

Emotionsforskningen på frammarsch

PSYKOTERAPEUTER LÄMNAR GAMLA SKYTTEGRAVAR

Emotionsforskning har viktiga bidrag att ge till såväl psykoterapeutisk teori som praktik och kan underlätta pågående försök till dialog mellan skilda psykoterapeutiska skolor.

Människans känsloliv har alltid givits en central roll vid psykiatrisk/psykologisk diagnostik. Under 1980-talet har dock både forskning och psykoterapi dominerats av den »kognitiva revolutionen».

Just forskning om människan som informationsbearbetande varelse har dock givit ny kunskap också om det emotionella systemet och dess olika funktioner. Denna kunskap har implikationer för psykoterapeutiskt arbete och kan bidra till den utveckling som pågår mot ökad integration mellan skilda skolor.

Talar långsamt, knyter händerna

En kvinna beskriver under en terapi sin makes död för många år sedan. Hon berättar om relationen till honom under sjukdomsförloppet och om begravningen. Samtalet förs i en allvarlig men känslomässigt sval atmosfär.

Vid beskrivningen av en situation tillsammans med maken en kort tid före dennes död gör terapeuten patienten uppmärksam på att de nu pratar om händelsen som den ser ut utifrån. Han ber patienten gå in i sin minnesbild och beskriva inifrån hur det kändes att besöka maken och vad hon hade velat säga honom.

Patienten, som annars talar snabbt och gärna hoppar mellan olika tankegångar, stannar upp. Efter en stunds tystnad ger hon uttryck för hur det kändes. Hon talar långsamt, knyter händer-

Författare

NIKLAS TÖRNEKE

överläkare, leg psykoterapeut, psykiatriska kliniken, Länssjukhuset, Kalmar.

na i förtvivlan och ilska. Hon formulerar vad hon hade velat säga, allt under starkt känslomässigt engagemang.

Det som kommer fram hjälper patient och terapeut att förstå mycket av det patienten upplever i sin nuvarande livssituation och underlättar det fortsatta terapiarbetet.

»En tredje kraft»

Ovanstående är exempel på vad alla som arbetar med psykoterapi är medvetna om, nämligen känslors centrala roll i det terapeutiska arbetet. Händelser som patienter beskriver som avgörande, antingen i eller utanför terapirummet, är oftast händelser där de varit starkt känslomässigt berörda.

Men hur ser känslors funktion ut, lite mer exakt? Vilken betydelse har de i det förändringsarbete som psykoterapi är?

Under 1980-talet har kognitiva funktioner stått i centrum för både psykologisk forskning och psykoterapi. Kunskapen om hur vårt minne fungerar och om hur vi bearbetar information har ökat. Den kognitiva terapin har rönt stora framgångar och etablerat sig som »en tredje kraft» jämsides med psykoanalytisk terapi och beteendeterapi.

Har gått framåt

Samtidigt har även emotionsforskningen gått framåt. Ledande forskare inom psykologi och neurobiologi är ense om att känslor har en central roll när det gäller att organisera den mänskliga informationsbearbetningen. Kliniska forskare har visat att svårigheter att härbärgera negativa känslor är en viktig faktor för risken att utveckla kliniska tillstånd, t ex ångestsyndrom.

Att forskningen på detta sätt »kommit i kapp» psykoterapin innebär att den på ett nytt sätt kan påverka det kliniska arbetet. Intresse för emotionsforskningens resultat märks hos företrädare för både psykoanalys [1], beteendeterapi [2] och kognitiv terapi [3]. Forskningen öppnar nya sätt att betrakta kända fenomen och ger en möjlighet för företrädare för skilda skolbildningar att lämna gamla skyttegravar och gemensamt diskutera vad som är bra psykoterapi för olika patienter.

En forskare som haft stor betydelse

för emotionsforskningens utveckling är den amerikanske psykologiprofessorn Silvan Tomkins. Han utvecklade sina teorier redan på 1960-talet men de har fått ny aktualitet på senare år, bland annat genom psykiatern Donald Nathansons arbete [4].

Tomkins [5] hävdar att människan föds med ett antal distinkta affekter som utgör vårt primära motivationssystem. Deras funktion är att vara förstärkare av de olika stimuli som människan möter, både utifrån och inifrån. Även så grundläggande drifter som hunger och sexualitet får enligt Tomkins sin kraft från de affekter de är kopplade till. Affekter gör bra saker bättre och dåliga saker sämre.

Nio medfödda affekter

Tomkins redovisar nio medfödda affekter, tre positiva (intresse, glädje och förvåning) och sex negativa (ledsnad, rädsla, ilska, skam, äckel och avsky).

Affekter är något som sker med hela människan. Hjärtat slår snabbare vid upphetsning och rädsla, vi rodnar vid skam och bleknar vid skräck. Dessa fysiologiska reaktioner fungerar som feedback och accentuerar den igångsatta affekten. Vi blir rädda så att håret reser sig och det i sin tur ökar vår rädsla.

Varje affekt är förknippad med ett specifikt ansiktsuttryck. Vid förvåning höjs ögonbrynen, ögonen och munnen hålls öppna. Vid skam vänds blicken ner och huvudet böjs och vid glädje är ansiktsmuskulaturen avslappnad och läpparna hålls isär och dras utåt.

Att dessa specifika ansiktskonfigurationer är transkulturella och därför sannolikt genetiskt determinerade är visat i upprepade forskningsarbeten [6].

Studier av små barn visar också att dessa ansiktsuttryck går att iaktta tidigt [6].

Studier av korrelation mellan muskelaktivitet och subjektiv känsloupplevelse med hjälp av elektromyografi stöder också Tomkins teori [7].

Neurobiologisk forskning har på senare år kommit med resultat som kompletterar den psykologiskt inriktade affektforskningen.

En forskningsgrupp runt Joseph LeDoux i New York har publicerat fynd [8] som visar att människan har ett

ANNONS

ANNONS

snabbt fungerande informationssystem baserat på negativa affekter (särskilt rädsla).

När människan t ex vid en skogspro-
menad plötsligt blir varse en orm i sin
omedelbara närhet bearbetas stimuli
först av thalamus, som skickar vidare
rudimentär information direkt till
amygdala parallellt med att information
också går vidare till syncentrum i cor-
tex. Från amygdala går signaler till cir-
kulationssystemet och muskulaturen
som förbereder handling. Den något
långsammare men mer fullödiga infor-
mationsvägen via cortex bekräftar eller
korrigerar därefter den igångdragna
rädslereaktionen. Känslan går fortare
än tanken.

Organiserade på tre olika nivåer

En forskare som bidrar med ett annat
perspektiv på samma ämne är Howard
Leventhal [9]. Han bygger sina teorier
på egna laboratorieexperiment men
hänvisar också till modern spädbarns-
forskning.

Leventhal menar att det vi kallar en
känsla är sammansatt av olika kompo-
nenter, som är hierarkiskt organiserade
på tre olika nivåer; längst ner den sensori-
motoriska, därefter schanivån och
överst den begreppsmässiga eller ab-
strakta nivån.

Den första nivån innehåller medföd-
da uttrycksmönster som är kopplade till
muskulaturen, bland annat i ansiktet.
Dessa reaktionsmönster utlöses auto-
matiskt hos det späda barnet både av
yttre (plötsliga ljud, hastiga rörelser,
specifika ansiktsuttryck hos vårdaren)
och inre (egna tarmrörelser) stimuli.
Det finns en rad studier som bekräftar
sådana reaktionsmönster hos små barn
[9].

Minnena analog till händelserna

Den andra nivån kopplar samman
ovanstående reaktionsmönster med
andra konkreta händelser, yttre och
inre. Schemata är minnen av motoriska
reaktioner kopplade till inre förmimmel-
ser och yttre händelser.

En viktig poäng är att dessa minnen
är analoga till händelserna, dvs de in-
kluderar de känslomässiga komponent-
erna. De fungerar utanför medvetande-
fokus och styr informationsbearbetan-
det genom att bilda automatiska för-
väntningar, styra associationer mellan
olika affektiva och kognitiva kompo-
nenter och bidra till selektiv uppmärk-
samhet. Ett schema utgör en enhet som
kan aktiveras på olika vägar, via någon
av sina olika komponenter.

Den begreppsmässiga tredje nivån
består av abstraktioner från de mer kon-
kreta nivåerna och innehåller alla våra

medvetna värderingar av det känslomässiga. Denna nivå kan styras viljemässigt och innehåller minnesbilder om känslor men inkluderar dem inte. Vi kan t ex berätta om ett tillfälle då vi var arga utan att känna ilska i nuet. Till viss del kan den påverka de lägre nivåerna, som när skådespelare framställer känslomässiga reaktioner som de också »känner».

Hos en vuxen människa är alla nivåer aktiva i känslomässiga reaktioner även om interaktionen sker på olika vis. En känsla kan igångsättas från olika nivåer i systemet, men oftast sker det från schanivån. Något i en människas upplevelse knyter an till ett givet schema och initierar ett emotionellt svar.

Känslor som informationsbärare

Affekter är biologiskt grundade, adaptiva reaktioner som återspeglar överlevnadsvärden och underlättar grundläggande mänsklig problemlösning, inte minst interpersonellt. De är snabba informationsbärare som gör det möjligt för individen att värdera skeenden och agera i dessa på ett ändamålsenligt vis, snabbare och mer sammanhållet än vad som är möjligt utifrån viljemässig styrning.

Dessutom är känslor handlingspotentialer. Rädsla leder (om den övergår till handling) till flykt, nedstämdhet till att man drar sig tillbaka och ilska till aggressionshandling. Samtidigt sker en medveten värdering av dessa inre skeenden.

Känslor informerar oss om vad yttre händelser innebär för oss som biologiska varelser och om vilka handlingspotentialer som väckts inom oss.

Känslor konstrueras i en given, konkret situation. En rad olika problem kan dock uppstå i denna konstruktionsprocess, beroende på att systemet på ena eller andra sättet är dysfunktionellt.

Problemen kan finnas på olika nivåer

Problemen kan finnas på olika nivåer. Om individen har svårigheter att bearbeta sensori-motoriska signaler sammanhängande med ilska till exempel, kan problem uppstå i situationer där ilska och självhävande skulle ha varit funktionellt.

En annan svårighet kan vara att vissa typhändelser (exempelvis nära fysisk kontakt) på schanivån är sammanlänkade med negativa affekter, som individen inte kan förstå men som styr beteendet.

Enligt Leventhals hierarkiska modell formas känslor både uppifrån och ner och nerifrån och upp. Terapeutiska tekniker som avser att utforska och påverka känslor bör rimligen också kunna

ingripa i processen från båda håll. Frågan om vilket som är lämpligast avgörs av den specifika problematik som man vill bearbeta.

Negativa affekter, funktion och dysfunktion

Ytterligare en forskare vars arbete kastar ljus över affekter och deras kliniska betydelse är psykologiprofessorn Seymour Epstein.

Det kliniska tillstånd som han analyserar mest uttömmande i sin forskning är posttraumatiskt stressyndrom [10]. Han beskriver ett naturligt sätt att hantera och lära av negativa affekter utifrån sin forskning med erfarna respektive oerfarna fallskärmshoppare [11].

Efter en ångestväckande händelse kvarstår en förhöjd ångestnivå en tid och den obehagliga händelsen återkommer i form av minnesbilder. Detta är adaptivt eftersom den förhöjda ångestnivån fungerar som ett varningssystem som håller individen alert för tecken på förnyad fara.

Samtidigt tvingar minnesbilderna individen att åter gå igenom förloppet, överväga handlingsalternativ och överhuvudtaget anpassa sin bild av världen och sig själv till det inträffade, dvs kognitivt integrera händelsen och därmed vara bättre skickad att möta nya livshändelser. Denna process kan gå mer eller mindre optimalt. Om inte individen förmår härbärga de negativa affekterna och ta till sig minnesbilderna tillgrips olika typer av mentalt undvikande eller, om man så vill, försvarsmekanismer.

Det är viktigt att bearbetningen sker stegvis så att de negativa affekterna inte når över en kritisk tröskel där det konceptuella systemet inte fungerar. Enligt Epstein är posttraumatiskt stressyndrom ett tillstånd där ett trauma varit så starkt att det konceptuella systemet inte förmått att integrera det samtidigt som de negativa affekterna inte går att hålla undan. Den kognitiva bearbetningen omöjliggörs av att minnesbilder och drömmar väcker negativa affekter som överskrider den kritiska tröskelnivån.

Föreslår två riktlinjer

Utifrån en modell som Epstein hämtar från stresshantering enligt ovan föreslår han två terapeutiska riktlinjer. Terapeuten ska å ena sidan hjälpa patienten att stegvis närma sig de negativa affekterna och å andra sidan underlätta den kognitiva bearbetningen.

Det förstnämnda sker genom »mental exponering». Patienten förs via perifera stimuli successivt mot allt mer centrala. Hur detta utspelar sig i terapirummet beskriver inte Epstein mer i detalj, men han hänvisar till att redan kända tekniker inom både beteendeterapi och psykoanalys går att förstå utifrån denna

ANNONS

modell. Poängen är att individen helt och fullt fokuserar på det stimuli som är hotande utan defensiva, undvikande manövrer.

Den andra komponenten är pedagogisk. Patienten ska undervisas i ångestens naturliga funktion och utifrån kunskap om stresshantering ges en rationell för exponering för negativa affekter och ångestväckande minnesbilder. Samtidigt är det viktigt att patienten får möjlighet att bearbeta sin övergripande syn på sig själv och sin relation till världen i ljuset av det inträffade och därmed underlätta den kognitiva bearbetningen.

Leventhals och Epsteins modeller har gemensamma implikationer för psykoterapeutiskt arbete. Båda modellerna talar för ett utforskande, känslolokuserat arbetssätt där terapeuten hjälper patienten mot korrigerande upplevelse.

»Nerifrån och upp och uppifrån och ner»

Samtidigt är poängen inte känsloutlevelse i sig utan det avgörande är att kunna kognitivt integrera negativa affekter. Den terapeutiska processen ska ske »nerifrån och upp och uppifrån och ner». Å ena sidan ska patienten hjälpas att utforska och erfara de känslomässiga komponenter som är en del i hennes/hans problematik och å andra sidan hjälpas att integrera dessa känslor i sin övergripande upplevelse och övertygelse om vem hon/han är och hur hon/han relaterar till tillvaron omkring sig. Dessa två uppgifter ska inte uppfattas som motsatta utan komplementära och terapiarbetet ska hela tiden röra sig mellan dessa två poler i en dialektisk process.

Utifrån denna modell kan man förstå mycket av det terapeutiska arbetet både inom psykoanalys och inom kognitiva och beteendeorienterade terapier. I den ofta intensiva relation som utvecklas mellan en psykoanalytiker och en analysand aktiveras hos patienten dysfunktionella emotionella scheman (överföring) [12].

Genom analytikerns förhållningssätt (konfrontationer, tolkningar) hjälps patienten dels att möta negativa affekter och dels att integrera dem i övergripande meningssamband. Patienten gör en ny, korrigerande erfarenhet. På ett motsvarande sätt kan man betrakta de tekniker beteendeterapeuter använder vid olika ångestsyndrom [13]. Behandlingsstrategier vid paniksyndrom, social fobi och specifika fobier t ex innehåller två huvudkomponenter.

För det första ska patienten hjälpas att möta de stimuli som väcker ångest (exponering). Det räcker dock inte med yttre stimuli i sig utan poängen är att ångest väcks och att patienten hjälps att stanna i den negativa affekten.

För det andra arbetar terapeuten med

den tolkning patienten gör av den väckta känslan för att hjälpa patienten till en avkatastrofierande, alternativ tolkning. Det känslomässigt erfarna ska integreras i övergripande meningssstrukturer.

Fler beröringspunkter än man velat se

Olika former av psykoterapi är och förblir i många avseenden olika. Samtidigt finns fler beröringspunkter än man i olika läger tidigare velat eller kunnat se. För att de olika skolbildningarna ska kunna befrukta snarare än bekriiga varandra finns behov av ett övergripande perspektiv, skilt från de enskilda riktningarnas klassiska teoribildning. Modern emotionsteori erbjuder ett sådant perspektiv.

Referenser

1. Basch MF. Understanding psychotherapy. New York. Basic Books, 1988.
2. Lundh LG. Beteendeterapeutisk forskning om ångeststörning; bäst resultat med affektiv terapi. Psykologtidningen nr 9 1993:4-7.
3. Safran JD, Muran JD. Emotional and interpersonal considerations in cognitive therapy. In: Kuehlwein KT ed. Cognitive therapies in action. San Francisco. Jossey-Bass, 1993: 185-212.
4. Nathanson DL. Shame and pride: affect, sex and the birth of the self. New York. Norton, 1992.
5. Tomkins SS. Affect theory. In: Ekman P ed. Emotion in the human face. New York. Cambridge University Press, 1982: 353-95.
6. Ekman P, Oster H. Review of research 1970-1980. In: Ekman P ed. Emotion in the human face. New York. Cambridge University Press, 1982: 147-73.
7. Izard CE. Facial expressions and the regulation of emotions. J Pers Soc Psychol 1990; 58: 487-98.
8. LeDoux JE. Emotion; clues from the brain. Annu Rev Psychol 1995; 46: 209-35.
9. Leventhal H. A perceptual-motor theory of emotion. Adv Exp Soc Psychol 1984; 17: 117-82.
10. Epstein S. The self-concept, the traumatic neurosis and the structure of personality. In: Ozer D, Healy J M, Seward AJ, eds. Perspectives in personality (Vol 3A). London: Jessica Kingsley, 1991: 63-98.
11. Epstein S. Natural healing processes of the mind: graded stress inoculation as an inherent coping mechanism. In: Jaremko M, Meichenbaum D, eds. Stress prevention and management. New York: Plenum Press, 1983: 39-66.
12. Wachtel PL. Action and insight. New York. Guilford, 1987.
13. Zinbarg R, Barlow D, Brown T, Hertz R. Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. Annu Rev Psychol 1992; 43: 235-67.

TILLVÄXT



FAKTORER

**Särtryck av en serie i
Läkartidningen 1995**

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19