

Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp

En jämförande historik

Gunilla Thernlund

Teorier och forskning om hur människor upplever och hanterar svåra upplevelser har skett parallellt längs flera linjer, som teorier om stress, kris, coping och etologi. Ofta har forskare inom ett område inte haft särskilt mycket kontakt med angränsande forskningsfält. Man har arbetat med olika modeller över samma skeende med vattentäta skott emellan.

Nittioalet har börjat kallas den postmoderna eran, med bl.a. större pluralism, vilket kan innebära att det börjar öppnas möjligheter till större integration mellan olika kunskapsområden. Det gör att vissa tankegångar kan få stöd från olika håll, medan andra idéer kanske behöver omprövas. Denna artikel är ett försök att belysa några olika teoretiska modeller över människans livskriser, framför allt psykodynamisk kristeori och copingteori.

Ett särskilt tack till fil. lic. Anne-Christine Gullacksen, "Copinggruppen" vid Socialhögskolan i Lund för inspiration och stöd i utforskandet av litteratur på detta område.

Gunilla Thernlund är överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund och doktorand vid barn- och ungdomspsykiatriska institutonen, Lunds universitet.

Psykodynamisk kristeori

Erich Lindemann beskrev på 40-talet reaktionerna hos överlevande efter en stor brand på nattklubben Coconut Grove (34). Det blev utgångspunkt för den psykodynamiska kristeorin, som i Sverige introducerats framför allt av Johan Cullberg (10). 1975 kom hans bok *Kris och utveckling* ut (11). Denna bok har fått en genomgripande betydelse. Den används i de flesta vårdutbildningar. De psykodynamiska kristeorierna har också infiltrerat vår vardagspsykologi och har på så sätt fått en stark kulturell inverkan.

De bärande ideerna i den psykodynamiska kristeorin kan schematiskt framställas som att en psykisk kris är

en följd av ett yttre eller inre trauma som innebär en påfrestning utöver det normala. Typexemplet är en nära anhörigs bortgång, men även insjuknande i svår sjukdom, skilsmässa, att förlora sitt arbete kan utgöra grund för en psykisk kris. Krisen tänks ha ett förlopp med olika faser, som måste passeras, *chockfasen*, *reaktionsfasen*, *bearbetningsfasen* och *nyorienteringsfasen*. Begreppet *sorgearbete* kan ses som en sammanfattning av dessa faser. Man tänker sig att om man "hoppas över" sorgearbetet så kommer det att kunna uppstå negativa följdverkningar. Man kan likna det vid att man kapslar in sorgen, som en varhård. Denna varhård kan ge olika symptom, som endast kan botas med att härden dräneras. Många psykiska och fysiska sjukdomar antas ha sin orsak i obearbetade kriser.

Dessa tankar ledde till att det under denna tid startades krismottagningar (5, 51), som skulle hjälpa människor att sörja på ett adekvat sätt och på så sätt förebygga sjuklighet. Omhändertagandet på sjukhusen förändrades också genom att vårdpersonal medvetandegjordes om vikten av att patienterna tilläts få utlopp för sina känslor. Allt detta har säkerligen haft en mycket stor betydelse för att skapa ett bättre vårdklimat på våra sjukhus.

Jag var själv starkt influerad av dessa tankar, när jag på 70-talet arbetade i det psykosomatiska konsultteamet på barnkliniken på Huddinge sjukhus. Jag hade dock en hel del problem med denna teori. Den fungerade ibland utmärkt när man försökte tolka en patients beteende, men jag fann det ofta svårt att få någon riktig ledning om hur man skulle hjälpa patienten framåt. Ibland gick dessutom verkligheten helt på tvärs mot teorin.

De psykodynamiska kristeorierna har också infiltrerat vår vardagspsykologi och har på så sätt fått en stark kulturell inverkan

Från att ha varit ett redskap för förståelse blev de psykodynamiska kristeorierna en kulturellt föreskriven norm

Fallbeskrivning: En mamma, som hade fått ett barn med Downs syndrom remitterades till mig. Anledningen var att mamman trots gedigen information inte alls hade reagerat känslomässigt på beskedet om barnets handikapp. Detta tolkades som en förnekad sorg och min uppgift var att hjälpa henne att komma i kontakt med sin ledsnad och besvikelse. När jag träffade mamman förklarade hon att hon mycket väl hade fattat att barnet skulle bli utvecklingsstört. Men, sade hon, - just nu är det precis som vilket spädbarn som helst. Jag vet att det kommer att bli problem i framtiden men just nu vill jag inte tänka på det för nu vill jag helt och fullt njuta av mitt barn. De problem som kommer att uppstå i framtiden kommer jag ta itu med när den dagen kommer. Nu vill jag bara uppleva mitt spädbarn som vilket spädbarn som helst. Hon önskade att jag hjälpte henne att få respekt för sin hållning hos vårdpersonalen, vilket jag också försökte. Jag vet inte hur bra jag lyckades, jag fick ibland en vag känsla av att det sågs som ett försvar mot att jag var en otillräcklig terapeut.

Jag kunde på den tiden inte sätta in den här mammans sätt att hantera problemet i en teoretisk referensram. När jag långt senare kom i kontakt med copingteorierna fann jag större möjligheter att tolka mammans reaktion. Coping är ett ord, som betecknar det sätt individen använder för att hantera livssvårigheter. Trots att ordet coping inte ligger så bra till på svenska, har ingen ännu funnit ett fullgott svenskt uttryck. I copingtermer hade mamman använt sig av distansering beträffande diagnosen - inte bortträngning. Förlossningen hade haft två helt skilda innebörder - glädjen att få ett barn och besvikelse över att det inte var friskt. Då glädjen var viktigare för denna mamma, förminskade hon betydelsen av besvikelsen, men förnekade inte problemet.

Förhållningsättet att betona de positiva delarna av en upplevelse och förminska de negativa har stor betydelse för att bevara hälsa, något som beskrivs utförligt bl. a. av Shelley Taylor i sin bok *Positive Illusions* (54). Copingbegreppet hade vid den tiden inte fått så stor spridning i Sverige trots att Richard Lazarus redan 1966 hade publicerat *Psychological Stress and the Coping Process* (30). I detta fall blev den psykodynamiska teorin snarare ett hinder för förståelse. Krisbegreppet hade fått en normativ karaktär, man skulle sörja på ett visst sätt. Från att ha varit ett redskap för förståelse blev de psykodynamiska kristeorierna en kulturellt föreskriven norm. Avvikelser från denna norm blev patologiserade. Att kristeorien har ett otillräckligt empiriskt underlag har flera forskare påvisat (52, 56).

Stroebe, Gerber et al. (53) har beskrivit sambandet mellan psykologiska teorier och övergripande samhällsliga normer och värderingar. De menar att de psykodynamiska teorierna kan härledas ur modernismen - att söka rationalitet och se människans psyke som en maskin som kan beskrivas logiskt. Freud tänkte sig att man har en given mängd libido som man kan investera. En viktig person blir "uppladdad" med en viss mängd libido. Om personen dör så måste man frigöra sin libido från den för att kunna investera i något mer realistiskt (dvs levande). Detta frigörande är målet för sorgearbetet. Denna syn kontrasterar starkt mot föreställningen under romantiken, där sorgen idealiserades och man gärna fick sörja resten av livet, att sluta sörja innebar att profanera den viktiga relationen. Det finns mycket olika syn på sorg i olika kulturer, i vissa lever de döda kvar och har sina särskilda platser, i andra skall de fortast möjligt glömmas.

En postmodern syn kan förhoppningsvis innebära större respekt för olikhet. Synen att sorg kanske inte måste upplevas på ett visst sätt, kan ge möjlighet till en större individuell frihet.

De psykodynamiska teorierna att dålig krislösning skulle vara orsak till ohälsa har dock fått ett visst stöd i livshändelseforskningen, där man försökt påvisa samband mellan att ha genomgått en livshändelse och sjuklighet (26). Livshändelseforskningen bygger i stor utsträckning på stressforskningen. Selye (47) talar om det generella adaptationssyndromet, som aktiveras vid stress - flykt/attackförberedelse. Lyckas ej det uppstår passiv förstelning. Dessa två beteenden är associerade med specifika hormonella profiler. En kvarstående stressreaktion kan tänkas ge upphov till sjukliga förändringar. Man har också med statistiska metoder påvisat ett sådant samband, men det har i regel varit mycket svaga med korrelationer på 0,20 - 0,30. Bl.a. detta faktum har gjort att forskare alltmer har intresserat sig varför det går bra för många människor trots att de upplevt stora svårigheter (1, 2, 40).

Copingteori

Barnpsykologisk forskning

Forskningen om vad som leder till hälsa är inte ny. Inom barnpsykologisk forskning fann man redan på 40-talet att ca 30 % av barn som upplever traumatiska händelser inte utvecklar symptom utan istället på ett kreativt sätt hittar metoder att handskas med dem (3). Under andra världskriget studerade Anna Freud och Dorothy Burlingham hur barn hanterade den stress som bomb-

Ca 30% av barn som upplever traumatiska händelser utvecklar inte symtom utan hittar istället på ett kreativt sätt metoder att handskas med dem

ningarna över London förde med sig (19). De använde ordet "cope" men först på 50-60-talet blev coping en etablerad psykologisk term.

Det finns en omfattande forskning om coping inom barnpsykologin och barnpsykiatri (20). Murphy och Moriarty studerade på 50-talet hur barn utvecklar sina copingstrategier i en longitudinell studie om "vulnerability" och "resilience" (41). En annan sådan studie som förtjänar att nämnas är Emmy Werners Kauaistudie - the Garden Islands -, där hon följt en population på Hawai (55). Hon har kunnat visa att även under mycket svåra uppväxtvillkor kan vissa barn utvecklas väl. Hon påvisade samband med genetiska faktorer, som social kompetens, begåvning, yttre faktorer som tillgång till socialt stöd och externa faktorer som skola eller kyrka som uppmuntrar till kompetens och ger kulturell tillhörighet. I Sverige har Marianne Cederblad tillsammans med Lisbeth Dahlin och Olle Hagnell funnit liknande samband i en studie av vuxna, som hade många riskfaktorer som barn (7, 12) den sk Lundby-studien.

Coping hos vuxna

Forskningen om coping hos vuxna tog också fart på 50-60-talet. Den emanerade också från de psykoanalytiska teorierna, främst den gren som kallas jag-psykologin (49). Särskilt tanken om att vissa psykopatologiska tillstånd hade samband med specifika försvarsmekanismer, som borträngning - hysteri, intellektualisering - tvångsneuros mm hade stort inflytande (48). Tyvärr visade det sig att dessa eleganta konstruktioner inte kunde beläggas empiriskt. De psykoanalytiska försvarsmekanismerna stod modell för copingmekanismerna. Den psykoanalytiska utvecklingsläran gav också upphov till tanken om en hierarki beträffande stresshantering, där copingmekanismer skulle vara det friska, försvarsmekanismer det neurotiska och jagsvaghet allvarligast med svår regression eller psykos som resultat (39, 23). I Sverige har Bo Hagberg använt psykoanalytiska försvarsmekanismer för att tolka copingstrategier hos äldre (24).

Coping som stil

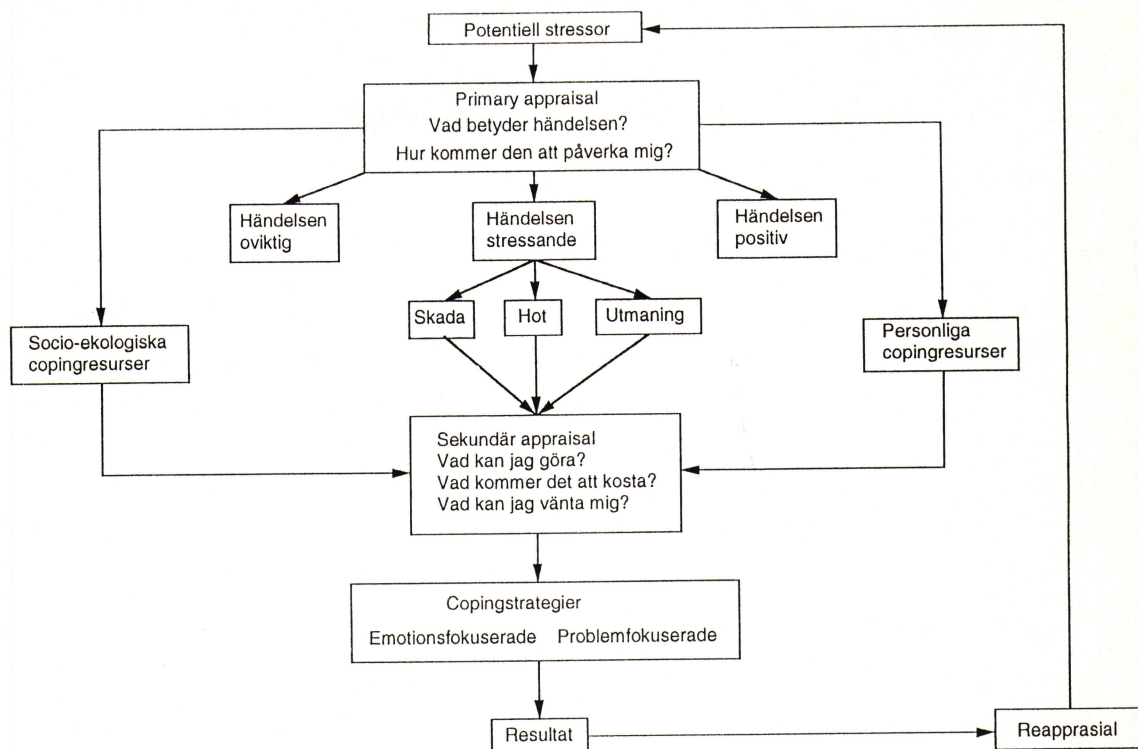
Den utvecklingsbaserade hierarkiska attityden till coping har gett upphov till en omfattande forskning där man försöker att definiera copingstilar. Man talar ofta om en dikotomi mellan borträngning (undvikande, förnekande) och "sensitization" ("vigilance"), vilket kan jämföras med stressteorins begrepp passivt - aktivt. Exempel på personlighetsegenskaper som anses hänga samman med copingstil är: "learned helplessness" (31), "locus of control" (45), optimism (46), neuroticism (6), humor (37), "hardiness" (27), "sense of coherence" (känsla av sammanhang KASAM) (2). Ett flertal frågeformulär har utvecklats för att mäta dessa egenskaper. Det finns också forskning som går ut på att beskriva copingstil, som använt sig av djupintervjuer (57), i Sverige har Sven-Axel Månsson och Mats Hilde studerat hiv-positiva homosexuella män (42) och Anne-Christine Gullacksen hörselskadade i arbetslivet (22). Det finns också studier som grundar sig på grounded theory (21), t.ex. har Hallberg och Carlsson undersökt hörselskadade (25).

Coping som process

På 70-talet kom ett nytt utvecklingssprång i coping-forskningen - nämligen att man började se coping som en process. De främsta representanterna för denna forskning torde vara Richard Lazarus och Susan Folkman. Lazarus kom från början från Berkely och forskning kring stress. Man avvisade tanken om hierarki och stil. Deras grundläggande invändning mot tidigare coping-forskning var att eftersom man i förväg hade bestämt sig för vilka försvarsmekanismer som var patologiska så påverkade det utvärderingen. Lazarus definition av begreppet coping är *kognitiva och beteende-mässiga ansträngningar att bemästra psykologisk stress*. De menar att det är mycket viktigt att skilja mätning av coping från mätningen av resultat. Dvs mätningen av coping måste vara oberoende av hur man värderar resultatet av copingprocessen. En huvudtanke är att vad som är god eller dålig coping måste sättas in i sitt sammanhang. Det är viktigt att bestämma utfallsskriterierna noggrant, om det är på kort eller lång sikt, i vilket avseende - det kan gälla moral, social funktion eller

Lazarus menar att även om man ofta ser bättre eller sämre coping så finns det inga universalkriterier

Figur 1. Processmodell av copingförloppet.



kroppslig hälsa. Lazarus menar att även om man ofta ser bättre eller sämre coping så finns det inga universal-kriterier.

Ett exempel som Lazarus diskuterar är förnekande - "denial" (28). Som psykoanalytisk försvarsmekanism anses det av hävd som en ogynnsam sådan. Lazarus tar som exempel hjärtattack (29). I förstadiet är det definitivt ogynnsamt eftersom ett förnekande av symtomen kan leda till att man ej söker hjälp i tid. När man väl hamnat på intensivsen är det dock klart visat att förnekande har en gynnsam effekt på återhämtningsförmågan. Om man försätter förneka även efter utskrivningen kan det igen bli problematisk om man tex inte bryr sig om att ändra livsstil etc (32, 33). Det är även visat att "denial" är gynnsam efter kirurgi (8). Däremot är den mycket olämplig om man har astma (50). Figur 1 av Beresford (4) visar en bild av processmodellen för coping.

"Primary appraisal"

En viktig faktor att ta hänsyn till är vilken stress som

skall bemästras, vad det är man "copar" med, något som Lazarus benämner "primary appraisal". Lazarus ger exemplet postoperativ coping vid bröstcancer. Om det gäller rädslan för återfall kan den tänkas variera med tiden. Den tenderar att öka när dagen för provtagning närmar sig och minskar strax efter ett positivt besked. Det kan också handla om stressen att informera familj och vänner. Är det en avancerad cancer kommer kanske tankarna på döden, funderingar på hur man skall ställa sig till obehaglig strål- eller kemoterapi etc (38). Om dessa olika typer av stress behandlas som ett och samma blir svaren mycket svårtolkade. Lazarus menar att man bör specificera vilket hot patienten upplever för att förstå copingstrategin. Man bör registrera vad personen tänker och gör i specifika stress-episoder. Detta bör registreras över tid både interindividuellt och intraindividuell.

"Appraisal" betecknar individens egen bedömning av situationen. "Primary appraisal" är den allra första bedömningen, "secondary appraisal" betecknar bedömningen efter det att individen också uppskattat vilka

möjligheter han/hon har att klara av stressen. Möjligheterna kan vara både inre/personliga och yttre, som tillgång på yttre stöd, ekonomiska tillgångar mm. "Reappraisal" är den bedömning som görs efter det att individen konstaterat vilken effekt första försöket att hantera situationen gav.

Copingmekanismer

Copingmekanismer är beteckningen på de åtgärder, som en person vidtar för att hantera en svår situation. En stor del av copingforskningen är bedriven med självsvarsformulär. Cohen har gjort en översikt av olika sådana mätmetoder (9). Det mest kända torde vara *Ways of coping questionnaire* utvecklat av Lazarus och Folkman (16). De har beskrivit 8 olika copingmekanismer: *konfrontation, distansering, självkontroll, söka socialt stöd, ta ansvar, flykt-undvikande, planerad problemlösning och positiv omtolkning*.

De flesta andra formulär är i olika hög grad inspirerade av *Ways of coping questionnaire*. En svensk översättning av *Ways of coping questionnaire* är använt i Lundbystudien (13). Det är avsett att användas i processforskning, men har ibland även använts för att beskriva copingstil. L-O Persson har utformat formuläret *Strategier att bemöta stress* (43), som avser att beskriva copingstil.

I de flesta stressituationer används flera mekanismer. Man har ännu ej klart för sig om det beror på vilken typ av stresssituation, vilken typ av hot, vilka livsmål som står på spel, tidigare värderingar mm eller om det helt enkelt är en tidsfaktor, dvs man prövar ett sätt och om det inte fungerar tar man ett annat etc. Om man följer samma person över tid finner man att vissa mekanismer är mer stabila än andra (15). T ex så förefaller att söka socialt stöd vara mer sammanhangsberoende, medan positiv omtolkning mer hade karaktären av copingstil.

Att copingmekanismerna kan ändras över tid kan illustreras av stressen det innebär att ta en examen. Folkman och Lazarus studerade collegestudenter och fann att en lång tid innan var informationsökning och socialt stöd vanligt, men minskade ju närmare dagen kom. Efter provet, i väntan på betygen, var distansering det vanligaste (14). Om man då frågar om copingmekanismer på hela processen blir svaren otolkbara. Denna

Även en sådan mekanism som önsketänkande, som i regel är en dålig strategi, kan ha poänger i vissa situationer

tidsaspekt är sällan medräknad i forskning.

Problemfokuserad coping och emotionsfokuserad coping

Lazarus drog tidigt en skiljelinje mellan två varianter av coping - problemfokuserad coping och emotionsfokuserad coping. Den första handlar om att påverka omgivningen, den andra om att ändra den relationella meningen t ex via förnekande, distansering eller positiv omtolkning. Ett exempel på det sistnämnda är om en nära anhörig säger något som kan tolkas förnedrande eller kränkande och man inte vill ha konflikt kan man tänka han/hon är nog trött eller haft en besvärlig dag på jobbet, vilket istället framkallar känslor av förståelse och tolerans istället för vrede.

Om stressen inte går att påverka verkar emotionsfokuserad coping vara att föredraga. Copingmekanismerna påverkar även det känslomässiga upplevandet. Folkman & Lazarus visade att stressen ändrades under resans gång och att detta delvis sammanhänger med vilka copingmekanismer som användes. T ex problemlösning och positiv omtolkning hade samband med minskad stress medan konfrontation och distansering ofta hängde samman med ökad stress, samma samband gällde personens upplevelse av om utgången var lyckosam eller ej (17). I andra sammanhang kan dock distansering vara en mycket värdefull mekanism. Även en sådan mekanism som önsketänkande, som i regel är en dålig strategi, kan ha poänger i vissa situationer, när det inte går att göra något åt situationen. T ex om man skulle stå framför exekutionspatrullen med en bindel för ögonen.

Kulturellt anses i västvärlden att problemfokusering är bättre än emotionfokusering, men Lazarus har allmer betonat att det beror på sammanhanget. I själva verket så använder vi nog många olika strategier invända i varandra. Vi måste alltid växla mellan problemorientering och orientering på våra egna upplevelser, när vi hanterar stress. Istället för att betrakta känslouttryck som störande element, som då också beskrivs som stress, kan vi genom att lyssna till våra känslor tolka det vi upplever dels i relationell aspekt och dels hur det påverkar oss avseende våra värderingar, bindningar till andra människor mm. Vi investerar känslor

Copingmekanismerna kan ändras över tid

mässigt i det som ger mål och mening åt vårt liv och våra känslor kan ses som ett slags mätinstrument, som det är viktigt att ta hänsyn till (18).

Resultatkriterier

Resultatet av copingprocessen kan beskrivas 1) i termer av anpassning, 2) som personens egen upplevelse av att ha lyckats, 3) konsolidiering, vilket betyder att personen har uppnått en stabil metod att handskas med stress under olika omständigheter. Detta kan ha uppnåtts via en föregående trial and error period.

Processforskning

Forskningen kan riktas både mot vad som avgör valet av en viss strategi och hur strategierna fungerar i adaptativt avseende. Strategierna - utförandet och situationen måste alltså passa ihop med varandra. Ett problem i forskningen är att det ofta används självvarsformulär för att mäta alla delarna av processen, vilket innebär risk för att någon annan faktor hos personen styr svaren. Det är därför viktigt att använda fler mätmetoder för att få mer tillförlitliga resultat.

Lazarus är kritisk till att enbart fokusera på copingstil, som han menar blir ett alltför grovt mått för att vara till egentlig nytta. Man måste ned på mer detaljer, som vad personer upplever och tänker när deras självkänsla hotas jämfört med när hälsan hotas eller när någon viktig person är avvisande. Eftersom stressen alltid finns i ett sammanhang mellan individ och omgivning så räcker det inte heller med att beskriva individen för att förstå processen utan man måste även beskriva omgivningsfaktorer.

Även processforskningen har sina begränsningar eftersom man ofta inte tagit hänsyn till personen i mening att den har egna värdehierarkier, egna intentioner, trossystem, livsplaner och en särskild social tillhörighet. Särskilt det faktum att människor är intentionella varelser förbises ofta i processforskning. I fortsatt forskning behöver man ta hänsyn både till stil och process, dessutom måste man mer intressera sig för den specifika meningen olika hotsituationer har i människors liv och inte minst sambandet coping och känslor.

Eftersom stressen alltid finns i ett sammanhang mellan individ och omgivning så räcker det inte heller med att beskriva individen för att förstå processen utan man måste även beskriva omgivningsfaktorer

Särskilt det faktum att människor är intentionella varelser förbises ofta i processforskning

Etologiska aspekter

Tomas Ljungberg har i sin bok: *Människan, kulturen och evolutionen* sammanfattat aktuella etologiska evolutionsteorier och gjort en jämförande analys med psykologisk teori (35). Utvecklingen av copingmekanismer har varit avgörande för människans överlevnadsförmåga i en föränderlig värld. Det finns mycket som talar för att många copingmekanismer bygger på genetiskt bestämda beteendemoduler, likaså bör det finnas bestämda mönster för beslutsfattande i krissituationer. Det kan illustreras med en historia ur Ljungbergs bok (sid 203):

Två jägare från en lokal stam är på storviltsjakt. Plötsligt störtar ett skadskjutet villebråd fram och anfaller de två jägarna. Den ene blir direkt ihjältrampad medan den andre flyr mot en skyddande träddunge. Den överlevande upplever då två samtidiga stressmoment - sorgen över kamratens död och hotet mot sig själv. I den situationen bör han lämpligen prioritera sitt eget skydd och fly. Under flykten är hela hans uppmärksamhet inriktad på den, men när han väl kommit i säkerhet kan han såsom en film spela upp hela händelseförloppet och med kraft genomleva en mer differentierad känslomässig reaktion som både innefattar skräck och sorg.

Denna prioritering i situationen gör han på bråkdelar av sekunder, han hinner alltså inte tänka utan man måste föreställa sig att en biologiskt nedärvd automatisk bedömningsförmåga har styrt hans handlande. Rimligen sätts denna automatiska mekanism in när skräcken når en viss nivå. För att klara sig måste mannen dock ha väl inövade färdigheter i att springa och att ta skydd. De andra aspekterna av händelsen lagras i något som Ljungberg kallar buffertminne, som tjänar till att skjuta upp genomlevandet av andra sidor av händelsen.

Andra etologiska forskningsresultat stöder också genetiska kopplingar till copingförmågan. Det tycks t.ex. som olika människor från olika kulturer på ett mycket precist sätt kan tolka vilken känsla som bilder av människor gestaltar. Vissa emotioner verkar genetiskt hopkopplade med specifik mimik och kroppshållning såsom glädje, förvåning, sorg, skräck mm (44). Utan att tänka på det tolkar vi kontinuerligt varandras signaler. Denna tolkning sker genom att vi själva får motreaktioner, tex när någon är arg kan vi bli rädda. Vår rädsla kan ses som en information om yttervärlden, som kan vara viktig att förstå. Är vår rädsla tillräckligt stark kanske vi flyr eller attackerar innan vi hinner tänka som storviltsjägaren. Styrkan i känslan avgör om mer pri-

mitiva mekanismer aktiveras. Är rädslan svagare hinner vi reflektera och göra ett val.

Likaväl som människor kan ha olika copingstilar, kan vi också vara olika skickliga i att tyda omvärlden. Utagerande ungdomars problem är ofta att de har svårigheter att tolka andra människors beteenden. De tror ofta att de blir attackerade eller hånade och går då själva till attack. Många har ju också tragiska bakgrunder. Om man tänker sig att ett litet barn blir svårt misshandlat eller ser sin mor bli svårt misshandlad, är det kanske inte konstigt att t.ex. vissa röstlägen kan väcka en automatisk skräckreaktion motsvarande vår attackerade storviltjägare, som på samma sätt sätter i gång en automatisk attack- eller flyktreaktion, innan vederbörande hinner tänka.

Sammanfattande synpunkter

I den svenska kliniska vardagen har den psykodynamiska kriteorin, som introducerats av Johan Cullberg, varit helt dominerande sedan mitten på 70-talet trots att man i den anglosachiska världen under 80-talet alltmer övergått till att använda begreppet coping för att förstå hur människor hanterar livssvårigheter. Båda teorierna har sitt ursprung i empiri och båda är från början starkt influerade av psykoanalysen. Kriteorin betonar betydelsen av de psykosexuella utvecklingsfaserna medan copingteorin har hämtat inspiration från jagpsykologin. Kriteorin har alltid betonat processer, men efter det att den formulerats har dess anhängare inte utsatt den för empirisk prövning. Copingteorin har varit fastare förankrad i empiri, men den har tidvis varit ganska statisk. Den har successivt blivit mer processinriktad. Den psykodynamiska kriteorin har utvecklats i ett behandlingsarbete med symtombärande patienter medan copingteorin intresserat sig mer för naturliga hälsobringande faktorer. Resultaten från copingforskningen visar klart att teser som varit närmast axiomatiska i den psykodynamiska kriteorin inte äger universell giltighet. Det finns dock inget självklart sätt att omsätta copingforskningen i praktisk klinisk verksamhet. Teorimässigt står den dock närmare kognitiv än psykodynamisk terapi. Utan att kasta ut barnet med badvattnet så skulle säkerligen mer uppmärksam-

het på copingforskningen kunna stimulera en vidareutveckling av det psykosociala arbetet inom olika vårdområden i Sverige.

REFERENSER

1. *Anthony E J*: The syndrom of the psychologically invulnerable child, in *The child in his family: Children at psychiatric risk*, E J Anthony & C Kourpernik Editors. 1974, Wiley: New York.
2. *Antonovsky A*: Health stress and coping. 1979, San Francisco: Jossey-Bass.
3. *Barker R G, Dembo T, Lewin K*: Frustration and regression, in *Child behaviour and development*, R G Barker, J S Kouninen & H F Wright, Editors. 1943, McGraw-Hill: New York.
4. *Beresford B A*: Resources and strategies: How parents cope with care of a disable child. *J Child Psychol Psychiatr*, 1994;35(1):171-209.
5. *Boethius E et al*: Kristerapi - ett alternativ? *Läkartidningen* 1977;74(15):1501-1503.
6. *Bolger N*: Coping as a personality process: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*, 1990;59:525-537.
7. *Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O*: Lundby-projektet: Påverkar barnpsykiatriska riskfaktorer den vuxnes psykiska hälsa? *Läkartidningen*, 1988; 85(49):4317-4321.
8. *Cohen F, Lazarus R S*: Active coping processes dispositions, and recovery from surgery. *Psychosom Med*, 1973;35:375-389.
9. *Cohen F*: Mesurement of coping, in *Stress, appraisal and coping*, R S Lazarus & S Folkman, Editors. 1984, Springer: New York 228-244.
10. *Cullberg J*: Det psykiska traumat. *Psykisk Hälsa*, 1971.
11. *Cullberg J*: Kris och utveckling. 1975, Stockholm: Natur och Kultur.
12. *Dahlin L et al*: Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatr Scand*, 1990;82:228-232.
13. *Dahlin L, Cederblad M*: Salutogenesis-protective factors for individuals brought up in a high-risk environment with regard to the risk for psychiatric or social disorder. *Nord J Psychiatr*, 1993;47:53-60.
14. *Folkman S, Lazarus R S*: If it changes it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Psychol*, 1988;48:150-170.
15. *Folkman S et al*: The dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 1986; 50:992-1003.
16. *Folkman S, Lazarus R S*: Manual for the ways of coping questionnaire. 1988, Palo Alto C A: Consulting Psychologists Press.
17. *Folkman S, Lazarus*: Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*, 1988;54:466-475.
18. *Folkman S, Lazarus R S*: The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med*, 1988;26:309-317.
19. *Freud A, Burlingham D*: War and children. 1943, New York: International University Press.
20. *Garmezy N, Rutter M (eds)*: Stress, coping and development in children. 1983, McGraw-Hill: New York.
21. *Glaser B, Strauss A*: The discovery of grounded theory. 1967, Aldine: Chicago.

Resultaten från copingforskningen visar klart att teser som varit närmast axiomatiska i den psykodynamiska kriteorin inte äger universell giltighet

22. *Gullacksen, A-C*: Hörselskadade i arbetslivet: Ett stresskontroll perspektiv. 1993, Socialhögskolan i Lund.
23. *Haan, N*: Conceptualizations of ego: processes, functions, regulations, in *Stress and coping: an anthology*, Lazarus RS & Monat A (eds). 1985, Columbia University Press: New York 144-153.
24. *Hagberg B*: Coping i ålderdomen - en begreppsmodell. *Gerontologia*, 1990;4(2):121-130.
25. *Hallberg L R, Carlsson S G*: A qualitative study of strategies for managing hearing impairment. *Br J Audiol*, 1991;25:201-211.
26. *Holmes T H, Masuda M*: Life changes and illness susceptibility, in *Stressful Life Events. Their Nature and Effects*. Dohrenwend B S & Dohrenwend B P (eds). 1974, John Wiley & Sons: New York.
27. *Kobasa S C*: Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*, 1979;37:1-11.
28. *Lazarus R S*: The costs and benefits of denial, in *Stress and coping: an anthology*, Lazarus R S & Monat A (eds). 1985, Columbia University Press: New York. sid 154-173.
29. *Lazarus R S*: Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 1993;53:234-247.
30. *Lazarus R S*: *Psychological Stress and the Coping Process*. 1966, McGraw-Hill: New York.
31. *Lennerlöf L*: Learned helpness at work. *Int J Health Services*, 1988;18(2):207-222.
32. *Levenson J L et al*: Denial predicts favorable outcome in unstable angina pectoris. *Psychosom Med*, 1984;46:109-117.
33. *Levine J et al*: The role of denial in recovery from coronary disease. *Psychosom Med* 1987;46:109-117.
34. *Lindemann E*: Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatr* 1944;101:141-148.
35. *Ljungberg T*: Människan, kulturen och evolutionen. 1991, Kristianstad: Exiris.
36. *McCrae R R, Costa P T*: Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *J Person*, 1986;54:385-405.
37. *Mechanic D*: Some modes of adaptation, in *Stress and coping: an anthology*, 3rd ed Lazarus R S & Monat A eds. 1991; Columbia University Press: New York.
38. *Mendelsohn G A*: The psychological consequences of cancer. A study of adaptation to illness. *Cah Anthropol*, 1979;2:53-92.
39. *Menninger K*: Regulatory devices of the ego under major stress. *Int J Psycholanal*, 1954;35:412-420.
40. *Moos R H*: *Human adaptation: Coping with life crises*. 1976, Lexington, Mass: D C Heath.
41. *Murphy L B, Moriarty A E*: *Vulnerability, coping and growth*. 1976, Yale University Press: New Haven and London.
42. *Månsson S-A, Hilde M*: Mellan hopp och förtvivlan - en studie om hiv och homosexualitet. 1990, Studentlitteratur.
43. *Persson L-O*: Strategier att bemöta stress. Presentation av ett frågeformulär. 1985, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
44. *Rinn W E*: The neuropsychology of facial expression: a review of the neurological and psychological mechanisms for producing facial expressions. *Psychol Bull*, 1984;95(1):52-77.
45. *Rotter J B*: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966;80(1).
46. *Scheier M F, Weintraub J K, Carver C S*: Coping with stress. Divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol*, 1986;51:1257-1264.
47. *Selye H*: History and present status of the stress concept. in *Goldberger L & Breznitz S eds. Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*, 1982, Macmillan Publ Co.
48. *Shapiro D*: Neurotic styles. 1965, Basic Books: New York.
49. *Sjöbäck H*: The psychoanalytical theory of defensive processes. 1973, New York: Wiley.
50. *Staudemeyer H et al*: Medical outcomes in asthmatic patients. Effects of airway hyperreactivity and symptom-focused anxiety. *Psychosom Med*, 1979;41:109-118.
51. *Stenstedt K*: Krisbehandling i öppenvårdsteam - ett psykiatriskt vårdalternativ. *Läkartidningen* 1973;70(46):4154-4158.
52. *Stroebe M, Stroebe W*: Does "grief work" work? *J Consul Clin Psychol*, 1991;59(3):479-482.
53. *Stroebe M et al*: Broken hearts or broken bonds. Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 1992;47(10):1205-1212.
54. *Taylor S*: *Positive illusions*. 1989, New York: Basic Books.
55. *Werner E E, Smith R S*: *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. 1982, New York: McGraw-Hill.
56. *Wortman C B, Cohen Silver R* (1990): The myths of coping with loss. in *Stress and coping: an anthology*, 3rd ed Lazarus R S & Monat A eds. 1991, Columbia University Press: New York, 388-405.
57. *Zautra A J, Wrabetz A B*: Coping success and its relationship to psychological distress for older adults. *J Pers Soc Psychol*, 1991;61:801-810.

Friskvårdsutbildning

Ta chansen och välj bland de ettåriga utbildningarna som finns över hela landet

Grimslöv (Växjö) 0470-504 10
Hagaberg (Södertälje) 08-550 355 11
Hamnäs (Ö-vik) 0660-481 25
Hjälmarred (Alingsås) 0322-139 69
Jakobsberg (Sthlm) 08-580 304 44
Lillsved (Sthlm) 08-541 383 50

Malung (Falun) 0280-143 00
Molkom (Karlstad) 0553-100 04
Munka Ljungby (Ängelholm) 0431-320 10
Vindeln (Umeå) 0933-100 24
Väddö (Norrtälje) 0176-500 18
Åsa (Katrineholm) 0157-505 10