det psykologin som beskriver och förklarar hur medvetandet faktiskt är genom att ställa upp allmänna lagar för medvetandelivet. Husserl (1998; 2000; 2002) förkastade denna inriktning som grundval för en vetenskaplig filosofi, eftersom den enligt hans uppfattning grundas på en rad teoretiska fördomar som inte underkastas vetenskaplig kritik. I det vetenskapliga arbetet måste man tillfälligt bortse från olika existerande teorier, så att man kan ge en teorifri, deskriptiv beskrivning av det som visar sig, så

som det visar sig. ”Det som visar sig” är det som traditionellt kallas ’fenomen’, och ’fenomenologin’ ska därför vara *en teorifri, rent beskrivande lära om fenomenen* (Lübcke 1987). Husserls livsprojekt blev att utarbeta och utveckla fenomenologin som en rigorös vetenskap om medvetandet och det upplevda, det vill säga om *subjektiviteten*.

Den fortsatta framställningen kommer att inledas med kortfattade beskrivningar av några centrala begrepp som kommer att återkomma frekvent. Det gäller upplevelse, medvetande och intentionalitet. Därefter följer beskrivningar av hur världen erfars av människan och hur mening skapas genom den levda kroppen, och de särskilda grundvalar som gäller för detta inom fenomenologin. Slutligen görs en beskrivning av kroppens aktivitet i meningsskapandet, hur man ska förstå det som sker vid återberättande och hur detta kan avläsas. En diskussion förs hur sådana data kan fångas i en studie med ett uttalat första-persons perspektiv, formulerat i frågan ”kan den levda kroppen objektifieras?”.

2.2 Några centrala begrepp

2.2.1 Upplevelse

Fenomenologins huvudfokus är *upplevelsen*. I en studie av meningsskapande kommer därför ett fenomenologiskt angreppssätt att basera analysen på hur mening är given i och genom upplevelsen. Men måste man inte förstå de speciella hjärnprocesser som genererar de funktioner som styr medvetandet för att studera meningsskapandet? Fenomenologin varken förnekar eller bejakar detta, sådana frågor och alla bedömningar som hör samman med dem, skjuts bort under den fenomenologiska analysen som i stället inriktas på upplevelsen (Gallagher & Zahavi 2008).

Detta kan illustreras med begreppet perception. När jag tittar ut genom fönstret och ser ett träd som växer på gården, varseblir jag visuellt ett visst objekt. En experimentellt inriktad kognitionsforskare skulle vilja ge en kausal förklaring till hur visuell perception fungerar så att jag kan känna igen just det här trädet, kanske med retinala processer, nervaktivitet i visuella cortex och i hjärnbarkens associationsområden. Denne forskare kanske gör funktionella beräkningar som förklarar de meka-

nismer som åstadkommer arbetet, eller vilken sorts information (färg, form etc.) som måste behandlas för att jag ska få en visuell perception av trädet. Det är viktigt att den naturvetenskapliga forskningen utvecklar sådana förklaringar, men fenomenologen har däremot en annan uppgift och startar med själva upplevelsen. Genom noggrann beskrivning av upplevelsen kan fenomenologen säga hur en perception upplevs, och vad skillnaden är mellan perception och t ex. fantasi eller minne, och hur perceptionen är strukturerad så att den kan ge en meningsfull upplevelse av världen. Hjärnprocesser är helt enkelt inte en del av upplevelsen av perception, vilket dock inte reducerar betydelsen av dem.

Både kognitionsforskaren och fenomenologen studerar ju samma upplevelse, men de har olika angreppssätt, ställer olika frågor och söker efter olika svar. Fenomenologen som fokuserar på upplevelsen intar ett första-persons perspektiv, det vill säga ambitionen är att förstå perception genom den mening det har för subjektet. Kognitionsforskaren intar däremot ett tredje-persons snarare än det upplevande subjektets perspektiv, det vill säga forskaren intar rollen som objektiv observatör.

2.2.2 Medvetande

Husserl riktade således sitt intresse mot medvetandet, och startar den femte av sina *Logiska undersökningar* med att konstatera att medvetandebegreppet är tvetydigt (Husserl 2002). Han urskiljer tre betydelser som är av särskilt intresse:

1. Medvetandeströmmen. Medvetandet som det fenomenologiska jaget, "som en väv av psykiska upplevelser" (ibid. s 24). Det fenomenologiska jaget flyter inte ovanpå olika erfarenheter utan är istället identiskt med erfarenheternas sammanlagda helhet. Medvetandet är således här liktydigt med enhetligheten i den medvetandeström vi erfar (Zahavi 2005), där "ström" är en metaforisk beskrivning.

2. Inre medvetande eller självmedvetande. Husserl uttrycker det som "medvetandet som inre varnande av de egna psykiska upplevelsorna" (ibid. s 24). Husserl pekar här på att medvetandet kan användas i intransitiv bemärkelse som en inre upplevelse. Här avses alltså medveten i motsats till omedveten. Använt på detta sätt relaterar medvetandebegreppet till självmedvetandet. Det finns en omfattande debatt om hur detta ska förstås. I denna avhandling används följande något förenklade

regel: En upplevelse av t ex. ett inre tillstånd är medveten när det finns ett självmedvetande och omedveten¹ när sådant saknas.

3. Intentionalt medvetande. Det gäller här medvetandet som den vittomfattande beteckningen för 'mentala akter' eller 'intentionalt erfalande'. Här används medvetandebegreppet i transitiv bemärkelse, såsom medvetande om *någonting*. Det var i denna bemärkelse Husserl främst kom att ägna intresse åt begreppet, och det kommer att utvecklas särskilt i det följande.

2.2.3 Intentionalitet

Husserl var inspirerad av filosofen Franz Brentano (1995) som under 1890-talet föreläste om den 'deskriptiva psykologi' han utarbetat. I denna karaktäriseras medvetandet som *alltid riktat mot någonting*, vilket han betecknade med begreppet 'intentionalitet'. Att medvetandets "ström" alltid är riktat mot ett 'objekt' är det som utmärker medvetandet. För Husserl blev insikten om medvetandets intentionalitet grundläggande för hans förståelse av den mänskliga erfarenheten, vilket kom att präglade fenomenologin. Där ställs således frågan: hur 'intenderar' medvetandet den upplevda världen, det vill säga hur uppstår en värld i mötet med det intentionala medvetandet? Med detta menas hur medvetandet uppfattar något *såsom något*, det vill säga hur medvetandet fogar ihop olika delar av upplevelsen till en helhet och hur den kan vara konstant över tiden (Bullington 2007).

Detta sker i det som i fenomenologin kallas 'meningsskapande akter'. Medvetandet "strömmar" mot objekten i ett ständigt meningsskapande, och att se något, att förstå något, föreställa sig något, att tro något, att frukta något, och så vidare, är allt exempel på meningsskapande akter. Intentionaliteten riktas mot ett objekt i mycket vid mening t ex. ett föremål eller ett minne eller en fantasi. Fenomenologins uppgift är att studera världen, det vill säga fenomenen, såsom den uppfattas av människan. Inom fenomenologin säger man att man studerar hur världen 'framträder' för människan, och att hon då 'konstituerar' den, det vill säga förstår den på ett visst sätt. Det betyder inte att det som fenomenologin studerar är mindre verkligt än den objektiva världen som är föremål för naturvetenskapens studier. Husserl menade tvärtom att det alltid är våra vardagliga upplevelser som är de primära, och även om det inte

¹ Här avses således inte det freudianska omedvetna utan snarare "icke-tematiskt medveten"

klargörs inom naturvetenskapen så är denna vetenskapliga traditions förklaringar och modeller av världen grundade på människans upplevda erfarenheter.

Fenomenologin uttalar sig således inte om den metafysiska frågan om vad som eventuellt skulle finnas oberoende av ett subjekt. Fenomenologiska studier undersöker hur olika fenomen framträder för oss. Hur är det t ex. möjligt att visuellt uppleva ett föremål som helt när bara en sida är direkt given som närvarande? Det vill säga, man kan bara se en sida av det ur en viss synvinkel, de andra sidorna är vad fenomenologer kallar 'med-konstituerade', vilket innebär att vi uppfattar att de finns där utan att se dem. Detta kan vara en typisk fråga för en fenomenolog för att förstå hur medvetandet fungerar. Husserls fenomenologiska projekt var således att undersöka hur människans medvetande samverkar med världens framträdande, alltså hur vi upplever världen som verklig. För att göra detta drog Husserl, som tidigare nämnts, slutsatsen att de naturvetenskapliga förklaringsmodellerna måste överges och ett helt annat perspektiv intas. Vårt alldagliga och oreflekterade sätt att ta världens existens för given, av Husserl kallat den 'naturliga inställningen', hindrar oss när vi vill förstå *hur* världen blir närvarande för oss. Medvetandet fungerar nämligen så, att det visar direkt på sitt objekt utan att avslöja hur det självt bidrar till det varseblivna objektets närvaro. Det blir därför nödvändigt att lägga åt sidan alla vardagliga föreställningar om den objektiva världen och att sätta dessa föreställningar "inom parentes". Inom fenomenologin kallas detta för 'reduktion', vilket alltså inte syftar på att reducera till minsta beståndsdelar, utan att göra oss öppna för hur objektet framträder för oss.

Husserls mest framträdande reduktioner är dels fenomenologisk psykologisk reduktion och fenomenologisk transcendental reduktion (som är mer långtgående än den förra och sätter också det i världen ingående empiriska jaget inom parentes) och dels 'eidetisk reduktion' (eidos = väsen) genom fri variation i fantasin, då de konstituerer anges som är väsentliga för upplevelsen av fenomenet (Karlsson 2004). De två förstnämnda reduktionerna innebär att alla teorier, modeller och annat vi redan vet som söker förklara fenomenet, sätts åt sidan för att göra oss öppna och fördomsfria för det som är givet i upplevelsen. Genom reduktionerna söker vi beskriva förutsättningarna för existensen av det vi erfar och klarlägga de nödvändiga villkoren för detta. Den eidetiska reduktionen innebär att man i fantasin söker efter de väsentliga drag som gör att ett fenomen är vad det är, man går från det partikulära (säregna) till det väsensmässiga.

Efter reduktionen blir det möjligt att undersöka det subjektiva, hur personen, 'subjektet', upplever objektet såsom 'intenderat' (uppfattat). Vi finner då enligt Husserl att upplevelsen är uppdelad på ett sätt som motsvarar uppdelningen i subjekt och objekt före reduktionen. Medvetandet har således dels en *subjektsida* varifrån den ständiga strömmen av medvetandeakter (se, förstå, tro etc.) riktas mot *objektsidan* (föremålet, minnet etc.). För att kunna skilja ut det han ville beskriva från det vanliga språket, som han menade präglades av den naturliga inställningen, skapade Husserl nya begrepp för subjektet och objektet.

Objektet efter reduktionen kallade han för '*noema*', eller det 'noematiska objektet'. Noema är således objektet som det är intenderat och framträder. Ett bord, t ex., kan se ut på många sätt, men det finns gränser för vad vi uppfattar som bord. Noema är ett visst bord som det uppfattas, t ex. bordet sett rakt uppifrån, bordet sett från sidan, bordet ihågkommet då jag satt vid det igår. Subjektet, eller snarare dess medvetande, varifrån akterna strömmar mot objektet i ett ständigt meningsskapande (att uppfatta, inse, föreställa sig, tro etc.), kallade han '*noesis*' eller 'noetiska akter'.

Fenomenologins uppgift är således att studera fenomenets 'logos', det vill säga den karaktäristiska inneboende meningen, och fastställa vilka villkor som måste uppfyllas för att det ska vara just detta fenomen. T ex.: Vilka villkor måste vara uppfyllda för den möjliga av upplevelsen av "bord"?

Fenomenologer anser att perception och beteende äger rum i ett system för organism-omgivning. Livserfarenheter är genomsyrade av mening och därför sker meningsskapande med spontan och omedelbar självförståelse, som Heidegger uttrycker det. Livet är begripligt eftersom man alltid spontant får en preliminär form av förståelse (Zahavi 2005). Att medvetandet är intentionalt innebär inte bara att det är riktat mot något objekt utan också att det i vidare bemärkelse definieras som en öppning mot världen. Detta transitiva medvetande kan avse objekt som är existerande eller icke existerande. Det kan alltså vara att man t ex. uppfattar en erinrad händelse i det förflutna eller en framtida händelse man hoppas på, likaväl som ett föremål i omgivningen (Thompson, Lutz & Cosmelli, 2004).

Sammanfattningsvis, Husserls syfte med att återvända till de direkta erfarenheterna, människans upplevelser av sig själv och världen, var att peka på hur grundläggande det meningsskapande perspektivet är. Med det fenomenologiska synsättet finns inte den meningen oberoende av oss, utan härstammar från människans egen aktivitet. Det är den levda

kroppen som är basen i det meningsskapande som karaktäriserar vår relation med världen.

2.3 Den levda kroppens fenomenologi

2.3.1 Kroppens roll

Maurice Merleau-Ponty (1945/1962), existentialistisk filosof och fenomenolog, grundar sitt arbete på Husserls synsätt vad gäller det mänskliga upplevandet och den skapande akt som bestämmer eller konstituerar erfarenheten. I detta avsnitt om den levda kroppens fenomenologi kommer inledningsvis olika begrepp att presenteras, som kommer till användning vid beskrivning av kroppens roll i den intentionala akten. Det handlar om hur kroppen visar sig i upplevelsen och också hur den strukturerar våra upplevelser. För detta erfordras att några fenomenologiska begrepp först beskrivs, som tydliggör kroppens deltagande i meningsskapandet enligt fenomenologiskt synsätt. Därefter behandlas några företeelser som berör den kroppsliga aktiviteten och följaktligen indirekt också den objektinriktade intentionaliteten och meningsskapandet, nämligen agens och emotioner.

Slutligen diskuteras hur man ur fenomenologisk synvinkel kan förstå den aktivitet på kroppslig nivå som försiggår under det meningsskapande som sker vid återberättande. Fenomenologin riktar sitt intresse mot upplevelsen, såsom den kan uttryckas genom verbal beskrivning. De kroppsliga aktiviteterna under återberättandet kan endast uppfattas och återges i begränsad omfattning. För att klarlägga hur de kroppsliga processer ser ut som inte är tillgängliga för verbala beskrivningar måste därför metoder användas som kräver objektifiering av kroppen. Frågan uppstår då, om det är möjligt när det som studeras är den levda kroppen, samt om sådana metoder kan inlemmas i den fenomenologiska ramen. Dessa problem kommer till sist att utredas.

2.3.2 Kroppens anonyma liv

2.3.2.1 Kropp och psyke sammanflätade

Den levda kroppen är en tvetydighet, enligt Merleau-Pontys (ibid.) synsätt, och kroppslig existens är en tredje kategori bortom det rent fysiologiska och det rent psykologiska. Den får därför inte förväxlas med naturvetenskapens studerade objektifierade kropp. Den levda kroppen är en tvetydighet, både subjekt och objekt, både kropp och psyke, som är närvarande i meningsskapandet på ett existentiellt "mitten mellan"-sätt (Bullington 1999). Merleau-Ponty grundar hela sitt fenomenologiska projekt på den levda kroppen såsom det vara-i-världen som är ursprunget till all erfarenhet och kunskap. I stället för att se människan som ett psyke förenat med en organism, menar Merleau-Ponty att den levda kroppen är en existens som rör sig fram och tillbaka på ett kontinuum. Vid vissa tillfällen tar den sig mera kroppslig form (t ex. när man anstränger sig fysiskt), och vid andra dominerar de personliga, mentala uttrycken, 'akterna' (t ex. vid intellektuella prestationer). Oftast uttrycker sig dock den levda kroppen på nivåer däremellan. Merleau-Ponty påpekar att psykologiska motiv och kroppsliga uttryck kan överlappa varandra och sammanflätas, eftersom det inte finns en enda impuls i en levande kropp som är helt slumpmässig i förhållande till det som sker i psyket, och inte heller kan man finna en enda mental akt som inte har någon grund i fysiologin. Den levda kroppen är upphovet till all erfarenhet och kunskap, men den är inte, som underförstås i det biomedicinska synsättet, uppdelad i två oförenliga regioner; det fysiska och det psykiska. Den levda kroppen bildar en psykofysisk enhet, och också en synergetisk enhet som integrerar alla regioner av existensen (sinnesorganen, emotioner, känslighet och så vidare) i människans tillvaro mot världen, "den levda kroppens till-världen-varo".

Kroppen är inte en avskärmning mellan mig och världen, utan formar istället det grundläggande sättet för människan att vara i världen. Därför kan man inte först utforska kroppen för sig och därefter hur den förhåller sig till världen. Tvärtom, kroppen är redan i världen och världen avslöjar sig för oss på det kroppsliga planet. De kroppsliga sinnena säger oss t ex. vilken position vi befinner oss i (stående, sittande, liggande) eller vilka rörelser som görs (sträckningar, böjningar). Kroppen säger oss också om vi är energiska, trötta, hungriga, dästa, och så vidare. Om man fått en nyhet kan man avläsa i kroppen om man blivit deprimerad eller upprymd av den, känslor och sinnesstämningar är en del av den levda kroppens uttryck. Alla dessa kroppsliga uttryck är dock oftast i bakgrun-

den av upplevelsen av världen, de är mera för-reflekterande känslor av mig själv som förkroppsligad, men de formar trots det hur vi uppfattar världen. Om man är deprimerad verkar världen grå, men om man är upprymd verkar världen löftesrik. Det är med denna levda kropp vi erfar världen och agerar i den, och den förbindelsen är integrerad och upphör aldrig.

En beskrivning av den levda kroppen anger å ena sidan hur kroppen visar sig i upplevelsen, och å andra sidan är det mycket mer än det; det är sättet på vilket kroppen strukturerar våra upplevelser (Gallagher & Zahavi 2008). Men vi erfar oftast inte hur det pre-noetiska arbetet i den levda kroppens deltar i meningsskapandet, eftersom det i stor utsträckning sker i det fördolda, utan att vi har något självmedvetande om hur det går till. I följande avsnitt kommer jag att närmare gå in på en beskrivning kroppens del i meningsskapandet, baserat på filosofen Shaun Gallaghers arbeten. Han har med utgångspunkt i Husserl och Merleau-Ponty utvecklat förståelse för hur ”kroppen formar psyket” (Gallagher 2005). För att klarlägga hur det sker, behöver vi återvända till begreppet intentionalitet. I den noetiska akten, det vill säga den personliga nivåns intentionalitet, konstitueras objektet som nämnts genom att medvetandeströmmen, noesis, riktas mot det. Denna akt föregås av den anonyma kroppsliga nivåns operativa intentionalitet. Detta ’pre-noetiska’ arbete äger rum i bland annat de autonoma kroppsliga systemen, och det påverkar det meningsskapande som tematiseras på den personliga nivån.

När den levda kroppen ska diskuteras behöver först en precisering göras av vissa begrepp som kommer att användas. Det gäller till att börja med de två existensformerna vid vilka meningsskapandet sker enligt fenomenologisk teori: den anonyma, kroppsliga nivån och den personliga, tematiska nivån. Sedan beskrivs begreppen ’kroppsbild’ och ’kroppsschema’, som måste åtskiljas, och där det senare står för reglerande processer som gäller meningsskapandet på den anonyma nivån. Därefter presenteras den kroppsliga, operativa intentionaliteten med den pre-noetiska aktiviteten. I de avsnitt som sedan följer behandlas meningsskapandet genom beskrivning av dels den akt genom vilken det sker, perceptionen, och dels karaktäristika för den situation som omger det.

2.3.2.2 Anonym och personlig existensnivå

Som den mest fundamentala nivån ser Merleau-Ponty en anonym förpersonlig kroppslig existensnivå. Kroppen agerar enligt den ”latenta kunskap” den har om världen, en kunskap som föregår den kognitiva

erfarenheten. När jag kör bil upptäcker jag t ex. att jag under ett bra tag inte har varit medveten om körningen, och plötsligt befinner jag mig nära målet. Det är kroppen själv som tagit mig dit utan att mitt intentionalt medvetna handlande varit inblandat. Detta är en illustration av hur kroppen och den naturliga världen, som Merleau-Ponty beskriver det, arbetar tillsammans för att leverera en redan förstådd mening till medvetandet, eftersom "... att äga en kropp är att ha tillgång till en allmängiltig förståelseram för möta alla typer av perceptuella upplevelser och alla de intersensoriska motsvarigheter som ligger bortom den del av världen vi för tillfället varseblir" (Merleau-Ponty, 1945/1962, s. 326, min övers.). Perceptionen och de rörelser som hänger samman med den sker på den anonyma nivån, där vi placeras i en situation som redan är bekant. Merleau-Ponty tar som exempel en kvinna som har en fjäder i hatten som hon lyckas hålla undan från omgivningen så att den inte bryts. Detta tysta medvetande kallas av Merleau-Ponty 'intentional båge', den projicerar runt oss det som är vårt förlutna, vår framtid, vårt närvarande, vår mänskliga omgivning och vår fysiska situation. Den intentionala bågen utgör enheten för sinnena, intelligensen, känsligheten och motoriken. Det är denna intentionala båge som blir "slapp" vid sjukdom, menar Merleau-Ponty.

På den anonyma nivån finns en meningsfull, intentional och signifikant existensnivå, även om det rör sig om en levd mening som inte är tematiserad eller artikulerad. Genom den anonyma kroppen har vi tillgång till en stabil, vanemässig funktion som är förutsättningen för att något ska kunna tas upp och transformeras till den personliga, psykologiska, kulturella existensnivån. På denna den mest grundläggande kroppsliga nivån behöver jag aldrig tänka för att veta och förstå, och man kan här tala om kroppslig intentionalitet, det vill säga kroppens liv som ännu inte tematiserats, en nivå av existensen som vi inte har kontakt med i sin rena form.

Den personliga, tematiska existensnivån som möjliggör våra psykologiska, sociala och kulturella livsformer, bygger på den anonyma, förpersonliga existensnivån. "Vi kan då och då tillfälligt dra oss in i detta anonyma liv som pulserar i våra öron", skriver Bullington "men vårt utvecklade psykosociala liv som vilar på denna förpersonliga existensnivå kan aldrig försvinna helt, när det en gång etablerats" (1999, s. 213, min övers.). Och det är alltid möjligt att växla från den anonyma kroppen till den personliga existensnivån om läget kräver det. "I den bemär-

kelsen är den sovande aldrig fullständigt isolerad inom sig, aldrig fullt ut en sovande, och patienten är aldrig fullständigt avskuren från den intersubjektiva världen, aldrig fullständigt sjuk” (Merleau-Ponty *ibid.*, s. 164, min övers.). På detta sätt rör vi oss fram och tillbaka på ett kontinuum som sträcker sig från den kroppsliga, förpersonliga nivån till de mest personligt utvecklade nivåerna. Merleau-Pontys viktiga poäng är att kroppen hela tiden förblir det instrument med vilket vi förstår tillvaron, den grund på vilken all högre kognitiv, kulturell, språklig mening skapas.

Både den personliga och den anonyma nivån är intentionala, men deras intentionalitet är olika eftersom den explicita intentionaliteten i vilja och beslut baseras på den anonyma kroppens operativa intentionalitet (Heinämaa, 2004).

2.3.2.3 Kroppsbild och kroppsschema

En 'kroppsbild' har en intentional status även om den inte alltid är intentionalt närvarade, det vill säga kroppen som intentionalt objekt finns inte alltid i det explicita självmedvetandet. Distinktionen mellan att ägna kroppen avsiktlig uppmärksamhet och att vara endast marginellt vare om kroppen är viktig (Gallagher 1995). Kroppsbilden består av ett system av erfarenheter, attityder och föreställningar där det intentionala objektet är den egna kroppen. Här kan tre intentionala element urskiljas: (1) den perceptuella upplevelsen av den egna kroppen, (2) den begreppsmässiga förståelsen (vare sig den är lekmanmässig eller vetenskaplig) av kroppen i allmänhet, och (3) den emotionella attityden till den egna kroppen. De begreppsmässiga och emotionella aspekterna av kroppsbilden påverkas utan tvekan av kulturella och interpersonella faktorer, men i många avseenden härrör de ur de perceptuella erfarenheterna (Gallagher & Zahavi 2008).

Merleau-Ponty har beskrivit den operativa intentionaliteten genom sitt begrepp 'kroppsschema' (*schema corporel*)². Kroppsschemat är det begrepp som överbryggat de skilda fälten, då dess arbete är vare sig ett strikt mentalt (intentionalt) eller ett strikt fysiskt fenomen. Det är genom detta begrepp vi kan fördjupa förståelsen för hur kroppen bidrar till att bestämma det intentionala medvetandet. En intentionalitetsteori som

² Detta begrepp har i den engelska upplagan översatts med *body image*, vilket motsvarar det Merleau-Ponty reserverat för mera medvetna kroppsrepresentationer eller föreställningar om kroppen, varför översättningen *body schema* vore mera adekvat i detta sammanhang (Gallagher 1995).

utgår från kroppsschemats pre-noetiska funktion kan klarlägga vilken roll kroppen spelar i hur det mentala livet organiseras, menar Gallager (1995). Det handlar här om den funktion som gör perceptionen möjlig.

Kroppsschemat omfattar två aspekter:

- (1) den för-reflekterande och icke objektinriktade kroppsliga varseblivningen, och
- (2) det huvudsakligen automatiska systemet av processer som oavbrutet reglerar den kroppshållning och de rörelser som de intentionala avsikterna kräver.

De processer som berör kroppsschemat är de som svarar för motorisk kontroll, det vill säga sensomotoriska förutsättningar och vanemässiga inriktningar som gör kroppshållning och rörelse möjligt. Det handlar däremot inte om perception, föreställning eller känslor, utan det gäller sensomotoriska funktioner som arbetar framför allt när det intentionala objektet är något annat än den egna kroppen. Merleau-Ponty använde termen kroppsschema för att beteckna en för-reflekterande, proprioceptiv varseblivning av den egna kroppens aktivitet. Det betonas att en person som rör sig omkring och agerar i världen, normalt sett varken har eller behöver konstant perception av kroppen som objekt. Tvärtom har den agerande kroppen en tendens att upplevelsemässigt göra sig omärkbar (Gallagher 1986a; Leder 1990). Om uppmärksamheten riktas mot den egna kroppen för att t ex. styra en rörelse, för kinestetiska upplevelser eller för smärta eller dylikt, handlar det om kroppsbilden och förutsätter bidrag från kroppsschemat (Gallagher & Zahavi 2008). Oavsett om kroppen är en aktiv del av upplevelsen eller endast kan varseblivas marginellt, fungerar kroppsschemat kontinuerligt för att upprätthålla balans och möjliggöra rörelse. Men dessa pre-noetiska kroppsschematiska justeringar som både *möjliggör* och *skärper* perceptionen varseblir man inte eftersom de inte visar sig som explicita delar i denna. Det pre-noetiska arbetets bidrag till att strukturera den upplevda meningen är därför förbisedd.

En stor del av det kroppsliga agerandet kontrolleras av kroppsschematiska processer som ligger under medvetandetröskeln. Handen formar sig automatiskt efter föremålet vi griper, och utan att det är explicit märkbart hur det går till. Kroppshållningen vid gång anpassas på samma sätt automatiskt till terrängen i omgivningen. Det handlar dock inte om enkla reflexartade rörelser, utan det är en del av en intentional akt. När jag utför rörelserna är visserligen vissa kontrollprocesser omedvetna,

men rörelserna är det inte, och de är varken mekaniska eller ofrivilliga. De är tvärtom en del av min fungerande intentionalitet, och de kan erfaras omedelbart och pre-reflektivt, som ”harmonin mellan det vi vill och det givna, intentionen och utförandet” (Merleau-Ponty *ibid.*, s 144, min övers.).

Genom begreppet kroppsschema kan förståelsen fördjupas av hur kroppen bidrar till det intentionala medvetandets innehåll. Kroppsschemats pre-noetiska aktivitet såväl begränsar som möjliggör kontinuerligt meningsskapandets innehåll. En intentionalitetsteori som inbegriper den pre-noetiska aktiviteten kan klargöra hur kroppen bidrar till hur det mentala livet och meningsskapandet organiseras (Gallagher 1995).

2.3.2.4 Operativ intentionalitet och pre-noetisk aktivitet

Intentionaliteten, som således kan vara såväl reflekterande som icke reflekterande, kan antingen ha transitiv eller intransitiv karaktär, och i denna sistnämnda form använder Merleau-Ponty begreppet ’operativ’ intentionalitet, eftersom den är ständigt arbetande på ett för-reflekterande sätt utanför viljans kontroll, utan att vara engagerat i något explicit projekt. Den operativa intentionaliteten förstås som de system som arbetar på den anonyma, förpersonliga nivån. Att däremot medvetandet är intentionalt innebär, som tidigare framhållits, att det med explicit eller implicit självmedvetande alltid inriktar sig på något objekt i vid mening, som förutom fysiska objekt också kan vara något erinrat, något reflekterat eller dylikt.

Den levda kroppens ständiga närvaro i alla våra upplevelser innebär att varje förändring av kroppen medför en ändring av världen. När man blir sjuk påverkas uppmärksamhet och intresse av smärta och trötthet, det blir svårt att röra sig och andas. Kroppsliga aktiviteter som man tidigare inte uppmärksammat blir centrala och man känner igen dem som något välbekant men bortglömt. Det är enligt Merleau-Ponty inte möjligt att fullt ut känna sin egen enhetlighet, den kan anas snarare är direkt upplevas (Merleau-Ponty *ibid.*). Men den anonyma kroppen är inte en sofistikerad mekanism som den biomedicinska vetenskapens objektiva kropp, utan en speciell form av intentionalitet. Merleau-Ponty strävar efter att sätta alla vetenskapliga för-föreställningar åt sidan för att kunna upptäcka kroppen sådan den ter sig innan den blivit objekt för vetenskapliga studier. Därigenom kan vi upptäcka kroppen sådan den är given till oss genom perceptionen. Merleau-Ponty utvecklar på detta sätt

de beskrivningar om kroppen Husserl presenterat, och med hjälp av hans beskrivning av den kroppsliga intentionaliteten blir det möjligt att utveckla en förståelse för hur kroppen, före eller utanför den kognitiva akten, hjälper till att skapa den mening som kommer att konstitueras av medvetandet genom dess intentionalitet.

Detta kan förstås genom att de system som arbetar på den anonyma, förpersonliga nivån uppmärksammas. Ett exempel: Intern autonom reglering spelar en roll i mottagarens förmåga att uppmärksamma vissa intentionala objekt utan att distraheras av växlande förhållanden i omgivningen (Gallagher 1995). Om t ex. temperaturen i omgivningen förändras, regleras till att börja med den kroppsliga temperaturen utanför intentionaliteten, det vill säga innan medvetandeströmmen riktats mot de yttre förhållandena. Förändringar internt och i omgivningen tolkas således kontinuerligt i en kroppsligt konstituerande process och de autonoma funktionerna anpassas till dessa förändringar genom olika funktioner som metabolism, blodtryck, andningsvolym, adrenalinnivå etc. När personen så småningom blir varse att hon t ex. är för kall eller för varm, har den intentionala meningen av detta redan beaktats av kroppens förgivna hantering. Samma beskrivning kan göras av kroppens hantering av stress, smärta, hunger, trötthet etc.

När olika meningsfulla delar av omgivningen inverkar på de system som arbetar på den anonyma nivån, påverkas den intentionala medvetenheten på olika sätt. Av bland annat detta skäl kan den operativa intentionaliteten och kroppsschemat inte reduceras till neurologiska beskrivningar, vilket är gängse inom empiristisk vetenskap (Gallagher 1995). Medicinsk eller fysiologisk forskning, t ex., ger ingen adekvat beskrivning av den ordning som gör att kroppen organiserar sig på ett särskilt sätt i ett visst sammanhang. Men inte heller enbart fenomenologisk reflektion kan ge detta, såväl det intentionala innehållet som det fysiologiska utförandet måste beskrivas. I Husserls modell för intentionalitet är det en spontan noetisk akt där medvetandet riktas mot noema, påpekar Gallagher och fortsätter: är det inte så att Husserl ignorerar det som händer "bakom scenen"? Finns det inte faktorer som påverkar oss "bakom ryggen", men som ändå i själva verket är "framför" oss med hänsyn till upplevelsen (s 232)? Gallaghers beteckning för detta kroppsliga arbete, som alltså föregår den noetiska akten där betydelsen eller meningen klagörs, är det 'pre-noetiska arbetet'. Merleau-Ponty har kritiserat Husserl när det gäller att kroppen inte kan reduceras till medvetandet om kroppen, och hans utvidgade modell om intentionaliteten inkluderar därför den roll som spelas av den pre-noetiska funktionen.

På den ”högsta” nivån av kropp-psyke-kontinuet under den personliga nivån, finner vi t ex. motorisk intentional aktivitet. Hit hör inlärd kroppsaktiviteter som vanligen görs utan reflekterande medvetande, t ex. att köra bil, kasta boll, gripa ett föremål etc. Det rör sig inte om endast motoriska reflexer, och inte heller helt om kognitiva aktiviteter. Det är ”något mellan rörelse som en tredjepersons-process och tanken som representation för rörelsen – något som är en förväntan om eller ett uppnående av ett mål” (Merleau-Ponty 1945/1962 s 110, min övers.). Den motoriska intentionala aktiviteten ingår i det Merleau-Ponty kallar den vanemässiga kroppen. Denna gör t ex. en professionell musiker skicklig, och när han kommer till ett nytt instrument behöver han inte lång stund förrän det är inkorporerat med hans eget sätt att fungera. Motoriska vanor är normalt inte i fokus för vår uppmärksamhet utan formar bakgrunden för val och beslut. På samma sätt som den anonyma kroppen i övrigt, kan de också komma i centrum för uppmärksamheten, både vid misslyckanden och vid reflektion. Gränsen mellan den vanemässiga och den uppmärksammade, aktuella kroppen är inte fast utan utvecklas med tiden. När avsiktliga rörelser repeteras blir de motoriska vanor och övergår till att fungera i bakgrunden för andra avsiktliga rörelser (Heinämaa 2004).

Det finns emellertid också motoriska aktiviteter som inte är intentionala men inte heller reflexer, de är ’sub-intentionala’. Det är t ex. när man lyssnar till en berättelse och utan att märka det vickar på foten, kanske för att det är spännande, eller för att man är uttråkad. Denna rörelse är inte en del i det intentionala medvetandet, och verkar inte ha något annat syfte än att reducera någon spänning. Om rörelsen upphör påverkar det inte upplevelsen, och om man blir tillfrågad vet man oftast inte vad den tjänar till (Gallagher & Zahavi 2008).

En annan klass av rörelser som ligger mellan intentionala och sub-intentionala rörelser är sådana där man, om man blir stoppad och tillfrågad, inte kan redogöra för vad man gjort. Detta är de pre-intentionala rörelser vi gör utan att märka dem. Exempel på detta är blickens (saccadiska) rörelser som visar sig vara olika vid olika uppgifter. Om man ska bedöma åldern på individerna i en grupp människor rör den sig annorlunda än om man t ex. ska komma ihåg hurdana kläder de har. Ögonrörelserna är inte reflexer, men de är automatiska och omedvetna. Om man stoppas och tillfrågades om man känner till hur ögonen rör sig, måste man svara nej. Rörelserna tjänar, trots att de inte är intentionala, avsikten att utföra en intentional akt, på ett sätt som sub-intentionala rörelser vederligtvis inte gör. På samma sätt opererar många kroppsliga system under

medvetandetröskeln på ett automatiskt sätt som inte är irrelevant för meningsskapandet, även om dessa system inte deltar direkt i perceptionen. De kan emellertid ha inverkan på denna och måste därför beaktas för en fullständig förståelse av meningsskapandet. Gallagher kallar hela detta system av kroppslig aktivitet som pågår utanför intentionaliteten för pre-noetiska kroppsliga aktiviteter, och menar att de fungerar som begränsande eller möjliggörande faktorer i den ekologiska interaktionen mellan kroppen och omgivningen (Gallagher 1995). Ytterligare ett exempel: när en person får ont i ögonen efter att ha läst länge i dåligt ljus, börjar kroppen att göra automatiska justeringar innan personen är medveten om sina problem med synen. Absorberad av läsningen märker personen inte hur han börjar kisa och flytta sig närmare texten. Kroppen utför dessa funktioner och hanterar de krav omgivningen ställer utan personens reflekterande varseblivning. Dessa pre-noetiska justeringar har ett viktigt inflytande på det intentionala innehållet. Boken i exemplet kanske börjar bli svår eller tråkig.

Kroppen bidrar således till att bestämma innehållet i det intentionala medvetandet. Genom modellen för kroppsschemat kan man fördjupa förståelsen för hur detta sker före eller utanför den meningsskapande upplevelsen. De system som arbetar på en pre-noetisk nivå, utanför viljans kontroll, måste då beskrivas och utforskas. Dit hör de autonoma systemen (t ex. metabolism, blodtryck, andningsvolym, adrenalinnivå) vars uppgift är, att när omständigheterna förändras för individen, parera detta genom anpassning av den inre kroppsregleringen som är nödvändig för att ändå bibehålla ett optimalt fungerande. Om t ex. arbetspressen omärkligt ökar, kommer detta att konstitueras på kroppslig nivå genom ökad aktivitet i olika organ, som t ex. hjärtat, och denna ökning förmedlas av det sympatiska nervsystemet. Likaså kommer en anpassning att ske genom andra autonoma system, t ex. kan adrenalinnivån stiga. När personen så småningom blir medveten om den ökade pressen från omgivningen, har denna upplevelses mening redan konstituerats genom att kroppens pre-noetiska förberedelsearbete organiserat om kroppens arbete.

Pre-noetiska anpassningar av denna typ sker alltså i det fördolda, utan att subjektets reflekterande medvetande är inkopplat. De påverkar ändå reflektionernas innehåll, eftersom det är kroppens operativa intentionalitet i form av anpassningar i kroppsschemat, som både möjliggör perceptionerna och skärper deras innebörd genom den implicita hjälp att strukturera meningen som erhålls i det pre-noetiska förberedelsearbetet (Gallagher *ibid.*). Ett exempel: när de kroppsliga tecknen på ökad ar-

betspress uppenbaras för personen, blir således inte bara upplevelsens karaktär och mening medveten med hjälp av den kroppsliga förberedelsen, dess helhet får dessutom en mera pregnant innebörd.

2.3.2.5 Perception

Merleau-Ponty (1945/1962), grundar sitt arbete på Husserls synsätt och han ger perceptionen ställningen som ursprung till all förståelse och kunskap. Han menar alltså i likhet med Husserl att kroppen *skapar* de perceptuella aktiviteterna. Merleau-Pontys begrepp 'perception' handlar inte om att tolka sinnesförnimmelse, som är den sedvanliga betydelsen. Han menar att en sådan föreställning bygger på en förutfattad mening om att det vi varseblir kan flyttas in i medvetandet via sinnesorganens fysiologi som en exakt kopia av verkligheten. Perceptionen är inte en sådan mekanistisk bearbetning och sortering av information eller passivt införlivande av sådan i stabila representationer. Perception innebär i stället aktivitet, t ex. kropps rörelser. Det man ser, hör, känner, smakar, luktar skapas av den aktivitet man företar, och är kapabel att företa. Det är de pragmatiska möjligheterna som kan utvecklas av kroppens sensoriska kapacitet. I den vanliga upplevelsen är perception och rörelse alltid förenad. Man ser något genom att röra huvudet och ögonen, man känner på något genom att röra armen och handen. Även om det finns passiva aspekter av perceptionen består den som regel av ett förkroppsligat hanterande av omgivningen. Merleau-Ponty menar att syn och perception allmänt sett är att anse som former för agerande (Gallagher och Zahavi 2008).

Perceptionen, enligt Merleau-Ponty, är således det sätt på vilket vi får tillgång till världen via våra kroppar, den grundläggande verkligheten. Den syftar på det mera utvecklade stadiet av varseblivning, och på *hur personen är närvarande i sin värld, tar upp den och transformerar den för att förändras av den*. Det är som ett nät med sina knutar som stiger upp ovanför vattenytan och visar sig allt tydligare, och det är denna sfär vi måste utforska i oss själva om vi vill förstå sinnesupplevelser. Genom perceptionen öppnar vi oss mot världen, och samtidigt överlämnar vi oss då åt det förflutna eller åt det kommande, enligt Merleau-Ponty. Alla högre nivåer för mänsklig existens, såsom de kognitiva eller kulturella, t ex. fantasi, minnen, språk och kultur, bygger på den perceptuella erfarenhetens fundamentala grund. Den perceptuella erfarenheten är med andra ord den ursprungliga relationen mellan människan och världen, även när den artikuleras från en högre existensnivå än den rent kroppsliga.

ga. På samma sätt som vi aldrig fullständigt avslutar en tanke, är perceptionen alltid i rörelse mot utveckling och artikulation (Bullington, 1999).

Genom perceptioner skapas vår förståelse av och kunskap om världen. Även när medvetandet inte är riktat mot något fysiskt, materiellt objekt, utan är upptaget av t.ex. känslor eller kroppssensationer som smärta, är det ändå inte inneslutet i sig självt. Det finns alltid en öppenhet mot världen som djupt påverkar hur vi uppfattar och förhåller oss till olika saker. Kroppen agerar, som tidigare framhållits, i enlighet med den latent kunskap den besitter om världen, och detta är en kunskap som föregår den kognitiva upplevelsen. Den personliga nivåns meningsskapande grundas således på en på kroppslig nivå redan formad förståelse (Gallagher 1995).

Två distinktioner är viktiga när det gäller meningsskapandet i relation till den objektinriktade respektive den operativa intentionaliteten, och det är dels mellan 'aktivitet' och 'passivitet', och dels mellan 'affektion' och 'receptivitet' (Thompson, Lutz & Cosmelli 2004). Aktivitet innebär att göra ett kognitivt ställningstagande i uppmärksamheten, bedömningen, värderingen, önskemålet, eller dylikt. Passivitet innebär att bli ofrivilligt affektivt påverkad, rörd och inriktad. Närhelst man är aktiv är man också passiv, eftersom man är aktiv som en följd av affektiv påverkan, och varje ställningstagande förutsätter således en föregående (och pågående) passivitet (ibid.). Affektion, att man är affektivt påverkad, tillhör som nämnts den passiva sfären. Receptivitet innebär att man svarar på de ofrivilliga affekterna genom att vända sig mot dem. Varje receptiv handling, även om det bara är som "jag märker", förutsätter en föregående affektion (Zahavi 1999). Receptivitet är alltså den lägsta aktiva formen av uppmärksamhet, mitt emellan passivitet och aktivitet. Att vara affekterad av något är att ännu inte ha presenterats för ett intentionalt objekt, men uppmärksamheten, eller medvetandeströmmen, noesis, dras mot det som utövar affektionen. Således måste det som uppmärksammas redan ha utövat sin affekt, det måste med andra ord ha en 'affektiv kraft' som kan påverka medvetandeprocessen. Denna kraft är en dynamisk gestalt strukturerad i figur - bakgrund; något blir märkbart på en viss medvetenhetsnivå och utvecklas till att bli alltmer affektivt tydligt, medan andra saker blir otydligare på grund av lägre affektiv kraft (Thompson, Lutz & Cosmelli ibid.). Stadiet fram till att man vänder sin medvetna uppmärksamhet mot det som utövar den affektiva kraften, är det pre-noetiska, medan det som lyckas fånga medvetandets uppmärksamhet är 'det givna', alltså ett objekt som framträder med en

viss mening, noema. Det givna måste således dynamiskt förstås som något som utvecklat ur det för-givna/pre-noetiska. Det omfattar inte bara det som just nu ligger framför mig, utan också det som inte syns och olika möjliga framträdanden (ibid.). Objektivriktade, transitiva intentionala upplevelser träder enligt Merleau-Ponty fram just mot denna pre-noetiska, operativa intentionalitet.

De pre-noetiska processerna är som framgått fysiologiska och anonyma, och frågan uppstår: Hur kan de relateras till perceptionen om de inte konstituerats av medvetandets intentionalitet? Dessa processer är emellertid mer än rent fysiologiska, de har som nämnts en inverkan på meningsskapandet och hur vi uppfattar världen. De sätter villkor och gränser för perceptionen och de färgar den (Gallagher 2005). Varje särskild omgivning framkallar t ex. lämpligt avpassad aktivitet i hjärta, njurar, mage etc. och lämpligt avpassad kroppslig reglering liksom emotionella reaktioner (Buytendijk, refererad i Gallagher 1986b). Kroppen anpassar sig konstant till sin omgivning och en ständig modifiering pågår därmed i denna anonyma påverkan på medvetandets intentionalitet. Omgivningen är den "levande förbindelse som är jämförbar, eller snarare identisk, med den som existerar mellan olika delar av själva kroppen" (Merleau-Ponty 1945/1962, s 205, min övers.). Kroppen är alltid i en situation av att ge och ta med sin omgivning, och omgivningen sätter hela tiden villkoren för kroppen (Gallagher ibid.).

Det finns också stöd i forskningen för påståendet att dessa processer är av betydelse för det meningsskapande som sker. Man har t ex. i olika studier (Ruggieri et al.1983; Sabatini, Ruggieri & Milizia 1984) funnit att anpassningar, så som förändrad muskeltonus, har betydelse för hur vi upplever oss själva och omvärlden. Det visar sig att ökning i muskeltonus sammanfaller med en ökad medvetenhet om omgivningen samtidigt med en minskning av medvetenheten om den egna kroppen, medan minskande muskeltonus istället leder till minskad medvetenhet om omgivningen och ökad av kroppen. Dessa anpassningar sker i bakgrunden och den kognitiva uppmärksamheten kan ostört riktas mot det objekt som är i fokus, i omvärlden respektive kroppen. *Meningsskapandet samtidigt sker kan därmed få en viss inriktning, stödd av det pre-noetiska arbetet.* Ett annat exempel gäller hjärtats aktivitet, som har samband med kognitiva funktioner (Sandman 1986) och därmed också med meningsskapande. Lägre hjärtfrekvens minskar t ex. perceptions-trösklarna men gör också att kognitiva uppgifter utförs långsammare, medan motsatsen gäller för högre hjärtfrekvens

Kroppens pre-noetiska aktivitet är således otillgänglig för enbart fenomenologisk reflektion (Gallagher 1995), den måste utforskas med hjälp också av biologisk vetenskap, det vill säga i det här fallet psykofysiologisk forskning. Men det kroppsliga förberedelsearbetet är som nämnts inte begränsat till fysiologiska funktioner, även om dessa är nödvändiga villkor. Det är alltså inte fråga om mekaniska reaktioner eller enkla reflexer (Merleau-Ponty *ibid.*). Den situation som råder är bestämmande för inriktningen av det dolda anpassningsarbetet, och kroppen organiserar aktivt sina sinnesupplevelser efter de pragmatiska omständigheterna. Istället för att passivt reagera på inkommande stimuli, möter kroppen dessa och organiserar dem inom ramen för sitt eget pragmatiska kroppsschema. Endast impulser som behandlats av icke medvetna processer och som är relevanta för det intentionala projektet översätts till medveten nivå (Marcel 1983). Det kroppsliga förberedelsearbetet låter alltså individens kognitiva uppmärksamhet riktas mot det som för ögonblicket är mest angeläget. Medvetandets intentionalitet och meningsskapandet sammanvävs kontinuerligt med kroppsfysiologin.

2.3.2.6 Situationens sammanflätning

Merleau-Pontys filosofi kan också karaktäriseras som "situationens filosofi" (Mallin 1979). Med begreppet 'situation' avser Merleau-Ponty att sammanfatta hur människan på ett avgörande sätt hör samman med sin omgivning, det kan ses som synonymt med "aktivt engagemang i problem som rör natur, kultur eller människor", menar Mallin (s 7). Det är i detta engagemang meningsskapandet äger rum. Sådana situationer uppenbarar sig närhelst någonting visar sig ha bäring på ett speciellt ögonblick i en individs liv, och oftast handlar det om växelspelet mellan oss själva och andra. *Att vara i en situation* är med Merleau-Pontys synsätt att vara helt sammanflätad med objektet, kroppen, den andra personen eller miljön ifråga. Det kan gälla relationer med familj, vänner, arbetskamrater och andra, men det gäller också när vi är aktivt sysselsatta med att försöka bestämma de villkor som just nu gäller och vad som krävs för att ta itu med och lösa problem. Man kan möta obestämda och tvetydiga förhållanden som kräver uppmärksamhet och som måste klargöras för att man ska förstå sin belägenhet och hur man ska handla, och när man gör det söker man samtidigt uppräta handlingsprinciper som man kan ta med till i liknande situationer i framtiden. Sådana situationer blir särskilt tydliga om man tänker på barnets utveckling, som består av ständiga möten med det främmande och oförutsägbara som barnet måste lära sig att förstå och hantera. Principerna för hur situationerna ska mö-

tas 'sedimenteras' ur många sådana erfarenheter, eller strukturen av dessa erfarenheter, och på det sättet är vissa förhållanden genast välbekanta. En ny situation är däremot endast delvis känd genom sin struktur, eftersom den också innehåller något obekant som kräver att man kan gå utanför de sedimenterade erfarenheterna genom att modifiera dem eller kombinera dem på nya sätt. Därigenom förändras de tidigare sedimenterade situationerna något. På detta sätt refererar alla aktuella situationer till sammanknutna scheman av 'sedimenterade strukturer'. Huvudprincipen i Merleau-Pontys ontologi följer av detta: det är omöjligt för en person att uppleva något som hon inte redan har en struktur för, som gör upplevelsen möjlig (ibid.).

I 'fenomenfältet', som är den oreflekterade värld vi lever genom, befinner vi oss i en situation som är en fysisk och social värld som är given åt oss, och där ses världen och dess objekt som vår hemvist. Där ger oss sinnesupplevelsorna en vital kommunikation med världen som är "den välbekanta bakgrunden till våra liv" (Merleau-Ponty 1945/1962 s. 53). I kontrast mot fältet för objektiva vetenskapliga undersökningar, som är en konstruktion för forskarens undersökning, ser vi här världen från den levda kroppen. Det kan innebära t ex. att vrede eller smärta kan avläsas i en persons ansikte, eller som Merleau-Ponty skriver, att pulsen i en stad kan avläsas i en polismans attityd eller stilen på de offentliga byggnaderna. Vi befinner oss i den, involverade med andra människor och det sammanhängande elementet mellan oss är våra levda kroppar, det är genom dem vi får erfarenhet av världen. Där märker vi och berörs av alla de förbindelser som existerar mellan oss och andra, mellan oss och tingen. Denna situation är levande och fylld med mening och minnen, den föregår all kunskap och det är på den all kunskap bygger. Den levda kroppen är bunden med 'intentionala trådar' till denna värld, vilka inte bara är kognitiva utan också kroppsliga, t ex. i form av rörelser. Meningen med dessa rörelser kan inte förklaras i termer av kemi eller elektricitet utan förståelsen måste grundas i sättet för kroppen och dess subjekt att vara närvarande i världen.

Det är i den intima förbindelsen med världen genom min kropp som jag vet att jag finns, det är den som konstituerar min existens. Varje mänsklig erfarenhet är att vara-i-världen, och det är kroppen som förmedlar det. Att ha en kropp innebär att jag ansluter mig till en bestämd värld som jag hela tiden engagerar mig i. I det oreflekterade fenomenfältet är våra sinnesförnimmelser redan fyllda med mening – det är den närvarande situationen som ger mening åt olika stimuli och ger dem betydelse eller värde för organismen (Merleau-Ponty ibid.). Vår närvaro

i världen begränsar sig inte till våra kroppar innanför huden, den finns runt omkring oss och uppfyller också objekten som omger oss, genom vilka vi uttrycker vår rörlighet. Så blir t ex. en blind mans käpp inte bara en käpp för honom, utan en förlängning av hans närvaro. Upplevelserna i fenomenfältet är inte resultat av olika tankeprocesser utan av en förkroppsligad subjektivitet som kan ses på alla nivåer av mänsklig existens.

2.3.3 Kroppen och världen

Att befinna sig i en värld innebär inte bara att vara på någon fysisk plats, det innebär att vara införstådd med omständigheter som är meningsfulla på ett kroppsligt plan. Det ömsesidiga samspelet mellan kroppen och omgivningen återspeglas i att det framkallar t ex. en viss kroppsstil eller hållning som låter kroppen samarbeta med omgivningen och inkluderas i den. En omgivning som konstitueras som hotfull gör kroppen alert med en hållning som snabbt kan svara på ökad fara, medan en lugn omgivning gör kroppsuttrycket avspänt och utan vaksamhet. De känslor, drivkrafter, kinestetiska sensationer etc. som kroppen har, är uttryck för hur den levda kroppen organiserar sig i förhållande till de villkor som gäller i dess omgivning (Gallagher 1986a). "[D]e handlingar som jag av gammal vana engagerar mig i, införlivar sina redskap och låter dem vara delaktiga i min egen kropps ursprungliga redskap" (Merleau-Ponty *ibid.*, s 91, min övers.).

Den levda kroppen införlivar således en viss stil i sitt sätt att relatera till omgivningen. Kroppens "interna" miljö, som fungerar homeostatiskt och automatiskt genom otaliga fysiologiska och neurologiska händelser, blir genom organiseringen efter den "externa" omgivningens villkor en fortsättning och en internaliserad översättning av denna. Förändringar i den "externa" omgivningen fortplantas genom homeostatiska och autonoma anpassningar till den "interna". Alla automatiska regleringar äger rum genom kroppsreaktioner som är anonyma och sker "nedanför" den medvetna, personliga nivån, men resultatet av detta anonyma liv reflekteras, direkt eller indirekt, i personens upplevelse. Organiserandet av omgivningen kräver att gränser och riktningar beskrivs, kraftlinjer fastläggs, perspektiv skapas, kort sagt "att organisera den givna världen utifrån ögonblickets utkast, att på den geografiska omgivningen bygga upp en miljö för beteendet, ett betydelsesystem som utåt beskriver subjektets interna aktivitet" (Merleau-Ponty *ibid.*, s 112, min övers.). Geo-

grafiskt, eller objektivt, utmärks omgivningen av att den står över och mot den levda kroppen, men fenomenologiskt, eller upplevelsemässigt, är omgivningen en obestämd fortsättning av kroppen (Merleau-Ponty *ibid.*; Gallagher 1986a). Ett exempel kan åskådliggöra detta: en person som sitter i sin bil i trafiken upplever sig själv och andra trafikanter annorlunda än när han nyss promenerade – bilen har upplevelsemässigt införlivats i den egna organisationen. När detta sker med olika meningsfulla delar av omgivningen, påverkas den intentionala medvetenheten på olika sätt.

Det är också så, att om den ”interna” miljön förändras, kan den ”externa” omgivningen plötsligt anta en annan betydelse, alltså upplevas annorlunda (Gallagher & Zahavi 2008). Om kroppens inre funktioner förändras på grund av en smygande sjukdom som t ex. diabetes, så förändras den horisont av mening som omger människan. Världen känns inte längre som ett hem utan som något främmande, en källa till motstånd där trötthet, stelhet och koncentrationssvårigheter och annat som alltmer tar över (Svenaeus 2003).

Att befinna sig i en värld är inte endast att vara i sin egen värld, såsom korrelerat till mitt eget medvetande, utan som korrelerat till vilket medvetande som helst som man någonsin kan möta (Merleau-Ponty *ibid.*). Den jag möter har en ”levande erfarenhet av samma värld som jag” (*ibid.* s 405) och kommunikationen går genom den världen. Det är alltså inte så, hävdar Merleau-Ponty, att var och en har sin privata värld. Mina egna perspektiv på världen har inga fasta gränser utan glider spontant in i och överlappar andras.

Ur ett utvecklingsperspektiv är andra närvarande från första början. När vi först varseblir objekt lär vi oss att göra det i förenad uppmärksamhet med någon annan, och vi lär oss att göra det för något visst syfte. De möjligheter som yppar sig är inte bara möjligheter för att vi har en förkroppsligad förmåga att agera, utan för att andra lärt oss att agera och vad det betyder. Perceptionen har formats av dessa erfarenheter, och även om andra inte är perceptuellt närvarande är de därför ändå implicit involverade i själva strukturen av min perception. Andra upphör därför inte att existera när jag är ensam (Gallagher & Zahavi 2008).

2.3.4 Pre-reflektiva kroppstillstånd

Människan skapar mening på sin personliga nivå och denna mening är alltid påverkad av den kroppsliga aktiviteten. Några speciella förhållanden i kroppens interna liv har särskilt stort inflytande. Det gäller de

känslotillstånd som råder, liksom också av upplevelsen av förmåga att agera som kroppen hyser. Dessa förhållanden kommer att behandlas i det följande.

2.3.4.1 Reglering av emotionella kroppstillstånd

Det finns en växande interdisciplinär konsensus om betydelsen av emotioner för kognitiva upplevelser. Husserl betonade affekternas betydelse i sin senare analys, och den levda kroppen hör oskiljbart samman med affekt och kognition (Gallagher 2005). Innebörden av begreppet affekt varierar något. Utanför fenomenologin har t ex. Silvan Tomkins, pionjär på teoretiska affektstudier, fastställt att 'affekt' är den biologiska delen av en emotion. Detta innebär att ett definierbart stimulus har aktiverat en mekanism som frigör ett känt mönster av biologiska händelser. Upplevelsedelen av affekten är det vi kallar 'känsla'. Med 'emotion' avses den komplexa kombinationen av biologisk och upplevelse, det vill säga de medvetna och omedvetna minnen som väcks av affekten och de affekter som utlöses av dessa minnen. Emotionen är alltså affekten inplacerad i en historia (Tomkins 1962).

Affekt är en händelse i hela organismen och binder ihop alla sidor av denna; de psykosomatiska uttrycken i nervsystemet, immunsystemet och det endokrina systemet; fysiologiska förändringar av det autonoma nervsystemet, det limbiska systemet och högre cortex; ansiktsmotoriska förändringar och global motorisk beredskap till närmande eller undandragande; subjektiva erfarenheter längs axeln obehag – behag, etc. (Thompson 2001). De affektiva reaktionerna är således inte något som hör till hjärnan utan till hela kroppen (Damasio 1994). De utgår från neurala och somatiska aktiviteter som själva styrs av det förkroppsligade medvetandet hos hela organismen. Affekter är i betydande omfattning händelser som berör två organismer, de är prototypiska 'själv-andrahändelser' (Thompson 2001).

Affekter och emotioner behandlas av psykoanalytiker på ett sätt som kompletterar den fenomenologiska utgångspunkten. Merleau-Pontys ståndpunkt att det är den närvarande situationen som ger mening åt situationen och ger den betydelse eller värde för organismen (se 2.3.2.6) får således en annan invikling av psykoanalytikern Sletvold (2005). Denne hävdar i samklang med James (1890) och Damasio (ibid.) att påverkan från omgivningen omedvetet skapar förändringar i hela krop-

pen, och han kallar detta det 'emotionella kroppstillståndet' eller det 'omedvetna kroppstillståndet'. Medvetna känslor uppstår när de kroppsliga förändringarna förnimms tillsammans med bilden av det objekt vi reagerar på. Vi kan inte ha en medveten bild utan att först ha reagerat kroppsligt, emotionellt på den, menar han och uttrycker därmed det kroppsliga förberedelsearbetet på ett annat sätt. Vi upplever ingenting utan att det först har skett en förändring i kroppen, det vill säga emotioner föregår känslor. 'Emotion' kan alltså i enlighet med Damasio (ibid.) sägas vara en observerbar, ofta omedveten kroppslig förändring, medan 'känsla' är den subjektiva, oftast medvetna förnimmelsen som knyts till ett objekt. Vi är hela tiden upptagna av olika emotioner, medvetna och omedvetna, inte bara när vi har en namngiven känsla. Damasio kallar detta 'bakgrundsemotioner' och 'bakgrundskänslor'. Förnimmelsen av vår egen kropp är grunden i självkänslan, den är alltid närvarande som subjekt och ägare till det kognitiva innehållet, påpekar Sletvold.

Det emotionella kroppstillståndet är betingat av att kroppen som helhet är det grundläggande perceptionssystemet (Merleau-Ponty ibid.). Erfarandet av det emotionella kroppstillståndet är en förutsättning för rationellt tänkande och uppstår när det ändras som följd av de intryck ett objekt gör, "känslan av vad som händer" (Damasio 2000).

Medvetandet har därför alltid såväl en emotionell som en kognitiv sida. Sletvold menar vidare att känslor är proprioceptiva upplevelser av kroppens struktur, det vill säga hjärta, lungor, tarmar, muskler, hud och så vidare, och tillståndet i denna struktur. Ändrade känslor svarar mot förändrat tillstånd i dessa organ. Vi är vanligtvis omedvetna om dessa förändringar, eftersom upplevelsen av kroppen överskuggas av upplevelsen av något objekt som inte är en del av kroppen. Den affektiva kraften kvalificerar objektet att bli uppmärksammat, men utan att vi märker hur det går till. Nervsystemet får ständigt återkoppling om det kroppsliga tillståndet.

Om känslor (såsom upplevelsen av kroppen) och tankar (såsom upplevelsen av ett annat objekt) alltid finns närvarande tillsammans, kan psykiska störningar betraktas som störningar i balansen mellan känslor och tankar, där endera blir ensidigt dominerande, menar Sletvold vidare. Klassiska exempel är hysteri med emotionell överbetoning eller tvångsneuros med tankemässig övervikt. Mycket tyder på att rationellt tänkande försvåras eller bryter samman när vi förlorar kontakten med delar av

det emotionella kroppstillståndet, eftersom perceptionssystemet är beroende av helheten i den levda kroppen.

Meningsskapande genom organiserad och meningsfull perception av sig själv och andra är avhängigt det proprioceptiva systemet som ingår i ett utvecklat kroppsschema. Redan första timmen efter födelsen kan imitation påvisas hos barnet (Meltzoff & Moore 1994), och förmågan till rudimentär upplevelse av själv och annan, och att kommunicera, om än på en preverbal nivå, torde därför vara en medfödd egenskap hos människan. Det innebär att kroppsschemat, som Merleau-Ponty (ibid.) betraktade som en förutsättning för att perceptions skulle vara möjlig, är i arbete från livets start såsom det 'proprioceptiva självet' som alltid är redo att koppla ihop sig med den andre (Gallagher & Meltzoff 1996). Vi är med andra ord inte födda autistiska som man tidigare föreställt sig, utan från starten är alla sinnesorgan sammanlänkade och ger oss möjlighet att agera enligt ett övergripande, interpersonellt kroppsschema (Thompson 2001).³ Upptäckten av spegelneuron har belyst detta. Kommunikation försiggår från spädbarnsåren med emotionellt laddade gester innan den blir verbal (Stern 1991), och betydelsen av sådan kommunikation avtar inte efter språkutvecklingen (Beebe & Lachmann 2005). Genom perception av den andres kroppsrörelser, ansiktsuttryck, blickar och så vidare, förstår vi andras känslor och avsikter. Den andres psyke är därför inte dolt för oss, och förmågan att avläsa det finns från tidigaste barndom genom förkroppsligad förståelse på emotionell, sensomotorisk, perceptuell och icke-begreppslig nivå. Detta konstituerar vår primära förståelse av andra (Gallagher 2004).

2.3.4.2 Agens

Begreppet agens används med något skiftande innebörd inom flera discipliner (sociologi, psykologi, filosofi m.fl.) och har därför behållit en viss vaghet. Det kan associeras med identitet, motivation, vilja, målinriktning, intentionalitet, val, initiativ, frihet och kreativitet (Emirbayer &

³ Detta ger anledning till att revidera de åsikter Merleau-Ponty (1945/1962) hävdade, byggda på den tidens kunskaper i psykologi, att barnets utveckling sker "inifrån och ut", innebärande att sensomotorisk jämvikt först måste etableras mellan syn och proprioception hos den egna personen innan den kan överföras till perception av världen och andra. Forskningen visar just att den interpersonella dynamiken inte sker på detta sätt utan att ett interkorporalt kroppsschema arbetar från början. Se vidare Thompson (2001) och Gallagher & Meltzoff (1996).

Mische 1998). I denna avhandling avses med agens den förkroppsligade intentionalitetens ”jag kan” som inriktas mot *känslan av ansvar för sin livsväg, föreställningen att man har kontroll över beslut som gäller denna och tilliten till att man kan övervinna de hinder som dyker upp längs den väg man valt* (Schwartz, Coté & Arnett 2005).

De impulser och behov som genereras ur det pre-noetiska förberedelsearbetet riktas mot världen och kan mana subjektet till handling. Medvetenheten om upplevd agens är mestadels mycket tunn och pre-reflektiv, men kan i vissa situationer bli mer explicit medveten och förnuftsinriktad (Gallagher & Zahavi 2008). De konstituerande elementen för handling återfinns också i den anonyma kroppen, det är de fysiologiska resurserna som andning, blodcirkulation, matsmältning, etc., utan vilka vi inte kan utföra någonting. Dessa resurser gör inte bara handling möjlig, utan är också en förutsättning för känslan att man kan ta ansvar för sina behov och impulser och översätta dem till konkret aktivitet, det vill säga för att agera i enlighet med sina intentioner och alltså uppträda som sin egen ’agent’. De fysiologiska resurserna spelar således en grundläggande roll för känslan av ’agens’ (*agency*) (Bruun & Langlais 2003). Det är Merleau-Pontys ”jag kan” som i personens förkroppsligande utgör hennes agens (Varela 1999).

Människans upplevelse av agens växer fram ur de erfarenheter som görs tidigt i livet och de blir ett slags sammanhållande ”kitt” för hennes föreställning om mening och sammanhang (Pollock & Slavin 1998). Den skapas ur upplevelsen av att leva i en värld som angår en, där man är redo att hantera olika situationer på ett passande sätt. Världen är en plats vi delar med andra människor, och det är något vi är inställda på från vår första dag på jorden. Beredskapen att handla tillsammans kan således förstås som något som är givet för oss, det är vara-i-världen (Heidegger 1981). Genom den känsla av att ha en kroppslig kapacitet som vår grundläggande fysiologi ger oss, upplever vi oss som både fysiskt och existentiellt hemmahörande i världen (Bruun & Langlais *ibid.*). Känslan av agens är därigenom avgörande för den närmare innebörden av människans perceptioner och de handlingar som är uttryck för den, trots att vi inte erfar dessa grundläggande kroppsliga funktioner när intentionaliteten är riktad mot världen.

2.3.5 Kroppens aktivitet vid meningsskapande

Under meningsskapandet vid återberättande pågår den anonyma kroppens pre-noetiska aktivitet. I följande avsnitt beskrivs några viktiga

forskningsresultat beträffande denna aktivitet. Därefter ställs frågan, hur man inom den fenomenologiska ramen ska kunna kartlägga denna aktivitet, vilket kräver att kroppen objektifieras. Hur kan detta infogas i det fenomenologiska perspektivet?

2.3.5.1 Det kroppsliga förberedelsearbetet under återberättande

Hur ska man då förstå hur det kroppsliga förberedelsearbetet enligt föregående beskrivning sker vid återberättande? Minnen skapas enligt forskningen i överensstämmelse med de perceptuella erfarenheterna, och t ex. Marbach (1993) anser i Husserls anda att episodiska minnen innebär ett återupplivande av perceptionerna i fråga. Varje medvetet tillstånd såsom perceptioner, emotioner eller minnen, har en viss subjektiv karaktär som motsvarar hur det är att genomleva just det tillståndet, menar också Thomson, Lutz och Cosmelli (2005). Merleau-Ponty (1942/1963) citerar Hegel, som uttryckt att ögonblick som medvetandet tycks ha lämnat bakom sig, också kommer till liv med de djup de har i nuet. Kroppen utgör ett specifikt förflutet, och innehållet i detta förflutna dyker upp igen just därför att det aldrig överskridits, utan istället underhållits i hemlighet, menar Merleau-Ponty. Därigenom har en del av dess styrka överlämnats till detta förflutna, vilket som en följd av detta kan leva kvar i nutiden. Varje minne öppnar på nytt upp mot innehållet i denna förflutna tid och vi lockas åter in i den speciella situation som rådde, menar Merleau-Ponty.

Varje minnesakt av episodisk natur måste innehålla en representation av självet inom hågkomstens kontext (Kihlstrom 1993). Den kroppsliga bakgrunden förankrar händelsen i personens autobiografi, det gäller såväl känslan i kroppen som potentialen för handling. Hågkomsten av en tidig händelse i livet kan vara beroende av att regression till ett konkret stadium av kroppsupplevelse är möjlig (Kinsbourne 1995). Från psykofysiologisk forskning vet vi, att redan tanken på vissa kroppsligt aktiverande händelser avsätter reaktioner i limbiska systemet, basala ganglierna och hjärnstammen, vilket motsvarar motoriska och emotionella förändringar som funktionellt kan associeras till de lagrade mönster av neural aktivering som tillhörde de ursprungliga händelserna (Greenwald, Draine & Abrams 1996; Perry 1999). Vi vet också att sådana tankar på aktiverande händelser innebär att reaktioner i berörda kroppsdelar kan registreras (Öhman, Hamm & Hugdahl 2000). Genom den kroppsliga aktiviteten får de olika minnesbilder som utvecklas en speciell inriktning, när meningen av dem konstitueras i medvetandet. T

ex. visar forskningsresultat på samband mellan registrerade fysiologiska mätutslag och de upplevelser av stress som psykosomatiska patienter samtidigt rapporterade (Kanbara et al. 2004). Psykofysiologiska laboratorieundersökningar visar vidare att minnesbilder som är emotionellt färgade och alltså inpräglats under autonom aktivering, lättare kan erinras och glöms bort långsammare än neutrala upplevelser (Burke et al. 1992; Gold 1987). Genom den så kallade Zeigarnikeffekten⁴ (Zeigarnik 1927) och forskning som har följt upp denna (t ex. James & Kendall 1997; Savitsky, Medvec & Gilovich 1997) vet vi att emotionellt laddade händelser som inte kunnat avslutas lättare erinras än sådana som avslutats. Oavslutade händelser som förknippas med viss affektiv kraft kan således antas få en framträdande plats när meningsskapande sker.

Damasio (1994) har visat att våra kroppsliga reaktioner är desamma, vare sig det handlar om en yttre händelse eller aktivering av en hågkommen händelse. Minnet är inte ett enhetligt system utan består av flera delsystem, såväl medvetna som omedvetna. Medvetna minnen är symboliska och verbala, det är 'episodiska minnen' som innebär att minnas en händelse, och 'semantiska minnen' som innebär att man vet något. Omedvetna är 'implicita minnen' som är motoriska, emotionella, och relationella, "kroppen vet" t ex. hur en inlärd rörelse ska utföras, eller hur en viss emotionellt laddad situation ska regleras på autonom nivå. Minnet som helhet är alltid emotionellt till sin karaktär, och utgör den nödvändiga bakgrunden till all perception och allt tänkande. Att ha ett medvetande, 'kärnmedvetande', enligt Damasio's terminologi, är en förutsättning för det utvidgade medvetandet, 'självbiografiskt minne', vilket innehåller både episodiskt, semantiskt och implicit minne (Damasio 2000). När vi talar om personlighet, identitet, eller dylikt, avser vi "sanningar" om oss själva som utgör såväl semantiska enheter i vårt självbiografiska minne, som episodiska minnen, det vill säga de händelser som utgör vår självbiografi.

I ett fenomenologiskt perspektiv kan vi utgå ifrån, att när intentionalteten är riktad mot händelser i det förflutna som inte överskridits, det vill säga bearbetats färdigt, och vi blir upptagna av detta minnes särskil-

⁴ Zeigarnik gav försökspersoner ett antal uppgifter som skulle lösas. De tilläts lösa hälften, men avbröts innan de hunnit lösa den sista hälften. I nästa del av experimentet när de skulle erinra sig uppgifterna, stod det klart att de mindes de avbrutna uppgifterna bättre än de avslutade. Zeigarnik hävdade att när en uppgift avbröts, skapar detta en spänning som framkallar starkare minnen av dessa oavslutade uppgifter.

da omständigheter, kommer medvetandets subjektiva karaktär i dessa ögonblick att höra ihop med ett kroppsligt förberedelsearbete liknande det som var i det förflutna. De delar av den erinrade upplevelsen som besitter affektiv kraft kommer genom receptiviteten att dra till sig medvetandeströmmen, och markera övergång till aktivitet i förhållande till det erinrade, som blir ett medvetet, artikulerbart minne. Den operativa intentionaliteten med den passivitet och ofrivillighet som karaktäriserar den, verkar genom hela denna övergång. Genom kroppsschemat tolkas och genomförs på den kroppsliga nivån de inre anpassningsåtgärder som är motiverade av de återkallade händelserna. Men kroppens roll vid hågkomster kan förstås endast om hågkomsten som sådan kan förstås, menar Merleau-Ponty (1945/1962). När man kommer ihåg något konstitueras inte bara detta minne i medvetandet, utan med utgångspunkt i nuet återöppnas också tiden och inbjuder kroppen att vända sig mot olika minnesbilder. Genom kroppen kan vi med andra ord kommunicera med tiden likväl som med rummet, påpekar Merleau-Ponty.

2.3.5.2 Kan den levda kroppen objektifieras?

Hur förhåller sig då fysiologin till den levda kroppen, som är avhandlingens egentliga fokus? Den levda kroppen är kroppen som den erfars på ett icke-objektivt sätt, det är kroppen som ser och upplever. Den fysiologiska kroppen däremot är ett objekt bland andra objekt, som kan observeras och analyseras av forskaren. Det kan tyckas som att det handlar om två olika sorters kroppar, men den levda kroppen och den kropp som utsätts för objektiv observation är en och samma kropp, som framträder i olika form. Den levda kroppen är fysiologisk och den fysiologiska kroppen är levd, hävdar Gallagher (1986a). Han hänvisar till Merleau-Ponty, som beskriver den kroppsliga naturens tvetydighet, och också menar att kroppsliga funktioner inte kan lokaliseras, eftersom varje kroppsregion endast verkar som en del av den samlade, globala aktiviteten, och eftersom t ex. kroppens rörelser kan uttrycka flera kvalitativt skilda funktionssätt och inte främst olika lokala händelser. Å andra sidan, menar han, är viss nervaktivitet förbunden med reaktionen på särskilda stimuli, och utförandet av vissa rörelser knutna till sådana reaktioner i specifika regioner. Men att se de kroppsliga uttrycken som antingen globala eller regionala är inte adekvat, menar Merleau-Ponty. Det handlar istället om att kroppen måste ses som en ouplöslig korsning av "horisontella" och "vertikala" arrangemang, den är aldrig bara fysiologisk eller bara upplevelse, alltid både och (Merleau-Ponty 1942/1963). Den fysiologiska kroppen som den levs kan inte objektifie-

ras på ett adekvat sätt, men däremot kan den levda kroppen i sin fysiologiska del objektifieras ”i den mån som en fysiolog kan säga att funktionen är en absolut nödvändig förutsättning (en lokaliserad *sine qua non*)” (Gallagher 1986a, s 141). Det vill säga här finns den tvetydighet som utmärker den levda kroppen, den kan inte objektifieras som sådan, men så långt den är fysiologisk.

Genom att den levda kroppen fungerar holistiskt kan den inte lokaliseras till ett anatomiskt eller fysiologiskt definierat organ, som t ex. hjärnan eller nervsystemet. Men dessa organ kan förstås som de integrerande elementen i den levda kroppen, och deras funktioner beror på de anpassningsreaktioner som äger rum i kroppen. Denna funktion är den absolut nödvändiga förutsättningen som möjliggör objektifiering enligt Gallaghers resonemang.

3 Fenomenet psykosomatik

3.1 Psykosomatik som uttryck för kapitulation och nederlag

Den övergripande frågan avhandlingen syftar till att undersöka är, som angetts i inledningen i första kapitlet, hur meningsskapandet ter sig när det inte hjälper människan att göra världen meningsfull och övervinna svårigheter, utan istället tvingar henne till kapitulation och nederlag. Detta kan ta sig många olika uttryck, av vilka ett är det som har valts här: upplevelsen av det psykosomatiska sammanbrottet, karaktäriserat av svårigheter av såväl fysisk, psykisk, kognitiv som social art. Detta kommer att studeras med ett fenomenologiskt angreppssätt, men 'psykosomatik' är ett område med betydande forskning från andra vetenskapliga inriktningar, där det också finns teorier och resultat som är av intresse för avhandlingen. Av denna anledning kommer därför en presentation av området att göras i detta kapitel.

Det rör sig om ett mycket vitt kunskapsfält, som kommer att ges en översiktlig beskrivning endast i de avseenden som är relevanta för avhandlingens syften. Det är främst etablerat inom två epistemologiskt skilda områden. Det ena området, *psykosomatisk medicin*, är det forskningsmässigt dominerande. Det hör hemma inom den naturvetenskapliga traditionen, där kvantitativt inriktade forskningsstrategier med målen att beskriva, kvantifiera och finna samband är dominerande. Det andra området, *psykoanalytisk psykosomatik*, kan däremot främst sägas höra hemma inom den humanistiska traditionen. Inom denna dominerar kvalitativt inriktad forskning med målet är att söka förstå och beskriva otillräckligt kända fenomen. För psykoanalysen är dessa fenomen företrädesvis knutna till begreppet 'det omedvetna'.

De studier som ska göras i denna avhandling kommer att göras ur den enskilda människans perspektiv. Det blir då frågan om beskrivningar av upplevelser i jag-form, och för detta är de ovanstående vetenskapliga traditionerna inte tillräckliga. *Fenomenologisk psykosomatik* har däremot det subjektiva, det vill säga människans upplevande, som sitt centrala fokus, och kommer således att utgöra den teoretiska utgångspunkten för avhandlingen. Kapitlet avslutas med en genomgång av några grunddrag i denna teori.

3.2 Vad är psykosomatik?

S: [...] Jag bara grät, jag kunde inte sluta gråta och jag kunde inte förstå vad det var. Alltså det var jätteskumt. För det är inte jag, egentligen. (Snörvlar). Och sedan så försöka börja jobba efter det. Men jag klarade inte det utan jag blev sjukskriven, då, tio dagar.

T: Hann du rekreera dig på tio dagar?

S: Nej, jag var bara ledsen hela tiden. Jag var ute och gick lite grann. Ja, men jag hade otroligt jätteont hela tiden och jag var fruktansvärt spänd hela tiden så jag kunde inte. (Skakar på huvudet). Jag gick omkring som en fiolsträng också. Och så kom jag tillbaka till min sjukgymnast också och sa som det var, att nu har det hänt igen, så.. Och då blev inte hon så glad (litet skratt)

T: Nej. Kunde hon hjälpa dig?

S: Nej, nej. Hon fortsatte på samma sätt ungefär som tidigare med massage och akupunktur och sådant, men det hjälpte ingenting (snörvlar)

T: Vad har du gjort efter det, då?

S: Jag har varit på en massa olika.. Flera röntgen, jag har varit, jag tror att det är tio läkare inblandade. Det är olika specialister och husläkare, och allt vad det kan vara. Och bara fått svaret, att "det finns inget vi kan göra, du får nog ha det så här". Och någon gav mig rådet att börja styrketräna, och jag blev bara sämre. Då kom jag tillbaka till läkaren som sa, "Jamen, då var det ett misstag, du skulle nog inte ha styrketränat". – "Men vad ska jag göra då?" – "Jamen, du får väl gå ut och gå lite pro-

menader, och så där”. Dom skriver ut tableter och tableter, och.. Och sedan kom jag till doktor W, han som skrivit remiss till dig.

T: Har du fått någon hjälp där?

S: Nej, det har jag inte. Jag har gått där tre, fyra gånger i veckan, jag blir bara sämre hela tiden

T: Vad tänker du om det?

S: Att det inte går att göra någonting. Att mitt liv är över ganska mycket. Att det bara blir värre och värre, jag undrar var det ska sluta egentligen. (K7,1,83-90)

Denna 30-åriga kvinna har för andra gången råkat ut för en bilolycka, men också denna gång utan att bli skadad. Ändå är konsekvenserna för henne betydande. Hon är spänd och har så ont att det är omöjligt för henne att arbeta när hon försöker. Hon är ledsen hela tiden utan att förstå varför, hon kan inte återfinna sitt vanliga jag.

Hennes berättelse väcker frågor. Hon är ju till synes oskadd, varför kan hon inte arbeta? Är hon sjuk? I så fall, varför kan vården inte erbjuda hjälp? Är hon inte sjuk? Hur ska man i så fall förstå hennes svåra situation? Vad uttrycker hennes spända, smärtande muskler, hennes oro och gråt? Och hur ska man förstå det idoga och fåfänga sökandet efter det kroppsliga ”felet”?

Svaren på frågorna står uppenbarligen inte att finna inom den delen av vården som bygger på den medicinska vetenskapen. I stället kan de kanske sökas inom det område som brukar kallas psykosomatik? Detta är ett något mystiskt begrepp, fyllt av disparata associationer, och den som inte är speciellt insatt har svårt att veta exakt vad som menas med begreppet. Ändå används det som om dess innebörd vore uppenbar för var och en. Det har en viss negativ bibetydelse: om en sjukdom är psykosomatisk kan den uppfattas som att den egentligen inte sitter i kroppen utan helt och hållet ”mellan öronen” - med andra ord inte en riktig sjukdom. Begreppet kan således vara uttryck för en sorts lurendrejeri, eller i alla fall för självbedrägeri. Eller också kan det tyda på att man inte har lyckats att ”rycka upp sig” i en viss situation. Det har en underton av att det är något vi är ansvariga för – oklart hur - vilket inte gäller t ex. ett brutet ben eller en infektion. Det är mot denna bakgrund knappast förvånande att patienten hellre ser sitt problem som medicinskt än som

psykosomatiskt. Men begreppet har, i alla fall hos sina professionella utövare, också positiva bibetydelser av en mera allsidig medicinsk utgångspunkt, som inkluderar sjukdomens psykologiska och personliga dimensioner. Användningen på detta sätt är dock begränsad. Att säga att man har en psykosomatisk utgångspunkt till en cancerpatient skulle troligtvis uppfattas som en förolämpning med tanke på den negativa bibetydelsen.

Vad är då psykosomatik? Om man vänder sig till den medicinska eller psykiatriska vetenskapen hittar man ingen samstämmighet om en definition av vad psykosomatisk sjukdom är (Christie & Mellett 1981; Lipowski 1986; Greco 1998). Ändå finns det väletablerade vetenskapliga tidskrifter som innehåller begreppet, t ex.: *Journal of psychosomatic research* (startade 1956), *Psychosomatic medicine* (1939), *Advances in psychosomatic medicine* (1967), *Psychosomatics* (1960), *Psychotherapy and psychosomatics* (1965).

I andra änden av det spektrum som psykosomatisk forskning utgör befinner sig sociologin och antropologin, och där kan man konstatera att 'psykosomatik' ofta används i positiv bemärkelse. Men detta sker inte sällan för att definiera en kritisk och antagonistisk position mot den etablerade medicinen, med innebörden att denna inte vill eller förmår att ta sig an sjukdomarnas subjektiva och sociala aspekter (Gerhardt 1989). Forskningsfältet måste enligt dessa synsätt breddas utöver den individuella kroppen, så att patientens sjukdom inte ses enbart som hennes eget problem, utan snarare som en symtomatisk manifestation av underliggande makt- och ojämlikhetsförhållanden (Lorber 1997).

I denna avhandling är fokus på hur meningsskapandet ser ut i en situation där en person har erfarenheter av ett psykosomatiskt sammanbrott, vilket inneburit att hon inte längre kunnat fortsätta sitt vanliga liv därför att de psykiska och somatiska problemen blivit ohanterliga. Utgångspunkten är emellertid inte något av de ovan beskrivna synsätten. I stället kommer som nämnts fenomenet psykosomatik att ses ur den meningsskapande människans upplevda perspektiv. Innan jag närmar mig detta vill jag emellertid beskriva några områden som är av intresse för mitt forskningsfokus, vilket också innebär att jag kommer att beskriva dem från mina utgångspunkter.

Psykosomatik som en särskild inriktning inom medicinen etablerades på 1800-talet, och kom att leda fram till psykoanalysen, vars revolutionerande synsätt på människans omedvetna gav psykosomatiken en ny inriktning. Det innebar emellertid också en epistemologisk splittring i två huvudområden, och denna splittring består fortfarande. Det ena hu-

vudområdet, psykosomatisk medicin, är det idag dominerande inom vetenskap och klinisk tillämpning. Inom detta fält bedrivs den idag mest omfattande forskningen om den del av psykosomatiken som ligger i linje med denna avhandlings empiri, nämligen stressjukdomar och utbrändhet. Stressjukdomar beskrivs kortfattat i det följande, och utbrändhet har beskrivits i inledningskapitlet. När det gäller det andra huvudområdet, det psykoanalytiska, ligger fokus i stor utsträckning på att förstå psykosomatisk sjukdom såsom ett resultat av omedvetna skeenden, baserade på människans erfarenheter, särskilt tidiga sådana. Man intresserar sig också för de speciella personlighetsdrag man menar att den psykosomatiska patienten har, och detta intresse delar man med den psykosomatiska medicinen. Ansatser har gjorts att integrera de biomedicinska och psykoanalytiska kunskapsområdena, i synnerhet i ljuset av de nya insikter som neurovetenskaperna gett.

Sista delen av inledningen beskriver det område som är adekvat som teoretisk grund för denna avhandling. Det handlar här om en fenomenologisk teori om psykosomatik som lämpar sig som utgångspunkt för de förutsättningslösa studier av människans levda erfarenhet som avses här. Denna teori är en utveckling av de fenomenologiska synsätt som presenterades i kapitel 2.

3.3 Stressjukdomar

Frågan om tolkning och symbolik som var den psykoanalytiska psykosomatikens intressefokus, försvann när den psykosomatiska medicinen fick allt större inflytande. Istället uppmärksammades kopplingen till stressande händelsers sjukdomskonsekvenser, och hur påfrestande livshändelser i individens bakgrund framkallar stressreaktioner och påverkar hälsa och livskvalitet, något som sedan har blivit en återkommande fråga inom forskningen (t ex. De Benedittis et al. 1990; Lampe et al. 1998; Leavitt et al. 1979; Speculand et al. 1984; Theorell et al. 1999). Gradvis har en *biopsykosocial modell* för psykosomatisk forskning utvecklats (jmf. Engel & Schmale 1967), och intresset har främst koncentrerats till korrelationsstudier mellan biologiska och psykosociala variabler (Malt 1995). Olika modeller har utvecklats för att beskriva samspelet mellan olika variabler gällande individ, omgivning och reaktioner (t ex. Theorell 1991)

En påtaglig förändring de senaste decennierna har varit en förskjutning från biologiskt konstaterbara diagnoser, som högt blodtryck, mag-

sår, astma mm., till sjukdomar där inga patofysiologiska förändringar kan konstateras, som kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi och utbrändhet. Idag kan man finna åsikten att begreppet psykosomatisk sjukdom måste innefatta ”enbart de sjukdomar där man utifrån våra nuvarande kunskaper ser ett påtagligt samband mellan känslomässiga faktorer och sjukdomen ifråga” (Dotevall 2001). Som övergång mellan den psykiska, kognitiva sfären och de fysiologiska, mätbara skeendena i kroppen ges således emotionerna en betydelsefull roll. Emotionella tillstånd, i synnerhet via sympatisk hyperreaktivitet och HPA-aktivering (stresshormoner mobiliserade från hjärnan till binjuren), anses kunna ha avgörande konsekvenser för sjukdomsutveckling (Cacioppo et al. 2002). Det finns en omfattande forskning avseende vilka karaktäregenskaper och personlighetsstörningar som har betydelse för hur en person reagerar emotionellt, och hur detta speglas i psykofysiologiska mätningar (t ex. Clark, Watson & Mineka 1994; Lang et.al. 1993). En bred enighet råder bland dessa forskare om att psykosomatiska patienter ofta har en personlighet som präglas av konformitet, osedvanlig grad av välanpassning, konkret tänkande, begränsat utlopp för inre fantasiliv och svårigheter att hantera aggressioner (Malt 1995). Orsakerna till dessa personlighetsdrag finns det ingen enighet om, inte heller om vilka mekanismer som förorsakar den kliniska bilden. Intresset för personlighetsdrag och beteenden har inneburit ett uppsving inom psykosomatisk medicin för beteendeariktade psykologiska behandlingsmetoder, t ex. kognitiv terapi. Inom denna del av psykosomatiken ses numera förändrat beteende och förändrade tankemönster som centrala när det gäller att behandla psykosomatiska sjukdomstillstånd.

Den förste att utforska stressens fysiologiska påverkan var Hans Selye, som definierade stress som en allmän reaktion på ett stimulus som kan vara antingen en utmaning eller ett hot (Selye 1958), alltså såväl positiva som negativa situationer. De faktorer som framkallar stressreaktioner kallade han stressorer, och dessa hanteras av ett föränderligt biologiskt program hos människan, som bestäms av genetiska faktorer och de samlade livserfarenheterna (Theorell 2004). I en avgränsad betydelse kan stress definieras som energimobilisering i hotfulla och utmanande situationer (ibid.) eller ett tillstånd i vilket organismens balans mellan resurser och belastning rubbas (Perski 2002). Energimobiliseringen är i sig något naturligt, problemet uppstår när man mobiliserar energi utan att frigöra den, eller under långa perioder utan återhämtning. Man vet inte exakt hur detta påverkar människor, men det finns en hel del indirekt forskningsstöd för att det kan leda till rubbningar i regleringen av

energinivån, vilket kan leda till 'allostas' som betyder att den normala homeostasen ersatts av en störd energimobilisering (Theorell *ibid.*). Kroppens normala växlingar mellan anspänning och avslappning har störts så många gånger att regleringen till slut inte fungerar på ett normalt sätt. Teoretiskt kan man tänka sig både att energinivån är hög redan i vila, vilket kan innebära svårigheter att mobilisera extra energi när det behövs, och att energinivån kan bli extremt låg i vila, och att förmågan att mobilisera extra då försvunnit.

3.3.1 Reaktionsmönster på stress

De olika hjärnstrukturerna omfattar genetiskt programmerade nätverk som aktiveras av de emotionellt utlösta reaktionerna. Detta gäller såväl det motoriska systemet som det visceral (med autonoma nervsystemet) och det hormonella systemet, där de båda sistnämnda syftar till att göra det motoriska systemet så effektivt som möjligt. De motoriska reaktionerna kan undertryckas hos människan inom vissa gränser, men det kan däremot aldrig de visceral och hormonella, eftersom de inte står under viljemässig kontroll. Om sådant undertryckande sker, uteblir i stor utsträckning den dämpningsprocess som annars uppstår vid utlösande muskelarbete. Resultatet blir förlängd emotionell uppladdning och åtföljande neuroendokrin påverkan på inre organ (Folkow 2001).

Det finns olika reaktionsmönster på stress, och forskningen har i djurstudier definierat fyra sådana som utlöses när organismen utsätts för potentiellt skadliga utmaningar eller hot (*ibid.*).

(1) Vaksamhet (*Vigilance reaction, freeze*). När ett rovdjur närmar sig leder denna reaktion till total immobilisering i den aktiva positionen, man håller andan i inandningsläge. Hos människan är det likaså en typisk reaktion på ett oväntat ljud eller dylikt.

(2) Försvarsreaktion (*Defence reaction, alarm*). Denna följer ofta på vaksamhetsreaktionen och utlöses av olika sorters konfrontation. Anses vara marginell påslagen när organismen är mentalt alert, t ex. i arbetslivet⁵.

(3) Spela-dödreaktion (*Inhibitory reaction, playing-dead*). Denna utlöses när ett djur är instängt i ett hörn och upplever att det inte finns någon utväg. Reaktionen är omedelbar förlust av muskeltonus och komplett immobilitet, återhållen andning, långsam hjärtfrekvens på grund av

⁵ Se närmare beskrivningar av de fysiologiska skeendena i t ex. Perski (2002), Theorell (2004)

vagal påverkan, sympatikusinhibering och blodtrycksfall. Sammantaget blir intrycket ”plötslig död”. Hos människan kan det motsvaras av emotionell svimning (Folkow 2001).

(4) Uppgivenhetsreaktion (*Defeat reaction*). Denna reaktion är typisk för flocklevande djur när de berövas kontroll och socialt stöd och blir utstötta för att hamna lägst i rangordning. Reduktion sker av produktionen av könshormoner och tillväxthormoner och immunsystemet drabbas vid förlängd uppgivenhetsreaktion (ibid.). Det är det parasympatiska nervsystemet, som är ett bromssystem som styr resurshushållning, skadeöversyner, reparationer och nyskapande av vävnader. Det stimulerar produktionen av anabola, uppbyggande, hormoner, som t ex. insulin, könshormoner, tillväxthormoner och hormoner som fungerar i immunsystemet⁶.

Dessa mönster finns hos alla däggdjur. Vaksamhet och Spela-död är reaktioner på plötsliga, oväntade händelser, och varar sällan mer än några minuter. Däremot kan Försvar och Uppgivenhet bli långvariga, de har ofta med flockens eller gruppens liv att göra, såsom hierarki, kontroll och socialt stöd.

3.3.2 Ett hierarkiskt system för stressande påfrestningar

Stressreaktioner utvecklas således från hjärnans limbiska strukturer som uttryck för anpassning till situationen med i huvudsak en av två olika riktningar: i ena fallet utvecklas försvarsreaktionen, och i det andra fallet sker i stället en bromsreaktion som innebär uppgivenhet. Över tid kan också försvarsreaktionen övergå i uppgivenhet (Währborg 2000). En teori som utvecklar detta synsätt är den ’polyvagala teorin’ (Porges 2001). På grundval av särskilda anatomistudier av autonoma nervsystemet och hjärnstammen, särskilt den parasympatiska delen, har Porges föreslagit en teori för hur strategin ser hur vid stressande upplevelser. Den betonar dock i motsats till t ex. MacLeans (1974) teori om den treeniga hjärna (*triune brain*) att de fylogenetiskt mera primitiva strukturerna har förändrats både strukturellt och funktionellt som anpassning till en mera komplex omgivning. Det parasympatiska systemet har på anatomiska grunder delats upp i två fylogenetiskt olika grenar: *det ventrala vagala komplexet* och *det dorsala vagala komplexet*.

⁶ Se vidare Perski (2002)

Det ventrala vagala komplexet, som Porges kallar det sociala engagemangssystemet (ibid.) är en senare utvecklad del, som är mera flexibelt fungerande än de andra två primitivare nivåerna av nervsystemet, det dorsala vagala komplexet och det sympatiska nervsystemet. Dess främsta kännetecken är att det kontrollerar strukturer som regleras av kranialnerverna för ansikte, tuggmuskler, hals, svalg, luft- och matstrupe samt mellanörat. Genom det ventrala vagala komplexet får människan möjlighet att finjustera sin kroppsliga aktivering av dessa kroppsdelar som intar en framskjuten plats i kommunikationen med andra. Aktiveringeringen kan ske med anpassning till den stressande situationens krav, med ett minimum av energiförbrukning (ibid.).

Det dorsala ventrala komplexet är det fylogenetiskt äldsta, och det innerverar hjärta, lungor och matsmältningsorgan. Vid hotfulla situationer anlitas här en specifik försvarsstrategi som går ut på att bevara metaboliska resurser genom immobilisering och genom att drastiskt förlångsamma hjärtrytm och andning.

Dessa båda komplex utgör, tillsammans med det sympatiska nervsystemet som befinner sig mellan de båda parasympatiska grenarna, ett hierarkiskt system för att hantera påfrestningar, stress eller traumatiska händelser. Det senast utvecklade systemet tillämpas först och det mest primitiva sist, föreslår Porges, men påpekar också att blandningar av de tre nivåerna kan förekomma. Genom att de båda lägre systemen kontrolleras av det ventrala vagala systemet undviks att hot direkt kan medföra antingen hyperaktivering (det sympatiska) eller hypoaktivering (det dorsala vagala) (Ogden & Minton 2002).

En plötslig funktionsinskränkning i det högre systemet vid en stressande påfrestning ger det närmast lägre systemet en ökad aktivitet. Det sociala engagemangssystemet, där situationen kan klaras med olika kommunikativa signaler, är det som tillämpas först. Det är det smidigaste och i resurshänseende mest ekonomiska systemet. Men om situationen inte kan klaras med detta, kommer det att stängas ned och istället utlöses starka mobiliseringsimpulser från det sympatiska nervsystemet, det vill säga försvarsreaktionen startar. Om inte heller det sympatiska systemet är tillräckligt som försvar i situationen kommer också detta system att stängas ned, och det dorsala vagala komplexets immobiliserande uppgivenhetsreflex sätter in. När ingenting annat fungerar kommer alltså nervsystemet att slå in på en metaboliskt resursbesparande väg som är en god anpassning för primitiva djurarter i krissituationer.

För däggdjur kan det också vara välfungerande på kort sikt, men på lång sikt kan det vara en dödlig strategi (Porges *ibid.*).

3.3.3 Teoretiska modeller för samband mellan stress och sjukdom

Man kan, förutom den responsmodell för stress som hittills behandlats, urskilja två andra kategorier för stressteori i litteraturen; stimulusmodellen och interaktionsmodellen (Marks et al. 2005).

Stimulusmodellen gäller påverkan som förorsakar skada när en viss gräns överskrids. Man använder sig gärna av olika skalor för självrapportering av stressande livshändelser, såsom *Social readjustment rating scale* (SRRS).

Interaktionsmodellen avser obalans mellan upplevda krav och förmågan att möta dessa krav. Under senare år har framför allt den tidigare nämnda krav-kontroll-stödmodellen som utvecklats av Karasek och Theorell (1990) fått genomslag i forskningen. Den bygger på responsmodellens förutsättningar om långvariga aktiveringstillstånd. Huvudtanken är att höga psykiska krav i arbetslivet är sjukdomsalstrande om det samtidigt föreligger få möjligheter att påverka situationen. Kombinationen av höga psykiska krav och lågt beslutsutrymme kallas för '*spänt*' arbete, medan hög mental belastning vid högt beslutsutrymme kallas '*aktivt*' arbete, låg mental belastning vid litet beslutsutrymme kallas '*passivt*' arbete, och låg mental belastning vid högt beslutsutrymme '*avspänt*' arbete. Långtidseffekterna beskrivs på följande sätt: '*spänt*' arbete ger en ackumulerad spänning som försvårar lärande och utveckling, och samtidigt leder till psykofysiologiska spänningar som kan öka risken för sjukdom. De anabola processerna sätts ned och försvagar kroppens motståndskraft. I det '*aktiva*' arbetet däremot ligger man visserligen på högt varv i kroppen, men samtidigt stimuleras anabolismen och en psykisk tillväxt sker med en vidgning av möjligheterna att klara påfrestningen. I den '*passiva*' situationen har man ingen hög belastning men bristen på beslutsutrymme gör att vissa färdigheter för förlorade. Den '*avspända*' situationen motsvarar det ideala arbetet.

Ytterligare en dimension i denna modell är socialt stöd eller socialt klimat. Om man har ett '*spänt*' arbete och dessutom saknar stöd av arbetskamrater, talar man om en '*isospänd*' situation (*ibid.*)

Begreppet '*coping*' går tillbaka till de modeller som utvecklades av Lazarus och Folkman (1984). I denna modell definieras psykologisk stress som "ett speciellt förhållande mellan personen och omgivningen

som bedöms som påfrestande av personen, eller överstigande dennes resurser och därmed en fara för hennes hälsa". En åtskillnad görs mellan 'primär bedömning' (*primary appraisal*), där en händelse skattas som ofarlig eller farlig, och 'sekundär bedömning' (*secondary appraisal*) där förmågan att bemästra (*cope*) händelsen bedöms. Stress uppkommer när det brister i överensstämmelsen mellan bedömt hot och förmåga till coping. Begreppet coping har kommit att få stor betydelse och många aspekter av det har utvecklats. En viktig sådan är '*locus of control*', det vill säga om man förlägger möjligheten att utöva kontroll hos sig själv eller hos omgivningen. Ett mycket använt begrepp för copingmönster är 'undvikande' (*avoidance*). Det innebär att man undviker att göra något åt ett visst problem, kanske för att man är rädd, eller för att man inte vet hur man ska bemästra det (Theorell, Westerlund & Oxenstierna 2005). Det har visats att copingmönster som att "gå undan" i konfliktsituationer är förknippat med ökade risker för sjuklig förändring, författarna kallar detta *dold coping*. Det finns stöd i forskningen för att kvinnor oftare än män använder sig av *dold coping* (Härenstam et al. 2000; Theorell et al. 2000).

Lazarus' och Folkmans appraisal-modell kritiserar av Marks et al (2005) med frågan "Är det inte bara ett sätt att säga att stress är när man tror att man inte bemästrar situationen?". Copingskalor kan dessutom kritiserar för att den individuella variation som finns att bemästra stressande situationer inte beaktas, och för att de bygger alltför mycket på introspektiva bedömningar som inte stöds av annan typ av evidens.

3.4 Psykoanalys: det omedvetna och psykosomatisk sjukdom

Olika teoribildningar har vuxit fram inom det psykoanalytiska fältet som speglar olika sätt att förstå och betona skilda delar av den metapsykologi som utgör utgångspunkten. Här följer först en kort introduktion till denna metapsykologi och därefter ett urval sådana teoribildningar som är av särskilt intresse för denna avhandling.

3.4.1 Den psykoanalytiska metapsykologin

För att förstå de begrepp och teorier som utvecklats, knutna till den psykoanalytiska metapsykologin, är det nödvändigt att ha grunderna i

denna klart för sig. Metapsykologin vilar på tre pelare: Den första är den *dynamiska*, som beskriver det mentala livet i konflikttermer. Den andra är den *topografiska*, som strukturerar psyket i olika system med skilda funktioner, där den första topografin gäller det omedvetna, förmedvetna och det medvetna, och den andra topografin rör den psykiska struktureringen i detet, jaget och överjaget. De topografiska gränserna handlar främst om barriärer som hindrar psykiskt material att tränga fram mellan olika system. Den tredje pelaren är den *ekonomiska*, som rymmer den psykiska energin i form av driftsurladdningar och -handlingar. Till metapsykologin räknas ibland även en adaptiv aspekt, som gäller försvarsmekanismer för att dölja eller mildra inre obehag av typen ångest eller skamkänsla. Dessutom räknas ibland också hit en genetisk aspekt, som i det här sammanhanget betyder det sätt på vilket det förflutna aldrig kan uttraderas, endast täckas över. Tankar och känslor är förbundna med en 'psykisk energi' och kan bortträngas, det vill säga bli omedvetna, och därmed otillgängliga. Omedvetet konfliktfyllt material, och den energi som omger det, fortsätter emellertid att påverka oss i det fördolda på ett sätt vi inte direkt kan förstå. Vi kan t ex. utveckla somatiska symtom till följd av de omedvetna idéerna eller känslorna. Detta är det berömda "språnget till det somatiska" som Freud kallade konversionshysteri, vilken teori han utvecklade tillsammans med Breuer. De störande elementen isoleras från resten av psyket, det vill säga medvetandet, men bevaras ändå i konverterad, alltså omvandlad, fysisk form vilket ger fortsatta kroppsliga störningar. Konversionen av energi från psyket till kroppen anses söka sitt utlopp i kroppens svagaste punkt, som när strömmen bryter igenom en dåligt isolerad sladd. I en senare utveckling av teorin har den blivit mindre neurofysiologisk inriktad och mera inriktad på konversionssymtomens symboliska mening av en neurotisk konflikt, som dock är omedveten. Symtomen härrör från motoriskt styrda muskler, och skiljer sig på detta sätt från "äkta psykosomatiska kroppsliga reaktioner styrda av det autonoma nervsystemet" (Cullberg 1984).

3.4.2 Störningar i mor-barn-relationen

Utvecklingen av symboliseringsförmågan och det mentala funktions-sättet hos den psykosomatiska patienten påverkas av hur mor-barn-

relationen gestaltat sig (Dejours 1986). Den första spädbarnstidens yttre verklighet formas av moderns omedvetna, vilket i sin tur påverkats av hennes egna barndomsupplevelser, skriver McDougall (1991). Kvaliteten i hennes närvaro och hennes sätt att relatera till barnet, samt hennes relation till barnets far, har en sådan betydelse att vi måste betrakta det presymboliska, preverbala universumet som en möjlig nyckel till förståelsen av psykotisk eller psykosomatisk utveckling. I dialogen med sin mor antas barnet utveckla sin förmåga att differentiera mellan olika signaler och upplevelser. Detta bygger grunden till den vuxna förmågan att bilda representationer för såväl sensoriska känselupplevelser som emotionella känslor, vilket kan förutsättas vara en grund för förmågan att mentalt uppfatta känslornas innebörd och att omsätta dem i ord och handling. Risken för alexithymi och psykosomatik ökar enligt detta synsätt om modern "förbjuder" sitt barn att hämta kraft och tillfredsställelse hos någon annan än henne själv, och därmed hindrar barnet att bli en självständig individ. En annan risk är att modern bestämmer utan att lyssna på barnets behov, och att det alltså inte blir någon ömsesidig dialog med barnet (Sivik 1993). I båda fallen ses det som en hämning av barnets förmåga att bilda symboliska föreställningar om sin saknad eller sin driftenergi, och resultatet blir en otillräcklig utveckling av fantasi och lekfullhet för att tillfredsställa drifterna (ibid.)

Psykoanalytikern Joyce McDougall, ser det psykosomatiska symtomet som ett kvadröjande nödrop från spädbarnstidens beroende av modern. En fundamental brist har uppstått i den psykiska strukturen, och individen behåller länken mellan kropp och psyke på en presymbolisk nivå, vilket är karaktäristiskt för spädbarnstiden. När en hotande situation uppstår och psyket söker en representation för denna för att kunna avge lämplig signal till handling, kan kroppen mentalt kopplas samman med den farosignal som psyket utsänder. När en sådan sammankoppling sker under en tidig period av psykets strukturering, kan de psykosomatiska länkarna "räcka livet ut" (McDougall 1991). Individen har då ingen annan möjlighet än att med drastisk somatisering reagera på yttre och inre stress, eftersom mer utvecklade former av mental representation och affektidentifikation inte kunnat komma till stånd. McDougall tar exempel att om ett spädbarn håller andan vid svår ångest, så kan det utgöra en bas för framtida astmasymtom, och den astmatiska reaktionen kan sedan uppstå i varje situation som väcker ångest. Om istället en ordrepresentation hade förbundits med ångestaffekten, hade upplevelsen blivit tillgänglig för tänkandet och därmed kunde ett direkt somatiskt svar på ångestsignalen ha förhindrats, skriver McDougall (ibid.)

Psykoanalytikern John Bowlby har utvecklat 'anknytningsteorin', ibland också kallad 'bindningsteorin', (*the attachment theory*) för att förklara betydelsen av banden mellan föräldrar och barn, särskilt tidigt i livet (Bowlby 1969; 1973; 1980) och hur dessa erfarenheter påverkar sociala relationer och hälsa i vuxen ålder. Han inorporerade i denna också teorier från andra vetenskapliga discipliner, vilket mötte starkt motstånd i psykoanalytiska kretsar. Emellertid har hans arbete fått stor betydelse och ligger till grund för det mesta som idag sker inom forskningen inom detta område. Bowlby antog att bindningen mellan barn och föräldrar hade till uppgift att säkra barnets överlevnad. Människor behöver nära band till andra människor, vilket är särskilt tydligt hos små barn, och därför är bindningen mellan mor och barn viktig för att barnet ska kunna utveckla ett eget jag. Barn söker kärlek och trygghet hos vuxna för att kunna utvecklas och må bra, och senare studier har också visat att anknytningen är viktig för barnets självkänsla. Anknytning är förknippat med starka känslor för en annan människa och spelar en viktig roll för mönstret i interaktionen i olika relationer. Bowlby föreslog att tidiga erfarenheter och de anpassningar som krävdes av barnet inverkar också senare i livet på individens utveckling.

Bowlby samarbetade med Mary Ainsworth, som gjorde viktiga empiriska studier av interaktionen mellan mor och barn i situationer av separation och återkomst. Bindningsmönstret berodde på moderns förhållningssätt; en uppmärksam mor som var beredd att svara på sitt barns behov gav upphov till en säker bindning. En kylig, avståndstagande och rigid mor gav upphov till ängslig/undvikande bindning. En mor som var ouppmärksam eller reagerade fel gav upphov till den ängsliga/ambivalenta bindningen (Ainsworth et.al 1978).

Bindningsmönstret visade sig ha betydelse för de personlighetsdrag barnet visade i skolåldern och senare i tonåren, där personer med de ängsliga bindningsmönstren utvecklat olika problem såsom t ex. drog-användning, brottslighet, graviditeter, AIDS, mm. (Lewis, Amini & Lannon 2001).

3.4.3 Pseudonormalitet

Dejours (2001) har med psykoanalytisk förståelse för den subjektiva kroppen som utgångspunkt sökt förhålla sig till biologins objektiva kropp inom psykosomatiken. Den levda subjektivitetens yttringar och motsvarande biologiska tillstånd är inte slumpmässiga, menar han, men

vad gäller t ex. minnet, så är det inte heller så att man finner regelbundenheter eller kan reproducera reaktionerna. Dejours menar istället att vi måste se det så, att vi lever samtidigt i två kroppar, den biologiska och den subjektiva, eller den 'erotiska' kroppen i Dejours' terminologi. Dessa två kroppar motsvarar två olika verkligheter. Vid födelsen är det den biologiska kroppen som gäller. Den erotiska kroppen utvecklas successivt med de erfarenheter människan gör, alltmedan hon lämnar kvar den biologiska kroppen såsom den var vid livets start. Den process som kroppen undergår kallar Dejours 'den libidinala subversionen', och den innebär att individen delvis kan frigöra sig från vissa primära fysiologiska funktioner, såsom instinkter, automatiska beteenden och reflexer. Den erotiska kroppen får sin frigörelse genom kvaliteten och framstegen i denna process, och det är i detta perspektiv ursprunget till subjektiviteten och de subjektiva upplevelsorna ska ses. Hur den vuxnes kropp kan mobiliseras och koordineras, liksom dess sensibilitet och hur kontakten kan avgränsas, är med detta synsätt en avspegling av de erfarenheter som gjorts. Den erotiska kroppen reflekterar således troget historien om relationen mellan barnet och den vuxne, menar Dejours. Olika sorters utveckling är tänkbara, om den libidinala subversionen stannar av innebär det en psykisk sårbarhet. För att kompensera detta tvingas individen till det som Freud kallade "jagets klyvning".

För individer som lider av en strukturell brist i sitt mentala funktions-sätt på grund av att den libidinala subversionen avstannat, kan ångesten aktiveras också under ordinära omständigheter. Dejours kallar detta mentala funktionssätt 'karaktäropat' (*caractéropathe*). Karaktäropaten skiljer sig från neurotikern och psykotikern genom en större benägenhet att reagera somatiskt och med automatisk ångest vid påfrestande möten med den interpersonella omgivningen. Karaktäropaten skiljer sig också genom en minskad kapacitet att bygga upp en kompenserande balans efter ett sådant möte. I stället är risken stor att hamna i ett kroniskt patologiskt tillstånd av depression, utan ångest men med allmänt sänkt vital tonus, en sänkt kvalitet av mänsklig existens. Denna depression skiljer sig från den psykotiska eller neurotiska depressionen genom avsaknad av de typiska psykopatologiska symtomen, såsom skuld känslor, självförebåelser etc. I stället ligger somatisering nära till hands, det vill säga den långsamma sortens somatisering som öppnar för vävnadsförstörelse och innebär immunopatologiska processer.

En liknande beskrivning gör McDougall (1991) av somatiserande patienter som avslöjar få neurotiska symtom. För att inte tänka och känna för djupt kring sin inre smärta, vilket skulle kunna bli överväldigande,

tycks de upprätthålla ett kamouflagerad pseudonormalitet. McDougall kallar dessa patienter 'normopater'. Perceptioner av fysiska och psykiska varningssignaler verkar totalt ha uteslutits från medvetandet. De är alltså inte som hos neurotikern förnekade eller bortträngda, och således registrerade i det omedvetna. Istället, skriver McDougall, är minnet av de oroande perceptionerna bortstötta eller totalt utplånade.

'Mentalisering' är den process genom vilken vi blir på det klara med att våra erfarenheter av världen förmedlas av den mentala funktionen. Den är knuten till självutvecklingens gradvisa framväxt av en inre organisation och till att vara en del av den mänskliga samvaron (Fonagy et al. 2004). Mentalisering sker genom reflektion och är intimt förknippad med självet som mental agent. Men det är inte bara en kognitiv process, utan börjar med affekterna som erfars via de primära objektrelationerna, affektregleringen, som spelar en fundamental roll i utvecklandet av självkänsla och känsla av agens. Genom '*mentaliserad affektivitet*' har förmåga erövrats att förstå innebörden av det egna affektiva tillståndet, och det är en erfarenhetsbaserad förståelse som sträcker sig bortom intellektuell förståelse. Det är i denna sfär vi möter motstånd och försvar och också brister i den mentala funktionen, så att känslor misstolkas och upplevelsevärlden beskärs på den emotionella rikedom (Fonagy et al. *ibid.*). På grundval av detta föreslår författarna att inte bara självreflektion utan också förmågan att reflektera över andras sinnestillstånd är konstruerade förmågor som härrör ur de tidigaste relationerna.

Också i fransk psykoanalytisk psykosomatik är mentalisering (*mentalisation*) ett viktigt begrepp som introducerats av Marty (1976). Han betraktade mentalisering som "kroppens väktare", och som begrepp täcker det hela fältet av psykisk utveckling, men först och främst rör det individens mentala representationer och fantasiliv. När dessa representationer opererar i det förmedvetna, utvecklas kvalitén av mentaliseringen och Marty har beskrivit mentaliseringens tre axlar: täthet, flöde och varaktighet, som anger olika dimensioner i de mentala representationernas aktivitet. Psykoanalysens uppgift, menar han, är att stärka mentaliseringsprocessen (Nicolaidis 1997).

I flera teorier som psykoanalytiskt inriktade forskare utvecklat, är affekterna hjälplöshet och hopplöshet en viktig förutsättning för de symptom som utvecklas. Den viktigaste av dessa är den som har Georg L. Engel och Arthur H. Schmale som upphovsmän. Dessa fann att hjälplöshet och hopplöshet relaterade till förluster hade ett samband med att sjukdom uppstod (Engel & Schmale 1967). De postulerade ett psykobiologiskt tillstånd som de kallade 'ge upp – uppgivenhetskomplexet' (*the*

giving up – given up complex), och menade att det var ett förändrat tillstånd hos jaget, i vilket lämpliga försvarsåtgärder mot förlusten inte fanns att tillgå och handlingsförmågan ännu inte hade utvecklats. Hjälplösheten och uppgivenheten var relaterad till omgivningen och den minskade känslan av säkerhet i relationen med andra. Hopplösheten hade att göra med att ge upp, och relaterades till självet och den minskade känslan av att vara intakt. Tillsammans skapade dessa affekter resonans med liknande erfarenheter i det förflutna. Den biologiska komponenten i detta var konservering-tillbakadragande, ett försvarssystem som var knutet till det autonoma nervsystemets parasympatiska gren och hade ett överlevnadsvärde på kort sikt. Detta kontrasterade mot det sympatiska nervsystemets flykt-kamp-reaktioner (jämför den 'polyvagala teorin', se 3.3.2). När en gång uppgivenhetskomplexet var etablerat, tänktes det ge upphov till autonoma, endokrina och immunologiska processer som antogs sänka kroppens motståndskraft och ge upphov till sjukdomar.

3.5 Personlighetsdrag

Teorin om 'konversionshysteri', beskriver svårigheter att handskas med inre konflikter av driftsurladdningskaraktär. Häri ingår begreppet 'psykologisk sårbarhet', vilket enligt psykoanalytisk/psykodynamisk teori anses relaterat till den psykosociala och psykosexuella utvecklingen. Psykologisk sårbarhet karaktäriseras av svårigheter som uppstår under denna, samt av en oförmåga att uppfatta och hantera känslor. Detta anses kunna innebära ökad risk för psykosomatisk sjukdom. Andra personlighetsdrag som också kan öka denna risk är t ex. depressivitet, hypokondri, hysteribenägenhet och somatisering (Sivik, 1993). Dessa drag måste, enligt psykoanalytisk teori, för att bli förståeliga ses i perspektiv av barnets psykosexuella utveckling.

Något som psykoanalytiker länge hade lagt märke till hos analysander som utvecklade somatiska symtom, var att de hade svag självkänsla och var starkt beroende av andra. Det tog sig uttryck i att de närmast var överanpassade till omgivningens krav och normer. Detta ansågs bero på en oförmåga att uttrycka sitt inre liv med hjälp av symboler, särskilt när det gäller starka affekter och konflikter (Ruesch 1948; Malt 1995). En särskild 'psykosomatisk personlighet' (McDougall 1991) beskrevs, där kännetecknet först gällde tänkandet hos dessa personer, som angavs vara pragmatiskt, affektlöst, logiskt, kausalt och konkret. Detta döptes av den

så kallade Parisskolan till operationellt tänkande (*la pensée opératoire*) (Marty & M'Uzan 1963). Relationerna i dessa personers liv tycktes vara i stort sett "avlibidiniserade" (McDougall 1991), men det har senare också hävdats att deras starka inre olösta konflikter ofta leder till aggressiva drömmar och att de inte sällan får okontrollerade utbrott eftersom de har svag impuls kontroll (Sivik 1993).

Parisskolans publikationer på 1960-talet ledde till att forskare inom psykosomatisk medicin i Boston antog och utvecklade begreppet alexithymi (Nemiah & Sifneos 1970; Sifneos 1973). Det knöts främst till svårigheter att identifiera och uttrycka känslor, och man såg symtomen som resultat av neuroanatomiska defekter. Alexithymi har blivit ett nyckelbegrepp inom psykosomatiken då det utmärker många patienter med psykosomatiska sjukdomstillstånd, menar Sivik (1993), och hävdar att patienter med detta personlighetsdrag uppvisar såväl kognitions- som affektstörningar och dessutom ofta har störda objektrelationer. McDougall (1991) hävdar att det handlar om en psykisk ekonomi som förhindrar insikt om överväldigande känslor och får personen att behandla traumatiska händelser med kallsinnighet och onormalt lugn. Hon menar rentav att det rör sig om fruktan av psykotiskt art, det vill säga faran för att förlora sin identitet och bli mentalt fragmenterad och kanske också galen. Därigenom skiljer sig McDougall från den tidigare nämnda forskningen.

Tänkandet bedöms således som konkret, pragmatiskt och affektlöst både i relation till sig själv och till andra. Tecken på fantasiliv eller symbolisering saknas, vilket anses bero på att individen har förlorat kontakten med driftskällan. Operationellt tänkande förmodas representera ett skört och instabilt psykosomatiskt jämviktstillstånd, där överjaget ofta har sänkt kvalitet, eller att dess ersättning, *idealjaget*, har överdrivna attribut. Huvudsakligen anses det operationella tänkandet visa sig i frånvaro av regressiv kapacitet och psykisk passivitet, vilket skulle antyda en risk för sammanbrott såväl psykiskt som somatiskt. Men t ex. McDougall (ibid.) menar, att de psykosomatiska patienter hon arbetar med oftast inte har ett tänkande som kan betecknas som operationellt. Däremot, påpekar hon, reagerar vissa patienter affektlöst, och det handlar då om en psykisk ekonomi som får patienten att behandla traumatiska händelser med onormalt lugn och kallsinne. Därigenom undviker patienten kontakt med upprörande känslor som kan öka den psykosomatiska sårbarheten. Sådana patienter kan beskriva upplevelser av tomhet och brist på kontakt med människor och händelser, och McDougall

menar att det ofta handlar om försvarsåtgärder mot utsäglig smärta och fruktan att förlora sin identitet eller bli galen.

3.6 Fenomenologisk tradition

Den genomgång som gjorts i föregående avsnitt av forskning och klinik inom det psykosomatiska området visar, att det trots stor rikedom av teorier och forskningsresultat, inte finns särskilt många beskrivningar av fenomenet psykosomatik från den enskilda människans perspektiv. Det går inte att med hjälp av dessa olika metoder få frågorna som ställdes när det gällde kvinnan i exemplet i inledningen tillfredsställande besvarade. Vilken mening uttrycks med hennes spända och värkande kropp, med hennes oro och gråt? För att söka svar vänder vi oss till fenomenologin, som är en vetenskap som är villig att söka förstå det som undersöks ur subjektets synvinkel, och där redskap finns att ta reda på vad det undersökta är, i det här fallet meningsskapandet så som det ser ut med psykosomatiska förtecken. En kortfattad beskrivning kommer därför nu att göras av en teori för psykosomatik som bygger på fenomenologiska tankegångar.

3.6.1 Psykosomatisk teori baserad på Merleau-Pontys filosofi

Med grunden i Merleau-Pontys fenomenologi har Jennifer Bullington (1999) skapat en teori för psykosomatik, som genom sitt perspektiv på den levda kroppen utgör en holistisk utgångspunkt för att belysa de frågor som är viktiga för att förstå de psykosomatiska fenomenen. Hon definierar psykosomatisk patologi som symtom och sjukdom, med eller utan skador, som kommer från alla delar av kroppen och "används" på ett sådant sätt att de ersätter ett symboliskt, verbalt språk.

I snävare mening används psykosomatik som uttryck för en specifik etiologi, där patologi utlöses och vidmakthålls av *meningen*, det vill säga den psyko-sociala realiteten. Uttryckt på ett annat sätt: den patient som har något att "säga" med sin kropp har ett psykosomatiskt tillstånd.

Den levda kroppen är teorins utgångspunkt, och en person anses alltid befinna sig någonstans på kontinuet kropp-psyke. Det symtom eller de besvär som kommer till uttryck, är ett kroppsligt svar på en utmaning som har uppkommit på en psyko-social nivå i en persons levda situation.

Den levda kroppen är den kropp-/psykeenhet som alltid befinner sig i en relation till världen, vilket är en konkret, levd situation. Meningen kan ses som det levda förhållandet mellan det förkroppsligade subjektet och den konkreta situationen, och den kan avläsas på lägre eller högre förståelsenivå och yttra sig på många olika sätt, från biokemiska processer till effekter på högre funktionsnivå (psykologisk, social etc.).

Det finns '*strukturer*' för att hantera kontakten med tillvaron på olika förståelsenivåer (kroppsliga strukturer, varseblivningsstruktur, psykologisk-kognitiv struktur, social struktur) och dessa strukturer är personens sätt att försöka uppnå harmoni mellan det givna, alltså den aktuella situationen, och hennes svar på detta. T ex. kan en konflikt på en arbetsplats yttra sig som ryggont hos någon, vilket utgör ett svar på kroppsnivå. Detta skapar en situation som liknar jämvikt, men den är dock inte tillfredsställande i längden, eftersom det inte kan lösa det problem som var orsaken, nämligen konflikten på arbetsplatsen, alltså den psyko-sociala realiteten. För att lösa detta problem krävs en psyko-social struktur.

Mening utvecklas således i det dialektiska förhållandet mellan människan och hennes situation. Om det inträffar något som vi inte känner till sedan tidigare söker vi omedelbart skapa en mening, det vill säga *vi transformerar våra gamla strukturer* och får på det sättet en ny förståelse och ett nytt perspektiv på frågan. Problemet för den psykosomatiska patienten är att hon av något skäl inte förmår transformera strukturerna för att möta utmaningen, och därför kan hon inte heller skapa ny mening i det som sker. Hon kan exempelvis sakna tillgång till trådar till det förflutna, vilket skapar hål och blinda fläckar i erfarenhetsfältet. I stället måste hon förhålla sig till den spänning situationen skapat genom att söka sig till kroppens erfarenheter. Kroppen är alltid inblandad i erfarenheterna och de lägre existensnivåerna (kropp, sensation, perception etc.) är de fundament på vilka den högre ordningens nivåer vilar. Kroppen träder nu fram som figur och den problematiska situationen blir bakgrund. För att åter rikta uppmärksamheten mot världen, bort från de kroppsliga erfarenheterna, måste förmågan att transformera de högre strukturerna återställas, så att ny mening kan skapas.

Med '*sedimentering*' avses hur strukturer har en tendens att upprepa sig i favoritmönster. Därigenom behöver vi inte ägna uppmärksamhet åt välkända företeelser, utan vi får den stabilitet vi behöver för att göra nya erfarenheter i den enormt rika mänskliga världen. För den psykosomatiska patienten är den lägre nivåns kroppsliga svar det sätt som "föredras" att göra erfarenheter av världen, och sålunda sedimenteras de somatiska strukturerna på denna förståelsenivå.

Vår specifikt mänskliga förmåga att sträcka oss bortom det givna mot det möjliga är innebörden av begreppet '*transcendens*'. I denna teori är transcendens den dimension av mänskligt liv som bevarar upplevelsen av självet, som skapar en centrumpunkt i livshistorien och som motiveerar den vuxnes ansvar. Den psykosomatiska patienten har förlorat kontakten med denna dimension av transcendens och befinner sig på kropps-nivån som kvasi-"ting", vilket tillåter honom att undvika sin subjektivitet och frihet i den formen Jean-Paul Sartre (1943/1980) kallar "ond tro" (*mauvaise foi*) eller självbedrägeri. Detta är det icke-autentiska sättet att vara på, och innebär enligt Sartre att människan, för att kunna undvika obehagliga sanningar om sig själv, försöker bortse från sitt ansvar att se till sina egna grundläggande förutsättningar.

Självet, eller '*personlig existens*', är en persons levda subjektivitet i en konkret livssituation. Självet är där en komplex förening av mänsklig förkroppslig (vilket inkluderar nivåer av mänsklig högre ordning för den psyko-sociala verkligheten) engagerad i en konkret livsvärld. Vi förnyar kontinuerligt meningen med det vi finner i situationen och transformerar denna mening tillsammans med andra. Att självet "blir" är liktydigt med insikten att vi inte är färdiga förrän vårt sista ögonblick. "Det är den mening mitt liv tillskrivs som är jag", skriver Bullington (s. 230, min övers.). "Vi är möjligheter till dess vi dör, och då blir vi en gång för alla summan av det som har varit"

Dynamiken i den psykosomatiska processen beskriver Bullington på följande sätt: Det inträffar en situation i patientens aktuella liv som hon eller han inte kan bemöta med sina sedimenterade strukturer. Inte heller kan en transformation av aktuella strukturer ske så att en anpassning till situationen kan göras. I patientens liv förhindras nu att mening på högre förståelsenivå artikuleras. Men eftersom människan alltid består av både lägre och högre förståelsenivå, både kropp och själ, kommer denna situation att få ett uttryck på den lägre nivån, kropps-nivån. Den somatiska strukturen, det vill säga den kroppsliga erfarenheten och de kroppsliga symtomen, reagerar i sådana situationer som hos personer som inte reagerar psykosomatiskt skulle ha väckt tankar, känslor och kanske handling för att skapa mening. Symtomet eller sjukdomen är ett försök att uppnå harmoni med den spänning situationen skapat, men den kroppsliga förståelsen förmår inte anpassa människan till den nya och utmanande situationen. En sådan anpassning kan endast ske genom den högre förståelsenivån.

Sammanbrottet av den dialektiska meningen i patientens liv upplevs som en omvändning av figur/bakgrund, där den mot världen riktade

intentionaliteten nu sker från kroppen och kroppsliga sensationer. Detta medför att den kroppsliga intentionaliteten riktas mot den omöjliga situation som inte kan uttryckas av de högre strukturerna. Bullington kallar omvändningen ”kognitivt uppmärksammande”. Meningens dialektik mellan människa och situation försvinner, och så länge som denna situation består i patientens liv kommer disharmoni att bestå. På de lägre, kroppsliga nivåerna är hon inte i kontakt med sin personliga existens. Symtomet eller sjukdomen, av Bullington också betecknat som ”tillbakadragande från självet” (*retreat from self*) blir kvar till dess den högre ordningens strukturer kan transformeras.

Bullington resonerar också omkring kroppsliga minnen. Kroppen lever meningen, precis som man med tankar och reflexioner också lever meningen, men den levs olika på olika nivåer. Det kroppsliga symtomet såsom frusen tid, är uttrycket för ett förflutet som inte har inlemmats i sedimenteringen, hävdar Bullington. Det är ett förflutet som är otillgängligt för människan, hon kan inte bara gripa efter det som efter ett minne. Kroppsliga minnen aktiveras av den innevarande situationen när den högre ordningens funktion saknas.

Med sin fenomenologiska inriktning på människans upplevda erfarenheter och kroppens aktiva del i meningsskapandet är Bullingtons teori den bäst lämpade för de empiriska studier som ska göras. Dessa presenteras i nästa kapitel.

1. Avhandlingens syfte och valda metoder

I detta kapitel kommer en beskrivning att göras av hur det övergripande syftet motiverat den uppläggning avhandlingen fått. Precisering görs av vilka forskningsfrågor som ska undersökas, och därefter vilka metodmässiga ställningstaganden detta kräver. Forskningsfrågornas besvarande hålls inom den fenomenologiska ramen, men kräver vad gäller datainsamling och tolkning av den anonyma kroppsligheten, att kunskaper och tillämpningar från det psykofysiologiska vetenskapsområdet används. Detta låter sig göra enligt de teoretiska överväganden som redovisats i kapitel 2 (avsnitt 2.3.5.2). Med anledning av detta användande av två discipliner med skilda vetenskapliga förhållningssätt, görs en relativt utförlig teoretisk bakgrundsbeskrivning av såväl utgångspunkten i fenomenologi-hermeneutik, liksom av den i psykofysiologi. Denna senare redovisas i sina grunddrag i bilaga 2A, samt i dess relevanta tillämpning för avhandlingen i framställningen som följer. Här görs först en beskrivning av hur psykofysiologiska mätmetoder kan användas vid kartläggning av emotionella tillstånd, för att klarlägga hur sådana data kan utnyttjas. Slutligen sammanfattas kunskaperna från de båda vetenskapliga fälten som är av betydelse för avhandlingen.

Som forskningsdata används redan insamlat kliniskt material från inlednings- och avslutningsintervjuer vid kroppsligt inriktade terapiserier, och en redogörelse lämnas för hur datamaterialet kommit till i den kliniska behandlingsmiljön, och vilka överväganden för forskning och etik detta föranleder.

4.1 Övergripande syfte

Den teoretiska utgångspunkten för denna avhandling är, som framgått av föregående kapitel, den fenomenologiska, som innebär att människans meningsskapande äger rum i relation till den specifika situation som råder i det intersubjektiva fält där hon befinner sig. Hon försöker på olika sätt att förhålla sig till villkoren i detta fält, och de psykosomatiska symtomen uttrycker hur hon svarar an, det vill säga de utlöses och vidmakthålls av den psyko-sociala realiteten. Det meningsskapande som sker, äger rum på den personliga, mentala nivån och i ett samtidigt samspel med en aktivering av kroppsliga system på en ortikulerad, anonym nivå. Ökade insikter om olika aspekter av detta meningsskapande är ett övergripande mål för avhandlingen, och närmare bestämt vad som händer när meningsskapandet av något skäl inte fungerar enligt den teoretiska utgångspunkten, utan hämmas i något avseende. Det som då sker på personlig respektive kroppslig nivå kan klarlägga förhållanden som kan bidra till att belysa meningsskapandet som sådant. Det psykosomatiska sammanbrottet är en sådan situation, där mening på högre förståelsenivå enligt teorin inte kan artikuleras (se 3.6.1).

Avhandlingens syfte är därför att undersöka meningsskapandet när det inte hjälper människan att göra världen meningsfull och övervinna svårigheter, utan istället leder till ett psykosomatiskt sammanbrott. Genom sådan undersökning kan insikter vinnas om hur mening på högre förståelsenivå förhindras, och därigenom kan vi få ny kunskap om meningsskapandet som sådant.

Meningsskapandet är således forskningsobjektet och det valda fältet är det psykosomatiska sammanbrottet.

I enlighet med fenomenologisk vetenskaplig tradition inriktas studien på meningsskapandet om *upplevelsen* av det psykosomatiska sammanbrottet, för att klarlägga denna upplevelses struktur. Därmed kan, som syftet är, en beskrivning göras av meningsskapande när det inte hjälper människan i en problematisk situation.

Den viktiga utgångspunkten i fenomenologisk teori att meningsskapande sker i en sammanflätning mellan de två existensformerna anonym, kroppslig och personlig, tematisk nivå (se 2.3.2.1), motiverar emellertid ytterligare en undersökning. En fördjupning görs därför av delar av den första studien vad avser meningsskapandets samtidiga kroppsliga aktivitet. Detta är inriktningen på den andra studien, och

därmed åsyftas att vinna klarhet i hur sammanflätningen mellan den kroppsliga och den verbala nivån ter sig vid meningsskapande.

På detta sätt erhålls i den andra studien en bild av meningsskapandet ur fenomenologisk synvinkel så som det samtidigt pågår i människan på artikulerad och oartikulerad nivå. Det övergripande syftet preciseras därmed i följande två forskningsfrågor:

Hur ser upplevelsens struktur av det psykosomatiska sammanbrottet ut?
Hur ser den kroppsliga aktiviteten ut i förhållande till uttryckt meningsinnebörd?

Syftet och de preciserade forskningsfrågorna samt fenomenologin som valt teoretiskt perspektiv (inkl. den objektrinriktade datainsamlingen) utgör bakgrunden till den forskningsdesign som presenteras i det följande.

4.2 Val av metod

Upplevelsen som leder fram till det psykosomatiska sammanbrottet är central i båda studierna. Fenomenologin kräver att det rör sig om den *subjektiva jag-upplevelsen*, som alltså är formulerad i första person, och det kan göras genom återberättande i tal eller skrift. För den andra studien krävs dessutom att datainsamling görs av den kroppsliga aktivitet som pågår samtidigt med meningsskapandet. Denna kroppsliga aktivitet tillhör i huvudsak den anonyma existensnivån och kan därför inte verbaliseras såsom jag-upplevelse. Data måste därför samlas in genom att den kroppsliga aktiviteten registreras ”utifrån” med en metod som gör *kroppen till objekt* för forskaren. Detta strider mot fenomenologins grundprinciper, men tillvägagångssättet kan, som visats i avsnitt 2.3.5.2 integreras inom den fenomenologiska ansatsen.

I den framställning som följer presenteras de metoder som används för att besvara de båda forskningsfrågorna i tur och ordning.

4.2.1 Forskningsfråga studie nummer 1: Det verbala meningsskapandet

Den första studien för att belysa meningsskapandet gäller den personliga, verbala nivån. Underlag är beskrivningar av de omständigheter som berör sammanbrottets uppkomst. Meningsskapandet analyseras och formar fenomenet 'psykosomatiskt sammanbrott'. För att fånga de strukturer som bygger upp fenomenet så väl som möjligt grundas analysen på informanternas beskrivningar vid två olika tillfällen, då de kan förutsättas vara kvalitativt olika och därmed kompletterande. Den ena tidpunkten är före behandling, då upplevelserna fortfarande är tydliga i minnet och samtidigt präglas av de svårigheter de lett fram till. Den andra tidpunkten är efter behandling, då upplevelserna är bearbetade och därför kan utmärkas av fördjupad förståelse. I analysen kommer beskrivningar från båda dessa tillfällen att användas för att därigenom ge en nyanserad bild av den levda vägen till det psykosomatiska sammanbrottet.

Frågeställning: Hur ser upplevelsens struktur av det psykosomatiska sammanbrottet ut?

Metod: Empirisk fenomenologisk psykologisk (EPP) metod.

4.2.1.1 Fenomenologisk psykologisk metod, EPP-metoden

Den första studien för att belysa meningsskapandet gäller den personliga, verbala nivån. Underlag är beskrivningar av de omständigheter som berör sammanbrottets uppkomst.

Husserls fenomenologiska filosofi innebär att människan ses som intentionalt upplevande och handlande varelse, vilket är liktydigt med att människan betraktas som aktiv, skapande och inte som en passiv mottagare av stimuli som är oberoende av henne. Denna filosofi ligger till grund för den metod som valts i den första studien. Det är den empiriska fenomenologin, och analysmetoden kallas EPP-metoden (EPP = Empirical Phenomenological Psychological). Den är utvecklad av Gunnar Karlsson (1995) och syftar till att studera livsvärlden så som den upplevs av människor. Vidare bygger metoden på Husserls filosofiska metod, där reduktionerna syftar till att parentessätta den naturliga inställningen, genom vilken man tar för givet att erfarenheten visar världen som den verkligen är. Genom parentessättningen kan man reflektera över hur fenomenet är givet i och genom medvetandet. Men i det empiriska fenomenologisk-psykologiska projektet måste reduktionerna få en modifi-

erad form jämfört med Husserls filosofiska metod, eftersom andra personers verkliga uppgifter används som data i motsats till att filosofen själv tänker ut exempel. Om dessa verkliga uppgifter också skulle sättas inom parentes skulle forskaren fjärras från den mening informanten beskriver i texten (Karlsson 1999).

4.2.1.2 Hermeneutik

Metoden innehåller också hermeneutiska element. Data som insamlas genom intervjuer som transkriberas får formen av textmassor. Hur ska denna text förstås? Vad menas överhuvudtaget med förståelse i det här sammanhanget? Hermeneutik är en filosofi om förståelsens villkor och det är också en forskningsansats där tolkningen är central. Det gäller således studiet av metodologiska principer för tolkning och förklaring. Tolkning är kanske den mest grundläggande akten i mänskligt tänkande. Man kan faktiskt säga att själva existensen är en konstant pågående tolkningsprocess (Palmer 1969). Människan måste förstå andra människor, och för detta används bland annat språket. Därför måste varje teori om mänsklig tolkning hantera fenomenet *språk*. Genom språket kanaliseras människans alla livsaspekter; känslor, socialt beteende, abstrakta tankar och så vidare. Djupare sett är det uppenbart att språket är det medium genom vilket vi lever, verkar och finns till. Hermeneutik är alltså dels frågan om vad som ingår i förståelsen av en text och dels vad denna förståelse i sig är, i sin mest grundläggande och existentiella mening.

Förståelsen öppnar oss för möjligheter i vår egen natur och därmed också för individuella personers liv. Det är en förflyttning till och en återupplevelse av den värld en människa möter, och man känner igen sig själv i den andra personen. Förståelse uppstår enligt principen för den 'hermeneutiska cirkeln' – helheten definieras av delarna, och delarna kan å andra sidan endast förstås fullt ut mot bakgrund av helheten. Nyckelordet är *mening*, meningen är det som blir klart i den ömsesidiga processen mellan helheten och delarna. Ur meningen av de individuella delarna ges en förståelse av helhetens betydelse, vilket i sin tur ändrar ordens obestämdhet till ett bestämt och meningsfullt mönster. Detsamma gäller för livet; en händelse eller upplevelse kan ändra våra liv så, att det som tidigare var meningsfullt blir meningslöst och en oviktig tidigare upplevelse kan få mening i efterhand. Betydelsen av helheten bestämmer delarnas funktion och mening.

Förståelsens cirkularitet innebär att det inte kan finnas någon "fördomsfri förståelse", varje förståelseakt äger rum i ett givet sammanhang.

Det innebär att en förståelse som inte är relaterad till upplevelse inte är tillämplig i humanvetenskaper. Eftersom vi alltid förstår från vår egen horisont som är en del av den hermeneutiska cirkeln sker denna förståelse genom konstant referens till vår erfarenhet.

Enligt Gadamer (1960/1994) är förståelsen en dialektisk process där personens självförståelse (hans horisont eller 'värld') smälter samman med den horisont han möter. Tolkarens metodologiska uppgift är därför att finna genomförbara sätt att tillåta interaktion mellan den egna horisonten och texten. Självförståelsen är redan placerad i historien och traditionen, och Gadamer anser därför att det inte kan finnas någon tolkning som är fri från förförståelse. Förförståelse, eller fördom, kommer från den tradition vi tillhör, och vi kan inte, och ska inte, försöka göra oss av med den eftersom den är basen i vår förmåga att överhuvudtaget förstå historien. Det förflutna kan förstås endast när horisonten breddas genom att det som möts införlivas.

4.2.1.3 EPP-metodens grunddrag

Forskningsprocessen i bred bemärkelse börjar med informanternas ursprungliga upplevelse, vilken inte i sig behöver utgöra ett hermeneutiskt objekt. För detta krävs att upplevelsen fixeras i något som har textstruktur, det vill säga informantens text (Karlsson 2004). Texten, intervjuprotokollet, är inte synonym med det ursprungliga upplevandet, eftersom det finns ett gap mellan tidpunkten för upplevelsen och för formuleringen i texten. Händelser kanske inte nämns, de kan ha fallit i glömska, ha omvärderats och så vidare. Texterna härrör också från två olika tillfällen, där förståelsen av vissa skeenden kan ha förändrats från det första till det andra tillfället. Dessutom är tal och tänkande olika strukturerat, vilket också kan påverka hur upplevelsen återges, påpekar Karlsson (ibid.). En forskningsprocess som bygger på i efterhand beskrivna upplevelser kan därför inte ha ambitionen att fånga det ursprungliga upplevandet, opåverkat av den tid som förflutit. I den här avhandlingen är detta inte heller studieobjektet, utan istället det fenomen som kan härledas ur de händelser som informanten retrospektivt, vid intervjutillfället, ger mening som viktiga, relevanta och sammanvägda på det sätt som de i samma ögonblick träder fram för informanten.

Informantens text blir alltså föremål för tolkningsarbete, och där skiljs två olika moment ut. Det första, kallat Forskarens Empatiska Förståelse (FEF), hänför sig enligt Karlsson till det ursprungliga upplevan-

det, i det här fallet så som det framstår vid intervjutillfället. Uppgiften är att förstå de konkreta situationer, tankar och känslor som informanten berättar om, hänförliga till ett ursprungligt upplevande. Uppgiften är också att få dem så tydligt och brett beskrivna som möjligt. Det är emellertid inte möjligt att få en text som täcker in hela upplevelsen i intervjun, eftersom den alltid kommer att vara rikare till sitt innehåll än vad som är möjligt att återge. Det gäller att med FEF förstå upplevelsen så nära informantens intentioner som möjligt, och i detta förutsätts inget särskilt teoretiskt perspektiv.

FEF ligger sedan till grund för det tolkningsarbete som görs genom Forskaren Interpretativa Förståelse (FIF), och då försöker man med hjälp av sitt teoretiska perspektiv att skapa en fördjupad förståelse av informantens egna tematiserade upplevelser. I den konkreta forskningsprocessen sker en pendling mellan de två förståelsemomenten FEF och FIF. Den empiriska fenomenologin är det teoretiska tolkningsperspektiv som intas i denna avhandling. Texten övergår från att vara ostentativ (utpekande) refererande i FEF till att uppvisa icke-ostentativ referens i FIF. Detta innebär att en konkret händelse, förstådd enligt FEF, kan ges en utvidgad betydelse som inte är begränsad till den händelsen, utan på ett vidare sätt uppvisar en möjlighet att vara på i världen. Tolkningen får här en inriktning på att adressera en horisont som texten erbjuder, i syfte att öppna en meningsfull värld, beskrivet i allmänna termer. Vilken möjlig förståelse detta öppnar upp för avgörs av det teoretiska forskningsperspektivet, syftet är att få en djupare förståelse för det fenomen som studeras. Det är alltså nu inte längre frågan om att återge informantens upplevelse exakt utan att skapa en fördjupad förståelse för fenomenet från en speciell teoretisk position (som utöver empirisk fenomenologi kan vara t ex. psykoanalys, feminism mm.) och texten blir därmed mera autonom.

De partiella fenomenologiska reduktionerna syftar till att göra forskaren så öppen och förutsättningslös som möjligt i förhållande till det som tolkas, vilket innebär att förståelse söks utan teorier eller i förväg uppställda hypoteser. Alla psykologiska teorier sätts inom parentes, likaväl som teorier inom andra vetenskaper. Detta innebär inte att man förnekar de teorier man annars använder, men att man gör sig medveten om dem, för att de inte ska påverka analysarbetet. Det är dock inte uteslutet, skriver Karlsson (ibid.), att vissa teorier kan innehålla iakttagelser som är intressanta för det fenomenologiska perspektivet, och forskaren kan då efter kritisk granskning använda sig av dem i analyserandet av texten. Forskaren använder sig inte heller av hypoteser eller konstruktioner för

att förklara fenomenet, utan måste försöka vara så fri som möjligt också från egna sådana personliga investeringar. Det fenomenologiska arbetet innebär mera att inta en viss hållning, att ”öppna sig för det som är, utan att försöka kontrollera skeendena” (ibid.) eller som Dahlberg (2003) skriver, att ”vänta in” att fenomenen och deras essens visar sig, snarare än att använda en viss metodologisk teknik, eftersom övergången från den naturliga attityden till den fenomenologiskt vetenskapliga kräver att vi saktar ner förståelseprocessen för att vi inte oavsiktligt ska återintala den naturliga attityden.

Enligt den moderna hermeneutiken är det vidare en förutsättning för forskarens förståelse att han har en viss förförståelse. Det finns alltså en viss spänning men inte motsägelse, menar Karlsson, mellan å ena sidan denna nödvändiga förförståelse och å andra sidan den eftersträlvade öppenheten och självkritiska inställning som också krävs.

Genom EPP-metoden kan det intentionala förhållandet mellan subjekt och objekt upptäckas, alltså den mening en person ger ett visst fenomen. Det resultat som ska uppnås med analysen är en beskrivning av fenomenets meningsstruktur. En sådan meningsstruktur består av ett antal kännetecken med en viss konfiguration, som kan återfinnas i alla protokoll (generella kännetecken) eller i vissa (typologiska kännetecken). Om det gäller generella kännetecken kan de testas om de är ontologiska konstituenten, som beskriver nödvändiga villkor för fenomenet i enlighet med Husserls filosofiska fenomenologi. I så fall ska dessa villkor vara giltiga i alla tänkbara fall av fenomenet ifråga, inte bara för studiens empiriska data, vilket är fallet för de generella och typologiska kännetecknen.

Det praktiska analysarbetet görs i olika abstraktionsnivåer (Karlsson 2004). Den första nivån handlar om att uppdaga den meningsstruktur som inte är bunden till de specifika angivelser av tid och plats som informanten gjort. Det handlar här således om att händelser som förstås enligt FEF ges en vidare innebörd enligt FIF. Texten delas därför in i meningsbärande enheter som transformeras till ett neutralt forskarspråk, där den allmängiltiga betydelsen bortom de konkreta uttrycken kan framträda. Den här nivån verkställs genom steg 3. Den andra nivån handlar om att jämföra alla ingående protokoll med varandra för att finna meningslikheter som kan utgöra kännetecken eller typologier för fenomenet. Verkställs i steg 5. Den tredje nivån är den högsta, och det är den ontologiska nivån enligt ovan, det vill säga om de kännetecken man funnit kan betecknas som konstituenten som är nödvändiga villkor för

fenomenet ifråga, och som föreligger i varje tänkbart fall. I detta avhandlingsarbete åsyftas dock inte sådana abstrakta resultat, utan analysen kommer att stanna på den andra nivån.

4.2.1.4 Exemplifiering av EPP-metoden

I det följande exemplifieras tillämpningen av EPP-metoden genom ett litet utsnitt ur en videofilmad intervju och den analys i olika steg som gjorts av just detta utsnitt.

Den första uppgiften i steg 1 är att läsa igenom protokollen upprepade gånger för att få ett bra grepp om innehållet i texten. I steg 2 delas texten upp i meningsenheter (ME), där meningsskiften i texten noteras och markeras.

Men sen då.. Sen.. sen när det gäller det här konsultjobbet då, så blev det, ja, enormt liksom, det blev ett klimax på den här konflikten och, och det blev enorma.. eller stora förändringar. Det kom in en person i chefsställning som jag inte hade ett dugg förtroende för. (ME1)/Och, och sen så kände jag liksom mot.. ja, jul-nyår, att det här, det funkar inte. Jag bara kände hur liksom, jag kände igen vissa delar utav det jag hade känt när jag blev så kallad.. eller så kallad, när jag fick depressionen va. Så jag bara kände Ouff! Och jag blev rädd för vad, vad gör man med det här? (ME2)/För jag var inte deprimerad, jag var bara slut. Färdig, liksom, men höll emot, och höll emot.. (ME3)/

I texten ovan beskriver informanten i den första meningsenheten hur situationen på arbetsplatsen blir alltmer pressad. Ett meningsskifte inträder när hon beskriver hur hon får specifika kroppsliga och psykiska upplevelser av denna press, och där hon känner igen delar från en tidigare depression, och de möjliga konsekvenserna skrämmer henne. I nästa meningsenhet uttrycker hon att det hon främst kände igen var att hennes krafter tagit slut, men att hon trots det i det längsta inte ville ge upp.

Den egentliga analysen görs i steg 3 där den *partiella fenomenologiska psykologiska reduktionen* samt den *eidetiska induktionen genom tolkning* äger rum. Den partiella reduktionen består i att alla teorier, hypoteser, modeller och system, som annars skulle förklara fenomenet, sätts inom parentes. Den är partiell i den meningen att det är subjektets tro på en transcendent värld som sätts inom parentes, däremot inte forskarens, det vill säga att reduktionen är mindre omfattande än Husserls

filosofiska reduktion. EPP-metodens analys är eidetisk i den meningen att forskaren inte blir kvar vid särskilda individuella fakta, utan försöker uppdaga den mening som dessa fakta rymmer. Den Husserlska eidetiska reduktionen var att förflytta sig från det individuella faktumet till dess essentiella struktur genom oändliga variationer i fantasin. I EPP-metoden håller sig forskaren till de fakta som beskrivs i protokollet för att i dessa finna deras mening och innebörd för det beskrivna fenomenet.

I tredje steget går man således från det särskilda faktum som skildras till den fenomenologisk-psykologiska innebörden av det. Analysen strävar här efter att finna den implicita horisont i beskrivningen som inte tematiseras av informanten. Innehållet transformeras till forskarens språk och detta görs med en pendling som tidigare beskrivits mellan FEF och FIF. Varje meningsenhet ska tolkas i ljuset av hela protokollet enligt den hermeneutiska cirkeln. För textutsnittet ovan kan ME2 vara exempel. I denna meningsenhet beskrivs hur informantens livsvärld plötsligt förändras när de möjliga konsekvenserna av hennes kroppsliga och psykiska tillstånd står klart för henne:

Mot bakgrund av en social mycket negativ förändring med överordnad, befinner sig S vid en punkt då hon upplever ett hotande sammanbrott. Ett sådant sammanbrott väcker rädsla och S associerar till tidigare svåra påfrestningar, som inneburit förlust av hennes sociala position

Tolkningen baseras på att informanten säger att hon förstår att de sviktande krafterna innebär att hon inte klarar uppgifterna som förr. I en annan del av protokollet än den som citeras här, stöds också detta av att hon beskriver tilltagande svår ryggsmärta i den citerade situationen. Förutom texten tolkas också i enstaka fall kroppsspråket, när det ger en särskild mening åt det sagda. Det återgivna exemplet är ett sådant fall. Informanten känner igen en del symtom från en tidigare depression, och insikten drabbar henne plötsligt, vilket hon uttrycker med att slå sig för bröstet och med ett "Ouff!". Det skrämmer henne och hon vet inte hur hon ska hantera detta, men hon uttalar inte vad det är i denna insikt som skrämmer henne. Genom innehållet i andra delar av protokollet framgår att arbetet, och den sociala position detta ger, är av

stor betydelse för informanten. Vid det tidigare depressionstillfället har hon tvingats vara borta från arbetet under en längre tid. Därför görs tillägget i tolkningen att hennes rädsla gäller att hon kan förlora sin sociala position.

När varje meningsenhet tolkats på detta sätt görs en sammanställning av den 'situerade strukturen' i steg 4. Detta är ett praktiskt steg där forskaren har frigjort sig från den struktur informantens berättelse har, och istället arrangerat informantens transformerade protokoll i en sammanställning som *synopsis* eller temata som är mera signifikant för den fenomenologiska analysen, på sådant sätt att det säger något om de studerade fenomenens karaktär.

Det sista steget, steg 5, innebär att den generella strukturen som baseras på alla informanternas protokoll lyfts fram. Det är med andra ord de kännetecken som är gemensamma för alla dessa protokoll som presenteras. När det gäller exemplet ovan, visar det sig att alla informanter, i den pressande situation som de varit involverade i, upplever hur de efter hand förlorar alltmer av sin kroppsliga förmåga att klara sina uppgifter, och hur detta är inledningen till det psykosomatiska sammanbrottet. Exemplet med de sviktande kroppskrafterna och ryggsmärtan är således ett typexempel på det generella utmärkande draget som i resultatkapitlet för studie 2 kallats "Förlorade kroppsfunktioner" och som är det första i kännetecknet "Successiva autonomiförluster".

4.2.2 Forskningsfråga studie nummer 2: Meningsskapande på kroppslig nivå

Den andra studien gäller den anonyma kroppsliga aktivitet som pågår samtidigt med informanternas beskrivningar av den upplevda vägen mot psykosomatiskt sammanbrott. Avsikten är att visa hur meningsskapandet på personlig, psykisk nivå är sammanflätat med den kroppsliga, anonyma nivån i en situation som beskriver allt större svårigheter och som leder fram till en slutlig kapitulation. Det som studeras här är det fenomenologiska begreppet kroppslig intentionalitet. Det studeras med psykofysiologiska mätningar av de reaktioner i det autonoma nervsystemet som kan avläsas parallellt med de verbala beskrivningarna informanterna gör.

Frågeställning: Hur ser den kroppsliga aktiviteten ut i förhållande till uttryckt meningsinnehåll?

Metod: Psykofysiologisk mätmetod (kroppslig nivå) och hermeneutisk analysmetod (personlig nivå).

4.2.2.1 Undersökning av kroppslig aktivitet i förhållande till meningsinnebörd

I den andra studien är målet att klargöra hur de kroppsliga reaktionerna förhåller sig till ett specifikt tematiskt innehåll i det som återberättas av informanterna. Eftersom informanterna inte kan erfara och återge det som sker på den kroppsliga nivån annat än i begränsad utsträckning, krävs metoder som registrerar detta oberoende av informanternas upplevelse, men ändå samtidigt med återberättandet. Inom psykofysiologin finns utarbetade metoder för sådana mätningar. En beskrivning av dessa metoder och en litteraturgenomgång inom det aktuella området görs i bilaga 2A. Denna inleds med en kortfattad bakgrundsbeskrivning av aktiviteten i det autonoma nervsystemet. Därefter redovisas vetenskapligt underlag till att sådan aktivitet kan mätas, och specifikt de utvalda variablerna, hudkonduktans och fingertemperatur. Forskningsresultat som visar kunskapsläget för dessa mått inom psykofysiologin redovisas även i bilagan.

I detta avsnitt görs först en beskrivning av hur mätdata ska förstås när de, som i denna avhandling, är relaterade till speciella berättelser om emotionellt påfrestande upplevelser. Inom nyare psykofysiologisk forskning görs mycket få studier av denna typ på grund av de svårigheter det möter att hålla olika variabler under kontroll, vilket krävs inom den evidensbaserade forskningen. För ett halvsekel sedan var emellertid läget ett annat, och en hel del psykofysiologiska studier gjordes t ex. i samband med psykoterapi. Trots att således referenserna är relativt ålderstigna lämnas här en redogörelse för dessa forskningserfarenheter, eftersom de får utgöra ram för förståelsen hur sådana data kan (och inte kan) användas och vilka analyser av mätdata som är möjliga.

Hur ska dessa mätdata tolkas i avhandlingens analys? Det som studeras här är det fenomenologiska begreppet kroppslig intentionalitet. Sist i detta avsnitt görs en integration av den psykofysiologiska tillämpningen inom den fenomenologiska ramen som kommer att användas som ram för tolkning och analys i den andra studien.

4.2.2.2 Mätning av emotionell kroppslig påverkan

I denna avhandling görs således mätningar samtidigt med informanternas berättelser om problem och svåra händelser, där den emotionella påverkan kan antas vara stor. Hur ska man förstå dessa psykofysiologiska mätningar? Kan man i dem avläsa emotionella tillstånd, eller kanske till och med enskilda emotioner? Och kan man utläsa förändringar i emotionella tillstånd som påverkar patientens hälsa och välbefinnande? Kan man t ex. utläsa effekten av psykoterapi? I följande utläggning ska jag försöka beskriva vad som är möjligt att utforska med psykofysiologi i situationer där man söker kartlägga patienternas emotionella tillstånd. Avsikten är att klargöra hur de mätningar som används vid andra forskningsfrågans besvarande kan och inte kan användas. Genomgången görs alltså för att få en grund för det tolknings- och analysarbete som ska göras i den andra studien.

Idag är det, som tidigare nämnts, tämligen ovanligt att använda psykofysiologiska mätningar vid t ex. psykoterapi, och det är därför svårt att göra en sådan beskrivning som avses med färsk forskningssdata. Vid förra seklets mitt däremot rådde ett stort intresse för att studera dessa förhållanden och se hur patienter reagerar fysiologiskt på de olika emotionella situationer som uppstår under terapiesessionen. Lacey (1959) har presenterat en överblick över forskningsläget som rådde vid den tiden. Hans utgångspunkt var att autonom aktivitet uppmätt i hudkonduktans, hudtemperatur och andra variabler, visar anmärkningsvärd känslighet för en mängd olika emotionella tillstånd. Han räknar upp exempel på sådana som vållar mätbara autonoma förändringar: konflikter, hot, frustrationer, vrede, ångslan, rädsla, alarmtillstånd och smärta, och det gäller såväl behagliga som obehagliga stimuli. Organismen utsätts för dessa tillstånd, som kan vara verkliga eller fantiserade, i det närvarande, i erinrade minnen eller en förutsedd framtid. Det kan vara sociala händelser eller fysiska, verbaliserade eller i stunden totalt oåtkomliga för verbalisering; det sker fysiologiska förändringar i alla dessa fall, hävdar han. I terapeutiska intervjusituationer har kvantitativa skillnader i motoriska och autonoma reaktioner konstaterats i många studier, och dessa har kunnat härledas till att konfliktladdat material dykt upp under intervjun. Djupet och komplexiteten i dessa reaktioner framgår inte alltid av enbart det verbala materialet, menar Lacey, och tar som

exempel en intervjuperson som presenterades för två olika broschyren samtidigt som fingertemperaturen uppmättes. Den första broschyren handlade om de ohyggliga följderna av bilolyckor, och presenterad för denna avlästes stresspåverkan genom sjunkande fingertemperatur som endast var 1,8°C på 20 minuter. Den andra broschyren var ett högtidstal hållet av presidenten, och då sjönk däremot fingertemperaturen 5,3°C. Detta oskyldiga material framkallade djupa, konfliktfyllda känslor av rädsla, osäkerhet, vrede och motvilja, som intervjupersonen förklarade med att starka motsättningar rådde i familjen om den politik presidenten bedrev.

Liknande fall har presenterats av Holmes och Wolff (1950), där det gällde intervjuer med personer med ryggsproblem. Ihållande muskelaktivitet i ryggen kunde konstateras uppkomma när intervjun kom in på ämnen som var hotande i personens livssituation. Malmo och hans medarbetare har presenterat klar evidens för att när personer diskuterar emotionellt betydelsefulla ämnen, så stiger den uppmätta muskelspänningen i olika muskelgrupper (Malmo, Shagass & Davis 1950). Predisponerade personer kan till och med få olika symtom av sådana diskussioner, även när symtomen inte fanns vid intervjuns början (Davis & Malmo, 1951). T ex. rapporteras om ett sådant fall där personen på grund av den stress intervjun vållade, fick en ökad uppmätt muskelspänning i frontalmuskeln (i pannan) som steg till en hög och stabil nivå, och intervjupersonen började i samband med detta att klaga på plötslig huvudvärk. Lacey (ibid.) räknar också upp andra rapporter där olika kroppsliga symtom uppstår under stressande partier av intervjuerna, och där samtidiga autonoma mätningar kan verifiera de fysiologiska förändringar som skett.

Det har också gjorts studier av psykoterapitimmens mera övergripande stämning, mätt i genomsnittliga nivåer på fysiologisk aktivitet, eller av skiften i denna som hänger samman med interaktionen mellan terapeut och klient. Ett exempel på det sistnämnda är studier av en terapiserie med en klient, där hjärtfrekvensen uppmättes (Coleman, Greenblatt & Solomon 1956). Klienten fick ange sitt affektiva tillstånd och en oberoende observatör bedömde detta enligt kategorierna "depression", "ängslan", "utåtriktad fientlighet" och "inåtriktad fientlighet". Patienten visade sig ha högst hjärtfrekvens under stunder av "ängslan", lägst vid "depression" och hjärtfrekvens på mellannivå vid "utåtriktad" och "inåtriktad fientlighet". En annan studie av en person i en terapiserie har genom ett kombinationsmått av hjärtfrekvens och hjärtfrekvensvariabilitet visat, att den största fysiologiska spänningen uppmättes när patienten

fokuserade kritiskt på sig själv och sitt beteende. Bedömning av affektintensiteten gjordes också, och visade sig ha ett signifikant samband med hjärtaktiviteten (Anderson 1956).

Det finns häpnadsväckande tydliga samband mellan de fysiologiska reaktionerna hos terapeut och patient, skriver Lacey i sin översikt (1959). Uppenbarligen kan terapeuten svara på samma sätt på patientens emotionella upplevelser som patienten själv. I den tidigare återgivna studien av Coleman, Greenblatt och Solomon (1956) visade det sig att även terapeutens hjärtfrekvens var högst när patienten upplevde ögonblick av "ängslan" och lägst vid "depression", och precis som för patienten var den i mellanläge vid "utåtriktad" och "inåtriktad fientlighet". Dock var inte skillnaderna lika stora för terapeuten som för patienten. Den fysiologiska samstämmigheten åtföljdes i studien av en psykologisk sådan. Det visade sig att den inte uppnåddes på samma sätt när terapeuten antingen var upptagen av sina egna personliga förhållanden eller då terapitimmen handlade om ämnen som berörde terapeutens egna lösta konflikter.

Avslöjar detta en "empatisk process"? frågade sig Lacey. Nära ett halvsekel senare vet vi att det finns en sfär av kroppslig sensibilitet och ömsesidig resonans som vi alla från början delar med varandra (Fuchs 2004), och som i den neurofysiologiska forskningen manifesterats med upptäckten av så kallade 'spegelneuron' i premotoriska cortex. Dessa neuron fyrar såväl när någon utför en handling som när han observerar någon annan göra det (Rizzolatti et al. 1996; Rizzolatti, Luppino & Matelli 1998). Enligt denna forskning tycks de representera ett system som matchar observerade händelser med liknande, internt genererade, och skapar på detta sätt en länk mellan observatör och aktör. Detta tyder på att det finns en neurobiologisk bas för ömsesidig förståelse, som tar sig uttryck i mimiskt beteende eller resonans, och som kan vara verkligt eller endast virtuellt. Inom "neuropsykoanalysen", det vill säga skärningspunkten mellan neurofysiologi och psykoanalys, kommer ytterligare stöd för att Laceys fråga måste besvaras med "ja". Här visas hur Bowlbys anknytningsteori med hjälp av den senaste hjärnforskningen kan utvecklas till en modern 'regleringsteori' (Schore & Schore, 2008). Denna handlar om hur den ömsesidiga affektregleringen går till. Författarna skriver att terapeuten kan lära känna klienten "inifrån och ut", och för det erfordras att han har tillgång till sina egna kroppsligt baserade intuitiva responser på klientens kommunikation. Vidare: "I en intersub-

ektiv dialog lär sig den psykobiologiskt inriktade, intuitive klinikern hur klientens ickeverbala, rytmiska inre struktur förändras i varje ögonblick. Klinikern modifierar flytande sin egen insats och samskapar därmed med klienten en växtfrämjande kontext för den terapeutiska alliansen. Denna anknytning mellan terapeut och klient etableras över tiden, vilket tillåter att upplevelser uttrycks som är i resonans med den ursprungliga intersubjektiviteten mor-barn från de första 2 åren.” (ibid., s 16, min övers.).

Lacey (1959) menar i sin översikt att den ljusa bild av signifikanta korrelationer mellan affekter och fysiologi som de genomgångna studierna uppvisar, inte håller fullt ut. En minskning i fysiologisk spänning betyder inte alltid en minskning i psykologisk spänning, och alla resultat är inte kongruenta. Sådana avvikande resultat förklaras ofta med tolkningar som inte styrks av oberoende data. T ex. en paradoxal reaktion där hjärtfrekvensen minskar och fingertemperaturen ökar när patienten uttrycker fiendlighet mot terapeuten, får förklaringen att uttryck för antagonism är spänningslösande. Lacey menar att man måste *se de autonoma reaktionerna som uttryck för personens totala beteende, och ”meningen” med det uttrycket måste tolkas*. Ibland kan det relateras till subtila underliggande motiv för patientens beteende mot terapeuten, men vid andra tillfällen kan denna relation överskuggas av det tematiserade materialets betydelse och den somatiska reaktion det väcker. Lacey var kritisk till den egendomliga tystnad som rådde i litteraturen till ”interaktions- och transaktionsinriktade” orsaker till autonom reaktion. Förenklade samband är utgångspunkten och de ifrågasätts sällan, vare sig i laboratoriemässig eller i klinisk forskning, menade han.

Hans slutsats var, att för dem som hoppats att kunna utvärdera psykoterapins effektivitet med hjälp av mätning av kroppslig aktivering i terapin, är dessa förhållanden förödande. Den kroppsliga anpassning som sker i terapin innebär dessutom att minskande autonom aktivering inte kan ses som något mått på terapins framgång, utan måste ses som specifik till de interaktioner som sker i den terapeutiska situationen.

Undertryckande av ambivalens och konflikt räcker inte för att förhindra somatiska reaktioner, medan försvarsmanövrer som leder till emotionell säkerhet och förhöjd självkänsla faktiskt reducerar de somatiska reaktionerna. T ex. förhindrar *illusionen* av att vara omhändertagen och att behärska situationen vegetativa reaktioner. Detta ställer ytterligare idén om reducerade kroppsliga reaktioner som indikation på terapeutisk framgång i fråga, om man inte ska betrakta illusionen att kunna

bemästra en svårighet som en terapeutisk framgång, menar Lacey, och återvänder till sin slutsats: Den somatiska reaktionen måste *tolkas* mot bakgrund av individens transaktioner med sin omgivning och i termer som innebär bedömning av psykologiska tillstånd och beteenden. Även om man inte kan använda de somatiska reaktionerna för utvärdering, så kan de dock användas för att studera *processen* i psykoterapi, menar Lacey.

Varningarna Lacey utfärdade till psykoterapiforskare gällde således att inta alltför förenklade synsätt på autonoma och motoriska kroppsliga reaktioner, t ex. att anta att de är mått på "emotionell aktivering" eller att olika emotioner kan mätas i särskilda autonoma variabler. En olycklig konsekvens av dessa varningar var att entusiasmen minskade för användandet av psykofysiologiska mätningar i socialpsykologiska studier, menar Cacioppo och medarbetare (1991) i en artikel som följer upp Laceys synpunkter 30 år senare. Det skulle inte behöva vara så, och författarna pekar på att det skett en utveckling både vad gäller metodologi och statistik, vilket man menar skulle kunna vara av betydelse för värdering av effekter av psykoterapi. Det är nödvändigt att använda sig av principen om 'multipel determinism' anser författarna. Detta begrepp innebär att element i den fysiologiska domänen och element i den psykologiska domänen kan påverkas av en mångfald faktorer inom och över olika organisationsnivåer (från cellnivå till samhälle och kultur). Också detta krav kan ha skapat ett betydande och besvärande hinder när det gäller psykofysiologiska utvärderingar av socialpsykologiska fenomen och psykoterapi inom den naturvetenskapligt inriktad forskning.

4.2.2.3 Integrerad fenomenologisk-psykofysiologisk ram för tolkning och analys

Den psykofysiologiska forskningen har producerat stor kunskap om det autonoma nervsystemets funktionssätt. Tillämpligheten av dessa forskningsresultat är dock inte automatisk. Utgångspunkten i isomorfasta antaganden om direkt kausalitet mellan fysiska stimuli och deras psykologiska innebörd kan hämma förståelsen av den meningsinnebörd dessa ger, vilket är ansatsen i denna studie. Utgångspunkten för tolkningen här är i stället Merleau-Ponty när han hävdar att fysiska stimuli (så som de framträder här i olika episodiska minnen) påverkar organismen med globala reaktioner som varierar kvalitativt när stimuli varierar kvantitativt; stimuli är snarare en situation än en orsak, och reaktionerna

beror på den vitala betydelsen snarare än på de fysiologiska egenskaperna (Merleau-Ponty 1942/1963).

De verbala beskrivningar informanterna gör, uttrycker aktiva ställningstaganden till händelser i det förflutna. Den samtidiga kroppsliga reaktionen är ur fenomenologisk synvinkel passiv, men med en affektiv påverkan som kan innebära aktiva ställningstaganden till det erinrande. Passiviteten och de affektiva reaktionerna innan medvetandets uppmärksamhet fångats förstås som ett uttryck för den operativa intentionaliteten, kroppens "latenta kunskap" om den aktuella situationen. Detta inbegriper såväl intervjusituationen som de situationer som rådde i de återberättade händelserna. De objekt (minnesbilder) som erinras och verbaliseras kan antas vara sådana, där den affektiva kraften i ögonblicket varit tillräckligt stor för att medvetandeströmmen kunnat vändas mot dem så att de blivit uppmärksammade. Sådana minnen antas främst vara händelser som inte 'överskridits', det vill säga de erinrade händelserna har av olika skäl inte hanterats tillräckligt av meningsskapande aktiviteter för att möjliggöra att gamla förståelsestrukturer kunnat transformeras och ge nya perspektiv på det inträffade (3.6.1). De har därför inte kunnat avslutas, i stället fortsätter dessa minnen att på nytt aktiveras och kräva uppmärksamhet när tillfälle ges i form av t ex. associationer (se Zeigarnikeffekten, 2.3.5.1).

Dessa kroppsliga reaktioner antas således ha likhet med dem som var när händelserna ägde rum. De representerar såväl episodiska minnen som implicita, kroppsliga minnen, och betraktas som mått på de förändringar som det kroppsliga förberedelsearbetet förorsakade de inre organen (se 2.3.5.1). Förändringarna förmedlas av det autonoma nervsystemet och skapar bakgrundsemotioner som kan förbli omedvetna eller bli medvetna känslor. I båda fallen påverkas det verbala, kognitiva meningsskapandet. Reaktionerna utgörs inte bara av förändringar i det autonoma nervsystemet, utan kan förstås som anpassningsreaktioner som gäller kroppen som helhet. På det sättet uttrycker dessa mätbara autonoma reaktioner den levda kroppens holistiska funktion.

I genomgången i bilaga 2A har beskrivningar hämtade från litteraturen gjorts av när ökande respektive minskande utslag i hudkonduktans och fingertemperatur kunnat påvisas. En kortfattad sammanfattning skulle se ut på följande sätt: Ökande utslag i hudkonduktans och mins-

kande fingertemperatur beror på aktivering av det autonoma nervsystemets sympatikusgren. Hudkonduktansen visar dels toniska variationer och dels fasiska. De toniska variationerna förstås vid stegring som uttryck för personens aktivering, hur alert hon är, hur känslig för inre varningssignaler medan motsatsen råder vid sjunkande tonus. De fasiska utslagen förstås som relaterade till meningsskapandeprocessen och sammanhänger med t ex. emotionella stimuli (försättningsvis benämnda affekter). *Eftersom meningsskapandet står i centrum för avhandlingens intresse, kommer också de fasiska utslagen att vara de som kommer att stå i fokus i analysen.* Sjunkande fingertemperatur anses relaterat till stress, rädsla, depression, stigande fingertemperatur till avspänning och kan också vara relaterat till vrede.

Även om både hudkonduktans och fingertemperatur, som valts i denna studie, mäter påslag i det sympatiska nervsystemet, är reaktionerna emellertid inte alltid likformiga. En möjlig förklaring som lämnas i litteraturen är att de styrs av olika neurotransmittorer, en annan att fingertemperaturen som en del av det vaskulära systemet hänger samman med motoriken på ett tydligare sätt än hudkonduktansen som anses starkare kopplad till kognitiv och emotionell orientering. Minskning av hudkonduktans eller ökning av fingertemperatur kan bero på att denna sympatikusaktivering avtar, och/eller att aktiveringen av parasympatikus ökar. Detta kan enligt den polyvagala teorin (se 3.3.2) ske på två sätt: den ventrala vagala aktiviteten tar över och avspänning sker i kroppen som helhet, eller den dorsala vagala aktiviteten tar över och kroppen inträder i "frys"-stadiets resurshushållning.

I den här studien jämförs meningsskapande och kroppsliga reaktioner vid två tillfällen med olika förutsättningar. Man kan frestas att betrakta skillnaden mellan första och andra intervjun som ett resultat av den genomgångna terapin. Autonoma och kroppsliga reaktioner är emellertid som framgått alltför komplexa för att på ett enkelt sätt kunna användas för utvärdering av psykoterapi eller för att avgöra vilka emotioner klienten ger uttryck för. Komplexiteten gäller dels de betydande individuella variationer som råder, och dels att de kroppsliga reaktionerna uttrycker såväl relationen till terapeuten som det tema klienten är upptagen av. Skillnaden i omständigheter mellan de båda intervjutillfällena är dessutom betydande. Vid det första tillfället är personen som intervjuas obe-

kant med terapeuten, och vet inte riktigt vad hon förväntas berätta om sig själv, eller vilka känslor det kommer att väcka. Det hon vet är att hennes berättelse är av betydelse för uppläggningsen av den behandling som ska följa. Vid det andra tillfället har hon genomgått denna, och hon känner terapeuten, är van att möta sina känslor och vet i stora drag vad hon ska berätta om.

Det går således inte att göra anspråk på att förklara ändrade kroppsliga reaktionsmönster mellan före- och efterintervjuerna som effekter enbart av terapin. Detta är inte heller ambitionen här, den är i stället att söka mönster i hur det kroppsliga reaktionssättet och det verbala meningsskapandet är sammanflätade. Det kan inte göras genom att försöka påvisa att enskilda autonoma eller kroppsliga reaktioner uttrycker t ex. en viss emotion, som ångslan eller vrede. De autonoma reaktionerna måste istället ses som uttryck för helheten i klientens momentana upplevelse av situationen, både den som återberättas och den omgivning i vilket detta sker, och meningen av dessa uttryck måste således tolkas mot den bakgrunden.

4.3 Genomförande av empiriska studier

I detta avsnitt redovisas hur data insamlats från ett befintligt kliniskt journalmaterial. Informanterna beskrivs och en kortfattad redogörelse görs av det behandlingskoncept som gäller för de remitterade patienter från vilka informanterna utvalts. Eftersom informantberättelser hämtats från intervjuer såväl före som efter behandling, ges också en kortfattad information om den behandling informanterna som patienter genomgått. Här är dock att märka att syftet inte är ge särskild uppmärksamhet åt behandlingen, eftersom det inte är avhandlingens fokus. Slutligen lämnas en kortfattad teknisk beskrivning av hur mätdata inhämtats.

4.3.1 Urval av informanter

För avhandlingen har 26 patienter som avslutat sin behandling under en viss period tillfrågats i efterhand, 3 – 5 månader efter sista besöket, om de kunde tillåta mig att använda deras intervjudata för analys inom avhandlingsarbetet, och 22 har svarat ja. De som inte svarat, 4 patienter, kan ha varit ovilliga att delta, eventuellt därför att alltför lång tid förflutit efter sista behandling för att man ska vilja svara ja. Av de 22 patienternas intervjuer har 16 utvalts, där de tekniska förutsättningarna varit bäst med avseende på ljudkvalitet, tekniska avbrott etc. Två av dessa patienter har intervjuats två gånger, och båda intervjuerna har tagits med som inledningsintervju. Sammanlagt ingår således 18 inledande intervjuer och 16 avslutande, vilket motsvarar en sammanlagd intervjutid på ca 35 timmar. Intervjuerna har skrivits ut ord för ord för analys.

Patienterna är utvalda från forskarens sjukgymnastpraktik, som är en privat stress- och smärtmottagning för psykiatrisk och psykosomatisk behandling, vilket inkluderar såväl kroppsliga som terapeutiska behandlingsmetoder. Praktiken är ansluten till allmänna försäkringen och patienter remitteras fortlöpande från primärvårds- och psykiatrimottagningar inom främst Stockholms läns landsting.

För att ge en allmän bild av mottagningens patienter kan nämnas att de har diagnoser relaterade till stress-, utbrändhets- ångest- och depressionstillstånd i kombination med långvariga smärtor i nacke, skuldror, rygg, och andra kroppsliga symtom såsom t ex. andningsproblem eller mag- och tarmsjukdomar. Av patienterna är en majoritet kvinnor i åldern 25 – 45 år. Cirka 15 % är män. Patienterna är på förhand medvetna om behandlingens uppläggning med kroppsinriktad terapi, fokuserad på känslomässiga upplevelser i svåra situationer som knyts till det psykosomatiska tillståndet. I de flesta fallen har de aktivt anhållit hos sin doktor om remiss, eftersom de hört talas om behandlingen. De är således motiverade för den speciella uppläggnings av behandling som gäller, och skiljer sig på det sättet eventuellt från andra patienter med likartad diagnos som söker symtomlindrande, somatiskt inriktade behandlingar eller alternativt psykoterapeutiska behandlingar utan kroppsinriktning. Det innebär förmodligen att de är motiverade att ge utförlig information om känslomässigt påfrestande erfarenheter. Däremot säger det inget om deras erfarenheter liknar eller skiljer sig från de personer i samma situation som söker andra typer av behandlingar.

4.3.2 Informantbeskrivning

De patienter som ingår i studien har alla diagnoser som anknyter till stressrelaterade sjukdomstillstånd och som ingår i den definition av *psykosomatik* som gjorts i introduktionskapitlet. Det är tillstånd såsom 'utbrändhet', 'ångestillstånd', 'stressreaktion', 'depression' och liknande. Bakom dessa kategorier döljer sig dels symtom som förekommer hos i stort sett alla, medan några symtom kan vara mindre frekventa. En sammanfattande bild av informanterna skulle se ut på följande sätt: Kroppsliga besvär: smärttillstånd i nacke, käkar, axlar, armar, rygg. Stelhet, spänningar, domningar, tandgnissling, andningssvårigheter, magproblem, underlivsbesvär, huvudvärk, yrsel, trötthet, darrighet, tinnitus, ljudkänslighet, synstörningar, svettningar. Kognitiva besvär: koncentrationssvårigheter, minnesproblem, känsla av att inte förstå, handlingsförlamning. Psykiska besvär: depression, ångest, oro, sömnsvårigheter, stresskänslor, flashbacks, irritabilitet, nedstämdhet. Sociala besvär: Orkar inte med sociala kontakter, dåliga relationer med närstående

Av patienterna var fjorton kvinnor och två män, vilket motsvarar den relativa könsfördelningen av klinikens patienter. Åldern varierade mellan 28 och 59 år med en medelålder av 40 år. Av informanterna var nio högutbildade, fyra hade medellång utbildning och tre var lågutbildade. Åtta personer hade varit sjukskrivna mellan 3 och 24 månader, medan övriga åtta arbetade vid behandlingstillfällets början, men de hade samtliga dessförinnan haft perioder av kortare eller längre sjukskrivning.

Det psykosomatiska sammanbrottet bestod enligt definitionen i introduktionskapitlet av att deras tillstånd gjort att de inte kunde leva sina liv som vanligt eftersom problemen blivit ohanterliga. De som inte var sjukskrivna vid remitteringen lyckades arbeta, men orkade inte med familj och socialt liv. För några av dessa följde en viss sjukskrivningsperiod en tid efter att behandling påbörjats. Sex informanter använde sig dagligen av någon medicin, t ex. smärtstillande, sömnmedel, astmamediciner, blodtryckssänkande medicin, medan övriga tio endast använde smärtstillande medicin vid behov.

För att förstå hur tillståndet var för dessa personer, kan ett utbrändhetsmått vara till hjälp. I samband med första besöket fyllde informanterna i Pines och Aronsons Burnout Measure (Pines et al. 1981) och en skala för prestationsbaserad självkänsla, s.k. Pbs-skala (Hallsten et al. 2002). Ett värde överstigande 4,0 på Pinesskalan och 3,5 på Pbs-skalan anses motsvara begreppet utbrändning och öka risken för sjukskrivning (ibid.). I gruppen var medelvärde för Pinesskala 4,3 (SD=0,7) och för

Pbs-skalan 3,8 (SD=1,0). De individuella värdena redovisas tillsammans med analysen i resultatet av studie 2 (kapitel 6).

4.3.3 Genomförande av intervju och mätning

Informanterna i avhandlingens studier har följt den normala proceduren vid det första besöket, som är att en mätning av ovannämnda utbrändhetsindex görs. En behandlingsplan upprättas, som syftar till kartläggning och bearbetning av de påfrestande händelser som föregått sjukdomstillståndet. Samtliga patienter som tas in för behandling på mottagningen ifråga erbjuds i samband med detta en videofilmad intervju med samtidig mätning av stressvariabler (hudkonduktans, fingertemperatur och hjärtfrekvens) för att avgöra vilka livshändelser som vid återberättandet fortfarande har en stark påverkan på kroppen genom det autonoma nervsystemet. Dessa livshändelser framkommer i de frågeområden som visat sig ge goda utslag för vilka problem är som fortfarande har sådan stark påverkan. Vid intervjutillfället hade frågeområdena utprovats under en period på ca 3 år.

Frågeområdena är

- (1) Vilka är dina problem för närvarande?
- (2) Hur anser du att dessa problem uppstått (som du har när behandlingen börjar)?
- (3) Har du varit med om något skrämmande där du känt dig särskilt hjälplös?
- (4) Vad tänker du om signaler som kommer från din kropp?
- (5) Är det något mer du tror är viktigt för att förstå din situation?

Patienten har informerats om möjligheten att göra denna videofilmade intervju vid det första besöket och kunde då ta ställning till erbjudandet, som inte var obligatoriskt. Intervjun har sedan ägt rum vid påföljande besök, vanligen en vecka senare. Intervjuer görs i samtalsrum där patient och terapeut är placerade i fåtöljer mitt emot varandra. Efter uppkoppling med elektroder inleds registreringen med att patienten blundande slappnar av i 5 minuter, och intervjun med frågeområden enligt ovan följer därefter.

Syftet med intervjun är att låta patientens förståelse av varje frågeområde få så stort utrymme som möjligt, och att lämna öppet för eventuella upplevelser och reflektioner som inte är omedelbart tillgängliga i medvetandet. Uppföljande frågor görs endast i den mån det krävs för att

driva beskrivningarna framåt, eller om något är oklart. Intervjuerna varar 45 – 60 minuter. Vid påföljande besök görs en gemensam genomgång av det inspelade materialet, som utgör underlag för den behandlingsplan som utarbetas. I några fall har denna inledande intervju upprepats därför att alltför lång tid gått mellan intervju och den tidpunkt när behandling kunde starta. Efter genomgången behandling görs en uppföljande video-intervju med mätning av samma stressvariabler, och där samma frågor ställs, med undantag för fråga 3 som inte upprepas.

4.3.4 Insamling av mätdata

Den kroppsliga aktiviteten måste som tidigare nämnts utforskas genom att registreras ”utifrån” med en metod som gör *kroppen till objekt* för forskaren. Sådana registrerande metoder finns inom psykofysiologin vars kunskaper och tekniker har utnyttjats. Det konkreta tekniska tillvägagångssättet har skett på följande sätt.

Mätutrustning för autonoma reaktioner anskaffades från företaget Stressmedicine, som är anknutet till Institutet för Psykosocial Medicin vid Karolinska Institutet. Utbildning och handledning i användande och tolkning av data har också erhållits därifrån.

För registrering användes C2 J & J Instruments system kopplad till en Dell Latitude CPi dator. Standardiserade elektroder användes för all utrustning. Hudkonduktans, EDG (electodermogram), registrerades med silver-silverklorid elektroder med Velcro strips på palmarsidan av andra falangen på andra och fjärde fingret. Signa electrode crème 0341-0017-055 användes. Fingertemperatur, FT, registrerades med en termometer kopplad till proximala interfalangealeden på vänsterhandens fjärde finger. Termometern anslöts (endast delvis runt fingret) med kirurgisk tejp. Normalt anses värden över 86 F kliniskt normala, det vill säga, de indikerar normal perifer vaskulär funktion.

Informant och intervjuare var placerade i fåtöljer mitt emot varandra i ett rum med en temperatur på 23 – 26°C. Videokameran var placerad ca 2 m rakt framför informanten och mellan kameran och informanten en datorskärm där resultatet av mätningarna kunde avläsas, ca 50 cm från videokameran. Resultatet blev således att de psykofysiologiska reaktionerna i efterhand kunde studeras samtidigt med att informanterna återgav sina beskrivningar på filmen.

4.3.5 Behandlingens uppläggnig

Avsikten i denna avhandling är inte att göra någon utvärdering av den behandling informanterna genomgått mellan första och sista intervjun, detta skulle kräva en helt annan uppläggnig. Beskrivningen här av behandlingens uppläggnig blir därför kortfattad och översiktlig.

Den sjukgymnastiska metoden innebär att med förbättrad kroppskänedom ge patienten ökad förmåga att avläsa och tolka affektiva kroppsliga tillstånd. För att hantera och bearbeta dessa tillstånd används en terapeutisk metod som bygger på gestaltterapi, vilket är en psykoterapi-metod inom den humanistiska skolan. Den hämtar, som namnet anger, sin psykologiska kunskapssyn från gestaltpsykologin, inspirerad framför allt av gestaltpsykologerna Kurt Goldstein (1995) och Kurt Lewin (1951). Grundarna till gestaltterapin ansåg den vara holistisk, inte bara därför att kropp och psyke ses som en organisk helhet, utan en sådan helhet gäller också för individen i sin omgivning. Den inbegriper en existentialistisk grundsyn som innebär att människan ses som social, ansvarstagande, självständig, affektiv, unik och alltid intersubjektiv.

Behandlingsmetoden innebär att göra kontaktprocessen, särskilt på den preverbala kroppsliga nivån, mera tillgänglig för det reflekterande medvetandet. Genom kroppslig medvetenhet förbättras förmågan att ta ställning till också svåra känslor och behov. Personen kan då ta bättre ansvar för sitt liv genom medvetna val i situationer där hon kanske annars handlar vanemässigt och omedvetet, mot sina långsiktiga intressen. En viktig del av arbetet riktar sig också mot de kroppsliga symtomen och förståelse av den inneboende ”meningen” i dessa. För den intresserade läsaren lämnas en kortfattad beskrivning av de viktigaste teoretiska utgångspunkterna till denna terapiform i bilaga 1.

4.4 Rollen som behandlare och forskare

I den här avhandlingen hämtas data, som framgått, från ett redan insamlat kliniskt material. Detta material har inhämtats för att dels utgöra underlag för behandling, och dels användas vid uppföljning efter behandlingens slut. Vilka problem kan det tänkas innebära för forskningsprojektet när glasögonen byts från behandlarens till forskarens? För att

ta ställning till detta behöver behandlarens roll, avsikter och tillvägagångssätt granskas och jämföras med de krav som måste ställas på forskaren.

Som behandlare intar jag en expertfunktion vad gäller behandlingsstrategier och tekniker. Enligt den terapitradition jag tillhör har jag däremot ingen färdig teoretisk ram inom vilken jag försöker tolka patienten. Tvärtom är det min uppgift att förhålla mig så öppen och mottaglig som möjligt till det som sker hos patienten, och mellan patienten och mig, både på det uttalade, verbala planet och på det icke uttalade, kroppsliga och emotionella. Principiellt lägger jag inte fram några tolkningsförslag, och talar inte om för patienten vad som är rätt eller fel. I stället är min uppgift att träna patienten att själv upptäcka sina känslor, behov och preferenser.

Betyder då detta att jag spelar en tillbakadragen roll och inte påverkar patienterna särskilt mycket? Nej, knappast, jag är aktiv och närvarande, och mina perceptioner och impulser är avgörande för det som sker. Däremot intar jag inte denna aktiva hållning i den inledande och avslutande intervjun. Avsikten är vid dessa tillfällen är inte att hjälpa patienten att förbättra sin självförståelse, utan att hon ska kunna lämna konkreta och utförliga svar på de frågor som ställs, fritt efter de infall som kommer. Men påverkan i form av minspel, gester, intresse, uppföljningsfrågor etc. har givetvis ändå en viss styrande inverkan på patienten.

Vilka krav måste ställas på forskarens intervjuer jämfört med dem jag gjort som behandlare? För den kvalitativa forskningsintervjun gäller att rika berättelser om konkreta händelser ger det bästa forskningsunderlaget (Malterud 1996). Kan de kliniska intervjuerna sägas uppfylla detta krav? Jag menar att de kan det, att avsikten när de gjordes var densamma som i en forskningsintervju, nämligen att berätta fritt om konkreta händelser. Däremot kan man inte bortse ifrån att behandlarintresset i vissa fall kan ha gjort sig gällande, t ex. skulle kanske en fenomenologisk forskare i vissa lägen ha ställt frågor som här inte blivit ställda. Det kan i så fall ha reducerat rikedom i det insamlade datamaterialet. Behandlarintresset kan också ha gjort sig gällande vid t ex. uppföljningsfrågor av specifik art som inte varit intressanta ur forskningssynpunkt (t ex. "Vilken behandling fick du hos dr NN?"). Frågor av denna typ är dock förhållandevis sällsynta, och har, såvitt jag kan bedöma, inte inverkat på patienternas berättande om konkreta händelser i övrigt.

En annan relevant fråga gäller uppföljningsintervjun. När den görs är patienten väl bekant med mig som behandlare, vet hur jag reagerar på olika förhållningssätt etc. Kan detta inverka på de beskrivningar patienterna nu gör? Frågorna är desamma som i inledningsintervju (t ex. Hur anser du att de problem uppstått som du har när behandlingen börjar?), kan det tänkas att svaren anpassas efter vad jag förmodas vilja höra? Det är ofrånkomligt att det kan vara så. Men patienten, som inte vet i förväg vilka frågor hon ska få, uppmanas att i stunden formulera erinrade händelser och det är det konkreta innehållet i dessa som används för analys. Så även om man inte kan bortse från denna källa till snedvridning av resultaten, kan man förmoda att den har måttligt eller litet genomslag, i synnerhet när det gäller de kroppsliga reaktionerna.

4.5 Etiska överväganden

Intervjuerna som utgör avhandlingens datamaterial är inspelade i en anda av närhet och förtrolighet mellan patient och behandlare. Det väcker vissa etiska frågor: är det rimligt att be personer som varit i sådan beroendesituation, som man alltid är som patient, att medverka med sina berättelser och kroppsliga reaktioner i ett forskningsprojekt? Känner de sig tvungna att medverka? Och kommer de att känna sig utlämnade när forskningsresultatet publiceras?

För att förhindra etiska tveksamheter i förhållande till patienterna har följande åtgärder vidtagits:

Patienten har tillfrågats skriftligt om medverkan i efterhand för att inte känna sig tvungen att medverka för att få behandling. En viss tid (ca 3 – 5 månader) har också fått passera efter avslutad behandling, så att inte känslor av tacksamhetsskuld ska dominera beslutet att delta. Att fråga om medverkan i efterhand har låtit sig göra eftersom de intervjuer och mätningar som ingår i delstudierna, också ingår som en klinisk del i det vanliga behandlingsarbetet.

Patienten har haft rätt att avstå från medverkan utan att behöva meddela det särskilt, det vill säga att inte sända undertecknat samtycke tolkas som att inte vilja medverka.

Patienten har garanterats konfidentiell behandling av alla uppgifter och att inga personuppgifter eller citat kommer att användas på ett sådant sätt att någon enskild informant kan identifieras. Alla personuppgifter som skulle kunna relateras till någon enskild informant har sålunda ändrats utan att det påverkar innebörden i framställningen.

Data bearbetas med dator som inte ingår i nätverk och allt material förvaras inlåst

Godkännande har inhämtats från etisk kommitté, som dock bedömt att sådant inte erfordras i det här aktuella fallet, eftersom det rör sig om kliniskt material där samtycke inhämtats i efterhand. Nämnden uttalar dock som rådgivande yttrande att något hinder inte föreligger att utföra forskningen. (Beslut i Regionala Etikprövningsnämnden, ärende nr 04-53675).

Ett projekt som det här planerade måste vara av obestridlig nytta för att vara motiverat. Människans livsvärld, hennes meningsskapande och försök att anpassa sig till de rådande omständigheterna och hur detta yttrar sig i hälsa och sjukdom, är områden där de vetenskapliga kunskaperna är otillräckliga. Detta är det viktigaste motivet till föreliggande projekt. En bättre kunskap om dessa frågor kan i förlängningen leda till förbättrade insikter om hur konsekvenser av påfrestande händelser ska betraktas och behandlas. Detta är ytterst något som alla som hamnar i patientsituationen har nytta av – vilket också några av de tillfrågade patienterna påpekat i sina svar som innehållit påskrivna samtycken.

2. Resultat studie 1: Vägen till det psykosomatiska sammanbrottet

5.1 Inledning

Frågeställningen är: *Hur ser upplevelsens struktur av det psykosomatiska sammanbrottet ut?*

Den fenomenologiska analysen är gjord i enlighet med den metod som tidigare presenterats (se 4.2.1). Den syftar till att klargöra den upplevda utvecklingen fram till det psykosomatiska sammanbrottet, som karaktäriseras av att personen inte längre kan leva sitt liv på samma sätt som tidigare. Intervjuerna är gjorda vid två olika tillfällen, dels en tid efter det psykosomatiska sammanbrottet, men före behandling, och dels i samband med behandlingens avslutande. Genom att lägga ihop dem kan händelseförloppet, som kan erinras tydligast i förintervjun, kompletteras med de fördjupade insikter om motiv, känslor och förhållningssätt som är fördolda för informanterna i förintervjun men som blivit klarlagda under behandlingen och därför finns i efterintervjun.

Resultatpresentationen inleds med en beskrivning i verbal form, som ett synopsis. Därefter följer en översikt i tabellform av de kännetecken som karaktäriserar 'vägen till det psykosomatiska sammanbrottet'. Varje kännetecken redovisas därefter utförligare. Redovisningen är resonerande, i några fall med referenser till teori som kan belysa det redovisade kännetecknet ytterligare. Kapitlet avslutas med en sammanfattning och diskussion av det fenomen som tar gestalt i analysen.

De kännetecken som presenteras kan inte förstås isolerade från varandra. De bygger tvärtom på varandra och innebär ofta att samma företeelse presenteras med olika invikling under olika kännetecken.

5.2 Synopsis

Personerna som befunnit sig på vägen till det psykosomatiska sammanbrottet menar att de hade vissa svårigheter i såväl relation till sig själva som i relation till andra. När det gällde relationen till sig själva, fanns det under en ambitiös och målinriktad yta ett meningsskapande vad gäller den egna förmågan som utgick från en ständig oro att inte vara tillräckligt bra. Det tog sig uttryck i en inre "röst" som ständigt kritiserade den egna personen. Det fanns också sidor av personligheten, som självhävdelse och bestämdhet, som de trodde inte skulle kunna uppskattas av andra. De försökte därför undvika dessa sidor, både inför andra och inför sig själva. I krislägen saknades de följaktligen vid meningsskapandet när de behövde organisera sina liv i enlighet med de egna behoven. Relationen till andra präglades istället av att andras uppskattning ofta uppfattades som osäker och att det således var angeläget att uppfylla de krav man trodde att andra ställde. Kampen för att erövra andras anseende måste vinnas med foglighet och anpassning som vapen. Detta var något man vetat ända sedan barndomen, då denna strategi givit en viss framgång. Övertygelsen var, att andras erkänsla måste "förtjänas", och det kunde göras genom ett särskilt förhållningssätt som utmärktes av idogt arbete, tillmötesgående och trevlig attityd.

Med det fogliga förhållningssättet kunde man bli överlupen av andras krav och förväntningar, och man hamnade lätt problematiska situationer i arbetet och privatlivet där möjligheten till uppskattning funnits. I ett visst läge uppstod en situation som var särskilt utmanande. Den var också riskfylld, då den antingen kunde leda till framgång och den förmodade och eftertraktade acceptansen från andra, eller till misslyckanden och den skam detta skulle innebära. Det krävdes att personerna satsade allt och ansträngde sig till det yttersta för att lyckas. De försökte att bemästra svårigheterna som gjordes innebar att man re-agerade på uppfattade krav istället för att agera efter en reflekterad förståelse av situationen. Re-agerandet gjordes med foglighet för att andra skulle uppskatta dem som osjälviska personer, det var med andra ord det förhållningssätt som i en eller annan form belönats sedan barndomen. Men den riskfyllda situationen kunde inte klaras, och kraven blev alltmer svårhanterliga. Efterhand uppstod kroppsliga symtom, och sedan också kognitiva svårigheter som man till att börja med försökte negligera, men som gradvis blev alltmer påträngande. När greppet om situationen och

förmågan att fortsätta prestera successivt förlorats, blev man till slut tvungen att ge upp kampen och erkänna misslyckandet. I stället för den åstundade framgången och respekten i andras ögon var den sociala positionen nu förlorad. Den egna identiteten som högrepresterande, ambitiös person var nu förvandlad till något okänt, en person som inte kunde klara någonting.

5.3 Översikt över resultatet

Tabell 1: Resultat i översikt

I. Självkritisk underordning
1. Relationen till sig själv
1.1. Underliggande negativ självuppfattning
1.2. Dolda oaccepterade sidor
2. Relationen till andra
2.1 Upplevelse av villkorad uppskattning
2.2 Anseende skapat av foglighet
II. Riskfylld situation
1. Kravfyllt nuläge
2. Anseendet på spel
3. Minskade möjligheter till återhämtning
III. Re-agerande bemästringsförsök
1. Re-agerande på upplevda krav
A) Grupp med Intensifierad aktivitet
B) Grupp med Passiv underordning
2. Blockerade inre motstridigheter
3. Förnekade behov av andra
IV. Successiva autonomiförluster
1. Förlorade kroppsfunktioner
2. Förlorat grepp om situationen
3. Förlorad social position
4. Förlorad identitet

5.4 Kännetecken och utmärkande drag⁷

I. Självkritisk underordning

Ett av det psykosomatiska sammanbrottets kännetecken är att personen som berörs uttalat eller outtalat uppfattar sig själv på ett sådant negativt sätt att det får betydelse i relationen med andra. Den implicita innebörden är att det är tveksamt om den egna personen duger, och att det är nödvändigt att med olika metoder övertyga sig om detta. Men även om detta lyckas utsätter man sig själv för sin egen ständiga kritiska granskning och kan endast sällan ge sig själv godkänt. Relationerna med andra är präglade av otillräcklighetskänsla, och upplevelsen är att det är nödvändigt att underordna sig andras vilja, man känner inte att man kan hävda sin egen.

Relaterandet riktar sig i denna självkritiska underordning åt två håll; dels till sig själv, som den som samtidigt granskar och granskas, och dels till andra, vilkas godkännande, acceptans och uppskattning man vill vinna. Detta är de två underavdelningarna till den självkritiska underordningen.

1. Relationen till sig själv

Relationen till sig själv handlar om en inre upplevelse av att växla i rollerna mellan å ena sidan den som agerar och å andra sidan den som observerar och bedömer detta agerande.

Sammanbrottet inträffade hos personer som i den bedömande rollen inte kunde ge den agerande rollen godkänt, oavsett prestationens kvalitet. Trots ambitiösa och målinriktade strävanden finns en misstro mot den egna dugligheten och möjligheterna att bli en ”lyckad” människa, alltså en underliggande negativ självkänsla, vilket är det första utmärkande draget. Denna känsla går långt tillbaka i personernas liv, då man känt sig förbisedd av föräldrar och andra viktiga personer redan i barn domen. Man hade då lärt sig att ju mer man anpassar sig till andras krav, desto större är möjligheten att vinna deras uppskattning. Denna anpass-

⁷ I återgivna citat används följande markeringar:

... söker efter ord

... tankeuppehåll

/.../ borttagen text

[] inlagt förtydligande

ning kräver att man håller tillbaka de sidor av sig själv man bedömer inte vara acceptabla. Detta formar det andra utmärkande draget: de oaccepterade dolda sidorna.

Underliggande negativ självkänsla

Den underliggande självkänslan visar sig i de bedömningar människan gör av att vara lyckad eller misslyckad, av att duga eller inte duga. Dessa personer upplever en ständig rädsla att misslyckas och att inte duga. Också vid framgångar säger man till sig själv att man egentligen kunde ha gjort bättre ifrån sig. Vid motgångar gör den inre kritiska rösten att man har svårt att se sig själv i ett vidare sammanhang och bedöma sig som dugande trots ett enskilt misslyckande. I stället får det en mera genomgripande betydelse där motgången färgar hela ens person negativt. Känslan av att inte vara en tillräckligt värdefull person är gammal och upplevs ha sina rötter i bemötandet i barndomen.

Ur datamaterialet från informanterna:

.../att jag stressar upp mig som attan, aldrig tycker att jag gör tillräckligt bra jobb, eller någonting över huvud taget. Jag är inte tillräckligt bra helt enkelt. (K7,2,24)

Jag kände att jag har den här rädslan för sakerna [i arbetet], det är.. ja, jag känner mig, Gud, vad ska jag klara av att jobba med? (K13,2,19)

Den negativa självkänslan fanns alltid i bakgrunden vid det psykosomatiska sammanbrottet, även om den inte var uttalad. De krav informanterna ställde på sig själva var mycket höga. Om man kunde visa att man var mycket ”duktig” skulle man också vara ”lyckad”. Det låg också något hoppfullt i detta, för om de kunde prestera de åtrådda toppresultaten skulle de visa sig själva och andra att de ändå hade viktiga kvaliteter och var värda uppmärksamhet och respekt. De strävade därför ständigt efter att vara bland de bästa.

Ett mönster som går igen också i mitt privatliv och mitt yrkesliv, det här att jag ska vara så himla duktig, att jag klarar allting och det som jag lämnar ifrån mig ska vara så perfekt som möjligt. (K2,2,14)

Men det kom ofta fram tvivel på om de kunde lita på sin förmåga och göra så bra ifrån sig som deras ambitioner krävde. Det fanns *en inre kritisk röst* som påpekade allt som var fel, och hur väl man än verkade ha klarat av sin uppgift, kunde den rösten alltid påpeka att något skulle ha kunnat göras bättre. Den inre röstens nedslående kommentarer bekräftade misstankarna att man var en i grund och botten misslyckad person.

När jag hade tentor när jag pluggade på universitetet kunde jag gå och oroa mig och se allt i svart. Jag kunde så där, hemskt positiva saker trodde jag ofta skulle gå snett, kanske. Jag skulle alltid misslyckas med allt jag höll på med, fast jag inte gjorde det. (K7,1,18)

De höga kraven blev nästan ouppnåeliga, och när man kom till korta hade man istället fått bevis på motsatsen, att man var just så värdelös som man från början var rädd för. Vid jämförelser med andra stod man sig slätt. Andra tycktes alltid ha överlägsna egenskaper, och då kunde de egna förtjänsterna överhuvudtaget inte räknas. De hade svårt att se någon riktigt betydelsefull kvalitet hos sig själva, starka sidor som kunde finnas värderades ned eftersom inte allt sammantaget var perfekt. Och eftersom endast det perfekta räknades, var man osäker på vad man överhuvudtaget var värd. Man kunde inte lita på att klara de höga kraven och misslyckandet låg alltid på lur.

För att jag har varit rädd, eller så, för att inte kunna göra tillräckligt bra, eller att det, när min chef kommer in så är det känsla av att nu är det någonting som är fel, liksom, eller någonting, och då blir det en anspänning i sig då. (K5,1,18)

Den underliggande negativa självkänslan fick således påfyllning när man misslyckades att visa upp perfekta resultat och tänkte på de egna bristerna. Det pågick en ständig inre strid där den ena sidan sa att det var nödvändigt att lyckas, och den andra sidan sa

att man kommer att misslyckas. Den inre kampen med de perfektionistiska strävandena och de dystra tankarna om utsikterna, medförde att man ogillade sig själv på grund av sina svagheter.

Känslan av att inte vara en värdefull person hade funnits länge. Personerna beskrev att den egentligen alltid funnits. De upplevde att föräldrarna kunde ha visat en hjälplös självfokusering med ointresse för barnet. De kunde ha kritiserat, hotat, jämfört med något idealiserat syskon eller på annat sätt förmedlat känslan av att vara ointressant, fel, värdelös. Barnet hanterade de nederlagskänslor detta väckte genom att försöka uppföra sig ”bättre”, det vill säga anpassa sig ännu mer till de krav man trodde gällde för att man skulle räknas och bli sedd. Men även om man kunde ha fått gillande för detta, levde känslan av att inte duga som den man var kvar genom åren.

Nej alltså, jag tyckte ju att hon [mamma] var för sträng. Alltså jag var så hårt hållen, och allting skulle vara så perfekt och så vidare... (K3,1,83-85)

Att man är duktig, man gör aldrig fel och.. Men det tror jag är något som finns med, det här just att man ska vara bra, sedan jag var liten. Jag tror, för jag har alltid varit sådan, så att jag måste visa vad duktig jag är, och.. Även fast jag kanske inte är det, men.. (T: Det känns viktigt?) Ja, på något sätt så gör det det. Att man ska visa sig duktig. Och allt ska helst bli rätt och perfekt på en gång. (K3,2, 44-45)

Teori som kan belysa detta kännetecken

Perfektionismen, längtan efter att göra allt helt rätt, var för dessa personer en inre slavdrivare. Som begrepp skapades det av Adler⁸ och Hama-chek⁹, och förklaras med att det finns en naturlig och medfödd strävan efter perfektion när det gäller mål som är uppnåeliga, men det finns också en oproportionerlig perfektionism där målen är orealistiska, rädslan för kritik stor, en överbetoning av ordning och reda och längtan efter beundran.

⁸ 1956

⁹ 1978

Dolda oaccepterade sidor

Det framstår som nödvändigt att dölja känslor och behov som uppfattas inte passa in i den bild man vill ge av sig själv, det vill säga oaccepterade sidor. Vilka de sidor är som måste döljas har man förstått av andras reaktioner alltsedan barndomen. Det finns en rädsla för att inte kunna behärska dessa sidor.

Ur datamaterialet från informanterna:

Känslor och behov som måste döljas var t ex. sådana som man trodde kunde verka fränstötande på andra, såsom trots, ilska, behov att ta plats, säga ifrån och så vidare. Dessa sidor var före behandlingen mer eller mindre dolda för personen själv. Eftersom man inte visade upp dessa sidor och t ex. inte ställde krav med utgångspunkt från dem, hävdade sina egna åsikter i strid mot andras eller var besvärlig på något annat sätt, föreföll det ofta som behoven inte existerade. I följande citat uttrycker informanten i efterintervjun att den tidigare dolda sidan behöver uppmärksammas:

Men jag tror fortfarande att det stora är det här att, att våga ta plats att våga ställa kraven. (T: Och vad är det som hindrar det?) Och det här att vara viktig! Det kanske är att jag inte själv tycker att jag är så viktig. Jag kanske tycker att alla andra är viktigare än vad jag är, jag vet inte. (K2,2,23-24)

Svåra känslor var dessutom inte önskvärda eftersom de också var skrämmande. Det fanns en rädsla att bli övermannad av dem, och att man kanske skulle hamna i en depression man inte kunde komma ur. De släpptes därför inte gärna fram för bearbetning och insikter om de budskap de kunde innehålla, istället riktades uppmärksamheten mot olika yttre aktiviteter som kunde tränga undan dem. Känslor som var alltför påträngande kunde hållas under kontroll som i detta exempel med hjälp av matmissbruk.

Ja, växa upp med det självföraktet då som man får liksom. Man får ju så dålig uppfattning om sig själv, och man duger inte tror man, och man ser inte tillräckligt bra ut, och man uppför sig fel och så där. Det gör ju att man får en dålig självkänsla innerst inne som man kan döva med olika saker som med mat eller med ja... (T: Och hur gjorde du då?) Jo, när jag

var i tonåren då hade jag ju kan man säga, lite drag av bulimi, så där. Jag kunde hetsäta och sedan inte äta alls, och så där. Det gav mig en slags trygghet att äta mycket mat. (K12,2,19-20)

Känslor som på detta sätt hållits undan, som ändå färgade självkänslan, uppdagades i behandlingssituationen. I efterintervjun beskrev personen att detta undanhållande försvårat för henne inte bara att förstå sitt eget värde utan också att orientera sig mellan olika livsval. I stället bidrog de obearbetade känslorna i den dolda, oaccepterade delen till oro och negativa förväntningar.

Sedan så ledde det fram till dom problemen som vart mellan, då det som, ja, att jag gick in i det äktenskapet jag gjorde, och att jag gjorde dom valen jag gjorde yrkesmässigt och så vidare... var mycket att jag kanske inte var i kontakt med mina känslor. Jag tror att mycket var att jag inte var i kontakt med dom, kände dom delarna av mig själv, utan hela världsbilden var ju väldigt mycket negativ, eller uppbyggd på negativ tro, liksom på något sätt. Att man inte kunde, att man var en våt fläck, att man inte, alltså en massa sådana där grundtankar hade tagit över... vad ska man säga, min världsbild då som egentligen grundar sig från, tror jag, när jag var liten, då. (K5,2,56-59)

Känslan av att inte vara ovillkorligt accepterad av betydelsefulla personer ingav en hotfull känsla, och man kunde känna sig skrämmande utlämnad till andras godtycke. Den föreställning man hade var således, att man vinner trygghet i mötet med andra genom att bara visa upp tilltalande sidor av sig själv. Det föreföll vara det lättaste sättet att vara på i stunden, även om det gav en vag förnimmelse av att man var osann mot sig själv. Förhållningssättet manifesterades på olika sätt i tankar och handlingar, t ex. genom att hotande konflikter undveks där man skulle ha blivit tvungen att framstå som osympatisk genom att hävda en annan åsikt.

Och att jag, jag aldrig heller har fått den uppmärksamheten av mina föräldrar eller så där, som barn egentligen ska ha, tycker jag. (T: Och det börjar kännas starkare än tidigare?) Ja.(T: Hur märker du det? Tänker du mycket på det, eller är det något annat sätt du märker det på?) ... Jag märker.. ja, jag märker det väl på att jag är just den här inställsamma, vara andra till lags och så där. Rädd för konfl.. eller jag är rädd för att gå in i en konflikt utan jag går hellre undan och är ledsen och arg på mig själv och så där. (K12,1,12-13)

Välgrundade erfarenheter sedan barndomen gav personen känslan att man inte skulle kunna påräkna någon acceptans för sina mindre tilltalande sidor, och att det var säkrast att inte visa dem för att slippa besvikelsen och smärtan av att inte bli gillad. Den erfarenheten tog man med till vuxenlivet.

Ja, en sådan där jättestor grej för mig, alltså, det är att jag pratar ju väldigt ogärna om mig själv med andra. Och det kan ju vara, det är ju bra ibland, men ibland, varför jag tror att jag är lite skadad av det, dels då är det, tror jag, för att ingen lyssnade hemma. Ingen frågade kanske jag ska säga. Och när jag har jag försökt att säga något så var det inte någon som liksom lyssnade, när jag var ledsen och så. Så där är ju, det är en grej. (K1,2,64-65)

Teori som kan belysa detta kännetecken

Tidiga erfarenheter av andras förhållningssätt och reaktioner på en person har gett en föreställning om vad andra tycker är acceptabla eller oacceptabla sidor, det vill säga vilka som kan befästas och vilka som måste förnekas. Kohut¹⁰ har belyst det som sker, och framhåller att den empatiska spegling man fått av föräldrarna utgör barnets möjligheter att konsolidera sitt själv. Behovet att dölja de oaccepterade dragen uppstår när det råder en ”patogen atmosfär” i barndomen, vilket tvingar barnet att skydda sig genom en dynamik av selektiv uppmärksamhet i kontakten med betydelsefulla personer¹¹. De oaccepterade känslorna och behoven döljs på detta sätt och Kohut kallar det en ’vertikal klyvning’ av personligheten. De sidor som är avskiljda är inte dissocierade, utan existerar sida vid sida med de accepterade sidorna¹².

2. Relationen till andra

Relationerna till andra utmärks av den osäkerhet personerna känner om vad andra tycker om dem, om de kan anses tillräckligt betydelsefulla och om de kan få göra sig gällande. Man bedömer att man inte utan vidare kan räkna med att känna uppskattning i relationer, utan att man måste anstränga sig särskilt för att vinna detta.

¹⁰ 1986

¹¹ Sullivan 1956

¹² Kohut 1971; Garfield 2005

Personerna föreställde sig att andra hade speciella krav på dem som de måste uppfylla. För dem gällde alltså en villkorad uppskattning från andra, som är det första utmärkande draget för relationen till andra. Men det räckte inte att uppfylla dessa krav för att känna sig betydelsefull i relationen, utan man måste också alltid rätta sig efter den andres vilja och åsikter. Det uppfattades som ett villkor för att vinna gillande. Man försökte på detta sätt att skapa anseende genom foglighet, det andra utmärkande draget

2.1 Upplevelse av villkorad uppskattning

Vissa, oftast outtalade, krav måste uppfyllas för att man ska kunna få uppskattning från andra. Om detta inte är möjligt upplevs andra få låga tankar om ens person, och man känner sig då som en värdelös människa. Kraven innebär dels att man måste bete sig på ett visst sätt, och dels att man måste prestera på en hög nivå. När man lyckas förväntar man sig erkännande och i bästa fall beröm. Upplevelser av värdelöshet som beror på att man inte uppfyller andras förväntningar börjar i barndomen.

Ur datamaterialet från informanterna:

Till de viktigaste underförstådda kraven från andra hörde att man aldrig får göra fel. Att göra misstag upplevdes som skamligt, då det avslöjade en svaghet hos personen som kunde göra henne oacceptabel i andras ögon.

Det blev ohanterligt, och framför allt under sommaren blev det som tyngst, för att då... Jag är väldigt ansvarstagande och under sommaren så var det väldigt oklart i strukturen organisationsmässigt vem som bar ansvaret. Det resulterade i att jag tog väldigt mycket ansvar, långt utöver vad man skall göra egentligen. Det betyder att jag och min byråkollega var nästan Myndigheten under sommaren. Och det, det tror jag knäckte mig rätt ordentligt egentligen. (T: Arbetsmässigt eller ansvarsmässigt?) Ansvarsmässigt. Dels hade vi väldigt mycket att göra, det var så stressigt på dagarna, men sedan var det också det att... Det var så mycket olika ärenden, alltså framställningar och folk var på semester, och då, och jag är inte den som kan säga att, ja, då får det ligga på dens rum tills han

kommer tillbaka, utan då tar jag det istället. Jag vill inte att det ska bli fel. (M2,1,69-72)

Det fanns en känsla av att andras gillande måste "förtjänas" genom väl genomförda prestationer. Men trots ansträngningarna kände personen, att om det hade gjorts ännu bättre skulle man ha fått större uppskattning. Strävan var att alltid vara "duktig", att aldrig få några anmärkningar, bara gillande och beröm. Men hur mycket man än satsade på arbete, föreställde man sig att andra ändå hade kritik eller var missnöjda på någon punkt. Och även om man fick det eftertraktade berömmet, kunde det aldrig riktigt övertyga personen så att hon kände sig godkänd i sina egna ögon. Osäkerheten om prestationen dög, var lika total i nästa ögonblick.

Så jag.. jag kan tycka att jag, jag står och övar [på musikinstrument], så kan jag komma på att någon granne kanske lyssnar, så blir jag så här "nej!". Det blir liksom, jag tycker att det är läskigt nästan, att stå och öva. (K8,1,40)

I alla delar av tillvaron var de inre kraven höga. Hemmet måste vara propert och välorganiserat och kroppen måste ha ett perfekt yttre. Att visa sig duktig genom att allt är klanderfritt och allt man gör blir rätt med detsamma, krävde stora satsningar. När man inte lyckades uppbåda kraft i alla lägen för att klara detta, blev resultatet ökad självkritik och mer skuld känslor, och man föreställde sig att man inte skulle kunna bli uppskattad med de brister man ansåg sig ha.

En annan mera indirekt aspekt av känslan av att andras uppskattning var villkorad, var tidiga erfarenheter av plötsliga förluster av betydelsefulla närstående. En förälder kunde t ex. plötsligt ha flyttat på grund av skilsmässa, vilket fick barnet att tro sig vara betydelselöst för föräldern. Men även om föräldrar inte lämnat hemmet fysiskt, men av olika skäl inte var tillgängliga för barnet, kände sig barnet oviktigt. Upplevelsen av oviktighet levde kvar i bakgrunden till förhållningssättet till andra. Andras närhet och stöd kunde inte säkert påräknas, det var något godtyckligt som när som helst kunde förbytas i otillgänglighet, separationer eller bestraffningar. Det kom fram en uppfattning i efterintervjuerna att de tillitsförluster man gjort som barn, och den uteblivna reparationen av dem, senare i livet invercade på hur olika svårigheter hanterades. För att hantera den upplevda godtyckligheten i relationerna hade man utvecklat olika förhållningssätt. Ett sådant kunde vara att undvika att utveckla beroende i intima relationer.

Jag vet ju att innan var jag väldigt orolig och så där, lite osäker.. Eller jag var blyg. Och det blev nog, det blev inte bättre av skilsmässan, och sedan att.. ja, att min mamma.. Hon hade ju sitt liv.. Och hon.. Jag.. jag tyckte ju att hon tog.. hon gav ju inte mig så mycket som hon gav den mannen hon hade då, då... Jag känner, att jag har ju då försökt att överkompensera på mitt.. det särskilt för Mikaela [dottern]. Att jag ska bry mig om henne och allt. Och sedan att jag.. med förhållanden, där har jag, där ska jag klara mig själv.. Med Erik [partner] där ska jag klara mig själv, fast att jag vill ha hans stöd. (K13,2,59-62)

Erfarenheterna av att andras uppskattning är villkorad hade, som framgått, en lång historia i personens liv. Man hade förstått tidigt att tillvaron med andra inte var trygg. Om föräldern varit hjälplös eller haft bekymmer hade det inneburit ett stort ansvar att bistå denne. Det fanns då liten plats för egna behov. Om man inte skötte sig väl på denna punkt hotades man med att det kunde gå illa för föräldern, vilket var skrämmande för barnet. Man kunde också bli bestraffad eller man kunde bli förskjutet genom att föräldern kunde försvinna, som nämnts tidigare. Man kunde till och med hotas med att bli bortlämnad som i följande fall.

Men att jag alltid kunde, alltid kunde lämnas bort. Och vi blev också hotade med att, att... att vi skulle åka till uppfostringsanstalt om jag inte skötte mig. Jamen, jag visste ju... Fast det visste jag inte då, men, när jag tittar tillbaka så visste jag att, jag kan ju bli bortlämnad! Här gäller det att sköta sig! Jävligt bra! Alltså jävligt... (K6,1,13)

Något syskon, t ex. en bror för en flicka, var viktigare eller krävde större uppmärksamhet. Det var tidigt ganska klart för personen att hennes möjligheter till uppskattning var att uppfylla förväntningarna så väl som möjligt, och att hon inte kunde räkna sig som särskilt betydelsefull i familjen.

Han [pappa] var så mycket utåt, han är ju politiker. Utåt och så där. Han var sällan hemma på den, på den biten, mer... Nej, han engagerade sig inte i min skola. Det var bara när, när min brorsa kom upp i gymnasieåldern då var det viktigt att han skulle få utbildning och så där, vad han skulle bli. (K12,1,40)

2.2 Anseende skapat av foglighet

Foglighet innebär att personen underkastar sig andras ståndpunkter utan strid, protester eller ifrågasättanden. Det finns en känsla att man är skyldig att vara foglig. Det är ett sätt att visa att man inte är egoistisk och hävdar egna intressen, vilket uppfattas som mycket negativt. Genom att använda foglighet hoppas man vinna andras uppskattning. Erfarenheten sedan tidiga år är att foglighet är det förhållningssätt som har störst möjlighet att ge uppskattning från andra.

Ur datamaterialet från informanterna:

Dessa personer var fogliga därför att de inte såg något alternativ om de skulle kunna vinna gillande i relationen med andra. De föreställde sig att beredvillighet att rätta sig efter andras vilja måste framkalla en välvillig inställning till dem. Det krävdes därför att man prioriterade ned sina egna önsknings och behov, och att man gjorde sitt yttersta för att vara behaglig och tillmötesgående. Det fanns en medvetenhet om att det inte alltid var i deras långsiktiga intresse, men den fogliga sidan kändes som den säkra. De förstod heller inte hur de skulle kunna ändra på detta.

Hon [chefen] utsatte ju inte mig för samma förnedrande behandling som andra, utan hon, hon hade ju mig lite så där som sin förtroigna - det är verkligen ett starkt ord - men lite så. Alltså vi var lite bollplank, så. Samtidigt som hon utnyttjade, förstod att utnyttja mig till max. För att jag var lite för snäll och mesig, tog på mig och ställde upp och så där. (K1,2,23-24).

Företrädet för andras krav och åsikter gjorde att relationerna kunde kännas ojämlika och komplicerade, och man hoppades i hemlighet att andra skulle förstå det otillfredsställande i att alltid vara den som underordnade sig. Personen kände sig emellertid samtidigt "skyldig" andra, särskilt familjemedlemmar, omtanke och service. Det gällde oavsett vilka svårigheter det medförde och även om dessa personer kunde klara uppgifterna själva. Eftersom det var omöjligt att räcka till för alla som på detta sätt hade något att "fordra", blev känslan av skuld allt större.

Ja, mina föräldrar... Jag har mina föräldrar.. som också är... börjar bli lite äldre.. (funderar). Men jag kan känna mig att jag är klußen emellan barn

och barnbarn och mamma och pappa som är äldre då. Där jag också kan känna, Gud, lite dåligt samvete. Jag kanske borde vara där mer eller hjälpa till mer eller.. Jag får inte ihop det riktigt. (K9,1,67-68)

Man kände att man måste anstränga sig till det yttersta för att tillfredsställa betydelsefulla personer med ett medgörligt förhållningssätt. Det fanns en betydande osäkerhet om man kunde göra sig gällande med sina egna förutsättningar. Man hade en stark önskan att fungera så bra som möjligt och sträckte sig till det yttersta för att vara sympatisk och tillmötesgående, aldrig "otrevlig" eller "egoistisk". Men det gick ut över den egna friheten och ibland tvingades personen att prioritera bort egna intressen. Den fogliga inställningen gjorde det också otidligt vem som hade ansvar i olika situationer, och man kände sig ofta manipulerad och utnyttjad av andra.

Även om den fogliga inställningen således var självklar, tyckte personen ibland att det skulle vara skönt att se till sina egna intressen istället. Försök i denna riktning fick henne emellertid att känna sig illa till mods eftersom hon då uppfattade sig som "egoistisk".

.../ min mamma lever med en ny man då och.. min pappa också, och så har min mamma varit gift en gång däremellan. Han heter Olle, och där känner jag att ibland... vi umgås fortfarande, alltså vi tre syskon och Olle då, inte.. inte min mamma och Olle, men.. vi håller kontakt. Och.. många, alltså jag.. tycker väldigt bra om honom och umgås med honom, men jag känner ett väldigt ansvar för han.. ska ha det bra. Han lever själv då. Ibland så tycker jag att.. det är skönt att kunna släppa det men det är någonting som jag, jag påverkas av.. (K10,1,50-52)

Informanten reflekterade inte över den egna fogligheten, eller vilka alternativa förhållningssätt som vore möjliga, utan accepterade andras krav och önskemål utan öppna protester. Därigenom kunde hon också undvika sin rädsla att visa negativa känslor.

.../ för varje gång [vid konflikter] blir jag så där otroligt upprörd, jag vet inte var jag ska ta vägen, känner jag. Jag kan knappt prata. Och det är jättejobbigt, det kan vara en liten, inte så stor konflikt, det är ju ja, det är ju jobbigt att man ska behöva känna så liksom. Så ser man de där tjejerna, som liksom bara kan säga vad som helst (slår ut med händerna) väldigt så där. (K12,1,14-15)

I vissa fall måste man ändå ta ställning för sin egen person, och det uppfattades som problematiskt, eftersom det var svårt att se sig som tillräckligt betydelsefull för det. Även om man kände sig dåligt behandlad av andra, svalde man hellre förtreten i det längsta framför att visa något som skulle kunna uppfattas som en dålig sida. Man fann sig därför länge i besvärliga arbetsförhållanden eller dåliga relationer. Det fanns en uttalad förhoppning att andra skulle se ens behov och tillmötesgå önskningarna utan att man behövde be om det.

Det framkommer av berättelserna att det fogliga förhållningssättet utmejslats med erfarenheterna från tidiga år. Det var resultaten av vilka handlingar som visat sig ge åtminstone någon säkerhet i den miljö där man tillbringat sin uppväxt och format sin förståelse av sig själv och av andra. Den fogliga sidan var den som rönt bäst uppskattning från viktiga personer.

Och att inte få uttrycka sin styrka har jag också minne av. Min syrra var ganska dominant, jag har en storsyster, och min pappa också då. Och då valde jag, minns jag, dels en fantasivärld som jag gick in i, och dels att anpassa mig till varje pris, och göra saker bra. För då visste jag att gjorde jag det, ja, då gick det bra, då när jag var liten. (K5,1,57)

II. Riskfylld situation

Det uppstår situationer som av olika skäl är pressande. Om man kan klara ut dem kan man vinna anseende, vilket är mycket efterlängtat. Det finns risk att misslyckas, men man känner sig ändå utmanad att visa vad man duger till.

Dessa personer hade alltid känt krav av varierande styrka från omgivningen, men vid en viss tidpunkt uppstår en situation där dessa upplevs vara särskilt stora, ett kravfyllt nuläge, vilket är det första utmärkande draget för den riskfyllda situationen. Den innebär oro och anspänning inför uppgiften, men också förhoppningar om att lyckas med det man åtagit sig. Vid framgång kan man vinna prestige, men vid misslyckande kan man å andra sidan förlora den ställning man uppnått. Personerna ifråga befinner sig således i en situation där anseendet står på spel. Detta är den riskfyllda situationens andra utmärkande drag. Eftersom situationen uppfattas som så kritisk, med de höga kraven och möjligheterna att vinna eller förlora anseende, satsas all kraft och tid på uppgifterna. Det finns då mycket litet utrymme för vila eller andra akti-

viteter, det blir minskade möjligheter till återhämtning, vilket ökar tröttheten och försvårar den arbetsinsats man föresatt sig. Detta är det tredje utmärkande draget för den riskfyllda situationen.

1. Kravfyllt nuläge

Det kravfyllda nuläget kan uppstå i såväl arbetet som privatlivet, och ofta samtidigt i båda. Kraven upplevs komma från de yttre betingelserna, men också från personen själv som vill göra väl ifrån sig. Nuläget med sina krav på intensivt engagemang uppfyller personerna, så att såväl det förflutna som framtiden hamnar utanför upplevelsehorisonten. Det förflutna i form av hur tidigare liknande situationer utfallit och framtiden vad gäller vart det valda handlings sättet kan tänkas leda..

Ur datamaterialet från informanterna:

Prestationerna som krävdes var förbundna med känslor av oro och anspänning. Det var viktigt att lyckas, utgången ansågs ha betydelse för framtiden. Man tog sig an uppgifterna med stora ambitioner, och gjorde allt för att klara dem, trots de påfrestningar det innebar.

Det kändes direkt när jag.. att det var en dålig och spänd stämning. Vi var för få, vi blev för få då när hon blev sjukskriven. Hon grät på jobbet och sedan kom hon inte efter påsk, och då fick ju vi andra ännu större arbetsbörda då. Det blev ohanterligt, och framför allt under sommaren blev det som tyngst, för att då... Jag är väldigt ansvarstagande och under sommaren så var det väldigt oklart i strukturen organisationsmässigt vem som bar ansvaret. Det resulterade i att jag tog väldigt mycket ansvar, långt utöver vad man skall göra egentligen. (M2,1,67-69)

I det kravfyllda nuläget upplever man att det brast i stödet från omgivningen, som kunde vara konfliktfylld, oorganiserad, eller till och med kaotisk. Situationen kändes därigenom ytterligare emotionellt påfrestande, med spänningar i de system och relationer man var involverad i.

Jag är konsult, jag jobbar med att bygga upp en verksamhet. Och.. jag är inte liksom nyckelpersonen, men alltså vi är en handfull personer som jobbar med det, men, men det här är ett dotterbolag till ett annat företag då, så att.. Det är enorma strider, det är konflikter.. Och sedan håller vi igång en verksamhet sommaren, så det här är dygnet runt-verksamhet då.

Så det liksom, på två personer.. Det är väldigt lite men det är ändå att vara till hands liksom dygnet runt under vissa perioder. Så där känner jag liksom att det där, åh, ja, det var en tuff sommar. (K6,1,61-62)

Kraven kunde också hänga samman med ansvaret för andras välbefinnande. De upplevdes då som ofrånkomligen förbundna med de skyldigheter som låg i den personliga relationen, som för den ensamstående mamman har för sina barn i följande fall.

Och han bestämmer sig för att inte hjälpa mig ett dugg, då är man ganska sliten efter tagit hand om bebisen helt själv och det andra barnet också. Och då får jag ingen hjälp under en hel sommar. Då var jag bra sliten, jag svimmade ju tre gånger. Ja, jag kunde inte ställa några krav, jag ringde till Andreas och han vägrade. Han kom inte och hjälpte mig eller någonting. Brydde sig inte om barnen. Sa att han skulle komma, och vi låg och väntade, och så kom han inte, och så där. (K12,1,84-85)

2. Anseendet på spel

I den kritiska situationen uppfattar man att man blir bedömd av andra betydelsefulla personer, och att det är ett läge där mycket finns att vinna i form av framgång och andras uppskattning. Å andra sidan föreställer man sig också, att om man förlorar kommer man att få betala ett högt pris genom andras ringaktning. Ett dåligt anseende innebär att man känner sig nedvärderad och utanför gemenskapen med andra.

Ur datamaterialet från informanterna:

Dessa personer strävade alltid efter bättre anseende som kunde ge säkerhet och uppskattning i arbetet eller det privata sammanhanget. Varje uppgift i det pressade nuläget måste lyckas, och resultatet måste helst bli perfekt. Detta var påfrestande, och det fanns hela tiden också en osäkerhet hur uppgiften skulle klaras. Att misslyckas och förlora skulle kännas som ett otänkbart nederlag. Utgången uppfattades vara beroende av hur väl prestationerna utfördes, och utan maximal insats kunde nederlaget hota. Ett sådant, föreställde man sig, skulle innebära ett bevis inför andra att man inte räckte till för uppgiften. Att man inte kunde klara det som man borde klara. Det var därför viktigt att satsa alla krafter.

Ja, dels så tror jag att det berodde på att jag var trött, jag hade jobbat mycket, och att jag inte hade egentligen brytt mig så hemskt mycket om hur jag själv.. mådde. Utan jag hade på något vis förklätt det där för att orka! Jag tror att jag var jätterädd för att braka ihop, jag tror att jag liksom försökte att lägga i någon.. någon överväxel för att klara av situationen.. tror jag... (K9,2,13)

Att anseendet stod på spel hade att göra med att man hade en känsla av att bli bedömd av betydelsefulla andra, som chefer, arbetskamrater, myndighetspersoner, make, föräldrar. Det fanns en önskan att bli godkänd och helst också högt värderad av sådana viktiga personer. Framtida möjligheter tycktes vara beroende av hur väl man kunde lyckas i det pressade nuläget, viktiga framtidsprojekt kunde vara beroende av utgången. Om man inte klarade uppgiften kunde man förmodligen inte räkna med att uppnå andra mål man strävade efter.

Känslan var att det var en strid som måste "vinnas", eller andra inblandade som måste övertygas, och det var ovisst om det skulle lyckas och anseendet skulle förloras.

Ja, jag ansåg att det var väldigt besynnerligt, att jag som vice VD inte fick tillgång till siffror och information som jag ansåg vara en självklarhet om jag ska sitta med det här ansvaret. Och jag gick så långt att jag kontaktade styrelsen och berättade vad som, för jag sa till henne [VD] att jag kontaktar dem, jag anser att det är något som vi måste reda ut. Jag var väldigt saklig, och försökte inte heller sitta där och låtsas vara någon ny chef, utan jag ville bara reda ut basic saker, enkelt så, men det klarade hon alltså inte av, så hon satte hårt mot hårt. (K1,1,48-51)

Den påfrestande situationen ägde rum fram till det psykosomatiska sammanbrottet. Det upplevdes att andra hela tiden gjorde bedömningar av prestationerna och det ökade på anspänningen och drev fram ansträngningar till det yttersta. Varje enskilt tillfälle måste bli en framgång, inga fel kunde tillåtas

Ja, alltså det var, det är också en del av min läggning, att jag har rätt höga krav på mig själv, prestationskrav. Och när man jobbar som aspirant går man under bedömning, vilket gör att man vill prestera sitt bästa, samtidigt som myndighetskulturen är strängt hierarkisk, gammalmodig och extremt så där alltså.. hur ska jag säga.. Man gillar styrka och noggrannhet och framåtsträvande och man gillar inte misstag. (M2,1,63)

Den problematiska situationen fick en oproportionerligt hotfull roll i personens bedömning av sina möjligheter, och hon satsade all kraft på att lyckas, utan hänsyn till sig själv och sina normala kapacitetsgränser.

3. Minskade möjligheter till återhämtning

Möjligheterna minskade till återhämtning för att kroppsligt och psykiskt återfylla den kraft som fordras för fortsatta prestationer. Personen känner då efter hand allt större trötthet och så småningom också fysiska symtom. Kraften att fullfölja ambitionerna med bästa tänkbara arbetsinsatser upplevs minska efterhand.

Ur datamaterialet från informanterna:

Den pressade situationen innebar en extraordinär arbetssituation med långa arbetsdagar, fyllda med tunga, pressande uppgifter. Ofta krävdes dessutom arbetsinsatser därutöver, fritiden kunde då gå åt och tillfällena till vila och återhämtning blev få eller inga.

Och då var det så att sommaren, den sommaren, gick åt för mig att sitta med anställningsintervjuer. [...] Och då gick hela min sommar åt, min semester gick åt, för då gick jag fram och tillbaks och sitta med anställningsintervjuer och läsa CV och allting. Och det kände jag att det gjorde jag mer än gärna, för att det var så viktigt för mig att det blev rätt person. Och jag hade 112 ansökningar, jag träffade 40 personer, tror jag. Det kändes jättebra, men jag fattade inte riktigt hur mycket det tog på min kraft, liksom, att inte hinna återhämta mig. (K1,1,74)

När ledigheten äntligen kom var det svårt för personen att släppa tankarna på uppgiften och prestationskraven, de kunde förfölja henne och till och med störa hennes nattsömn. På det sättet kunde pressen komma att vara nästan dygnet runt, och resten av tillvaron fick stå tillbaka.

Går igenom hela dagen, vad gick åt skogen? Vad var det som blev fel i dag? Hur ska jag undvika det i morgon? Och även om jag inte började jobba förrän tolv dagen därpå, så det första som fanns i huvudet och som hela tiden gick runt som en trasig skiva i skallen från klockan åtta på morgonen till, tills jag hämtade upp honom klockan tolv, det var, vad

ska vi göra idag? Hur ska jag få den här dagen att funka? Det.. det fanns ingen tid till återhämtning (M1,1,37)

III. Re-agerande bemästringsförsök

I det skedet när problemen blir alltför stora, kan personerna inte hitta det nödvändiga nya sättet att bemästra svårigheterna som krävs för att övervinna hindren. Man fortsätter att använda de beprövade metoderna att lösa problem trots att de inte förstår. Den givna inställningen till vilka handlingsalternativ som finns som upplevs som odiskutabel. Det är de krav de upplever från andra, och den underkastelse till dessa som känns nödvändig, som är en sådan given inställning som inte ifrågasätts. Man ser då inte situationen och sina möjligheter från en ny synvinkel och kan inte finna andra lösningar än dem man redan tillämpar. Bemästringsförsöken för att klara av uppgifterna görs med andra ord genom att re-agera på upplevda krav snarare än genom att reflektera först över vilka handlingsalternativ som finns och sedan agera efter detta. Detta är det första utmärkande draget för re-agerande bemästringsförsök. Negativa känslor och behov att säga ifrån för att beakta egna intressen hör till de sidor av personligheten som uppfattas som oacceptabla och därför hålls dolda. När dessa sidor nu gör sig gällande vid de re-agerande bemästringsförsöken kan de inte tillåtas. De blir istället blockerade inre motstridigheter, det andra utmärkande draget under detta kännetecken. Svårigheter och problem som inte kan lösas på egen hand kan ibland ha krävt hjälp av andra för att bemästringsförsöket ska lyckas. Man vill emellertid inte be om sådan hjälp, och om man ändå gör det, så är det inte med tillräckligt eftertryck. Man föreställer sig att det kan uppfattas som att man är besvärlig när man ber om hjälp, och att vara besvärlig tillhör den dolda, oaccepterade sidan. Det strider också mot den bild av kompetens man vill visa upp. Trots att det kan vara till hjälp i situationen förnekas behovet av andra således, vilket är det tredje utmärkande draget för de re-agerande bemästringsförsöken.

1. Re-agerande på upplevda krav

I den riskfyllda situationen med det kravfyllda nuläget, och mot bakgrund av den villkorade uppskattning från andra man känner, blir det naturligt att re-agera på dessa krav, som kan vara uttalade eller outtalade, snarare än att agera genom att först kritiskt granska situationen

och de egna möjligheterna att bemästra svårigheterna. Man ser helt enkelt inga alternativ till att satsa som man brukar, det vill säga att med foglig inställning till varje pris försöka uppfylla kraven för att vinna det anseende man eftertraktar.

Ur datamaterialet från informanterna:

Även i omöjliga situationer kändes det nödvändigt att underkasta sig de förväntningar man trodde gällde och det var inte fråga om att kontrollera vad som verkligen var fallet, eller att ifrågasätta rimligheten. Det fanns ett självklart berättigande i att kraven var höga, och att man själv gjorde bäst i att uppfylla dem utan protester eller invändningar. Detta förhållningssätt krävde särskilda insatser och de re-agerande svaren var att till varje pris försöka lösa uppgifterna. I efterintervjun menar man att det hade krävts att man vågat säga ifrån, vågat agera på ett annat sätt och vågat stå på sig när man fick mothugg.

[...] så att jag satte mig i den situationen då, jag skulle inte göra det idag, för att jag känner mig själv bättre idag och.. jag slår inte på mig själv på samma sätt som jag gjorde då. Då försökte jag alltså.. idag vet jag att det viktigaste är att må bra, gör man inte det så måste man göra något åt sin situation, men det visste jag inte då. Eller visste, men.. äh, jag var inte medveten på det sättet. Men alltså, skulle jag hamna i, så extremt illa som det blev där, få en sådan chef igen, så skulle jag sluta, jag skulle aldrig riskera det igen. (M2,2,24-26)

I situationen som ledde till det psykosomatiska sammanbrottet kändes det inte som ett alternativ att agera efter situationens krav istället för attoreflekterat re-agera, utan den enda lösningen verkade vara att falla undan för de anspråk som ställdes. Allt annat låg vid tillfället för den pressande, hotfulla situationen utanför ens föreställning om vad som var möjligt.

1.1 Två sätt att skapa mening och re-agera

Bland informanterna utkristalliserar sig två undergrupper till hur man går till väga när man re-agerar och försöker bemästra situationen, vilket har sitt upphov i det meningsskapande man gör av sina möjligheter att klara bemästringsförsöken. I den ena gruppen på fem personer hanteras

uppgifterna och problemen med intensifierad aktivitet.¹³ Personerna här förstår situationen så, att de kan klara problemen om de agerar målinriktat och fokuserar på de uppgifter som måste lösas. I den andra gruppen på elva personer innebär meningsskapandet däremot att möjligheterna att lyckas bemästra problemen inte är så goda, och man möter därför istället situationen med en passiv underordning.¹⁴

A. Grupp med intensifierad aktivitet

I denna grupp upplever man att det finns möjligheter att lyckas att bemästra svårigheterna så att prestationerna leder till framgång. Det är då nödvändigt att intensifiera insatserna genom att engagera sig mera, satsa mer tid, arbete och kraft.

Ur datamaterialet från informanterna:

De riskfyllda situationerna hade uppstått i arbetet och/eller privatlivet och innebar att personerna kände en kombination av ökad press som skulle kunna leda till framgång och anseende, och en underliggande rädsla för skammen att misslyckas. Som yttersta konsekvens fruktade man att bli utskämd och utstött, antingen ur arbetsgemenskapen eller ur privata relationer. När dessa svårigheter uppstod re-agerade personerna i den här gruppen vanemässigt, och blev mer aktiva, tog initiativ och ansträngde sig till det yttersta för att lösa situationen på sedvanligt sätt.

Så vi hamnade i en.. en kris alltså, hela verksamheten, som var jättejobbig. Och, där, jag kan känna alltså att jag körde på där, blev väldigt.. Alltså kopplade bort det jag egentligen kände. Blev väldigt en rationell och.. och på något vis lotsade verksamheten genom den här krisen. (K9,1,14)

I efterintervjun menade de att de inte varit medvetna om vad de skulle kunna klara att hantera, och därför tog sig an situationer där problemen var svårare än de från början insåg. Att reflektera över det lämpliga

¹³ Fyra av de fem personerna i denna grupp tillhör i Studie 2 *grupp A, stressande situationer*. Detta resultat redovisas ytterligare i studie 2

¹⁴ Sju av de elva personerna i denna grupp tillhör i Studie 2 *grupp B, betryckande livsproblematik*. Detta resultat redovisas ytterligare i studie 2

i att åta sig uppgifterna låg utanför personernas horisont vid denna tidpunkt.

B. Grupp med passiv underordning

I denna grupp upplever man otillräcklig förmåga att bemästra svårigheterna och man har inte så stora förhoppningar om att klara uppgiften på ett framgångsrikt sätt. Man känner att man måste böja sig för de krav man uppfattar och gör det utan att försöka påverka dem.

Ur datamaterialet från informanterna:

De riskfyllda situationerna gällde också i denna grupp arbetet eller privatlivet och innebar ökad press. Hotet om misslyckande startade emellertid inte intensifierade ansträngningar som i den första gruppen utan i stället kände personen en misstro vad gällde den egna förmågan parallellt med önskan att göra sig gällande.

Ja, det är en börda [att ha blivit varslad], helt klart, men.. jag vet inte riktigt hur jag ska hantera det, så att jag hanterat det inte alls. Istället så... men det, det känns... Sedan kan man fundera på "Jaha, okej, vad händer nu? Sägs vi upp eller blir vi outsourcade eller?" (K4,1,10-11)

Svårigheterna upplevdes endast kunna mötas genom att man underordnade sig andras vilja, även om det stred mot deras egen, och därmed intog man en passiv hållning. Förmågan kändes också nedsatt av den osäkerhet man upplevde av att man inte kunde orientera sig riktigt i tillvaron, inte visste riktigt vad man ville och vad som var möjligt.

Det var väldigt.. Det var jättejobbigt och jag sov mycket hemma. När jag kom hem så åt vi middag, plockade undan, och sedan så satte vi oss framför TV:n, Per och jag, då när pojkarna var större. Och så sov jag, gick jag upp och la mig och sov. Och.. ja, på något vis så, jag försvarade mig hemma också gentemot det här att jag jobbade för mycket och så där. Och... jag vet att jag slutade som att tänka. Jag gick bara ungefär som man skruvar upp någon. Det var så, det var så det var alltså. (K14,1, 27-30)

2. Blockerade inre motstridigheter

De dolda, oaccepterade sidorna av personligheten innehåller som nämnts de drag som man föreställer sig inte kan vinna acceptans hos andra. Det är t ex. att visa negativa känslor, att tänka på sig själv framför att tänka på andra, att vara påstridig med sin egen uppfattning och så vidare. När den riskfyllda situationens ökade påfrestningar gör läget allt svårare, kommer dessa oönskade sidor att börja göra sig gällande och det krävs allt större ansträngning för att hålla undan dem så att inte andra ska märka något. Dessa känslor och behov blockeras, det vill säga de "läses" för att inte märkas i agerandet¹⁵.

Ur datamaterialet från informanterna:

Personerna reflekterar först i efterhand över att de blockerat sina känslor och behov, när erfarenhet vunnits av att de frigjorts.

Och det kan jag också tro så här i dag, att jag kan uppleva problematiken runt mig själv bara, att jag är jobbig, att jag är ett problem för andra. Det här är ny förpackning, på samma sätt. Nu lever jag ut mina känslor mycket mer direkt. Och det är klart, det blir ju jobbigare för omgivningen än när jag går och är den snälla och nöjda personen som ler och är glad hur man än mår. (K2,2,56)

Bemästringsförsöken som inte lyckades väckte olika negativa känslor mot situationen som sådan och de inblandade personerna. Det upplevdes som nödvändigt vid fortsatta ansträngningar att genomföra uppgifterna att blockera dessa känslor och bibehålla intrycket av att man var en osjälvisk och tillmötesgående person. Det kändes naturligt att inte ge sig rätten att tänka på sig själv och känna efter vad man egentligen ville göra, utan att istället fokusera på vad andra ville eller behövde. Man märkte knappt sina egna behov och kunde säga ja till saker innan man hunnit upptäcka att man egentligen ville säga nej, vilket var möjligt att konstatera i efterhand när blockeringen upphört.

¹⁵ Hur detta sker har beskrivits på många olika håll i främst psykoanalytisk-psykoterapeutisk litteratur. Se t ex. Schafer (2003)

Likadant med att lova saker. Om det är någon som ringer och ber mig att komma, eller vi ska boka in ett möte, och sedan har jag någonting annat inbokat. Tidigare har jag liksom strukit och fixat och ändrat mina dagar då, fast jag egentligen ska vara ledig. Det gör inte jag idag, utan där, där säger jag 'nej, jag kan inte, jag har annat', och det känns jätteskönt och det går faktiskt bra. (K9,2,27-29)

Också när arbetsbördan växte, och till slut upplevdes som ohanterlig, förbisåg man sin trötthet och avslöjade inte sin förhoppning att någon annan ändå skulle uppfatta att man behövde ta hänsyn till sig själv. Man fortsatte sina ansträngningar att klara av situationen. Det skulle ha verkat egoistiskt att se till sina egna intressen, och dessa personer var mycket rädda för att framstå som själviska. Det fanns en övertygelse att man alltid måste göra sitt bästa för andra för att vara accepterad, alltid ställa upp och vara till hands, även om det egentligen inte passade och därför skapade hemliga negativa känslor. Sådana hörde inte hemma i den tilltalande attityd man eftersträvade att alltid visa upp. Man var förvissad om att bli impopulär om man inte verkade glad och snäll. Frustration, ilska, besvikelse måste bäras utan att komma till uttryck.

Jag har alltid varit så där att man ska vara duktig och, alltid fått höra att är jag ju lugn då, då. Fast det finns ju i magen på mig.. och.. jag har gärna lyssnat på andra och försökt att vara ett stöd och så där, men.. jag har själv samlat på mig.. Som inte.. ja, förträngt. Jag tror att jag är jättebra på att förtränga, så att säga lägga på locket. Och ibland kommer det upp. Att man inte vill då, då. (K14,1, 15-17)

Genom att känslorna var blockerade kunde personerna inte heller förstå att de måste förändra förhållningssätt för att förbättra sin situation. Därmed undgick de att bli klara över sitt eget ansvar för de problem de upplevde och kunde därför inte i detta avseende uppleva sig som 'agent' i sitt eget liv, det vill säga den som agerar i syfte att förbättra sina egna villkor. I stället kände de sig maktlösa och lade ansvaret för detta på omgivningen. I efterintervjuer påpekades denna nya dimension som uppenbarats, och hur det medfört en förståelse av det ansvar man måste anta när man vill bli en person som står upp för sina egna behov.

Jamen, jag tror att det är just det här att.. nu måste jag på något sätt lösa, alltså, det här, förändra mitt eget tänkande, mitt eget beteende. Förut har jag ju kunnat lagt problemen utanför mig, och så vara ledsen över det. Nu har jag liksom hamnat i kärnan, på något sätt, va. Det enda sättet att gå vidare, det är, det är att verkligen komma till skott med det som hand-

lar om vem jag är och vad jag står för. Och det.. det är ju.. på något sätt mycket svårare, det är ingenting som jag kan bara prata av mig, eller gråta några timmar - jag förändras ju inte för det. (K2,1,35-36)

3. Förnekade behov av andra

Trots svårigheter att bemästra problemen kan man inte tillstå att man har ett behov av hjälp från andra. Detta uppfattas som en otillåten svaghet och man är dessutom rädd att uppfattas som krävande, då det strider mot den bild man vill förmedla av sig själv. Man förnekar istället sitt behov av andras hjälp.

Ur datamaterialet från informanterna:

I den pressande situationen upplevde personerna att de inte fick ett avgörande stöd från någon eller några viktiga personer som var involverade i det som pågick, trots att de bad om det. Det uteblivna stödet bedömde personerna vara en följd av att deras behov inte uppmärksammades eller ansågs tillräckligt viktiga. Men de tog också för givet att om de framhärdade i sin begäran om stöd skulle de inte få det, och ville därför slippa denna förödmjukelse. Att vara hjälpsökande stod dessutom i strid med den bild av sig själv man ville visa upp, så även om priset för att klara sig helt på egen hand var högt så kändes det som det rätta. Dessa personer föreställde sig att svårigheter var något man skulle klara på egen hand, och de hoppades att problemen skulle lösa sig på något annat sätt.

Jag hade blivit utlovad, att 'du ska få extra handledningstillfällen när du börjar också med de här personliga kontaktmannaskapen, så du behöver mera'. Men det blev aldrig tid till det. Det dök aldrig upp något tillfälle. Och jag skulle kanske ha legat på där och sagt, att nu får ni skaka fram någonting. Men .. det är inte riktigt så jag har funkad, utan jag ber inte om hjälp, utan det är bara att bita ihop. (Tänker) Ja, det är det jag gör. (M1,1,35-36)

Personerna befann sig således i situationer som de hade svårt att klara av ensamma, och upplevde efter hand allt större svårigheter, men de var ändå inte inställda på att föra fram sina behov av hjälp och stöd på ett sådant sätt att omgivningen tog intryck. Om de ändå blev tvungna att be andra om hjälp, kände de sig också obekväma eftersom de kunde uppfat-

tas som besvärliga. Helst tog de därför på sig hela ansvaret själv för situationen. Känslan av att inte vara viktig bidrog till detta förnekande av behovet av andra. Orken sjönk genom den ensamma kampen och minskade ytterligare kraften att agera för sina behov

Jag hade som inte.. ork. Jag tänkte att det är ingen idé. Jag hade ju, oftast att man känner sig värdelös, eller, inte värd. Jag ska inte säga att man känner sig .. Jo, men ändå.. Och inte värdelös, men, varför ska någon bry sig om mig? Förstår du, man kan känna sig så där, kan jag känna mig. Eller varför skulle jag få den hjälpen, eller, varför.. hur kan någon tycka om mig speciellt? Jag tror att det fanns väldigt mycket av det i mig, då. (K14,2,48-49)

Genom att dessa personer förnekade sitt behov av andra och stod fast vid att de själva skulle bemästra problemen, underskattade de vart den riskfyllda situationen kunde föra dem. Därigenom undvek de också sitt ansvar för att förbättra det ohållbara läget, vilket de konstaterade i efterintervjuerna.

IV. Successiva autonomiförluster

Upplevelsen av hur den yttre pressen tilltar och att de ökade ansträngningar inte leder till framgång gör situationen allt svårare. Man märker allt mer hur förmågan att fullfölja ambitionerna att klara ut den riskfyllda situationen avtar. På olika sätt upplever man att kroppens normala kapacitet inskränks utan att det kan förhindras. Olika fysiska problem blir alltmer påtagliga och hindrande, och man drabbas efterhand också av koncentrationssvårigheter och minnesstörningar. Det handlar om det som här sammanfattande benämns förlorade kroppsfunktioner, det första utmärkande draget för kännetecknet. Genom dessa successiva förluster av olika förmågor uppstår alltmer en känsla av ett förlorat grepp om situationen, det andra utmärkande draget. Med dessa tilltagande svårigheter blir det svårt att leva upp till rollen som duktig, trevlig och ambitiös person. En känsla av att det är nödvändigt att undvika kontakter med andra börjar bli påtaglig, och ger gradvis upplevelsen av en förlorad social position, det tredje utmärkande draget. När det står klart att det inte längre är möjligt att fortsätta strävandena mot framgång, återstår endast att dra sig tillbaka från platsen där nederlaget upplevts, eventuellt som sjukskriven. När den sociala plattformen är förlorad och man inte längre kan se sig som en framgångsrik, högpresterande individ, är den gamla identiteten förlorad, det fjärde utmärkande draget

för detta kännetecken. Man är nu en person man inte känner till, en som nästan inte kan klara något och som inte har mycket hopp för framtiden,

1. Förlorade kroppsfunktioner

Kroppens styrka och rörlighet avtar, smärta och stelhet ökar. Olika sjukdomssymtom dyker upp, och man kan få ångest och hamna i paniktillstånd. Sinnesorganens funktion kan inskränkas, det kan bli svårare att koncentrera sig och att minnas.

Ur datamaterialet från informanterna:

Personerna som nu stod inför det psykosomatiska sammanbrottet märkte först att kroppen inte var lika rörlig som tidigare. Musklerna kändes stela vid uppvaknandet och det smärtade i lederna när man skulle förflytta sig. Magen var orolig, hjärtat bultade på ett skrämmande sätt, och man kanske svettades onormalt. Personerna märkte också att det blev svårare att minnas olika detaljer som man tidigare inte haft problem med, och det kunde kännas omöjligt att koncentrera sig i vissa situationer, t ex. när andra talade. Alla förändringar gjorde att det sammantaget blev allt svårare att fungera i vardagen och i den riskfyllda situation som man var involverad i.

Man upplevde att det som hände i kroppen kändes som något främmande som man inte hade kontroll över, det var som om den levde sitt eget liv. Känslan var att kastas in i något okänt och skrämmande.

Så att det var ju inget bra, och jag blev ju... det vart mycket oro och rädsla, hur ska det bli framöver, varför blir jag sämre? Jag trodde ju att jag hade fått reumatism eller någonting, så jag gjorde ju många undersökningar. Just det här i och med att jag inte fick till någon vändning, utan att det var så dåligt hela tiden, så väcktes det ju inget hopp. Jag studsade ju aldrig i botten. (M2, 1, 12-16)

Problemen med olika kroppsliga funktionsinskränkningar kunde ha startat tidigare. Ett kroppsligt symtom som t ex. smärta eller yrsel som varit mera avgränsat, blev nu alltmer intensivt och påträngande. Det hade negligerats i förhoppning om att det skulle försvinna när situationen blev bättre, men nu blev den istället alltmer ansträngd, och de

kroppsliga problemen blev då ohanterliga. Det kunde kännas som att benen inte längre bar, och man fick en känsla av att falla eller tappa fotfästet. Situationen var skrämmande, den kunde ge panikkänslor och andnöd, och hjälplöst fick man bevittna hur kroppen blev alltmer obrukbar som redskap för vardagslivets aktiviteter.

En skrämmande del av upplevelsen var att man inte visste riktigt vad utvecklingen berodde på. Man sökte förklaringar och gissade på olika saker som hade med det dagliga livets rörelser att göra. Men de förändringar man provade ledde inte till förbättringar. Det verkade som ingenting kunde hjälpa, och det var mycket skrämmande. Tankarna kunde komma in på att något allvarligt höll på att hända, kanske var det en svår sjukdom? Kanske skulle den leda till döden?

Ingen hjälp fanns att få. Att inte vara förstörd och inte veta om de kroppsliga signalerna var på "riktigt", om de signalerade allvarlig fara eller bara var inbillning var ångestskapande, som konstateras nedan i efterintervjun.

Och sedan också att bara man börjar att förstå var smärtan kommer ifrån, vad det handlar om och vad det är, att det inte bara är någonting som kommer och så blir man panikslagen; 'vad är det här, håller jag på att.. dö, eller?', liksom. För att ibland är det sådana akuta smärtor så att man tänker att om jag inte haft det här förut så hade jag åkt in på akuten direkt. Nu börjar jag ändå att veta vad det är, så att då kan man ändå.. kanske tona ned det lite.. ja. Och det känns mycket mer, det känns skönare, jag känner att det känns inte lika hopplöst och så där 'ska det vara så här resten av livet, och hur kommer det att funka?' Nu känns det som att det hör ihop med att jag skulle kunna liksom hantera det, och kanske förhoppningsvis bli av med det. (K8,2,19-20)

Spänningar, värk och andra obehag hindrade fria och obesvärade rörelser. Kroppen tycktes bete sig som en fiende och det kändes orättvist att man skulle bli drabbad av dess obegriplighet. När de fysiska besvären var riktigt intensiva, när t ex. smärtan kom i konvulsiva skov som kändes olidliga, kunde känslan uppstå att man var ett med smärtan, den skulle aldrig komma att släppa utan bli allt värre. Det fanns ingen väg ut. Man visste inte vad den berodde på, och inte vad man skulle ta sig till. Framtiden kändes hotfull, utan hopp, vilket man fått perspektiv på i efterintervjun.

En annan aspekt som också är viktigt.. som jag har lärt mig mer och mer i svåra, sådana där svåra.. när jag har svår smärta eller svårt någonting,

att det går över! För när den där smärtan var som värst, va, så är jag helt ockuperad av den. Alltså det.. den ockuperar mig, den är jag i stället för att jag har den. Det är en skillnad (K6,2,59-60)

2. Förlorat grepp om situationen

I det dagliga arbetet märker man av olika tilltagande kognitiva inskränkningar vid genomförandet av de uppgifter man har. När dessa funktioner alltmer förloras, upplevs det också att greppet om situationen förloras.

Ur datamaterialet från informanterna:

En rädsla att kastas in i något skrämmande grep tag i personerna när de upptäckte försämringar i för vardagsuppgifterna väsentliga funktioner som att minnas, koncentrera sig, planera, prioritera uppgifter och så vidare. Man började frukta att inte klara av den nu alltmer hotfulla situationen. Det blev svårt att se klart och överblicka tillvaron, och det blev allt svårare att fortsätta verksamheten som vanligt.

... och det var det som gjorde att jag från början hamnade här, i alla fall tror jag det, eller vet, när jag hamnade i det här med de riktiga ångestattackerna på försommaren. Jag tappade fotfästet totalt. Fick sånt här tryck över bröstet och kunde inte andas och har haft det jättesvårt att vara ensam efter det här, vilket jag alltid har trivts jättebra med att vara. Det är som att jag har tappat bort mig själv på något sätt (K2,1,10)

Problemen, som blev alltmer påtagliga, försökte man ändå bortse ifrån genom att säga sig att allt skulle bli bättre om man bara fortsatte lite till. Symtomen tänktes bero på någon yttre faktor, och längre fram skulle man få tid att göra något åt dem, kanske skulle man behöva söka vård. Men de tilltagande problemen gjorde att det kändes allt omöjligare att ta sig an svårigheterna i den riskfyllda situationen och successivt märkte man hur man förlorade de greppet om den. Det kunde uppstå plötsliga förnimmelser av överklighet, av att inte kunna behålla kontakten med den yttre situationen. Det kunde kännas som att inte existera i sin kropp eller att förlora sig själv.

Och.. Jag kommer så väl ihåg när jag åkte i väg då på den här personalchefkonferensen som chefen skulle ha åkt på egentligen. Och helt oföberedd, och hur.. Det var som, det var som droppen på något vis. Just det där att jag kände att jag gick bredvid mig själv, och... Det vart väldigt konstigt. Och att jag satt i den här gruppen, vi satt i ungefär ett sådant här rum, lite större, runt ett bord. Jag satt och sov vid det bordet. [...] För att jag vet när jag kom hem därifrån, då kände jag att det var något fel i huvudet på mig alltså, jag höll på att bli psykiskt sjuk eller någonting. Det var.. Det var inte första gången jag hade fått den här känslan att jag gick bredvid mig själv, den hade jag haft förut, men inte så .. inte så .. Under så lång stund, så att säga. (K13,1,31-34)

3. Förlorad social position

Den sociala positionen man hoppats befästa eller förbättra genom att vara duktig och ambitiös förloras nu alltmer. När man inte kan leva upp till att vara den kompetenta och tillmötesgående person man alltid strävat efter genom att vara till lags och prestera enligt andras önskemål upplever man inte längre att man kan inta den sociala position man önskar.

Ur datamaterialet från informanterna:

När det inte längre gick att utföra de vardagliga uppgifterna på grund av de tilltagande kroppsliga besvären och det förlorade greppet om situationen kändes det inte heller möjligt att leva upp till sina inre anspråk på att vara duktig, glad och tillmötesgående. Man kände hur orken försvann och kunde inte längre kämpa för sin sociala position. När denna insikt stod klar ledde den till att man helt övermannades av starka känslor knutna till alla de svårigheter man utstått, och då förlorades all återstående förmåga att hålla emot för att fortsätta kämpa.

Och då var det liksom, det var så många faktorer som gjorde att jag började känna helt plötsligt hur, hur dålig jag var. Och då bara föll jag, liksom. (T: Och vad hände?) Jag bara storgrina. Det var som att vrida ur en disktrasa. Och det visade inte jag de andra, jag gick ifrån, och så gick jag in på dagrummet och där satt jag, liksom. Sen gick jag hem. Så jag ring-

de hemifrån och sa, jag är ledsen men det håller inte längre, liksom. (K1,1,91)

Nederlaget var ett faktum och man upplevde att målet att erövra den eftertraktade känslan av andras uppskattning, att vara en ”lyckad” person, nu var ouppnåeligt. Den djupaste förtvivlan bröt fram när man kände att man måste kapitulera och ge upp sin sociala position.

Den förlorade sociala positionen uppfattades som att man förlorat sin plattform i livet, men man såg nu inga alternativ till denna lösning.

4. Förlorad identitet

När strävan efter en identitet av kompetens och popularitet bland andra i stället innebär att man måste träda tillbaka från de sociala positioner man erövat, förloras den åtrådda identiteten i stor utsträckning. Uppmärksamheten vänds istället mot den smärtande kroppen och dystra tankar om de förluster som gjorts. Man har en känsla av att ha tappat allt värde.

Ur datamaterialet från informanterna:

Det kändes svårt att godta att man inte längre var den högpresterande, välanpassade person som man alltid strävat efter att vara. I stället kände man sig nu som en person utan kompetens, ett olycksbarn som hamnat utanför en efterlängtat gemenskap. En förnimmelse uppstod av att inte känna igen sig själv, och det var skrämmande att vara denna okända person.

Så att, det har gjort att - jag upplever i alla fall att det har gjort att - jag har tappat ganska mycket i självförtroende. Både på vad jag kan göra och vem jag är. (M1,1,48)

Det kändes som krafterna var slut, att de nätt och jämt räckte till de nödvändigaste livsfunktionerna. Känslan av oduglighet och värdelöshet växte sig allt starkare.

Men det är jobbigt att känna att jag inte är så.. Jag kan inte fokusera. Jag.. Jag.. Får ingenting gjort, det är som.. Min yngste son sa till mig:

men mamma, ring, det är ju bara att ringa! Det är ju bara att ringa en mäklare! För jag har sagt att jag ska ringa länge då, då. Det blir inget.. Jag, jag kan inte fokusera, jag är inte van att vara så här. Jag vet inte, det är precis som att jag... Jag känner också att jag tänker på att jag vill krypa ner under täcket, då, och dra det över mig på något vis då. Helt plötsligt så har dagen gått och jag har inte gjort någonting. Jag vet inte vad... jag vet inte var energin har tagit vägen. (K14,1,5-7)

Personen kunde stundtals uppleva att livsmodet vek och känna en misströstan inför framtiden. Det var som om värdet av den egna existensen måste ifrågasättas när problemen kändes oöverstigliga

Jag fick hålla mig i sängen jag kunde inte göra någonting, jag var jättechockad för att jag visste att livet var slut. De försökte se positivt på det och så där, det ordnar sig liksom. Med det gör det inte, jag visste att det inte skulle göra det. Så, ja, jag åkte med dom ner till våran sommarstuga i Småland. Och jag försökte vara där några dagar och ta igen mig. Men det gick inte, för att jag var jättespänd och ledsen. Jag bara grät, jag kunde inte sluta gråta och jag kunde inte förstå vad det var. Alltså det var jätteskumt. För det är inte jag, egentligen. (K7,1,81-83)

5.5 Sammanfattning

Genom sitt kritiska förhållningssätt till sig själva och fogliga förhållningssätt till andra hamnade informanterna lätt i situationer där det uppstod en press. Budskap man fått redan tidigt i livet innebar att man inte kunde känna sig säker i sitt värde som människa, det kunde kännas som att man stod i skuld till andra och att man måste "förtjäna" deras uppskattning. När de pressade situationerna uppstod var man därför angelägen att uppfylla andras förväntningar, såväl i arbetet som i det privata livet. När det till de andra pressade situationerna inträffade ytterligare en som innehöll särskilt påfrestande utmaningar för personernas strävan att upprätthålla sin anpassade självbild, passerades en gräns för vad man kunde klara av. Den vanliga fogliga inställningen skulle nu ha behövt brytas för att möjliggöra reflektion av vad läget krävde. T ex. skulle bedömningar ha behövts av om de insatser som måste satsas var rimliga och om de överhuvudtaget stod i överensstämmelse med den inriktning man önskade sig av sin tillvaro. Men dessa personer förmådde inte uppmärksamma sådana behov. I stället för att agera fortsatte de att hantera krisartade situationer vanemässigt, det vill säga genom re-agerande.

Detta gjordes antingen genom att ytterliga intensifiera ansträngningarna att lyckas, eller genom att passivt underordna sig andras krav. För att det skulle vara möjligt att fortsätta att visa upp sin anpassade attityd, måste de bortse från sina egna behov av stöd och blockera inte bara sina växande negativa känslor, utan också den ökande rädslan att misslyckas.

Men försöken att bortse från sig själv kunde inte hindra att kroppen reagerade i den pressade situationen, och olika symtom dök upp och förvärrades efterhand. Oron för vart situationen var på väg ökade och personerna fick svårare att fullfölja sina uppgifter och förlorade alltmer greppet om situationen. De försökte ändå i det längsta att fullfölja sina ansträngningar att lyckas, men måste slutligen inse att det inte längre var möjligt. De kroppsliga funktionernas inskränkning och det förlorade greppet omöjliggjorde hela projektet. De blev tvungna att ge upp och förlorade då sin sociala position. En väsentlig del av den identitet de tillkämpat sig var då borta.

5.6 Hur påverkas meningsskapandet av de situationer som återges?

Den beskrivning av vägen till det psykosomatiska sammanbrottet som gjorts i detta kapitel, visar i vilka olika skeden informanternas meningsskapande påverkats. Avsikten med detta avslutande avsnitt är att lyfta fram två av dessa som framstår som särskilt betydelsefulla och diskutera dem med hjälp av några existerande teorier som kan skapa en fördjupad förståelse av dem.

De situationer som inverkar på meningsskapandet uppstår redan tidigt i livet, som informanterna beskriver det. Den första gäller hur man genom det bemötande man fått från vuxenvärlden inte upplevt någon känsla av att den egna personen och strävandena varit tillräckligt betydelsefulla för att den mening man skapar ska kunna utgå från den egna viljan eller de egna behoven. Som vuxen sätter man därför andras krav och synpunkter främst utan att fästa avseende vid sina egna önskingar eller gränser. Det uttalade syftet är att *vinna det erkännande* man aldrig tycker sig ha fått tillräckligt av.

Den andra viktiga situationen som inverkar på meningsskapandet gäller svårigheterna att känna vilka de egna behoven och önskingarna är. Det saknas en känsla av att ha en inre kompass att orientera sig efter. Meningsskapandet blir därför osäkert, t ex. när man skulle behöva agera

genom att omvärdera sitt engagemang i olika uppgifter i stället för att bara re-agera vanemässigt. Meningsskapandet påverkas av att man därför inte kan känna tillit till de egna resurserna, *känslan av agens* är ned-satt.

5.6.1 Vinna erkännande

Personerna som fått psykosomatiskt sammanbrott har inte fått ett erkännande, som ger dem känslan av oberoende och autonomi. I stället är erfarenheterna redan i barndomen att andra tvärtom väntar sig en anpassning till de krav och normer som gäller. Simone de Beauvoir (1949/2004) har skrivit att människans benägenhet att särskilja sig och hävda sin existens som autonom är en förutsättning för att hon ska kunna framträda som subjekt. Detta särskiljande sker genom att hon strider för erkännande, och då bekräftar sig som mänsklig och självmedveten. Barnet med sitt totala beroende av de vuxna framträder som subjekt först efter hand som det befriar sig från detta beroende, menar Beauvoir. För att detta ska lyckas krävs att barnet vinner de vuxnas erkännande av sina förutsättningar, sin viljeinriktning och sitt vägval, det som med Beauvoirs uttryck kan kallas den egna *individualiteten*.

De försök att hävda en egen individualitet som gjorts har misslyckats och lever i vuxenlivet kvar i minnet som besvikelser och nederlagskänslor. Känslan av hemhörighet bland andra har hotats vid dessa försök, och den skrämmande ensamhet det innebär får dessa personer att överge sina behov av att särskilja sig. Men drivkraften hos människan för detta och för att hävda sin existens som autonom kan inte utplånas i grunden, och i denna situation omformas behovet till att i stället utmärka sig som inte bara maximalt anpassad till de krav man uppfattar, utan en person som verkligen lyckas med detta genom idoga prestationer, foglighet och perfektionism. Meningsskapandet inriktas därigenom med andra ord mot ett annat sätt att vinna erkännande för ett slags 'pseudindividualitet' utan att riskera att förlora känslan av hemhörighet. Men den inre tillfredsställelsen finner man trots det inte, då de egna grundläggande förutsättningarna har övergivits. Detta dämpar emellertid inte, utan snarare intensifierar strävandena efter erkännande, så starkt att överblicken över vad som är möjligt förloras och så småningom leder till det slutliga sammanbrottet.

Den gestalt som träder fram ur beskrivningen av bakgrund, utveckling och slutligt sammanbrott för den psykosomatiska patienten och starkt bidrar till att forma meningsskapandet, är således behovet av

erkännande av den egna individualiteten. Det kan förmodas ligga bakom den på annat håll i litteraturen beskrivna 'prestationsbaserade självkänslan' (Hallsten, Josephson & Torgén 2005, se 1.2). Om det inte går att vinna detta erkännande i överensstämmelse med de egna förutsättningarna, måste dessa överges för en pseudoindividualitet som negligerar dem samtidigt som den möjliggör en strävan att hävda sin existens för att kunna framträda som subjekt.

Hur kan man förstå att detta behov av erkännande blivit så absorberande hos de personer som fått psykosomatiskt sammanbrott? Det faktum att de inte från början lyckats särskilja sig och hävda sin autonoma existens kan uttryckas som t ex. att de intervjuade personerna "egentligen alltid haft dålig självkänsla". Men vad är dålig självkänsla och hur kan det skapa sådant livslångt behov av andras erkännande, och utan att den dåliga självkänslan i vuxenlivet försvinner när andra uppskattar och berömmar?

Av informanternas berättelser tycks den bristande självkänslan komma ur barndomserfarenheterna, hur man blivit bemött i tidiga år. De beskriver att föräldrarna inte förmått intressera sig för dem, hur de kan ha känt att de varit tvungna att ta stort ansvar, eller att de blivit kritiserade, hotade och på olika sätt fått känslan av vara i vägen, ointressanta eller fel. Det kan verka självklart att det ger barnet dålig självkänsla, men detta är inte den enda konsekvensen. För att barnet ska kunna utveckla en känsla av oberoende och självständighet, alltså särskilja sig och hävda sin autonoma existens enligt Beauvoirs terminologi ovan, är det enligt nyare relationsinriktade psykoanalytiska teorier avgörande att föräldrarna inte bara ser och bekräftar barnet, utan också är villiga att låta sig påverkas och bli berörda av barnets önskingar och aktiviteter, av det som kan kallas barnets "agenda" (Slavin & Kriegman 1992). Personerna som fått psykosomatiskt sammanbrott har som alla barn sökt sådana erkännanden från föräldrarna, de ville veta att de var uppskattade även om de gick sin egen väg, det vill säga för sin individualitet. I stället fick de budskap om motsatsen: att de endast kunde räkna med gillande i den mån de uppfyllde föräldrarnas förväntningar.

5.6.2 Den bristande känslan av agens

När föräldrar inte kan tolerera att barnet utvecklas annorlunda än man förväntat sig, utan som informanterna berättar, istället med rigida regler, bestraffningar eller kanske avståndstagande försöker få kontroll över barnet, kommer detta att påverka meningsskapandet genom att

försvara eller omöjliggöra för barnet att se och förstå sina egna motiv och intressen. Detsamma gäller när föräldrarna inte är tillgängliga att se och erkänna barnets utveckling. Det underminerar barnets känsla av att vara någon som kan påverka andra människor och det blir ett hinder att räknas i sina egna ögon. Det som hämmas är med andra ord känslan av *agens*, som kommer ur individualiteten. Inom psykoanalytisk teori har det beskrivits att relationerna med andra blir illusoriska utan känsla av *agens*: de kommer antingen att baseras på fantasier om sammansmältning, eller på den omnipotenta idén att det går att styra andra med den egna viljan. Det kommer att saknas en känsla av ett sammanhängande, avskilt själv och innebära en motsvarande oförmåga att hålla fast vid den egna identiteten i närvaron av en annan person (Pollock & Slavin 1998). Dessa teorier belyser utvecklandet av några grundläggande förhållningssätt till andra och därmed det meningsskapande som kommer av dessa förhållningssätt: att vara foglig och att sätta andras behov eller vilja framför den egna.

Föräldrarnas roll för hur barnets meningsskapande utvecklas är central. Ett barn hamnar under sin uppväxt ofta i motsatsställning till sina föräldrar, och för att utvecklas och mogna som individ måste barnet vid sådana tillfällen lära sig att samtidigt ta in det hennes föräldrar erbjuder och ändå hålla dörren öppen för sin egen agenda (Pollock & Slavin *ibid.*). Även om föräldrar och barn har många gemensamma intressen, har de inte nödvändigtvis samma perspektiv på vad som bäst gagnar de egna intressena. Föräldrarna delar inte alltid barnets uppfattning om vad det bör göra i olika situationer, i synnerhet inte i olika utvecklingsmässigt kritiska skeden. Ändå krävs det för barnets sunda självutveckling, alltså för barnets rätt till sin individualitet, att föräldrarna kan vara nöjda med det som förenar dem med barnet, samtidigt som de accepterar att det också finns sådant hos barnet som är olikt. Som Ferenczi (1933) förslagit, och vilket också stöds i föreliggande studie, var det som varit patogent för den psykosomatiska personen i det förflutna således inte främst olika traumatiska eller konfliktskapande händelser, utan den fördunkling av barnets perception och agenda som relationerna i familjen skapade och som förnekade hennes individualitet, ödelade hennes känsla av *agens*, hennes upplevelse att kunna påverka andra och känsla av integritet vad gällde de egna perceptionerna. Detta framstår som en viktig beskrivning av hur meningsskapandet kan påverkas så, att personen inte kan förmå sig att agera i sitt eget intresse i en alltmer hotfull situation.

Denna tröskelpunkt utgör det psykosomatiska sammanbrottet. Den är slutpunkten på en lång process, som börjat med att personen inte mött det nödvändiga erkännandet för sin unika individualitet, och som därför ägnat sitt liv åt att istället försöka erövra ett erkännande för en pseudo-individualitet som bygger på foglighet och anpassning till upplevda krav. När hon till slut måste ge upp utan att ha lyckats, förlorar hon den handlingskraft hon i större eller mindre utsträckning lyckats utveckla som kompensation för sin bristande känsla av agens. Den kroppsliga balanserande aktiviteten med tilltagande symtom och slutligt sammanbrott är *kroppens mening* om situationen och försök att skapa balans. Det är emellertid en kortsiktig lösning av den svåra situationen, som inte förmår skapa ny, varaktig harmoni. För detta krävs att problemen i den sociala världen kan lösas, vilket förutsätter ett *meningsskapande på medveten, tematisk nivå* om hur situationen ska hanteras (Bullington 1999).

6. Resultat studie 2: Meningsskapandets samtidiga kroppsliga aktivitet

6.1 Inledning

6.1.1 Meningsmönstrens förändring

Frågeställningen är: *Hur ser den kroppsliga aktiviteten ut i förhållande till uttryckt meningsinnebörd?*

I detta kapitel redovisas resultatet av de analyser som gjorts av informanternas beskrivningar av hur de menar att det psykosomatiska tillståndet uppstått, och den samtidiga kroppsliga aktiviteten under denna skildring. Avsikten är att undersöka om det kan visas att meningsskapandet sker på två samtidiga nivåer, den kroppsliga och den mentala, och hur dessa nivåer förhåller sig till varandra. Om det kan visas att det finns en korrespondens mellan den verbala och den kroppsliga nivån i meningsskapande med skilda innebörder i olika situationer, kan detta ses som en indikation på att den sammanflätning råder mellan dessa båda nivåer som antagits i de teoretiska utgångspunkterna (se avsn. 2.3.2).

Intervjuerna är gjorda vid två olika tillfällen, dels en tid efter det psykosomatiska sammanbrottet, men före behandling, och dels i samband med behandlingens avslutande när krafterna i större eller mindre utsträckning återvunnits¹⁶. Avsikten med detta är att se om meningsskapande och kroppslig reaktion sammantaget skiljer sig åt vid dessa tillfäl-

¹⁶ Ett sätt få en uppfattning om de återhämtade krafterna är genom Pines-mätningarna som redovisas för varje presenterad patient i analysen

len. Jämförelser görs därför för varje informant av 'meningsmönstren' vid dessa båda tillfällen. Med meningsmönster avses i denna avhandling helheten av det verbala meningsskapandet och den samtidigt kroppsliga aktiviteten. Om meningsmönstren skiljer sig på ett markant, konsekvent och förståeligt sätt vid de två intervjutillfällena, ses detta som uttryck för ömsesidigheten i den kroppsliga och den verbala meningssnivån.

6.1.2 Använda metoder

Meningsmönstren omfattar som nämnts två nivåer, den verbala och den kroppsliga. Informanternas muntliga beskrivningar ses som verbalt meningsskapande, och avser deras förståelse av de skildrade förhållandena som antingen redan finns eller växer fram vid berättandet. Den kroppsliga aktiviteten avser i det här fallet det som sker på autonom nivå, samtidigt som berättandet pågår. Teoretiska ställningstaganden till hur mätningar av kroppsliga aktiviteter kan infogas i en fenomenologisk vetenskaplig ram har lämnats i avsnitt 2.3.5 2. Beskrivningar av teori och tillämpning av psykofysiologiska mätmetoder redovisas i bilaga 2A samt i avsnitt 4.3.

Berättandet sker som nämnts i två olika sorters situationer, mellan vilka det kan förmodas att meningsskapandet skiljer sig åt. Meningsmönstren blir föremål för analys på såväl kroppslig som verbal nivå. Den verbala nivån analyseras genom utskrift av de berättelser som gjorts. Den kroppsliga analyseras genom att de autonoma variabler, som samtidigt registrerats under intervjun, infogas i grafer med tidsangivelser som exakt kan bindas till det verbala innehållet.

För analys har material ur intervjuer från femton av de sexton informanterna utvalts, där beskrivningarna tillåter jämförelser före och efter behandling i aktuellt avsnitt. Det sammanlagda antalet som utgör underlag för analys blir således 30 intervjuer. Beträffande den sextonde informanten, har efterintervjun inte kunnat analyseras på grund av ett tekniskt fel, således utgår också föreintervjun i denna studie.

Informanternas kroppsliga reaktioner som åtföljer berättelserna redovisas i det följande genom de första 100 sekunderna då frågan "Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?" besvaras. Den har ställts i såväl före- som efterintervjun och därför kan en jämförelse göras av såväl det verbala innehållet som de kroppsliga reaktionerna vid dessa tidpunkter.

Informanterna har i redovisning fått fingerade namn. En sammanställning av mätresultaten vad gäller hudkonduktans finns i bilaga 2B. Vid varje redovisad informant i texten finns också fingertemperaturen angiven i graf.

6.1.3 Studiens inriktning och begränsningar

Avsikten med analyserna i denna studie är inte att utvärdera behandlingen eller något liknande, utan den begränsar sig till att studera hur meningsskapande sker på mental och kroppslig nivå vid de två tillfällena enligt ovanstående beskrivning. Behandlingsmetoden är således inte fokus och den är därför inte extensivt redovisad. Det finns dock en översiktlig teoretisk sammanfattning för den intresserade i bilaga 1.

Det är också viktigt att göra klart, att även om psykofysiologiska mätmetoder använts, är ansatsen inte en kvantitativt inriktad studie i enlighet med de krav som råder inom naturvetenskaplig vetenskapstradition. Studien är gjord inom den hermeneutiska forskningstraditionen, där förståelse och tolkning av mänsklig aktivitet är huvudinriktning. Insamling och analys av data syftar till belysning av meningssamband mellan anonym, pre-noetisk aktivitet på kroppslig nivå (se 2.3.2.4) och den personliga nivåns verbala uttryck. Avsikten har således inte varit att visa t ex. att statistiskt signifikanta samband råder mellan olika variabler inom eller mellan grupper eller individer.

6.2 Översikt över resultatet

De två situationerna som jämförs är således intervjun före respektive efter behandling. För analys har som nämnts valts de avsnitt ur intervjuerna som gäller svar på frågan med innebörden ”Hur ser du för närvarande på att du fick dessa problem som du sökt hjälp för?”

Det visade sig att meningsmönstren som förväntat skiljde sig mellan före- och efterintervjuerna. Det som emellertid inte var förväntat, var att de kroppsliga reaktionerna i före- och efterintervjuerna uppvisade mönster som innebar att en stor del av materialet kunde indelas i två huvud-

grupper. Den ena huvudgruppen hade påtaglig kroppslig autonom aktivitet i föreintervjun, medan den var obetydlig i efterintervjun. Den andra huvudgruppen hade motsatt mönster; obetydlig eller ingen autonom aktivitet i föreintervju och livlig i efterintervjun. Frågan uppstod då om skillnaderna hade någon motsvarighet i personernas förståelse av sin situation. För att få en uppfattning om det rörde sig om meningsskillnader som kunde spåras redan i informanternas motiv att söka behandling, analyserades de skriftliga motiveringar informanterna gjort inför första besöket. Detta gav en antydning till skillnad mellan grupperna, och på den grundvalen användes den uppkomna gruppindelningen för att se om gruppsskillnaderna skulle bekräftas vid den närmare analysen av varje informants meningsmönster. Den första gruppen, grupp A, karaktäriserades i enlighet med motiven att söka behandling som ”stressande situationer” och den andra, grupp B, som ”betryckande livssituationer”.

Meningsmönstren i de utvalda avsnitten i före- och efterintervjuerna har analyserats vad gäller verbalt meningsskapande och samtidig autonom aktivitet. Den autonoma aktiviteten har återgivits i grafer som utvisar hudkonduktans och fingertemperatur sekund för sekund. Det har därigenom blivit möjligt att löpande följa verbalt meningsskapande och samtidig kroppsreaktion (även om viss latens råder i mätutslagen, se nästa avsnitt).¹⁷

För varje grupp har de viktigaste dragen i hur man ser på problemens uppkomst analyserats och sammanfattats, dels vad gäller föreintervjuerna och dels vad gäller efterintervjuerna. Det viktigaste resultatet är att olika meningsmönster kunnat påvisas bland dessa informanter, antydande att en sammanflätning råder mellan den mentala och kroppsliga meningsskapande nivån. Det framgår också att meningsmönstren tycks skilja sig åt mellan grupperna. Dessa resultat diskuteras som avslutning av kapitlet i relation till några fenomenologiska begrepp.

6.3 Det analyserade materialet

Jämförelser görs av meningsinnehåll i intervjuvaren och den kroppsliga aktivitet som samtidigt pågår och som presenteras i grafer, sekund för sekund. I framställningen som följer sammanfattas intervjuvaren. De vidhängande grafiska illustrationer av

¹⁷ I bilaga 2A och 2B finns ytterligare beskrivning av mätdata, samt översikter av mätutslag i hela intervjumaterialet.

hudkonduktans och fingertemperatur omfattar dock endast de första 100 sekunderna av dessa svar. I bilaga 2 B finns gruppvisa sammanställningar av hudkonduktansen i före- och efterintervju i grafisk form.

Kurvorna i graferna visar på y-axeln hudkonduktansen (μS), indexerat med genomsnittsvärdet under den inledande avslappningen som nollvärde. Det motiveras av att de absoluta värdena är individuella och inte tillåter jämförelser mellan olika personer, såsom framhålls i litteraturen (se 4.2.2.2 samt bilaga 2A). Därigenom blir det också möjligt att direkt jämföra graferna före – efter. Detta är också skälet till att graferna (med undantag för de inledande längre exemplen i varje grupp) genomgående redovisar de första 100 sekunderna av informanternas beskrivningar.

Fasiska förändringar i hudkonduktansen som är större än $1 \mu\text{S}$ har betraktats som *kognitiv orientering*, vilket innebär att personen skapar sig en mental förståelse av det hon står inför, eller som *affektiva reaktioner* på sinnesintryck och tankar. Fingertemperaturen är tolkad enligt den 15 sekunders fördröjning som redovisas i litteraturen (Kistler et al. 1998).

6.3.1 Gruppering av materialet

6.3.1.1 Två undergrupper: statistiska skillnader

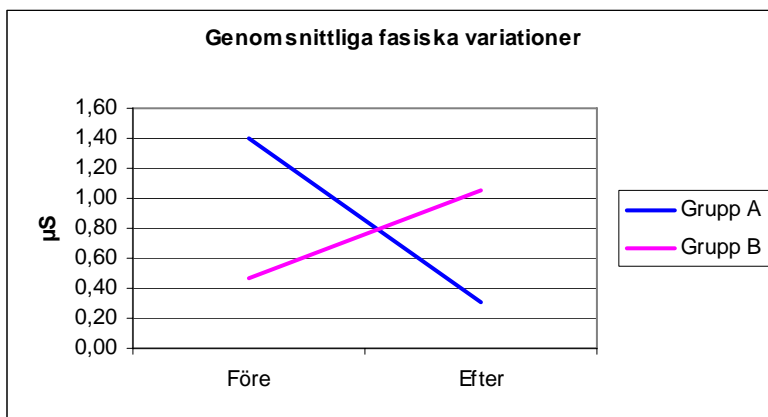
Kurvorna för *fasiska variationer i hudkonduktans* (förklaring, se bilaga 2A) i de grafer som åtföljer varje intervju visar mönster som delar upp materialet i två grupper som närmast är att beteckna som varandras spegelbilder. Beskrivningar som kan förklara detta resultat saknas i litteraturen.

Grupp A: Föreintervjun karaktäriseras av livliga fasiska utslag, men i efterintervjun är kurvan utslätad. Sex informanter har detta mönster

Grupp B: Föreintervjuns fasiska utslag är mycket små, medan de i efterintervjun är livliga. Sju informanter har detta mönster.

I figuren nedan med genomsnittsvärdet av hudkonduktansen före och efter i respektive grupp framgår spegelvändningen i de båda grupperna:

Figur 1. Genomsnittligt värde för hudkonduktans i grupp A och B, före resp. efter behandling¹⁸



6.3.1.2 En gruppskillnad: motivering att söka hjälp

Hur ska man förstå att reaktionerna skiljer sig på detta sätt i de två grupperna? En första, tentativ uppfattning kan man få när man ser till skillnaden mellan grupperna beträffande motiveringen för att söka hjälp. Varje person har gjort en skriftlig redovisning av olika bakgrundsfaktorer som är betydelsefulla för behandlingen, och bland annat beskrivit anledningen till att man anser sig behöva den. Skillnaden mellan grupperna antyds i arten och djupet av de problem man vill ha hjälp med. Analysarbetet får senare visa om dessa skillnader har tillräcklig giltighet.

¹⁸ Även om statistisk hypotesprövning ligger utanför avhandlingens fokus kan påpekas att statistisk signifikant skillnad råder i båda grupperna mellan före- och eftervärden (5% alfa-nivå, t-test).

Grupp A: Problem att hantera stressande situationer

När personerna motiverat varför de behöver hjälp, har främsta skälet varit att hantera den stress man erfarit på grund av överväldigande händelser som inträffat. I formuleringarna nämns således: ”hantera stress” (K2, K13), ”hjälp att inte upprepa dåliga beteenden” (K1), samt ”förstå kroppen” (K14).

Det karaktäristiska för personerna i den här gruppen var att man för-sökt hantera emotionellt laddade konkreta situationer som vållar problem. De utlösande händelserna gällde ofta situationen på arbetsplatsen, men kunde också gälla personliga förhållanden t ex. en viktig relation.

Grupp B: Problem att hantera en betryckande livssituation

Formuleringarna i de motiv som angivits för att söka hjälp avsåg här snarare problem på ett djupare plan som vållats av livssituationen som sådan: ”hoppas på hjälp med att börja leva igen” (K3), ”ta tag i mitt liv och bygga upp det igen” (M1), ”kanske komma vidare med mitt liv” (K14), ”hitta ett sätt att acceptera mig själv” (K5), ”bli av med den sorg jag känner mellan varven, livet har varit jobbigt” (K12), ”hjälp att få kontakt med mina känslor” (K10)

Det karaktäristiska för personerna i den här gruppen är att man känner sig sitta fast i problem som gäller livssituationen som sådan. Det berör såväl familjen som arbetet.

6.3.2 Jämförelse av meningsskapande i två olika situationer

I den framställning som följer kommer de två grupperna att redovisas var för sig. Det som analyserats är som nämnts samma område i de båda intervjuerna, nämligen svaret på frågan med innebörden ”Hur anser du för närvarande att de problem uppkom som du sökte hjälp för?”. Detta svar är utbrutet ur hela intervjun och presenteras med text och graf över den kroppsliga aktiviteten i de två olika situationer som undersökts, alltså FÖRE och EFTER behandling.

För att endast informanter vars utslag i hudkonduktans verkligen skiljer sig vid de två tillfällena ska hänföras till någon av grupperna, har ett mått konstruerats för att mäta storleken på de fasiska förändringarna (se ”fasisk styrka”, bilaga 2B).

Kurvorna är, som också tidigare nämnts, indexerade med genomsnittsvärdet under den inledande avslappningen som nollvärde. Detta,

och att tidsaxeln standardiserats till 100 sekunder, gör att graferna blir jämförbara i före- och efterintervjun.

Inledningsvis presenteras emellertid under respektive grupp ett helt analyserat avsnitt.

6.3.3 Grupp A (stressande situationer)

6.3.3.1 Översikt

Personerna i den här gruppen beskrev händelser som inträffat och upplevts som alltför överväldigande för att kunna hanteras. Av de sex personer som ingick i denna grupp, tillhörde fyra den grupp som i studie 1 re-agerade på upplevda krav med bemärstringsförsök som innebar *intensifierad aktivitet*.¹⁹ Det var således personer som trodde sig kunna klara de problem de stod inför genom att agera målinriktat och genom att fokusera på de problem som måste lösas. Utvecklingen visade att det inte lät sig göra, utan att situationen efterhand blev alltför överväldigande.

De återgav i stort sett samma faktiska innehåll i före- och efterintervju när de berättade om hur dessa händelser lett fram till de problem de sökte hjälp för. Men trots att innehållet sakligt sett överensstämmer, är det framställt på olika sätt vid de två tillfällena. I föreintervjun är betoningen på hur de inträffade händelserna efterhand tagit överhanden och pressat personerna in i en svår stressituation: närstående har avlidit, chefer har trakasserat eller varit krävande, partners har svikit, och liknande. Den kroppsliga aktiviteten visade i föreintervjuerna stresspåslag genom sänkning av fingertemperaturen och affektiv påverkan genom fasiska utslag i hudkonduktansen. Dessa affektiva reaktioner markerade de viktigare momenten i berättelsernas händelseutveckling mot det psykosomatiska sammanbrottet. Även kognitiva reaktioner förekom i samband med t ex. att frågor skulle besvaras eller årtal erinras.

När samma faktiska förhållanden återgavs i efterintervjuerna, var betoningen inte längre på det överväldigande i händelserna. Det fanns också en ny förståelse av händelsernas betydelse i det egna livet, och att de hade någon sorts positivt värde. De hade gett en erfarenhet som personen kommer att ha nytta av, hon kände sig förändrad och var glad för det. I efterintervjun var en stor del av de fasiska reaktionerna borta. Stresspåslaget saknades oftast och var ersatt av en avspänd reaktion,

¹⁹ (se 5.4, III, not)

speglad i en stigande fingertemperatur. Hudkonduktansen uppvisade endast fåtaliga fasiska reaktioner, och hade mera kognitivt orienterande innebörd än emotionell. Detta kan i och för sig också vara relaterat till den förändrade intervjusituationen och relationen till intervjuaren, men meningsinnehållet i det sagda talar för att det problematiska händelseförloppet nu upplevdes på en nivå där den affektiva och stressande påverkan inte längre var särskilt märkbar.

6.3.3.2 Exempel på analys

Agnes (K2)

Agnes hade problem med ångest och nedstämdhet och hade just börjat med antidepressiv medicinering efter besök på psykakut-mottagning. Hon sökte hjälp på grund av dessa problem och också olika kroppsliga problem, som smärta, spänningar och grava sömnproblem. I bakgrunden fanns canceroperationer och diagnostiserad reumatoid artrit (RA). Hennes svårigheter nu var en följd av att hon blivit övergiven i en kärleksrelation. Hon måste läggas in akut på hjärtobservation strax efter den inledande intervjun.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet $> 4,0$) före 4,14 efter 2,57

A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Intervjuavsnitt motsvarande nedanstående kurvor. (Fasiska utslag större än $1 \mu S$ som bedöms som affektiva reaktion/kognitiv orientering markerade inom parentes):

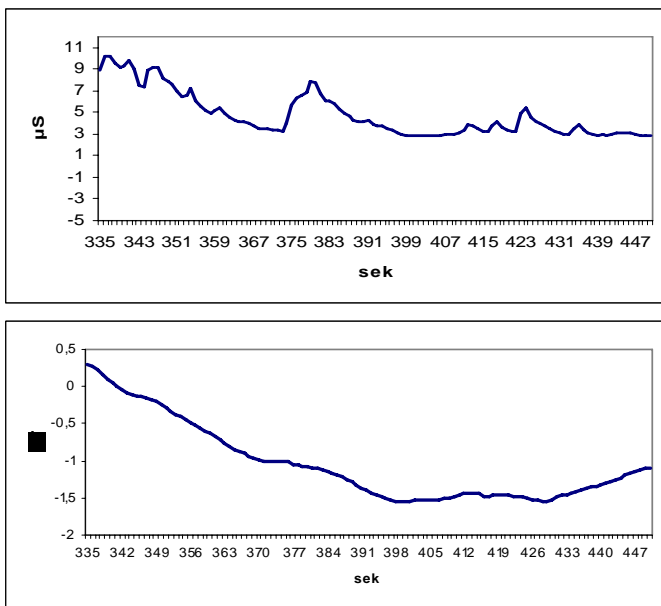
S: Det stora problemet är den här kärlekshistorien som inte gick något bra (337) Och som jag mår jättedåligt av. Och jag tror att där, det var den som (344).. fick min bågare att rinna över, kan man säga. Och.. Sättet allt det här gick till på har gjort att det också är väldigt svårt att acceptera det som har hänt, och svårt att göra ett avslut själv. Och sen är jag ju dessutom tvingad att ha kontakt på jobbet. Bland annat så ska jag ner till konsultfirman i morgon där han jobbar, och (373) då blir jag alldeles upp och ner.

T: Och är det därför som det är en så påfrestande dag i morgon?

S: Ja, det kommer att bli en påfrestande dag i morgon. För vårt möte det vart otroligt tajt och starkt känslomässigt från båda håll. Och så blev han jätterädd och bara försvann. Och då hamnade jag i någon sådan

här.. total chock.. Och.. då rann det ju massor med gammalt över mig också.. Och.. sedan vet ju jag mitt uppe i allt det här att (410) han också önskar att det var på ett annat sätt. Och det säger han ju fortfarande, när vi pratar, det är det (416) som jag kan ha så svårt att acceptera, det här slutet. Och jag kan inte släppa det här, (422) det finns i mitt huvud hela tiden, och det stör mig ständigt, och det var det som gjorde att jag från början hamnade här, i alla fall tror jag det, eller vet, när jag hamnade i det här (433) med de riktiga ångestattackerna på försommaren. Jag tappade fotfästet totalt. Fick sånt här tryck över bröstet och kunde inte andas och har haft det jättesvårt att vara ensam efter det här, vilket jag alltid har trivts jättebra med att vara. Det är som att jag har tappat bort mig själv på något sätt

Figur 2. Hudkonduktans övre (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur nedre (Medelvärde under avslappning = 0)



Analys: En påfallande kroppslig aktivitet startar när Agnes börjar tala om kärlekshistorien som slutade så dåligt för henne. Att det affektiva innehållet är starkt framgår av att olika yttranden på detta tema, som rör mannen ifråga, föranleder fasiska hudkonduktansutslag. Kroppen reagerar också på att Agnes talar om ångestattacker. Fingertemperaturens

snabba sänkning genom hela avsnittet som beskriver mannen, hur hon blev övergiven och de svåra känslor detta skapade, visar att det också är frågan om en påtagligt stressfylld händelse. Den kroppsliga aktiviteten präglas med andra ord av sympatikuspåverkan fram till att Agnes börjar se försonliga drag hos mannen ("Sedan vet ju jag... att han också önskar att det var på ett annat sätt."). Då avtar fallet i fingertemperaturen (med en samtidig fasisk reaktion) och indikerar att den kroppsliga stressupplevelsen minskat, uttalandet har här karaktären av kognitiv orientering. När hon sedan börjar tala om de kroppsliga konsekvenserna som följde, stiger fingertemperaturen och indikerar att det sympatiska påslaget upphört.

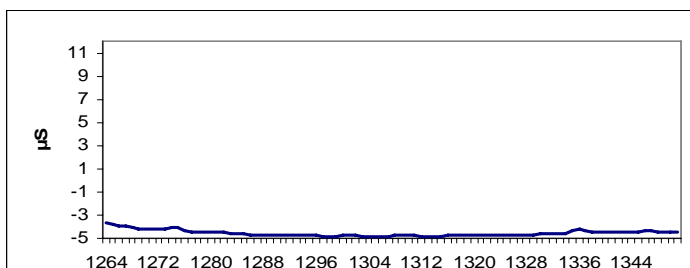
B. EFTERINTERVJU; svar på frågan "Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?"

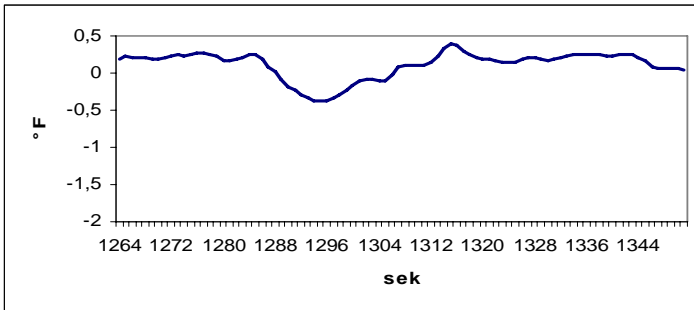
Intervjuavsnitt motsvarande nedanstående kurvor (I detta avsnitt förekommer inga fasiska utslag större än $1 \mu\text{S}$):

T: OK. Då ska jag fråga dig samma fråga som förra gången: så om du nu ser tillbaka på när du kom till mig, hur du ser du på, vad var det som gjorde att du hade fått de problemen som du hade då?

S: Jamen, Det var ju mycket det här som hände då med min kärlekshistoria jag hade förra våren. Som var så intensiv och stark och han bara försvann. För då tror jag att, att det helt enkelt var så att mina fördämningar, dom bara brast. Det var, jag tror det var sista droppen som bara fick allt då att rinna över, och öppnade alla mina gamla sorger, förluster och.. Och då var det ju, och då var jag ju, i och för sig när jag kom till dig då hade jag väl tagit mig igenom en bra bit av det ändå. Men.. Jag stod ju knappt på benen förra sommaren. Och det var ju precis som att.. Det vart en förlust för mycket. Och så kan jag tänka nu efteråt, att det kanske var bra att det hände. Förr eller senare så skulle väl det här bli. Och nu hände det genom en sak som jag ändå kunde ta mig igenom. Man kunde ju ha haft en mycket större förlust, då hade man kanske aldrig orkat stå på benen igen.

Figur 3. Hudkonduktans övre (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur nedre (Medelvärde under avslappning = 0)





Analys: I intervjun efter genomgången behandling saknas de fasiska hudkonduktansutslag som åtföljer frågor i föreintervjun. Man kan också se att den autonoma sympatiska tonen är låg, den ligger en bra bit under genomsnittet för avslappningen under intervjun före behandling. Agnes väljer nu att besvara samma fråga hon fick före behandlingen ganska kortfattat, och det framgår av det övriga innehållet i efterintervjun att hennes fokus inte längre är centrerat på problemet med kärleksrelationen. Det principiella innehållet är inte förändrat: Det var kärleksförlusten som utlöste problemen, och det aktualiserade gamla förluster och sorger. Den enda markerade kroppsliga aktiviteten kommer vid den inledande frågan om vilka problem som gjorde att Agnes sökte behandling. Detta vållar ett visst mindre sympatiskt stresspåslag som kan avläsas i fingertemperaturen (i grafen uppträder denna nedgång med 15 sek. fördröjning) men ingen affektiv påverkan kan utläsas av hudkonduktansen, som ligger på en låg och jämn nivå. När hon strax börjar resonera om kärlekshistorien upphör stresspåslaget, och när hon konstaterar att det kanske fanns fördelar med att det hände, har kroppens aktivering helt upphört.

Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna: På det kroppsliga planet utlöses i föreintervjun affekter och

stressreaktioner i form av sympatikuspåslag, i överensstämmelse med Agnes eget meningsskapande om det överväldigande i hennes problem: det är hur hon blev övergiven i en kärleksrelation, och känslorna inför den mängd andra förluster som övergivandet uppenbarar. I efterintervjun kvarstår en viss stressreaktion av att påminnas om att hon hade problem som gjorde att hon måste söka hjälp, men kärlekshistorien eller förlusterna i övrigt har ingen kroppslig inverkan. Det verbala meningsskapandet är här inriktat på beskrivning och försoning med det skedda, vilket kan avläsas i den avspända kroppsliga reaktionen.

6.3.3.3 Övriga analyser i sammandrag

I det följande presenteras de kroppsliga reaktionerna i form av grafer, medan meningsinnehållet som åtföljer dessa har ersatts med kortfattade sammanfattningar samt citat ur föreintervjun, avsett att ge exempel på informantens verbala meningsskapande. (Dessa citat ingår inte nödvändigtvis i de tidsavsnitt som de redovisade graferna avser.)

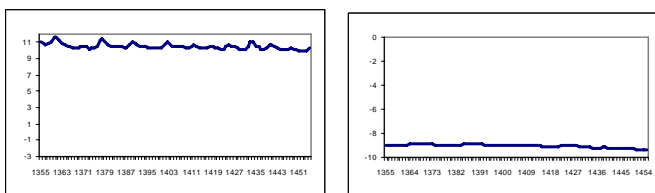
Agata (K1)

Agata var arbetslös efter att ha varit sjukskriven för utbrändhet till följd av en konflikt med sin chef. Hon hade hittills ägnat sitt liv åt arbete och hade ingen egen familj, vilket hon nu kände stor saknad efter. Hon hade fysiska symtom och var orolig att upprepa sitt beteende i ett nytt arbete och få samma problem. Hon remitterades för att lära sig hantera sin stress och om möjligt kunna återgå i arbetslivet med ett förändrat förhållningssätt.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) före 4,43 efter 2,95

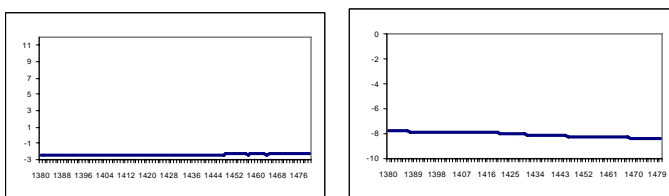
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 4. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning= 0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 5. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning= 0)



Tolkning av kroppsliga aktiviteter och meningsskapande i de två situationerna: Meningsskapandet uppehåller sig vid samma tema i före- och efterintervjuerna: händelserna som ledde fram till att Agata slutade sitt arbete. I förelintervjun fokuserar Agata på chefen som utsatte henne för kränkande behandling och den kamp mot henne hon tvingades till.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

[...] jag ville bara reda ut basic saker, enkelt så. Men det klarade hon alltså inte av, så hon satte hårt mot hårt. Och där någonstans förstod jag, nu kommer det att hända saker. Och det här som sagt är en kvinna med makt, så hon kontaktade ju naturligtvis styrelsen omedelbart, och började mer eller mindre svartmåla mig, inkompetensförklara mig. Och jag hade varit med i så många år nu, så jag visste ju hur hon gick till väga. För hon hade gjort likadant med alla andra innan, så jag visste turordningen.

I efterintervjun är berättelsen utförligare och mera centrerad runt Agata, chefen spelar inte samma centrala roll, även om berättelsen är likartad. På det kroppsliga planet utlöser temat stressreaktioner i form av sympatikuspåslag som visar sig i fingertemperaturen i båda intervjuerna. I den första var fingertemperaturen redan så låg att den förmodligen inte kunde sjunka mer, och i den andra intervjun sjönk den successivt ner till samma låga nivå som i den första intervjun. Däremot är de affektiva påslag som märks i hudkonduktansen i föreintervjun borta i efterintervjun, där dessutom hudkonduktansen sjunkit till en låg nivå.

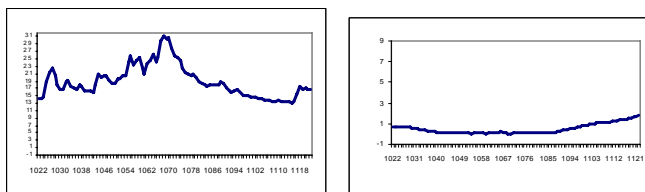
Linda (K13)

Linda sökte hjälp för svår stress i arbetet som gjort att hon blockerat sig och inte kunnat koncentrera sig på det hon behövde prestera. Hon hade problem i familjelivet och också svåra fysiska problem.

Pines utbrändhetsindex *före* 4,62 *efter* 3,71

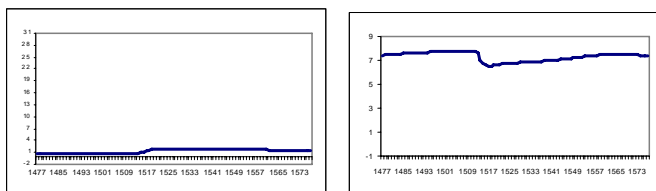
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan "Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?"

Figur 6. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 7. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0)²⁰ Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna: Meningsskapandet i föreintervjun är i Lindas framställning fokuserat på hennes inlärningsvårigheter och bristande vuxenstöd som barn, och även svårigheter i relationer som vuxen, som orsak till det svåra stresstillstånd hon hamnat i. Livet har från början varit fyllt av besvikelser²¹

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Jag kan komma ihåg som när jag gick i, jag vet inte hur gammal jag var, kan sju, åtta, nio år, eller någonting, som jag kan komma ihåg lite också att jag var ju väldigt orolig i skolan, när jag började skolan, och så där. Att.. jag tyckte väl, jag kommer ihåg att jag hade någon lärare där som jag tyckte väldigt, ganska bra om. Och så tyckte jag att hon blev elak sen. Jag kan nästan liksom, men jag vet inte.. Nej, jag vet inte. Det finns ju så många saker.. Jo, men att det betydde någonting att jag tyckte att hon kanske svek mig på något sätt, då. Eller att jag kände ett förtroende, senare det förtroendet, att jag tappade det för henne.

²¹ Hudkonduktansvärdena är i föreintervjun exceptionella, s.k. outlier. Detta är ett känt fenomen inom psykofysiologin, men entydiga förklaringar finns ej. I eftermätningen är värdena normala.

I efterintervjun är däremot meningsskapandet fokuserat till hennes egen roll, och de misstag hon gjort, även om också uppväxtförhållanden kommer in som förklaring till de problem hon fått. På det kroppsliga planet karakteriseras hudkonduktansutslagen i föreintervjuerna av mycket hög tonus och stora utslag, med rikliga orienteringsreflexer och affekter, vilka främst är inriktade på de inlärningssvårigheter och mentala blockeringar hon upplever. Detta åskådliggörs när Linda får frågor i föreintervjun och när hon funderar på svaren, men också i samband med beskrivning av hjälplöshet och svårigheter under barndomen. Fingertemperaturen däremot visar avspänning när Linda hittar ett ämne hon kan tala om. I efterintervjun har däremot hudkonduktansen en mycket låg tonus. Fingertemperaturen uppvisar stresspåverkan som tycks relaterad till kognitiva processer hos Linda i föreintervjun och till emotionella processer i efterintervjun.

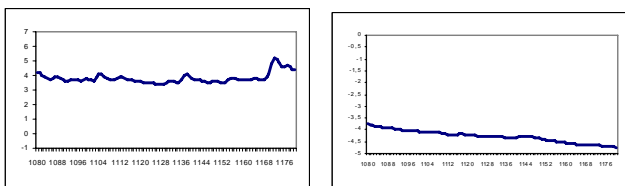
Lena (K14)

Lena sökte hjälp att komma ur ett passivitetstillstånd hon hamnat i efter makens oväntade död. Hon hade olika fysiska symtom, såsom värk, låg ämnesomsättning, trötthet som hon haft sedan hon fick en utbrändhetsdiagnos. Hon fick då antidepressivt läkemedel insatt. När hon skulle svara på frågan om hur hon föreställde sig att problemen hade uppstått, menade hon att en viktig anledning var att hon inte fått lära sig hantera känslor, vilket gjort att hon fått svårt att säga nej till arbete, blivit utbränd, samt att hennes make överraskande avlidit.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) *före* 4,81 *efter* 2,38

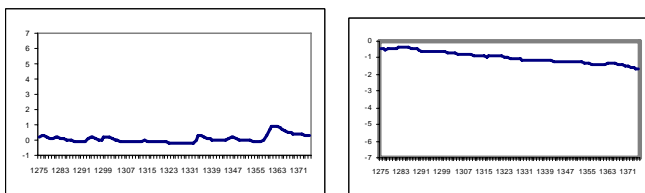
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 8. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 9: Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0).



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. Den kroppsliga reaktionen i föreintervjun speglar de upplevelser Lena skildrar, som gäller strävan, ambitioner och tillkortakommanden i arbetslivet. Stressen ökar när hon berättar om de påfrestelser då hon kämpade för att klara övermäktiga uppgifter.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Det var väldigt.. Det var jättejobbigt och jag sov mycket hemma. När jag kom hem så åt vi middag, plockade undan, och sen så satte vi oss framför TVn, Lennart och jag då när pojkarna var större. Och så sov jag, gick jag upp och la mig och sov. Och.. Ja, på något vis så, jag försvarade mig hemma också gentemot det här att jag jobbade för mycket och så där och, jag vet att jag slutade som att tänka. Jag gick bara ungefär som man skruvar upp någon. Det var så, det var så det var alltså.

I efterintervjun beskriver Lena sina upplevelser i imperfektum, det är saker hon varit med om, och som hon hanterat på ett särskilt sätt, men det är nu något passerat. Den kroppsliga reaktionen visar svagt stresspåslag i fingertemperaturen, men den autonoma sympatiska tonen har sjunkit och tyder på minskad stress vid berättandet.

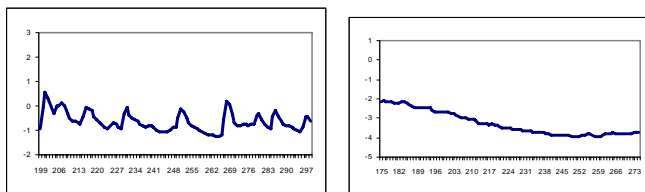
Mia (K9)

Mia har besvär med svår stress och värk i kroppen, som hon söker hjälp för. Hon har varit rektor för en skola där en manlig anställd avslöjades som pedofil som begått övergrepp mot flera barn, och det föll då på henne att hålla i alla de kriser som följde på detta. Hon har efter det inte lyckats återhämta sig.

Pines utbrändhetsindex *före 3,76 efter 3,1*

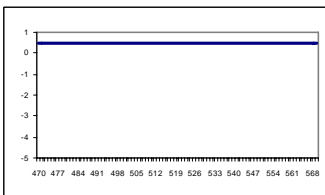
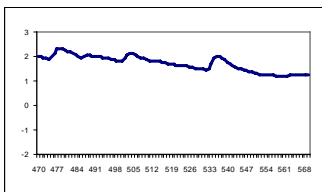
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 10. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 11. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna: Meningsinnehållet på det verbala planet är densamma när det gäller Mias beskrivning av händelserna som ledde fram till sjukskrivning. Det åtföljs i föreintervjun av starkt sympatikuspåslag.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Jag ska säga fram till sommaren, så tycker jag att, då mådde jag ganska bra, hade inte.. Alltså kände inte att jag hade.. Mådde speciellt dåligt eller hade ont eller fick problem. Men när vi sen kom till augusti-september då började jag känna att jag inte mådde bra, alltså jag var dötrött.

I efterintervjun har Mias förståelse av sina svårigheter att agera i besvärliga situationer tillkommit. Den kroppsliga reaktionen är förändrad med minskat sympatikuspåslag, vilket tyder på reducerat stresspåslag under efterintervjun.

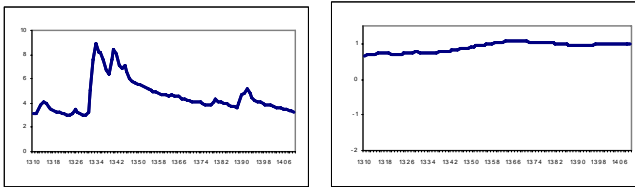
Petra (K11)

Petra söker hjälp för en påträngande dödsångest, samt spänningar och värk. På frågan om hur ser på hur dessa uppstått beskriver hon först moderns död några år tidigare och sedan pressen på arbetet.

Pines utbrändhetsindex *före* 3,86 *efter* 1,67

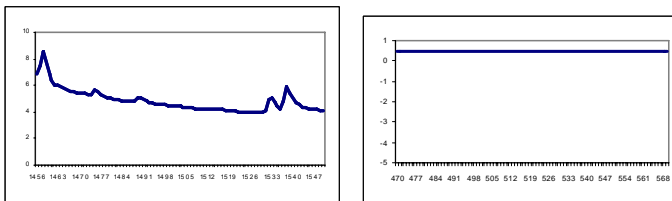
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 12. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 13. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna: Petras meningsskapande är i föreintervjun koncentrerat till moderns död och upplevd stress. De kroppsliga reaktionerna med stora fasiska utslag och i samband därmed minskande fingertemperatur betonar moderns betydelse och hur Petra känner sig hindrad att framstå som den person hon vill vara.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Och sedan på eftermiddagen klockan fem, så ringde de till pappa, och så sa han att allting var jättebra. "I morgon kommer Märta att sitta på sängkanten, och äta en lätt frukost. Och ni är, du är välkommen att hälsa på henne!" Och sen ringde de klockan halv elva och sa att det var slut. Och det var ju liksom..

Meningsskapandet i efterintervjun innehåller inte de element som förintervjun tog upp. Hon nämner inte moderns död utan anser att hon nu mår bra därför att hon inte längre ställer så stora krav på sig själv. Den kroppsliga bakgrunden är mera alert och samtidigt mera avspänd. Den inledande fasiska reaktionen tolkas som orienteringsreflex i samband med intervjufråga.

6.3.4 Grupp B (betryckande livssituation)

6.3.4.1 Översikt

Personerna i denna grupp befann sig i en tung livssituation, de menade att de haft det så länge och de flesta startade spontant sina beskrivningar i barndomen. Meningsskapandet omkring de förhållanden som fört till psykosomatiskt sammanbrott kretsade runt svårigheter att påverka dessa negativa livsvillkor. Det fanns en åsikt att dåliga relationer med föräldrar under uppväxten gjort att självkänslan blivit svag, vilket i vuxenlivet påverkat kontakterna med andra negativt.

Alla de sju personer som ingick i denna grupp tillhörde i studie 1 den grupp som i sina försök att bemästra de svårigheter som föregick sammanbrottet använde re-agerade genom att passivt underordna sig de krav de uppfattade.²² Tankarna vid återberättandet kretsade runt den egna otillräckligheten. Meningsskapandet uttryckte hopplöshet och hjälplöshet. Kroppen gick under dessa berättelser in i stark stressreaktion, vilket visades i minskad fingertemperatur. Samtidigt var den normala vak samma kognitiva och emotionella aktiviteten, som hudkonduktansen är uttryck för, neddragen.

Skillnaden i efterintervjuerna är påtaglig. Beskrivningarna, vilka var svar på samma fråga, uttryckte delvis samma faktiska händelser, men meningsskapandet av föräldrars och andras uppträdande hade förändrats och gavs en mindre betydelse. En ny förståelse av den egna förmågan att hantera svårigheter fick en mera central plats. Kroppens uttryck innebar visserligen ofta fortfarande stressreaktioner med sänkt fingertemperatur under beskrivningar av de svårigheter man haft. Men stresspåslaget var inte konstant, det vände när man kom in på förmågan att hantera situationen man nu upplevde. Den stora förändringen skedde dock i hudkon-

²² (se 5.4, III, not)

duktansen, som övergått till normal autonom ton, med livliga fasiska utslag för såväl affekter som kognitiv orientering. Kroppens vaksamhet för vad som sker var med andra ord förhöjd.

6.3.4.2 Exempel på analys

Catarina (K5)

Catarinas sökte hjälp för nedstämdhet, självförakt, trötthet, värk i kroppen, magbesvär och sömnsvårigheter. Hon hade haft sina problem länge och var några år tidigare inlagd på psykiatrisk klinik efter ett nervöst sammanbrott i samband med makes otrohet och sjukdom i familjen. När hon börjar behandlingen var hon sammanboende med en ny man som hon uppfattade som förtryckande, men vid behandlingens slut har hon skaffat ett eget boende för sig och sina barn.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) *före 5,29 efter 2,57*

FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

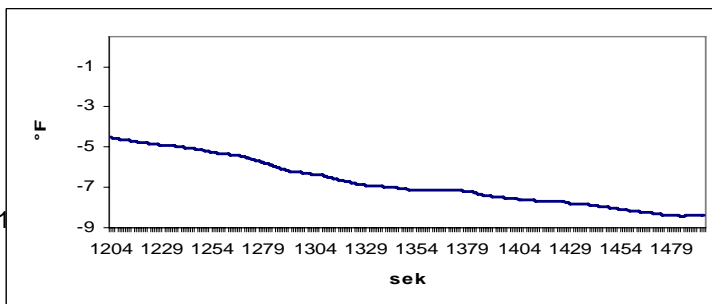
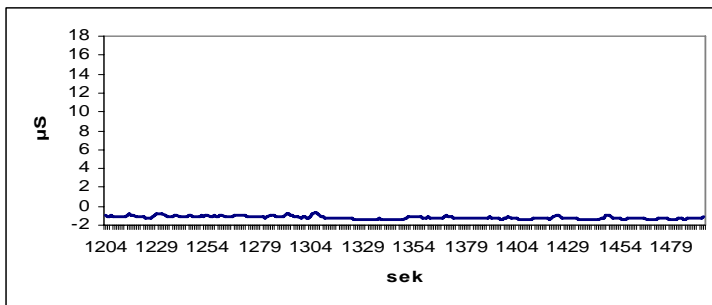
Intervjuavsnitt motsvarande nedanstående kurvor (I detta avsnitt förekommer inga fasiska utslag större än 1 μ S):

T: Hur tänker du, varför har du alla de här bekymren?

S: Ja, vad jag tror själv, det är ju min egen åsikt eller vad jag ska säga, men vad jag tänker själv är, att när jag var liten då,, så var båda mina föräldrar i karriären, dom var överåklagare och åklagare och började jobba när jag var tre månader. Sedan var det en uppsjö barnflickor som kom och gick, och jag känner nånstans att jag litar inte riktigt på någon, jag måste alltid ta allt ansvar, jag måste alltid ta hand om allting.. Därför har jag svårt att sova om kvällen, för jag tänker att det är mitt fel, mitt ansvar - det kan jag känna att det kanske har uppkommit genom att vi tidigt fick lov att ta hand om oss själva både jag och min syster. Det kan jag tro är en del av det, och sedan att, jag minns att dom jobbade alltid så mycket att dom aldrig hade någon tid för oss, vilket gjorde att man alltid bara kände sig vara till besvär, att man var lite i vägen. Och sedan den här rädslan då för pappas koleriska utbrott när han kom hem och var så stressad och man visste inte riktigt hur han skulle reagera. Då kan jag tänka mig att grunden är i det att jag inte litar riktigt på någon. Sedan när jag fick barn första gången, så kände jag att mitt liv fick någon slags

mening, minns jag. Jag var mamma, och dom behövde mig, det blev en slags mening i hela det. Men samtidigt så, fast jag visste inte det men jag tror att det var så, att jag litade inte på min man riktigt, och kunde inte riktigt luta mig mot honom utan jag skulle visa att jag kunde klara av allting, med barnen och allting. [...] Och att inte få uttrycka sin styrka har jag också minne av. Min syrra var ganska dominant, jag har en storasyster, och min pappa också då. Och då valde jag, minns jag, dels en fantasivärld som jag gick in i, och dels att anpassa mig till varje pris, och göra saker bra. För då visste jag att gjorde jag det, ja, det gick bra då när jag var liten, och sedan har jag fortsatt på det sättet, och det har jag insett nu att det funkar ju inte. Det funkade inte i mitt äktenskap, och det funkar egentligen inte på jobbet heller. För då blir man överöst med tusen grejer som man inte hinner göra, och inte orkar göra. Och.. när det gäller ens man så, om jag kanske hade sagt ifrån, och sagt någonting vad jag kände och tyckte lite tidigare så kanske han... Och inte bara försökt göra allting hela tiden. Jag trodde att jag gjorde det bra liksom, att jag gjorde allting som han ville.

Figur 14. Hudkonduktans övre (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur nedre (Medelvärde under avslappning=0)



Analys: Catarina beskriver sina tankar om varför hon fått sina problem under ökande kroppslig stress, vilket visar sig i hennes sjunkande finger-temperatur. Hudkonduktansen är märkbart låg, något under genomsnittet för den inledande avslappningsstunden, och inga speciella affekter ger utslag i fasiska reaktioner i hudkonduktansen. Inte heller den ställda frågan förorsakar sådan resursmobiliserande reaktion. Catharinans beskriver ett liv som från början varit fattigt på eget utrymme, på ständigt återkommande frustrationer och svårigheter att lyckas trots att hon lagt all kraft på att vara till lags.

B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

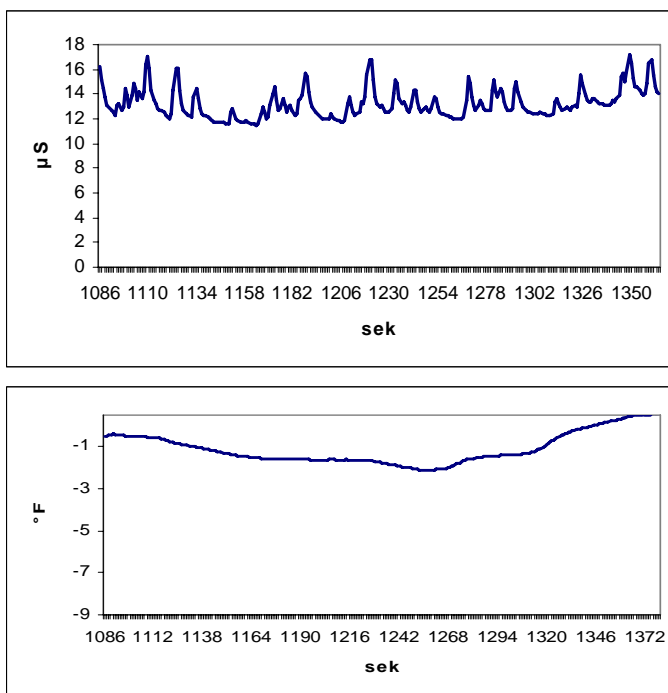
Intervjuavsnitt motsvarande nedanstående kurvor. (Fasiska utslag större än $1 \mu\text{S}$ som bedöms som affektiva reaktion/kognitiv orientering markerade inom parentes):

T: Vad var det som gjorde att du fick dom problemen du hade när du kom till mig?

S: Ja, jag tror att det grundar sig (1108) i botten på saker som hände när jag var liten, då. Riktigt liten, tror jag. Och som har med en slags grundtrygghet, grundkänsla att göra (1121). Att... självbilden, på något sätt. Att man har en plats, och att man är viktig osv. (1131). Men jag tror att det grundar sig så långt tillbaka. Sedan så ledde det fram till dom problemen som vart mellan, då... det som, ja, att jag gick in i det äktenskapet jag gjorde, och att jag gjorde dom valen jag gjorde yrkesmässigt osv.... var mycket att jag kanske inte var i kontakt med mina känslor. Jag tror att mycket var att jag inte var i kontakt med dom, kände dom delarna av mig själv, utan hela världsbilden var ju väldigt mycket negativ, (1165) eller uppbyggd på negativ tro (1170), liksom på något sätt. Att man inte

kunde, att man var en våt fläck, att man inte, alltså en massa sådana där grundtankar hade tagit över... vad ska man säga, min världsbild då (1184) som egentligen grundar sig från, tror jag, när jag var liten, då. Som blev.. mynnade ut i yrkesval som inte var så grundat i vad jag ville göra och.. att vi gifte oss utan att vi egentligen hade någon kontakt med varann. Utan vi gifte oss bara för att det var spännande, alltså det var... Och sedan så gjorde det att (1208), byggde det bara på min självbild av mig själv när han inte var hemma, och han var med andra kvinnor (1215) och så där. Det var bara en bekräftelse på min bild av mig själv. Och han fick kanske någon bekräftelse i sin värld då. Det var väl två inte helt kloka människor (litet skratt) som möttes och då (1231) blev det så att man taggade i varandra i de problem man hade med sig, och sen svarar man upp mot den andres syn. Och då hade det blivit att jag kände mig helt förvirrad (1240) och lost och kände att det fanns ingen väg ut alls just då, och ... det fanns ingen livslust (1250). Och sen så hade jag magproblem, och alla dom problemen. Och sen hade vi i och för sig också försökt få barn, jag och Håkan. Och den relationen var inte heller något bra, för jag var inte färdig med den andra relationen, då. Och då var det stökigt. (1267) Och att jag inte över huvudtaget kände till eller kunde identifiera mig med den starka sidan hos mig själv, det var ju, tycker jag, liksom det viktigaste att känna att jag har tränat upp det. Att det finns andra delar i mig (1280). Det finns en stark sida, så att säga positivt – ja, det behöver ju inte vara negativt man behöver ju inte värdera det – men att det finns också en annan sida som också finns där (1291). Som jag kan ta fram och använda mig av, då blir inte världen så fullständig av den andra delen. Och då kunde man ju slappna av mer i kroppen också, vilket gjorde att man inte hade samma spänning, samma smärta, man kunde sova bättre då (1311). Och man kunde också komma i kontakt med känslorna. För det kunde jag känna, att när man kommer i kontakt med känslorna, då slappnar också kroppen av på ett annat sätt (1323) efteråt. Utan det.. då hade man sett det här, då hade man känt det här, att .. inte att det här är verkligheten, utan man kunde integrera det här som en del av dom andra delarna. Förut när man hade varit lessen så blev det att, ja, så här är det liksom, men nu kunde man se det som en del, och så hitta tillbaka till styrkan, då. Det är vad jag själv har gjort för reflektioner (1344). Att jag måste, eller måste, att jag har börjat lära om och lära känna dom andra delarna, och ta fram dom och lära mig (1357) att dom finns.

Figur 15. Hudkonduktans övre (Medelvärde under avslappning=0)
Fingertemperatur nedre (Medelvärde under avslappning=0)



Analys: I efterintervjun visar Catarinas kropp ett annat reaktionsmönster. På samma fråga som inledningsvis, kan man visserligen först märka ett visst stresspåslag under beskrivningen av barndomen och äktenskapet, då fingertemperaturen sjunker. Men när hon kommer till avsnittet där hon pratar om nästa relation ("Och sen hade vi i och för sig också för-

sökt få barn, jag och Håkan”), vänder temperaturen uppåt igen och visar därmed att den sympatiska aktiveringen upphört. Under den följande beskrivningen, som mest handlar om hur hon upptäckt att hon också har en förmåga att agera i sitt eget intresse, fortsätter temperaturen att stiga upp mot ursprunglig nivå. Hudkonduktansen visar under hela sekvensen en normal autonom ton, med livliga fasiska utslag, som visar såväl kognitiv, orienterande markeringar (t ex. när hon börjar svara på frågan) som affektiv påverkan av olika delar av meningsinnehållet. Affekterna är såväl negativa (när de illustrerar olika negativa erfarenhet) som positiva (när hon identifierar olika styrkefaktorer som hon upptäckt hos sig själv)

Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. Catarinas meningsskapande omkring vad som orsakat hennes problem fokuseras i den första intervjun på en emotionell betoning av barndomens avgörande betydelse för de svårigheter som sedan utvecklades, något som ger innebörden en prägel av hopplöshet. Det kroppsliga reaktionssättet beskriver starkt stresspåslag kombinerat med en nedstämd hållning där kroppens immobilisering är påtaglig. I efterintervjun ändras berättelsen till att bli en mera saklig beskrivning av dessa händelser. En betoning av de egna resurserna görs. Kroppen aktiveras och den autonoma sympatiska tonen normaliseras. En rikedom av fasiska reaktioner åtföljer såväl negativa som positiva erfarenheter. Den kroppsliga förståelsen av situationen ändras från behov av organismisk hushållning till alert vaksamhet och uppmärksamhet för inre och yttre hot och möjligheter.

6.3.4.3 Övriga analyser i sammandrag

I det följande presenteras, liksom tidigare för grupp A, de kroppsliga reaktionerna i form av grafer, medan meningsinnehållet som åtföljer dessa har ersatts med kortfattade sammanfattningar samt citat ur förintervjun, avsett att ge exempel på informantens verbala meningsskapande. (Dessa citat ingår inte nödvändigtvis i de tidsavsnitt som de redovisade graferna avser.)

Johanna (K10)

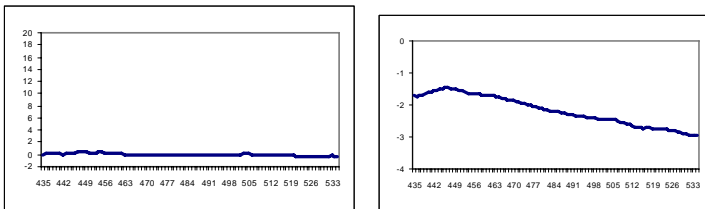
Oro för ett handikappat barn och stress i arbetet hade gett spänningar och smärta. Hon var trött, och hade tidigare varit deprimerad och fått

antidepressiv medicinering. Hon ville ha hjälp att komma i kontakt med sina känslor.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) före 3,62 efter 2,0

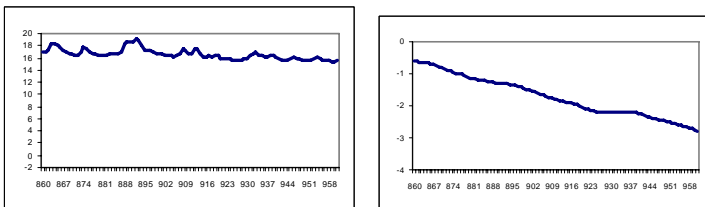
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 16. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 17. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. I föreintervjuerna är meningsskapandet och de kroppsliga reaktionerna

tionerna präglade av de svårigheter Johanna upplevt i samband med förlossningen av det handikappade barnet, och oro för barnets utveckling och framtid.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Ja.. man brukar säga, alltså sedan har ju allting rullat på, visst.. men det första året var.. chockartat var det. Vi fick mycket information om, för då visste de så lite.. Man kunde inte riktigt se på skelettet hur.. inte vilken diagnos det är och inte hur det kommer att bli. Men vi fick ändå mycket.. eventuell information, hur det kanske kunde bli. Det där innebär ju att jag i alla fall.. inte min man då kan man säga, han hade hela tiden en mer positiv syn på det, men jag målar upp såna här skräckbilder om hur hon skulle se ut och.. Som ett litet monster..

Kroppen immobiliserar sin aktivitet uttryckt i hudkonduktans och dess vaksamhet mot hot och möjligheter sjunker. I efterintervjun är påverkan av de upplevda svårigheterna fortfarande stresskapande, men meningsskapandet sker från en position där Johanna ser möjligheter såväl för det handikappade barnet som för sin egen situation. Kroppens autonoma ton är avsevärt förhöjd, den reagerar med vitalitet på det som sker. Stresspåverkan avtar i samband med detta

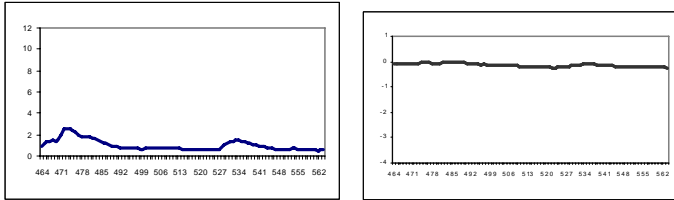
Karolin (K8)

Under sin utbildning till musiker fick Karolin ett svårt smärttillstånd som hon menade också påverkade hennes psykiska hälsa, eftersom hon kände sig nedstämd och stresskänslig. Hon remitterades nu för att få hjälp att klara av sin situation.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) före 3,90 efter 2,57

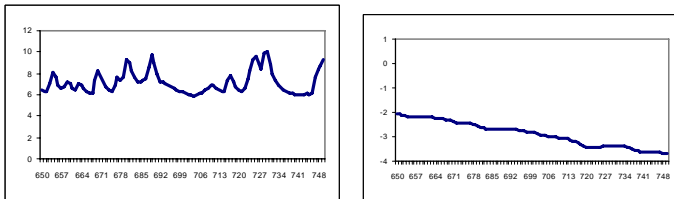
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan "Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?"

Figur 18. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 19. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Fingertemperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. Karolin fokuserar i föreintervjun främst på försummelser från föräldrarna under barndomen som upphov till problemen.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

[...] jag tror.. att jag kanske aldrig kände riktigt att de riktigt stöttade mig när jag var liten och spelade. Att, att jag var tillräckligt bra liksom. För att få stöd av mina föräldrar.

I efterintervjun är det emellertid vuxenlivets problem och hennes eget förhållningssätt som är i fokus. Det kroppsliga reaktionssättet är i föreintervjun präglad av starkt stresspåslag men i efterintervjun något mindre. I

föreintervjun är hudkonduktansen relativt orörlig, medan den i efterintervjun har livliga utslag med orienteringsreflexer och affekter

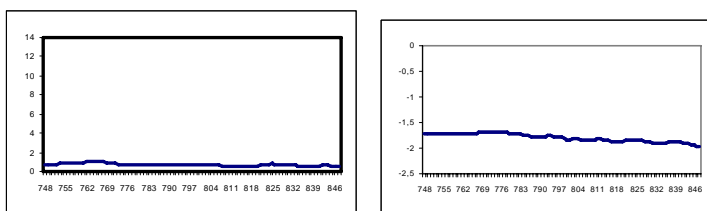
Sally (K12)

Sallys problem som hon sökte hjälp för var stresskänslighet, smärta, trötthet, glömska, koncentrationssvårigheter och andra typiska utbrändhetsproblem. Hon hade tidigare varit sjukskriven för förlossningsdepression, och var en ensamstående mamma med två småbarn. Hon ansåg att hennes problem främst berodde på att hennes egen mamma, som varit alkoholiserad, försummat henne. Ett annat problem hade varit det tidigare äktenskapet där hon också blev försummad.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet $> 4,0$) före 4,71 efter 3,05

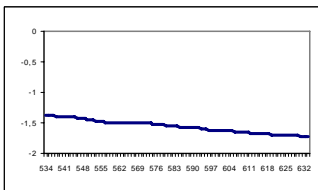
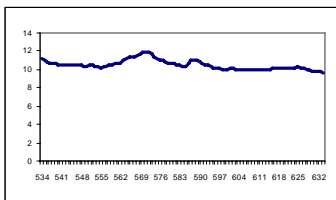
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 20. Hudkonduktans t_v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t_h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 21. Hudkonduktans t_v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t_h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. Meningsskapandet är i föreintervjun inriktat på olika försummelser som Sally utsatts för främst av modern, men också av före detta maken.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Och om hon någon gång gjorde fel, till exempel, jag kunde se att hon gjorde fel från sex år liksom, då har hon aldrig någonsin bett om ursäkt för sitt uppträdande mot mig. Och det där att det var alltid fokuserat på min bror också, så där. Hela familjebilden var att det var han som skulle bli framgångsrik. Allting var han, alltid, det har alltid varit fokuserat på honom på något sätt, så där

I förklaringen till problemen i efterintervjun analyserar Sally i stället vad hennes dåliga självförtroende inneburit i hennes olika val i livet. Modern, som spelade huvudrollen i föreintervjun, nämndes inte i efterintervjun. Den kroppsliga stressanspänningen var under hela intervjusituationen densamma, men det immobiliseringsstillstånd som kunde utläsas i hudkonduktansen i föreintervjun var borta i efterintervjun, där normal autonom tonus rådde, med fasiska utslag för orienteringsreflexer och affekter.

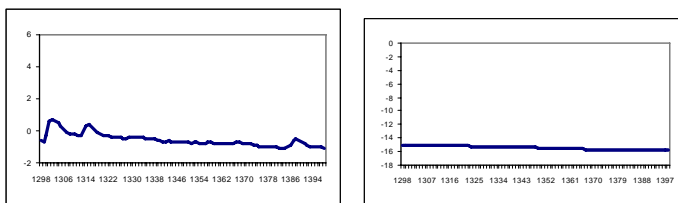
Leo (M1)

Leos problem var depression, ångest, sömnsvårigheter och irriterad tarm. Problemen uppstod i samband med att ett långvarigt förhållande bröts, samtidigt som han var överbelastad i arbetet. Han hade fått psykiatrisk hjälp med medicinering, som dock inte hjälpt honom. Han ville nu ha hjälp att ta tag i sitt liv och komma igång igen.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) före 5,10 efter 2,71

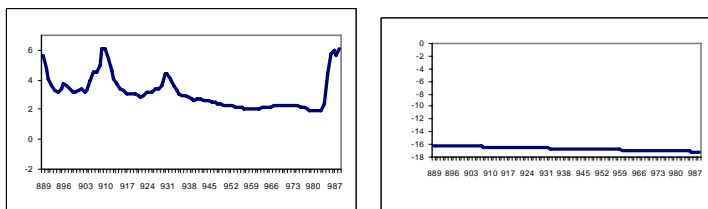
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 22. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 23. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. Leos förståelse är att det är stressen på arbetet som kulminerar samtidigt som hans långa parförhållande upphör som är upphov till problemen. I föreintervjun är han till största delen fokuserad på sambon som övergivit honom och den övergivenhet och hopplöshet han känner. Leos kroppsliga reaktioner är samtidigt stresspåverkade och tillbaka-hållna på det immobiliserande, resurshushållande sättet som uttrycks av hudkonduktansen.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

[...] men det känns ju så fruktansvärt bittert att bara bli släppt som en illaluktande disktrasa: "Nämen du betydde inte så jävla mycket i alla fall! Ett par månaders bortovaro och jag har startat ett nytt liv, sorry, det finns ingen plats för dig."

I efterintervjun har han skiftat fokus så att svårigheterna i arbetet ges största förklaring till problemen, medan sambons försvinnande ur hans liv tar liten plats. Han inriktar sig också på sitt framtida arbetsliv. I efter-intervjun märks också stresspåverkan, men det resurshushållande mönstret är borta, och i stället är den autonoma tonen normal och de fasiska reaktionerna livliga och avser både kognitiva reflexer och emotionella reaktioner som har med uppbrottet från förhållandet och arbetsmängden att göra.

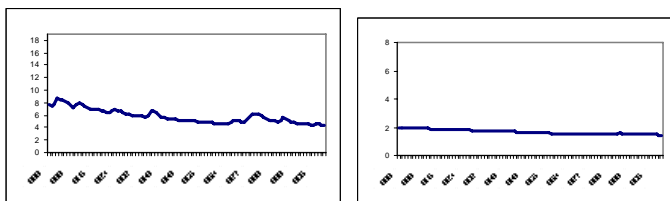
Viktoria (K3)

Viktoria hade varit sjukskriven ett halvår för smärttillstånd, hon känner det som något som tyngde ned henne och som hon fått en "spark i bakhuvudet". Tillståndet uppstod plötsligt och oförklarligt i arbetet. Hennes besvär tilltog och hon fick allt svårare att hantera sin situation, enligt remitterande läkare.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) före 4,86 efter 4,05

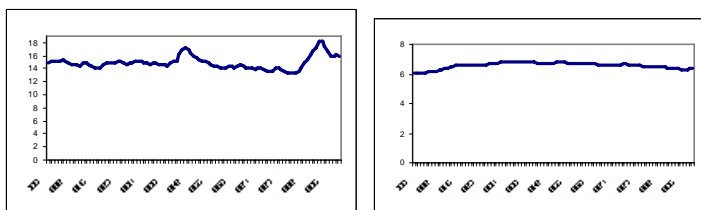
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan "Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?"

Figur 24. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 25. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppslig aktivitet och meningsskapande i de två situationerna. Viktorias meningsskapande är i föreintervjun fokuserat till relationen med sambon som förklaring till de fysiska problemen. Hon vill lämna honom men är rädd för honom och känner sig därför sitta fast. Men hon är också mycket arg på honom i hemlighet. Det kroppsliga reaktionssättet är i föreintervjun präglad av stresspåslag och hudkonduktansen relativt orörlig.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Ja, men alltså, jag kan... I går fick jag ett utbrott, vet du, då höll jag på att slå sönder kastrullerna för att.. Han var inte hemma, som tur var.

Han hade bara tryckt in allting i, istället för att trava dom på varandra och då fick jag ett utbrott, åh!

I efterintervjun har hon lämnat sambon och också nu ser hon tillbaka på denna relation huvudförklaring till besvären, men från en position där hon är fri från honom. Kroppen reagerar med stressutslag i fingertemperaturen när Viktoria kommer in på temat relationen med sambon., medan hudkonduktansen har livliga utslag och affekter som rör sambon och de fysiska problemen.

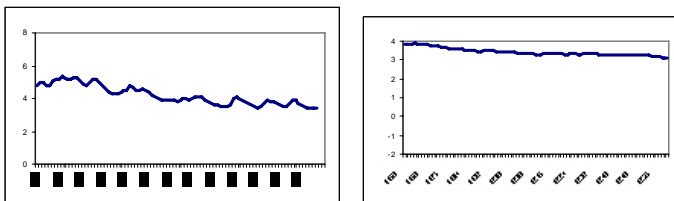
Yrsa (K7)

Yrsa har varit med om två bilolyckor, som dock inte var så svåra att hon blev skadad. I efterförloppet har hon däremot fått stora besvär, både kroppsliga i form av spänningar och smärtor, och psykiska som nedstämdhet och orkeslöshet. Remitteras för att få hjälp med sin stresskänslighet och sina kroppsliga problem.

Pines utbrändhetsindex (risk för utbrändhet > 4,0) före 4,86 efter 4,38

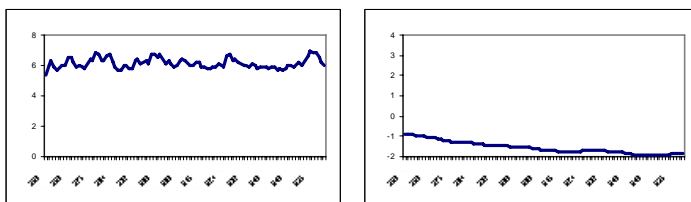
A. FÖREINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 26. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



B. EFTERINTERVJU; svar på frågan ”Hur ser du på hur de problem uppstått som du söker hjälp för?”

Figur 27. Hudkonduktans t v (Medelvärde under avslappning=0) Finger-temperatur t h (Medelvärde under avslappning=0)



Tolkning av kroppsliga reaktioner och meningsskapande i de två situationerna: Meningsinnehållet är ungefär detsamma i Yrsas berättelser före och efter behandling, om än med stark betoning av det skrämmande och ödesdigra i att bli påkörd är huvudtemat i föreintervjun. Stressen visar sig i fingertemperaturen under beskrivningen och hudkonduktansen ett relativt orörligt mönster.

Exempel på meningsskapande i före-intervjun:

Jag visste på nåt sätt att mitt liv var slut just då. Jag kan inte förklara varför, det var liksom, att nu är det förstört! (Skakar huvudet). Och så kände jag smärtan på en gång, jag bara hade en sådan ren panikkänsla, jag visste inte vad jag skulle göra. (Gråter).

Beskrivningen är förkortad i efterversionen, och Yrsa menar att det är lättare att prata om händelserna nu och att hon fått dem på större avstånd. De kroppsliga reaktionerna är något livligare i hudkonduktansen,

och stresspåslaget genom fingertemperaturen visar tecken på avspänd vändning i slutet.

6.3.5 Två ogrupperade informanter

Som framgår av bilaga 2B, har två informanter inte ansetts kunna hänföras till vare sig grupp A eller B, då skillnaden i fasiska utslag mellan före- och efterintervju inte varit tillräckliga. Grunden för detta är att ett mått konstruerats för att mäta storleken på de fasiska förändringarna, och i dessa två fall har den förändringen inte överstigit den förutsatta miniminivån (se ”fasisk styrka”, bilaga 2B). I det ena fallet, Inga (K6), har de fasiska utslagen inte varit påfallande i vare sig före- eller efterintervjun. I det andra fallet, Mikael (M2) har å andra sidan de fasiska variationerna varit betydande i såväl före- som efterintervju. Skillnaderna mellan före- och efterintervju har dock inte varit tillräckliga för att det ska vara skäligt att hänföra dessa informanters intervjuer till någon av grupperna.

Mönstren i dessa båda informanters kroppsuttryck har inte på något uppenbart sätt kunnat liknas vid övrigas, och därför har dessa inte räknats in i någon av grupperna.

6.3.6 De två grupperna i sammandrag

Analysen visar att det finns två olika typiska sätt att reagera på situationer som innebär psykosomatiska besvär, och att skillnaden gäller meningsmönstret som sådant, det vill säga såväl verbalt meningsskapande som kroppsliga reaktioner. Det finns också bland informanterna två personer som utgör gränsfall, och som inte entydigt kan hänvisas till den ena eller andra gruppen.

Nedan sammanfattas de mest framträdande dragen för de två analyserade grupperna.

Grupp A

Kroppslig aktivering

I föreintervjun råder större aktivering än i efterintervjun. Personerna är mer alerta, mera vakna för inre varningssignaler än i efterintervju. Där har den sympatiska tonen sjunkit, vilket antyder avspänning och att de inre varningssignalerna inte är lika inriktade på hot. Situationen är välkänd, det behandlade temat kan inte längre aktivera det sympatiska nervsystemet på samma sätt.

Affekter

I de kroppsliga yttringarna kan fasiska utslag i hudkonduktansen ses som yttringar av meningsskapande med ett speciellt påverkande innehåll, t ex. kognitiv orientering, tolkning av nyheter, situationer som kräver särskild uppmärksamhet och så vidare. I den speciella intervjusituationen, när informanterna berättar minnen med starkt emotionellt innehåll får de fasiska utslagen snarare ses som affekter med stark kraft, knutna till detta innehåll. En jämförelse av dessa affekter i gruppen som sådan kan därför visa om minnenas emotionella påverkan förändras

Med något undantag har de fasiska utslagen nästan försvunnit i efterintervjun. Detta kan tolkas som att de affektiva påslagens kraft inte längre är lika uttalad till följd av att de minnen som återberättas förlorat en del emotionellt innehåll

Meningsskapande

Det tematiska innehållet var detsamma i före- och efterintervjuerna men den mening personerna gav de återgivna händelserna förändrades. I föreintervjun var betoningen på hjälplösheten av de stressande händelsernas påverkan och de kroppsliga symtomen som satt ned kraften att fortsätta agera för sin sak. I efterintervjun var betoningen i stället att det fanns en mening med de upplevelser man haft, även om de var svåra, och att man lärt sig något man behövde för framtiden.

Summering grupp A

Den här gruppen karaktäriseras av att deltagarna hamnat i situationer av stress och påfrestningar som innebar en hjälplöshet eftersom man inte ansåg sig kunna klara av problemen själv. De kroppsliga systemen var högt aktiverade och påverkade av oavslutade minnen, vilket antydde den

emotionella stresspåverkan man varit utsatt för. I efterhand kände man sig inte längre hjälplös eftersom minnena hade förlorat sin laddning och en avspänning hade inträtt. Personerna konstaterade att de lärt av situationen för framtiden.

Grupp B

Kroppslig aktivering

I efterintervjun råder större aktivering än i förintervjun. Personerna har alltså blivit mer aktiverade, mera alerta och på sin vakt för inre varningssignaler. Den ökade sympatiska tonen kan ses som ett uppbrott från ett tillstånd av låg kroppslig aktivitet, ett immobiliseringstillstånd med resurshushållning liknande ett "frys"-tillstånd

Affekter

När personerna i den här gruppen berättar om minnen med emotionellt innehåll saknas i stor utsträckning affekter som innebär att meningsskapandet sker med stark emotionellt påverkan. Ändå framgår det tydligt av det tematiska innehållet att så är fallet, så den kroppsliga reaktionen motsäger alltså det verbala meningsskapandet. Tolkningen av detta är att det råder ett immobiliseringstillstånd som förhindrar affekter att få ett somatiskt uttryck.

I efterintervjuerna är gruppens reaktion annorlunda, med starka fasiska utslag antydande att affekterna inte längre förhindras i sina kroppsliga uttryck. De emotionella minnena tillåts få en affektiv påverkan på meningsskapandet

Meningsskapande

I denna grupp kretsade meningsskapandet i förintervjun kring de svårigheter personerna mött alltsedan barndomen och den känsla av uppgivenhet det innebar. Det fanns en uttalad upplevelse av att sitta fast i en dålig situation. I efterintervjun däremot hade mycket av meningsskapandet runt uppväxtvillkoren hamnat i bakgrunden, uppgivenheten var borta och istället fokuserades på de möjligheter man nu såg att inrikta sitt liv på de mål man önskade.

Summering grupp B

Den här gruppen karaktäriseras av att personerna hade upplevelser, ofta livslånga, av motgångar och bristande stöd, som gjorde att de tyckte

sig sitta fast i svåra livssituationer. Kroppen uttryckte detta med att det autonoma systemet dragit ner på aktiviteten till något som ofta liknade immobiliseringsstillstånd. Sammanlagt uttrycktes hjälplöshet och hopplöshet. I efterhand hade fokuseringen på att sitta fast upphört och istället inriktats mot de möjligheter som fanns. Kroppens system var aktiverade med hög sympatisk ton, det vill säga ökad vaksamhet för inre och yttre signaler. Samtidigt var de emotionella minnen som berörde meningsskapandet förknippade med starka affekter.

6.4 Sammanfattning av meningsskapandets samtidiga kroppsliga aktivitet

I denna studie har syftet varit att undersöka hur det kroppsliga reaktionssättet ser ut i förhållande till det verbala meningsskapandet. Det viktigaste resultatet är att det har framkommit att före- som efterintervjuerna formerar sig i två typiska mönster som kort kan sammanfattas på följande sätt. Det ena (grupp A) är knutet till hjälplöshet, hög aktivering och stressnivå i såväl meningsskapande som kroppsligt påslag, som övergår i ett avslappnat tillstånd med låg aktivering och ett meningsskapande som uttrycker att man är tillfreds, och inte längre hjälplös. Det andra mönstret (grupp B) är däremot karakteriserat av låg aktivering och uppgivenhet, ett slags tillstånd på sparlåga i såväl kroppsaktivering som meningsskapande som sedan övergår till hög aktivering och vaksamhet samtidigt med ett framtidsinriktat, mera hoppfullt meningsskapande.

Den betydelse dessa båda mönster har för meningsskapandet kan belysas närmare med hjälp av främst två företeelser. Den första av dessa är det fenomenologiska begreppet *kroppsschema* (se 2.3.2.3), som påverkar meningsskapandet från den anonyma kroppsliga nivån. Detta kommer att utvecklas närmare i nästa avsnitt.

Den andra företeelsen beskriver hur känslan av agens har betydelse för vilket kroppsligt mönster enligt ovan som ”väljs”. Det handlar här om *agensens kroppsliga uttryck*, och hur det kan avläsas i meningsskapandet. Detta beskrivs därefter.

6.4.1 Kroppsschema

Begreppet 'kroppsschema' innebär, att för personerna som beskrivit sina upplevelser är omgivningen upplevelsemässigt en obestämd fort-

sättning av den levda kroppen (Merleau-Ponty 1945/62; Gallagher 1986a), och detta påverkar det anonyma kroppsliga meningsskapandet som kan avläsas i autonom aktivitet. Det får betydelse för hur gruppernas olika typiska mönster kan förstås.

När personerna i grupp A i återberättandet konfronteras med de överväldigande situationer på arbetsplatsen eller i privatlivet som man upplevt, organiserar kroppen sig genom anpassning av den inre kroppsregleringen, vilken parerar omständigheterna så att ett optimalt fungerande ändå ska kunna bibehållas. Genom den operativa intentionalitetens höga aktivitet i det autonoma systemet kan perceptionernas innebörd skärpas, även om det reflekterande medvetandet ännu inte kopplats in (Gallagher *ibid.*). Hög autonom aktivitet brukar också betyda ökad hjärtverksamhet, svettning, tyngre andning och så vidare, och alla dessa pre-noetiska förberedelser skapar också en affektiv bakgrund som ger omständigheterna i situationen en orolig innebörd. Detta medverkar till att, som framgått av denna studie, ge meningsskapandet en inriktning mot osäkerhet, oro för utgången och behov av extra ansträngning (Thompson, Lutz & Cosmelli 2004). När en förlösning inte inträffar i vare sig de yttre omständigheterna eller i det meningsskapande som är inriktat mot kamp för att klara uppgifterna, kommer av allt att döma de fysiologiska systemens anpassningssträvanden att successivt uttrycka den tilltagande spänning som råder i situationen i form av symtom, och i ökande grad dra medvetandeströmmen bort från situationen och istället rikta meningsskapandet mot den kroppsliga situationen (Bullington 1999).

I läget efter behandling tycks det motsatta förhållandet gälla. Kroppen kan organisera sig efter en omgivning som blivit välkänd och trygg genom bearbetning i behandlingen. Minnena kan därför inte längre vålla anspänning. Detta låter meningsskapandet riktas mot positiva element i det upplevda.

Personerna i grupp B måste däremot i sitt återberättande konfronteras med svårigheterna i en betryckande livssituation som rått länge. Detta sker till en kroppslig anpassning av den inre regleringen som för att garantera optimalt fungerande innebär neddragning av resursanvändningen och inställning av kroppen på minimal mobilisering och aktivitet (Porges 2001). Den operativa intentionalitetens låga aktivering gör att perceptionernas innebörd blir otydligare, det blir svårare att "se klart" och uppfatta olika alternativ som kan finnas och det blir då en bristande känsla av sammanhang (jmf. Gallagher 2005). Det pre-noetiska förberedelsearbetet, syftande till överlevnad i en omöjlig situation, ger alltså en

affektiv bakgrund av orörlighet, tröghet och uppgivenhet, vilket som visats ger meningsskapandet dess inriktning av ständigt upprepande av bittra erfarenheter, modlöshet och misströstan beträffande framtiden. Också i denna grupp dras medvetandeströmmen alltmer bort från de yttre omständigheterna och meningsskapandet riktas istället mot de kroppsliga symtomen som även här etableras till följd av anpassningssträvanden till den ökande spänning som råder.

Efter behandling har däremot det pre-noetiska förberedelsearbetet kommit att orienteras mot omgivningens möjligheter, och den operativa intentionaliteten inriktas nu mot ökad vitalitet med hög autonom aktivitet. Att skärpa uppmärksamheten mot de möjligheter och faror som omgivningen erbjuder tycks vara det uppenbara syftet. Det finns ingen entydig trygghet i omständigheterna, men det finns som framgått ett meningsskapande som innebär hopp och en ökad tro på den egna kapaciteten, även om den kräver anspänning och kamp.

6.4.2 Agensens kroppsliga uttryck

Personerna i denna studie har vid återberättandet riktat sin intentionalt mot upplevda händelser och förhållanden i sina minnen. Kroppen har reagerat på ett sätt som kan kopplas till återberättandet och innehållet i detta, men det är inte karaktären av de utlösande händelserna som är avgörande för vilken sorts meningsskapande som sker. Dessa händelser är jämförbara i de båda grupperna i fråga om hur överväldigande och ohanterliga de upplevts. Det kroppsliga förberedelsearbetet har därför organiserat kroppen på olika sätt i de två grupperna på någon annan grund än den som följer av situationen som sådan och de händelser den innehåller. Studien visar att kroppsschemats organisering skiljer sig med hänsyn till upplevelsen av möjligheterna att *hantera* situationen. Och kroppsschemats organiserande av kroppen påverkar, som argumenterats tidigare, personens förståelse av situationens innebörd och därmed meningsskapandet. Det är således en kretsgång som har sitt ursprung i kroppens pre-noetiska anpassning (se 2.3.2.4) till de krav situationen ställer i det problematiskt läget och hur denna anpassning bjuder personen att ta det ansvar som krävs. Det handlar med andra ord om *känslan av 'agens'* (se 2.3.4.2): Känslan av ansvar för sin livsväg, föreställningen att man har kontroll över beslut som gäller denna och tilliten till att man kan övervinna de hinder som dyker upp längs den väg man valt.

I båda grupperna har personerna förlorat känslan av ansvar för sin livsväg. De har förlorat en större eller mindre del av tilliten till sin för-

måga att övervinna de hinder som vållat problem. De känner inte att de har kontroll över de beslut de måste fatta. Grupperna skiljer sig dock åt och man kan förslagsvis uttrycka skillnaderna på följande sätt:

- I grupp A uttrycks i ”meningsskapandet” på den kroppsliga nivån den bristande känslan av agens som *en kompensering stressfylld kamp*. Man vet inte riktigt var man befinner sig, inte vart man vill rikta sig eller hur man ska komma dit men på den personliga nivån är meningsskapandet inriktat på att kämpa för ett vinna. Därför är sympatikuspåslaget påtagligt, vilket visar sig i de kraftiga fasiska reaktionerna och den sjunkande fingertemperaturen. I efterintervjun har däremot en god känsla av agens uppnåtts och tecknen på stressfylld kamp ersatts av *avspänning*.
- I grupp B däremot uttrycks i ”meningsskapandet” på den kroppsliga nivån den frånvarande känslan av agens såsom *ett immobiliserande tillbakadragande*. Meningsskapandet är inriktat på hopplösheten i en situation som man inte vet hur man ska ta sig ur, och man saknar kraft att fortsätta kampen. Detta karaktäriseras av det parasympatiska ”frys” tillståndet (se 3.3.2) och samtidig stresspåverkad fingertemperatur. I efterintervjun har däremot en viss känsla av agens uppnåtts och meningsskapandet är nu inriktat på *kamp för tillvarons möjligheter och mot dess hinder*, som ibland kan vara stresspåverkat.

7. Diskussion

I detta avslutande kapitel kommer slutsatser att formuleras och diskuteras om meningsskapandet som studieobjektet för avhandlingen. Inledningsvis beskrivs detta under benämningen 'det ofullbordade meningsskapandet', ett meningsskapande som inte hjälper människor övervinna sina svårigheter och göra världen meningsfull. Slutsatser om det ofullbordade meningsskapandet hjälper oss att förstå meningsskapandets allmänna karaktär.

Det kommer också att löpande föras diskussion om det studerade fältet, psykosomatiken, och jämförelser kommer att göras med andra relevanta teorier när det finns kopplingar till avhandlingens resultat.

Inledningsvis kommer några karaktäristika för meningsskapandet att beskrivas och sammanfattas i punktform. En diskussion av resultatet görs därefter genom fördjupning av dessa punkter. Intentionaliteten kommer i dessa fördjupningar och utvidgningar att beskrivas också i motivationella termer. Genom att diskutera de grundläggande omständigheterna för det meningsskapande som leder till psykosomatiskt sammanbrott, och hur detta tar sig uttryck på olika förståelsenivåer, kan vi få fördjupade insikter om meningsskapandets mera fundamentala förutsättningar och de psykosomatiska symtomens bildande och uttryck som del av detta.

Därefter lämnas några kommentarer till det studerade fältet med den psykiska ohälsan, och särskilt då bland unga människor, samt till några metodfrågor. Kapitlet avslutas med en diskussion av vad den fenomenologiska ansatsen kan tillföra kunskaperna inom det psykosomatiska området.

7.1 Det ofullbordade meningsskapandet

I inledningen till avhandlingen antogs att genom att välja att undersöka det psykosomatiska sammanbrottet skulle drag i meningsskapandets karaktär bli synliga på ett nytt sätt. De slutsatser som den fenomenologiska teorin och avhandlingens resultat implicerar i detta avseende kan sammanfattningsvis formuleras på följande sätt.

Människans meningsskapande om sin situation formas i samspel med hennes kroppslighet. Genom sin kroppsliga intentionalitet riktar hon sin uppmärksamhet mot de delar i situationen som skapar en sådan anspänning att det kräver någon form av respons från hennes sida. Detta är det kroppsliga "meningsskapandet", den anonyma förståelsen av att vara i världen. Denna förkroppsligade för-reflekterande förståelse medverkar till att den personliga, reflekterande nivåns intentionalitet får samma inriktning och att den kognitiva förståelsen av situationens krav följaktligen kan bli kongruent med den kroppsliga. Detta sker inte genom enkelriktad påverkan från det kroppsliga mot det kognitiva eller tvärtom. I stället råder en sammanflätning mellan dessa båda nivåer som gör en ständig, ömsesidig avstämning möjlig. Ett fullbordat meningsskapande om situationens innebörd och krav, så som det kan tematiseras på den medvetna, intentionala nivån, kommer att riktas mot upphovet till spänningen, och mental och/eller fysisk aktivitet inriktas på detta så att den kroppsliga spänningen kan reduceras.

Inför det psykosomatiska sammanbrottet fungerar meningsskapandet emellertid inte på det sätt som beskrivits. Det kroppsliga meningsskapandet är inriktat på den pressade situationens hotfullhet, som måste elimineras för att ny harmoni ska uppnås. Om det t ex. gäller övermäktiga krav måste personen kanske sätta gränser eller dra sig ur situationen. På den personliga nivån är meningen däremot formad av förståelsestrukturer sedan tidig ålder. Den sedimenterade tolkning är därför, nu som då, att situationen istället kräver ökade insatser, foglighet och inriktning på andras krav. Den *mening*, som skulle ha gjort situationen begriplig och möjlig att hantera enligt de förhållanden som råder, skapas således inte. Försök görs på det kroppsliga planet med symtom och andra förståelseformer som inte har någon möjlighet att lyckas. Den mening som skapas är inte den som skulle behövas för att uppnå harmoni i situationen eftersom meningsskapandet är *ofullbordat*. Det är med andra ord icke-anpassat till den nuvarande situationen, eftersom strukturerna grundats i tidiga, ej tillgodosedda behov av erkännande av den egna individualiteten (se 5.6.1). Dessa underliggande behov döljs emellertid av den sedimenterade strukturens tvingande behov av att visa vad man duger till,

och kan därför inte tematiseras på en medveten nivå i den problematiska situationen.

Det ofullbordade meningsskapandet karakteriserar den i avhandling-
en studerade situationen där personen till slut hamnar i ett psykosoma-
tiskt sammanbrott. Med andra ord kan det ofullbordade meningsskapan-
det uttryckas på följande sätt, vilket också är avhandlingens slutsats i
korthet: Kroppslig intentionalitet och kroppsligt meningsskapande riktas
mot spänningen i den aktuella problematiska situationen, men kan inte
avläsas av den personliga nivån eftersom förståelsestrukturerna inte
kunnat transformeras efter situationens krav. Meningsskapandet är
ofullbordat då det ständigt är inriktat på ett fasthållande av den proble-
matiska situationen, eftersom den är förbunden med det eftertraktade
erkännandet, utan hänsyn till de rådande förutsättningarna för detta.
Detta är i grunden ett försök till kompensation för det sedan tidigt i livet
uteblivna erkännandet av den egna individualiteten. Den bristande käns-
lan av agens, som hos vissa är partiell och hos andra mera omfattande,
gör att meningsskapandets emotionella ton varierar mellan olika perso-
ner från hoppfullhet till hopplöshet. En intensifiering av ansträngningar-
na att lyckas, med ständigt ökade fysiska och psykiska insatser, tycks
nödvändig på den personliga, reflekterande nivån för vissa personer
(grupp A i studien), medan uppgivenhet om möjligheterna att lyckas och
underordning för att ändå vinna erkännande är förståelsen på personlig
nivå för andra (grupp B i studien).

Av de resultat som presenterats, sedda mot bakgrund av fenomenolo-
gisk teori, kan följande punktvisa sammanfattning göras om det ofull-
bordade meningsskapandet.

Det psykosomatiska sammanbrottet är resultatet av meningsskapande
som grundats på förståelsestrukturer som inte kunnat transformeras
efter situationens krav. Meningsskapandet är därför ofullbordat i den
pressade situationen som föregår sammanbrottet

Det psykosomatiska symtomet blir en lösning i en situation där den
stigande spänningen inte kan balanseras genom åtgärder som kräver
förståelse på den personliga nivån.

Det kroppsliga meningsskapandet kan ta sig uttryck på tre olika, hierar-
kiskt organiserade nivåer, där den affektiva kroppsliga aktiviteten
skiljer sig åt. Den psykosomatiska situationen uttrycks på någon av
de två nedre nivåerna, den handlingsinriktade eller den resurshushål-
lande.

Det psykosomatiska sammanbrottets grund, oförmågan att transformera förståelsestrukturer, föreslås ha sitt upphov i att en avskärning skett mellan den personliga och den kroppsliga förståelsenivån. Denna har uppstått som ett skydd vid tidiga erfarenheter av hot mot den egna individualiteten.

I den fortsatta framställningen kommer dessa punkter att utvecklas och diskuteras utförligare. Exempel ur empirin kommer att följas fortlöpande och jämförelser kommer att göras med relevant litteratur från olika skolor.

7.1.1 Meningsskapandet inte anpassat efter situationens krav

7.1.1.1 Tidiga sedimenterade upplevelser styr meningsskapandet

För att diskutera meningsskapandet, så som det visat sig i avhandlingens resultat, behöver vi först återvända till det teoretiska begreppet 'strukturer' (se 3.6.1). Begreppet syftar på kroppsliga, psykologiska och sociokulturella mönster som vägleder vårt sätt att uppfatta och handskas med världen. Genom dessa strukturer blir det möjligt att göra det som sker begripligt, vi förstår hur vi ska hantera situationen och därigenom kan vi uppnå en sådan harmoni som ett fullbordat och lyckat meningsskapande innebär (Bullington 2007). Strukturer är 'sedimerade' upplevelser, och genom dem kan vi uppleva världen som bekant. Vårt modersmål behöver t ex. inte läras in på nytt varje gång någon talar, utan uppmärksamheten kan riktas mot det som är nytt och intresseväckande. Men strukturerna behöver också kunna modifieras när nya situationer uppstår och genom denna 'transformering' utökas hela tiden vår repertoar och vårt sätt att handskas med världen kan bli alltmer nyanserat. Om strukturer inte vore transformerbara skulle vi bara se det vi brukar se, tänka det vi brukar tänka och göra det vi brukar göra, skriver Bullington (ibid.). Det är genom strukturtransformeringen som meningsskapande, *förståelse*, riktad mot nya utmanande situationer, kan skapa harmoni med dessa, och därmed reducera den spänning som nya situationer ger upphov till. Det uppstår då en ny jämvikt.

Våra förståelsestrukturer styr oss alltså i vår upplevelse av världen, samtidigt som de formas av vårt möte med världen. De både utvecklar och begränsar hur vi kan förstå tillvaron. Ursprungligen är de formerade som svar på en speciell konkret, levd situation där de syftar till att skapa spänningsreduktion och harmoni mellan människan och hennes värld. Bullington (ibid.) förklarar hur de används: När man blir överraskad av något, försöker man omedelbart att passa in det nya och annorlunda i något man redan känner till. Om detta inte kan göras kastas man in i det tumult det innebär att göra det som hänt begripligt. Spänningen stiger och de sedimenterade strukturer man först försökte använda transformeras till en ny struktur som sedan blir en del av sedimenteringen. Livet innebär en kontinuerlig serie utmaningar att modifiera och fördjupa förståelsen. Den psykosomatiska patientens problem är att hon någon gång förlorat förmågan inom vissa områden att transformera strukturer som varit nya och utmanande.

Detta har visat sig i de pressade situationer som föregick det sammanbrottet. I en situation med övermäktiga krav och ohanterliga omständigheter, hade personerna varit i behov av transformering av de strukturer som säger att en uppgift ska klaras till varje pris. Det finns ett läge där man märker att resurserna inte räcker till, att risken för ett misslyckande är alltför stor, och att hälsa och lycka står på spel. Strukturtransformationen innebär då att man lär sig ett nytt sätt att hantera situationen: att acceptera nederlaget och att ge upp eller omformulera sina tidigare ståndpunkter för att minimera de förluster som hotar. Men denna nödvändiga transformation av strukturer har av någon anledning inte kunnat äga rum. Situationen har varit mycket pressande, anseendet har stått på spel och möjligheterna till återhämtning har varit små. Informanterna har endast kunnat använda sina tidigare sedimenterade strukturer för att hantera svårigheterna, vilket inneburit att de förstått situationen så, att det är nödvändigt att anstränga sig mer, att lyckas till varje pris, att vara foglig etc. Deras meningsskapande har varit inriktat på att svårigheter ska hanteras på det sättet ända sedan barndomen då dessa strukturer bildats.

7.1.1.2 Jämförelser med några andra teorier

Det är naturligt att arbetet, med sina möjligheter till framgång och uppskattning, men också risker för motgångar och nederlag, är en plats där pressade och hotfulla situationer lätt kan utspela sig för dessa personer med sin strävan efter erkännande. Som empirin visar är det dock inte uteslutande arbetet som skapar sådana situationer, också familjeliv och

andra sammanhang utanför arbetet gör det. Med den förståelse dessa personer har av hur svårigheter ska hanteras, är det vanligt att det uppstår press på flera olika fronter samtidigt. Men det är arbetet och dess villkor som stått i centrum för forskningen om stressjukdom och utbrändhet, kanske därför att det är lättare att få acceptans för forskning där än inom den privata sfären. Detta görs t ex. i den ansedda kravkontroll-stödmodellen (Karasek & Theorell 1990) (avsn. 3.3.3), som legat till grund för studier med stora populationer där dessa samband har kunnat styrkas (t ex. Cheng et al. 2000). Man måste emellertid fråga sig vilka personer som i längden skulle acceptera att arbeta med stora krav, litet beslutsutrymme och svagt stöd i enlighet med modellen, om det inte just är de som vid svårigheter förstår situationen så, att det gäller att anstränga sig hårdare? Och för dem är som framgått arbetet en arena bland andra, om än kanske den viktigaste.

Hallsten (2001) vänder sig mot synen att psykologiska tillstånd som leder till stressjukdomar och utbrändhet skulle kunna uppstå endast i vissa sammanhang eller miljöer. Den inställning till problem som i avhandlingen ger sig till känna i pressade situationer, formuleras i liknande ordalag av Hallsten när han beskriver den 'prestationsbaserade självkänslan' (se avsn. 1.3) hos de personer som befinner sig i utbränning: "Personerna tänjer sig för att hitta lösningar på de problem de stöter på. Ansträngningarna ger dock inte alltid resultat och besvikelserna kan bli påtagliga". "Även om obalanser är påfrestande liksom de förväntade kostnaderna för nya anpassningsförsök, kan upplevelsorna av att inte nå sina mål eller att inte fullgöra sina uppgifter vara än mer hotande." Hallsten frågar sig varför dessa människor handlar som om självbevarelse-driften var satt ur spel. Hans svar är det han kallar 'identitetsantagandet', som innebär att personerna identifierar sig och värderar sig efter sina prestationer, och att detta sannolikt är grundat i en oro för att inte duga. "Om de själva eller viktiga referenspersoner ansåg att de presterade väl kunde de bevara eller skapa sig självkänsla och självaktning, annars inte." Men Hallsten går inte vidare med nästa fråga om hur dessa personer har blivit särskilt prestationsinriktade och oroliga för att inte duga.

Inom psykoanalysen kan man hitta teorier som försöker ta ett steg närmare denna fråga genom att understryka den genomgripande betydelsen av viktiga auktoriteter i personens omgivning. Det kan gälla t ex. maken, chefen eller föräldrarna, och de kallas i följande teori för 'den Andre'. Vanheule (2001) utgår från Freud och Lacan när han presenterar en teori om utbrändhet som bygger på begreppet 'jag-ideal'. Enligt detta synsätt är subjektivitetens kärna tom, och jag-idealet kan fylla upp ga-

pet. Det skapas när personen har känslan att jag-idealet fyller kraven den Andre ställer. Jag-idealet omger personen och ger honom substans, det bestämmer hur han relaterar till andra, och är den abstrakta punkt varifrån han ser sig själv som den Andre ser honom, och som han tycker om att bli sedd (Lacan 1977). Det är personens svar på frågan ”Vad vill den andre ha av mig?”, och följaktligen på frågan ”Vem är jag i relation till den Andre?”. Utbrändheten startar när personen får intrycket att den Andre, från vilken han förväntar sig erkännande, istället gör jag-idealet värdelöst genom att förneka eller nedvärdera den roll han vill spela. Personen får nu inte längre det erkännande han förväntat sig. Eftersom det var jag-idealet som skapade känslan av enhetlighet, måste han nu konfronteras med sin egen tomma kärna, vilket skapar ångest och i förlängningen utbrändhet.

I de resultat som presenteras i den här avhandlingen är behovet av viktiga andras erkännande genomgripande på samma sätt som i ovanstående teori. Men i stället för att subjektivitetens kärna ses som tom, är det i avhandlingsresultatet en strävan efter erkännande av individualiteten som aldrig erhållits som är drivkraften.

7.1.1.3 Ett illustrerande exempel

Den mening som i den pressade situationen inte kan artikuleras på personlig nivå, uppfattas emellertid på kroppslig existensnivå, där ytringarna så småningom kan avläsas som psykosomatiska symtom. Det är det sätt på vilket jämvikt söks i en situation där människans svar på den givna situationen inte räcker till, anser Bullington (ibid.).

För att illustrera det ofullbordade meningsskapandet återvänder vi till kvinnan i psykosomatik-kapitlets (kapitel 3) inledande citat, och de citat som görs i detta avslutningskapitel är alla hänförliga till henne om inte annat sägs. Att hon valts som exempel beror inte på att den behandling hon genomgått skulle ha varit särskilt framgångsrik, tvärtom var differensen mellan före- och efter-mätningarna relativt liten (se Yrsa 6.3.4.3). Valet av denna person är gjort för att viktiga drag i den fenomenologiska analysen av ’vägen till psykosomatiskt sammanbrott’ visar sig tydligt hos henne. Situationen hon befann sig i var att hon råkat ut för en andra påkörning när hon satt i en bil. Denna händelse var utlösande för det psykosomatiska sammanbrottet, som dock i likhet med övriga informanternas utlösande händelser hade en lång förhistoria i hennes livssituation. Andra informanter har mestadels haft utlösande händelser som varit knutna till en i tiden utdragen problematisk situation, t ex. på arbetsplatsen. Genom att välja denna person med en specifik och avgränsad utlö-

sande händelse får man en tydlig illustration till hur dessa händelser hanteras med tidiga otransformerade förståelsestrukturer.

På den kroppsliga förståelsenivån har det hotfulla i situationen uppfattats och uttryckts med ökad spänning och senare även kroppsliga symtom. Kroppens uttryck är ett försök att skapa den mening som inte kan formuleras på den personliga nivån. Men det är ett rudimentärt språk som kräver artikulering på högre nivå för att personen ska kunna använda meningsskapandet till att lösa situationens spänning. Kvinnan skulle kanske ha behövs verbalisera upplevelsen och göra klart att den inte skadat henne för att reducera situationens hotfullhet och kroppens spänning. I den sammanflätade avstämningen kunde emellertid innebörden i de kroppsliga uttrycken inte fångas upp på den personliga nivån och därför inte heller bidra till att strukturerna transformerades, så att denna kognitiva insikt var möjlig. De förståelsestrukturer som fanns att tillgå var således formade långt tidigare.

Att det kroppsliga meningsskapandet inte kan förstås på den personliga nivån, innebär således att mötet med de problematiska situationerna måste ske utan kroppslig förankring. Det är karaktäristiskt för informanterna i studien att de inte kan förstå sambandet mellan den utlösande händelsen till sammanbrottet och den kraftiga reaktion de upplever. Kvinnan som blev påkörd för andra gången fick inte heller denna gång några skador, men hade trots det under lång tid efteråt mycket ont i nacke och rygg och blev spänd ”som en fiolsträng”. Hon försökte att skapa mening i det skedda genom att använda de förståelsestrukturer hon var i besittning av, men det hjälpte henne inte ”... jag kunde inte sluta gråta och jag kunde inte förstå vad det var. Det var jätteskumt”. Det som förbryllade henne var hennes starka reaktion, med ett meningsskapande inriktat på att något mycket ödesdigert hade skett. Om hon hade haft förmågan att transformera sin förståelsestruktur efter vad läget krävde, skulle hon ha kunnat utveckla en ny mening om den situation hon hamnat i. Men hon kunde av någon anledning inte komma förbi eller modifiera den ångestsskapande händelsen, trots att den avlöpte väl för henne. Hon var fast i övertygelsen att något katastrofalt var på väg att ske, trots att inget yttre tydde på detta. Situationen förblev därför obegriplig för henne.

När man inte kan artikulera en ny mening kommer det kroppsliga förhållningssättet till spänningen i situationen att träda fram. I det här fallet var meningsskapandet på medveten, tematiserad nivå inriktat på en känsla av existentiell skräck, livet var slut när ”det som inte fick hända hade hänt”. En hermeneutisk förståelse av andra delar av intervjuerna

med kvinnan ger tolkningen att skräcken i situationen handlade om att när kontrollen förloras kan man förvisas från möjligheten att vara med viktiga andra, där man kan vinna erkännande och samhörighet. Detta var den förståelsestruktur hon inte kunnat transformera, vilket gjorde det omöjligt för henne att ge händelsen de gränser dess relativa harmlöshet motiverade. Kroppen mobiliserades mot hotet i situationen, som var den "attack" det innebar att oförberedd bli påkörd, och osäkerheten om det kunde hända igen. Någon förlösande aktivitet, som det fullbordade meningsskapandet skulle ha kunnat ge, skedde inte. Kroppen förblev i högsta beredskap, det vill säga i aktiverat tillstånd. Till detta kom så den otransformerade förståelsestrukturens existentiella skräck, och sammantaget upplevdes det efterhand av kvinnan som spänningar och smärta och olika sjukdomssymtom. Symtomen hamnade då i fokus för meningsskapandet, medan händelsen med dess obegriplighet och skräck hamnade i bakgrunden, vilket gav en sorts balans åt situationen.

7.1.2 Det psykosomatiska symtomet som balanserande lösning

Genom det psykosomatiska symtomet spända kropp och värkande nacke, vändes således meningsskapandet bort från den ursprungliga situationen. De primära problemen kvarstod emellertid. De grundades inte bara i själva påkörningen utan också i dess innebörd i livssituationen. Eftersom de otransformerade förståelsestrukturen inte möjliggjorde bearbetning av denna, kunde heller inte de kroppsliga symtomen lösas upp. Situationens hotfulla drag måste hanteras genom åtgärder grundade på den personliga nivåns förståelse. Den innefattar förståelse såväl av påkörningens reella hot (harmlöshet), som källan till den obegripliga existentiella skräcken. Det ofullbordade meningsskapandet kan inte reducera den kroppsliga nivåns tilltagande anspänning, och resultatet blir att kroppen "talar", vilket betyder ökade spänningar och symtom syftande till en lösning som gör att ny jämvikt kan uppnås.

Det emotionella tillståndet spelar en kritisk roll för det psykosomatiska symtomet framträdande, men är ändå förvånansvärt obekant som sådant. Det finns därför anledning att uppehålla oss något vid emotionerna och deras plats i förhållande till den förståelse som utvecklas såväl på kroppslig nivå som vid artikulerat, personligt meningsskapande. Emotioner är ett sätt att vara-i-världen som utmärks av att de är brott i

det normala, vardagliga flödet i kontakterna med världen (Bullington 1999; Sartre 1948). Emotioner är, precis som psykosomatiska symtom, kroppsligt aktiverande, men mer uttrycksfulla och personliga än dessa. Den grundläggande funktionen är att uttrycka rörelse till eller från andra, alltså att reglera närhet eller distans (Mazis 1993; de Rivera 1977; Bullington 1999). Ricoeur (1966) skriver, att när jag är emotionellt påverkad, tänker jag inte alls på min kropp, och t ex. är inte upplevelsen av rädsla att man känner kroppen skaka eller hjärtat bulta, utan det är att uppleva världen som något hotfullt, som en ogenomtränglig närvaro.

Men hur ska man förstå att de emotionella reaktionerna kan vara så obekanta för en människa som vi ser här? Svaret kan sökas i kroppens tendens att finnas men inte märkas förrän något särskilt händer. Det är kroppens natur att vara centrum för orienteringen mot omvärlden och i detta projicerar den sig framåt från den plats där den befinner sig, mot andra människor och föremål och det som blir nåbart kan sägas befinna sig inom kroppens 'aktionsfält' (Leder 1990). Samtidigt som kroppen genom perceptionen upptäcker dessa andra, döljer den emellertid sig själv. Medvetandet är upptaget av det som fokuseras och då "försvinner" kroppen (ibid.). Men kroppen är också ett fält av levda sensationer som hämtas ur den oändliga strömmen av pre-noetisk kinestetisk och visceral information om kroppens läge, balans, sinnestillstånd och så vidare. Dessa formar "bakgrundsattityden" till de kroppsliga aktiviteter som sker, och påverkar dessa aktiviteter utan att märkas (Zaner1981).

Kroppen är således på olika sätt frånvarande i medvetandet så länge som den eller delar av den inte särskilt kräver vår uppmärksamhet. Om så sker är det i allmänhet de kroppsdelar som är involverade i aktionsfältet som uppmärksammas, det vill säga sinnes- och rörelseorganen, vilket är de delar av kroppen som agerar och skapar kontakt med omvärlden. De vegetativa processerna i kroppens djup får sällan någon uppmärksamhet av medvetandet, trots att de är sammanflätade med de utåtriktade delarna som är helt beroende av dessa processer. Oftast blir vi medvetna om de vegetativa processerna endast indirekt genom de utåtriktade kroppsdelarna, t ex. om muskelkraften sätts ned av bristande näringsupptag i matsmältningsorganen (Leder ibid.).

Emotioner utvecklas i dessa dolda system i kroppens djup, i det autonoma nervsystemet, och i de hormonella systemen, och emotionernas kroppsliga bas hör därför också till de kroppsfunktioner som försvinner ur medvetandet. I vardagslag vet vi inte säkert varifrån humör och stämningar kommer, och vi förmår ofta inte att styra dem. När kvinnan i vårt exempel blev påkörd för andra gången utan skador, kom således den

starka emotionella reaktionen i efterhand som en överraskning för henne. Den vertikala klyftan (se 5.4), som brukar låta henne slippa att bli medveten om känslor av detta slag, har brutits igenom och hon kände inte igen sig själv "För det är inte jag, egentligen". Men hennes bristfälliga förståelsestrukturer tillät henne inte att utforska emotionerna närmare, och processerna i kroppens djup måste därför fortsätta oförstådda. När så starka emotioner uppstår och inte kan sättas i ett meningsfullt sammanhang, kan de heller inte orientera mot handling ut ur den situation som orsakat emotionerna. Personen blir då "fasthållen" i den obegripliga och spända situationen, och när de kroppsliga symtomen förr eller senare uppkommer, kan meningsskapandet vändas mot dem. Situationens spänning är inte längre obegriplig och en viss balans kan då inträda.

Den mening kvinnan gav den utlösande situationen, med innebörden att det nu skulle visa sig att hennes existens var slut, ledde till att hon hölls fast i situationens hotfullhet och inte kunde ge den sådan förståelse som skulle ha krävts för att reducera spänningen i situationen, istället ökade spänningen.

Inte heller den mening på den kroppsliga förståelsenivån som senare uttrycktes genom symtomet kunde hjälpa henne ur situationens hotfullhet och leda till att problemet försvann. Den psykosomatiska lösningen var nu det enda som stod till buds. Ingenting hjälpte henne, inte vila, inte behandling och inte träning, "jag blir bara sämre hela tiden". Det psykosomatiska symtomet behövdes som balanserande faktor så länge som hon var fast i situationens hotfullhet och en förståelse på den personliga, psykiska nivån inte fanns. Den personliga nivåns förståelse skulle bara ha kunnat uppnås genom transformering av tidigare erfarenheter, t ex. att förlora kontrollen – som när man blir påkörd bakifrån - inte behöver innebära katastrof. Hon förmådde inte detta, och den desperata låsningen i detta uttrycker hon med "Att det inte går att göra någonting. Att mitt liv är över ganska mycket".

Den existentiella skräck som påkörningen utlöste och dess övergång i kroppsliga symtom kan ses i ljuset av i Freuds 'traumateori' (Freud 1895/1997), innan han ändrade perspektiv och betonade den oiidipala konfliktens betydelse för neuroser. Teorin utgår från ett trauma som trängts bort. Av något skäl aktiveras minnet av detta trauma, men trängs bort igen för att förhindra att dess innebörd blir en medveten upplevelse. Ett symtom träder då i det bortträngdas ställe. Vi kan inte veta vilket det ursprungliga traumat i vårt exempel skulle ha varit, men det aktiverades uppenbarligen av påkörningen. Inte heller kvinnan vet vad det skulle ha

varit, i stället fick hon genast olika symtom. Händelseförloppet kan som synes stämma väl överens mellan teori och empiri i detta fall, men teorin ger inte någon god förståelse varför kroppen reagerar med symtom. I motsats till den fenomenologiska psykosomatiska teorin har den freudianska inga begrepp för kroppsligt intentionalt meningsskapande.

Den skrämmande och obegripliga situation kvinnan har varit utsatt för har gjort att hennes meningsskapande efterhand riktats mot det psykosomatiska symtomet och förvandlats till en fråga om att hitta rätt "kur": "Jag testar de flesta saker, jag tror att jag har prövat varenda metod som finns, men det håller inte." I sin vändning mot symtomet söker hon den balans som kan fås av att händelsen hamnar i bakgrunden. Hon har i denna fokusering på symtomet god hjälp av sjukvården som också är helt upptagen med att identifiera "felet" och hitta rätt "åtgärd". Som illustration av detta kan nämnas en bland oändligt många studier, med uppgift att beskriva upplevelser av en viss smärtproblematik (Wiitavaara et. al. 2008). Detaljerat redogör författarna för informanternas alla upplevda kroppssymtom, och hur de varierar över tiden. Däremot har inga data samlats in som gäller de berörda personernas förståelse av sin livssituation i övrigt och hur den skulle kunna relatera till smärtupplevelserna. Man kan således fråga sig om även sjukvårdens aktörer har behov att upprätta balans i situationen genom ett meningsskapande som kretsar runt symtom i stället för att uppmärksamma situationen som utlöst spänningen hos patienten?

inga kurer kunde hjälpa kvinnan i exemplet att få kontakt med det inre liv den kroppsliga basen står för, och som skulle behövas för sådan transformering som krävdes för förståelse av de primära problemen, eftersom den basen tycks avskuren sedan länge. Den tilltagande känslan av livlöshet och meningslöshet gör henne djupt pessimistisk.

S: Jag har gått där tre, fyra gånger i veckan, jag blir bara sämre hela tiden

T: Vad tänker du om det?

S: Att det inte går att göra någonting. Att mitt liv är över ganska mycket. Att det bara blir värre och värre, jag undrar var det ska sluta egentligen.

Hon fruktade konsekvenserna av den händelse hon just varit med om, och det fanns inget sätt för henne att undkomma, det som inte fick ske hade skett och hon var instängd i sin skräck. Hon kunde inte förstå den starka emotionella reaktionen eftersom hon inte hade några mentala förståelsestrukturer som kunde hjälpa henne att sätta den i sitt sammanhang. När hon ganska snart mötte den välbekanta spänningen och smär-

tan kunde hennes förståelse riktas mot detta, och förtvivlan och skräck fick nu sin förklaring av de återkomna symtomen.

7.1.3 Det kroppsliga ”meningsskapandets” olika nivåer

När informanterna i denna avhandling beskrivit sin situation före behandling, har samtidigt med detta meningsskapande mätningar gjorts av det som sker på den djupa kroppsliga förståelsenivån, i det autonoma nervsystemet. Därigenom har vi fått en uppfattning om hur den kroppsliga förståelsen av det som återberättas är där, såväl vad det gäller behov av att vara alert och aktiv som att vara passivt tillbakadragen. Detta har visat sig som mätutslag som är sammanvävda med meningsskapandet. Det framgår då att *den kroppsliga förståelsen är knuten till upplevelsen av agens*. Den hänför sig antingen till speciella situationer, och uttrycker behov av att vara vaksam, och de affektiva (fasiska) uttrycken är då livliga (gruppen A. Stressande situationer), eller till livssituationen som sådan, och uttrycker då behov av att vara tillbakadragen med svaga eller inga affektiva uttryck (gruppen B. Betryckande livssituation). Efter behandling, då förmågan att omforma förståelsestrukturer utvecklats, blir den första gruppens meningsskapande avspänt eller till och med passivt, med inga eller få affekter. Den andra gruppen blir däremot alert med livliga affektiva uttryck. Dessa motsatta reaktionsmönster sammanfattas i följande tabell

Tabell 2: Kroppsliga reaktionsmönster

	Före behandling	Efter behandling
Grupp A (Stressande situationer)	Livligt, anspänt: <i>kamp</i>	Passivt, avspänt: <i>upphörd kamp</i>
Grupp B (Betryckande livssituation)	Passivt, orörligt: <i>tillbakadragande</i>	Livligt, anspänt: <i>kamp</i>

Den operativa intentionaliteten uttrycker sig således i den psykosomatiska processen på olika sätt. Tre nivåer för kroppsschemats organiserande av det kroppsliga ”meningsskapandet” kan urskiljas

- (1) Passivt, avspänt: med innebörden *upphörd kamp*

- (2) Livligt, anspänt: innebörden *kamp*
- (3) Passivt, orörligt: innebörden *tillbakadragande*

Dessa tre nivåer är hierarkiskt organiserade enligt följande:

I gruppen med Stressande situationer förändras det kroppsliga meningsskapandet från nivå (2) till nivå (1):

Före behandling: Ett från den personliga nivån avskuret meningsskapande sker på båda de kroppsliga nivåerna, den resurshushållande²³ såväl som nivån för kroppens handlingsinriktade delar²⁴ (nivå 2).

Detta yttrar sig i livlig aktivitet i det autonoma nervsystemet, något som kan tolkas ha samband med att kroppen aktiveras för handling i ett läge med upplevelse av bristande agens. Detta överensstämmer också med innehållet i Stressande situationer, som gäller olika problem med närstående och andra människor som behöver bemästras.

Efter genomgången behandling: Det har medvetna meningsskapandet på den personliga förståelsenivån (nivå 1) en tydligare kroppslig förankring. Denna slutsats dras av att den kroppsliga aktiviteten har kunnat förstås på personlig nivå och vid mätningen har det tidigare emotionella innehållet försvunnit. Detta tar sig uttryck i ett enhetligt meningsskapande. Den autonoma aktiviteten avtar i betydande grad, vilket kan tolkas som att innebörden av den kroppsliga förståelsen är en upplevelse av agens, och att det inte längre finns behov av hög vaksamhet. Problemen som fanns tidigare har kunnat få en ny innebörd,

I gruppen med Betryckande livssituation förändras det kroppsliga meningsskapandet från nivå (3) till nivå (2):

Före behandling: På den resurshushållande kroppsliga nivån, (nivå 3) uttrycks det som låg autonom aktivitet och inga eller få affekter. Den kroppsliga förståelsen kan tolkas som frånvaro av agens och att ett tillbakadragande är nödvändigt.

²³ Den resurshushållande nivån uttryck är aktivitet i de visceral organen; matsmältning, blodtryck, andning, hjärtverksamhet och så vidare. Den djupa kroppsliga nivån är alltid inblandad, både som en ständigt pågående affektiv bakgrundston (Damasio 1994) och specifikt när förståelse skapas på de övriga två nivåerna

²⁴ Den här förståelsenivån gäller händelser i perceptions- och aktionsfältet där erfarenheterna sedimenteras i olika kroppsliga strukturer, främst sinnesorganen och rörelsesystemet.

Efter behandling: Meningsskapandet är både på personlig och på kroppslig nivå riktat mot de egna resurserna att hantera problematiska situationer. Därför är kroppens handlingsinriktade delar (nivå 2) nu engagerade. Detta uttrycks i den livliga autonoma aktiviteten och de med meningsskapandet sammanvävda affekterna. Vaksamhet och aktiveringen av kroppens utåtriktade delar erfordras.

Denna tolkning får stöd av Porges (2001) modell för det 'sociala engagemangssystemet' (se 3.3.2). De parasympatiska ventrala vagala komplexet kan jämföras med nivå (1), den personliga nivån med kroppslig förankring. Det är den som med minst energiåtgång på ett flexibelt sätt anpassar sig till situationens krav. När hanteringen på denna nivå inte klaras vid stressande påfrestningar, delegeras uppgiften enligt Porges till nästa nivå. Det sympatiska systemet är då det som aktiveras. Det sympatiska systemet kan jämföras med nivå (2) ovan, kroppens handlingsinriktade delar. När inte heller detta är tillräckligt för att hantera situationen, delegeras uppgiften ned ytterligare en nivå, till det dorsala vagala komplexet, som är det mest primitiva och verkar resursbevarande genom immobilisering. Denna nivå kan då sägas motsvara ovanstående nivå (3).

Kvinnan i inledningscitaten tillhörde gruppen Betryckande livssituation. Innan hon genomgått behandling var hennes meningsskapande om det inträffade som framgått ofullbordat. Den autonoma tonusen var låg och affekterna svaga, vilket talar för en passiv och tillbakadragen hållning. Fingertemperaturen visade starkt stresspåslag. Vi kan av det anta att hon befann sig på den resurshushållande kroppsliga förståelsenivån enligt modellen ovan. Trots stresspåslaget är hon inte alert och handlingsinriktad. Efter behandling har tankarna på "att allt är slut" försvunnit, och meningsskapandet innebär en mera realistisk bedömning av situationen, vilket gör att hon inte blir fast i ångest inför de hotfulla dragen i situationen. Det är inriktat på vaksamhet och en kroppslig mobilisering har kommit till stånd som avspeglar sig i den förhöjda toniska aktiviteten i det autonoma nervsystemet. Affekterna är dock fortfarande svaga, vilket kan tolkas som att avskärningen av den kroppsliga basen, den vertikala klyvningen, inte är helt eliminerad. Varför hon har så låg självuppfattning har hon sökt svar på länge, säger hon, t ex. under tonårstidens anorexi med åtföljande flerårig terapi, men det har förblivit en gåta för henne. Den nu genomgångna behandlingen har inte kunnat

tränga ner till den djupare sårbarheten, och den har därför inte gett den nya förståelse för hennes situation i sin helhet på den personliga nivån som erfordras för att lösa grundläggande problem. Hennes förändrade förståelse stannar alltså på den kroppsliga handlingsinriktade nivån. Hon har med andra ord förflyttat sig från nivå (3) till nivå (2).

Som jämförelse kan vi ta ett exempel med en kvinna i gruppen A. Stressande situationer. Hennes utlösande svårigheter var hennes makes plötsliga dödsfall något år tidigare, som gjorde att hennes utbrändhetsdiagnos kompletterades med en depressionsdiagnos. Före behandling var hennes förståelse av situationen på den personliga nivån avskuren från den kroppsliga och fokuserad på hennes svårigheter att återuppta sitt vanliga liv efter makens död, vilket höll fast henne i denna situations hotfullhet. Men på den kroppsligt handlingsinriktade nivån, var den autonoma tonen hög, med stora affektiva utslag, samtidigt som den sjunkande fingertemperaturen visade stort stresspåslag (se 6.3.3.3, Lena). Det kroppsliga ”meningsskapandet” kan alltså tolkas som förberedelse i situationen för agerande mot omgivningen, men den var avskuren från den personliga nivån, där dess innebörd inte uppfattades. Där var förståelsen präglad av de otransformerade strukturerna vars innebörd var att det är katastrof att bli lämnad. Efter behandling har en större enhetlighet uppnåtts mellan förståelsenivåerna: på den personliga nivån hade hon kunnat lämna den hotfulla situationen efter transformering av förståelsestrukturerna. Hon förstod att det var möjligt att leva sitt liv på egen hand, och hon såg det därför i ett annat ljus, med ett nytt innehåll och en ny mening. Enhetligheten med den kroppsliga nivån kunde avläsas i den låga autonoma tonen, med få affektiva utslag och ett stresspåslag i fingertemperaturen som inte var lika påfallande. Detta tyder på att meningsskapandet i situationen övervakades av den personliga nivån, där det är möjligt att skapa en enhetlighet mellan de olika förståelsenivåerna. Hon hade således förflyttat sig från nivå (2) till nivå (1).

Det presenterade förslaget till förflyttning mellan förståelsenivåer är naturligtvis som alla modeller och teorier en konstruktion. Det förslaget kan bidra med är att bedöma den konkreta innebörden av bristande enhetlighet mellan olika förståelsenivåer och vilka konsekvenser detta får.

De två kroppsliga nivåerna har förekommit i olika psykosomatiska teorier tidigare. Den välkända ’specificitetsteorin’ från 1950-talet innebär att man med ledning av den kliniska bilden kunde avläsa vilken emotion och därmed konflikt som patienten försökte undertrycka (Alexander 1950/1987). Den byggde på det autonoma (vegetativa) nervsyste-

mets uppdelning i två grenar, den sympatiska som Alexander menade är riktad mot den externa situationen och den parasympatiska som innebär tillbakadragande från extern aktivitet och inriktning mot interna vegetativa processer. I de neurotiska störningarna blockeras den aktivitet som impulser i dessa båda system syftar till, enligt Alexanders synsätt. Den sympatiska aktiviteten syftar till kamp eller flykt, blockering här beror på bortträngning av självhävdande, aggressiva impulser. Dessa impulser utlöses alltså i kroppen, men fullföljs inte, varför kroppen befinner sig i ett konstant tillstånd av förberedelse till kamp eller flykt, med ökad hjärtfrekvens, förhöjt blodtryck, ökad blodförsörjning i musklerna, förhöjd kolhydratmobilisering och ökad metabolism. Den parasympatiska aktiviteten med tillbakadragande från extern aktivitet, innebär enligt Alexander hos neurotiska personer att de i situationer, som skulle kräva ett självhävdande agerande, istället känslomässigt drar sig tillbaka till ett beroendetillstånd, och att de blir som hjälplösa barn. Det omedvetna psykologiska materialet är således enligt Alexander knutet till ett tidigt vegetativt beroende av modersorganismen.

Alexanders synsätt gjorde det möjligt att ge sjukdomar psykodynamiska tolkningar på djupet och samtidigt beakta de fysiologiska lagar som styr kroppen. Emellertid kom specificitetsteorin efterhand att möta stigande opposition från forskarsamhället då man upptäckte att det autonoma nervsystemet har en individuell responspecificitet, och tanken att varje emotion och dess psykodynamiska ursprung kan avläsas i det autonoma nervsystemet förlorade intresse. Av intresse för denna avhandling är emellertid de kliniska iakttagelser av två grundtyper av psykosomatiska reaktionsmönster som Alexanders teori byggde på. Personer med sympatisk utlöst aktivitet kan jämföras med grupp A, Stressande situationer och med parasympatisk sådan med grupp B, Betryckande livssituationer. Den så kallade 'responsmodellen' för stressjukdomars uppkomst (Folkow 2001; Perski 2002; Theorell 2004) stöder också en uppdelning av reaktionsmönster på stress på liknande sätt. Den sympatiska reaktionen kallas i denna modell 'försvarsreaktion' och den parasympatiska 'uppgivenhetsreaktion' (avsn. 3.3.1).

7.1.4 Avskärningen mellan personlig och kroppslig existensnivå

När det psykosomatiska symtomet och det kroppsliga meningsskapandet ses mot den bakgrund som presenterats ovan blir följdfrågan: hur kommer det sig att ny förståelse på den personliga nivån inte är möjlig vid det psykosomatiska sammanbrottet? Var har problemet egentligen uppstått? Det levda, subjektiva ursprunget till svårigheterna pekats ut av informanterna i negativa upplevelser av föräldrarna under barndomen, som de menar var inledningen till de problem som följt med i livet. De uppger att de t ex. fått ta stort ansvar för en hjälplös förälder, eller blivit försummade, hotade eller utnyttjade för föräldrarnas syften, och att de varit tvungna att anpassa sig maximalt till föräldrarnas förväntningar. Att de inte fått föräldrarnas erkännande för sin individualitet på det sätt de skulle ha behövt, har i studie 1 visats leda till ett livslångt genomgripande sådant behov av erkännande. Det har också lett till en bristande känsla av agens: känslan av att man kan och måste ta eget ansvar för sin livsväg har inte utvecklats fullt när man ständigt känt sig tvungen att underordna sig andra (se 5.6.2).

Följande resonemang är ett möjligt sätt att förstå detta: För att de sedimenterade strukturerna ska kunna transformeras krävs att det kroppsliga meningsskapandet kan avläsas fullt ut på den personliga nivån. När detta inte är möjligt, beror det på att kontakten med den kroppsliga basen i större eller mindre utsträckning är avskuren. Anledningen till att sådan avskärning skett är att det varit nödvändigt att skydda en sorgfälligt uppbyggd struktur vars syfte varit att klara sig i en värld där omsorg från andra och stöd för den egna individualiteten inte kan påräknas.

För att bygga under detta förslag måste vi först återvända till begreppet agens, och närmare utröna hur upplevelse av agens kan försvagas. De skyddsmekanismer som utlöses studeras därefter och leder fram till en förståelse av avskärningen från den kroppsliga basen och den kompenserande mentala aktivitet som utvecklas.

7.1.4.1 Agensens försvagning

När den grundläggande fysiologin ger en känsla av att den kroppsliga kapaciteten brister, blir världen inte längre den plats där man självklart känner sig som fysiskt och existentiellt hemmahörande, vilket påverkar såväl upplevelser som handlingar (se 2.3.4.2).

Den kroppsliga aspekten av den bristande känslan av agens har fått belysning i hypotesen om kärnsjälvet (Stern 1991) som visar att den härrör ur de första erfarenheterna av själv-agens, det vill säga att vara sina handlingars upphovsman. Själv-agensen grundas i sin tur på tre separata förhållanden i utvecklingen, som alla har en motorisk aspekt. Det gäller för det första att ha en *vilja*, det vill säga en avsiktsinriktning. För det andra gäller det *proprioceptionen*, vilket innebär att ha kroppslig kontroll över de handlingar man själv genererat (t ex. att kunna styra armen dit man vill). För det tredje gäller det de *erfarna konsekvenserna*, att de förväntade konsekvenserna av handlingen också infrias (t ex. när man blundar blir det mörkt). Den sammanlagda kombinationen av vilja, proprioception och erfarna konsekvenser definierar själv-agensens infrastruktur. Det är när vilja och proprioception framgångsrikt riktas mot någon annan som de erfarna konsekvenserna kan befästas och därmed införlivas i erfarenheten av själv-agens. Den person handlingen riktas mot är *självobjektet*, som för barnet först utgörs av föräldrarna, och vars funktion är att som en förlängning av självet svara med hög grad av förutsägbarhet, så som barnet förväntar sig. När barnet vill komma till förälderns famn (vilja) och sträcker armarna mot föräldern (proprioception), lyfter föräldern upp det (erfarna konsekvenser), och erfarenheten införlivas i barnets själv-agens.

Självobjektet behåller sin funktion också i vuxenlivet, och kan ses som en länk mellan de andra två delarna av själv-agensen; viljan (i känslan av agens) och proprioceptionen (kroppssjälvet) (Garfield 2005). När vilja och proprioception inte ger de förväntade konsekvenserna, därför att självobjektet inte förmår tillhandahålla en stabiliserande struktur, *hindras utvecklingen av barnets själv-agens* och såväl dess vilja som proprioception förblir obekräftade. Barnet, som inte lyckats vinna erkännande för sin individualitet, måste hitta sätt att ändå behålla de viktiga kontakterna med föräldrarna och försöka få deras uppmärksamhet. Det kan då tvingas ge upp ytterligare fundamentala behov som en ”patologisk anpassningsstrategi” (Garfield *ibid.*). En vertikal klyvning av personligheten (Kohut 1971) av det slag som tidigare beskrivits (se 5.4.I.1.2) grundad på selektiv uppmärksamhet i kontakten med betydelsefulla personer kan då uppstå, där endast erfarenheter som är relevanta för säkerheten i situationen får medvetandets uppmärksamhet (Sullivan 1956). Händelser som däremot innebär känslor av hjälplöshet, osäkerhet eller ångest i kontakten leder till den selektiva uppmärksamheten, alltså Kohuts vertikala klyvning som även kan omfatta delar av kroppssjälvet (Garfield *ibid.*). Den hindrade utvecklingen av själv-agens kan förmodas

bestå genom åren som en *latent bristande kroppslig upplevelse av agens* som vid det psykosomatiska sammanbrottet yppar sig på det sätt som visats i de båda studierna.

7.1.4.2 Den tänkta andra och den kroppsliga avskärningen

Den tidigare upplevda bristande medvetenheten om delar av personligheten som informanterna i efterintervjuerna reflekterar över, och som här kallas den vertikala klyvningen, kan anses ha hjälpt personerna att uppnå ett mått av inre stabilitet genom att vissa oönskade affekter och kroppsliga uttryck kunnat förvisas till det ouppmärksammade området. Merleau-Ponty har som nämnts (2.3.2.6) framhållit att det är den *situation* som råder som är bestämmande för inriktningen av det dolda anpassningsarbetet. Kroppen organiserar med detta synsätt aktivt sina sinnesupplevelser efter de pragmatiska omständigheterna, vilket här skulle ha inneburit att det varit nödvändigt att bortse ifrån vissa upplevelser. Winnicott (1951) har analyserat detta fenomen hos spädbarn, och använt begreppet 'prematur jagutveckling'. Det skildrar tendensen hos barnet, att vid kaotisk skötsel alltför tidigt tvingas vända sig bort från modern och den med henne sammanhängande upplevelsen av den egna kroppen och dess behov. I stället vänder sig barnet mot sitt mentala liv (*mind*), och ett objekt som är ett slags inre föräldrakonstruktion får liv i barnets tankevärld, med Winnicotts beteckning 'intellekt-psyke' (*mind-psyche*). Winnicott skriver:

I ett extremfall blir ett överutvecklat intellekt som klarar av bristande anpassning till behov i sig självt så viktigt i barnets inre ekonomi, att det (*intellektet*) blir en barnjungfru som spelar rollen av ersättare för modern och tar hand om babyn i barnets jag. I det fallet har intellektet fel funktion och eget liv och dominerar psyke-soma istället för att vara en särskild funktion av psyke-soma. (Winnicott 1991, s 166, min kurs.)²⁵

Bindningen mellan förälder och barn studeras också i den forskning som utvecklats ur Bowlbys anknytningsteori (se 3.4.2) och ger ytterligare bidrag till detta synsätt. Denna forskning ger en

²⁵ Winnicott skiljer således på intellekt (*mind*) och psyke (*psyche*). Bollas (1995) har analyserat detta och menar att psyket är den form av tänkande som är sammanvävd med det affektiva och somatiska, medan intellektet gäller medvetandet och gör självobjektivering, kommunikation och meningssökande möjligt. Utan psyket, är emellertid intellektet inget annat än ett *cogito* som söker efter *ergo sum*, anser Bollas.

uppfattning om hur den dyadiskt, av mor²⁶ och barn tillsammans, skapade säkerheten ger barnet förmåga att *känna* och *handla* när den lyckas (Fosha 2003). När den misslyckas kan den däremot tvinga barnet att själv skapa sin säkerhet, det vill säga kompensera för det som saknas genom försvarsmekanismer. Två försvarsstrategier är då tänkbara; att handla men inte känna i undvikande bindningsmönster, eller att känna men inte handla i ambivalent bindningsmönster (ibid.). Det mönster som passar in på personerna i denna avhandling är det undvikande bindningsmönstret. Intellettet hjälper personen att undvika att söka stöd i nära relationer, vilket är skrämmande, och att i stället bli självförsörjande (West & Sheldon-Kellor 1994). Det är också i det undvikande bindningsmönstrets oberoende man kan finna en avskärning från kroppens emotionella signaler (Siegel & Hartzell 2003).

I ett försök att anpassa sig till en frustrerande verklighet skiftar barnet tyngdpunkten av sitt själv från insidan till utsidan, från subjektiv upplevelse av hjälplös längtan till identifikation med ett kraftfullare förnekande av sådan längtan (Shabad & Selinger 1995). Det uppstår vad som i gestaltterapi kallas en 'fixerad gestalt' (se bilaga 1). Shabad och Selinger framhåller att *förankringen i kroppen förvandlas till vaksam, icke förkroppsligad mental aktivitet*. Det är här jag menar att ursprunget står att finna till avskärningen av den kroppsliga basen.

Med utgångspunkt från Winnicotts 'intellekt-psyke' har begreppet 'tänkt annan' (*mind object*)²⁷ skapats som närmare belyser barnets försvarsstrategi (Corrigan & Gordon 1995). "Barnet kompenserar för den som inte är där med att sluta sig i en mental relation med sig själv" (Shabad & Selinger ibid., s 218, min övers.). Det utvecklar således en affektivt laddad relation till det egna intellektet genom att dela upp det i ett subjektivt jag och ett objekt, den 'tänkta andra' (Boris 1995). En särskild *vaksamhet* när det gäller att hantera objektrelationer är sedan tidig ålder kännetecknande, och användande av 'tänkt annan' är ett skydd, eller en försvarsstil, som kännetecknas av *avstängda känslor*, en självbevarande *inre isolering* och en *brådmogen anpassning* (Corrigan & Gordon ibid.). Det karaktäristiska för konstruktionen med den 'tänkta

²⁶ Med 'mor' avses genomgående den första vårdaren, vilket givetvis även kan vara fadern

²⁷ Översättningen 'tänkt annan' grundar sig på Boris (1995, s 183, min övers.): "Objekt i psykoanalys har antagit meningen av 'annan', vanligen en annan person, och när jag skriver 'mind object' är det den meningen som avses".

andra' är således avskärningen, den vertikala klyvningen, som *försvårar eller förhindrar kontakt med den kroppsliga basen vid avläsning av egna behov och reaktionssätt.*

När väl den 'tänkta andra' är på plats, antar den ett eget liv (Boris *ibid.*) och har en oberoende och mäktig existens eftersom den är knuten till det inre arbetet, och då vaksamheten att avläsa externa förhållanden är hög (Corrigan & Gordon *ibid.*). Den får en bestämd roll i det mentala livet som kan se olika ut beroende på de individuella förutsättningarna. För informanterna i denna avhandling är den 'tänkta andra' dominerande och nedvärderande. Det är den inre kritiska rösten informanterna berättar om i intervjuerna, som alltid påpekar att något är fel och att man inte duger: "... att jag aldrig är nöjd med mig själv, så att jag går omkring och spanner mig själv hela tiden för att jag ska vara bättre. Och så säger man till sig själv att man är dålig".

Corrigan och Gordon skriver att den 'tänkta andra' är överutnyttjad och övervärderad hos dessa personer. Barnet, som alltför tidigt internaliserar föräldrarnas rigida normer i den 'tänkta andra', får mycket höga, ofta orealistiska krav på sig själva som de tar med till vuxenlivet. Med detta följer starka känslor av ångslan, skuld, otillräcklighet men också en skrämmande vrede som tvingar dem till ännu mer aktivitet och ännu mer kritiska kommentarer från den 'tänkta andra' (*ibid.*): "... positiva saker trodde jag ofta skulle gå snett, kanske, jag skulle alltid misslyckas med allt jag höll på med, fast jag inte gjorde det". Deprimerade personer kan uppleva den 'tänkta andra' som en militant röst som fått dem att lämna den barnliga och oskuldsfulla tillvaron för en konstant känsla av bestraffning (Bollas 1995). Den 'tänkta andra' lovar och kräver perfektion och omnipotent kontroll, men de oupphörliga strävanden som krävs leder inte till tillfredsställelse, utan endast till ångest, depression och hotande sammanbrott.

Corrigan och Gordon föreslår att den 'tänkta andra' med sin intensiva bindning är ett substitut för Winnicotts övergångsobjekt, det vill säga något som ger förnimmelse av modersnärvaro. Sådant objekt behöver barnet vid skapandet av det mellanområde mellan yttre verklighet och inre känsloliv som blir arenan för den begynnande symbolbildningsprocessen (Winnicott *ibid.*). Barnet utvecklar snabbt oberoende och självförsörjning, och får uppskattning för detta av föräldrarna. Det undviker efterhand barnlighet och beroende eftersom det skulle medföra förödmjukelse och skam. Den förhöjda vaksamheten ersätter föräldrarnas beskyddande funktion och tjänar som en primitiv gräns mot andra. Men, framhåller författarna, den 'tänkta andras' skyddande förmåga är en

illusion som är sårbar för tendenser till sammanbrott. Corrigan och Gordon beskriver hur den ständiga vaksamheten innebär att det finns mycket liten kapacitet för lättsam och enkel ”det ordnar sig”-mentalitet hos dessa personer. De måste ständigt vara sysselsatta med något och engagerade i olika projekt, annars finns risken att de hamnar i en apatisk icke-tillvaro. Den starka bindningen till lösning med en ’tänkt annan’ gör att dessa personer är blockerade vad gäller att internalisera nya objekt eller erfarenheter.

Den kroppsliga förståelsen är avskuren på grund av ett förtida men nödvändigt bortvändande från modern och de med henne förknippade kroppsliga behoven. Den förblir avskuren då den lösning med ’tänkt annan’ som från början tillgripits förhindrar kontakt med de kroppsliga erfarenheterna.

Personen som saknar kontakt med den kroppsliga basen och därför har en nedsatt förmåga att symbolisera, är väl beskriven inom psykoanalytisk litteratur om psykosomatiska patienter. Det vaksamma barnet, som är extremt fokuserat på yttrevärlden, förlorar i större eller mindre utsträckning kontakten med sitt inre liv. Som vuxen är hon helt orienterad mot social inordning, och till det yttre ter hon sig normal och välanpassad till gällande sociala normer. Detta beskrivs av t ex. McDougall (1991) i begreppet ’normopat’, av Dejours (1986) i ’karaktäropat’ (se 3.4.2), och av Bollas (1987) i ’normotic’. Eftersom hon är avskuren från kontakt med den kroppsliga vitaliteten är det emellertid en ständig kamp mot meningslöshet och livlöshet. Den ’libidinala subversionen’, erövrandet av den ”erotiska” kroppen som grund för de subjektiva upplevelserna, har avstannat under utvecklingen (Dejours *ibid.*, se 3.4.3). Men den kroppsliga existensen är, som Merleau-Ponty påpekar, alltid grunden för meningsskapandet. Om orienteringen är helt utåtriktad på det inre livets bekostnad, kommer förändringar som sker i kroppen, i en situation som är känslig, inte att uppfattas som adekvata känslor vilket påverkar det meningsskapande som görs av situationen.

Också många andra psykoanalytiskt inriktade författare än Winnicott har påpekat att förmågan att symbolisera emanerar ur den kroppsliga erfarenheten (se sammanfattning i Wyman-McGinty 1998). Den som är avskuren från de grundläggande kroppsliga erfarenheterna måste emellertid ändå ha kroppsörnimmelser för att känna sig levande, och för att erfara kroppen blir det nödvändigt med ständig artificiell aktivering, som t ex. fysisk träning eller missbruk av olika slag, droger, mat, sexualitet för att nämna några (Goldberg 2004). Men kontakten med det inre livet förblir avstängd och i behandlingsrummet kan personen svara ”det

är tomt” eller ”jag vet inte” på frågor om vad hon känner. När inriktningen mot en inre ’tänkt annan’ blivit ett mönster som format relationerna till andra, kommer det viktiga upplevda kontinuet mellan kropp och psyke, mellan inre och yttre, att på ett subtilt men obevekligt sätt ha blivit alltmer avskuret genom den vertikala klyvningen. Slutresultatet av den obarmhärtiga, ständiga vaksamheten blir att personen är utmattad och psykiskt tömd, det finns ingen känsla av agens och vid sammanbrottet finns en stark önskan att få koppla bort allt och låta någon annan ta över (Impert 1999). Den ’tänkta andra’ bidrar till detta med sina skrämmande och fördömande kommentarer: ”Jag visste på något sätt att mitt liv var slut just då [efter påkörningen]. Jag kan inte förklara varför, det var liksom, att nu är det förstört.”

Lösningar med inre ’tänkt annan’ förhindrar således personen att få full tillgång till sina kroppsliga erfarenheter. Den vertikala klyvningen gör, att om registrering av erfarenheter överhuvudtaget sker, görs det alltför snabbt så att den sensoriska informationen inte hinner bli egen ”somatisk kunskap” (Bollas 1987). Det går då inte att sätta sitt eget kännemärke på erfarenheten, vilket krävs för att göra olika sinnesintryck potentiellt meningsfulla (Impert *ibid.*).

Hjälplöshet och hopplöshet karaktäriserar den situation informanterna befann sig i vid det psykosomatiska sammanbrottet. Det tillstånd som beskrivits av Engel och Schmale, ge upp – uppgivenhetskomplexet (se avsn. 3.4.2) som ett psykobiologiskt förändrat tillstånd hos jaget på grund av tidiga förluster, får viss aktualitet i avhandlingens empiri. Hjälplösheten hänger på samma sätt som hos Engel och Schmale ihop med osäkerhet i förhållande till omgivningen och hopplösheten till den minskande känslan av att fungera intakt (agens). Upphovet till detta är dock inte, som hos dessa författare, entydiga tidiga förluster, om man inte dit räknar det uteblivna nödvändiga erkännande av den egna individualiteten.

Avskärning av den kroppsliga basen, eller ’dissociation’, finns också beskrivet av biomedicinskt inriktade författare, särskilt de som är inriktade på effekten av traumatiska upplevelser eller intensiv stress. ”Den subjektiva upplevelsen av dissociation kan karaktäriseras av en känsla av att kroppen är avskiljd eller inte hänger ihop i perceptionen av den närmaste omgivningen” (Scaer 2005, s 177, min övers.). Små barn som utsätts för stress har ingenstans att ta vägen, och enda utvägen är att dissociera. Tillstånd som borderline och narcissistisk personlighetsstörning är förbundna med dissociation skriver denne författare. Den kroppsliga avskärning som diskuterats i avhandlingen kan förslagsvis

ses som en mindre genomgripande variant av dissociation, som inte är knuten till personlighetsstörning.

7.2 Den psykiska ohälsan hos unga

I avhandlingens inledning påpekades hur den psykiska ohälsan, det som i vardagslag kallas utbrändhet, ökar starkt bland främst unga, välutbildade personer, med en stark övervikt av kvinnor. Vilken kunskap har avhandlingen kunnat ge som belyser denna samhällstrend?

Vi vänder tillbaka till den existerande kunskapen som samhället formulerat i diagnosbeskrivningen från introduktionskapitlet av 'Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress': Där anges två orsaksfaktorer som är primära och dominerande, och utan vilka störningen inte skulle ha uppstått: 1) en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller 2) en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren.

Detta stämmer väl in på avhandlingens informanter, där alla haft längre eller kortare sjukskrivningsepisoder i samband med det psykosomatiska sammanbrottet. Exempel på exceptionellt traumatiska livshändelser är överfall, olyckor, livshotande sjukdom, nära anhörigs plötsliga död, allvarliga konflikter. Betydande förändring av livssituationen som försämrat livsvillkoren gäller främst separationer från makar/sambor, föräldrar eller barn.

Det som inte framgår av diagnosbeskrivningens orsaksfaktorer, men däremot av informanternas berättelser, är att traumatiska upplevelser drabbat dessa personer redan i barndomen. De har fått ta ett alltför stort ansvar för andra, och de kan ha blivit övergivna, hotade, bestraffade, ignorerade och i vissa fall till och med bortlämnade som barn. Många författare hävdar emellertid i samklang med Ferenci (1933) att det som varit patogent för den psykosomatiska personen i det förflutna inte varit dessa enskilda traumatiska upplevelser, utan den fördunkling av barnets perception och agenda relationerna i familjen skapat. Som barn har deras känsla av agens hämmats och därmed upplevelsen av integritet och individualitet. De har redan vid denna ålder upplevt att det är nödvändigt att anpassa sig efter andras vilja och alltid försöka prestera sitt allra

bästa för att uppnå åtminstone någon form av 'pseudoindividualitet' (se 5.6.1). Det är här vi finner upphovet till "anpassningsstörningen".

Det som driver dessa personer är således en känsla av att ständigt behöva bevisa att man är duktig och värd andras respekt. Detta behov är så starkt att de inte kan ge upp det, utan fortsätter att kämpa tills det slutliga psykosomatiska sammanbrottet är ett faktum. Deras meningsskapande om situationen är sedan barndomen inriktat på olösta behov att vinna erkännande för sin individualitet, och det hjälper dem därför inte att hantera de svåra situationer de hamnar i. Sammanbrottet åtföljs oftast av sjukskrivning, eftersom man inte förmår arbeta på grund av alla symptom. Detta förhållande har länge fått forskningen att tro att det är faktorer i arbetet som orsakar den svåra stressen och utbrändheten. Arbetssituationen kan vara pressande och därför tvinga till sjukskrivning, men den långa vägen till det psykosomatiska sammanbrottet kan som denna avhandling visat inte enbart förläggas till arbetssituationen.

Det här är inte platsen att spekulera i varför alltfler unga personer växer upp under sådana förhållanden att de som vuxna agerar som om de förlorat självbevarelsedriften i sin kamp att erövra uppmärksamhet och erkännande. Det kan räcka med att konstatera att de senaste 50 årens omställningar i såväl samhälle, arbetsliv som privatsfär varit betydande. Konkurrensen om uppmärksamhet och framgång startar allt tidigare i livet, och de som från början fått klara sig utan att känna sig respekterade som de personer de är, får ett allt sämre utgångsläge. Ingenting talar för att denna utveckling är tillfällig, utan snarare att trenden kommer att förstärkas. Forskarsamhället behöver ta sig an detta problem ur alla dess olika infallsvinklar, inte bara som ett arbetslivsproblem.

7.3 Kommentar till några metodfrågor

Den metod jag använt i denna avhandling har varit den fenomenologisk-hermeneutiska. Min avsikt med det har varit att förstå det psykosomatiska sammanbrottet ur den enskilda människans perspektiv, och hur hon har skapat mening om det som skett, såväl på medveten, tematisk nivå som på kroppslig. Jag har velat ta reda på hur detta menings-

skapande inverkar på hur hon hanterar sin situation, och vad det innebär för det psykosomatiska sammanbrottet. Däremot har jag som jag tidigare nämnt, inte avsett att studera behandlingsresultat.

Jag har haft tillgång till insamlad data i journaler, där jag gjort videofilmade intervjuer med samtliga mätningar enligt metoder från det psykofysiologiska fältet. Som framgått av avsnitt 6.1.3 var avsikten inte att göra en kvantitativ studie, utan mätresultaten skulle för avhandlingen användas inom den fenomenologiska ramen. Denna ansats är ovanlig och har gett nya insikter, men också inneburit vissa metodmässiga problem.

De berättelser och mätningar som gjorts skulle analyseras för avhandlingen, och problem uppstod hur detta skulle göras. De studier av liknande karaktär som finns är gjorda för flera årtionden sedan, på ett annat sätt och med en annan teknik. Jag har därför inte haft några bra förebilder ur forskningen för hur analys ska göras, utan har fått söka mig fram på egen hand. Hur detaljerad ska analysen vara? Vad betyder varje enskilt utslag? Sådana frågor har jag fått finna svaren på efterhand som jag trängt in alltmer i materialet.

Den fenomenologiska analysmetoden är väl utprovad, men hur ska den passas ihop metodmässigt med analys av mätresultat? Här har den hermeneutiska ansatsen varit till stor hjälp. Liksom vid tolkning enbart av text, måste text tillsammans med mätutslag tolkas mot bakgrund av helheten, och helheten ses som en summering av delarna i protokollen. Varje informant har sitt specifika mönster för detta och likväl finns gemensamma drag mellan informanterna. Att finna dessa har varit möjligt med hjälp av den hermeneutiska ansatsen.

Kunde det ha gjorts på något annat sätt? Jag har uteslutit de mätningar som gjorts av hjärtfrekvens på grund av svårigheter att tolka dem. Kanske har därmed information gått förlorad. Det hade också varit tänkbart att mäta andra värden, som EMG (elektromyografi), det vill säga musklernas spänningsnivå. Förmodligen skulle sådana mätningar ha tillfört ytterligare insikter i hur den kroppsliga aktiviteten hänger samman med det verbala meningsskapandet.

Vid psykofysiologiska mätningar använder man sig, som alltid inom biologiska vetenskaper, av olika evidensberäkningar för att visa på sannolikheter att de hypoteser man för fram kan bekräftas eller måste för-

kastas. För mig som gjort mätningarna i avsikt att använda dem inom den fenomenologiska ramen har det inte varit av intresse att göra sådana beräkningar. Det har inte varit avhandlingens syfte att bevisa olika samband eller kausaliteter. Att redovisa statistiska beräkningar etc. skulle därför förvirra syftet som varit att förstå meningsskapandet och det psykosomatiska sammanbrottet ur den enskilda människans perspektiv.

Till sist några kommentarer till den fenomenologiska analysmetoden. Den meningsstruktur om vägen till det psykosomatiska sammanbrottet som uppdragets gör anspråk på att vara generella kännetecken (i ett fall visar det sig dock på två olika sätt, alltså två typologier). Vilken validitet har dessa resultat? Svaret är avhängigt hur väl jag lyckats arbeta enligt den fenomenologiska metodens krav. Hur väl har den partiella fenomenologiska reduktionen lyckats? Har jag lyckats sätta min förförståelse t ex. i form av psykologiska teorier åt sidan i tolkningssituationen så att jag kunna vara så öppen som möjligt för ”det som visar sig”? Har jag kunnat tolka med empatisk förståelse (FEF) och transformera detta till den interpretiva förståelsen (FIF) på ett meningsfullt sätt som fördjupar förståelsen av vägen till det psykosomatiska sammanbrottet? Innehåller den meningsstruktur jag presenterat alla relevanta delar av den allmän-giltiga betydelsen av informanternas meningsskapande? Dessa frågor kan inte ges kategoriska svar. Hur mycket jag än ansträngt mig att följa metodens krav, finns det alltid möjlighet att förfina analysen med ytterligare arbete. Det fenomenologiska förhållningssättet förutsätter, som andra kvalitativa forskningsmetoder, att forskaren förmår besluta när ytterligare arbete med analysen förmodligen inte skulle tillföra viktiga resultat. Men därigenom är forskningsresultatet alltid öppet för vidare bearbetning och fördjupade möjligheter.

Syftet har inte varit att redogöra för den terapeutiska och kroppsinriktade behandling informanterna fått mellan före- och efterintervjun. Jag har dock reflekterat över hur de informantdata jag tagit del av i dessa sammanhang har inverkat på min förförståelse och därmed på analysen. Utifrån det kritiska förhållningssätt den fenomenologiska metoden föreskriver för hur förförståelse kan användas, vill jag hävda att dessa data ligger helt i linje med det resultat jag redovisar.

Det sanningsanspråk som resultaten gör gäller den meningsstruktur som tolkats fram på basis av informanternas upplevelser.

Kan man göra anspråk på att denna meningsstruktur är giltig för alla personers (alltså inte bara de i studien ingående informanternas) upplevelser av ett psykosomatiskt sammanbrott? När man diskuterar karaktären hos dessa resultat bör man påminna sig om att den fenomenologiska empiriska forskningen inte strävar efter att visa på utbreddhet och/eller frekvens av ett visst fenomen. I stället är det belysning av fenomenets struktur som eftersträvas, grundat på de möjliga sätt det kan visa sig på. Resultatet innebär således att fenomenet är i fokus och ska ses som insikt i ett levtt förlopp. De generella och typologiska kännetecken (se 4.2.1.3) som redovisats gäller endast studiens empiriska data. För att beskriva vilka nödvändiga villkor som gäller för fenomenet i alla tänkbara situationer, i enlighet med Husserls filosofiska fenomenologi, krävs att dessa kännetecken testas om de är ontologiska konstituerer. Detta har emellertid inte varit ambitionen i avhandlingen.

7.4 Avslutande synpunkter: Den fenomenologiska ansatsen vid psykosomatiska studier

Denna avhandling har med fenomenologisk ansats riktat sig mot forskningsfältet 'psykosomatik'. Som avslutning vill jag ta upp några synpunkter på vad det fenomenologiska forskningsperspektivet kan tillföra kunskaperna om hälsa och sjukdom.

Inledningsvis i kapitel 3 om psykosomatik citerades den kvinna som varit kapitlets illustrerande exempel. Hon hade sökt runt på många håll i vården men utan att någon kunnat hjälpa henne. I stället ansåg hon att hon hade blivit sämre, också av råd hon fått. Några av de frågor detta föranlett i kapitel 3 bildar bakgrund till den fortsatta framställningen:

Hon är ju till synes oskadd, varför kan hon inte arbeta? Är hon sjuk? I så fall, varför kan vården inte erbjuda hjälp? Är hon inte sjuk? Hur ska man i så fall förstå hennes svåra situation?

När kvinnan vänder sig till vården i sin förtvivlade situation, möts hon av en samhällssektor som tillämpar den 'biomedicinska modellen', vilken sätter vetenskaplig evidens i högsätet. Genom att använda metoder som uppfyller de krav detta inbegriper, menar dess utövare och kontrollorgan att man säkerställer den bästa möjliga vården för patienterna. De metoder som tillämpas måste fylla rigorösa krav på vetenskaplig evidens, utprovade efter strikta normer som bland annat kan innebära kliniska prövningar där randomiserade försök med kontrollgrupper ingår, liksom blindutförande och statistiskt säkerställda effekter överstigande viss nivå inte bara i en undersökning, utan i flera. Alla dessa åtgärder syftar till att säkerställa att den undersökta behandlingen är garanterat verkningsfull, och att inte andra, slumpmässiga faktorer spelar in. Därigenom har man lyckats få fram behandlingsmetoder och läkemedel som haft stor betydelse i många sjukdomspanoraman. Men när det kommer till kvinnan ovan, och de många hundratusentals personer²⁸ som har de "moderna" diagnoserna utbrändhet, stresssyndrom, fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom etc., är framgångarna små. De flesta måste lämna läkarmottagningen utan effektiv hjälp, som kvinnan i exemplet.

Biomedicinsk teori och praktik är, som alla samhällsföreteelser, lokaliserade i en specifik tid och kultur vars idéer, värderingar och moral styr inte bara de vetenskapliga förklaringarna, utan också *vad* som behöver vetenskapliga förklaringar. De "moderna" sjukdomarna är inte moderna i den meningen att det inte tidigare förekommit patienter med likartade besvär. Äldre diagnoser, som 'hysteri', svarade mot 1800-talets behov och kulturella föreställningar. Kvinnorna befann sig då i början av en frigörelseprocess som kolliderade med den traditionella synen på kvinnan. Genom diagnosen kunde hon bli kvar i hemmet, och olyckliga kvinnor fick en möjlighet att fly bort från en omöjlig situation (Svenaeus 2003). Senare har de samhälleliga förhållandena förändrats, men behovet av diagnoser som kan utgöra en kulturellt godtagbar norm har inte

²⁸ Statistik saknas men en beräknad andel av antal i sjuk/aktivitetsersättning (SA) ger vid handen att det rör sig om ca 400 000 personer (Försäkringskassan 2007). I ULF-undersökningarna (SCB 2006) anger ca 450 000 att de lider av svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. I denna grupp är dubbelt så många kvinnor som män.

försvunnit. Simone de Beauvoir (1949/2004) skrev på 1940-talet att kvinnan genom sina ”nervkriser” ger kroppsligt uttryck åt den internaliserade energi hon inte förmår rikta mot hindren i sitt liv, vilket är en meningslös urladdning av alla de negativa krafter hennes situation uppväckt. Vår tids utbrändhet och de andra moderna diagnoserna kan likaledes ses som en reaktion på ett visst samhälleligt tillstånd, som samtidigt ger den berörda en flyktväg ut ur en omöjlig situation. Diagnosen kan på goda grunder förmodas fylla, nu som då, det kulturella behovet som en vetenskapligt exakt och välkontrollerad klassificering av de livsproblem som en viss samhällsordning skapar.

I den upplevda sjukdomen förändras inte bara människans kropp utan också den mening hon ger sin värld. Hon, som alla andra, har vetenskapen om livets ändlighet som i bakgrunden styr hennes uppfattning om tiden och därigenom också hennes sätt att ge livet och världen omkring henne mening. Den meningen trasas nu sönder när hennes sjukdomstillstånd uppmärksammar henne på hennes bräcklighet och ändlighet. Det ger henne en känsla av främlingskap och hemlöshet, och den ångest som är förknippad med detta är ytterst en ångest inför den egna ändligheten (Svenaesus *ibid.*). För att hon ska kunna återvinna sin hälsa och ge världen en ny mening av hemhörighet, måste därför inte bara de kroppsliga förändringarna få uppmärksamhet, utan också dessa och andra existentiella, emotionellt påverkande, svårigheter.

En egendomlighet i den biomedicinska modellen är emellertid, att inte acceptera att emotionella tillstånd kan ha inflytande på patienternas liv och hälsa. Detta är paradoxalt eftersom större delen av den medicinska praktiken äger rum i området innanför de båda ytterpolerna rutinomhändertagande och akut traumahantering, och det området är det där patienternas kriser och kroniska medicinska tillstånd måste ges långsiktig vård. Där är det uppenbart att det erfordras en autentisk förståelse av kraften i det emotionella inflytandet på patientens tillstånd för att vården ska ge resultat. Då det saknas en ontologi som ger full förståelse av innebörden av detta, kommer interventionerna istället att göras i blindo och blir då ofta missriktade. När det krävs att de emotionella problemen och de relaterade kroppsliga förändringarna hanteras tillsammans för att patienten ska återvinna hälsan, då saknar den biomedicinska modellen förmåga att medverka i den processen (Mazis 2001). Detsamma gäller

när det handlar om att skapa kunskap om dessa tillstånd, den biomedicinska modellen räcker inte till när det gäller att förstå människors känslor, tankar och handlingar. Hur människor tolkar och värderar sin situation, och vilka emotionella och fysiologiska reaktioner detta skapar hos dem, kan aldrig utrönas med biologiskt inriktade undersökningar av kroppen.

Fenomenologin, som fokuserar på den levda erfarenheten, kan bidra med de kunskaper som den biomedicinska modellen inte kan producera inom sina teoretiskt givna ramar. Fenomenologin ger en förståelse av vad människor uttrycker med sina tankar och sina handlingar eftersom den intresserar sig för den mening som är basen för detta. Den bidrar därför också till förståelse av hur meningsstrukturen kan påverka människans värld och hennes kropp, vilka enligt det fenomenologiska synsättet alltid är intimt förbundna med varandra. Därmed kan det bli begripligt hur förändringar i denna meningsstruktur kan innebära såväl sjukdom som tillfrisknande.

Patienter passar oftast inte helt in i de diagnostiska kriterierna och prognostiska bedömningarna, och det är inte ovanligt att den kliniska utvecklingen av en speciell persons sjukdom skiljer sig från den medicinska bedömningen. Upplevelsen av sjukdom är aldrig exakt densamma från person till person, varje människa är unik och hamnar i något avseende utanför diagnosen, beskrivningen och prognosen. Med sin tyngdpunkt på förstahandsupplevelser kan fenomenologin i en medicinsk kontext lämna utförliga och detaljerade beskrivningar av vardagliga upplevelser och hur de tolkas. Ett sjukdomsfenomen beskrivs i den fenomenologiska analysen såväl med sina invarianta, typiska drag, som med de konkreta erfarenheterna. En sådan beskrivning av sjukdomens rikedom och komplexitet har, i de fall det förekommit, visat sig vara av stort praktiskt värde i klinisk kontext (van Manen 2001; Toombs 2001).

En komplettering av den biomedicinska modellen med fenomenologiskt inriktad forskning kan ge en mera fullständig bild av människans liv och hälsa. Det gäller inte minst inom det psykosomatiska området där villrådigheten inför patienternas tillstånd i nuläget är stor, och kunskapen om effektiva vårdmetoder dålig. Detta kan i sin tur ge en medicinsk praktik som kombinerar perspektiven biologi och fenomenologi, där den kliniska undersökningen av människan innefattar såväl de biolo-

giska förhållandena som den mening som kommer fram i dialogen mellan behandlaren och patienten (Svenaeus 2002). Det skulle sannolikt bidra till en förbättrad behandlingssituation för alla de människor som idag får gå utan hjälp.

Summary in English

Introduction

The standard of living in Sweden in terms of health is improving over time (Palmer 2005), with three-quarters of the population estimating their health to be good (SCB²⁹ 2006). However, at the same time, we find a noticeable increase in the illness of a distinct group, consisting mainly of women at an age when they should be establishing themselves in working life and starting a family. In 2006 we find for the first time that the largest diagnostic group is mental disorders (Försäkringskassan³⁰ 2007). Sweden has among the highest sick leave rates in the world and stress-related disorders are the most common cause of sick leave (Arnetz 2008). Women in urban areas are over-represented, and the highest increase rate is among young, well paid women (Renstig & Sandmark 2005).

A study of the incidence of burnout in the population was conducted in Sweden in 2000, including persons outside of the labour market (Hallsten, Bellaagh & Gustavsson 2002). Results indicated that problematic family or partner relationships increase the risk for burnout. Burnout is assumed to occur in the context of long-standing, strong commitments, developing as an identity crisis that occurs when a person is hindered in any of the roles that are essential for his/her identity. The identity assumption or 'self-esteem strivings' are the essential features of persons risking burnout (Hallsten, Josephson & Market 2005). They tend to value themselves after their performance, or in other words, they maintain a performance-based self-esteem.

²⁹ Statistics Sweden

³⁰ Swedish Social Insurance Agency

Something dramatic seems to have happened in the Swedish disease panorama in the last two decades. In this thesis, I have examined this growing problem, and consider these stress-related s.k. "psychosomatic" diseases. My interest in these conditions concerns the way in which unmanageable situations lead eventually to what I call a 'psychosomatic breakdown'. My approach has been to study the two parts of psycho-somatics, that is, the persons verbalized concerns as well as their physical activity (physiological measures) recorded during their verbal recounting, which I call the body "meaning".

My informants in the empirical studies in this dissertation consist of persons who are engaged in their most productive period in life. They have broken down in the face of the difficulties and received diagnoses such as 'burnout', 'stress', 'anxiety', 'depression'. These and related diagnoses are characterized as 'psychosomatic'. The concept of 'psychosomatic breakdown' is used to describe the situation where persons can no longer continue their normal lives due to the severity of the psychological and somatic problems which have made life unmanageable. Through the study of these psychosomatic conditions, I will examine the phenomenon of meaning constitution. In this thesis, meaning constitution is studied from the phenomenological point of view of the "the lived body" (Merleau-Ponty 1945/1962). From this perspective, 'meaning' is seen as arising from man's corporeality in his relationship to the world. The focus for this dissertation is what happens to meaning constitution when persons encounter difficulties? How do they try to make sense of their situation, not just on a mental, verbal level, but also through their corporeality on a pre-verbal level? This implies an approach which examines the meaning constitution of the body.

The phenomenological approach

The philosopher Edmund Husserl founded phenomenology with the belief that science must take a new look at its project and poses scientific inquiry without any theoretical prejudices. Phenomenology should be a purely descriptive philosophy about the phenomena (Lübcke 1987). Husserl took it as his life project to develop phenomenology as a rigorous science of consciousness and the perceived, that is, of subjectivity.

The main focus of phenomenology is experience. In a study of meaning constitution the phenomenological approach is to base the analysis on how meaning is given in and through the experience. Consciousness is characterized as always directed towards something. Husserl called this directedness the 'intentionality' of consciousness. It is also a property of consciousness that it points towards its object without revealing how it itself contributes to the perception of the object. It is thus necessary to put aside all the mundane notions of the objective world and to bring these ideas "in brackets". This is called the 'reduction', which aims at making one open to how the object appears to us.

The lived body is ambiguous, according to Merleau-Ponty (1945/1962). Corporeal existence is a third category lying beyond the purely physiological and the purely psychological. The lived body must not be confused with the objectified body studied by natural science. We must not understand man as a psyche associated with an organism but as an existence that moves back and forth on a continuum between body and psyche, according to Merleau-Ponty. A description of the lived body indicates on the one hand, how the body emerges in and through experience, and on the other hand, how it is much more than this: it is the way in which the body structures our experiences (Gallagher & Zahavi 2008). We do not usually experience how the lived body participates in the meaning constitution, as this generally takes place secretly, without our self-consciousness about how this happens. Merleau-Ponty has described the notion of "body schema" as a bridge between the mental and physical fields, without being strictly either of them. Through this concept we can deepen our understanding of how the body contributes to determine intentional consciousness.

The operative intentionality is, contrary to the object directed intentionality, constantly working at the anonymous, pre-personal level, outside the control of the will, without being engaged in any explicit project. Gallagher's (1995) concept 'pre-noetic work' indicates the preparations on a bodily level, which precedes the noetic act in which the meaning is formulated at a conscious level. The pre-noetic work is the total system of bodily activities going on before or outside object intentionality. It serves as restrictive or enabling factors in the ecological interactions between body and environment. The body constantly adapts itself

to its environment and this anonymous influence is constantly modifying the intentionality of consciousness. The body is always in a situation of give and take with its environment, and the environment is always indicating the conditions for the body.

Psychosomatics

The psychosomatic breakdown is characterized by physical, mental, cognitive and social difficulties. This breakdown is studied in this thesis with a phenomenological approach, but 'psychosomatics' is a considerable area of research within other scientific fields, using theories that are of interest to this thesis. Research is mainly located in two distinct epistemological areas. One is psychosomatic medicine, in the tradition of natural science, with quantitatively oriented research which aims at describing, quantifying and finding causalities. The second area, psychoanalytic psychosomatics, can be said to belong mainly in the humanistic tradition. This qualitative research tradition has as its goal to understand and describe phenomena linked to 'the unconscious'.

The central focus of phenomenological psychosomatics is the subjective, which is the experience of a person. Bullington (1999) defines psychosomatic pathology widely as symptoms and diseases, with or without injuries, coming from all parts of the body which are "used" in such a way that they replace symbolic and verbal language. In a narrower sense, "psychosomatics" is used by Bullington as an expression of a specific aetiology, where pathology is triggered and perpetuated by a psycho-social reality. Expressed in another way: the patient who has something to "say" with his/her body has a psychosomatic disease.

Aim of study and methodology

The aim of the thesis is to explore meaning constitution when it does not help persons understand their world and overcome difficulties, but rather results in a psychosomatic breakdown. Through such a study, insights can be gained as to how meaning at a higher level of understanding is not accomplished, giving us new knowledge about meaning constitution as such.

The first empirical study in the dissertation aims at disclosing meaning constitution on the personal, verbal level. The data for this study is

informants' descriptions of how they themselves understand the path leading to the psychosomatic breakdown. *The research question is:* What is the structure of the experience of the psychosomatic breakdown? *The method used:* Empirical phenomenological psychological (EPP) method (Karlsson 1995), which aims at studying the life world as experienced. The EPP-method reveals the intentional relationship between subject and object and how the meaning structure of a particular phenomenon can be elucidated. The results achieved through the analysis are descriptions of the structure of the meaning of the phenomenon. Such a structure consists of a number of characteristics with a certain configuration, which can be found in all or in some of the data.

The second study concerns the measured physiological bodily activity going on simultaneously with informants' descriptions of the perceived path leading to psychosomatic breakdown. The aim of this study is to show how meaning constitution on a personal, psychological level (the narrative) is interlaced with the bodily, anonymous level during the retelling of a situation that is described as increasingly difficult and finally leading to capitulation. What is being studied here is the phenomenological concept of corporal intentionality. *The research question is:* What does the physiological bodily activity look like in relation to the expressed meaning? *The method used:* Psycho-physiological measurement method (bodily level) and hermeneutic method of analysis (personal level).

The verbal descriptions of the informants express an active stance to the events of the past. The simultaneous bodily reactions also express an active stance to the recalled events and are measures of the changes that the bodily preparation shows in terms of the internal organs. The changes are mediated by the autonomic nervous system and create background emotions that can remain unconscious or become conscious emotions. In both cases the verbal, cognitive meaning creation is affected. Reactions include not only changes in the autonomic nervous system, but can be understood as adaptive reactions regarding the body as a whole. In this way these measurable autonomous reactions express the holistic function of the lived body.

Informants

Informants were selected from the researcher's physiotherapy practice, specializing in stress and pain related ill health. The private practice is regulated by psychiatric and psychosomatic treatment within the social insurance system, where patients are offered physical and psychotherapeutic treatments. The 16 patients included in the studies as informants, all had stress-related diagnoses. These informants followed the standard procedure in the course of treatment, which is to be offered the opportunity to do a video filmed interview with simultaneous measurement of the stress variables (skin conductance, finger temperature). This voluntary video taped interview is a way to determine which life events still have strong effects on the body through the autonomic nervous system. The physiotherapeutic method includes improved body knowledge that will give patients greater ability to read and interpret their affective physical states. In order to manage and process these states a therapeutic approach based on Gestalt therapy is used, which is a psychotherapy practice within the humanistic school of therapies.

Results

Study 1

The following table shows an overview of the results:

Table 1: Results outline

I. Self
1. Relationship to self
1.1. Underlying negative self-image
1.2. Hidden unaccepted parts of personality
2. Relationship to other
2.1 Experience of conditional appreciation
2.2 Image created by docility
II. Dangerous situation
1. Present situation with high requirements
2. Reputation at stake
3. Reduced opportunities for recovery
III. Re-acting attempts to cope
1. Re-acting on perceived requirements
A) Group of intensified activity
B) Group of passive subordination
2. Blocking of internal contradictions
3. Denied need for others
IV. Successive losses autonomy
1. Loss of bodily functions
2. Lost manageability of the situation
3. Loss of social position
4. Loss of identity

Because of their critical attitude towards themselves and docile approach towards others, informants often found themselves in pressured, taxing situations. They had experienced early in life that they could not be sure of their value as human beings. Their sense of self was to be in

debt to others and they felt that there was a need to "earn" appreciation. When the pressure in their situation rose, they were keen to meet others' expectations, both at work and in private life. Eventually a particularly stressful situation challenged their continuing strivings to maintain the self-image, and this situation exceeded these persons' ability. The usual docile attitude would now have had to be changed to allow for finding a solution to what the situation really demanded. But these persons were unable to change their repertoire of thinking, feeling and behaving. Instead, they continued to deal with the critical situations habitually, that is through re-acting. This was done either by further intensifying their efforts to succeed, or by passively submitting to others' demands. For the persons to be able to continue demonstrating their attitude, they had to ignore their own needs for support and block not only their growing negative feelings, but also their growing fears of failure. But these attempts to ignore themselves could not prevent the body's reactions in the pressed situation, and different symptoms started to show up and eventually aggravated. The situation worsened and they found it harder to fulfil their duties. The situation became unmanageable. Despite this, they continued to try to succeed. Finally they realized that it was not possible. The bodily symptoms and the unmanageability of the situation made the whole project impossible. A substantial part of the identity they had strived to achieve was then gone.

Persons who have had a psychosomatic breakdown have the experience of not receiving recognition that gives them a feeling of independence and autonomy. On the contrary, experiences from childhood lead them to believe that others expect an adjustment to the requirements and standards of others. Simone de Beauvoir (1949/2004) has described the human tendency to distinguish oneself and assert one's existence as autonomous, which she holds as a prerequisite for a person to be able to emerge as a subject. In order for this to succeed, the child must gain recognition and acceptance from adults regarding his/her character, ambitions and choices. This leads to what de Beauvoir calls the person's *individuality*.

Study 2

When persons in Group A during the retelling of their stories were confronted with the overwhelming situations in the workplace or in private life, the body organized itself through the adaptation of the internal body regulation so that an optimal functioning could be maintained. Through high activity in the autonomous system a sharpening of perceptions can be obtained, although reflecting consciousness is not yet working (Gallagher *ibid.*). Eventually adjustment efforts to the successively growing tension in the situation result in symptoms, which increasingly draw the stream of consciousness away from the situation to focus instead on the symptoms (Bullington 1999).

After treatment, the opposite effect was the case. The body could organize itself to an environment that had become familiar and secure through the therapeutic work in the treatment. The memories no longer caused arousal. This allowed the meaning constitution to be directed towards positive element in the experience.

Persons in group B, however, were in an oppressing life situation that had gone on a long time, and in the retelling they were confronted with these ongoing difficulties, which were evident in their bodily reactions. These adjustments ensured optimal functioning that involved reduction of use of resources and a minimal bodily mobilization and activity (Porges 2001).

After treatment, however, the pre-noetic preparatory work had been oriented towards outside opportunities, and the operative intentionality was now directed toward greater vitality and a high autonomic activity.

Discussion

Faced with the psychosomatic breakdown, the bodily meaning constitution focuses on the threatening nature of the taxing situation. It is that pressure that must be eliminated for a new harmony to be achieved. On the personal level, however, meaning is shaped by structures formed at an early age. The sedimented structure is, now as then, that the situation requires increased effort, docility and focus on others' wishes. The meaning, which would have made the situation understandable and possible to manage under the circumstances prevailing, is not able to be constituted. Attempts are being made on the bodily level, with symp-

toms and other forms of understanding that have no way of succeeding. The meaning that is constituted is not one that will achieve harmony in the situation, solving the problems and relaxing the organism. The meaning is not relevant to the current situation, because the structures founded in the early, do not satisfy the needs of recognition of their individuality. The inadequate meaning constitution could be expressed as follows. Bodily intentionality and bodily meaning constitution are directed towards the tension in the current difficult situation, but cannot be grasped on the personal level since the structures of understanding could not be transformed in accordance with the demands of the situation. The meaning constitution is inadequate because it constantly focuses the problematic situation, since it is linked positively with the much needed recognition that the informants strive for. This striving in an impossible situation is an attempt to compensate for not having recognition of one's individuality early in life. The lack of a sense of agency, in some informants partial and in others more extensive, makes the emotional tone of meaning constitution vary from hope to hopelessness. An intensification of efforts to succeed, with ever-increasing physical and mental effort, seems indispensable to some persons (group A), while the abandonment of possibilities to succeed and subordination in order to still win the recognition is the understanding on of others (group B).

Phenomenology, which focuses on the lived experience, can contribute new knowledge that the biomedical model can not produce within its given theoretical framework. Phenomenology provides an understanding of what persons express by their thoughts and actions. It will therefore also contribute to the understanding of how meaning structure can affect the world of a person and her body, which, according to the phenomenological approach, are always closely linked. Thus, it may be understandable how changes in that meaning structure can mean both diseases and recovery.

Referenser

- Adler, A. (1956) The neurotic disposition. In: Ansbacher, H. & Ansbacher, R. (eds.) *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Harper.
- Ainsworth, M. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alecta. (2004) *Yngre kvinnor slås ut av svår stress och depressioner*. [Elektronisk]. Tillgänglig < www.alecta.se > [2004-04-29].
- Alecta. (2008) *Hälsobarometern 2007. Antal långtidssjuka privatanställda tjänstemän, utvecklig och bakomliggande orsaker*.
- Alexander, F. (1950/1987) *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. New York: W. W. Norton & Co.
- Anderson, R. P. (1956) Physiological and verbal behaviour during client-centred counselling. *Journal of Counselling Psychology*, 3, 174-184.
- Arnetz, B. (2008), "Arbetsstress är värre för hälsan än osund livsstil". [Elektronisk]. Tillgänglig: <www.dn.se> [2008-11-03]
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2005) *Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press.
- Bernstein, A. S., Riedel, J. A., Graae, F., Seidman, D., Steele, H., Connolly, J. & Lubowsky, J. (1988) Schizophrenia is associated with altered orienting activity; depression with electrodermal (cholinergic?) deficit and normal orienting response, *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1), 3-12.

- Birket-Smith, M., Hasle, N. & Jensen, H. H. (1993) Electro dermal activity in anxiety disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88 (5), 350-355.
- Bloom, L. J., Houston, B. K. & Burish, T. G. (1976) An evaluation of finger pulse volume as a psycho physiological measure of anxiety, *Psychophysiology*, 13 (1), 40.
- Bogren, L., Bogren, I. B. & Thorell, L. H. (1998) Defence Mechanism Test and electrodermal activity, *Perceptual and motor skills*, 87 (1), 279-290.
- Bohlin, G. (1976) Delayed habituation of the electrodermal orienting response as a function of increased level of arousal, *Psychophysiology*, 13, 345-351.
- Bollas, C. (1987) *The Shadow of the Object*. New York: Columbia University Press.
- Bollas, C. (1995) Mental Interference. In: Corrigan, E. G. & Gordon, P. E. (eds.) *The Mind Object. Precocity and Pathology of Self-Sufficiency*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Boris, H. N. (1995) Of Two Minds: The Minds Relation with Itself. In: Corrigan, E. G. & Gordon, P. E. (eds.) *The Mind Object. Precocity and Pathology of Self-Sufficiency*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bradley, M. M. (2000) Emotion and motivation. In: Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G. & Berntson, G. G. (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Brentano, F. (1995) *Descriptive Psychology*. London: Routledge.
- Brownlee, S., Leventhal, H. & Balaban, M. (1992) Autonomic correlates of illness imagery, *Psychophysiology*, 29 (2), 142-153.
- Brunia, C. H. M. & Van Boxtel, G. J. M. (2000) Motor Preparation. In: Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G. & Berntson, G. C. (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruun, H. & Langlais, R. (2003) On the Embodied Nature of Action, *Acta Sociologica*, 46(1), 21-49.
- Bullington, J. (1999) *The Mysterious Life of the Body: A New Look at Psychosomatics (diss.)*. Linköping: The Tema Institute, also Almqvist & Wiksell Int.
- Bullington, J. (2007) Psykosomatik. Om kropp, själ och meningsskapande. Lund: Studentlitteratur
- Burke, A., Heuer, F. & Reisberg, D. (1992) Remembering emotional events, *Memory & cognition*, 20 (3), 277-290.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. C. & Andersen, B. L. (1991) Psychophysiological approaches to the evaluation of psychotherapeutic process and outcome, *Psychological assessment*, 3 (3), 321-336.
- Cacioppo, J., Berntson, G., Sheridan, J. & McClitock, M. (2002) Multi-level Integrative Analysis of Human Behaviour: Social Neuroscience and the Complementing Nature of Social and Biological Approaches. In: Cacioppo, J. T., Berntson, G. C., Adolphs, R. (eds.) *Foundations in Social Neuroscience*. London: The MIT Press.
- Cacioppo, J. T. & Petty, R. E. 1983, *Social psychophysiology: A sourcebook*, Guilford Press, New York.
- Cacioppo, J. T. & Tassinary, L. G. (1990) Inferring psychological significance from physiological signals, *The American psychologist*, 45 (1), 16-28.

- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E., Schwartz, J. & Colditz, G. (2000) Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study, *BMJ (Clinical research ed.)*, 320 (1432), 1436.
- Christie, M. J. & Mellett, P. (eds.) (1981) *Foundations of psychosomatics*. New York: John Wiley & Sons.
- Clark, L. A., Watson, D. & Mineka, S. (1994) Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*, 103 (1), 103-116.
- Coleman, R., Greenblatt, M. & Solomon, H. C. (1956) Physiological evidence of rapport during psychotherapeutic interviews, *Diseases of the nervous system*, 17, 2-8.
- Collet, C., Vernet-Maury, E., Delhomme, G. & Dittmar, A. (1997) Autonomic nervous system response patterns specificity to basic emotions, *Journal of the autonomic nervous system*, 62 (1-2), 45-57.
- Corrigan, E. G. & Gordon, P. E. (1995) The Mind as an Object. In: Corrigan, E. G. & Gordon, P. E. (eds.) *The Mind Object. Precocity and Pathology of Self-Sufficiency*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Crawford, D. G., Friesen, D. D. & Tomlinson-Keasey, C. (1977) Effects of cognitively induced anxiety on hand temperature, *Biofeedback and self-regulation*, 2 (2), 139-146.
- Crider, A. (1993) Electrodermal response lability-stability: Individual difference correlates. In: Roy, J., Boucsei, W., Fowles, D. C. & Gruzelier, J. (eds.) *Progress in Electrodermal Research*. New York: Plenum.
- Critchley, H. D., Elliott, R., Mathias, C. J. & Dolan, R. J. (2000) Neural activity relating to generation and representation of galvanic skin conductance responses: a functional magnetic resonance imaging study, *The Journal of neuroscience*, 20(8), 3033-3040.
- Cullberg, J. (1984) *Dynamisk psykiatri*, Stockholm: Natur & Kultur.

- Dahlberg, K. (2003) The essence of essences. In: *22nd International Human Science Research Conference*. Stockholm: Ersta Sköndals högskola.
- Damasio, A. (1999) *Descartes misstag. Känsla, förnuft och den mänskliga hjärnan*. Stockholm: Natur och kultur.
- Damasio, A. (2000) *The Feeling of what Happens. Body, emotion and the making of consciousness*. London Vintage.
- Davis, F. H. & Malmo, R. B. (1951) Electromyographic recordings during interview, *The American journal of psychiatry*, 107, 908-916.
- Dawson, M. E., Schell, A. M., Braaten, J. R. & Catania, J. J. (1985) Diagnostic utility of autonomic measures for major depressive disorders, *Psychiatry Research*, 15 (4), 261-270.
- Dawson, M. E., Schell, A. M. & Catania, J. J. (1977) Autonomic correlates of depression and clinical improvement following electroconvulsive shock therapy, *Psychophysiology*, 14 (6), 569-578.
- Dawson, M. E., Schell, A. M. & Filion, D. L. (2000) The Electrodermal System. In: Cacioppo, J. T., Tassinari, L. G. & Berntson, G. G. (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Beauvoir, S. (1949/2004) *Det andra könet*. Stockholm: Norstedts.
- De Benedittis, G., Lorenzetti, A. & Pieri, A. (1990) The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache, *Pain*, 40 (1), 65-75.
- De Rivera, J. (1977) *A Structural Theory of Emotions*. New York: International U. P.
- De Swart, J. H. & Das-Smaal, E. A. (1976) Relationship between SCR, heart rate and information processing, *Biological Psychology*, 4 (1), 41-49.
- Dejours, C. (1986) *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Paris: Payot.

- Dejours, C. (2001) *Le corps, d'abord*, Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Dotevall, G. (2001) *Stress och psykosomatisk sjukdom. Främst mags-tarmbesvär*, Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, P., Levenson, R. W. & Friesen, W. V. (1983) Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions, *Science*, 221, 1208-1210.
- Emirbayer, M. & Mische, A. (1998) What Is Agency, *The American Journal of Sociology*, 103 (4), 962-1023.
- Engel, G. & Schmale, A. (1967) Psychoanalytic theory of somatic disorders. Conversion, specificity and the disease onset situation, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 344-365.
- Ferenczi, S. (1933) Confusion of tongues between adults and the child. In Balint, M. (ed) (1980.) *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. London: Karnac Books.
- Folkhälsoinstitutet (2006) *Hälsa på lika villkor, nationella folkhälsoenkäten*, [Elektronisk]. Tillgänglig: www.fhi.se/templates/page_9917.aspx [2008-09-05].
- Folkow, B. (2001) Mental Stress and its Importance for Cardiovascular Disorders; Physiological Aspects, "From-Mice-to-Man", *Scandinavian cardiovascular journal*, 35, 163-172.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. London: Karnac.
- Fosha, D. (2003) Dyadic Regulation and Experiential work with Emotion and Relatedness in Trauma and Disorganized Attachment. In: Solomon, M. F. & Siegel, D. J. (eds.) *Healing trauma, attachment, mind, body and brain*. New York: W. W. Norton & Co.
- Fowles, D. C. (1988) Psychophysiology and psychopathology: a motivational approach, *Psychophysiology*, 25 (4), 373-391.

- Frankl, V. (1946/2004) *Man's Search for Meaning. The classic tribute to hope from the holocaust*, London: Ebury Press.
- Fredrikson, M. & Ohman, A. (1979) Cardiovascular and electrodermal responses conditioned to fear-relevant stimuli, *Psychophysiology*, 16 (1), 1-7.
- Freedman, R. R., Ianni, P., Etedgui, E., Pohl, R. & Rainey, J. M. (1984) Psychophysiological factors in panic disorder, *Psychopathology*, 17 Suppl. 1, 66-73.
- Freud, S. (1905/1990) *Dora. Brottstycke av en hysterianalys*. Göteborg: Alster Bokförlag.
- Freud, S. (1895/1997) Studier i hysteri, i *Samlade skrifter av Sigmund Freud, III Tidiga skrifter och historik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fuchs, T. (2004) The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today. In: *The Embodied Mind, PhD course*. Copenhagen: Centre for Subjectivity Research.
- Försäkringskassan. (2007) *Statistik 2007:2. Nybeviljade sjukersättning-ar/aktivitetsersättningar fördelade på län och diagnos 2006*
- Gadamer, H. G. (1960/1994) *Truth and method*. New York: Continuum.
- Gallagher, S. (1986a) Lived Body and Environment, *Research in Phenomenology*, 16, 139-170.
- Gallagher, S. (1986b) Hyletic experience and the lived body, *Husserl Studies*, 3, 131-166.
- Gallagher, S. (1995) Body Schema and Intentionality. In: Bermúdez, J. A., Marcel, A., & Eilan, N. (eds.) *The Body and the Self*. Cambridge: The MIT Press.
- Gallagher, S. (2004) Understanding Interpersonal Problems in Autism: Interaction Theory as an Alternative to Theory of Mind, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology. Special Issue: Autism and Intersubjectivity*, 11 (3), 199-217.

- Gallagher, S. (2005) *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallagher, S. & Meltzoff, A. (1996) The earliest sense of self and others: Merleau-Ponty and recent developmental studies, *Philosophical Psychology*, 9 (2) 211-234.
- Gallagher, S. & Zahavi, D. (2008) *The Phenomenological Mind. An introduction to philosophy of mind and cognitive science*. London: Routledge.
- Garfield, D. A. S. (2005) The vertical split in neurosis and psychosis; Motor Acts and the Infrastructure of Agency, *Psychoanalytic Review*, 92 (2), 249-270.
- Gehricke, J. G. & Shapiro, D. (2001) Facial and autonomic activity in depression; Social context differences during imagery, *International journal of psychophysiology*, 41 (1), 53-64.
- Gerhardt, U. (1989) *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. New York: University Press.
- Gold, P. (1987) Sweet memories. *American scientist*, 75, 151-155.
- Goldberg, P. (2004) Fabricated bodies: A model for the somatic false self. *The International journal of psycho-analysis*, 85, 823-840.
- Goldstein, K. (1934/1995) *The Organism. A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man*. New York: Zone Books.
- Graham, D. T. (1955) Cutaneous vascular reactions in Raynaud's disease and in states of hostility, anxiety, and depression. *Psychosomatic Medicine*, 17(3), 200-217.
- Greco, M. (1998) *Illness as a Work of Thought. A Foucauldian Perspective on Psychosomatics*, London: Routledge.
- Greenwald, A. G., Draine, S. C. & Abrams, R. L. 1996, Three cognitive markers of unconscious semantic activation, *Science*, vol. 273, pp. 1699-1702.

- Griffin, M. G., Resick, P. A. & Mechanic, M. B. (1997) Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators, *The American journal of psychiatry*, 154 (8), 1081-1088.
- Grings, W. & Dawson, M. (1978) *Emotions and Bodily Responses. A Psychophysiological Approach*. New York: Academic Press.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1993) Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behaviour, *Journal of personality and social psychology*, 64 (6), 970-986.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (1996) *Textbook of Medical Psychology, rev. ed.* Philadelphia: Saunders.
- Hallsten, L. (2001) Utbränning. En processmodell. *Svensk Rehabilitering*, 3, 26-35.
- Hallsten, L., Bellaagh, K. & Gustafsson, K. (2002) *Utbränning i Sverige – en populationsstudie*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet,.
- Hallsten, L., Josephson, M. & Torgén, M. (2005) *Performance-based self-esteem 2005:4*, Stockholm: Arbetslivsinstitutet,.
- Hamachek, D. (1978) Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism, *Psychology*, 15, 27-33.
- Heidegger, M. (1981) *Varat och tiden. Del 1 och 2*. Lund: Doxa Press.
- Heinämaa, S. (2004) The living body. In: *The Embodied Mind, PhD course*. Copenhagen: Centre for Subjectivity Research.
- Holmes, T. H. & Wolff, H. G. (1950) Life situations, emotions and backache, *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 29, 750-772.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967) The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of psychosomatic research*, 11 (2), 213-218.
- Hubert, W. & de Jong-Meyer, R. (1991) Autonomic, neuroendocrine, and subjective responses to emotion-inducing film stimuli, *International journal of psychophysiology*, 11 (2), 131-140.

- Hughes, C. F., Uhlmann, C. & Pennebaker, J. W. (1994) The body's response to processing emotional trauma: linking verbal text with autonomic activity, *Journal of personality*, 62 (4), 565-585.
- Husserl, E. (1998) *Logiska undersökningar 1*. Stockholm: Bokförlaget Thales.
- Husserl, E. (2000) *Logiska undersökningar 2*. Stockholm: Bokförlaget Thales.
- Husserl, E. (2002) *Logiska undersökningar 3*. Stockholm: Bokförlaget Thales.
- Härenstam, A., Theorell, T & Kaijser, L. (2000) Coping with Anger-provoking Situations, Psychosocial Working Conditions, and ECG-detected Signs of Coronary Heart Disease, *Journal of occupational health psychology*, 5 (1), 191-203.
- Impert, L. (1999) The Body Held Hostage. The Paradox of Self-Sufficiency, *Contemporary Psychoanalysis*, 35 (4), 647-667.
- Jacobson, E. (1927) Action currents from muscular contractions during conscious processes, *Science*, 66, 403.
- James, I. A. & Kendell, K. (1997) Unfinished processing in the emotional disorders: The Zeigarnik effect, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25 (4) 329-337.
- James, W. (1890) *Principles of Psychology (Vol. 2)*. New York: Holt.
- Jennings, J. R. 1986, Bodily changes during attending. In: Coles, M., Donchi, E. & Porges, S. W. (eds.) *Psychophysiology: Systems, Processes, and Applications*. New York: Guilford.
- Kanbara, K., Mitani, Y., Fukunaga, M., Ishio, S., Takebayashi, N. & Nakai, Y. (2004) Paradoxical Results of Psychophysiological Stress Profile in Functional Somatic Syndrome: Correlation Between Subjective Tension Source and Objective Stress Response, *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29 (4), 255-268.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990) *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

- Karlsson, G. (1995) *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Karlsson, G. (1999) Empirisk fenomenologisk psykologi. I: Allwood, C. & Erikson M. (red) *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, G. (2004) Om empirisk fenomenologisk-hermeneutisk forskning. I: Gustavsson, A. & Ödman, P. J. (red) *Den Trankellska Vändningen*. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Katsanis, J. & Iacono, W. G. (1994) Electrodermal activity and clinical status in chronic schizophrenia, *Journal of abnormal psychology*, 103 (4), 777-783.
- Kepner, J. I. (1987) *Body Process. A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Kihlstrom, J. (1993) *The Psychological Unconscious and the Self*. London: John Wiley and Sons.
- Kinsbourne, M. (1995) Awareness of One's Own Body: An Attentional Theory of Its Nature, Development, and Brain Basis. In: Bermúdez, J. A., Marcel, A., & Eilan, N. (eds.) *The Body and the Self*. Cambridge: The MIT Press.
- Kistler, A., Mariauzouls, C. & von Berlepsch, K. (1998) Fingertip temperature as an indicator for sympathetic responses, *International journal of psychophysiology*, 29 (1), 35-41.
- Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1986) *Att bygga upp självet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lacan, J. (1977) *The Four Fundamental Concepts of Psycho-Analysis*. London: Penguin.

- Lacey, L. H. & Lacey, B. C. (1958) Verification and extension of the principle of autonomic response-stereotypy, *The American journal of psychology*, 71, 50-73.
- Lacey, J. I. (1959) Psychophysiological approaches to the evaluation of psychotherapeutic process and outcome. In: Rubinstein, E. A. & Parloff, M. B. (eds.) *Research in psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lampe, A., Söllner, W., Krismer, M., Rumpold, G., Kantner-Rumplmair, W., Ogon, M. & Rathner, G. (1998) The impact of stressful life events on exacerbation of chronic low-back pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (5), 555-563.
- Lang, P., K. G. M., Bradley, M. M. & Hamm, A. O. (1993) Looking at pictures: Affective, facial, visceral, and behavioural reactions, *Psychophysiology*, 30, 261-273.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leavitt, F., Garron, D. & Bieliauskas, L. 1979, Stressing Life Events and the Experience of Low Back Pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 49-55.
- Leder, D. (1990) *The Absent Body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Levenson, R. W., Ekman, P. & Friesen, W. V. (1990) Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity, *Psychophysiology*, 27, 363-384.
- Lewin, K. (1951) *Field Theory in Social Science. Selected theoretical papers*. New York: Harper & Brothers Publishers.
- Lewis, T., Amini, F. & Lannon, R. (2001) *A General Theory of Love*. New York: Vintage Books.
- Lipowski, Z. J. (1986) Psychosomatic medicine - Past and present. Parts I-III, *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-21.

- Lorber, J. (1997) *Gender and the Social Construction of Illness*. London: Sage Publications.
- Lukens, H. R. (1979) The early identification of anxiety-laden material with the aid of skin conductance measurements, *Journal of clinical psychology*, 35 (1), 67-73.
- Lübcke, P. (red..) (1987) *Vår tids filosofi. Filosoferna. De filosofiska strömningarna. En uppslagsbok. Del 1. Engagemang och förståelse - tysk och fransk filosofi*. Stockholm Forum.
- MacLean, P. D. (1974) *Triune Conception of the Brain and Behaviour (The Clarence M. Hicks memorial lectures)*. Toronto: University of Toronto Press.
- Mallin, S. B. (1979) *Merleau-Ponty's Philosophy*. London: Yale University Press.
- Malmö, R. B., Shagass, C. & Davis, F. H. (1950) Symptom specificity and bodily reactions during psychiatric interview, *Psychosomatic Medicine*, 12 (362), 376.
- Malt, F. U. (1995) Psykosomatisk medicens historie. I: Sivik, T. & Theorell, T. (red.) *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1996), *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*, Lund: Studentlitteratur.
- Marbach, A. (1993) *Mental Representation and Consciousness: Toward a Phenomenological Theory of Representation and Reference*. Dordrecht: Springer.
- Marcel, A. (1983) Conscious and Unconscious Perception: An Approach to the Relation between Phenomenal Experience and Perceptual Process, *Cognitive psychology*, 15, 238-300.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woddall, C. & Sykes, C. M. (2005) *Health Psychology. Theory, Research & Practice*. London: Sage.

- Marty, P. (1976) *Les mouvements individuels de vie et de mort/I. Essai d'économie psychosomatique*. Paris: Bibliothèque scientifique Payot.
- Marty, P. & de M Uzan, M. (1963) La pensée opératoire, *Revue française de psychanalyse*, 27Suppl, 1345.
- Master, S. & Gershman, L. (1983) Physiological responses to rational-emotive self-verbalizations, *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 14 (4), 289-296.
- Mazis, G. A. (1993) Emotion and Embodiment. Fragile Ontology. In: Johnson, G. A. (ed.) *Studies in Contemporary Continental Philosophy*. New York: Peter Lang.
- Mazis, G. A. (2001) Emotion and Embodiment Within the Medical World. In: Toombs, S. K. (ed.) *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht: Kluwer.
- McDougall, J. (1991) *Kroppens teatrar. Psykosomatiska sjukdomar i ett psykoanalytiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Meltzoff, A. & Moore, M. K. (1994) Imitation, memory, and the representation of persons, *Infant behavior & development*, 15, 479-505.
- Merleau-Ponty, M. (1942/1963) *The Structure of Behaviour*, Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1962) *Phenomenology of Perception*, London: Routledge.
- Miller, L. J., McItosh, D. N., McGrath, J., Shyu, V., Lampe, M., Taylor, A. K., Tassone, F. & Neitzel, K. (1999) Electrodermal responses to sensory stimuli in individuals with fragile X syndrome: a preliminary report, *American journal of medical genetics*, 83 (4), 268-279.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970) Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill, O. W. (ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine*. London: Butterworths.
- Newton, G., Paul, J. & Bovard, E. W. (1957) Effect of emotional stress on finger temperature, *Psychological reports*, 3, 341-343.

- Nicolaidis, N. (1997) The Psychosomatic Crossing of Pierre Marty. In: Guimón, J. (ed.) *The Body in Psychotherapy, Int. Congress Geneva 1996*. Basel: Karger.
- Ogden, P. & Miton, K. (2002) Sensorimotor approach to processing traumatic memory. In: Figley, C. R. (ed.). *Brief treatments for the traumatized: A project of the Green Cross Foundation*. Westport CT, US: Greenwood Press/Greenwood Publishing Group.
- Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E. & Pitman, R. K. 1998, Psychophysiologic assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse, *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (6), 906-913.
- Palmer, E. (2005) Sjukskrivning och förtidspension de närmaste åren. I: Marklund S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E. & Theorell T. (red) *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Palmer, R. E. (1969) *Hermeneutics*. Evanston: Northwestern University Press.
- Patterson, J. C., Ungerleider, L. G. & Bandettii, P. A. (2002) Task-independent functional brain activity correlation with skin conductance changes: an fMRI study, *Neuroimage*, 17 (4), 1797-1806.
- Pazderka-Robinson, H., Morrison, J. W. & Flor-Henry, P. (2004) Electrodermal dissociation of chronic fatigue and depression: evidence for distinct physiological mechanisms, *International journal of psychophysiology* 53, 171-182.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. 1951, *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*, Delta Books, New York.
- Perry, B. D. (1999) *Memories of Fear. How the Brain Stores and Retrieves Physiologic States, Feelings, Behaviours and Thoughts from Traumatic Events*. [Elektronisk] The Child Trauma Academy. Tillgänglig: <<http://www.childtrauma.org/ctamaterials/memories.asp>> [2006-06-02]

- Perski, A. (2002) *Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*, Stockholm: Bonnier Fakta.
- Pinel, J. P. (2003) *Biopsychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Pines, A. (1993) Burnout: An Existential Perspective. In: Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Tadeusz, M. (eds.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory And Research*. Washington: Taylor & Francis.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981) *Burnout. From Tedium to Personal Growth*. New York: The Free Press.
- Pitman, R. K., Lanes, D. M., Williston, S. K., Guillaume, J. L., Metzger, L. J., Gehr, G. M. & Orr, S. P. (2001) Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients, *Psychosomatics*, 42 (2), 133-140.
- Pollock, L. & Slavin, J. H. (1998) The Struggle for Recognition. Disruption and Reintegration in the Experience of Agency, *Psychoanalytic Dialogues*, 8 (6) 857-873.
- Porges, S. W. (1995) Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory, *Psychophysiology*, (32) 301-318.
- Porges, S. W. (2001) The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system, *International journal of psychophysiology*, 42 (2) 123-146.
- Pruneti, C., Fontana, F. & Bicchieri, L. (2006) Skin conductance response as a useful index in the differential diagnosis in psychopathology, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 12 (1) 51-65.
- Renstig, M. & Sandmark, H. (2005) *Kvinnors sjukskrivning. Intervjuer med 16 långtidssjukskrivna kvinnliga tjänstemän*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap.
- RFV. (2006) *Statistik 2006* [Elektronisk] Riksförsäkringsverket. Tillgänglig: statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpubl/Statistik_2006_03.pdf [2007-12-12]

- RFV. (2004) *Socialförsäkringsboken 2004. Tema: Kvinnor, män och sjukfrånvaron*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Ricoeur, P. (1966) *Freedom and Nature: The Voluntary and Involuntary*. Evanston: Northwestern University Press.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996) Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Brain research. Cognitive brain research*, 3, 131-141.
- Rizzolatti, G., Luppino, G. & Matelli, M. (1998) The organisation of the cortical motor system: new concepts, *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 106, 283-296.
- Roessler, R., Bruch, H., Thum, L. & Collis, F. (1975) Physiologic correlates of affect during psychotherapy, *American journal of psychotherapy*, 29 (1), 26-36.
- Rose, J. & Perski, A. (2008) *Duktighetsfällan*. Stockholm: Prisma.
- Ruesch, J. (1948) The infantile personality, *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Ruggieri, V., Milizia, M., Sabatini, N. & Tosi, M. T. (1983) Body Perception in Relation to Muscular Tone at Rest and Tactile Sensitivity to Tickle, *Perceptual and motor skills*, 56, pp. 799-806.
- Sabatini, N., Ruggieri, V. & Milizia, M. (1984) Barrier and Penetration Score in Relation to some Objective and Subjective Somesthetic Measures, *Perceptual and motor skills*, 59, 195-202.
- Sandman, C. A. (1986) Cardiac afferent influence on consciousness. In: Davidson, R. J., Schwartz, G. E. & Shapiro, D. (eds.) *Consciousness and Self-Regulation: Advances in Research and theory*. New York: Plenum.
- Sartre, J. P. (1943/1980) *Varat och Intet. I urval*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Savitsky, K., Medvec, V. H. & Gilovich, T. (1997) Remembering and regretting: The Zeigarnik effect and the cognitive availability of re-

- grettable actions and inactions, *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 23 (3), 248-257.
- Scaer, R. (2005) *The Trauma Spectrum. Hidden Wounds and Human Resiliency*, New York: W. W. Norton.
- Schafer, R. (2003) *Bad Feelings*. New York: Other Press LLC.
- SCB. (2006) *Välfärd nr 4: Värk. allergier och psykisk ohälsa allt vanligare*.
- Schell, A. M., Dawson, M. E. & Filion, D. L. (1988) Psychophysiological correlates of electrodermal lability, *Psychophysiology*, 25 (6), 619-632.
- Schore, J.L., Schore, A.N. (2008) Modern Attachment Theory: The Central role of Affect Regulation in Development and Treatment, *Clinical social work journal*, 36, 9-20.
- Schwartz, S., Coté, J. & Arnett, J. (2005) Identity and Agency in Emerging Adulthood: Two Developmental Routes in the Individualization Process, *Youth & Society*, 37 (201), 201-229.
- Selye, H. (1958) *Stress*. Stockholm: Natur och kultur.
- Shabad, P. & Selinger, S. S. (1995) Bracing for Disappointment and the Counterphobic Leap into the Future. In: Corrigan, E. G. & Gordon, P. E. (eds.) *The Mind Object. Precocity and Pathology of Self-Sufficiency*. Northvale: Jason Aronson.
- Shalev, A. Y., Orr, S. P. & Pitman, R. K. (1993) Psychophysiological assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder, *The American journal of psychiatry*, 150 (4), 620-624.
- Sifneos, P. (1973) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and psychosomatics*, 22, 255-262.
- Siegel, D. J. & Hartzell, M. (2003), *Parenting from the Inside Out*, New York: Tarcher/Penguin.

- Sivik, T. (1993) Individens (psykosomatiska) sjukdomar och den biopsyko-sociala verkligheten. I: Sivik, T; & Theorell, T, (red) *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjögren, L. (1989) *Sigmund Freud. Mannen och verket*, Stockholm: Natur och kultur.
- Slavin, M. & Kriegman, D. (1992) *The Adaptive Design of the Human Psyche: Psychoanalysis, Evolutionary Biology, and the Therapeutic Process*. New York: Guilford Press.
- Sletvold, J. (2005) I begynnelsen var kroppen...Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, 497-504.
- Socialstyrelsen. (2008) *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97), version 2008.*
- Speculand, B., Hughes, A. O. & Goss, A. N. (1984) Role of recent stressful life events experience in the onset of TMJ dysfunction pain, *Community dentistry and oral epidemiology*, 12 (3), 197-202.
- Sperry, R. W. (1952) Neurology and the mid-brain problem, *American scientist*, 40, 291-312.
- Statens folkhälsoinstitut (2006) *Nationella folkhälsoenkäten 2006*.
- Stern, D. N. (1991) *Spädbarnets interpersonella värld ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Stone, L. A. & Nielson, K. A. (2001) Intact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia, *Psychotherapy and psychosomatics*, 70 (2), 92-102.
- Sullivan, H. S. (1956) *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- Svenaesus, F. (2002) Fenomenologiska perspektiv på hälsa och sjukdom, *Läkartidningen*, 99 (6), 540-544.
- Svenaesus, F. (2003) *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, Stockholm: Natur och kultur.

- Tassinary, L. G. & Cacioppo, J. T. (2000) The skeletomotor system: surface electromyography. In: Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G. & Berntson, G. G. (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Theorell, T. (1991) Health promotion in the workplace. In: Badura, B. & Kickbusch, In: (eds.) *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. WHO Regional Publications European No 37.
- Theorell, T. (2004) Stressmekanismer och sjukskrivning. I: Bjurvald, M., Hogstedt, C., Marklund, S., Palmer E., & Theorell, T. (eds.) *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Lidh, G. & Evengard, B. (1999) Critical life events, infections, and symptoms during the year preceding chronic fatigue syndrome (CFS): an examination of CFS patients and subjects with a nonspecific life crisis, *Psychosomatic medicine*, 61(3), 304-310.
- Theorell, T., Alfredsson, L., Westerholm, P. & Falck, B. (2000) Coping with Unfair Treatment at Work - What is the Relationship between Coping and Hypertension in Middle-aged Men and Women? *Psychotherapy and psychosomatics*, 69, 86-94.
- Theorell, T., Westerlund, H. & Oxenstierna, G. (2005) Coping och sjukskrivning. I: Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E., & Theorell, T. (red) *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar*. Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet.
- Thompson, E. (2001) Empathy and Consciousness, *Journal of Consciousness Studies*, 8, 5-7.
- Thompson, E., Lutz, A. & Cosmelli, D. (2004) Neurophenomenology: An Introduction for Neurophilosophers. In: Brook, A. & Akins, K. *Cognition and the Brain: the Philosophy and Neuroscience Movement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Toombs, S. K. (2001) Introduction: Phenomenology and Medicine. In: Toombs, S. K. (ed.) *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht: Kluwer.

- Tomkins, S. (1962) *Affect, imagery, consciousness*. New York: Springer.
- Tranel, D. & Damasio, A. R. (2000) Neuropsychology and Behavioral Neurology. In: Cacioppo, J. T., Tassinari, L. G. & Berntson, G. G. (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turpin, G., Schaefer, F. & Boucsei, W. (1999) Effects of stimulus intensity, rise time, and duration on autonomic and behavioral responding: implications for the differentiation of orienting, startle, and defence responses, *Psychophysiology*, 36 (4), 453-463.
- van Manen, M. (2001) Professional Practice and Doing Phenomenology. In: Toombs, S. K. (ed.) *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht: Kluwer.
- van Reekum, C. M., Johnstone, T. & Banse, R. (2004) Psychophysiological responses to appraisal dimensions in a computer game, *Cognition and Emotion*, 18 (5) 661-688.
- Varela, C. 1999, Determinism and the Recovery of Human Agency: The Embodying of Persons, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29 (4) 385-402.
- Ward, N. G. & Doerr, H. O. (1986) Skin conductance: A potentially sensitive and specific marker for depression, *The Journal of nervous and mental disease*, 174 (9) 553-559.
- Wehmer, F., Brejnak, C., Lumley, M. & Stettner, L. (1995) Alexithymia and physiological reactivity to emotion-provoking visual scenes, *The Journal of nervous and mental disease*, 183, (6) 351-357.
- Wickramasekera, I. E., Kolm, P., Pope, A. & Turner, M. (1998) *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 23 (4) 233-241.
- Wiiitavaara, B., Bruli, C. & Barnekow-Bergkvist, M. (2008) When the body makes itself heard - The experience of bodily illness among people with neck-shoulder problems, *Advances in Physiotherapy*, 10, 85-94.

- Winnicott, D. W. (1951) Transitional objects and transitional phenomena. In: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: Collected papers 1992*. New York: Brunner/Mazel.
- Winnicott, D. W. (1991) *Människans natur*. Ludvika: Dualis.
- Witvliet, C. V. & Vrana, S. R. (1995) Psychophysiological responses as indices of affective dimensions, *Psychophysiology*, 32 (5), 436-443.
- Wolfersdorf, M., Straub, R., Barg, T. & Keller, F. (1996) Depression und EDA-Kennwerte in einem Habituationsexperiment. Ergebnisse bei über 400 stationären depressiven Patienten, *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 64 (3), 105-109.
- Währborg, P. (2000) *Stress - en folksjukdom*. Stockholm: Merck Sharp & Dohme AB.
- Zahavi, D. (1999) *Self-Awareness and Alterity. A Phenomenological Investigation*. Evanston, Ill: Northwestern University Press.
- Zahavi, D. (2005) *Subjectivity and Selfhood. Investigating the First-Person Perspective*. London: The MIT-press.
- Zaner, R. M. (1981) *The Context of Self. A phenomenological Inquiry Using Medicine as a Clue*. Athens, Oh: Ohio University Press.
- Zeigarnik, B. (1927) Über das behalten von Erledigten und Unerledigten Handlungen, *Psychologische Forschung*, 9, 1-85.
- Åsberg, M. (ed.) (2003) *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Öhman, A. (1981) Electrodermal activity and vulnerability to schizophrenia: a review, *Biological psychology*, 12 (2-3), 87-145.
- Öhman, A., Hamm, A. & Hugdahl, K. (2000) Cognition and the Autonomic Nervous System. In: Cacioppo, J. T., Tassinari, L. G. & Berntson, G. G. (eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Öhman, A. & Soares, J. J. (1993) On the automaticity of phobic fear: conditioned skin conductance responses to masked phobic stimuli, *Journal of abnormal psychology*, 102 (1) 121-132

Bilaga 1: Behandlingens uppläggnig

Den humanistiska psykoterapeutiska skolan

Den psykoterapeutiska inriktningen hör, som avhandlingen i övrigt, epistemologiskt hemma i det fenomenologiska-existentialistiska-hermeneutiska kunskapsfältet. Den i internationell litteratur mest använda beteckningen är 'humanistisk' psykoterapi, och den innesluter i sig några olika skolor: existentialistisk, personcentrerad och gestaltterapeutisk. Denna inriktning är förhållandevis ovanlig i svensk behandlingstradition. Trots forskning som visar på lovande resultat vid kristillstånd och olika svårigheter som ångest, depression, relationsproblem med mera, har den humanistiska psykoterapin hamnat i skuggan av psykoterapier med likartade resultat t ex. kognitiv beteendeterapi, enligt Eliott (2002), som analyserat nästan 100 behandlingsgrupper och justerat med hänsyn till "researcher's allegiance", det vill säga forskarens hemvist inom viss psykoterapeutisk skola. En av förklaringarna är, att det inom de psykologiska och medicinska vetenskaperna är de kvantitativa resultaten som uppmärksammas, vilket inom den humanistiska – men inte den kognitiva - skolan uppfattas tillhöra en annan vetenskaplig tradition än den egna.

Den terapi patienterna får innehåller element från olika delar av den humanistiska skolan, men främst från gestaltterapi, som ska beskrivas närmare. Den humanistiska psykoterapin har – liksom för övrigt terapier från alla skolor – framför allt ett speciellt teoretiskt tillkortakommande. Det gäller problemet med dualismen, uppdelningen mellan kropp och psyke, som gör det svårt att förstå vilken plats kroppen ska inta i terapin. Trots den uttalat holistiska utgångspunkten i t ex. gestaltterapi - där kropp/psyke-dualism kategoriskt avvisas, det subjektiva/objektiva beskrivs som en "falsk dikotomi", och där människan ses som organiskt förenad med världen - är kroppen som förmedlare av vårt vara-i-världen

inte explicit uttryckt i teorin. Kroppsaktivitet ses som självuttryck som ska göras medvetet så att det fritt kan väljas eller väljas bort (Kepner 1987), och i detta har kroppen endast blivit ett bland andra viktiga områden som terapin ständigt måste uppmärksamma. Genom Merleau-Pontys (1945/1962) begrepp 'den levda kroppen' är det möjligt komma förbi sådana svårigheter, eftersom det täcker in betydelsen av kroppens levda relation till världen. Detta är av grundläggande betydelse när man arbetar med psykosomatisk problematik och har därför införts som komplement till den gestaltterapeutiska inriktningen.

Människan som social varelse

Gestaltterapin hämtar, som namnet anger, sin psykologiska kunskapsyn från gestaltpsykologin, inspirerade framför allt av gestaltpsykologerna Kurt Goldstein (1934/1995) och Kurt Lewin (1951). Grundarna ansåg den vara holistisk, inte bara därför att kropp och psyke ses som en organisk helhet, utan en sådan helhet gäller också för individen i sin omgivning. Den existencialistiska grundsynen innebär att människan ses som social, ansvarstagande, självständig, affektiv, unik och alltid intersubjektiv.

Människan beskrivs vidare som kapabel att reglera sina behov på ett flexibelt sätt i förhållande till omständigheterna, och i detta ge sig det självstöd som krävs. Samtidigt accepterar hon också att vara beroende av andra och av omgivningen. Hon kan ta ansvar för den mening hon skapar av livet och de val hon gör. Växt och hälsa ses inte enbart som ett personligt och intra-psykiskt fenomen utan i högsta grad också som ett kontextuellt och intersubjektivt. Det är genom våra sinnesorgan vi på gott och ont 'står i kontakt' med världen. All form av dikotomisering räknas som en grundorsak till psykopatologi. Ohälsa uppstår när flexibiliteten gått förlorad i människans anpassning till sin värld, när förmågan att kontakta och interagera med den inte kan ske på ett fritt och kreativt sätt. Hon kan då inte tillgodose sina behov, vilket beror på att hon avbryter upplevelsen, kallat 'kontaktavbrott', med låg eller ingen medvetenhet om det som sker. Avbrotten leder till 'oavslutade affärer', vilket senare ur det omedvetna kommer att distrahera i nuet, som Zeigarnik (1927) visat. T ex. kommer en önskad separation utan erforderlig avslutning av relationen att dyka upp i många förklädnader, eftersom upplevelsen av ofullständighet finns bevarad på den kroppsliga nivån, och ständigt aktiveras av omständigheterna till synes för att ett verkligt avslut ska

komma till stånd. Det kan också uppstå *'fixerade gestalter'*, det vill säga när ett behov inte kunnat tillfredsställas, och sedan förlorat sin dynamik, kommer personen i fortsättningen att förneka det och i stället skapa pseudolösningar av problem. Ett barn kanske inte kan få den uppmärksamhet det behöver från andra, men genom att dra sig undan och in i en fantasivärld kan det "skapa" andra personer som uppfyller behoven. Lösningen på problemet blir med andra ord att dra sig undan när behov inte kan uppfyllas, och den lösningen blir en *'fixerad gestalt'* som kan följa med genom livet.

Terapeutiska principer

Den terapeutiska metoden innebär att göra kontaktprocessen mera tillgänglig för det reflekterande medvetandet, så att personen kan ta ansvar för sitt liv genom medvetna val i situationer där hon kanske annars handlar vanemässigt, mot sina långsiktiga intressen. Det terapeutiska elementet är relationen, dialogen, mellan klient och terapeut, där klienten känner tillräckligt stöd för att våga uppmärksamma sina kontaktavbrott, det vill säga hur hon vanemässigt avbryter perceptioner med obehagliga budskap, innan de står klara i hennes reflekterande medvetande. Metoden som används är upplevande här och nu, och undersökning av vad upplevandet innehåller. Den utspelar sig i terapirummet, där allt som pågår i mötet mellan de två förkroppsligade subjekten kan utgöra material för terapin. Som terapeut måste man vara totalt närvarande, och använda också sin egen kropp till att avläsa det som händer i relationen, för att sedan stämma av detta med klienten. Den terapeutiska processen stannar alltså inte vid innehållet i det som framkommer utan sysselsätter sig minst lika mycket med sättet på vilket det når eller inte når det reflekterande medvetandet. Syftet är att våga vara fullt ut i nuet, att våga vara spontan, och att kunna bestämma hur man ska handla på grundval av sina egna assimilerade erfarenheter snarare än på grundval av utifrån kommande föreställningar om hur det 'bör' vara.

Fältperspektivet, där människan ses som ingående i en organisk helhet med sin omgivning (Lewin *ibid.*), har fått stor betydelse i gestaltterapi. Det ger terapeuten redskap att i enlighet med den grundläggande filosofin på ett mycket fokuserat sätt vara öppen för en persons hela medförda fält, och samtidigt vara klar över att också det egna fältet finns närvarande i terapirummet. Som terapeut är man på detta sätt en deltagare i ett möte mellan de båda levda kropparnas konglomerat av relationer,

historiska trådar och framtidsprojektioner. En attityd av upphöjd professionell kunskap till klienten, den som vet hur man ska vara gentemot den som ännu inte vet, hör således inte hemma i denna terapeutiska inriktning.

Fältteorins väsentliga drag är ett holistiskt perspektiv som inkluderar personens omgivning, sociala värld, kultur och så vidare. Den försöker fånga den mänskliga verklighetens uttryck i det personliga meningsskapandet. Att arbeta kliniskt med fältteori är en metod och ett sätt att tänka på som binder ihop olika händelser med den situation i vilken dessa äger rum. Genom fältperspektivet kan personen träda fram i sin helhet, och det kräver en betydande öppenhet hos terapeuten att bortse från sina egna teorier, hypoteser och förutfattade meningar. Till hjälp kan han använda sig av sina kroppsliga varseblivningar; klientens och terapeutens värld överskrider varandra och det som sker i klientens värld och kropp, sker också i viss mån i hans egen.

Kroppslig kunskap

Gestaltterapeuten ger akt på de kroppsliga skeendena hos klienten för att upptäcka känslor och minnen som artikulerar sig genom kroppen, och kunna göra henne uppmärksam på dessa. I fenomenfältet manifesterar kroppen personens hela historia. När individen inte kunnat assimilera och överskrida händelser ur det förflutna, kan de återskapas för att nu tas upp i individens liv. Detta är vad som sker i terapin, hos klienten tar oavslutade situationer ur det förflutna på nytt form i den kroppsliga anonymiteten och det återuppväcker de kroppsliga reaktioner som hör till dessa situationer. Dessas innebörd kan då penetreras i det samskapande mötet mellan terapeut och klient. Upplevelsen kan stanna vid ett otematiserat kroppsligt minne, eller utvecklas till en erinrad frustrerande eller plågsam händelse i klientens liv. När upplevelsen artikulerats på såväl kroppslig som mental meningsskapande nivå, innebär detta att 'kontakt' slutligen kan upprättas, och att den kan assimileras i den anonyma kroppsligheten (jämför Bullingtons, 1999, strukturtransformering som resulterar i ny sedimentering). I gestaltterapi kallas detta att 'sluta gestalten', 'avsluta oavslutade affärer' eller 'att återupprätta kontaktkompetensen'. Förmågan att transcendera de händelser som varit oavslutade, och därför låsta på kroppslig nivå, återvänder gradvis. Det blir efterhand möjligt för patienten att skapa ny mening av problematis-

ka upplevelser genom att transformation av de högre psykosociala strukturerna kan göras. Den kroppsliga ”lösningens” nödvändighet upphör.

Pain, disgust, repulsion, are all disagreeable, but they are functions of the organism. Their occurrence is not accidental. They are nature's way of calling attention to what needs attention. /.../ If not allowed to claim attention and do its work, whatever this may be, it cannot be altered. Given attention and allowed to interact with the rest of your behaviour, it is sure to develop and change. (Perls, Hefferline & Goodman, 1951, s 167, kurs. original)

Terapeuten sätter inte upp några mål för klienten och säger ”Du bör vara så och så”. För att ett mål ska vara meningsfullt måste det istället komma från klientens grundläggande personliga erfarenhet av vara en del av världen. Detta motsvarar den gestaltterapeutiska praktiken att inte bryta ner klientens försvar (Kepner 1987). Om hennes operativa intentionalitet tvingar henne att hålla tillbaka kroppsligt och sätta upp försvar, beror det på att det är nödvändigt att anpassa sig till en farlig situation, och att detta är bästa sättet att bevara integriteten. Den perceptuella aktiviteten låter klienten välja vad hon kan tillåta sig att bli medveten om. När en person med terapeutens stöd kan våga bli medveten om något som tidigare avväjts, öppnar hon sig för olika perceptioner, gestaltterapiens ’kontakt’, och hennes värld kommer då att omorganisera sig och hon kan bli mera ’sann’ (jämför Bullingtons ’return to self’).

Återerövra sina känslor och sin kropp

Genom att klienten kan lära sig att acceptera sina känslor som ’givna’, kan hon också äga dem och därigenom också förändra sitt liv om hon vill. När känslorna kan ägas återfår hon sin förmåga att avgöra vilka behov, önsknigar, mål som är viktigast.

När en person varit utsatt för någon form av trauma, i bemärkelsen överväldigande händelse som inte kan hanteras av olika nivåer inom personen, är en av effekterna att hon inte kan känna igen sig i sin kropp. ”Jag är inte mig själv” kan hon säga för att uttrycka att hennes värld, eller förmåga att vara närvarande för sig själv, har inskränkts. För att

åter komma i kontakt med kroppen måste klienten våga leva de skrämmande känslorna. När hon med terapeutens hjälp långsamt och gradvist kan bli medveten om kroppsliga uttryck för olika känslomässiga erfarenheter igen, är hon på väg att återerövra denna del av sin värld. Att tillåta sig att bli medveten är att släppa fram hela gestaltbildningen utan att avbryta, och detta kan bara hända när det finns tillräckligt mycket stöd, skydd och uppmuntran från terapeuten.

Bilaga 2A: Mätning av den kroppsliga aktiviteten

Det autonoma nervsystemet

Högre organismer har två separata nervsystem, varav det ena är det somatiska nervsystemet (SNS), som hanterar sensorisk information och reglerar kroppens rörelser, medan det andra är det autonoma nervsystemet (ANS) som reglerar den inre miljön (de inre organen) och icke viljemässiga responser, t ex. de som är förknippade med emotioner (Grings & Dawson, 1978). ANS har två olika typer av efferenta (utåtledande) nerver: sympatiska och parasympatiska. Den etablerade uppfattningen är att dessa två typer av efferens har något olika funktion: de sympatiska nerverna stimulerar, organiserar och mobiliserar energiresurser i hotfulla situationer, medan de parasympatiska verkar för att bevara energiresurserna.

Varje inre organ är såväl sympatisk som parasympatisk innerverat. Den vanliga åsikten är att sympatiska förändringar i huvudsak tyder på psykologisk aktivering, medan parasympatiska tyder på psykologisk avspänning, skriver t.ex. läroboksförfattaren Pinel (2003). Men det är en överförenkling att, som ofta görs, knyta det sympatiska nervsystemet till olustfyllda och parasympatiska till lustfyllda stimuli, hävdar Bradley (2000). Sympatiska nervsystemet är mer allmänt inriktat på förberedelse och igångsättande av handling, vilket är ett icke-specifikt krav vid såväl lustfyllda som olustfyllda situationer. Det finns dessutom ingen konsistent reciprok aktivering mellan de sympatiska och parasympatiska systemen, de kan vara oberoende aktiva, reciprok kontrollerade eller samtidigt aktiverande. T ex. är hjärtfrekvensens acceleration vid olustfyllda stimuli större än vid lågintensiva stimuli, inte därför att den sym-

patiska aktiviteten ökar, utan för att den parasympatiska aktiviteten minskar (ibid.).

Det sympatiska systemet utövar en mera diffus, men också mera långvarig effekt på de organ som innerveras, medan den parasympatiska kontrollen är mer specifik med snabba, fasiska effekter (ibid.). Som effekt av sympatisk stimulering räknas t ex.: ökad hjärtverksamhet, sammandragning av blodkärl, ökad svettning, ökad andning, ökad basal metabolism. Som effekt av parasympatisk aktivitet räknas t ex.: minskad hjärtfrekvens, utvidgning av blodkärl och minskad andning (Pinel ibid.).

Det har på anatomiska grunder föreslagits att det parasympatiska nervsystemet är mera diversifierat än man tidigare föreställt sig, och att den mera reflexmässiga regleringen av de inre organens funktioner kompletteras av en annan funktionell del som är associerad till kognitiva processer vid förändringar i omgivningen (Öhman et al. 2000). Detta är den "polyvagala teorin" (Porges 1995), som visar på ett hierarkiskt system mellan olika nivåer inom ANS, vilket beskrivs i kapitel 3 (3.3.2).

Mätning av kroppsliga processer

Psykologiska händelser ses som integrerade i en matris av efferenta processer, vilket anses stödja uppfattningen att hjärnans främsta uppgift är att organisera denna efferens (Sperry 1952). Genom mätning av kroppsliga processer kan data erhållas för analys av mental aktivitet. Det motoriska systemet har tre underavdelningar, (1) interneuron (2) somatisk komponent och (3) limbisk komponent, och det är genom den sistnämnda som känslouttryck aktiveras, t ex. skratt och gråt. Det har effekten att sänka tröskeln för ryggmärgens motoriska kärnor så att aktiviteten i det somatiska undersystemet underlättas (Brunia & Van Boxtel 2000). När försökspersoner föreställer sig händelser som de varit med om är de olika sympatikusberoende aktiviteterna rikligare förekommande, än om de föreställer sig händelser som är irrelevanta på ett personligt plan. Forskare drar av detta slutsatsen att den fysiologiska aktiveringen är mer framgångsrik när ett existerande associativt nätverk kan aktiveras (Bradley ibid.).

När en situation uppstår, som t.ex. kräver vissa beslut eller handlingar, aktiveras dispositioner i de högre kortikala associationsområden som

innebär att viktiga fakta och annan relaterad kunskap hämtas fram. Samtidigt aktiveras det område som hanterar de emotionella associationerna, det vill säga olika limbiska strukturer (Tranel & Damasio 2000). Resultatet blir en rekonstruktion av tidigare inlärda emotioner som relateras till nya förhållanden. Författarna föreslår att denna reaktivering av det emotionella nätverket kan uppstå via en 'kroppslig loop', där somatiska enheter (t ex. muskuloskelettala, visceral och andra interna somatiska miljökomponenter) verkligen förändras, och där förändringen överförs till somatosensoriska kortex.

Mätområdena innefattar perifer nervaktivitet från såväl det somatiska som det autonoma nervsystemet. Responserna och responsberedskapen i berörda muskler kan mätas med elektromyografisk (EMG) mätning, och eftersom muskulär aktivitet innebär krav på den metabola hushållningen i organismen, engageras ANS alltid, ofta redan när själva muskelaktiviteten förutses. Förändringarna i ANS-aktivitet anses relaterade till de motoriska/beteendeariktade program som är associerade till emotionen (Levenson et. al. 1990). Den varierar med energikomponenten (det vill säga metabolismen), men mer för negativa än för positiva emotioner (Cacioppo et al 2000). ANS-aktivitet mäts direkt genom registrering av en eller flera fysiologiska parametrar såsom t ex. nervaktivitet, blodcirkulation, hjärtaktivitet, blodtryck, hudkonduktans, hudtemperatur, andningsrörelser, syra-basbalans, muskelspänningar med mera. Många subtila psykologiska processer äger rum utan visuellt observerbara förändringar. Snabba eller lågnivå-förändringar i EMG-aktivitet kan uppstå utan att detta leder till några synbara rörelser. Med hjälp av EMG kan sådana aktiviteter som sömn, tänkande, kommunikation, känslor etc. studeras med avseende på subtila, mera flytande responser eller underliggande mekanismer. (Tassinari & Cacioppo 2000). Emotionell aktivitet kan t ex. avläsas i ansiktsmusklerna i form av EMG-aktivitet, vilket kan användas för att markera affektiva episoder. (ibid.).

Det finns ingen konsensus inom psykofysiologin om vilket mått som bäst reflekterar allmän motivation, spänning eller aktivering (Tassinari & Cacioppo ibid.). Medan hjärtat är dubbelt innerverat är handens svettkörtlar innerverade endast med fibrer från det sympatiska nervsystemet, vilket skulle ha kunnat göra detta till ett bra mått på sympatisk aktivitet. Icke desto mindre styrs dess aktivitet av neurotransmittorn acetylkolin, vilket normalt ingår i det parasympatiska systemet, i motsats till att de flesta sympatiska fibrer har neurotransmittorn noradrenalin. Dessutom har det föreslagits att handsvettsaktiviteten kan spegla parasympatisk aktivitet, eftersom dessa körtlar kontrolleras av den del av hypotalamus

som är involverad i parasympatisk kontroll (Guyton & Hall 1996). Enligt Dawson et al. (2000) har emellertid övertygande evidens lämnats om att EDA verkligen är sympatiskt styrt, då man i studier jämfört nervpotentialerna med samtidig EDA-mätning. Vanligen ökar hudkonduktansen vid ökad emotionell aktivering då en bild visas, oavsett det emotionella innehållet. Hudkonduktansen varierar konsistent med rapporterad aktivering, ett signifikant linjärt samband erhålls då. Sådana samband har också erhållits i samband med aktiveringsstudier vid fantasiövningar och vid anteciperung av olustfylld elektrisk chock. Hudkonduktans tycks därför ge ett tillförlitligt mått på emotionell aktivering vid perception, anteciperung och fantasiövning. (Öhman et al. 2000). För att vara på säkra sidan är det lämpligt att mäta ytterligare en variabel enligt Bradley (2000), och här har fingertemperatur valts, då det anses vara ett odiskutabelt mått på sympatikusaktivering, eftersom detta är orsaken till att de små kärlen dras samman, vilket orsakar temperatursänkningen i huden. De två valda mätvariablerna kommer nu att beskrivas, så som de idag förstås och används i forskningen.

Hudkonduktans och fingertemperatur

Huden är ett selektivt skydd som förhindrar främmande materia att tränga in i kroppen samtidigt som den med hjälp av blodet underlättar att materia som inte ska vara där förpassas till utsidan av kroppen. Huden hjälper vidare till att upprätthålla vätskebalans och att hålla en konstant kroppstemperatur. Dessa funktioner sköts främst genom sammandragning/utvidgning av blodkärlen och genom variation av svettproduktionen. (Dawson et al. 2000) Det är mot bakgrund av dessa vitala och dynamiska funktioner inte konstigt att ett sådant organ står i ständig kontakt med hjärnans kontrollcentra, och att vi kan ta del av dessa signaler genom att avläsa dem i mätbara elektriska strömmar, det vi kallar hudkonduktans, eller elektrodermal aktivitet (EDA).

EDA-signalerna mäts i μS (mikro-Siemens) och bildar en vågformad linje, där linjens nivå, SCL (*skin conductance level*) är ett karakteristikum som anger den 'toniska' delen av EDA, vanligen mellan 2 och 20 μS . Den toniska nivån i EDA kan variera avsevärt mellan olika individer och inom en individ beroende på det psykologiska tillståndet. Det anses allmänt inom laboratorieforskningen att den toniska nivån sjunker grad-

vis vid vila, snabbt stiger när nya stimuli introduceras, och sedan sjunker igen när dessa stimuli repeteras.

Vågornas form är ett annat EDA-karaktäristikum, de kallas SCR (*skin conductance response*) och anger den 'fasiska' delen. De fasiska utslagen är kopplade till t ex. introduktionen av nya, oväntade, betydelsefulla stimuli, det vill säga 'orienteringsresponsen', men även till motbjudande stimuli. De kan också vara mycket små och icke-specifika, eller utlösas av suckar, skratt, rörelser. Förutom vågformens storlek (amplitud) kan man också beakta tidsaspekter, som hur lång tid den tar till sitt maximum och hur lång tid för att återgå halvvägs till ursprunget. Hur dessa aspekter förhåller sig till psykofysiologiska processer finns det dock för närvarande inte någon god kunskap om (Dawson et al. 2000).

Den toniska nivån och det fasiska utslaget varierar också till följd av fysiologiska skillnader i t ex. överhudens tjocklek, på ett sätt som inte är relaterat till psykologiska processer. För jämförelser mellan individer anses det således nödvändigt att korrigera för detta för att kunna få fram de variationer som är av psykologiskt intresse.

Den vanliga konstellationen av EDA-komponenter är, när SCL är hög, att SCR-amplituden är stor med kort latens (1-3 sek), snabb stegringstid och kort återgångstid. Det anses emellertid att de individuella differenserna är mycket stora, det som är en stor SCR för en kan vara ganska liten för en annan.

En förändring i EDA-aktiviteten sker inte i isolering, utan som en del av de komplexa reaktioner som förmedlas av det autonoma nervsystemet. En förhöjd tonisk nivå, SCL, kan generellt antas pågå samtidigt med ökning i hjärtfrekvens och blodtryck. Stimuli som utlöser SCR kan också antas höja hjärtfrekvensen och den perifera sammandragningen av blodkärlen med sänkt hudtemperatur som följd (ibid.). Varje individ har en 'individuell responsstereotyp' (Lacey & Lacey 1958), som innebär att samma fysiologiska reaktionsmönster vid stress i olika fysiologiska system kvarstår över tiden, och detta mönster varierar från individ till individ. Den autonoma sympatiska 'tonen' anger hög sympatikusaktivitet vid ökad känslighet för inre varningssignaler. Den kan variera mellan individer, och också relateras till vissa sjukdomstillstånd. T ex. har hudkonduktansen konstaterats vara signifikant förhöjd också i avslappningsfas efter stressmoment i laboratoriestudier med kroniska smärtpatienter (Tieme et al. 2006) men däremot låg hos personer med kroniskt trötthetssyndrom (Pazderka-Robinson et al. 2004). Dessa förhållanden har

till följd att olika komponenter i EDA- mönstret kan ha relativt dålig överensstämmelse mellan individer.

En fördel med att välja att mäta EDA är att det i motsats till flertalet andra ANS-mått erbjuder en direkt och oförvanskad representation av den sympatiska aktiviteten, anser Dawson et al (medan det också som nämnts finns andra åsikter om detta). Medan hjärtfrekvensen påverkas av såväl sympatikus som parasympatikus eller en kombination av dessa, kan man genom en snabb blick på EDA-kurvan konstatera om en sympatisk aktivering ägt rum eller ej (ibid.).

Autonoma reaktioner utlöses inte bara av negativa upplevelser som fara. Hudkonduktansen stiger t ex. inte bara vid åsynen av skrämmande bilder, utan också av intressanta, tilltalande bilder (Lang et al. 1993). Eftersom de fasiska reaktionerna, SCR, kan utlösas av så vitt skilda stimuli som nyheter, förvåning, intensitet, emotionellt innehåll, stimuli med en viss betydelse etc., är det omöjligt att identifiera en isolerad SCR som uppmärksamhets-, oros-, vredesreaktion eller dylikt. Den psykologiska meningen av en SCR-reaktion blir dock möjlig att tolka när man beaktar de villkor som gällde då reaktionen uppstod, anser Dawson et al. (ibid.). Ett sätt att förbättra tolkningsmöjligheten är att mäta ytterligare en ANS-variabel. I denna studie har fingertemperaturen valts.

EDA har visats vara ett användbart psykologiskt verktyg med brett användningsområde, hävdar Dawson et al. vidare. Inom beteende- och socialpsykologi har man funnit att (1) tonisk EDA (SCL) är användbart när det gäller att undersöka hur aktiverade och alerta personer är, och (2) att fasisk EDA (SCR) är användbart för att studera den sammansatta processen som rör uppmärksammande och meningsskapande av olika stimuli, och även individuella skillnader som gäller beteende och psykopatologiska tillstånd

Fingertemperaturen är en pålitlig indikator för sympatiskt aktiverad kärlsammandragning (Kistler et al 1998). Mikrocirkulationens förändring från händelse till att temperaturförändringen kan uppmätas till ca 15 sekunder. Kistler et al. hävdar att kärlsammandragning som varar minst 5 sekunder och startar vid minst 32°C, lätt kan demonstreras, och att vid denna typ av mätningar är genomförande och analys förhållandevis enkelt. Det innebär att om fingertemperaturen förändras till följd av en viss händelse, så fortsätter denna förändring en stund efter att en ny händelse inträffat som har en annan effekt på fingertemperaturen. Det är graden av förändringen, snarare är fingertemperaturen som sådan, som är den intressanta kortsiktiga indikatorn på kärlförändringar som kan hänföras till en viss händelse (van Reekum et al 2004).

EDA och fingertemperatur i psykoфизиologisk forskning

Mätning av hudkonduktans eller elektrodermal aktivering (EDA) är rikligt förekommande i psykoфизиologisk litteratur (se t ex.översikt i Cacioppo & Petty 1983). Med hjälp av denna variabel har aspekter av den kognitiva informationsprocessens fysiologi beskrivits, t ex. att ökning i EDA återspeglar centrala processer för att uppmärksamma och bearbeta information (De Swart & Das-Smaal 1976; Master & Gershman 1983; Patterson et al. 2002; Schell et al. 1988; Turpin et al. 1999). Samvariation anses också föreligga mellan EDA-förhöjningar och t ex. olika slag av affektintensitet (Roessler et al. 1975; Hubert & de Jong-Meyer 1991; Fowles 1988). Det funktionella neuroanatomiska arrangementet under kognitiv uppmärksamhet skiljer sig emellertid från det som gäller emotion, vilket kan mätas med EDA (SCR). Det har föreslagits att en integration sker av kognitiva och emotionella aspekter för att adekvata kroppsliga anpassningsreaktioner ska erhållas (Critchley et al. 2000).

EDA-data kan användas för att identifiera ångestladdat material eftersom reaktionerna anses kunna involvera det sympatiska nervsystemet (Lukens 1979; Miller et al. 1999; Birket-Smith et al. 1993), och har bidragit till förståelse av den uppdelning av emotionell (upplevd) och fysiologisk respons som sker hos den alexityma individen (Stone & Nielson 2001; Wehmer et al. 1995). Det har också gjorts försök att genom förhöjda EDA-värden påvisa att individen använder sig av t ex. sådana psykologiska företeelser som medvetet ”undertryckande av känsla” (Gross & Levenson 1993) och ”förnekande” (Bogren et al. 1998; Hughes et al. 1994; Lukens 1979). När försökspersoner fått låta olika obehagliga situationer utspela sig i fantasin, eller fått höra egna svåra upplevelser upplästa, har man kunnat avläsa förhöjda EDA-värden och därmed dra slutsatser om den psykologiska innebörden av fantasierna (Brownlee et al. 1992; Pitman et al. 2001; Witvliet & Vrana 1995; Orr et al. 1998; Shalev et al. 1993).

Jacobson (1927; 1932) gjorde mätningar av den elektriska muskelaktiviteten under fantasiövningar. Resultatet av dessa och andra försök var att EMG-responser utlöstes av psykologiskt relevanta uppgifter (t ex. att minnas ett poem) som var exakta och mycket vällokaliserade och ofta i den del av kroppen som man skulle använda om uppgiften krävt en sådan handling. (Tassinari & Cacioppo 2000). I ett försök (Öhman et al. 2000) fick subjekten dels föreställa sig neutrala scener, och dels sådana

med emotionellt varierande innehåll från egna personliga upplevelser som man berättat om i förväg. Utslagen blev större vid emotionella scener än vid neutrala, i synnerhet när det gällde rädsla och vrede. Bara själva tanken på handlingar med stora muskelgrupper gav utslag. Att mäta psykofysiologiska responser kan därför betraktas som ett "fönster" mot hjärnan och psyket, menar författarna. I ett annat försök började normala subjekt generera anticipatoriska (förtseende) hudkonduktansutslag (SCR) närhelst de övervägde ett beslut som visade sig vara riskabelt innan de visste explicit (medvetet) att det verkligen var ett riskabelt beslut. Detta antas vara ett icke-medvetet steg som i komplexa situationer föregår beslut, och där neurala system används som är andra än de som stöder den deklarativa kunskapen. Sådana SCR:s utvecklades inte av patienter med prefrontala skador (Tranel & Damasio 2000). Hudkonduktansreaktioner kan vidare framkallas med stimuli som skapar fruktan utan att försökspersonen är medveten om detta (Öhman & Soares 1993). De anses spegla en äkta respons av fruktan, det vill säga renodlat från förväntan eller orienteringsreflex.

Individuella skillnader har studerats med avseende på frekvens av ospecifika utslag och graden av habituering i fasiska utslag, dessa faktorer utgör grunden för ED-labilitet (electrodermal lability) (Crider 1993; Lacey & Lacey 1958). Hög frekvens av ospecifika utslag och/eller långsam habituering av fasiska utslag karaktäriserar ED-labila, medan motsatsen gäller för ED-stabila. Detta anses vara ett individuellt drag som är reliabelt över tiden. ED-labila beskrivs som överlägsna i uppgifter som kräver förhöjd beredskap, det vill säga förmåga att allokera kapacitet för informationshantering till ett målobjekt.

Tonisk EDA kan användas som index för energireglering eller mobilisering – uppgifter som kräver kraftfull resursallokering för uppmärksamhet, alternativt stress eller affekt – och denna mobilisering är associerad till förhöjd autonom aktivitet (Jennings 1986). Experiment visar att en fortgående uppgift (och hot) (1) ökar tonisk EDA, (2) reverserar den vanliga nedgången över tiden, (3) ökar frekvensen ospecifika utslag, (4) ökar frekvens och magnitud av fasiska EDA-utslag (5) fördröjer graden av habituering i fasiska EDA-utslag (Bohlin 1976).

Som framgått av den kortfattade översikten ovan, är resultaten som presenterats relaterade till ökande utslag i den uppmätta stressvariabeln, i dessa fall hudkonduktans (Dawson et al. 2000). Detta gäller såväl kognitiv orientering och uppmärksamhet som emotionella tillstånd av olika slag, samt social interaktion. När sjunkande EDA-värden uppträder

under mätningen tolkas de normalt som ett tecken på avspänning efter sympatisk aktivering, men det finns vissa undantag. Minskande EDA-utslag har t ex. konstaterats vid schizofreni (se t ex. Bernstein et al 1988; Öhman 1981), depressioner (t ex. Dawson, Schell & Catania 1977; Dawson et al. 1985; Wolfersdorf et al. 1996; Gehricke & Shapiro 2001; Ward & Doerr 1986) och allvarligare sjukdomstillstånd (Katsanis & Iacono 1994). En studie har funnit sjunkande EDA under traumatiska beskrivningar, och föreslagit att det rör sig om en särskild undergrupp av den studerade diagnosen PTSD (Griffin et al. 1997).

I den friska befolkningen bedöms ca 10 - 25 % ha ett mönster av liten eller obefintlig EDA-aktivitet (Dawson et al. 2000). Bland schizofrena patienter har man märkt emotionell tillbakadragenhet och dysorganisation hos sådana personer, medan motsatsen, fler symtom och maniskt beteende, gäller för personer med hög aktivitet. Vid psykos ökar den toniska EDA-aktiviteten liksom frekvensen av ospecifika reaktioner. Tonisk EDA-aktivering anses därför vara en tillståndskänslig symtomatisk episodindikator, som också kan indikera relaps i schizofreni. Toniskt och fasiskt låg aktivitet i EDA har konstaterats hos deprimerade personer (ibid.).

EDA anses mäta individuella differenser som på det mest reliabla sättet kan associeras med psykopatologiska tillstånd (Dawson et al. ibid.). Fowles (1988) menar att EDA främst influeras av ett neurofysiologiskt inhiberingssystem som svarar på bestraffning, på passivt undvikande, eller på en frustrerande icke-belöning; det vill säga det är ett system för mätning av ängslan, oro. EDA svarar alltså bäst på stimuli som utlöser sådan ängslan och där ett aktivt undvikande inte kan göras.

Fingertemperatur har använts som en av flera uppmätta stressvariabler i ett antal studier. Man har t ex. funnit avsevärt lägre fingertemperatur hos personer som lider av panikångest (Freedman et al. 1984; Prunetti, Fontana & Bicchieri 2006), och ett flertal laboratoriestudier har kunnat påvisa ett samband mellan sjunkande fingertemperatur och rädsla eller skräck (t ex. Ekman, Levenson & Friesen 1983; Collet et al 1997; Bloom, Houston & Burish 1976; Fredrikson & Ohman 1979; Crawford, Friesen & Tomlinson-Keasey 1977). Äldre studier har också visat samband mellan sjunkande temperatur och fientlig inställning eller depression (Graham 1955) och vid stressande social situation (Newton, Paul & Bovard 1957). Stigande fingertemperatur har ansetts kunna hänga samman med vrede (Ekman, Levenson & Friesen 1983; Freedman et al.,

1984). Man har också konstaterat stigande fingertemperatur under stress hos en undergrupp av kroniska smärtpatienter (Wickramasekera et al. 1998). Motsvarande förändring kunde inte konstateras i uppmätt sympatisk aktivitet med hudkonduktans (SCL). Författarna menar att reaktionen är specifik för det vaskulära systemet, och kan vara en markör för psykofysiologisk dissociation eller trauma som blockerats från medvetandet.

Bilaga 2B: Mätvärden under informantberättelserna

Studerade mätvärden

I denna studie är fokus de olika teman informanterna beskriver samtidigt med reaktionen, och det blir då viktigt att använda mätparametrar som relativt enkelt kan relateras till dessa teman. Hudkonduktans och fingertemperatur har valts som parametrar, dels för att en i alla fall teoretiskt möjlig täckande bild ska erhållas av ANS-reaktionerna i såväl deras sympatiska som parasympatiska delar, och dels därför att båda måtten är relativt okomplicerade att tillämpa i en klinisk intervju-situation. Det måste vara möjligt för informanterna att bortse ifrån den sensoriska mätutrustningen, och med dessa båda mätvariabler erfordras endast några sensorer fästa vid fingertopparna. De båda måtten är också relativt enkla att tolka, även om de i jämförelse med en del andra mått förändras relativt långsamt, t ex. är latenstiden för hudkonduktans 1-3 sekunder (Dawson, Schell & Filion 2000), och för hudtemperatur upp till 10-15 sekunder (Kistler et al. 1998).

En sammanfattning av den autonoma nervaktivitetens egenskaper för de båda mätvariablerna, skulle se ut på följande sätt (efter Bradley 2000; Dawson, Schell & Filion *ibid.*):

Blodkärl: Sympatisk aktivering: Oftast sammandragning (kalla händer), när den sympatiska aktiveringen minskar: händerna blir varmare.

Parasympatisk aktivering: ingen effekt

Svettkörtlar: Parasympatisk (alt. sympatisk) aktivering: svettning i handflatan, när den parasympatiska (alt. sympatiska) aktiveringen minskar: handsvetten minskar.

De två mätvariablerna hudkonduktans och fingertemperatur registreras av dataprogrammet under intervjun och produceras som grafer i ett koordinatsystem med tiden på x-axeln och mätvärdet på y-axeln. Hudkonduktans mäts i μS (mikro-Siemens) och hudtemperaturen i Fahrenheit.

Kurvan för hudkonduktans har normalt en svagt stigande tonisk lutning, med korta, fasiska inslag som ger kurvan dess veckbandsliknande utseende. Kurvan för fingertemperatur har normalt en svagt stigande eller fallande lutning.

Mot bakgrund av i litteraturen redovisade karaktäristika kan vissa överensstämmelser och andra avvikelser noteras i det material som ligger till grund för denna avhandling. Till exempel varierar i detta material det toniska EDA-värdet mellan 4 och 30 μ , medan variation mellan 2 och 20 μ anges i litteraturen (Dawson et al. 2000). Några iakttagelser av karaktäristika för mätdata i det här studerade materialet, som redovisas med reservation för att underlaget är alltför litet för att göra anspråk på reproducerbarhet. En större studie enligt traditionella psykofysiologiska principer kan vara av värde.

EDA, inledande mätning: Den toniska utvecklingen förefaller samvariera med antalet fasiska responser: ju mer sjunkande tonisk utveckling, desto färre fasiska responser. *Högre mått på utbrändhet enligt Pines-mätning motsvaras av färre fasiska responser.* Detta samband tycks särskilt starkt för Pinesvärde $> 4,5$ (motsvarande hög risk för utbrändhet).

FT, inledande mätning: Högre mått på utbrändhet enligt Pines motsvaras av en större variabilitet i temperaturen.

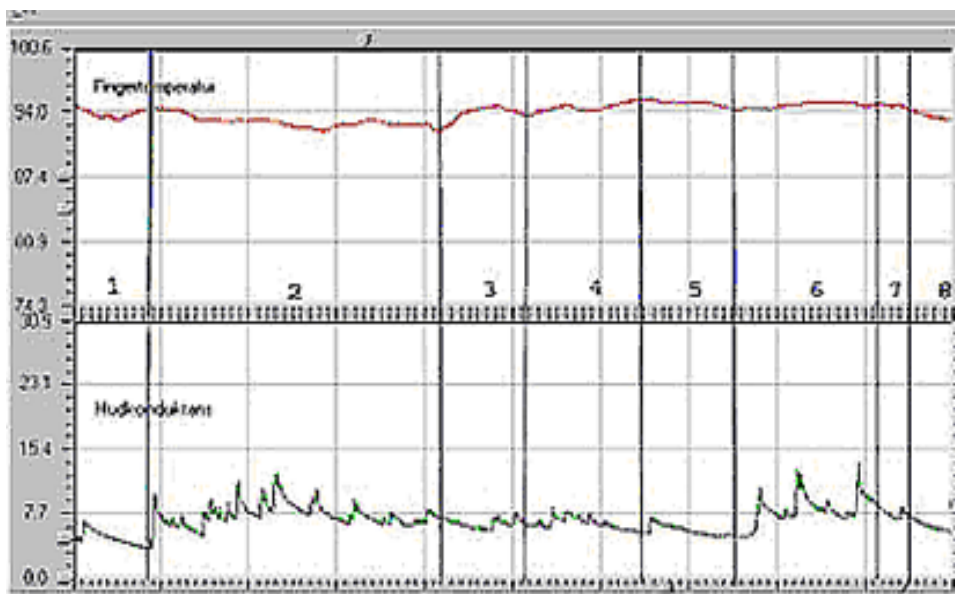
FT, uppföljande mätning efter behandlingens slut: *Medelvärdet för variabilitet i temperaturen minskar*, medan FT vid avslappning ökar.

I cirka hälften av materialet är EDA-tonusen stigande och i resten är tonus mer eller mindre oförändrad. Ingen av informanterna har en habituering i den meningen att tonus sjunker under intervjun.

Vad gäller hög frekvens av ospecifika utslag, är detta karaktäristiskt för nästan alla informanter.

Mätutslag vid olika teman

Olika teman innebär olika reaktionsmönster hos informanten i de två uppmätta variablerna. Som illustration följer här ett exempel på sådana variationer och en beskrivning av de olika teman informanten berättar.



Figur 31: FT (fingertemperatur) i Fahrenheit (övre) och EDA (hudkonduktans) i μS (nedre) vid olika teman

1. Inledande avslappning. FT förväntas stiga, vilket den dock inte gör direkt, först efter ett litet tag. EDA sjunker efter en inledande fasisk respons såväl toniskt som fasiskt, vilket tyder på avslappning
2. Informanten ombeds beskriva sina problem och berättar då om en nära anhörigs plötsliga död och hennes ansträngningar och misslyckanden i samband med detta. FT sjunker (ökad spänning), stiger sedan

- något och sjunker igen, EDA stiger toniskt och visar kraftiga fasiska utslag. Den autonoma aktiviteten är alltså här livlig
3. Informanten beskriver att relationen till den anhöriga under dennas livstid inte var oproblematisk. FT stiger (avspänning) och EDA sjunker toniskt och fasiskt. Minskande autonom aktivitet
 4. Berättelsen kommer in på uppväxtförhållanden och relationen till den avlidna, informanten beskriver sig själv som en ”duktig flicka” som ofta fick klara sig själv. FT stiger ytterligare något (avspänning), EDA-utslagen ganska små. Fortsatt låg autonom aktivitet
 5. Informanten beskriver sina framtidsutsikter i sitt arbete som ganska osäkra. FT rör sig något och EDA sjunker såväl toniskt som fasiskt. Sjunkande autonom aktivitet
 6. Här kommer informanten in på de förväntningar hon tycker sig känna från andra, och hur svårt det är att leva upp till dem fastän hon anstränger sig. FT tenderar att öka, EDA-aktiviteten ökar kraftigt både toniskt och fasiskt. Högt autonom aktivitet
 7. Den egna familjen beskrivs med tillfredsställelse. FT neutral, EDA-aktiviteten från föregående avsnitt avslutas. Neutral autonom aktivitet
 8. Det sista temat berör informantens dödsångest. FT sjunker något och den fasiska EDA-aktiviteten upphör. Minskande autonom aktivitet

”Fasisk styrka” som indikation för gruppstillhörighet

För att få en säkrare fördelning på respektive grupp har en indikator konstruerats som beskriver kraften i den fasiska aktiviteten. Det uttrycks som summan av fasiska utslag (SCR) per minut under den studerade tiden

För att en informant ska hänföras till en viss grupp erfordras att den fasiska styrkan förändras med en miniminivå mellan före- och efterintervju. Denna miniminivå har satts till 1 μ S.

Infor- mant	Medel- SCR	Antal utslag	"Fa- sisk	Medel- SCR	Antal utslag	"Fa- sisk	För- änd- Fasisk styr-
	före	/min	/min	efter	/min	/min	
	µS	st.	µS x antal	µS	st	µS x antal	/min
Grup- p							
Agnes (K2)	1,26	4,6	5,80	0,27	0,8	0,22	-5,58
Agata (K1)	0,52	8,4	4,37	0,09	4,2	0,38	-3,99
Linda (K13)	2,85	9,7	27,65	0,06	1,3	0,08	-27,57
Lena (K14)	0,58	5,1	2,96	0,34	3,6	1,22	-1,73
Mia (K9)	0,92	4,4	4,05	0,28	3,2	0,90	-3,15
Petra (K11)	2,26	2,8	6,33	0,8	2,6	2,08	-4,25
<i>medel</i>	<i>1,4</i>	<i>5,83</i>	8,16	<i>0,31</i>	<i>2,62</i>	0,81	-7,35
Grupp p							
Catarina (K5)	0,27	3,3	0,89	1,69	7,8	13,18	12,29
Johanna (K10)	0,11	3	0,33	0,87	6,5	5,66	5,33
Karolin (K8)	0,7	2,4	1,68	1,6	6,8	10,88	9,20
Sally (K12)	0,12	3,8	0,46	0,6	3,8	2,28	1,82
Leo (M1)	0,43	2,2	0,95	1,08	3,3	3,56	2,62
Viktoria (K3)	0,7	4,4	3,08	1,01	6,3	6,36	3,28
Yrsa (K7)	0,5	6	3,00	0,51	9,5	4,85	1,85
<i>medel</i>	<i>0,4</i>	<i>3,59</i>	1,44	<i>1,05</i>	<i>6,29</i>	6,60	5,17
Ej förd.							
Inga (K6)	0,53	4,1	2,17	0,6	4,9	2,94	0,77
Mikael (M2)	0,84	9,9	8,32	1,1	7,5	8,25	-0,07

Hudkonduktans

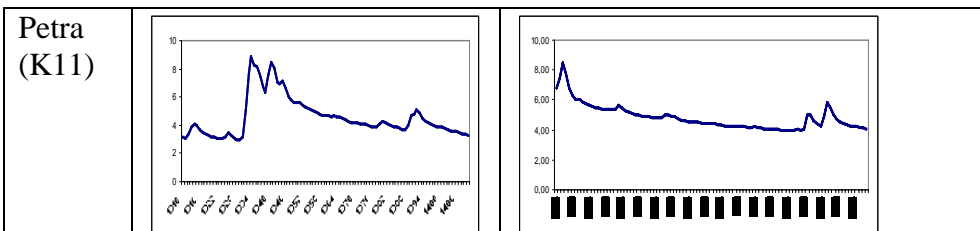
Följande figurer visar hudkonduktansens förändring de första 100 sekunderna när informanterna svarar på frågan hur de uppfattar att deras problem uppstått. På x-axeln framgår hur många sekunder av intervjun som passerat, och på y-axeln den relativa förändringen i hudkonduktans (mätt i μS) indexerat mot medelvärde under inledande avslappning. Grupperingen följer förändringarna i den fasiska hudkonduktansen, där grupp A innebär livlig fasisk hudkonduktans i föreintervjun och minskad livlighet i efterintervjun, medan grupp B innebär det motsatta, det vill säga mindre livlighet i föreintervjun och ökad livlighet i efterintervjun. Två informanters reaktioner stämmer inte in på denna gruppering som framgår ovan och redovisas därför först för sig.

Ej hänförliga till någon grupp:

	<i>Föreintervju</i>	<i>Efterintervju</i>
Inga (K6)		
Mika-El (M2)		

Grupp A

	<i>Före-intervju</i>	<i>Efter-intervju</i>
Agnes (K2)		
Agata (K1)		
Linda (K13)		
Lena (K14)		
Mia (K9)		



Grupp B

