LUND UNIVERSITY

Mellan sanning och konsekvens

En studie av den tredje generationens kognitiva beteendeterapier

Ringström, Jonas

2011

Link to publication

Citation for published version (APA):
Ringström, J. (2011). *Mellan sanning och konsekvens: En studie av den tredje generationens kognitiva beteendeterapier*. [Doktorsavhandling (monografi), Sociologi]. Lund University.

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

MELLAN SANNING OCH KONSEKVENS

Mellan sanning och konsekvens

En studie av den tredje generationens kognitiva beteendeterapier

Jonas Ringström

LUNDS
UNIVERSITET

Lund Dissertations in Sociology 99

Copyright © Jonas Ringström

SÄTTNING
Jonas Ringström

OMSLAG
Jonas Ringström

TRYCK
Media-Tryck, Lunds universitet
Lund 2011

Sociologiska institutionen, Lunds Universitet
ISBN 91-7267-338-9

Innehåll

Förord 5

Kapitel 1. Inledning 7

1.1. Syfte och problemställning 7

1.2. Teoretiskt angreppssätt 11

1.3. Material 13

1.4. Avhandlingens disposition 16

Kapitel 2. Den tredje generationens terapier 21

2.1. Kognitiv beteendeterapi 22

2.2. De tre terapimodellerna 24

2.3. Den tredje generationen av vad? 30

2.4. Borderline personlighetsstörning 34

2.5. Tredje generationens terapier som samhällsfenomen 38

Kapitel 3. Introduktion till problemet 41

3.1. Sanning och det oundvikliga 44

3.2. Sanningen om vad? 46

3.3. Experimentet som modell för vetenskapen 51

3.4. Pragmatism 55

3.5. Den tredje generationens terapier och brottet med vardagsförståelsen 58

Kapitel 4. Historisk epistemologi 61

4.1. Epistemologi 64

4.2. Arkeologi ... 77
4.3. Genealogi ... 84
4.4. Avslutande diskussion ... 92

Kapitel 5. Mellanspel: En begreppsanalys ... 95
5.1. Begreppsliga kriterier och interna motsättningar ... 97
5.2. Funktionsbegreppet som alternativ väg ... 99
5.3. Förklaringar på person- och subpersonnivå ... 106
5.4. Epistemologiskt och konceptuellt brott ... 118

Kapitel 6. Brottet: En analys av tre terapimodeller ... 125
6.1. En gräns både runt och inom den teoretiska modellen ... 128
6.2. Acceptance and Commitment Therapy ... 134
6.3. Metakognitiv terapi ... 160
6.4. Dialektisk beteendeterapi ... 172
6.5. Den tredje generationens problematik ... 187

Kapitel 7. Konstruktionen av kunskapsobjektet ... 191
7.1. Visualiseringen av känslor, tankar och handlingar ... 196
7.2. Materialiseringen av känslor, tankar och handlingar ... 202
7.3. Hanteringen av känslor, tankar och handlingar ... 219

Kapitel 8. Sammanfattning ... 239
8.1. Att något är falskt innebär inte att det är ideologi ... 242
8.2. Terapins vara eller icke-vara ... 244
8.3. Filosofi som terapi – terapi som filosofi ... 245

Summary in English ... 247

Referenser ... 251

Förord

Efter fem års arbete kan jag konstatera att det varit väldigt roligt att skriva denna avhandling. En viktig orsak till detta har varit min handledare Thomas Brante, som kommit med värdefulla förslag, kommentarer och kritik. Förhoppningsvis kan något av all tid och arbete du lagt ner i läsningen av olika versioner av manuskriptet skina igenom i slutresultatet. Tack! Tack även till min bihandledare Lars-Gunnar Lundh som gett viktiga kommentarer på valda delar av avhandlingen. Jag vill rikta ett stort tack till Henrik Gundenäs, Maja Karlsson och Anders Hylmö som läst manuskriptet och vars värdefulla kommentarer och synpunkter på olika sätt inspirerat avhandlingens utformning. Tack även till Sune Sunesson och alla andra som under slutseminariet gav förslag på förbättringar. Jag vill också tacka vänner och arbetskamrater som förgyllt doktorandtiden. Här vill jag särskilt nämna Klas Gustavsson och Anna Engstam. Tack även till: Terese Anving, Elisabet Apelmo, Sara Eldén, Magnus Karlsson och Maria Norstedt. Jag vill även tacka Eva Kärfve och Carl-Göran Heidegren för hjälp under ett tidigt stadie av avhandlingsskrivandet.

Jag vill till sist också tacka Anna-Maria och Bernard. För stöd och hjälp i avhandlingsskrivandet. Men ett lika stort tack för att ni ibland fått mig att strunta i avhandlingen. Det har varit till minst lika stor hjälp. Tack för allt!

Kapitel 1. Inledning

> Kunskap om själen uppkommer aldrig automatiskt, den skapas genom reflektion. Själen liknar ögat på så vis att den ser allt, men kan bara se sig själv i en spegels reflektion […]. På samma sätt kan själen bara upptäcka sig själv i sin reflektion och i igenkännandet av sina effekter.[1]

1.1. Syfte och problemställning

Denna avhandling är en analys av kognitiv beteendeterapi. Psykoterapi i allmänhet och kognitiv beteendeterapi i synnerhet består av samtal som ska leda fram till kunskap om patientens problem, samt metoder för att lösa dem. Samtalet tillmäts stor betydelse och terapin kan ibland vara skillnaden mellan liv och död.[2] Även om medicinering med antidepressiva och antipsykotiska läkemedel används för att minska vissa symtom, betraktar många psykoterapin som det enda sättet att komma till roten med patientens problem. Men vad är det som gör att terapin kan ha så stor inverkan på patienten och dennes situation? Vad är det som ger terapin dess makt?

Avhandlingens syfte är att undersöka hur förklaringsmodeller av människans känslor, tankar och handlingar används i psykoterapin för att producera

---

[1] Scipion De Pleiz (1636), *Corps de Philosophie contenant la Logique, la Physique, la Métaphysique et l'Éthique*, s. 353, citerad i Georges Canguilhem (1968), "Qu'est-ce Que la Psychologie", i *Études d'Histoire et de Philosophie des Sciences*, s. 367.

[2] Cirka 90 procent av de borderlinepatienter som någon gång behandlats vid psykiatrisk klinik har gjort ett eller flera allvarliga självmordsförsök, och cirka 10 procent dör genom självmord.

kunskap om och intervenera i psykiskt lidande.[3] Jag utgår från en förståelse av terapi som ett möte mellan vetenskaplig och vardaglig kunskap. Dessa kunskapsformer värderas på olika grunder. Förklaringsmodellen bedöms utifrån ett *vetenskapligt* ramverk med hänsyn till utsagors *sanningshalt,* medan terapin som intervention i patientens problem (och hennes[4] förståelse av dem) bedöms utifrån ett *pragmatiskt* ramverk med hänsyn till terapins *konsekvenser* för patienten. Avhandlingen analyserar mötet mellan dessa kunskapsformer samt deras olika premisser och möjligheter. Syftet kan specificeras i tre punkter. Det gäller *subjektets roll i terapin*, *mötet mellan vetenskaplig och vardaglig kunskap* samt *terapi som tillämpning av tekniker.* Syftet består av dessa tre delfrågor.

För det första är terapin en diskurs om *subjektet.* Även om de problem som gjort att patienten sökt sig till terapin oftast har andra orsaker än patienten själv – ett traumatiskt förflutet, en ohållbar livssituation eller något annat utanför patienten – är dessa orsaker bortom terapins räckvidd. Behandlingen går ut på att förändra patientens *förhållningssätt* till problemen, inte problemen i sig. Syftet är att ge patienten makt och förmåga att påverka sin situation (att bearbeta sitt trauma, att förändra sin livssituation och så vidare). På AnBo:s – Anhörigförening för *borderline* – hemsida citeras ett ”kinesiskt ordspråk” som beskriver situationen väl: ”Att sorgens och bekymrens fåglar flyger över ditt huvud kan du inte ändra, men att de bygger bo i ditt hår kan du förhindra.”[5] Sorg, förlust och smärta är ofrånkomliga delar av livet, men frågan är hur mycket man låter dem påverka sitt liv och sin inställning. Uppmaningen förutsätter en förmåga att skilja mellan det man har makt över och det som man står maktlös inför. Den första frågan som ställs i avhandlingen är hur en sådan makt kan utövas över den egna personen. För att tala med Michel Foucault handlar det om att skapa en etisk och ”sann” relation till sig själv, att utöva en form av *omsorg om sig.*[6] Med ”omsorg om sig” menar Foucault individens försök

---

[3] I avhandlingen används begreppet ”psykiskt lidande” för att beskriva de upplevelser som resulterar i att patienter uppsöker terapin – det som annars brukar kallas för psykisk sjukdom, psykisk ohälsa och så vidare. Jag väljer ”psykiskt lidande” för att det är mindre behäftat med orsaksdiskussioner än alternativa begrepp som ”sjukdom”, ”störning” och ”patologi”.

[4] För läsbarhetens skull skriver jag inte ”han eller hon” när jag talar om patienten. De flesta av de diskuterade författarna använder feminint genus när de syftar på patienter, och så gör även jag för kontinuitetens skull.

[5] http://www.anbo.se/, hämtningsdatum 110829.

[6] Se Michel Foucault (1984/1987), *Sexualitetens historia, band tre, Omsorgen om sig*, s. 38–66, 211–216.

att omforma och ”finna” sig själv. Hur ska man vara, mot sig själv och andra, för att må bra och ha möjlighet att leva ett gott liv? Terapi är ett sätt att lära känna sig själv och förstå vem och vad man är. Men som det inledande citatet antyder är individens förhållande till den egna personen behäftat med metodologiska svårigheter. Vilka bilder ”reflekteras” tillbaka mot patienten när hon tittar in i den spegel som terapin utgör? Utifrån detta resonemang analyserar avhandlingen hur subjektet beskrivs och åberopas i terapin. Hur interpelleras individen som subjekt med förmåga att styra över sig själv med hjälp av kunskap om vad som går att förändra och vad som måste accepteras? Jag vill beskriva terapi som en metod för att uttrycka och utöva vad Foucault kallar ”sanningen om sig själv”.

För det andra frågar jag mig hur terapi använder och förhåller sig till vetenskaplig och vardaglig kunskap. Hur beskrivs och används vetenskaplig kunskap? Hur beskrivs och används vardaglig kunskap?[7] Jag vill ställa frågan hur man kan försäkra sig om att den sanning man utgår från verkligen är *sann*. Många har velat göra anspråk på den, men ingen är mer förknippad med sanning i det moderna samhället än *vetenskaperna*. De tre terapimodeller som kommer att analyseras – *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *den metakognitiva terapimodellen* (MkT) och *dialektisk beteendeterapi* (DBT) – är var och en på olika sätt knutna till vetenskapliga projekt. De beskrivs i tur och ordning som ”systematiskt konceptualiserad och inkorporerad i empirisk prövning”,[8] som den ”kliniska applikationen av den kognitiva vetenskapens

---

[7] ”Vardaglig kunskap” och vardagsförståelse är tämligen svårdefinierade begrepp. Denna kunskap skiljer sig åt från individ till individ, men skapas i samtliga fall i en samhällelig kontext. I avhandlingen avses bara den förståelse patienten har av orsaker och anledningar till att hon har vissa känslor och tankar, samt till att hon handlar på det sätt hon gör, kopplat till psykiskt lidande och hälsa. En vardagsförståelse av orsaken till att man känner sig olycklig kan vara att någon varit elak. Man tänker negativa tankar om sig själv *för att* man är en dålig person. Man avslutar sina relationer till andra *för att* ingen kan tycka om en så trist människa. Denna förståelse är resultatet av hur man upplever sin situation. Kunskapen får sin specifika form beroende på de omständigheter som den uppstår i. Sociologiska storheter som klass, kön och etnicitet, är tillsammans med psykiska processer, exempelvis erfarenheter av övergrepp, bara ett fåtal beståndsdelar av patientens vardagliga kunskap. Det är inte min avsikt att spåra orsakerna till att en viss vardaglig kunskap uppstått.

[8] Steven C. Hayes och Julieann Pankey (2003), ”Psychological Acceptance”, i (red.) William O’Donohue, Jane E. Fisher och Steven C. Hayes *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, s. 5.

resultat"[9] och som "bekräftad som effektiv behandling [...] i vetenskapliga prövningar"[10]. Även andra praktiker – främst andliga och religiösa – har ansetts leda fram till sanningen om människan. Inte minst därför är terapins på många sätt unika åberopande av vetenskapliga resultat i sitt sökande efter sanningen om människan intressant som samhällsfenomen. Analysen behandlar hur terapin både närmar sig och fjärmar sig från andra medel för individen att få kunskap om sig själv, exempelvis de andliga praktiker som vissa terapeutiska tekniker hämtats från.

För det tredje undersöks den roll som *instrument och tekniker* spelar i terapin. Det kan vara nödvändigt att kritiskt granska om den terapi eller behandling som åberopar sanningen faktiskt har tillgång till den. Men sanning behöver inte vara något som man har eller inte har. Begreppet sanning används i avhandlingen för att beskriva en konsekvens av vetenskapen (sanning som en produkt av den vetenskapliga arbetsprocessen). Avhandlingen analyserar *hur de praktiker som idag producerar sanning om människan som kännande, tänkande och handlande varelse är utformade* snarare än försöker klargöra vari sanningen om människan består. I terapins praktiker har instrument och tekniker en framträdande plats. En terapeutisk *teknik* är en systematiserad intervention. Exempel på tekniker som används i terapin är den sokratiska metoden (som går ut på att ställa ledande frågor som ska få patienten att sluta sig till lösningarna på sina problem) och ifrågasättande av negativa tolkningar, men även så konkreta ting som andningsövningar. Med sin ambition att bygga på vetenskapligt verifierad kunskap strävar ACT, MkT och DBT efter att förklara varför de tekniker som används fungerar som de gör. I detta syfte beskriver man teknikens *funktion* i behandlingen och hur den inverkar på de processer som upprätthåller psykiskt lidande. Att förklara en teknik funktionellt – att koppla samman den med en förmodat verksam psykisk process – är att *operationalisera* ett förhållande mellan abstrakta, teoretiskt utformade begrepp och konkreta händelser eller fenomen. Att utveckla och utvärdera tekniker med vetenskapliga metoder innebär en möjlighet att tillämpa vetenskaplig kunskap på patientens

---

[9] Adrian Wells (2005), "Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques", i *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* (23:4), s. 338.

[10] Se Thomas R. Lynch et al. (2006), "Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations", i *Journal of Clinical Psychology* (62:4), s. 459.

problem. Subjektiviteten och förhållandet till känslor, tankar och handlingar går från att vara en privat erfarenhet till att bli vetenskapliga objekt. Cirkeln sluts och vi är tillbaka vid subjektets roll i terapin.
Avhandlingens syfte är tredelat. Jag kommer att undersöka 1. hur subjektet konstitueras i terapin, 2. hur terapin är kopplad till både vetenskapliga resultat och till en vardaglig förståelse av psykiskt lidande samt 3. hur terapi kan beskrivas som en tillämpning av tekniker.

1.2. Teoretiskt angreppssätt

För att avhandlingens frågor ska kunna besvaras krävs en begreppsapparat som gör det möjligt att analysera terapi som ett möte mellan vetenskaplig och vardaglig kunskap samt belysa interaktionen mellan dessa kunskapsformer. Ett första steg blir att utarbeta en sådan begreppsapparat. Kapitel 3, 4 och 5 ägnas åt detta. Inom sociologin har psykoterapi beskrivits som försök till normalisering, disciplinering och maktutövning, men även som en möjlighet till frigörelse och ökad reflexivitet.[11] I avhandlingen prövas ett alternativt sätt att beskriva förhållandet mellan vetenskap, terapi och patient: den utgår från *den historiska epistemologins* begreppsapparat och perspektiv. Historisk epistemologi används här som ett samlingsnamn för den idéströmning som uppstod i Frankrike vid 1900-talets början, parallellt med Durkheims sociologi, och som behandlar det vetenskapliga tänkandets särdrag. Dess företrädare är bland annat Gaston Bachelard (som ses som den historiska epistemologins ”fader”), Georges Canguilhem, Louis Althusser, Étienne Balibar och Michel Foucault. Det historiska epistemologiska perspektivet gör att avhandlingen kan ses som ett bidrag till *den kognitiva vändningen* inom vetenskapssociologi och *Science and*

[11] För olika sociologiska perspektiv på psykoterapi, se exempelvis Anthony Giddens (2002), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age,* Nikolas Rose (1999), *Governing the Soul: Shaping of the Private Self,* Thomas Scheff (1966/1999), *Being Mentally Ill: A Sociological Study* och (red.) Gunilla Hallerstedt (2006), *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande.*

Technology Studies.[12] I avhandlingens första, teoretiskt inriktade del vidareutvecklas den historiska epistemologin till ett vad jag menar mer användbart verktyg för att besvara avhandlingens frågeställning. Även om jag i denna del diskuterar terapins utgångspunkter samt dess ontologiska och epistemologiska antaganden, prioriteras de frågor som rör min begreppsapparat. Kapitel 4 och 5 bildar den grund som analysen står på, men det är min förhoppning att analysen – kapitel 6 och 7 – kan läsas för sig själva. Den specialintresserade läsaren kan därför hoppa över fjärde och femte kapitlet och fortfarande ha behållning av analysen av den tredje generationens terapier.

Även om benämningen ”historisk epistemologi” förekommer sparsamt i den sociologiska litteraturen är tänkesättet inte främmande för sociologin. Sociologen Donald Broady definierar exempelvis Pierre Bourdieus sociologi som

> en kunskapsteori, och framför allt en teori om den sociologiska kunskapens betingelser, möjligheter och gränser, ett samhällsvetenskapligt motstycke till den tradition inom naturvetenskaps- och matematikfilosofin som brukar kallas den historiska epistemologin (Gaston Bachelard, Jean Cavaillès, Georges Canguilhem m.fl.).[13]

Foucault beskriver för sin del Georges Canguilhem som en författare vars tankar man måste ha tillgodogjort sig för att till fullo begripa Bourdieu, Robert Castel och många andra franska sociologer, den lacanska traditionens utveckling i Europa, den franska marxismen samt 68-rörelsen.[14] Utifrån en sådan beskrivning blir den historiska epistemologin en självklar del av det sociologiska ämnet. Men Broady sätter fingret på något viktigt när det gäller möjligheten att använda den historiska epistemologin i en analys av terapin. I sin ”ursprungliga”

---

[12] ”Den kognitiva vändningen” betecknar ett ökat intresse för det vetenskapliga arbetets begreppsliga förutsättningar och vad som kännetecknar den vetenskapliga kunskapen. Ett alternativ är att betona vetenskapens sociala aspekter. Se exempelvis Thomas Brante (2010), ”Professional Fields and Truth Regimes: In Search of Alternative Approaches”, i *Comparative Sociology* (9:6), s. 843–886.

[13] Donald Broady (1991), *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*, andra upplagan, s. vii.

[14] Michel Foucault (1985), ”Life: Experience and Science”, i *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, s. 466. Texten är en omarbetad version av förordet till Canguilhems (1966/1991) *The Normal and the Pathological*.

form är den en filosofisk analys av matematik, geometri och mikrofysik. Jag menar däremot att dess kärna inte är analysen av den rena naturvetenskapen och matematiken. Dess styrka är dess förmåga att fungera som utgångspunkt för en analys av vad som skiljer ett vetenskapligt tänkande från andra former av kunskap. Just detta är vad Bourdieu gör enligt Broady. På samma sätt har de teoretiker som diskuteras i avhandlingen alla *omarbetat* Bachelards ursprungliga tankar och anpassat dem till det fält de studerar: Canguilhem medicinen, Althusser och Balibar historievetenskapen och Foucault de tidiga människo-(pseudo-)vetenskaperna.[15] För att parafrasera Broady kan man alltså beskriva den första delen av avhandlingen (kapitel 4 och 5) som ett försök att utarbeta en kunskapsteori om den samhälleliga och institutionaliserade tillämpningen av psykologisk kunskap, dess betingelser, möjligheter och gränser. I den efterföljande delen (kapitel 6 och 7) används denna kunskapsteori för att analysera de tre terapiformerna.

1.3. Material

Mitt material består först och främst av terapibeskrivningar och terapimanualer utvecklade inom ACT, MkT och DBT. En terapimanual börjar vanligtvis med en introduktion av de grundläggande teoretiska antaganden som terapimodellen utgår från. Därefter presenteras en modell av hur känslor, tankar och handlingar förklaras i terapin, samt hur psykiskt lidande förstås med hjälp av en sådan modell. Här beskrivs de mekanismer som skapar psykiskt lidande, men även de mekanismer som anses vara verksamma i den aktuella terapin (de som skapar psykisk hälsa). Därefter presenteras vanligtvis terapins upplägg: både terapins generella mål (vad patienten ska få ut av terapin) och hur terapisessionerna ska utformas. Ett andra material i avhandlingen är de instrument och tekniker som används i terapin. De är relativt självständiga i förhållande till de olika terapimodellerna, men integreras och förklaras i modellerna på olika sätt. Materialet

[15] Med ”människovetenskaper” avses alla de vetenskaper som rör människan, exempelvis biologin, medicinen, psykologin och sociologin.

består av faktiska instrument och tekniker, men även av diskussioner om deras användningsområden, validitet och nytta. Ett tredje material är artiklar som författats av forskare och terapeuter inom respektive terapiform. De olika terapeutiska modellerna och teknikerna utvecklas kontinuerligt – de omarbetas när resultat från forskning och klinisk erfarenhet gör det nödvändigt – varför artikelformatet är ett viktigt redskap för kommunikation. Dessa tre källor utgör mitt huvudsakliga material.

Avhandlingens syfte medför att analysen inte rör faktiska terapisessioner eller patienters upplevelser av och tankar kring sin behandling. I ett tidigt skede av avhandlingsarbetet bestod analysen även av sju intervjuer med patienter diagnostiserade med *borderline personlighetsstörning* och *posttraumatiskt stress-syndrom*, som genomgick behandling i de aktuella terapiformerna. Efterhand som jag fick klart för mig vikten av terapins premisser och utformning – förklaringsmodellens funktion och teknikers roll i behandlingen – förflyttades intresset allt längre bort från intervjumaterialet, vilket minskade behovet av och poängen med dem. Valet att utesluta intervjuerna grundar sig *inte* på att patienter inte kan tillföra viktig information om terapimodellerna eller om hur instrument och tekniker används. Intervjuns styrka är att den ger kunskap om hur patienter upplever och tolkar terapin. Men eftersom avhandlingen betonar den *kognitiva* aspekten (terapins förutsättningar och olika kunskapsformers interaktion i terapin) menar jag att intervjun inte är ett lämpligt verktyg. Intervjuer riskerar att reduceras till illustrationer av argumenten och resonemangen i analysen av terapimodellerna och instrument- och teknik-användningen. Intervjuerna avviker från avhandlingens syfte och det skulle vara svårt att inför intervjupersonerna motivera varför intervjuerna skulle användas. Däremot har intervjuerna och mötet med dessa personer varit till stor hjälp i analysen av terapin, att förstå dess nödvändighet men även de problem som terapin är förknippad med. Från intervjuerna bär jag med mig ett intresse för att problematisera terapins roll – men utan att förkasta den – som intervention i patientens självförståelse.

En möjlig invändning mot avhandlingens utformning är att terapin alltför mycket beskrivs som en teoretisk modell eller abstrakt idé och att alltför lite utrymme ägnas terapins faktiska utformning: att terapin har ett upplägg på pappret men alltid ser annorlunda ut i verkligheten. Påståendet att terapin ser annorlunda ut i verkligheten är på sätt och viss korrekt. En erfaren och duktig terapeut låter inte en terapimanual styra varje aspekt av terapins utformning.

Men avhandlingens analysobjekt kan inte reduceras till det schema över terapisessioner som går att finna i terapimanualer. Terapeutens improvisationer bör följa de teoretiska och filosofiska antaganden som terapin utgår från: den DBT-terapeut som aktivt arbetar för en ”icke-dialektisk” förståelse av patientens situation definieras exempelvis som ett terapistörande moment, vilket inom DBT är viktigast att motverka, näst efter självskade- och självmordsbeteende.[16] En god improvisation ”håller sig inom ramarna” för terapimodellen på samma sätt som jazzmusikerns improvisation måste harmoniera med det musikstycke som spelas. Av liknande skäl uppmanar man inom terapimodellen *Acceptance and Commitment Therapy* terapeuten att använda metaforer som ett sätt att förhindra att det psykologiska, tekniska, språket tar överhanden. En sådan instruktion kan förefalla uppmana terapeuten att inte begränsa sig till terapins teoretiska utgångspunkter. Men det är det tekniska och krångliga språket som metaforen ska motverka, inte språkets ”innehåll”: *metaforen som teknik* förklaras i terapiteorin med hjälp av en vetenskaplig analys av hur associationer mellan tankar och ord kan bryta upp olika dysfunktionella och destruktiva tankemönster.[17] Att terapeuten och patienten *inte bör begränsa sig till vissa tekniska instruktioner för en viss terapeutisk intervention* betyder inte att de bör gå emot terapins grundläggande förklaring till patientens problem.

I analysen identifierar jag en inneboende spänning i terapin: vetenskapligt validerade och utvärderade metoder ställs mot ett pragmatiskt förhållningssätt i *valet av terapeutiska interventioner* (i fråga om deras förmåga att fungera som terapeutiskt verksamma verktyg), i *samtal om terapins kunskapsobjekt* och i *diskussioner som rör de förändringar hos patienten som terapin bör eftersträva*. Mötet mellan de olika kunskapsformerna är ett möte mellan två diametralt olika förklaringssystem. Min förståelse av terapin kan sammanfattas på följande sätt: Det finns tre sätt att inhämta kunskap i terapin, nämligen erfarenheten, den vetenskapliga metoden och terapins tekniker. De tre metoderna har olika

---

[16] Marsha Linehan (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder,* s. 128ff.

[17] ”Terapiteori” är en teori som förklarar hur och varför terapi fungerar. En terapiteori kan ses som en allmän teori om psykisk hälsa och psykiskt lidande som bearbetats för att förklara hur en terapi bör vara utformad för att behandlingen ska bli lyckad. I kapitel 2 kommer jag kortfattat att presentera de allmänna teorierna ”kognitiv teori” och ”beteendevetenskaplig teori” samt visa på hur man utvecklat tre specifika terapiteorier (ACT, MkT och DBT). I kapitel 6 kommer jag att analysera dessa tre terapiteorier mer ingående.

förutsättningar. Det finns inget i erfarenheten av psykiskt lidande som avslöjar hur den kan lindras (den tredje generationens terapier uppfattar tvärtom de lösningar som ges av erfarenheten som en viktig anledning till att det psykiska lidandet vidmakthålls). Det finns heller inget i den funktionella analysen (en annan benämning på den vetenskapliga metoden) som kan avslöja vad som är psykiskt lidande och vad som är psykisk hälsa (då allt beteende förklaras som resultatet av de omständigheter som patienten befinner sig i). Terapins tekniker fyller luckan dem emellan, då de innebär ”den systematiska tillämpningen av prövade vetenskapliga principer på pragmatiska, ’vardagliga’ behov och problem”.[18] Teknikerna är inte någon ”tredje väg” som ersätter erfarenheten och den vetenskapliga metoden. Dessa är fortfarande viktiga och nödvändiga medel för kunskapsproduktion. Men förhållandet dem emellan antar en specifik form då den vetenskapliga kunskapsproduktionen i hög grad ignorerar den vardagliga erfarenheten. Det är ur förhållandet mellan dessa tre metoder som terapin hämtar sin makt både över patienten och i den samhälleliga kontexten. Denna makt förklarar både terapins förmåga att intervenera i patientens förståelse över den egna situationen och terapiformernas framgångar i granskningar och jämförande utvärderingar terapier emellan.

1.4. Avhandlingens disposition

Jag kommer här att beskriva huvuddragen i de olika kapitlen. I kapitel 2 ges en kortfattad introduktion till kognitiv beteendeterapi. Jag betonar skillnaden mellan *beteendeterapi* och *kognitiv terapi*. Den förra studerar *interaktionen* mellan individ och omgivning, medan den senares kunskapsobjekt är människan som *informationsbearbetningssystem*. Därefter introduceras kortfattat de tre terapimodellerna. Till sist diskuteras diagnosen *borderline personlighetsstörning*, som kan ses som ett typexempel för de analyserade terapierna.[19] Två

[18] Edwin P. Willems (1974), ”Behavioral Technology and Behavioral Ecology”, i *Journal of Applied Behavior Analysis* (7:1), s. 151. Willems fortsätter: ”Förstådd på detta sätt är tillämpad beteendeanalys, eller beteendemodifikation, en beteendeteknologi par exellence.”

[19] Jag menar att borderline personlighetsstörning är ett typexempel på flera olika sätt: Den omfattar symtom som är gemensamma för många andra diagnoser i personlighetsstörningsklustret. Många med personlighets-

olika diagnostiska metoder som används presenteras: dels ett självskattningsinstrument (*borderline symtom list*), dels diagnosmanualen *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, fjärde reviderade upplagan (DSM-IV-Tr). Kapitlet tjänar som introduktion till mitt empiriska material.

Avhandlingen kan delas in i två övergripande delar. I den första delen (kapitel 3, 4 och 5) vidareutvecklas den historiska epistemologins begreppsapparat, som sedan kommer att användas i analysen. Nedslag görs först och främst i Bachelards, Canguilhems, Foucaults och Althussers bidrag till den historiska epistemologin. Den röda tråden i dessa kapitel är hur förutsättningarna för och konsekvenserna av människovetenskapernas ställning i det västerländska samhället under det senaste seklet har förstått. Mellan vetenskapen och vardagskunskapen har det enligt den historiska epistemologin skett ett *epistemologiskt brott*. Ett ”epistemologiskt brott” sker då det vetenskapliga tänkandet ifrågasätter de begrepp och förklaringar som den vardagliga kunskapen består av. Istället för att förlita sig på vardagliga föreställningar måste vetenskapen konstituera sina egna premisser och antaganden i förhållande till sitt objekt. I kapitel 3 placeras avhandlingen i en bredare vetenskapsteoretisk och kunskapssociologisk kontext. De frågor som ställs i analysen jämförs med och kontrasteras mot realistiska, pragmatiska och instrumentalistiska tolkningar av begreppet sanning. I kapitel 4 presenteras sedan huvuddelen av min teoretiska begreppsapparat. Diskussionen tar sin utgångspunkt i hur förhållandet mellan vetenskaplig och vardaglig (eller vad vissa historiska epistemologer kallar ”ideologisk”) kunskap beskrivits. Jag diskuterar vilka förtjänster och brister den historiska epistemologin har i en analys av terapi och terapiteori. I det femte kapitlet redogörs för ett förslag på hur den historiska epistemologin kan anpassas och kompletteras för att bli ett användbart redskap i analysen av psykoterapi. Jag introducerar begreppen *personnivå* och *subperson-*

---

störningar har någon gång diagnostiserats med borderline personlighetsstörning då det är en diffus diagnos som passar in på många olika uttryck för psykiskt lidande. Tillsammans med schizofreni och det historiska exemplet hysteri kan den ses som psykiatrins heliga Graal. Diagnosen har också varit viktig för den tredje generationens terapiers argument om att den traditionella behandlingen av självmordsnära och självskadande patienter måste förändras.

nivå som ett förslag på hur de diffusa och mångtydiga begreppen vetenskaplig och vardaglig kunskap kan konkretiseras i ett terapiteoretiskt sammanhang. Jag definierar de två nivåerna och visar hur förhållandet dem emellan kan beskrivas.

Kapitel 6 och 7 utgör avhandlingens empiriska del. I kapitel 6 analyseras de förklaringsmodeller av psykiskt lidande och psykisk hälsa som används i de tre terapimodellerna. ACT, MkT och DBT bygger samtliga på ett antagande om att patientens problem försvåras och ibland till och med skapas av de strategier som patienten använder för att förändra eller ta kontroll över sina känslor, tankar och handlingar. Terapin ska därför ses som en intervention i patientens förhållningssätt till känslor, tankar och handlingar. De terapeutiska förklaringsmodellerna beskriver hur patientens strategier och hållning gentemot sitt ”själsliv” upprätthåller psykiskt lidande. Terapins syfte är att tillhandahålla nya, mer ändamålsenliga sätt för patienten att förhålla sig till sig själv och sina problem. Utmärkande för den tredje generationens terapier är att de kompletterar den traditionella KBT:ns *förändringsarbete* med *acceptansstrategier*. Istället för förändring av de egna känslorna, tankarna och handlingarna framställs acceptans – en icke-dömande och iakttagande attityd gentemot känslor, tankar och handlingar – som en mer användbar strategi. Tanken är att de problem som är förknippande med det psykiska lidandet – undvikande av obehagliga upplevelser, ångest och impulsiva reaktioner på känslor och tankar – förlorar sin makt över patienten med en accepterande inställning. I det sjunde kapitlet vänds så blicken mot de (förändrings- och acceptansbaserade) tekniker som används för att intervenera i det psykiska lidandet. Kapitlet är strukturerat utifrån en analytisk tredelning mellan olika syften med användningen av tekniker: *visualisering* av det psykiska lidandet i modeller, grafer med mera, *materialisering* av den funktionella förklaringen med hjälp av analysen av patientens situation och till sist *hantering* av patientens känslor, tankar och handlingar med hjälp av tekniker.

I kapitel 8 sammanfattas de viktigaste slutsatserna i analysen. Här argumenterar jag även för att den historiska epistemologin kan vara ett användbart verktyg för att förstå terapi och utvecklingen av terapiformer. Analysen visar på att terapin kan förstås som ett möte mellan två former av kunskap samt att de psykologiska teknikerna utgör en *brygga* mellan terapiteorins abstrakta begrepp och patientens konkreta vardag. Den funktionella modellen beskrivs både som ett effektivt *alternativ* till och som ett effektivt sätt att *förklara* patientens ickefungerande strategier. Men även om den

vetenskapliga kunskapen förutsätter att den avlägsnat sig från den vardagliga (”ideologiska”) förståelsen av människan, menar jag att den fortfarande kan *fungera* eller *användas* på ett sätt som för den närmare ideologiska ändamål. När terapin utvärderas utifrån hur väl den lyckas uppfylla sitt pragmatiskt formulerade mål (utifrån hur väl den hjälper patienten att leva ett fungerande liv – det enda kriteriet som *kan* användas) öppnas för att *vetenskaplig kunskap används på sätt som ligger bortom vetenskapens horisont.* All terapi (och all vetenskap för den delen) ska ses som praktiker, och det är *praktikens ändamål* som bestämmer om de försäkringar som den funktionella modellens ”objektivitet” uppställer infrias eller inte. Det är tillämpningen av terapins förklaringsmodeller och tekniker som i slutändan bestämmer dess möjligheter och gränser.

Kapitel 2. Den tredje generationens terapier

> Icke-förnuft står i samma relation till förnuft som bländning står till […] dagsljuset […].[20]

I detta kapitel kommer de tre terapimodellerna *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *metakognitiv terapi* (MkT) och *dialektisk beteendeterapi* (DBT) att beskrivas. I kapitel 6 och 7 analyseras de förklaringsmodeller som terapierna bygger på. Syftet med föreliggande kapitel är att ge läsaren en första inblick i hur terapierna är uppbyggda och hur psykiskt lidande förklaras. Jag kommer även att presentera diagnosen *borderline personlighetsstörning* (BPD, efter engelskans *Borderline Personality Disorder*), den mest omtalade av personlighetsstörningarna. I avsnittet om BPD beskrivs två olika sätt att tillämpa diagnosen: med hjälp av mätinstrument och med hjälp av diagnostisk manual.[21] BPD är en på många sätt problematisk diagnos. BPD-patienter flyttas ofta runt mellan olika diagnoser och det finns inget samförstånd kring hur patientens problem bör beskrivas.[22] Gemensamma nämnare är impulsiva reaktioner i svåra

---

[20] Michel Foucault (1961/1973), *Vansinnets historia: under den klassiska epoken*, s. 102.

[21] Självskattningsinstrumentet är Bsl-23, som står för *Borderline Symtom List*. Den som ska diagnostiseras fyller själv i svaren som ligger till grund för bedömningen om huruvida personen uppvisar symtom för BPD. Manualen är *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, fjärde omarbetade upplagan (DSM-IV-Tr). Den är utgiven av *American Psychiatric Association* och används i stora delar av den västerländska psykiatrin. Den är både ett diagnostiskt instrument och en klassifikation av psykiatriska sjukdomar. Förutom att användas i diagnostik är den även ett register över de diagnoser som tillämpas.

[22] En stor del av patienterna med BPD-diagnos har exempelvis erfarenheter av sexuella övergrepp. Det är osäkert vilka orsaksförhållanden som finns (om BPD och sexuella övergrepp är vanligare förekommande i

situationer, dålig självkänsla, ångest och interpersonella problem. Istället för att beskriva alla diagnoser som faller inom kategorin personlighetsstörning nöjer jag mig här med att presentera symtomen för BPD som ett typexempel på de problem som terapiformerna är avsedda att behandla.

2.1. Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en blandning av kognitiv terapi och beteendeterapi. I teorin finns det stora skillnader mellan kognitiva och beteendevetenskapliga förklaringar till människan, men i praktiken finns det många likheter. Den kognitiva modellen är en modell av kognitioner. En kognition är en *tankeprocess*, inte någon konkret tanke. Det handlar med andra ord om *hur* man tänker, inte *vad* man tänker. En kognitiv beskrivning av människan beskriver därför ett informationsbearbetningssystem, exempelvis minne, problemlösningsförmåga och språkanvändning. Utmärkande för kognitiva analyser av människan är att externa fenomen (händelser i vår omvärld) inte tillmäts någon egentlig relevans. Däremot spelar tankar och känslor kring dessa händelser en viktig roll i det kognitiva systemet. En kognitiv analys av ett minne är inte någon analys av den faktiska händelsen, utan en analys av hur informationen om händelsen lagras och bearbetas hos individen. Det sätt på vilket informationen bearbetas (till exempel värderas, kategoriseras och associeras) är viktigare än vad informationen faktiskt består av. Den kognitiva *terapin* tar sin utgångspunkt i den kognitiva psykologin och tillämpar valda delar av det teoretiska ramverket på patienters problem. Kognitiv terapi betonar hur patienten använder ett visst tänkesätt (som vanligtvis kallas för ”scheman”) för att tolka händelser. En patient med depression använder ett negativt schema för att tolka sin situation som hopplös eller meningslös. Det handlar inte om att situationen är hopplös eller meningslös, utan att den tolkas så av patienten. I korta drag går en kognitiv behandling ut på att visa för

---

dysfunktionella familjer, om BPD kan vara ett resultat av sexuella övergrepp etcetera) och diagnoserna överlappar varandra ifråga om symtom.

patienten att det aktuella schemat ”förvränger” verkligheten på ett sätt som inte är användbart för patienten. Behandlingen presenterar strategier och tekniker som ska hjälpa patienten att förändra sitt sätt att tänka på sin situation.

Beteendevetenskapens kunskapsobjekt skiljer sig från den kognitiva modellen på ett flertal punkter. Den viktigaste är att beteende inte ses som en egenskap hos individen (som informationsbearbetningen i den kognitiva modellen). En beteendeanalys studerar relationen mellan individens beteende och hennes omgivning (vanligtvis kallad beteendets *kontext*). Den mest grundläggande enheten i beteendevetenskapen är stimuli-responsrelationen. Stimuli uppkommer och leder till en respons: om en person lägger handen på en varm spisplatta får värmen (stimulus) personen att dra undan handen (respons). Den beteendevetenskapliga modellen förklarar hur ett visst beteende uppstår, hur relationen mellan stimuli och respons *lärs in* eller *betingas*. Relationen mellan värme och reaktionen är inte inlärd utan reflexmässig och naturlig. De flesta stimuli-responsrelationer är däremot inlärda. En person kan utan att tänka reagera med att dra undan handen från plattan även om den inte är varm om han eller hon betingats att göra så. Relationen mellan spisplattan och beteendet är i detta fallet inlärd. Inlärningen kan ske genom både *operant* och *respondent betingning*. I båda fallen skapas en relation som tidigare inte funnits mellan ett visst stimulus och en viss respons. Respondent betingning sker då individen lär sig koppla samman ett nytt stimulus med ett tidigare stimulus. Det tidigare stimuluset skapar redan en respons och det nya stimuluset ”tar över” rollen som utlösare av en viss respons. Exempelvis lär vi oss att koppla samman en spisplatta med värme, vilket kan innebära att spisplattan tar över relationen mellan värme och impulsen att dra undan handen. Det mest kända exemplet är Ivan Pavlovs experiment, där hundar som lärde sig att en ringande klocka (det nya stimuluset) innebär mat (det tidigare stimuluset som redan är naturligt kopplad till en respons, nämligen salivutsöndring). I experimentet tar klockan över matens funktion och får salivutsöndring som respons. Att betingningen är respondent innebär att det är relationen mellan ett stimulus och en respons som lärs in. Inom beteendeterapi ses *operant* betingning som ett mer användbart sätt att förklara individers inlärda beteende. Vid operant betingning *förstärks ett visst beteende av de konsekvenser det har* för individen. En person handlar på ett visst sätt på grund av beteendets konsekvenser för personen. Att lära en hund att sitta är ett exempel på operant betingning: hunden lär sig att ett visst beteende (att

sitta) under vissa omständigheter får vissa konsekvenser (en godisbit). I beteendeterapin ses exempelvis självskada som ett inlärt beteende genom operant betingning. Att skära sig kan ha konsekvensen att ångesten minskar, att individen får mer uppmärksamhet från omgivningen och så vidare. På grund av dessa inlärda relationer utförs handlingar som man ”egentligen” inte vill utföra. En beteendeförändring kommer till stånd om terapeuten och patienten lyckas förändra de konsekvenser en handling får eller om nya beteenden lärs in. Då beteendet uppfattas som en respons anses det mest effektiva sättet att förändra beteendet vara att förändra dess kontext, bland annat dess stimuli och dess konsekvenser. Att förhindra ett självskadebeteende utan att förändra dess konsekvenser (exempelvis genom att binda fast en person) är inte att förändra patientens beteende, utan bara att avvärja eller skjuta upp handlingen.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en blandning av den kognitiva och den beteendevetenskapliga modellen. Talande är att det inte finns någon *kognitiv beteendevetenskap*. Inom KBT används tekniker och förklaringsmodeller från båda fälten alltefter terapeutens bedömning av de mest ändamålsenliga eller effektiva medlen för att hjälpa patienten. Olika former av KBT har olika tyngdpunkt: vissa terapimodeller betonar kognitioner medan andra betonar beteenden. Skillnaden mellan å ena sidan vetenskaperna kognitionsvetenskap och beteendevetenskap och å andra sidan de kognitiva beteendeterapierna kommer att utvecklas i nästa kapitel.

2.2. De tre terapimodellerna

Dialektisk beteendeterapi är en beteendevetenskaplig terapimodell som utvecklades av den amerikanska terapeuten Marsha Linehan under 1980-talet. På 1990- och 2000-talet fick terapiformen stort genomslag som behandling av självmordsnära patienter som diagnostiserats med BPD.[23] Enligt Linehan utvecklades behandlingen ursprungligen för att hjälpa självmordsnära patienter,

[23] Terapin blev under denna tid allt vanligare som behandling av BPD-patienter, samtidigt som forskning visade att den var effektiv (se Thomas R. Lynch et al. (2007), ”Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder”, i *Annual Review of Clinical Psychology* (3:1), s. 181–205 för en genomgång av de flesta av de utvärderingar som gjordes fram till 2007).

en patientgrupp som först senare diagnostiserades med BPD.[24] I linje med den initiala inriktningen är det primära syftet med DBT att motverka att patienten tar livet av sig.

Terapin är huvudsakligen utformad som en ”färdighetsträning”, där patienten tränar in alternativ till självskada, självmord och andra dysfunktionella beteenden. Bearbetning av trauman med mera sker parallellt med färdighetsträningen, men är inte en lika akut del av terapin som arbetet med att förhindra självmord och självskada. Terapin går till på fyra olika sätt.[25] För det första arbetar man med *individualterapi* (en enskild patient i samtal med en terapeut). Detta är den huvudsakliga terapiformen. Målet är att lära in nya beteenden som ska ersätta dem som patienten och terapeuten anser vara ickefungerande. Vanligtvis äger individualterapin rum en gång i veckan, med drygt timslånga möten.

DBT innehåller även *gruppterapi*, som består av färdighetsträning samt gruppdiskussioner som syftar till att komma fram till alternativa lösningar på situationer och problem som patienterna upplevt sen förra terapitillfället. Syftet är dels att träna patienten i sociala färdigheter (exempelvis att bekräfta och få bekräftelse av andra), dels att ge patienten hjälp att utveckla lösningar på problem som uppstår i vardagen. Den terapeut som håller i gruppterapin är inte nödvändigtvis densamma som den som håller i individualterapin. De färdigheter som patienten lär sig ska hjälpa henne att hantera de svårigheter som BPD-problematiken medför. Patientens problem definieras huvudsakligen som *en oförmåga att hantera känslor och tankar på ett funktionellt sätt.* Självskade- och självmordsbeteende ses som reaktioner på starka känslor. De färdigheter som ska hjälpa patienten att relatera till sina känslor på ett mer ändamålsenligt sätt kan vara övergripande strategier, bland annat att betrakta de smärtsamma känslorna och tankarna utan att reagera på dem. Men det kan även handla om så konkreta färdigheter som att ersätta ett destruktivt självskadebeteende (att

---

[24] Marsha Linehan och David Van Nuys (2007), ”Wise Counsel Interview Transcript: An Interview with Marsha Linehan, Ph.D. on Dialectical Behavior Therapy”, http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=138 25&cn=91, hämtningsdatum 110921.

[25] Detta stycke bygger på Linehan (1993), s. 101–105. All DBT-terapi innehåller inte alla fyra former av behandling.

skära sig själv) med ett mindre allvarligt beteende (till exempel att ta kalla duschar för att minska ångesten).

En tredje terapiform är *telefonkonsultering*. Patienten har möjlighet att ringa till sin terapeut i situationer som hon inte anser sig kunna hantera själv. Vid exempelvis panikångest kan patienten ringa terapeuten för att få stöd eller tips på hur hon kan gå vidare om strategierna för ångesthantering inte fungerat. Telefonkonsultering ses som en viktig del av terapin. För det första anses patienter med BPD ha svårt att be om hjälp på ett effektivt sätt. Antingen vågar de inte fråga om hjälp eller också frågar de på ”fel” sätt, exempelvis genom hot. Att ge patienten möjlighet att ringa är ett försök att träna in en förmåga att be om hjälp. För det andra är det viktigt att patienten lär sig att föra över den kunskap hon fått i terapin till sin vardag (att ”generalisera” kunskapen). Telefonkonsulteringen fungerar som en påminnelse om terapin och som en möjlighet att använda kunskapen även i svåra situationer som uppstår i vardagen.

Den fjärde formen är ett *konsulterings-* eller *stödteam* där terapeuter utbyter erfarenheter och ger stöd åt varandra. Behandlingen kan *kompletteras* ytterligare med andra terapiformer, exempelvis medicinering, sjukgymnastik och bildterapi.

Den teoretiska inspirationen för DBT kommer från tre håll. För det första utgår man från ett traditionellt beteendeterapeutiskt och kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv. Inspirationen består av tekniker och strategier som används i behandlingen, exempelvis ifrågasättande av orealistiska föreställningar, tekniker för operant betingning och sokratisk pedagogik.

För det andra betonar man vikten av ”acceptans”. Om BT/KBT står för en förändring av patientens sätt att tänka på sina problem, är dess dialektiska ”antites” patientens och terapeutens acceptans av patientens problem. Vad som accepteras är de delar av patientens situation som inte är lämpliga att försöka förändra (exempelvis en traumatisk barndom). Förutom en alternativ strategi gentemot förändringsteknikerna innebär acceptans att patienten och terapeuten inte värjer sig mot obehagliga eller skrämmande händelser i patientens liv, utan ”tar in” situationen utan omskrivningar eller ursäkter.

Det tredje och sista ben som DBT står på är ”validering”. Ett av patientgruppens problem anses vara att patienten inte blivit validerad, det vill säga fått sina känslor, tankar och handlingar bekräftade. En aktiv validering blir ett

viktigt terapeutiskt verktyg för att få patienten att se på sig själv med nya ögon och bryta med den negativa självbild som skapats av en invaliderande uppväxt.

Linehan utvecklade DBT genom att utgå från de kognitiva och beteende-terapeutiska modellernas strategier för att förändra patientens känslor, tankar och handlingar.[26] Men på grund av vad hon beskriver som ett behov hos sina patienter sökte hon efter ytterligare verktyg. Från zenbuddistiska praktiker hämtade hon meditationstekniker som används för avslappning och för att skapa en form av ”accepterande attityd” gentemot den egna personen. Teknikerna går under namnet medveten närvaro och är ett sätt att relatera till de egna känslorna, tankarna och handlingarna på ett icke-dömande sätt. Inom DBT har medveten närvaro omarbetats till ett antal beteendevetenskapligt orienterade tekniker för att observera och beskriva den egna personen och därigenom urskilja de processer som leder till psykiskt lidande. Medveten närvaro kommer att diskuteras mer utförligt i kapitel 7.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT, uttalas som ett ord) är en ”klinisk tillämpning” av en generell vetenskaplig teori om ”verbalt beteende” som utarbetades under 1980- och 1990-talet av den amerikanske psykologen Steven C. Hayes och den forskargrupp han är knuten till.[27] Teorin kallas för ”teorin om relationella ramar” (eng. *relational frame theory*, RFT). ACT är betydligt mindre manualiserad än exempelvis DBT. Det vill säga att ACT-behandlingen inte lika tydligt utgår från en behandlingsmanual som beskriver terapins konkreta komponenter. Jag begränsar därför presentationen av ACT till de teoretiska förklaringar till psykiskt lidande som hämtas från RFT. Man menar att det är människans språkförmåga som ligger till grund för de flesta formerna av psykiskt lidande. Förmågan att kommunicera språkligt beskrivs med det tekniska begreppet ”ömsesidigt inbegripande”. Då begreppet kommer att diskuteras utförligt i kapitel 6, nöjer jag mig här med att förtydliga att det rör sig om förmågan att *tänka symboliskt*, förmågan att låta ord representera ting och tillstånd. ACT och RFT är en beteendevetenskaplig analys av språk-användning eller verbalt beteende. Hayes sammanfattar ACT som en strategi

---

[26] Linehan och Van Nuys (2007).

[27] ”Verbal” betecknar här språkliga processer generellt och inte enbart verbala processer (som står i motsats till det skrivna språket och olika symboler). All kommunikation sker med någon form av betydelsebärande enheter (kroppsspråk, ord, tecken och så vidare) och faller här inom kategorin verbalt beteende.

för att få patienten ”att acceptera sina känslor, att separera sig själv från sina tankar, att vara närvarande i nuet på ett medvetet sätt, att relatera till sina värderingar och att vara aktiv på ett flexibelt sätt”.[28] Det verbala beteendet beskrivs som den huvudsakliga orsaken till psykiskt lidande. Det är med andra ord personens tolkningar (de ord med vilka patienten låter representera sin verklighet) som ger en viss situation dess positiva eller negativa värde. Därför är interventionsstrategierna mer inriktade på att synliggöra språkets funktion och inverkan på patienten än på att förändra något faktiskt tillstånd. I jämförelse med DBT är ACT tydligare inriktad på acceptansstrategier. Ytterligare en skillnad är att DBT betonar patientens *reaktioner på känslor och tankar*, medan ACT är inriktad på att förklara hur *känslor och tankar uppstår som en konsekvens av språkanvändning*. Patienten riskerar enligt ACT att fastna i språket, och då tillhandahåller känslor och tankar inte längre någon direkt kontakt med verkligheten. De är under sådana omständigheter inte att lita på som riktlinjer för framtida handlingar. Terapin använder bland annat medveten närvaro och verbalt orienterade tekniker, vilkas syfte är att åskådliggöra språkets funktion som *medium* för värderingar, känslor och tankar.

Den metakognitiva terapimodellen (MkT) har utformats av den engelske psykologen Adrian Wells och är i motsats till DBT och ACT en *kognitiv* terapimodell. Detta medför vissa teoretiska och begreppsliga skillnader, men modellerna har många gemensamma nämnare. Begreppet ”metakognitioner”, myntat 1976 av utvecklingspsykologen John Flavell, syftar på det sätt på vilket personen tänker på sina egna tankar. Flavell beskriver metakognitioner som personens övervakning och reglering av de egna tankeprocesserna.[29] MkT är relativt självständig i förhållande till Flavells teorier och Wells menar sig ha utgått från resultat från den moderna kognitiva vetenskapen. Man utgår från att det finns en gemensam aspekt i nästan allt psykiskt lidande, nämligen att individen tenderar att älta sina problem istället för att försöka lösa dem på ett

[28] Steven C. Hayes och David Van Neuys (2007), ”Wise Counsel Interview Transcript: An Interview with Steven Hayes, PhD on Acceptance and Commitment Therapy”, http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type= doc&id=1305 6& cn= 91, hämtningsdatum 110921.

[29] John H. Flavell (1979), ”Metacognitive aspects of problem solving”, i (red.) Lauren B. Resnick *The Nature of Intelligence,* s. 232.

effektivt sätt.[30] I den metakognitiva modellen intresserar man sig för orons och ältandets struktur och funktion istället för deras faktiska innehåll. Det grundläggande problemet anses vara att patientens strategi för att tänka på och hantera sina tankar, känslor och handlingar slår fel och resulterar i en ökad oro och stress. Inom MkT beskrivs oro som en signal till individen att konstruera lösningar på ett visst problem. Det rör sig om en evolutionär funktion som spelat en viktig roll för djurs och människors överlevnad. I normala fall leder konstruktionen av en lösning till att oron minskar. Psykiskt lidande uppstår när individen reagerar på ett ickefungerande sätt på den signal som oron utgör. Oro, ångest och depression anses vara resultatet av dysfunktionella kontrollstrategier: att älta sin oro leder till att man börjar oroa sig för *att* man oroar sig, som leder till ett ältande av denna nya metaoro. En strategi som var avsedd att lösa den initiala oron resulterar istället i en ökad oro.

MkT-behandlingens utformning beror på vilka problem patienter har samt vilka resurser som är tillgängliga. För att exemplifiera presenterar jag kortfattat uppläggningen på en metakognitiv behandling av patienter med posttraumatiskt stressyndrom.[31] Terapin äger rum en gång i veckan, 45–60 minuter per gång. Tyngdpunkten ligger på att träna patienten i att styra sin uppmärksamhet. När patienten fått en grundläggande förmåga till detta minskas tiden till runt 30 minuter. Man beräknar att det krävs åtta till tio möten för en effektiv behandling. Under första sessionen utvärderas patienten och terapeuten presenterar den metakognitiva modellen (terapeuten ”socialiserar” patienten). Under andra och tredje sessionen tränas grundläggande färdigheter för att hantera oron: *uppskjuta av oron* samt en form av *medveten närvaro*. Under de två nästföljande mötena tränas dessa färdigheter alltmer intensivt. Under session sex och sju övas patienten i att *rikta sin uppmärksamhet*, att styra sin uppmärksamhet bort från oron och inte se den som fakta om verkligheten. Den sista sessionen är utvärderande och undersöker hur väl patienten förmår använda de olika färdigheterna i sitt dagliga liv.

---

[30] Detta avsnitt bygger på Peter Fishers och Adrian Wells (2009), *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*, s. 1–21.

[31] Detta avsnitt bygger på Adrian Wells och Sundeep Sembi (2004), ”Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual”, i *Cognitive and Behavioral Practice* (11:4), s. 365–377.

2.3. Den tredje generationen av vad?

Benämningen ”den tredje generationens kognitiva beteendeterapier” (från engelskans *third wave of cognitive and behavioral therapies*) används för att beskriva en viss typ eller grupp av terapier. Det rör sig framförallt om beteendeterapier, men några har mer eller mindre tydlig kognitiv inriktning. Begreppet kommer från Steven Hayes, men det finns ingen samstämmighet om vad beteckningen avser och vad som är utmärkande för dessa terapier. Ett förslag är att den tredje generationens terapier i högre grad än andra använder sig av acceptansstrategier. Men enligt Hayes räcker det inte att en terapiform betonar acceptansstrategier för att den ska kunna beskrivas som en tredje generationens terapi. Det krävs även att den är ”manualiserad, systematiskt konceptualiserad och empiriskt prövad”.[32] Det om kännetecknar den tredje generationens terapier är alltså att de är acceptansbaserade, manualiserade och grundade på empiriskt validerade principer. Man ska kanske inte dra alltför stora växlar på sådana påståenden om skillnader i förhållande till andra terapiformer. Men det är ändå intressant att lägga märke till hur Hayes beskriver sin egen och andra närbesläktade terapimodeller. Marsha Linehan och Sona Dimidjian menar på liknande sätt att det som utmärker de acceptansbaserade terapierna är att de använder tekniker som hämtats från en andlig kontext, men som omkonceptualiserats i funktionsanalytiska termer, och att man arbetar med att identifiera de terapeutiskt verksamma beståndsdelarna i medveten närvaro.[33]

”Den tredje generationens terapier” är ingen benämning som används av förespråkare för DBT och MkT för att beskriva sig själva. Men i beskrivningarna av sina terapier distanserar de sig från tidigare terapitraditioner på samma sätt som Hayes: dels använder man acceptansstrategier, dels riktar man kritik mot de terapiformer som använder sig av andliga eller icke-vetenskapliga acceptanstekniker utan att samtidigt beskriva och validera dem vetenskapligt.[34] Jag använder samlingsnamnet ”den tredje generationens

---

[32] Hayes och Pankey (2003), s. 2.

[33] Marsha M. Linehan och Sona Dimidjian (2003), ”Mindfulness practice”, i *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* s. 229.

[34] Den gruppen kan exemplifieras med *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). EMDR är en behandlingsmetod för PTSD som innebär att patienten ska följa terapeutens fingrar, som rör sig från sida till

terapier" för att peka på vissa gemensamma nämnare i fråga om hur psykiskt lidande förklaras och i de tekniker som används.

Kritiken på dessa båda fronter – mot de terapier som alltför ensidigt betonar förändringsstrategier och mot de terapier som alltför okritiskt använder andliga eller icke-vetenskapliga acceptansprinciper – kommer till synes i Hayes beskrivning av vad han kallar de två första generationernas terapier. Den första generationen var den tidiga beteendevetenskapen, som under mitten av förra seklet kritiserade de "icke-empiriska traditionerna inom psykologin".[35] Beteendevetenskapen och beteendeterapierna representerade enligt Hayes ett empiriskt tillvägagångssätt som syftade till att identifiera beteendemässiga lagar och att manipulera dessa för att få till stånd förändringar i människors beteende. Hayes ställer här den första generationens beteendevetenskap och beteendeterapi mot den psykoanalytiska traditionen. Jag tillåter mig citera ett längre stycke:

> Freuds analys av "Lille Hans" […] kritiserades av tidiga beteendeterapeuter, vilka gjorde sig lustiga över de fantastiska psykoanalytiska vändningar som fallstudien innehåller […]. Freud menade att lille Hans oförmåga att lämna sitt barndomshem var ett sätt att undvika oidipala känslor och den därav uppkomna kastrationsångesten. Det krångliga resonemang som ledde fram till detta bestod av förklaringar om att en häst som går genom en port liknar avföring som lämnar anus, att en lastad vagn är som en gravid kvinna och att "hästen som trillade inte enbart var hans döende fader, utan även hans barnafödande moder" […]. Beteendeterapeuter […] hade en mycket enklare förklaring. Då lille Hans hade sett en hästdragen vagn välta och ryttare ropa och

---

sida, medan hon talar om sitt trauma. Talet i kombination med ögonrörelserna ska resultera i att minnena blir mindre traumatiska. Kritikerna menar att ögonrörelserna i sig inte har någon effekt, utan att det är en exponering för minnena i en trygg miljö som är förklaringen till de positiva resultat terapin ändå haft.

[35] Jag utgår här från Steven C. Hayes (2004), "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapy", i *Behavior Therapy* (35:4), s. 639–666. Notera att detta är en beskrivning som jag hämtar från fältet självt, det vill säga från en företrädare för den tredje generationens terapier.

> skrika (tillsammans med andra hästrelaterade obehagliga händelser) var det mer sannolikt att han undvek att gå ut därför att han hade en inlärd rädsla för hästar. Beteendeterapeuter gjorde sig lustiga över det psykoanalytiska teoretiserandets komplexitet genom att experimentellt visa på att enkla omständigheter kunde producera beteende som skulle kräva bisarra psykoanalytiska tolkningar.[36]

Denna första generation kännetecknas av en vilja att tillämpa vetenskapliga principer på studiet och utformningen av samhället och på behandlingen av psykiskt lidande. Det kanske viktigaste namnet är B. F. Skinner, som är radikalbehaviorismens fader. Radikalbehaviorismen är en form av beteendevetenskap. Ibland används begreppet synonymt med operant betingning eller för att betona en kritik mot psykologiska inriktningar som tangerar mentalistiska beskrivningar av människan eller för att visa att man bygger vidare på Skinners arbete. Inom både ACT och DBT ser man radikalbehaviorismen som sin beteendevetenskapliga hemvist. Enligt Hayes kännetecknas radikalbehaviorismen för det första av ett experimentellt studium av beteendeprinciper med hjälp av djurförsök, och för det andra av att man bortser från alla förklaringar som hänvisar till människors uppgivna intentioner och skäl. Allt beteende kan enligt radikalbehaviorismen förklaras med hjälp av stimuli-responsrelationer och betingning. Utifrån ett sådant perspektiv ses terapi inte som ett samtal mellan terapeut och patient, utan som ett sätt att lära in nya beteenden utifrån beteendevetenskapliga principer.

Den andra generationens terapier var en reaktion på den gryende beteendevetenskapens relativt enkla och primitiva förklaringar till människors komplexa beteenden. Den markerade ett förnyat intresse för att beskriva och förklara människors känslor och tankar och utgjorde den kognitiva vetenskapens genombrott inom psykologin. Här förklarar man människors handlingar och beteenden med hjälp av modeller över *interna processer*. Man riktar sitt intresse mot negativa tankeprocesser istället för destruktiva handlingar. På sätt och vis sammanfaller den andra generationens terapier med ett ökat intresse för terapins terapeutiska inslag. Om den tidiga beteendevetenskapen ofta användes för att

[36] Ibid. s. 641. Det borttagna i citatet är referenser.

styra människors beteenden (i fängelser, sjukhus och andra offentliga rum), var den kognitiva teorin mer inriktad på att behandla individen och dennes psykologiska problem.

Den tredje generationens terapier är en samlingsbeteckning för de terapier som använder acceptansstrategier och försöker förklara dem funktionellt utifrån vetenskapligt formulerade principer. Man delar med den andra generationens terapier en ambition att förklara processer som sker i individens inre. I de beteendeorienterade terapierna – exempelvis DBT och ACT – förklarar man känslor och tankar som ett *internt beteende*, det vill säga som betingande responser som är möjliga att lära om. Internt beteende syftar på det som i en kognitiv modell vanligtvis beskrivs som tankar och antaganden. Inom den tredje generationens beteendeterapier menar man att internt beteende styrs av i stort sett samma principer som externt beteende, det vill säga kroppsliga rörelser. Den andra generationens kritik mot den tidiga behaviorismen gällde dess oförmåga att analysera de intentioner, känslor och tankar som ligger bakom det externa beteendet. Den tredje generationens beteendeterapier utgör ett senkommet svar på kritiken, men utan att överge det beteendevetenskapliga paradigmet.

Sammanfattningsvis är vad som utmärker den tredje generationens terapier för det första att man använder sig av acceptanstekniker. Dessa är ursprungligen andliga tekniker som används för att hjälpa patienter att på ett mer ändamålsenligt sätt relatera till sina känslor, tankar och handlingar. För det andra arbetar man parallellt med att förklara teknikernas effekt med hjälp av funktionella begrepp.[37]

[37] De psykoanalytiska och psykodynamiska terapierna kommer inte att tas upp i avhandlingen, detta av samma anledning som jag inte tar upp existentiell terapi, gestaltterapi och traditionell KBT: syftet är att analysera den tredje generationens terapier, inte att jämföra dem med andra terapier eller att presentera en helhetlig bild av psykoterapins utveckling fram till idag.

2.4. Borderline personlighetsstörning

Diagnosen borderline personlighetsstörning har kritiserats för att vara ett alltför trubbigt instrument för att vara till någon egentlig nytta. Psykologen Anna Kåver och psykiatern Åsa Nilsonne, som varit drivande i att introducera DBT i Sverige, menar att diagnosen *emotionellt instabil personlighetsstörning* (IPS – e:et i "emotionellt" försvinner i förkortningen) vore lämpligare då BPD "är så behäftad med missförstånd och fördomar att respekten för de drabbade kräver nytänkande".[38] Men diagnoserna omfattar ganska likartade symtom: instabilitet i regleringen av känslor, dålig impulskontroll, relationsproblem samt dålig självkänsla.[39] Det är alltså ingen innehållslig skillnad mellan BPD och IPS som är orsaken till det föreslagna bytet, utan att BPD har en alltför negativ klang hos allmänheten, psykiatrer, terapeuter och patienter.

Av de tre terapimodellerna är det endast DBT som uttryckligen är utformad för behandling av BPD. ACT och MkT är avsedda att behandla problem som är snarlika de BPD bedöms bestå av. Av denna anledning presenterar jag diagnosen BPD som en allmän beskrivning av de problem de tre terapimodellerna avser behandla. Presentationens syfte är dubbelt: För det första att beskriva på vilket sätt patientens problem beskrivs. För det andra att ge läsaren en inblick i de metoder som används för att mäta och beskriva psykiskt lidande.

Enligt en undersökning från 2001 baserad på ett självskattningsinstrument uppfyllde 5,4 procent av den svenska befolkningen diagnoskriterierna för BPD/IPS, även om mätningens tillförlitlighet har ifrågasatts.[40] Självskada och självmordsförsök är relativt vanligt i den diagnostiserade gruppen (omkring 10 procent dör till följd av självmord). Med hjälp av den diagnostiska manualen *Diagnostic and Statisticial Manual* (DSM-IV-Tr) klassificeras individen med BPD om han eller hon (oftast hon) uppvisar minst fem av nio symtom. De nio

---

[38] Anna Kåver och Åsa Nilsonne (2002), *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: Teori, strategi och teknik*, s. 14. Diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning hämtas från ICD-10.

[39] Ibid. s. 32, se även Mary C. Zanarini (2005), "The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder", i (red.) Mary C. Zanarini *Borderline Personality Disorder*, s. 19–39.

[40] Ekselius et al. (2001), "Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile", i *Personality and Individual Differences* (30), s. 311–320. För kritiken, se SBU:s *ALERT-rapport 2005–07, Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning*, s. 2.

symtomen är: 1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. 2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmänskliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering. 3. Uppvisar identitetsstörning, det vill säga varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla. 4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (till exempel slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). 5. Uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar. 6. Är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (till exempel intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några dagar). 7. Känner en kronisk tomhetskänsla. 8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (till exempel ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål). 9. Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom.[41]

Ytterligare ett sätt att beskriva BPD är att utgå från självskattningsinstrument. Ett sådant instrument är *Borderline Symtom List* (BSL-23) Den som besvarar dess 23 påståenden ska förhålla sig till dem och markera det svarsalternativ som bäst stämmer in på den senaste veckans upplevelser. Svarsalternativen är ”inte alls”, ”lite”, ”ganska”, ”mycket”, och ”väldigt mycket”. De kompletteras med en siffra från 0 till 4. Påståendena är de följande:

Jag hade svårt att koncentrera mig.
Jag kände mig hjälplös.
Jag kände mig frånvarande och kunde inte komma ihåg vad jag skulle göra.
Jag kände avsky.
Jag tänkte på att skada mig själv.
Jag litade inte på andra människor.
Jag tyckte inte att jag hade rätt att leva.

[41] Symtombeskrivningarna hämtas från en svensk översättning av delar av DSM-IV-Tr (*Mini-D: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*).

Jag kände mig ensam.
Jag upplevde en stressande inre spänning.
Jag fantiserade om saker jag är väldigt rädd för.
Jag hatade mig själv.
Jag ville straffa mig själv.
Jag led av skamkänslor.
Mina känslor pendlade snabbt mellan ångest, ilska och depression.
Jag mådde dåligt för jag hörde röster och ljud som kom inifrån eller någonstans utifrån.
Jag påverkades väldigt hårt av kritik.
Jag kände mig sårbar.
Jag fascinerades av tankar om döden.
Allt kändes obegripligt för mig.
Jag var rädd för att förlora kontrollen.
Jag kände äckel inför mig själv.
Jag upplevde det som om jag var långt borta från mig själv.
Jag kände mig värdelös.

Vissa versioner kompletteras med elva påståenden som är avsedda att mäta beteenden. Personen får markera om något visst hänt (0) inga, (1) en, (2) två till tre, (3) fyra till sex eller (4) dagligen under senaste veckan. De elva påståendena är:

Jag skadade mig själv genom att skära, bränna, kväva, banka huvudet eller liknande.
Jag sade till andra att jag skulle döda mig själv.
Jag försökte begå självmord.
Jag hetsåt.
Jag tvingade mig själv att kräkas.
Jag hade ett högriskbeteende genom att medvetet köra för snabbt, springa på hustak, balansera på broar eller liknande.
Jag blev full.
Jag tog droger.
Jag tog medicin som jag inte hade fått utskrivet, eller om det var utskrivet så tog jag mer än den rekommenderade dosen.

> Jag hade raseriutbrott eller attackerade andra fysiskt.
> Jag hade impulsiva sexuella möten som jag senare skämdes över eller som gjorde mig arg.[42]

BSL-23 är en förkortad version av BSL-95 (95 frågor) och har den fördelen att den inte är lika svår och tröttande att besvara. De båda versionerna anses ha god validitet och har ”moderat positiv korrelation” med det kanske vanligaste skattningsinstrumentet inom psykiatrin, SCL-90 (*Symtom Checklist*, 90 frågor).[43] Bsl-95 har sju subskalor: självuppfattning, affektreglering, självdestruktivitet, dysfori, ensamhet, inkräktande tankar och hotfullhet.[44] BSL är utformad specifikt för att mäta hur vanliga BPD-symtom är hos en viss person. Det används för att mäta förändringar hos patienter samt för att skilja mellan BPD och andra närliggande diagnoser.[45]

Symtomlistan i DSM-IV-Tr, de sju subskalorna i BSL-95 och det övergripande resultatet på BSL-23 är tekniska beskrivningar av BPD, men det finns ingen exakt eller allmängiltig definition av BPD. Inom ACT, MkT och DBT ställer man sig kritisk mot att likställa diagnoser med sjukdomstillstånd. Man fokuserar istället på de symtom eller på det *problembeteende* som patienten har. Behandlingen är utformad med tanke på de symtom och förklaringar till deras orsaker, snarare än diagnoser. Därmed förlorar diagnoserna som sådana sin centrala ställning som beskrivning av ett tillstånd. Diagnosen är däremot fortfarande ett viktigt redskap för att kommunicera med patienter och andra terapeuter/forskare. Med eller utan diagnoser anses det grundläggande problemet vara svårigheten att reglera känslor, tankar och handlingar och de konsekvenser detta har.

---

[42] Slutligen finns det även en skala från 0 till 100 procent där personen får markera hur det generella personliga tillståndet varit under veckan.

[43] M. Bohus et al. (2009), ”The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties”, i *Psychopathology* (42:1), s. 33.

[44] Dessa subskalor kan inte identifieras i BSL-23 (ibid. s. 35).

[45] Ibid. s. 37. I deras studie undersöktes 379 BPD-patienter. I svaren låg medelvärdet på 2.05 med en standardavvikelse på 0,9. Vid en jämförelse mellan patientgrupper var medelvärdet för patienter med ADHD 1.02, för schizofrena 0,92 och för personer med posttraumatiskt stressyndrom 1,19.

2.5. Tredje generationens terapier som samhällsfenomen

Vissa av den tredje generationens terapier har fått stort genomslag både i Sverige och internationellt under det senaste decenniet. DBT finns inom både öppenvården och slutenvården på många orter runtom i Sverige. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har bedömt att den leder ”till minskat självskadebeteende och även till färre behandlingsavbrott. Effekten har visat sig kvarstå vid uppföljning upp till två år. Behandlingen medför eventuellt också minskat behov av sjukhusvård, och hos missbrukare minskad droganvändning.”[46] SBU hänvisar även till svensk forskning som visar att kostnaderna för behandlingen av BPD troligtvis minskar när DBT används.[47] Framtiden ser ljus ut för den tredje generationens terapier. Till och med *Aftonbladet* skriver om ACT under rubriken ”Lindra din ångest med ny succémetod”.[48]

De acceptansbaserade terapierna spelar en viktig roll för professionellas, patienters och lekmäns förståelse av psykisk hälsa och psykiskt lidande. Modellerna av psykisk hälsa och psykiskt lidande är visserligen komplexa men för den skull inte nödvändigtvis begränsade till terapin. De flyttas ut från den professionella terapins rum till vardagssituationer där de tillämpas på mer eller mindre lyckade sätt. Ett exempel är det stora genomslaget för medveten närvaro eller *mindfulness*, inte bara i Sverige utan även i stora delar av Västeuropa, där den marknadsförs som ett sätt att må bättre, nå högre ”livskvalite” och minska stress. Guidade meditationsövningar finns att ladda ner lagligt och olagligt från en mängd olika hemsidor, den populärvetenskapliga självhjälpsfloran blir allt rikare och på Apoteket kan man köpa mindfulnessövningar på CD-skiva

---

[46] SBU:s *ALERT-rapport 2005–07, Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning.* ACT och MkT har inte fått ett lika stort genomslag i Sverige, men intresset för ACT har ständigt ökat under de senaste åren.

[47] K-I Perseius et al. (2004), ”Does dialectical behavioural therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder. A pilot study”, i *Vård i Norden* (24), s. 27–30.

[48] S. Milstead (2009), ”Lindra din ångest med ny succémetod”, i *Aftonbladet* 18 maj, 2009. En sökning på *Aftonbladets* hemsida ger flera träffar både på Acceptance and Commitment Therapy och dialektisk beteendeterapi på områden som självmordsförsök, hunduppfostran, tinnitus och nätdejtingmissbruk.

bredvid massageoljor och receptfria tabletter mot nedstämdhet. Den tredje generationens terapier och deras förståelse av psykiskt lidande har funnit sin nisch. Både deras samhällsrelevans och det avtryck de satt i det allmänna medvetandet måste tas på allvar. De utgör därför ett viktigt samhällsfenomen att analysera.

Den mentala ohälsans sociologi är studiet av relationen mellan institutioner, begreppet psykisk ohälsa och de individer som klassificeras som psykiskt sjuka. Begrepp som normalitet, avvikelse, stigmatisering och normativitet är centrala och den sociologiska aspekten består vanligtvis i att man beskriver det psykiska lidandets sociala karaktär eller i att man beskriver psykiatrin och psykologin som sociala institutioner. Här vill jag pröva en annan infallsvinkel. Den teoretiska utgångspunkten är inte sociologiska förklaringsmodeller av sjukdomars eller institutioners sociala ursprung, utan kunskaps- och vetenskapsteoretiska analyser av vetenskapliga praktiker. Avhandlingen infogar sig därmed i en tradition som betonar epistemologiska resonemang kring skillnaden mellan vetenskaplig och vardaglig kunskap snarare än frågor gällande det socialas eventuella inflytande på kunskapen.

I det inledande kapitlet ställs frågan vad som ger terapin dess makt. Jag menar att det finns två sätt att besvara en sådan fråga. För det första kan man beskriva terapin som en del av en större samhällelig institution och visa hur detta förhållande ger den makt över individer och grupper. Detta är den vanliga ansatsen inom den mentala ohälsans sociologi. Men jag menar att det finns ett annat sätt att besvara frågan, som betonar andra aspekter och utgår från terapins specifika premisser, vad som gör terapin unik. Diskussionen om legitimiteten av de terapier som analyseras i avhandlingen har till stor del handlat om de vetenskapliga resultat som talar för deras effektivitet.[49] Den tydliga kopplingen till vetenskapliga diskussioner och metoder har som vi nyss sett även varit det som enligt förespråkarna skiljer den tredje generationens terapier från andra terapiformer. Att synliggöra det sätt på vilket vetenskaplig kunskap tillämpas och förhåller sig till andra kunskapsformer är därför en viktig beståndsdel i en

[49] För en kritik av den tredje generationens terapier från detta perspektiv, se exempelvis Lars-Göran Öst (2008), "Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis", i *Behaviour Research and Therapy* (46:3), s. 296–321.

analys av ACT, MkT och DBT som samhällsfenomen. I detta sammanhang är den historiska epistemologin ett användbart verktyg.

När man betonar terapins sociala förutsättningar (det första svaret) studerar man terapin som en praktik bland andra. Ur ett sådant perspektiv blir avhandlingens resonemang om vetenskap och sanningsanspråk mindre väsentliga. De två sätten att besvara frågan om terapins makt är svåra att hålla i luften samtidigt eftersom de betonar *vad terapin har gemensamt med andra praktiker* respektive *vad som skiljer terapin från andra praktiker*. De olika betraktelsesätten står inte i konflikt med eller motsäger varandra, utan kan ses som olika perspektiv på frågan om terapins makt och olika förklaringar till att den tredje generationens terapier har fått en så stark ställning i den svenska och internationella psykiatrin och psykologin. Det är min övertygelse att de två sätten att diskutera frågan om terapins makt kan komplettera varandra och att båda har en plats i en analys av den tredje generationens terapier som samhällsfenomen.

Kapitel 3. Introduktion till problemet

> Pragmatismen gör ingenting annat än ger sig ut på jakt efter en *garanti*. […] Argumentet för att beviset för puddingens existens finns i ätandet av den är just snyggt. Vad som intresserar oss är ju den *mekanism* som försäkrar oss om att det verkligen är puddingen vi äter och inte en ångkokt elefantunge när vi *tror* att vi äter vår morgonpudding! Och så beviset att saken bevisas genom upprepning under hundratals eller tusentals år av mänsklig praktik […].[50]

De frågor som kommer att ställas i analysen av terapi och terapiteori har levt ett långt och omväxlande liv i den vetenskapsteoretiska och vetenskapsfilosofiska historien. Frågorna har ställts – och ibland ansetts besvarade – utifrån filosofiska och teoretiska perspektiv med namn som realism, relativism och pragmatism. I detta kapitel kommer jag att kontrastera min begreppsapparat mot dessa filosofier för att därigenom visa hur historisk epistemologi kan fungera som ett användbart begreppsligt alternativ. Detta kapitel tjänar som introduktion till både min begreppsapparat och de frågor som kommer att belysas i analysen. Jag kommer att illustrera mitt resonemang med hjälp av exempel på hur vetenskaper eller vetenskapliga projekt har analyserats utifrån den historiska epistemologins perspektiv.

I detta och de två följande kapitlen kommer jag att analysera ACT:s, MkT:s och DBT:s epistemologiska och ontologiska antaganden för att därigenom

[50] Althusser (1968/1970), s. 75–76, ändrad översättning.

illustrera de styrkor, svagheter och luckor jag identifierar i den historiska epistemologin. Det föreliggande kapitlets syfte är tvåfaldigt: För det första vill jag identifiera de punkter varpå det är nödvändigt att omarbeta den historiska epistemologin för en analys av terapiteori. För det andra vill jag visa att den historiska epistemologin – om dessa brister kan bearbetas – är en användbar utgångspunkt för att analysera terapi som ett möte mellan vetenskapligt utformad kunskap och vardaglig kunskap.

Detta första kapitel kommer att ägnas åt frågor om hur begreppet sanning har hanterats och kritiserats. Det är ett begrepp som har stötts och blötts i många av de diskussioner som förts om terapi och dess roll i det moderna samhället. Sanningen åberopas ofta i samtal om terapin – ibland på grund av sin påstådda närvaro och ibland på grund av sin påstådda frånvaro – vilket gör dessa frågor viktiga även i analysen av terapiteori. Det ”problem” kapitelrubriken syftar till handlar inte om vilket sanningsbegrepp som är korrekt (eller mest sant), utan på vilket sätt olika praktiker (terapiutveckling, psykoterapeutisk behandling och patientens vardag) organiseras utifrån olika föreställningar om hur en intervention ska värderas och legitimeras. Vad sker när dessa diametralt olika sätt att värdera kunskap och handlingar möts? Hur återverkar det på kunskapen och synen på vad sann kunskap är?

Jag förutsätter varken att den terapiteoretiska kunskapen är sann eller att den är falsk. Istället för att klargöra *om* terapin fungerar, vill jag ställa frågan *hur* den fungerar. Att terapin har konsekvenser för och effekter på patienten är inte en fråga om huruvida den terapiteoretiska kunskapen är sann, utan är ett resultat av att terapin är en mänsklig praktik.[51] Det är samhällsvetenskapligt mer intressant att analysera hur denna kunskap organiseras i en viss praktik och hur terapin som praktik struktureras av kunskapen, kort sagt hur den påverkar människor.

Att kunskap är sann är ingen garanti för att kunskapen används för ett gott ändamål. Det är till och med möjligt att hävda att sann kunskap är mer användbar än falsk kunskap för att manipulera, kontrollera eller disciplinera

[51] Jag delar detta intresse med många andra, exempelvis *det starka programmet*, som är en kunskapssociologisk tradition med företrädare som Barry Barnes och David Bloor.

människor.[52] Samtidigt är begreppet sanning en viktig ingång till terapi och terapiteori, då terapins legitimitet i mångt och mycket bestäms utifrån dess förmodade sanning eller falskhet. En terapi som i vetenskapliga utvärderingar visat sig kunna förbättra patienters situation kan antas representera förhållandet mellan terapeutiska interventioner, mänskligt fungerande och psykiskt lidande på ett sant sätt. Men det är inte riktigt så enkelt.

Avhandlingen bygger på en förståelse av terapin som en relation mellan vetenskaplig kunskap och vardagskunskap. Relationen mellan terapins kunskapsobjekt och erfarenheten[53] består av två olika möten. För det första sker det ett möte i *terapiteorin*. Detta möte äger rum på ”det vetenskapligas” fält. Här bedöms kunskap med vetenskapliga metoder för att fastställa om en förklaring är sann eller falsk. Erfarenheter, känslor, tankar och handlingar begreppsliggörs utifrån de funktioner de fyller i vidmakthållandet av psykiskt lidande. I detta möte sker ingen kamp om legitimitet, då de olika kunskapsformerna befinner sig på två olika nivåer. Däremot har den funktionellt definierade modellen företräde när det gäller den terapiteoretiska förklaringen till känslors, tankars och handlingars roll.

För det andra sker det ett möte i *det terapeutiska arbetet* i och utanför terapisessionen. På detta fält klassificeras inte handlingar utifrån huruvida de kan sägas vara sanna eller falska, utan utifrån deras konsekvenser. Detta är initialt en potentiell plats för konflikter mellan olika tolkningar av situationen och vad den kräver. En tes i avhandlingen är att ”konflikten” löses därigenom att terapin i mångt och mycket består av terapeutens och patientens användning av instrument och tekniker för att tillämpa prövad och utvärderad kunskap på

---

[52] Det är inte min intention att argumentera för att den terapiteorietiska kunskapen används för dessa ändamål. Heller inte att motbevisa sådana anklagelser.

[53] I nästa kapitel kommer jag att argumentera för att erfarenheten inte har ett objekt på samma sätt som den vetenskapliga kunskapen, utan att den riktar sig mot sig själv i vad som kan kallas för vardagliga eller *ideologiska* föreställningar om mänsklig subjektivitet. Ordet ”ideologisk” har en negativ klang, varför jag vill vara försiktig med att använda det. Kanske är det viktigt att förtydliga att jag inte antar att vardagliga föreställningar om subjektet är falska i motsats till vetenskapens ”sanna” hypoteser om personlighetens struktur. Jag kommer utveckla resonemanget i nästa kapitel och hoppas att detta förtydligande förklarar mer än vad det förvillar.

patientens konkreta situation.[54] Detta andra möte kan sägas äga rum på ett vardagligt eller ideologiskt fält.

Frågor om sanning är centrala i litteraturen om terapi. Frågorna, som ställts från sociologiskt, psykologiskt men även (neuro-)biologiskt håll, handlar om vilken funktion terapin fyller. Det kan gälla terapin som samhälleligt projekt: Är terapi en viktig del av det sociala skyddsnätet eller ett verktyg i ett disciplinerings- och normaliseringsprojekt? Är den till och med både och? Frågorna kan även gälla terapins teoretiska ramverk: Ger ramverket en korrekt beskrivning av patientens problem, eller utgör den ett sätt att legitimera en individualisering och avpolitisering av det psykiska lidandets "egentliga" orsaker? Eller förhåller det sig tvärtom så att terapin politiserar neurobiologiska störningar och utnyttjar människors medfödda svagheter i ett politiskt spel? Dessa tolkningar återspeglar olika uppfattningar om terapins sannings- och giltighetsanspråk. Även för terapiutvecklingen interna frågor, till exempel vilken teknik som är bäst lämpad för att hantera ett visst problem, förutsätter någon form av sanningsbegrepp. Alla dessa positioner gör det lämpligt att utgå från sanningsbegreppet vid en kontextualisering av begreppsapparaten.

3.1. Sanning och det oundvikliga

I en diskussion om terapiteoretiska modellers sanningsanspråk kan man utifrån den amerikanske filosofen Ian Hackings artikel "How Inevitable are the Results of Succesful Science?"[55] fråga sig hur oundvikliga den framgångsrika terapimodellens beskrivningar av och interventioner i patientens situation är. Kan en korrekt och användbar beskrivning av patientens psykiska lidande bara göras på ett sätt? Det empiriska svaret är "nej", då flera sinsemellan mycket olika terapimodeller visat sig *fungera*. Men om man problematiserar frågan och försöker förklara *hur* de fungerar så är svaret inte lika enkelt. I vetenskapliga, utvärderande jämförelser mellan terapiformers effektivitet har tesen om "the

[54] Instrument och tekniker är en viktig del i både utformandet av terapiteorin (som ett sätt att konstruera effektiva behandlingsstrategier och att validera dess effektivitet) och i utformandet av terapisessionen.
[55] Ian Hacking (2000), "How Inevitable Are the Results of Successful Science?", i *Philosophy of Science* (67:3), s. 58–71.

dodo bird effect" lagts fram.[56] Tesen är att alla fungerande terapier delar ett gemensamt terapeutiskt verktyg, nämligen en god och väletablerad relation mellan terapeut och patient samt tilltro till terapimodellen hos både terapeut och patient. Det betyder att det egentligen inte är särskilt relevant vilken inriktning terapin har, bara deltagarna tror på den. Men visst vill man ändå inte släppa tanken om att det måste hänga samman på något sätt? Om terapin är ändamålsenlig eller inte borde bero på huruvida terapins analys av patientens situation är sann eller inte. Namnet "the dodo bird effect" kommer från *Alice i Underlandet*, där dodo-fågeln, eller dronten som den heter i den svenska översättningen, står som domare i en löptävling mellan ett antal karaktärer. På frågan om vem som vann loppet svarar dronten att "alla har vunnit! Alla ska ha pris!" Men i Lewis Carrols bok får deltagarna börja tävlingen var de vill och springa vart de vill, och dronten stoppar tävlingen efter ungefär en halvtimme. Kanske kan alla utropas till vinnare bara när man inte vet var man ska börja och var man ska sluta? Att det ser annorlunda ut när startpunkten, målet och vissa grundläggande regler är uppställda? (Jag ger inte något eget svar på frågan om *vad* en verksam terapi måste innehålla. Däremot kommer jag att beskriva hur terapin är ett sätt för patienten att skapa kunskap om och förändra sig själv.)

Den terapeutiska alliansen (relationen mellan terapeut och patient) består av kognitiva beteendeterapeutiska tekniker, exempelvis validering, acceptans, sokratisk samtalsmetod och bearbetning av negativa tankar. (Relationen mellan terapeut och patient ses som viktig även utifrån ett psykodynamiskt perspektiv på grund av att det är där patientens – och terapeutens – tidigare relationer och konflikter "återspelas" och blir möjliga att reflektera över och lösa.[57]) Olika terapier utformar relationen mellan terapeut och patient på olika sätt. Man

---

[56] Se Rick Budd och Ian Hughes (2009), "The Dodo Bird Verdict – Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of Meta-Analyses", i *Clinical Psychology and Psychotherapy* (16:6), s. 510–522 och Luc Vandenberghe och Ana Carolina Aquino de Sousa (2005), "The Dodo-bird Debate, Empirically supported Relationships and Functional Psychotherapy", i *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* (1:4), s. 56–61.

[57] När det gäller behandling av personlighetsstörningar är Otto Kernbergs *Transference Focused Psychotherapy* extra intressant då det är en terapiform som visat sig effektiv i fråga om att minska vissa av de allvarligaste symtomen. Jag kommer inte att ta upp några psykodynamiska eller psykoanalytiska perspektiv på psykiskt lidande i avhandlingen. Jag undviker dessa eftersom de skiljer sig så pass mycket från de aktuella terapierna att en utförlig beskrivning av dynamiska och analytiska grundantaganden hade blivit nödvändig.

kommer då tillbaka till frågan om hur det är mest lämpligt att ta sig an detta ”lopp”. Oavsett om relationen mellan terapeut och patient är den enda verksamma delen i terapin eller om den bara är en av många viktiga delar i en effektiv behandling, kan de terapeutiskt relevanta processerna förklaras funktionellt (*vad* i relationen skapar förändring i patientens sätt att känna, tänka och handla?), och denna förklaring värderas längs en vetenskaplig dimension som spänner mellan sanning och falskhet.

3.2. Sanningen om vad?

Det första som måste klargöras är vad sanningsanspråken gäller. Här kan vi utgå från den engelska sociologen Barry Barnes begrepp *sociala ting*. Med sociala ting menar Barnes begreppsliga ting såsom ”ledare”, ”förlorare” och ”utstött”.[58] Att vara exempelvis ledare är för Barnes detsamma som att identifieras som ledare, och det sociala tinget ”ledare” uppstår när en viss person definieras *som* ledare. Detta sker oberoende av vilka handlingar personen utför och i vilken kontext benämningen sker. Barnes företräder en ytterlighetssynpunkt om relationen mellan begrepp och det som begreppet hänvisar till: objektet uppstår i referensen till det. I benämningen av en person som ledare uppstår ledaren. Det är ”sant” att en person som kallas för ledare är ledare, just därför att han eller hon definieras som ledare. Om vi anlägger ett sådant perspektiv på terapiteoretiska modeller får tinget kausala egenskaper i den godtyckliga benämningen av ett ting som orsak till det psykiska lidandet. Ett trauma är ett trauma om – och bara om – det *definieras* som ett trauma.

Det finns de som menar att vetenskapens kunskapsobjekt delar egenskaper med Barnes’ sociala ting. Det handlar både om natur- och samhällsvetenskaperna, även om det oftast är de senare som beskrivs och kritiseras på ett sådant sätt. Två studier av vetenskapliga praktiker som är relevanta i detta

---

[58] Se Barry Barnes (1983), ”Social Life as Bootstrapped Induction”, i *Sociology* (17:4), s. 525–526, 536–541. Socialt ting ”är ett begrepp som per definition inte får syfta till ett specifikt objekts empiriska egenskaper. Det kan därför inte berätta något för oss om vad som kännetecknar det specifika objektet, eller om likheter mellan objektet och andra. […] Trots att dessa begrepp inte innehåller någon information om de specifika objekt de refererar till, har de en roll att spela” (ibid., s. 525).

sammanhang är Hans-Georg Rheinbergers *Towards a History of Epistemic Things: Synthesezing proteins in the test tube* och Bruno Latours och Steve Woolgars *Laboratory Life: Construction of a scientific fact.*[59] Dessa båda studier har i olika grad låtit sig inspireras av den historiska epistemologin, och det är därför intressant att se hur de har kritiserats och försvarats. Båda studierna har anklagats för att reducera det vetenskapliga objektet till ett socialt ting. En anledning till kritiken är att de båda studierna beskriver hur kemiska fenomen framkallas på artificiell väg i ett laboratorium: För Rheinberger ett protein, för Latour och Woolgar ett hormon. Konstruktionen, i bokstavlig mening, sker i laboratoriet.[60] Hacking betonar i en kommentar till Latour och Woolgar att termen konstgjord har två innebörder: ”skapad av människan” och ”oäkta”.[61] Distinktionen mellan dessa två innebörder faller om det vetenskapliga objektet definieras som ett socialt ting (och detta är enligt kritikerna vad som sker i de analyserna). Ur detta perspektiv blir det vetenskapliga objektet ett ”konstgjort, oäkta, objekt”.[62] Vetenskapare talar *om* hormonet, och refererar därvid egentligen till *talet om* hormonet, inte till hormonet som verkligt objekt. Hormonet konstrueras i laboratoriet, både genom konstruktionen av hormonet som molekyl och genom konstruktionen av hormonet som socialt ting.

---

[59] Hans-Jörg Rheinberger (1997) *Toward a History of Epistemic Things: Synthesizing Proteins in the Test Tube* och Bruno Latour och Steven Woolgar (1979) *Laboratory Life: The construction of a scientific fact.*

[60] I sin kommentar till David Bloors kritik menar Rheinberger att det är just den ”epistemiska osäkerhet” som detta innebär som ger det epistemiska objektet (Rheinbergers benämning på konstgjorda objekt) dessa egenskaper (”A Reply to David Bloor”, i *Perspectives on Science* (13:3), s. 407). Bloor, som företräder *det starka programmet*, menar att Rheinberger ”egentligen” ser proteinet som ett socialt ting. Detta är en *kritik* enbart om man anser att protein som vetenskapligt objekt är något annat än ett socialt ting eller något i grunden annat än en språklig konstruktion, vilket Bloor inte verkar göra.

[61] Ian Hacking (1988), ”The Participant Irrealist at Large in the Laboratory”, i *British Journal for the Philosophy of Science* (39:3), s. 285. På den andra definitionen av konstgjord tar han exemplet ”konstgjord grädde”. Detta är en oäkta grädde, inte lika ”bra” eller ”äkta” som grädde (ibid., s. 285). Den förra typen av användning av begreppet borde kunna tillämpas på ”äkta” grädde även om Hacking inte själv gör det. Det är en av människan skapad produkt, det vill säga konstgjord. I en artikel till Georges Canguilhems minne tio år senare kom Hacking att citera Descartes *Principia philosophiae*: ”alla ting som är artificiella är […] naturliga. Exempelvis så är det inte mindre naturligt för en klocka att hålla tiden på grund av de kugghjul den består av, än vad det är för ett träd att producera frukt”. (Descartes, *Principia philosophiae*, Del iv, §203, citerad i Ian Hackings (1998), ”Canguilhem amid the cyborgs”, i *Economy and Society* (1998) (27:2–3), s. 202).

[62] David Bloor (2005), ”Towards a Sociology of Epistemic Things”, i *Perspectives in Science* (13:3), s. 293–295.

En orsak till kritiken av Latour och Woolgar är deras uppfattning att objektet konstitueras genom en uppsättning materiella tekniker, det vill säga att det vetenskapliga objektet är beroende av den kontext som det skapas i (här laboratoriet och experimentet). En viktig inskränkning i objektets relativitet finns i Latours och Woolgars uppmaning till läsaren ”att föreställa sig att vissa delar av laboratoriets utrustning skulle försvinna [vilket] skulle innebära att åtminstone ett av verklighetens objekt skulle försvinna från *diskussionen*”.[63] Märk formuleringen: De diskuterar inte konstruktionen av ett *objekt* (ett ämne som enligt bokens innehållsförteckning endast upptar sex sidor), utan konstruktionen av ett vetenskapligt *faktum* (något som redan undertiteln avslöjar). I en analys av en vetenskaplig praktik *såsom* ett samtal mellan aktörer (och det är så som jag menar att Latours och Woolgars bok bör läsas) är inte frågan om hur man ställer sig till sanningsbegreppet så central. Detta kan förklara den förvirring som deras bok ändå skapat angående deras förståelse av det vetenskapliga objektet. Jag läser deras bok som en analys av vetenskapares *samtal*, där experimentet och laboratoriet beskrivs som medel för detta samtal (som medium för konstruktionen av olika typer av argument och fakta).[64] I samtalet konstrueras det sociala tinget, men inget hos Latour och Woolgar antyder att detta samtal är det enda som finns. Därmed innehåller deras resonemang inte många ledtrådar till vad som kännetecknar vetenskapen och dess objekt om man inte begränsar sig till konstruktionen av vetenskapliga *fakta*. Kritiken mot Latour och Woolgar för därför inte diskussionen om vetenskapliga objekt framåt.

I sin kritik av Rheinberger närmar sig David Bloor frågan på ett annat sätt. Bloor menar att frågan om huruvida relationen mellan vetenskapliga begrepp och objekt handlar om vertikala relationer mellan ord och ting *eller* om horisontella relationer mellan utsagor (det vill säga definitionen av ett socialt ting) är felformulerad. Han menar att en utsaga om den materiella världen förhåller sig *både* till det den hänvisar till (objektet) och till andra verbala aktörer (genom språk).[65] Detta är en tilltalande position: Ett objekt kan ha

---

[63] Latour och Woolgar (1979), s. 64, min kursiv.

[64] För att komplicera det hela talar Latour och Woolgar om objektet som en aktör, som en samtalspartner. Men det handlar fortfarande om ett *samtal*.

[65] Bloor (2005), s. 301–302. Märk att han här har preciserat världen som en ”materiell” värld.

egenskaper – exempelvis färg, form och lukt – som begrepp hänvisar till. Men begreppen om detta objekt hänvisar även till en kollektiv förståelse av exempelvis ”röd”, ”rund” och ”sur”.[66] Denna uppdelning verkar för Bloor gälla både vardagliga språksituationer och vetenskapen, vilket innebär att den vetenskapliga praktiken är en underklass till den allmänna klassen ”praktiker”.[67] Kritiken mot Rheinberger gör gällande att det experimentellt framställda objektet (proteinet) inte hänvisar till något tydligt avgränsat objekt i verkligheten (utanför experimentet) och att det därför består enbart av horistontella relationer mellan olika utsagor.[68] Jag menar att distinktionen mellan de två kriterierna faller med Bloors kritik: Anledningen till att man inte kan säga att det finns ett objekt i verkligheten som begreppet hänvisar till är enligt Bloor att man inte har kunskap om detta objekt, det vill säga att det inte finns någon kollektiv förståelse av det. Då blir objektets existens beroende av att det finns ett subjekt som erfar det med hjälp av en kollektiv förståelse.[69] Att hänvisa till exempelvis äpplets egenskaper ”runt”, ”rött” och ”surt” är beroende av erfarenheten av äpplet, vilken formas i den kollektiva förståelsen, i samhället.[70] (Jag kommer senare att visa att erfarenheten inte är något vetenskapligt lämpligt medel för att garantera ett objekts existens.) Jag menar att det vetenskapliga objektet är ett objekt som förutsätter en *bearbetning av* det

---

[66] Tillfälligtvis formulerar B.F. Skinner verbalt beteende på ett liknande sätt: ”Dessa är de viktiga begreppen [för att förstå verbalt beteende]: Ett stimulus, en respons och en förstärkning som den verbala omgivningen tillhandahåller. […] Den relevanta relationen mellan dessa begrepp kan uttryckas så att omgivningen förstärker responsen enbart när den avges i närvaro av ett visst stimulus. Förstärkningen av exempelvis responsen röd är kontingent i relation till ett rött objekts närvaro. […] Ett rött objekt blir ett diskriminativt stimulus, ett tillfälle, för att den lyckade responsen röd ska avges.” (B. F. Skinner (1945), ”The operational analysis of psychological terms”, i *Psychological Review* (52), s. 272). Ett *diskriminativt* stimulus är ett stimulus som troliggör vissa konsekvenser av ett visst beteende. Att det regnar är ett diskriminativt stimulus för att man kommer att bli blöt om man går ut.

[67] Denna beskrivning är utmärkande för det starka programmets vetenskapssyn.

[68] I Rheinbergs analys av det explorativa laboratoriearbetet omgärdas experimentet av en ”epistemisk osäkerhet” kring dess resultat.

[69] Drar man en sådan tanke till sin spets är alla vetenskapliga objekt som inte är direkt erfarbara för subjektet (eller som inte är avgränsade på ett sätt som sammanfaller med subjektets erfarenhet av det) ett socialt ting.

[70] Äpplet, som används som ett exempel för att illustrera och förenkla, är på ett sätt ett så pass irrelevant exempel att det riskerar att förhindra en verklig förståelse av resonemangets implikationer. Om utsagorna rör ett mer komplicerat och vanskligt ämne, exempelvis människans natur, blir det mer tydligt vad som står på spel.

empiriska fenomenet. Det klassiska exemplet är Newtons formulering av gravitationskraften efter att ha observerat ett fallande äpple. Gravitationskraften är en generalisering av den partikulära händelsen. Den lag Newton formulerade förklarar med andra ord varför två massor attraherar varandra, inte varför ”äpplet föll till marken”. Äpplet och marken är i Newtons formel ersatta med beteckningarna ”m1” och ”m2”. Den materia som gravitationskraften verkar på kännetecknas varken av färg, form eller lukt, utan av den abstrakta egenskapen ”massa”.

I linje med detta resonemang kan de fenomen som terapiteorin identifierar som viktiga i vidmakthållandet av psykiskt lidande inte sägas vara samma fenomen som patienten själv upplever. Terapiteorin beskriver känslors, tankars och handlingars *funktion* och deras *relation till den kontext de uppstår i*. Dessa funktioner förklaras i en teoretisk *modell*, exempelvis en modell av självskadebeteende, en modell av hur kontroll över de egna tankarna är möjlig och så vidare. Modellen visualiserar och beskriver en eller flera (här psykiska) mekanismer. Terapiteorins begrepp utgör i sin tur beskrivningar av specifika funktioner som härleds ur modellen. Detta innebär att terapiteorins begrepp inte är beroende av patientens erfarenhet av dem, utan av möjligheten att tillämpa modellen på patientens situation. Att beskriva en viss händelse med beteendeterapeutiska begrepp som *diskriminativt stimulus*[71] eller en viss reaktion som *erfarenhetsundvikande*[72] är inte beroende av att händelsen upplevs som ett diskriminativt stimulus eller att reaktionen upplevs som erfarenhetsundvikande. Beskrivningen är istället beroende av den terapiteoretiska modell som analysen görs utifrån. Att terapins funktionella objekt skiljer sig från patientens vardagliga begrepp och erfarenheter innebär varken att en referentiell relation mellan vetenskapens begrepp och dess objekt försvinner (se Barnes) eller att det vetenskapliga objektet blir en självrefererande utsaga (se Bloor). Vad som sker är däremot att relationen mellan det vetenskapliga objektet och en *vardaglig förståelse* av de empiriska objekten bryts. Vetenskapliga begrepp hänvisar till hur objektet förklaras och vilka relationer det har till andra delar av modellen (exempelvis förklarar gravitationslagen relationen mellan ”m1” och ”m2” (två

[71] Se not 67.

[72] Vilket betyder att ett beteende har till funktion att låta patienten slippa uppleva vissa känslor, ha vissa tankar eller befinna sig i en viss situation.

massor mellan vilka gravitationen uppstår) med hjälp av modellens två andra begrepp, gravitationskonstanten och avståndet mellan m1:s och m2:s masscentra). Jag menar att den kollektiva förståelse som de vetenskapliga begreppen hänvisar till bör beskrivas som en *vetenskaplig problematik*, och att denna kollektiva förståelse skiljer sig från den vardagliga kollektiva förståelsen eller språksituationen. Mer om detta i senare kapitel.

Det faktum att det vardagliga och det vetenskapliga språket är sinsemellan oöversättbara innebär inte att de objekt som det senare hänvisar till är konstgjorda i Hackings andra bemärkelse (”oäkta”), utan att vetenskapliga begrepp beskriver funktioner och lagar som inte kan likställas med vårt vardagliga sätt att uppleva vår omvärld. Ett rött äpple kan inte på något meningsfullt sätt sägas betyda *samma sak* som det beteendevetenskapliga begreppet ”diskriminativt stimulus” (även om det röda äpplet kan *fungera* som ett diskriminativt stimulus för att säga orden ”rött äpple”). Psykologiska, vetenskapliga, begrepp syftar inte till att beskriva ett ting sådant det framstår för oss, utan till att förklara ett fenomens funktion utifrån en psykologisk modell.

3.3. Experimentet som modell för vetenskapen

Om inte vetenskapens objekt är tillgängliga för oss direkt, hur får vi då kunskap om dem? Ett ofta förekommande svar är att laboratorieexperiment gör det möjligt att skapa detta objekt. Filosofen Roy Bhaskar beskriver vetenskapens objekt som ”mekanismer, strukturer och system av relationer som [existerar] oberoende av vetenskapen, men som enbart kan ’fångas’ i en form som gör dem tillgängliga för människor, som ett kontingent fenomen i naturen, under omständigheter som är experimentellt framkallade och kontrollerade”.[73] Bhaskar menar att de ”osynliga” mekanismer som genererar livsvärlden visst är tillgängliga för människan *under vissa omständigheter*. Dessa omständigheter

[73] Roy Bhaskar (1975), ”Feyerabend and Bachelard: Two Philosophies of Science”, i *New Left Review* (94), s. 53. Bhaskar poängterar att det verkliga objektet saknas i Bachelards epistemologi. Därför saknas även denna definition av det tekniska fenomenet. Jag ser däremot inga hinder för att kombinera Bachelards epistemologi med de ontologiska antaganden som Bhaskar gör i citatet ovan.

består av experimentet och laboratoriet, vilka inte existerar i terapin. När vi analyserar terapin är det därför viktigt att fråga sig hur avgörande dessa ”omständigheter” är för att det ska vara möjligt att identifiera vetenskapens objekt.[74]

Merparten av beskrivningarna av den vetenskapliga praktiken som en *produktion av objekt* analyserar laboratoriearbete och experiment. Det är i laboratoriet som produktionen av fenomen sker. Genom att isolera vissa variabler är det möjligt att skapa fenomen som inte existerar i världen utanför experimentet (exempelvis Rheinbergers protein och Latours och Woolgars hormon). Experimentet som *slutet system* har spelat en stor roll i synen på vetenskapen som skapande aktivitet. Att experimentet är ett slutet system innebär att alla influerande variabler (exempelvis temperatur, mängden syre och så vidare) kan mätas och kontrolleras av experimentören. Men människans vardag är inget slutet system. Terapiteorins objekt kan inte sägas vara isolerat och de påverkande variablerna kan inte konstanthållas. De terapeutiska modellerna beskriver med andra ord (en aspekt av) ett *öppet system*. Detta är en viktig skillnad mellan avhandlingens objekt – terapin – och de analyser av vetenskapliga praktikers produktivitet som inspirerar dess begreppsapparat. På vilket sätt är resonemanget fortfarande giltigt i fråga om ett öppet system? Jag menar att argumentet om den vetenskapliga praktikens produktivitet inte är betingat av att experimentören arbetar med ett slutet system *i sig*, utan av att han eller hon arbetar med att identifiera och beskriva de relevanta relationerna mellan det vetenskapliga objektet och andra delar av den aktuella förklarings-modellen.[75] Det vetenskapliga objektet behöver inte sammanfalla med det empiriska fenomenet. Allt det som påverkar det empiriska fenomenet påverkar inte det vetenskapliga objektet – och vice versa.[76] Experimentet är en

[74] Denna fråga är viktig för avhandlingens resonemang, men även för sociologins existens. Dagens sociologi är ingen vetenskap om experimentet och laboratoriet är nödvändiga vetenskapliga villkor.

[75] Effekterna som exempelvis temperatur och syremängd har på förbränningen av ett visst material är lättare att beskriva i ett experiment, men kan även studeras i ett öppet system.

[76] Ett exempel från terapin: En intervention som förhindrar ett visst konkret beteende (exempelvis att skära sig) behöver inte förhindra att den funktion som beteendet fyllde upphör att verka (en funktion som beteendet kan fylla är en ”dysfunktionell form av känsloreglering”). Att ta bort alla vassa ting från en person som skurit sig förhindrar personen att skära sig, men inte att utföra andra självskadehandlingar. Detta är skillnaden mellan att intervenera i ett visst beteendes *form* och att intervenera i dess *funktion*. Formen – det konkreta och partikulära – är inte relevant för en funktionell förståelse.

användbar, *men inte nödvändig*, metod för att identifiera olika funktioner och producera olika fenomen. Psykologen Robert Lynd-Stevenson har diskuterat de sätt på vilka modellutveckling kopplad till teoretiska förklaringar och statistiska instrument kan identifiera kausalitet:

> […] ett antal metodologer menar att en viss kombination av statistiska redskap kan användas tillsammans med en modelleringsmetod för att skapa ett slutet system. […] [B]åde den experimentella metoden och modelleringsmetoden gör det möjligt att analysera kausalitet då de gör det möjligt att ”snäva in kausalitet genom att utesluta alternativa orsaker”. Att använda statistiska redskap i kombination med en modelleringsmetod för att skapa ett slutet system är att redogöra för främmande variabler i en kausal hypotes. När de främmande variablernas påverkan kontrolleras blir det möjligt att undersöka behandlingens effekt i ett slutet system. Men de flesta metodologer är överens om att statistiska redskap tillsammans med modelleringsmetoder inte kan användas för att skapa ett slutet system, då det vanligtvis finns ett okänt antal främmande och därför okontrollerbara variabler i ett öppet system.[77]

Konstruktionen av förklaringsmodeller kan skapa förutsättningar som liknar experimentörens laboratorium. Teoretiska antaganden och empirisk/klinisk erfarenhet är de verktyg som används för att det system som modellen beskriver ska vara så ”tillslutet” som möjligt. Alla de variabler som påverkar ett visst fenomen ska finnas beskrivna och förklarade i modellen. Filosofen Alain Badiou skriver att modellens funktion gör det möjligt att ”förutse på vilket sätt modellen kommer att reagera i det fall ett av dess element förändras”, att den gör det möjligt att förutsäga och påverka förändringar i det system som modellen representerar.[78] Modellen som abstraktion är ett slutet (”overkligt”)

---

[77] Robert Lynd-Stevenson (2007), ”Concerns regarding the traditional paradigm for causal research: The unified paradigm and causal research in scientific psychology”, i *Review of General Psychology* (11:3), s. 286. Metoden benämns ”kausal modellering”. Modellen kan även beskriva mekanismer som en fråga om potentialer.

[78] Alain Badiou (1969/1971) *Begreppet modell: Inledning till en materialistisk vetenskapsteori för matematiken*, s. 13. Det är med Badious ord den abstrakta modellens ”formella overklighet” som sätter den i stånd att

system. Jag menar att *tillämpningen* av en modell (exempelvis genom kedjeanalys och funktionell analys) kan beskrivas som en analys av ett begränsat system. De funktionella relationerna mellan modellens delar är avsedda att beskriva alla relevanta aspekter av det problem som analyseras. Hayes skriver att

> [e]tt annat element i ett kontextuellt, beteendevetenskapligt och vetenskapligt tillvägagångssätt är att utveckla en första förståelse av manipulerbara kontextuella principer på teoretisk nivå. Dessa teorier leder behandlingen framåt [eng. *informs*] och vice versa. Vi vill utveckla beteendeprinciper med hög precision som beskriver situerade handlingar på ett sätt som gör dem möjliga att tillämpa på olika situationer och som omfattar manipulerbara kontextuella faktorer. Detta skulle innebära att teorierna beskriver vilka tillvägagångssätt klinikern har till sitt förfogande i stället för att denne skulle vara tvungen att stanna kvar helt i en värld bestående av beroende variabler (exempelvis tankar, känslor och synliga [eng. *overt*] handlingar), en begränsning som är vanligt förekommande i de strategier som används i de delar av psykologin som står utanför den beteendevetenskapliga traditionen.[79]

En funktionell modell kartlägger inte faktiska orsakssamband, utan de funktioner som genererar relationer av orsak/verkan-typ. Modellen bör beskriva *varför* en patient exempelvis upplever ångest när något visst sker, inte *att* patienten upplever ångest när detta sker. Orsakssambandet i den av patienten upplevda världen är oftast blott alltför tydligt för henne själv. Hayes uppmaning ovan om att bryta med en ”värld av beroende variabler” innebär att överge dessa förenklade förklaringar. Det faktum att det finns ett förhållande mellan händelsen och den emotionella responsen är mindre viktigt för möjligheten att

---

organisera världen kausalt. En konkret modell kan beskriva vilka händelser som följer på varandra, men endast en abstrakt modell kan beskriva hur dessa händelser ”uppstår”, eller beskriva delarna utifrån deras funktion i systemet.

[79] Steven Hayes och Njördur Viborg (2008), ”Intervju med Steven Hayes”, i Sokraten (4), s. 3. En intressant formulering finns även i Donald Baer, Montrose Wolf och Todd Risley (1968), ”Some current dimensions of applied behavior analysis”, *Journal of Applied Behavior Analysis,* (1:1), s. 91–97: ”experimentören försöker visa att det som sker är en beteendeanalys: att ett visst beteende framkallas när han introducerar en viss variabel och att detta beteende försvinner när han tar bort variabeln” (citat från s. 94).

intervenera i förhållandet än innehållet i detta förhållande. Ett konkret beteende är ett utslag av en viss beteendefunktion, och det är denna *funktion* som är terapeutiskt relevant.
Om förklaringsmodellen utgör ett tillräckligt substitut för experimentet i terapin när det gäller att identifiera beteendets funktion, blir det genom modellen möjligt att isolera vad det psykiska lidandet består av samt att tillämpa denna kunskap på patientens situation. Modellen kan läggas över patientens situation och framhäva det psykiska lidandets relevanta beståndsdelar. Denna möjlighet återaktualiserar ett gammalt problem, nämligen frågan hur vetenskapens sanningsanspråk och förklaringsförmåga förhåller sig till terapins slutgiltiga mål, att sätta patienten i stånd att leva ett drägligt liv.

3.4. Pragmatism

I baksidestexten till Anna Kåvers bok *KBT i utveckling* definieras kognitiv beteendeterapi som ”konsten att göra det som fungerar för patienten”. Där beskrivs även utgångspunkten för KBT: den bygger på ”en väl sammanhållen teori om mänskligt fungerande” samt ”en mängd tekniker för att hjälpa patienten till ett bättre liv”. Märk skillnaden mellan ”det som fungerar för patienten” och ”mänskligt fungerande”. Den förra beskrivningen ger en pragmatisk definition av terapins mål, medan den senare anger terapins utgångspunkt som de förklaringar av människan och hennes omgivning som terapiteorin erbjuder. (Jag är säker på att Kåver och KBT-terapeuter i allmänhet är medvetna om skillnaden. Jag tar upp den som ett exempel på en inneboende spänning i det terapeutiska arbetet snarare än som en kritik mot KBT.) Med en pragmatisk inställning menas här idén att sanningskriterierna ligger i subjektets *erfarenhet* eller *upplevelse* av ett fenomen: om en terapeutisk intervention resulterar i att patienten upplever sin situation som mer fungerande är den sann för henne. Även om man inom ACT, MkT och DBT ser många av patientens ickefungerande beteenden som strategier för att ta kontroll över sitt psykiska lidande, menar man att patienten inser att dessa strategier inte fungerar. Att patienten söker sig till terapin ses som ett bevis för denna insikt. ”Det som fungerar för patienten” är de strategier som förmår uppfylla patientens

förväntningar på ett fungerande liv, inte de strategier som patienten tror fungerar.

Den subjektivistiska, pragmatiska inställningen ska inte blandas samman med den historiska epistemologins idé om att en vetenskap ställer upp sina egna sanningskriterier, att sanning är en effekt av den vetenskapliga praktiken. Så har exempelvis Althussers filosofi beskrivits som pragmatisk, då vetenskapen ses som den kontext i vilken sanning produceras. Jag vill därför skilja mellan två sätt att hantera det pragmatiska sanningsbegreppet: Det som utgår från subjektets erfarenhet eller upplevelse (ett *subjektivistisk* pragmatiskt sanningsbegrepp) och det som utgår från interventionens konsekvenser (ett *kontextuellt* och *instrumentellt* pragmatiskt sanningsbegrepp). För att undvika sammanblandning av dem använder jag termen ”pragmatism” endast för att beskriva det subjektivistiska synsättet. Det kontextuella synsättet å sin sida representeras av den historiska epistemologins perspektiv.

Jag skiljer mellan ett instrumentalistiskt och ett vetenskapligt sanningsbegrepp, vilket innebär att en terapeutisk intervention som fungerar inte nödvändigtvis är detsamma som en vetenskapligt grundad eller sann terapi. Däremot kan varje fungerande terapeutisk intervention förklaras funktionellt. Att tala om fotboll, att lägga sitt liv i en guds händer eller att göra en kedjeanalys av den senaste veckans händelser är handlingar som kan leda till att en människa mår bättre. Det är en möjlig terapeutisk konsekvens handlingarna har för patienten. *Men att en terapimodell är vetenskaplig innebär att den kan förklara varje terapeutiskt verksam process funktionellt.* En vetenskapligt grundad terapimodell kan förklara *vad* i samtalet, tillbedjan eller bruket av kedjeanalys som överensstämmer med den terapeutiska process som en viss terapeutisk modell beskriver.[80] Om den subjektivistiska pragmatismen förklarar varje situation utifrån situationens regler eller erfarenheten av situationen (erfarenheten av fotboll, av Gud och av beteendeanalysen), menar jag att situationens

[80] Distinktionen mellan ett pragmatiskt och ett instrumentellt sanningsbegrepp är även ett inlägg i debatten om huruvida det är de ”gemensamma faktorerna” (allians och tilltro) eller den specifika terapins verktyg som är terapeutiskt verksamma. En terapimodell som kan beskriva de mekanismer som skapar allians och tilltro (eller terapeutiskt likvärdiga verktyg) bör vara att föredra framför de terapiformer som föreslår terapeutens och patientens personligheter och kemin dem emellan som terapins enda verktyg. Exempelvis menar man inom DBT att ett av BPD-patienternas problem är att de inte har de färdigheter som krävs för att skapa harmoniska sociala relationer. Den terapi som kan ge patienten sådana färdigheter stärker den terapeutiska alliansen.

konsekvenser kan förklaras funktionellt. Den pragmatiska hållningen stannar i en ”ytlig” beskrivning (”i en värld av beroende variabler”) och från ett instrumentellt perspektiv måste erfarenhetsbeviset säkras med andra medel. Här vänds den pragmatiska formuleringen: Att något fungerar innebär att det är sant. Men att något är sant betyder att det kan förklaras. Denna förklaring innebär dock ett brott med det som ska förklaras. I de tre exempel som här anförts kan de funktionella förklaringarna vara *validering* av individens värde, *distraktion* (från obehagliga känslor och tankar), *beteendeförändring*, *exponering* och så vidare. Detta ska inte blandas samman med det reduktionistiska antagandet att varje vetenskap är en del av ett universellt språk (i vilket ett universellt sanningsbegrepp kan formuleras). Den aktuella vetenskapen har producerat sitt objekt, i beteendeterapins fall beteendets funktion. Och det är utifrån dess funktion som talet om fotboll, tillbedjan av Gud och utförandet av beteendeanalysen ska förklaras. Det är därmed återigen inte fråga om *huruvida* terapin fungerar, utan om *hur* den fungerar.

Terapins pragmatiska målbeskrivning ställer mig inför ett problem: Pragmatism – definierad som uppfattningen att sanningen ligger i subjektets erfarenhet – kan sägas kortsluta varje kritiskt resonemang; det som fungerar fungerar och det är allt som behöver sägas. Ingen bra utgångspunkt för en avhandling! Men jag har här börjat formulera en lösning: *Vad* är det egentligen som fungerar? De terapiformer jag analyserar utgår från funktionella förklaringar till känslor, tankar och handlingar. En viktig del av terapin är att synliggöra för patienten att dennes försök att förändra sin situation må vara allvarligt menade, men inte ändamålsenliga. Självskada används som ett sätt att lindra ångest, men resulterar i ohälsa och stigmatisering och förhindrar mer ändamålsenliga och långsiktiga strategier. Olika modeller av mänskligt fungerande och dysfungerande används för att blottlägga de negativa processer som sker och visa på mer användbara strategier för att lösa de problem som beskrivs i beteendeanalysen. De förändringar som sker mäts sedan bland annat med instrument som utformats med hjälp av teoretiska och statistiska modeller. På samma sätt som Althusser i det inledande citatet vill finna en metod för att säkerställa att frukosten faktiskt är fri från elefantungar (utan att behöva åberopa subjektets erfarenhet av ätandet), vill man alltså i terapin vara säker på att patientens upplevda lösningar faktiskt utgör ett fungerande förhållningssätt (utan att behöva åberopa subjektets erfarenhet).

3.5. Den tredje generationens terapier och brottet med vardagsförståelsen

I artikeln ”Derived relational responding as learned behavior” av Hayes med flera ges en beteendevetenskaplig tolkning av språkets funktion som är relevant för de epistemologiska frågor som jag ställt här. Mot bakgrund av den klassiska beteendevetenskapens relativa svårighet att förklara och förutsäga ”verbalt beteende” (språkanvändning analyserat som beteende) uppmanas beteendevetenskapen och beteendeterapin att uppmärksamma hur lätt det är att blanda ihop en vardagsförståelse av språket med en kontextuell beteendevetenskaplig förklaring till verbalt beteende.[81] En sådan sammanblandning medför problem då vetenskapliga begrepp inte är sprungna ur den vardagliga erfarenheten. Den ofrånkomliga närheten mellan vardagens ord och vetenskapens begrepp ökar risken för att blanda ihop dem. Men samma närhet ger även beteendeanalysen en ”omedelbar social relevans”.[82] Språket intar en central plats i människors liv, varför interventioner i språkanvändning är ett effektivt sätt att påverka och förändra människors situation. Detta pekar på att de tankar som jag börjat formulera inte är främmande för de terapier jag analyserar.

Skinner definierar verbalt beteende som ”talarens beteende förstärkt genom förmedling av en åhörare som är tränad i ett språkligt sammanhang”.[83] Definitionen har kritiserats för att inte vara funktionell (därigenom att Skinner kopplar beteendets funktion till åhörarens/betraktarens historia snarare än till historien hos den som utför beteendet).[84] Dessutom har den ansetts vara för vid. Beteendet hos en råtta som trycker på en knapp kan till exempelvis förstärkas av en forskare som är tränad i ett språkligt sammanhang, vilket får det att framstå

---

[81] Hayes et al. (2001b), ”Derived relational responding as learned behavior”, i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*, s. 44.

[82] Ibid., s. 44. Författarna talar här specifikt om härledda stimulusrelationer, men resonemanget kan generaliseras till hela psykologins historia (se även Hayes et al. (2001a), ”Language and Cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition”, i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*, s. 3).

[83] B. F. Skinner (1957) *Verbal Behavior*, citerad i ibid., s. 9.

[84] Ibid., s. 12.

som ett verbalt beteende hos *råttan*.[85] För trots att all vetenskaplig verksamhet enligt Hayes strävar efter att hålla ”icke-professionella” föreställningar på avstånd befinner sig den funktionella analysen av språket i ett extra utsatt läge.

> Den icke-professionella kultur som har format och som omgärdar talare och lyssnare tillhandahåller verktyg för att tala meningsfullt och att lyssna uppmärksamt. Detta sker långt innan talare och lyssnare fått en föreställning om ”vetenskap”, ”teorier” och ”data”. Själva föreställningen att man ”vet vad man talar om” i en diskussion om ett ”ord” eller en ”idé” eller en ”tanke” kan motverka en grundläggande förståelse av dessa frågor utifrån ett vetenskapligt perspektiv. [...] [V]i ser här en återspegling av distinktioner som gjorts i det allmänna verbala sammanhanget.[86]

Den vardagliga förståelsen av språk och verbalt beteende uppfattas som mekanistiskt (”den reducerar komplexa mänskliga interaktioner till delar, relationer och krafter”) och mentalistiskt (”privata upplevelser tolkas som om de aktivt påverkade den observerade världen”).[87] Enligt Hayes har vetenskapen sökt undvika denna fara genom att vända sig till andra vetenskapliga fält för att utveckla en mer teknisk beskrivning av verbalt beteende. Produktionen av vetenskaplig kunskap om verbalt beteende har skett med hjälp av teknisk kunskap från andra vetenskapliga fält, exempelvis neurobiologin och den beteendevetenskapliga analysen av icke-verbalt beteende.[88] Därmed har ingen verkligt vetenskaplig kunskap om verbalt beteende funnits förrän nu.[89] Mitt argument påminner om en sådan problembeskrivning: En reduktionistisk analys av beteende förmår inte begreppsliggöra känslor, tankar och handlingar

---

[85] Exemplet kommer från ibid., s. 13. Om forskaren försvinner från experimentet så försvinner med andra ord även beteendet hos råttan. Här ser vi återigen beteendevetenskapens kännetecken: verbalt beteende är inte en förmåga *i* individen utan något som finns i interaktionen med omvärlden. I de begrepp som används inom ACT tolkar jag exemplet som att experimentören tillskriver råttan verbalt beteende, vilket kan tolkas som att *experimentören* utför ett verbalt beteende (vad som i senare kapitel kommer att beskrivas som *rama in situationen relationellt*).

[86] Ibid., s. 3.

[87] Båda citaten från ibid., s. 4–5.

[88] Ibid., s. 4.

[89] Den neurologiska kunskapen är en kunskap om de neurologiska korrelata till verbalt beteende, inte kunskap om det verbala beteendet och dess mekanismer.

(det vill säga *internt* och *externt* beteende) med hjälp av vetenskaplig kunskap om de mekanismer som producerar känslor, tankar och handlingar.

Kapitlet har haft två syften. För det första har frågor om terapins förmåga att producera sann kunskap om patientens situation ställts i samband med vissa filosofiska ramverk, främst realism, relativism och pragmatism. För det andra har en begreppslig utgångspunkt för analysen formulerats. Målet är att kunna analysera hur terapin och terapiteorin ”frigör” sig från vardagliga föreställningar och konstruerar nya, vetenskapligt grundade förklaringar till patientens problem. Kapitlet har introducerat de problem och frågor som debatten om terapin som kunskaps- och/eller objektsproducerande praktik kretsar kring. Viktigt att betona är att beskrivningen av exempelvis teoretiska modeller och teoretiska begrepp som skilda från vardagsförståelsen av en situation inte är någon främmande tanke för de moderna terapierna, i alla fall inte för somliga av dem. Den vetenskapliga kunskapen är ingen garant för terapins förmåga att representera och intervenera i patientens situation på ett sant sätt. Det är överhuvudtaget inte möjligt att beskriva en konkret intervention som sann, utan enbart som fungerande eller ej. Däremot har jag visat hur sanningsbegreppet är närvarande i terapiteorin och de olika förklaringsmodellerna i form av ett antagande om att de utgör tillförlitliga och korrekta beskrivningar av mänskligt fungerande. Bilden kompliceras av att terapin är en ”förändringsteknik”, en tillämpning av vetenskaplig kunskap för praktiska ändamål. Den vetenskapliga kunskapen kan inte utgöra någon garant för interventionens ”sanning”, men det kan inte heller någon annan kunskapsprocess (den vardagliga, ideologiska). Bruket av instrument och tekniker för att intervenera i patientens problem är ett effektivt sätt att överbrygga klyftan mellan den vetenskapliga kunskapen och vardagen. Men, på grund av deras olika förutsättningar och konsekvenser kvarstår en ofrånkomlig spänning mellan dem. Jag menar att den historiska epistemologin utgör en lämplig ingång till en analys av detta spänningsförhållande. Det är dags att utreda hur en sådan analys kan se ut.

Kapitel 4. Historisk epistemologi

> […] för vilket ändamål är specifika teoretiska slutsatser separerade från sina premisser och tillämpade i den mänskliga erfarenheten, framför allt i den sociala erfarenheten? För ett praktiskt ändamål.[90]

Även om vissa av de centrala gestalterna i den franska epistemologiska traditionen (Foucault, Althusser och Bourdieu) utövat stort inflytande på den västerländska samhällsvetenskapliga diskursen beskrivs de sällan i ljuset av den historiska epistemologin.[91] För mig är det emellertid just denna som bildar ett sammanhang för mina resonemang. I förra kapitlet diskuterade jag hur en diskussion om terapins förutsättningar och resultat kan kontextualiseras och problematiseras utifrån begreppet sanning. I detta kapitel ska jag i stället utarbeta min begreppsapparat genom en läsning av den historiska epistemologin. Även i detta kapitel kommer diskussionen att konkretiseras genom exempel på epistemologiska och ontologiska antaganden hos den tredje generationens terapier.

Den historiska epistemologin är en kontinental filosofisk inriktning som intresserar sig för vetenskapens epistemologiska aspekter.[92] Från sin uppkomst i

---

[90] Georges Canguilhem (1977/1988) *Ideology and Rationality in the History of the Life Sciences*, s. 37.

[91] Undantag finns. I Sverige är Donald Broadys (1990) *Sociologi och epistemologi* ett sådant. Broady placerar in Bourdieu i den historiska epistemologiska traditionen och visar hur en sådan läsning kan bidra till en fördjupad förståelse av hans verk. I Gary Guttings (1989) *Michel Foucault's Archaeology of Scientific Reason* kopplas Foucaults analys till den historiska epistemologin på ett originellt sätt. Althusser beskrivs både som arvtagare till och kritiker av Bachelards filosofi i Etienne Balibars (1978), "From Bachelard to Althusser: the concept of 'epistemological break'" (i *Economy and Society* (7:3), s. 207–238).

[92] "Historisk epistemologi" myntades av Dominique Lecourt i en uppsats om Bachelards filosofi han skrev under Georges Canguilhems handledning. Canguilhem ska ha menat att "epistemologisk historia" vore en bättre beskrivning (Jean Gayon, (1998), "The Concept of Individuality in Canguilhem's Philosophy of

Gaston Bachelards analys av mikro- och partikelfysiken har den historiska epistemologin utforskat vad som karaktäriserar det vetenskapliga arbetet och dess förutsättningar. Liksom alla levande filosofiska traditioner är den historiska epistemologin stadd i ständig förändring. Min presentation ska läsas som en sortering av de begrepp som är viktiga för att analysera den tredje generationens terapier, inte som en beskrivning av den historiska epistemologin i dess helhet. I analysen av terapin och terapiteorin intar jag tre positioner: den *epistemologiska,* den *arkeologiska* och den *genealogiska* positionen. Orsaken är att jag vill kunna analytiskt separera och betona tre olika typer av frågor som är relevanta för avhandlingen.

Skillnaderna mellan de två förstnämnda positionerna består av att epistemologen studerar vetenskapens *interna* struktur (dess begrepp och regler, det system av sanning som vetenskapen utgör), medan arkeologen studerar dess *externa* struktur, dess beröringspunkter med andra former av kunskap. Det vill säga att epistemologen analyserar hur ett fält på vilket man måste placera sig för att vara ”i det sanna” konstitueras. Canguilhems och Bachelards epistemologiska studieobjekt är vetenskapens produktion av ”sanna utsagor”. Hur uppstår förutsättningarna för vetenskaplig kunskap? Foucault beskriver epistemologi som ”analysen av den vetenskapliga diskursens teoretiska struktur, analysen av det begreppsliga materialet, och de regler som styr användningen av dessa begrepp”.[93] I linje med detta resonemang definierar jag det epistemologiska brottet som det *interna kriteriet för produktionen av sanning.*

Foucault och (den sene) Althusser analyserar ur ett arkeologiskt perspektiv hur vetenskap interagerar med andra former av kunskap. Jag menar att detta sätter dem i stånd att ställa frågan om de (för vetenskapen) *externa kriterierna för produktionen av sanning.* Hur ser förhållandet (eller icke-förhållandet) ut mellan vetenskap och andra former av kunskap? Här är perspektivet bredare, då

Biology”, i *Journal of the History of Biology* (31:3), s. 307). Gayon, som hänvisar till personligt samtal med Lecourt, tillägger att historisk epistemologi passar bäst som en beteckning på Bachelards verk, medan ”epistemologisk historia” snarare kan beskriva Canguilhems arbeten. Jag använder ”historisk epistemologi” som beteckning på Gaston Bachelard och de filosofer som i hans efterföljd problematiserat det vetenskapliga tänkandet.

[93] Foucault, ”Discussion”, i *Dits et Écrits,* vol. 2, s. 28, citerad i Arnold Davidsons (2002) *The Emergence of Sexuality: Historical Epistemology and the Formation of Concepts,* s. 194.

den arkeologiska metoden analyserar vetandet [fra. *savoir*[94]] eller erfarenheten. Vetandet är det som vetenskapen tar spjärn mot för att distansera sig från vardagstänkandet. Därmed begränsar den sig inte som epistemologin till vetenskaplig kunskap [fra. *connaissance*]. I detta sammanhang måste betonas att Foucault och Althusser gör anspråk på att kunna analysera *vetenskapen som objekt*, men inte *vetenskapens objekt*. De uttalar sig om de interna och externa kriterierna för sanning, men tar inte på sig rollen som vetenskapare: de bestämmer inte vad som på det vetenskapliga fältet är sant och falskt. På ett liknande sätt kommer jag att analysera hur förklaringsmodeller av mänskligt fungerande används i terapin, men inte placera mig på det vetenskapliga fältet och uttala mig om huruvida en viss förklaringsmodell är sann eller falsk.

Den genealogiska positionen skiljer sig från de båda andra däri att den analyserar förhållandet mellan kunskap, makt och subjektivitet. På vilket sätt görs den vetenskapliga kunskapen till en sanning om den egna personen, om subjektet? Det tredje och sista avsnittet förutsätter de två föregående då det sätt subjektivitet förklaras i terapin är beroende av vetenskapen och relationen mellan vetenskap och ideologi. Att tillämpa denna förklaring på sig själv är vad jag tidigare beskrivit med Foucaults något klumpiga formulering ”omsorg om sig”. Tillämpningen består av två delvis åtskilda moment: för det första att man tar sig själv som kunskapsobjekt, och för det andra att man tar sig själv som objekt att påverka i syfte att förändra, förbättra och ”frälsa” sig själv.[95] Det handlar med andra ord om att komma underfund med vem man är, vem man vill vara och hur det är möjligt att komma dithän. Att denna självrannsakan görs i terapin innebär att patientens nya förståelse och förändringsstrategier bygger på de förklaringsmodeller som där används.

---

[94] Enligt James D. Faubion kan det franska begreppet *savoir* i Foucaults användning översättas med vetande och medvetenhet. Till svenska översätts det ibland med ”kunskap”, men då går vissa konnotationer förlorade. Det rör sig om kunskap som inte syftar till ”de ting som är kända, utan de saker som kan erfaras” (Faubion, (1994), ”Introduction”, i *Essential works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, s. xxvi–xxvii.) Foucault ställer ofta begreppet mot ”*connaissance*”, som även det kan översättas med ”kunskap”, men snarare betyder det att ha lärt sig, att ha förstått, att ha bemästrat. Faubion skriver även att *connaissance* i Foucaults arbeten ”konsekvent syftade till kunskap kopplad till högt utvecklade system av rättfärdigande, och kompetens grundad i utbildning. I hans mer tekniska användning av begreppet hade det nära kopplingar till vetenskap” (ibid., s. xxvii).

[95] Foucault (1984/1987), s. 38–66.

4.1. Epistemologi

Det första avsnittet behandlar tre begrepp: *epistemologiskt brott*, *problematik* och *fenomenoteknik*. En problematik är det fält där vetenskapliga begrepp och objekt organiseras och fylls med den specifika innebörd de har i en viss vetenskaplig praktik. Inom vetenskapen ersätter begreppen vardagens föreställningar och erfarenheter. Problematiken kan därför sägas vara det begreppsliga fundamentet för den vetenskapliga kunskapsproduktionen. Bachelard beskriver kunskapen om och tillämpningen av instrument och tekniker i vetenskapen som en *fenomenoteknologi*. Detta är det sätt vetenskapens objekt blir möjliga att arbeta med. Inspirerad av Bachelards tes menar jag att även terapi kan ses som en fenomenoteknologi, som en kunskap om och tillämpning av instrument och tekniker. Dessa instrument och tekniker utgör ett sätt att göra de funktionella förklaringarna tillgängliga och erfarbara för terapeut och patient.

4.1.1. Analys av det epistemologiska brottet

Louis Althussers användning av begreppet epistemologiskt brott är förmodligen det mest välkända. Han använde begreppet för att beskriva Marx brott med tidigare historiefilosofi. Ett exempel på en ”historiefilosofi” är idén att historiska förändringar har sin grund i individers intentioner, exempelvis att orsakerna till världshistoriska förändringar är att söka i kungars biografier snarare än i politiska och ekonomiska processer. Marx historievetenskap blir i Althussers läsning ett ”system av vetenskapliga föreställningar” som tar plats vid sidan av de två vetenskapliga ”kontinenterna” matematik och fysik. Den förändring som skedde på historiens område var att Marx sökte orsaken till samhällets förändringsprocess i ekonomin och de olika produktionssätten.

> När vi säger att Marx ställer upp ett teoretiskt system av vetenskapliga föreställningar på ett område där det tidigare härskade olika typer av historiefilosofi så spinner vi på en metafor som bara är en metafor: för vi antyder att Marx inom ett och samma område, nämligen Historiens område, ersatt de

> ideologiska teorierna med en vetenskaplig teori. I verkligheten utsattes härigenom detta område självt för en förändring.[96]

Ämnet för detta och nästa kapitel är att utreda hur begreppet epistemologiskt brott kan användas i analysen av terapi och terapiteori. Men presentationen kommer att börja i vad man skulle kunna kalla en metadiskussion om det epistemologiska brottet som filosofiskt begrepp.

Ett viktigt element i tanken om det epistemologiska brottet är vetenskapens möjlighet att producera ett vetenskapligt *objekt*. Genom att bryta med vardagsföreställningar om världen, det vill säga den direkta iakttagelsen av det givna, är det möjligt att organisera kunskapen på ett sådant sätt att ett visst fenomen – det må vara en atom, en cell, en galax eller ett dysfunktionellt beteende – kan isoleras och identifieras. Även om dessa fenomen alla kan erfaras utan att det sker ett brott med vardagsförståelsen beskriver Althusser i citatet ovan en viktig aspekt av brottet: att det fält vetenskapen tar som sitt ”utsätts för en förändring”. Den vetenskapliga kunskapen om atomen, cellen, galaxen eller det dysfunktionella beteendet är i grunden annorlunda på grund av vetenskapens förmåga att producera och organisera det egna objektet i en vetenskaplig (i motsats till ideologisk) problematik. Med risk för att locka till en alltför relativistisk tolkning av begreppet problematik, rör det sig inte om samma ”atom”, ”cell”, ”galax” eller ”dysfunktionella beteende” i de praktiker som vardagen och vetenskapen utgör. Partikelfysikens studium av atomer, molekylärbiologins studium av celler och så vidare skiljer sig på varje relevant sätt från hur vi lekmän förstår atomer, celler och så vidare. Den avgörande skillnaden är att det vetenskapliga objektets egenskaper är de som anses vara relevanta inom det fält vetenskapen utgör. Det faktum att en atom är liten (i förhållande till vad?) är inte avgörande för mikrofysiken, men är kanske

---

[96] Louis Althusser (1969/1986) *Lenin och filosofin*, s. 19. Begreppet epistemologiskt brott förekommer ofta i Althussers texter. Se densammes (1965/1970) *Att läsa Kapitalet, band 1* speciellt s. 11ff angående den vetenskapliga framställningen, s. 160ff angående det vetenskapliga brottet. I (1965/1968) *För Marx* klassificerar Althusser Marx verk i ett före, under och efter brottet. Denna klassifikation skulle Bachelard ifrågasätta (då han betonar brottets förankring i praktiken, snarare än i teorin – det har aldrig skett en gång för alla, utan måste återskapas i den vetenskapliga praktiken – och något ”efter” brottet finns därför inte hos honom).

tillsammans med ”analogin om solsystemet”[97] atomens enda egenskaper i vardagsförståelsen.

Hur ska *begreppet* epistemologiskt brott förstås? Har det de egenskaper som Althusser identifierar hos vetenskapen och dess objekt? Är det epistemologiska brottet för mig samma sak som atomen för fysikern? Jag menar att de skiljer sig åt på en fundamental nivå. I litteraturen är frågan kopplad till skillnaden mellan filosofins och vetenskapens objekt. Georges Canguilhem, en filosof som utövade stort inflytande på Althussers tänkande, formulerar skillnaden mellan filosofin och vetenskapen på följande sätt:

> […] det finns ingen annan sanning än den vetenskapliga sanningen. Det finns ingen filosofisk sanning. […] Det finns inget filosofiskt objekt *på samma sätt* som det finns ett vetenskapligt; vetenskapen konstituerar sitt objekt teoretiskt och experimentellt. […] Men jag menar inte att det inte existerar filosofiska objekt.[98]

Vetenskaperna producerar sanning om sitt objekt, medan filosofins utgångspunkt och syfte inte tillåter att detsamma sker på det filosofiska fältet. Citatet utvecklar Canguilhems tidigare svar på Alain Badious fråga om huruvida begreppet ”vetenskaplig kunskap” [fra. *connaissance*] är en pleonasm. Canguilhems inledande provokativa svar var att det inte finns någon vardaglig kunskap, bara vetenskaplig kunskap. Vetenskap, kunskap och sanning är ”samma sak”.[99] Det vardagliga ”vetandet” (ett svenskt ord med vilket man har sökt upprätthålla skillnaden mellan franskans *savoir* och *connaissance)* eller ”det

---

[97] Ett vanligt pedagogiskt grepp är att likna atomen vid ett solsystem, där atomkärnan är ”solen” och elektronerna är ”planeter”, en analogi som exempelvis Ernest Rutherford använde. I sitt tal till Nobelkommittén 1937 ifrågasätter Niels Bohr denna analogi. Han menar att den implicerar en strukturlikhet mellan de båda systemen som inte existerar. Bohrs ifrågasättande av analogins pedagogiska funktion kan sägas synliggöra dess ursprung i en vardaglig eller *ideologisk* kontext.

[98] Etienne Balibar, *Georges Canguilhem: Philosophe, historien des sciences*, s. 358–359, citerad i Hans-Jörg Rheinberger (2005), ”Reassessing the Historical Epistemology of Georges Canguilhem”, i *Continental Philosophy of Science*, s. 188. Märk den dubbla negationen i citatets sista mening.

[99] Georges Canguilhem (1964–1965), ”Philosophie et science” (TV-sändning från *Television scolaire*) citerad i Etienne Balibar (1978), ”From Bachelard to Althusser: the concept of ‘epistemological break’”, i *Economy and Society* (7:3), s. 233, not 5.

som kan erfaras"[100] är organiserat i sin egen problematik. För att det ska bli möjligt att bestämma om en viss utsaga är sann eller falsk måste utsagan och det sätt på vilket den undersöks vara organiserade i en vetenskaplig praktik. I en analys av terapimodeller måste terapimodellens förklaringar vara formulerade i vetenskapens begrepp (exempelvis beteendevetenskapens eller kognitionsvetenskapens) och undersökas med de metoder som utformats i den specifika vetenskapen för att kunna bedömas som sanna eller falska. Erfarenheten eller upplevelsen kan inte vara sann eller falsk då den har sina egna villkor. Erfarenheten är sluten på det sättet att det inte finns några kriterier utanför den ("beviset för puddingen finns i ätandet av den") som kan användas för att värdera den på samma sätt som utsagan kan granskas med metoder som finns utanför den (beviset för en vetenskaplig utsaga finns i den experimentella eller kliniska prövningen av den).

Begreppet epistemologiskt brott är varken ett vardagligt eller ett vetenskapligt begrepp, utan ett filosofiskt objekt. Jag vill föra in ett tredje citat som besvarar frågan vad det epistemologiska brottet innebär.

> […] all filosofi bör producera ett "filosofiskt objekt" för att därefter ha möjlighet studera dess egenskaper. […] [F]ilosofiska diskurser är varken vetenskaper eller "vetenskaper utan objekt"; de snarare *producerar* teoretiska "objekt" utan någon motsvarighet "i verkligheten" (en intensiv och väldigt effektiv form av fiktion, om man så vill). […] Låt oss då formulera följande arbetshypotes: Skulle inte det "epistemologiska brott" som Althusser talar om […] vara just ett sådant "filosofiskt objekt"?[101]

---

[100] Se not 95.

[101] Étienne Balibar (1994), "Althusser's Object", i *Social Text* (39), s. 157. "Vetenskaper utan objekt" exemplifieras i Balibars text med den tidiga psykologin. Althusser själv talar även om teologerna och "de flesta psykosociologerna" (Althusser (1965/1970), s. 157). Citaten ekar även Althussers distinktion i (1967/1990) *Philosophy and the spontaneous philosophy of the scientist*: "Uttrycket *det vetenskapliga* är inte detsamma som uttrycket *vetenskaperna*, uttrycket *det ideologiska* är inte detsamma som uttrycket *de teoretiska ideologierna*. Dessa nya uttryck reproducerar inte de gamla. I stället lyfter de fram ett motsatt par, ett *filosofiskt* par. Vetenskaperna är vetenskaper, de är inte filosofi. Teoretiska ideologier är teoretiska ideologier och inte reducerbara till filosofin. Men 'det vetenskapliga' och 'det ideologiska' är filosofiska kategorier" (s. 107).

Vad som skiljer filosofins objekt från vetenskapens objekt är att det förra saknar en motsvarighet i verkligheten. Distinktionen mellan vetenskap och ideologi görs i analysen av en vetenskaplig praktik. Enligt Balibar underskattas brottsidéns betydelse för filosofin. Tanken om ett brott skapar, för att tala med Althusser och Balibar, själva möjligheten till en ”verklig” filosofi. En sådan filosofi har till uppgift att dra gränser mellan olika former av kunskap och avgöra om en kunskaps*form* är legitim eller illegitim inom ett visst område.[102] Filosofi är för Althusser och Balibar att analysera den vetenskapliga praktiken och begreppsligt skilja det vetenskapliga från det ideologiska. Denna filosofins bestämning – som vid en första anblick verkar reducera filosofen till en kontrollant av vetenskapens redlighet – gör det möjligt att representera förhållandet mellan den vetenskapliga praktiken och andra sociala praktiker.[103]

Dessa resonemang har en viktig konsekvens för den position jag intar i avhandlingen: Filosofin kan inte producera sanning, men den kan producera utsagor som är korrekta.[104] Vetenskapens förmåga att producera sanning är intimt förknippat med dess möjlighet att, experimentellt eller teoretiskt, *bevisa* ett påstående. Filosofins utsagor kan vara korrekta (eller inkorrekta) i fråga om det sätt – från vilken position – det är möjligt att tala om sanning och i fråga om hur denna position kan kopplas till *det vetenskapliga* och *det ideologiska*. Även filosofi formuleras från en viss plats, som dess legitimitet är beroende av. Filosofin synliggör de ideologiska föreställningarnas funktion: *Filosofi är ideologikritik då den synliggör de ideologiska föreställningarnas funktion.* Men en sådan formulering ska inte dras alltför långt; det är inte filosofens roll att förbereda marken för en vetenskapens kolonisering av vardagen (vilket tvärtom är en uppfattning jag senare kommer att kritisera). Det är viktigt att poängtera att distinktionen mellan vetenskap och ideologi inte bör blandas samman med skillnaden mellan sant och falskt. I en analys av den tredje generationens terapier bör den snarast beskrivas som ett kontinuerligt möte mellan vetenskaplig kunskap och erfarenhet. I stället för att antyda att brottet skulle vara avslutat och förlägga ”pusselbitarna” på varsin sida av en demarkationslinje

---

[102] Étienne Balibar (1978), ”From Bachelard to Althusser: The concept of epistemological break”, i *Economy and Society* (7:3), s. 230.
[103] Ibid., s. 229.
[104] [Fra. *juste*] Det franska ordet har ingen exakt motsvarighet i svenskan: *Juste* kan betyda både ”en *korrekt* iakttagelse” och ”ett *rättfärdigt* krig”. Se Althusser (1967/1990), s. 75.

bör analysen peka på de sätt som det pågående mötet mellan det ideologiska och det vetenskapliga är konfliktfyllt och präglat av omförhandlingar.

4.1.2. Problematik

Bachelard introducerade begreppet ”problematik” i sin *Le Rationalisme appliqué* från 1949. Begreppet bygger på tanken om att vetenskapens *utgångspunkt* är just ett *problem*, något som ska lösas. Problematiken är den plats där det låter sig göras: det är där ett vetenskapligt problem placeras, formuleras och löses. Begreppet problematik syftar till att ersätta ideologiska föreställningar om vetenskapens objekt som data eller ”det givna”.[105] Problematiken är inte vetenskapens objekt, utan ett filosofiskt begrepp som betonar att den naiva realismens förståelse av vetenskaperna som katalogisering av sinnesdata är felaktig. ”Problematik” är ett strategiskt begrepp som ska motverka naiva föreställningar om vad vetenskapen är. Därför bör man inte likställa det med de teorier som används i en viss vetenskap. Problematiken är det som teorins utformning måste förhålla sig till. Men hur pass beroende är teorin av problematiken?

> En problematik förutsätter på intet sätt att de tänkanden, som drar genom dess fält, skall uppvisa exakt likadana variationer: man kan genomkorsa ett fält på mycket olika vägar, eftersom man kan närma sig det ur olika vinklar. Men *att nå detta fält implicerar att man underkastas dess lag*, vilken framkallar lika många skilda effekter som det finns skilda tänkanden som når det: ändå har dessa effekter vissa gemensamma drag – just därför att de är effekter av en och samma struktur: den struktur som präglar den uppnådda problematiken.[106]

Den vetenskapliga problematiken uppstår när vad jag kallar det externa kriteriet för sanning uppfylls. Det externa kriteriet bestämmer inte innehållet i

---

[105] Ibid., s. 80.
[106] Althusser (1968/1970), s. 184.

vetenskapen – det vill säga hur begrepp och modeller utformas – utan de metoder med vilka vetenskapen kan produceras. ”Problematikens lag” består av de metoder som används för att skilja sanna utsagor från falska. Hos Foucault intar *vetenskaperna* en privilegierad ställning i förhållande till vardagens erfarenheter, men detta är ett resultat av vetenskapernas normativa ställning (såsom ”viljan till sanning”), snarare än dess relativa dito (det vill säga att de skulle erbjuda en mer *äkta* relation till ”objektet”). I Althussers definition av *vetenskaplighet* är vetenskapens ställning positivt betingad av vetenskaplighetens unika status (den vetenskapliga problematiken möjliggör produktionen av vetenskapens objekt), medan det i Foucaults kritiska analys av människo-vetenskaperna handlar om deras förmåga att normalisera och ekonomiskt fördela människor i rummet. Skillnaderna i beskrivningarna är ett resultat både av de olika empiriska områden som undersöks och av Althussers och Foucaults skilda perspektiv. Foucault studerade de första människovetenskaperna, som ofta fick epitetet ”tveksamma vetenskaper”.[107] Foucault kunde exempelvis ”med säkerhet” fastslå att den (tidiga) kliniska medicinen var en icke-vetenskap, bland annat därför att den ”innebär en knappt organiserad hop empiriska iakttagelser, försök och institutionella reglementen”.[108] Det är frestande att låta Foucaults analys begränsas till de praktiker vi redan på förhand kan misstänka att vara ”tveksamma” (det vill säga grundade i en ideologisk snarare än en vetenskaplig problematik). Men jag menar att den begreppsapparat han formulerade är användbar även i en analys av vetenskaper med hög legitimitet och status. Den intressanta frågan är inte var gränsen mellan ”riktiga” och ”oäkta” vetenskaper ska dras, utan att studera en vetenskaplig praktik och den problematik som den är ”underkastad” samt de sätt varpå olika former av kunskap värderas och jämkas. Brottet är inte en gång för alla givet, utan sker kontinuerligt (eller uteblir) i det praktiska arbetet.

---

[107] Se Foucault (1961/1973), s. 239–258, (1969/1972), *Vetandets arkeologi*, s. 198–220, (1975/1992), *Övervakning och straff*, s. 159–227 och (1976/1980), *Sexualitetens historia, band 1, Viljan att veta*, s. 67–96.
[108] Foucault (1969/1972), s. 201.

4.1.2.1. Vetenskapens problematik

En problematik är inte ett *problem* eller en *rad av problem*, utan istället en dimension där ”problem” och deras lösning kan lokaliseras. Att skilja mellan de problem som *implicerar sin lösning* (exempelvis frågan ”Vem skapade världen?”, som antar att världen är skapad)[109] och de problem som *ställer upp de premisser utifrån vilka lösningen ska formuleras* (det vill säga ett vetenskapligt fält så som vi idag känner det, exempelvis sociologin, biologin och psykologin) är för Bachelard att separera utvecklade vetenskapliga fält från outvecklade. När problematiken implicerar sin lösning tar vetenskapen sitt objekt (”världen” och dess skapare i exemplet ovan) för givet, det vill säga härleder objektet till ideologiska föreställningar. I en kritik av den empiristiska historiefilosofin beskriver Althusser situationen så här uttrycksfullt:

> Det krävs en föreställd lösning på ett föreställt problem, och inte vilken föreställd lösning som helst utan just *den* föreställda lösning som krävs av (det föreställda) ställandet av detta föreställda problem. Varje föreställt (ideologiskt) sätt att ställa ett problem (som också kan vara föreställt) bär i själva verket i sig en bestämd problematik, som är bestämmande både för möjligheten av och formen för ställandet av detta problem. Denna problematik *återfinns* som i en spegel i den lösning som ges på problemet, tack vare den spegeleffekt som är kännetecknande för den ideologiska föreställningen.[110]

I terapin och terapiteorin består de ”föreställda frågorna” av antaganden om psykisk hälsa och psykiskt lidande som gjorts utifrån erfarenheten av psykisk hälsa och psykiskt lidande. Denna erfarenhet återspeglar hur människan förstås i det samhälle subjektet lever i. För Bachelard har det epistemologiska brottet psykologiska, individuella orsaker. Trots att han menar att brottet inte kan uppträda hos en ensam individ är de hinder för brottet som han identifierar av psykologisk natur. Dessa hinder består bland annat i en sexualiserad syn på

---

[109] Exemplet är hämtat från Stephen W. Gaukroger (1976), ”Bachelard and the problem of epistemological analysis”, i *Studies in History and Philosophy of Science* (7:3), s. 210.
[110] Althusser (1965/1970), s. 157, ändrad översättning.

naturen, en fascination för ”små och ömtåliga” ting, en vilja att generalisera och en tendens att förmänskliga objekt. Canguilhem, Althusser och Foucault ärver begreppet (epistemologiskt) hinder, men låter det istället beteckna sociala eller ideologiska hinder eller föreställningar. I psykologins historia har två ideologier varit framträdande som hinder för vetenskapen: En *mekanistisk* förståelse av världen och människan, enligt vilken de är konstruerade på samma sätt som en mekanisk maskin. En *vitalistisk* föreställning om livet som något essentiellt annorlunda än andra, materiella aspekter av verkligheten). Dessa ideologier har ett socialt ursprung och har inverkat på hur den vetenskapliga kunskapen *tolkats*. I kapitel 6 kommer jag att analysera de tre terapimodellernas förklaringar till människan och hennes beteende i förhållande till dessa två ideologier.

4.1.3. Fenomenotekniker[111] och tekniska fenomen

Hittills har jag bara talat om brottet som en epistemologisk förutsättning för det vetenskapliga arbetet med att utforma teoretiska begrepp och modeller. Men vetenskapen begränsar sig inte till en sådan abstrakt begreppskonstruktion. Med utgångspunkt i Bachelards diskussion om fenomenotekniker vill jag beskriva hur vetenskaplig kunskap kan användas för att intervenera i en händelse eller i ett visst fenomen. Begreppet fenomenotekniker beskriver de instrument och tekniker som används i experiment för att observera vetenskapens objekt, inom mikrofysiken exempelvis elektron- och partikelmikroskop, och för att intervenera i detsamma, exempelvis supraledare, men även ekvationer av exempelvis magnetfält. De fenomen som görs tillgängliga av instrumenten och teknikerna kallas för tekniska fenomen, i partikelfysiken exempelvis de

[111] Begreppet *fenomeno*tekniker är resultatet av Bachelards kritik av *fenomeno*login. Jag kommer inte att gå närmare in på denna kritik, men för att ligga i linje med kritiken väljer jag denna översättning istället för den något mindre otympliga ”fenomentekniker”. Lecourt formulerar kortfattat kritiken så att fenomenoteknologin ”är fullständigt oförenlig med fenomenologin, som bara kan tala om fenomen, aldrig producera några” (Lecourt (1969/1975), s. 76). Den skillnad som är relevant här består av att man bryter med den subjektiva upplevelsen av fenomenen snarare än att ta den som utgångspunkt. För Bachelard är det inte möjligt att från den subjektiva upplevelsen av ett fenomen sluta sig till det tekniska fenomenet genom fenomenologiska metoder.

elektromagnetiska fenomenen supraledning och magnetfält[112]. *Det tekniska fenomenet är ett fenomen vars innehåll – dess antagna attribut – består av förmodade förhållande till andra begrepp inom den aktuella vetenskapen.* Om vi talar om terapins epistemologi kan exempelvis inte ett stimulus uppstå ensamt, utan det är de funktionella relationer det ingår i som görs synliga (stimuli-respons*relationen*). Det vetenskapliga objektet materialiseras i de abstrakta relationer som det kommer att ingå i genom terapiteorin. Dessa abstrakta relationer går vanligtvis under benämningen *modell*. Modellen kännetecknas av att vara förutsägbar och av att skala bort verklighetens ”ogenomskinlighet” för att visa hur det förklarade fenomenets olika element hänger samman och påverkar varandra.[113] Det abstrakta förhållande som modellen beskriver är med andra ord ett slutet system.

Om terapin tar sin utgångspunkt i den vetenskapliga modellen är det möjligt att utveckla instrument och tekniker som kan producera tekniska fenomen. Med detta resonemang kan man enligt min mening förstå en aspekt av terapi som annars är analytiskt svårtillgänglig. Med *fenomen* avser jag något som är *erfarbart*, men som även är *regel-* eller *lagbundet*.[114] Med *tekniskt* menar jag ett fenomen vars existens är beroende av att instrument eller tekniker används. I den beteendevetenskapliga terapiteorin är exempelvis stimuli-responsrelationer, diskriminativa stimuli och relationella ramar vetenskapliga objekt. Vid användningen av olika instrument och tekniker – skattningsskalor, beteende-analyser, tekniker för färdighetsträning och så vidare – produceras tekniska fenomen: möjligheten att intervenera funktionellt i individens beteende *som om* det vore en respons, att intervenera i en händelse *som om* den fungerade som ett diskriminativt stimuli eller att intervenera i ett visst sätt att tänka och känna *som om* det vore en relationell inramning av en händelse och så vidare. Men dessa nya egenskaper är beroende av de instrument och tekniker som konstituerar

---

[112] För att komplicera saken ytterligare: Även frånvaron av magnetfält kan inom mikrofysiken vara ett tekniskt fenomen. När det gäller just supraledare har magnetfältets omöjlighet döpts till meissnereffekten. Jag tar dessa exempel därför att de synliggör skillnaden mellan den direkta perceptionens objekt och tekniska fenomen. Meissnereffekten är inte ett objekt såsom vi vanligtvis förstår ”objekt”. Det tekniska fenomenet *kan* sammanfalla med ett ting i rummet, men behöver inte göra det. Detta är en poäng som kommer att bli tydlig i analysen av den tredje generationens terapier och deras objekt.

[113] Badiou (1969/1971), s. 13.

[114] För en utmärkt diskussion om begreppet ”fenomen” och dess olika betydelser, se Hacking (1983), s. 220ff.

beteendet som tekniskt fenomen. Det tekniska fenomenets existens är beroende av användningen av instrument och tekniker. Ett diskriminativt stimuli är exempelvis ett tekniskt begrepp som inte existerar i erfarenheten av den egna personen. Inget faktiskt förändras i skapandet av ett tekniskt fenomen. Ett exempel: Den familjemedlem vars närvaro analyseras som ett diskriminativt stimuli för att en patient ska uppvisa ett visst beteende *blir inte till* när patienten utför en beteendeanalys och identifierar en sådan relation mellan familjemedlemmen och beteendet. Vad som sker vid användningen av fenomenoteknik, här en beteendeanalys, är att patienten får ett nytt sätt att intervenera i och hantera sin situation. Med hjälp av beteendeanalysen – och bara i beteendeanalysen – blir det möjligt att erfara familjemedlemmens inverkan på den egna situationen som något lagbundet.[115] Att förstå och erfara ett fenomen som ett diskriminativt stimulus är beroende av användningen av instrument och tekniker.

Men beskriver inte relationen mellan fenomenoteknik och tekniskt fenomen det senare som ett ”falskt objekt”, ett ”socialt ting” eller en vetenskaplig men godtycklig konstruktion? I förra kapitlet kritiserade jag tanken om att det vetenskapliga objektet är ett socialt ting för att den bygger på en föreställning om att både vetenskapen och vardagen utgår från en och samma ”kollektiva förståelse”. Vetenskapen bygger sin ”förståelse” av sitt objekt på förmågan att intervenera i det. Kan analysen av ett förhållande som en stimuli-responsrelation exempelvis fungera som en förutsägelse om interventionens konsekvenser? Den vetenskapliga kunskapen bygger på en förklaringsmodell som är utformad inte utifrån en samhällelig förståelse, utan med hjälp av en vetenskaplig metod.[116] En viktig skillnad är att den vetenskapliga förklaringen inte formuleras med vardagens begrepp (med den kollektiva förståelsens ord), utan med de begrepp som brottet ger upphov till.

Skillnaden mellan den vetenskapliga utsagan, som bevisas med hjälp av instrument och tekniker, och den kollektiva förståelsen, som bevisas av subjektets erfarenhet, kommer att analyseras i kapitel 7. Men jag vill redan här beskriva vissa intressanta effekter av skillnaden: När Canguilhem gör en

---

[115] Lagen här är den princip som beskriver relationen mellan ett diskriminativt stimulus och beteendet.

[116] Vilket varken innebär att alla vetenskapliga förklaringar är sanna eller att alla förklaringar som påstår sig vara vetenskapliga är det.

uppdelning mellan vetenskaplig kunskap och erfarenhet skriver han att ”den levande varelsen […] inte [lever] bland lagar, utan bland andra varelser och händelser från vilka dessa lagar abstraheras.”[117] Människan lever i vad som tidigare kallats livsvärlden, inte i den funktionella modellen. Så här illustrerar Canguilhem skillnaden mellan vetenskapliga objekt och erfarenheten i relation till medicinens begrepp om hälsa och sjukdom:

> Det är grenen och inte elasticitetslagarna som håller uppe fågeln. Om vi reducerar grenen till elasticitetslagarna kan vi inte längre tala om en fågel, utan bara om kollösningar. På en sådan analytisk abstraktionsnivå är det inte längre en fråga om en miljö för levande varelser, och inte heller om hälsa eller sjukdom. […] Detta då den faktiska levande varelsen lever i en värld av faktiska objekt, *han* lever i en värld av möjliga händelser.[118]

Citatets exempel, att ett visst material har förmågan att återgå till sitt viloläge och att en viss andel av den tillförda energin omvandlas till rörelseenergi, är ett tekniskt fenomen som inte existerar som sådant i subjektets erfarenhet av världen. Den ”han” som här avskärmas från vetenskapliga förklaringar lever i en värld av vardagliga eller ideologiska föreställningar. Beskrivningen tydliggör distinktionen mellan den vetenskapliga förklaringen av ett fenomens *funktion* och den pragmatiska bestämningen av dess *fungerande*. ”Elasticitetslagarna” beskriver grenens och dess rörelsers funktion, medan grenen fungerar som ett stöd för citatets fågel. Om grenen bryts kan detta beräknas med hjälp av de formler som förklarar elasticitet. Men elasticitetsprincipen sätts inte ur spel. Däremot kan grenen inte längre *fungera* som ett stöd för fågeln. Både den gren som svajar för fågelns tyngd och den som bryts av påfrestningen kan beskrivas med hjälp av samma vetenskapligt utformade principer. Men de olika grenarna har olika *konsekvenser* för fågeln. Psykisk hälsa och psykiskt lidande ska förstås som liknande konsekvenser för människan i ”världen av möjliga händelser”. Självskada är till exempel inte något brott mot beteendets ”lagar” eller ”principer”. Självskadans funktion uppstår i förhållandet till dess kontext.

---

[117] Canguilhem (1966/1991), s. 197.
[118] Ibid., s. 197, min kursiv.

Möjligheten att förklara både det fungerande och det ickefungerande beteendet med samma metoder betyder inte att beteendets konsekvenser för individen ignoreras. De pragmatiska attribut som tillskrivs händelsen är en nödvändig del av terapin då det är utifrån dessa som terapins mål och syfte utformas och som olika funktioner sorteras som fungerande eller dysfungerande. Men i förklaringen och förutsägelsen går vetenskapens förmåga att beskriva beteendets funktion före. Beteendet blir möjligt att intervenera i genom att beskrivas som ett tekniskt fenomen – som en funktion av sin kontext:

> När en experimentör talar om ett *fenomen* […] avser han inte en specifik händelse som inträffade för någon i historien, utan vad som *med säkerhet* kommer att inträffa för varje person i framtiden om vissa krav uppfylls. Fenomenets existens beror på att när en experimentör *handlar* utifrån ett visst schema så kommer något att hända […].[119]

Även i den vardagliga erfarenheten av en känsla, tanke eller handling tillskrivs beteendet en ofrånkomlighet och självklarhet. Vad som skiljer det tekniska fenomenet från erfarenhetens objekt är att man i terapin betonar att det tekniska fenomenets uppkomst är beroende av vissa förutsättningar, av att en viss procedur måste följas för att något ”med säkerhet” ska hända. Den funktionella förklaringen definierar ett beteende som ofrånkomligt i en viss kontext. Men den öppnar även upp för möjligheten att förändra kontexten.

---

[119]Charles Sanders Peirce *1931–35, 1958: The Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, paragraf 425, citerad i Davis Baird (2004) *Thing knowledge: a philosophy of scientific instruments*, s. 45, kursiv i original. (Detta kan även ses i ljuset av definitionen av en vetenskapligt beskriven lag som identifierad regelbundenhet och nödvändighet.) Peirce är tillsammans med William James och John Dewey grundarna av den amerikanska pragmatismen. Filosofen Mary Tiles menar att Bachelard lät sig inspireras av James och Dewey ifråga om sin uppfattning om vetenskap som en kontinuerlig process av approximationer (Mary Tiles (2007), ”Bachelard’s non-cartesian epistemology”, i *Continental Philosophy of Science*, s. 158–161). Skillnaden mellan den tidigare omtalade ”han” och ”experimentören” här är att den förre befinner sig i erfarenheten, medan experimentören befinner sig i det fenomenotekniska fältet, i ”det sanna”.

4.2. Arkeologi

Det arkeologiska perspektivet begränsas sig inte till vetenskapen som sådan utan studerar relationen mellan vetenskaplig kunskap och erfarenhet. Diskussionen förflyttas från frågor om vetenskapernas interna struktur, till frågan om vetenskapens plats och funktion i en bredare kontext. Jag kommer nu att diskutera de sätt på vilka vetenskapen *kan fungera ideologiskt*.

4.2.1. Vetenskap och ideologi

Tanken om en tydlig skillnad mellan vetenskap och ideologi tog form i Bachelards analys av partikelfysiken. Det är lätt att förstå varför erfarenheter inte har någon plats i det vetenskapliga studiet av elektroner och andra mikrofysiska fenomen. Mikropartiklar kan bara observeras med hjälp av avancerade vetenskapliga instrument, vilket gör det enklare att intuitivt förstå skillnaden mellan den fysiska vetenskapen och erfarenheten av vår omvärld. Den vetenskap som studerar känslor, tankar och handlingar har inte den förmånen. Alla människor har erfarenheter av att känna, tänka och handla. Därmed blir det inte lika enkelt att beskriva skillnaden mellan den vetenskapliga kunskapen och erfarenheten när det gäller terapi. Ytterligare en komplikation är att erfarenheten av känslor, tankar och handlingar har en annan roll i terapin än vad erfarenheten av elektroner har i partikelfysiken. Skillnaden består i att den funktionella modellen i terapin utgör en *förklaring* till vardagsförståelsen och erfarenheten snarare än en *korrektion* av den. Därtill kommer också att terapins mål ställs upp utifrån vardagsförståelsen: terapin ska föra patienten närmre henne förståelse av ett fungerande liv. Terapi och terapiutveckling kan av uppenbara skäl inte beskrivas på samma sätt som laboratoriearbetet inom exempelvis partikelfysiken, utan måste förstås på ett annat sätt.

4.2.1.1. Vetenskapernas inbördes gränser

Människovetenskapernas nära koppling till sociala praktiker gör dem särskilt utsatta för missbruk. I detta avsnitt kommer jag att beskriva hur vetenskaplig kunskap kan användas för ändamål som ligger bortom dess område. Jag beskriver denna process som vetenskapens ideologisering.

Det första sätt på vilket en vetenskap kan fungera ideologiskt är att dess teser och resultat kan flyttas till ett annat område än det egna. Detta kan exemplifieras med Althussers kritik av den franske biologen Jacques Monod.[120] Monods ursprungliga tes var vetenskaplig i Althussers mening: Upptäckten av DNA tvingar oss att förkasta alla former av teleologiska förklaringar till människans utveckling. Evolutionen är slumpmässig och har inget mål eller röd tråd. Men ett ideologiskt tillstånd uppstår när Monod överför en biologisk logik till samhället. Monod menar att mänskligheten uppstod när en av dessa slumpmässiga förändringar gav människan förmåga till språkanvändning och att samhället kan förklaras utifrån denna biologiska process. Samhällets utveckling kan reduceras till den biologiska och genetiska process som ligger bakom språkanvändning. Althusser kritiserar antagandet att det finns en generell logik bakom olika typer av materiella processer och att dessa kan förklaras på samma nivå (här den biologiska). Samhället som en social ordning kan inte förklaras – reduceras – med hjälp av biologiska förklaringar. De vetenskaper som bör studera samhället är de olika samhällsvetenskaperna. Althussers kritik kan anses handla om att Monod osynliggör *en vetenskaps gränser gentemot andra vetenskaper*. Jag menar att detta är det första sätt på vilken *vetenskapen kan fungera ideologiskt*. Resonemanget kan förtydligas genom att kopplas till en diskussion om vetenskapliga instrument och tekniker.

4.2.1.2. Ideologi och instrument- och teknikanvändning

Jag har tidigare argumenterat för att de objekt som beskrivs som terapeutiskt relevanta i terapiteorin produceras vid bruket av instrument och tekniker. I anslutning till den franske filosofen Michel Pécheux analys av ”det galileiska brottets effekter inom fysiken” är det möjligt att skilja mellan ett vetenskapligt och ett ideologiskt sätt att använda vetenskapens instrument och tekniker.

[120] Jaques Monod (1910–1976) var en fransk biolog som fick Nobelpriset i medicin för sina framsteg i kunskapen om DNA och mRNA.

Skillnaden kan sägas bestå i huruvida det som instrumenten och teknikerna producerar är *objekt* eller *bilder* av objekt. När en viss vetenskaps instrument och tekniker fungerar ideologiskt i förhållande till en annan vetenskap är det ”*som införs* i [den nya vetenskapen] inte [...] de *begrepp som tillhör [den förra vetenskapen] som vetenskap*, utan de *bilder som återspeglar [dess] teknologi.*[121] När det gäller terapin kan det röra sig om bilder i form av de föreställningar om objektet som vardagsförståelsen innehåller (det vill säga ideologiska föreställningar), men det kan även röra sig om faktiska bilder, exempelvis neurologins visualiseringar av hjärnan. På instrument- och teknik-användningens område intar den faktiska bildproduktionen, det vill säga visualiseringen av instrumentens och teknikernas effekter, en särställning. Modeller, grafer, bilder med mera kan med lätthet separeras från de instrument och tekniker som producerat dem – och därmed även separeras från det vetenskapliga fält på vilket de får sin betydelse – för att tillämpas på nya områden. En legitim vetenskap (exempelvis neurobiologin) kan producera epistemologiska hinder för en annan legitim vetenskap (exempelvis sociologin, kognitionsvetenskapen eller beteendevetenskapen).[122] De ideologiska bilderna kan även fungera som hinder för olika terapiteorier och terapimodeller på grund av deras antagna koppling till vetenskapliga modeller av mänskligt fungerande. Detta är inte någon kritik mot en enskild vetenskap (exempelvis neurologin) utan en påminnelse av att ”en vetenskap kan inte *i en annan vetenskaps ställe* utföra det ’befrielsearbete’ på den specifika ideologiska kombinationen som denna själv kräver”.[123]

---

[121] Michel Pécheux (1969/1971), ”Det galileiska brottets effekter”, i *Om vetenskapernas historia: Kurs i filosofi för vetenskapsmän, band 3*, s. 21. Pécheux anspelar här på likheten mellan franskans ord för föreställt (*imaginaire*) och för bilder (*image*). Jämför med Althussers kritik av ”föreställda lösningar på föreställda problem”.

[122] Relationen mellan neurobiologin och kognitionsvetenskapen är självklart inte nödvändigtvis ideologisk. Neurobiologin kan fungera ideologiskt i förhållande till kognitionsvetenskapen, men kan även hjälpa till att föra kognitionsvetenskapen framåt. Detta är inte en filosofisk fråga utan en empirisk, varför jag lämnar den här.

[123] Ibid., s. 27. ”Befrielsearbete” syftar här till brytningen med de ideologiska föreställningarna, det vill säga vetenskapens epistemologiska brott.

4.2.1.3. Vetenskap och erfarenhet

Det andra sätt på vilket jag menar att vetenskapen kan fungera ideologiskt har inte uppmärksammats lika mycket i den historiska epistemologiska litteraturen. Det handlar om de tillfällen då den vetenskapliga kunskapen och det vetenskapliga objektet förflyttar sig bortom den problematik de uppkommit i.[124] Den vetenskapliga kunskapen blir normativ även ifråga om människors erfarenheter och upplevelser. Enligt Canguilhem uppstår erfarenheten i ett förlopp som han något diffust kallar för ”en följd av händelser”.[125] Dessa är de händelser som människan lever i, och beskrivningen av ett fenomen som en effekt av olika – biologiska, psykologiska och sociala – mekanismer, lagar och principer har ingen relevans för hur de uppfattas av den individ som upplever dem. Känslors, tankars och handlingars funktion är vetenskapens objekt, medan de faktiska händelserna är erfarenhetens ”objekt” eller innehåll. Om experimentörens tekniska fenomen per definition är nödvändiga (som effekter av mekanismer, lagar och principer), är vardagens objekt eller händelser unika, slumpmässiga och kontingenta.

Hos Canguilhem finns, parallellt med tanken om att den vardagliga förståelsen av ett fenomen inte ska begränsa den vetenskapliga förklaringen, en idé om att även det omvända bör gälla. Jag tolkar detta så att den vetenskapliga kunskapen och det vetenskapliga objektet separeras från deras teoretiska kontext, presenteras som mall för den vardagliga erfarenheten och blir normerande för individens upplevelser. Ett exempel är neurologen och buddisten Rick Hansons sätt att utvinna vissa normativa regler ur vetenskapens ökade förmåga att visualisera neurologiska processer. Han menar att dessa visualiseringar har visat på att individens tankar ”tränar” de delar av hjärnan som tankarna kan lokaliseras i. Positiva tankar gör det lättare att tänka positivt i framtiden, medan negativa tankar gör det lättare att tänka negativt. Från denna observation av neurologiska processer drar Hanson slutsatsen att vi har ett *ansvar* för att känna, tänka och handla på ett sätt som påverkar vår hjärna på ett

[124] Se exempelvis Foucault (1969/1972), s. 198ff.
[125] Fra. *événement*. Canguilhem (1966/1989), s. 198.

hälsosamt sätt.[126] Men vad som egentligen sker är att människor uppmanas låta *neurologins visualiseringar av hjärnan* styra hur de ska känna, tänka och handla. Jag menar att det andra sätt på vilket vetenskap kan fungera ideologiskt är att den vetenskapliga kunskapen sprider sig till individens erfarenhet av psykiskt lidande.[127] *Vetenskapens gränser mot den vardagliga erfarenheten osynliggörs.*

4.2.2. Den vetenskapliga praktikens ideologiska sätt att fungera

Jag har identifierat två typer av gränser runt ett specifikt vetenskapligt fält: gentemot andra vetenskapliga fält och gentemot den vardagliga erfarenheten. Dessa gränser bildar vad jag kallar för de externa kriterierna för sanningsproduktion. Hur ska man uppfatta de övertramp som gjorts? I den historiska epistemologiska litteraturen betonas att de inte ska ses som ”fel” eller ”misstag”. Ideologi bestäms socialt och kan inte härledas till ”den epistemologiska dimensionen av fel, illusioner eller misserkännande”.[128] Det går inte att beskriva ideologin som felaktig eller falsk – jag har redan argumenterat för att bara vetenskapen kan definieras som sann eller falsk. Ideologi – även den vetenskap som fungerar ideologiskt – är något helt annat. Utifrån hur jag definierat vetenskap och ideologi blir denna skillnad uppenbar. *Vetenskap är produktion av ett kunskapsobjekt, ideologi är ett nätverk av sociala relationer.* Vetenskap och ideologi är på intet sätt två jämförbara storheter. Eller med Balibars ord:

> [r]elationen mellan vetenskap och ideologi är därför på alla sätt en ojämlik och heterogen relation, där de två termerna spontant inte kan kopplas samman eller ”verka” direkt på varandra utan att en tredje term intervenerar, nämligen praktik.[129]

---

[126] Se Rick Hanson (2009) *Buddhas Brain: The Practical Neuroscience of Happiness, Love and Wisdom*, s. 5ff, 177ff. Förutom att känna, tänka och handla på ett positivt sätt är meditation, enligt Hanson, bäst lämpat för att förändra hjärnan.

[127] De båda formerna av ideologiskt funktionssätt sammanfattas i Canguilhems mer allmänna definition av vetenskaplig ideologi: ”Vetenskaplig ideologi är förklarande system som går bortom sina lånade vetenskapliga normer” (Canguilhem (1977/1988), s. 38).

[128] Balibar (1978), s. 224.

[129] Ibid, kursiv i original.

Man ska därför inte se vetenskap och ideologi som två essenser, som två storheter eller ens som två fenomen i binär opposition till varandra. En vetenskap kan fungera ideologiskt, beroende på hur den vetenskapliga *praktiken* är utformad (både ifråga om *hur* och *på vad* den inverkar). Det handlar inte om hur ”vetenskapliga teorier” implementeras (exempelvis att vetenskapliga resultat tillämpas i vapenproduktion eller krigsföring). Produktionen av vetenskapliga teorier och begrepp är en del av den vetenskapliga praktiken i lika hög grad som instrument- och teknikanvändning och experimentering. Den centrala frågan är huruvida arbetet i den vetenskapliga praktiken har brutit med de ideologiska föreställningarna om sitt objekt och huruvida det tar sin utgångspunkt i en vetenskaplig problematik. Det arkeologiska studiet av de externa kriterierna för sanningsproduktion är därför en analys av hur vetenskaplig kunskap tillämpas eller praktiseras.

Den tredje generationens terapier ska ses som en tillämpning av vetenskaplig kunskap genom instrument och tekniker. En egenskap som är unik för människovetenskaperna i allmänhet och terapi (som tillämpningen av vetenskaplig kunskap) i synnerhet är, enligt min mening, att de är strukturerade kring ”strukturellt polyvalenta” begrepp.[130] *Borderline* är ett utmärkt exempel på ett sådant begrepp. Olika vetenskaper och icke-vetenskaper försöker förklara problemet *borderline*, på mer eller mindre lyckade sätt. Begrepp har beskrivits på samhällsnivå (som ett socialt problem), på personnivå (som ett individualpsykologiskt problem), och på en subpersonnivå (som ett neurologiskt, kognitivt eller beteendemässigt problem). Men *borderline* har inte sina orsaker på en viss nivå; det är just ett *problem* som ska lösas (på ett verkligt eller ett föreställt sätt). *Borderline* är ett begrepp som finns i både ideologiska och vetenskapliga problematiker. I anslutning till Thomas Kuhns analys av paradigmens roll i vetenskaperna kan sägas att *borderline* inte är ett mellan olika teoretiska kontexter *inkommensurabelt* begrepp. De *specifika teoretiska satserna* (förklaringarna till vad som orsakar problemet *borderline*) är i sig inkommensurabla, men *begreppet borderline* är gemensamt för olika vetenskaper och ideologin. Begreppet är *i sig självt* innehållslöst. Förutom att fungera ideologisk kan vetenskapen även fungera som ideologikritik om den

[130] Detta är ett begrepp jag hämtar från Kevin Thompson (2008), ”Historicity and Transcendentality: Foucault, Cavailles, and the Phenomenology of the Concept”, i *History and Theory* (47:1), s. 12.

problematiserar hur begreppet *borderline* strukturerats ideologiskt (eller med Canguilhems ord, som inledde kapitlet, hur begreppet används i en viss social praktik med ”ett visst praktiskt ändamål”).

De två sätt på vilka jag beskrivit vetenskapens ideologiska funktionssätt är 1. att ett vetenskapligt objekt blir normerande på andra vetenskapliga områden och 2. att det tekniska fenomenet förs in som ett normativt element i den vardagliga erfarenheten. Jag använder begreppet ideologi för att binda samman ett marxistiskt ideologibegrepp – ideologi som *legitimering av en viss form av relationer mellan människor och mellan människor och ting* – med en epistemologisk analys av *hur kunskap om dessa relationer är möjlig*. Vetenskapen är per definition skild från ideologin (vetenskap som ideologikritik), men brytningen har inte skett en gång för alla (en vetenskap kan fungera ideologiskt).

I analysen kommer jag att använda den *epistemologiska* metoden – som skiljer mellan en vetenskaplig och en ideologisk *problematik* – i kombination med den *arkeologiska* metoden – som uppmärksammar den vetenskapliga *praktikens* nödvändiga beröringsytor med både den vetenskapliga och den ideologiska problematiken. Detta för att ha möjlighet att beskriva brottet, inte som ett *historiskt skede*, utan som en *kontinuerlig process som kan fortgå eller upphöra*. En sådan analys kan även beskrivas som ideologikritik.[131] Analysen beskriver hur terapins vetenskapliga utgångspunkt interagerar med ”ideologiska praktiker” (olika andliga traditioner eller andra diskursiva formationer som inte formaliserats som vetenskaper) och hur terapi kan förstås utifrån de sätt på vilka vetenskaplig kunskap kan fungera ideologiskt. Att brytningen mellan det vetenskapliga och det ideologiska aldrig har skett en gång för alla är viktigt för min analys av de tre terapimodellerna. Detta tillvägagångssätt är enligt min mening intressantare än ren mätning av sanningshalten i en viss utsaga. Istället för att bara fråga sig om det rör sig om ett ”sant objekt” är frågan om huruvida ”det befinner sig i det sanna” intressantare i en analys av hur det används i en viss *praktik*. Befinner sig objektet fortfarande ”i det sanna” när det tillämpas i en

[131] Foucault beskriver ideologikritik såhär: ”Att angripa en vetenskaps ideologiska fungerande […] består […] i att på nytt sätta den i fråga som diskursiv formation; det består i att angripa inte dess omdömens formella motsägelser utan det system enligt vilket dess objekt, dess typer av utsägelser, dess begrepp, dess teoretiska val formas. Det består i att på nytt ta den som en praktik bland andra praktiker” (Foucault, (1969/1972), s. 207).

viss intervention eller har det lämnat den vetenskapliga problematiken? Fungerar det ideologiskt?

4.3. Genealogi

Både Althusser och Foucault ifrågasätter den centrala ställning subjektet haft i samhällsvetenskapliga analyser av historien och samhället. De visar på den problematiska *position* och *funktion* som subjektet tillskrivits i analyser av sociala formationer. De förnekar däremot inte möjligheten att studera subjektiviteten. Hos Foucault (som studerade människovetenskaperna) kan man snarare se den omvända tendensen: subjektet som effekt av olika disciplinerande tekniker kom allt oftare att beskrivas som kärnan i hans filosofi.[132] Althusser (som studerade samhälls- och historievetenskapen) menade för sin del att subjektet kan och bör analyseras utan hänvisning till mentalistiska eller subjektivistiska teorier, att ”kunskap inte är en effekt av subjektet”.[133] I detta tredje och sista avsnitt av kapitlet diskuteras terapi utifrån en althusseriansk och foucaultiansk analys av subjektivitet. Genealogen är, för Foucault, ”en diagnostiker som fokuserar på relationen mellan makt, kunskap och kroppen i det moderna samhället”.[134] Avsnittet tar sin utgångspunkt i Foucaults och Althussers resonemang kring de sätt på vilka det är möjligt att

> […] bestämma vad subjektet måste vara, under vilka omständigheter han är ett subjekt, vilken status han måste ha, vilken position i verkligheten eller det imaginära han måste ha, för att bli ett legitimt subjekt i en viss form av kunskap [*connaissance*]. Kort sagt är det en fråga om att bestämma dess

[132] Se exempelvis den encyklopediartikel Foucault skrev om sig själv under pseudonym i *Dictionnaire des philosophes* (Michel Foucault, under pseudonym Maurice Florence, (1984), ”Foucault”, i *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, s. 459–463).

[133] Se Hristos Verikukis (2005), ”Knowledge versus 'Knowledge': Louis Althusser on the Autonomy of Science and Philosophy from Ideology – A Reply to William S. Lewis”, i *Rethinking Marxism* (21:1), s. 67–84, citatet från s. 79.

[134] Hubert L. Dreyfus och Paul Rabinow, (1982), *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*, s. 105.

> ”subjektiveringsform”, för det är uppenbart att denna inte är densamma om den aktuella kunskapen har formen av en studie av en helig text, en observation inom naturvetenskapen eller en analys av en mentalpatients beteende. Men det är samtidigt en fråga om att bestämma de förutsättningar som krävs för att något kan bli ett möjligt kunskapsobjekt [*objet de connaissance*], hur det kan problematiseras som ett objekt för kunskap, vilken brytningsprocess [*procédure de coupage*] det har underställts.[135]

Den ”aktuella kunskapen” är här terapiteorin, terapin som praktik och dess kunskapsobjekt. Här talas det ännu en gång om den anonyme ”han” som i tidigare citat placerats utanför de vetenskapliga modelleringarna. Detta subjektifierande ”han” ska förstås som en effekt av att den vetenskapliga kunskapen fungerar ideologiskt.[136] Han ska därför inte ses som den vetenskapliga kunskapens bärare. Hur kan han – eller hon – bli till ett kunskapsobjekt för sig själv och ett ämne för förändring?

4.3.1. Genealogi och maktanalys

I förra avsnittet argumenterade jag för att en vetenskap kan fungera ideologiskt antingen när den gör intrång på andra vetenskapers fält eller när den blir normerande i vardagsförståelsen. Här kommer jag att bygga vidare på detta resonemang och koppla diskussionen om vetenskapens ideologiska fungerande till hur Althusser och Foucault beskriver subjektets interpellation eller subjektets relation till makt/vetande.

Hittills har en explicit maktanalys varit frånvarande. Anledningen är att jag velat betona kunskapsteoretiska frågor som rör gränsdragningar mellan vetenskaper, mellan praktiker och mellan vetenskaplig kunskap och vardagliga erfarenheter. Men till skillnad från epistemologin och arkeologin är genealogin

---

[135] Foucault, under pseudonym Maurice Florence, (1984), s. 459–460.

[136] I sammanhanget kan det vara intressant att Althusser menade att könssubjektet – könsbestämningen – tillsammans med inordningen i den ”specifika familjemässiga ideologiska konfigurationen” (att barnet ska bära och underordnas ”Faderns namn”) är de två ursprungliga interpellationerna av subjektet (Althusser (1970/1976), *Filosofi från proletär klasståndpunkt*, s. 146).

en metod för att analysera makt. Foucault varnar för att blanda ihop de sätt på vilka makt strukturerar vetandet med tanken om systematisering eller paradigm.[137] Här ska man dock inte göra misstaget att tolka den genealogiska metoden som en korrektion av arkeologin (eller av epistemologin).[138] De bör istället betraktas som komplement till varandra på samma sätt som den arkeologiska metoden förutsätter och kompletterar den epistemologiska.

De genealogiska frågorna innebär en perspektivförskjutning: Gemensamt för Althusser och Foucault – men även Canguilhem – är att de ifrågasätter en tradition som utgår från subjektet som *den plats där normativitet uppstår* och istället utformar en metod för att studera subjektet som *det objekt på vilket normativitet utövas*. Om den epistemologiska metoden beskrev sanning som markör för vetenskapen och den arkeologiska metoden satte den inom parentes, så blir det här möjligt att arbeta med frågan om på vilket eller vilka sätt ”viljan till sanning” kan relateras till subjektet som en effekt av olika praktiker.

4.3.2. Klassifikation eller taktik?

Förskjutningen i Foucaults arbete från epistemologi och arkeologi till genealogi kan spåras i en föreläsning han höll den 28 november 1973, där han bryter med en strukturalistisk influens.[139] Han ifrågasätter sitt tidigare intresse för

---

[137] ”Vad som saknades i mitt arbete var problemet med den ’diskursiva regimen’, den effekt som makt har på spelet om utsagorna. Jag förväxlade det allt för mycket med systematicitet, den teoretiska formen, eller något som liknar ett paradigm” (Foucault, (1980), ”Truth and Power”, i (red.) Colin Gordon *Power/Knowledge*, s. 105). Inom den nordamerikanska och brittiska vetenskapsfilosofin har man intresserat sig för systematisering, teoretisk form, paradigm och språk som de primära förklaringarna till det specifika i vetenskapen. Genom att införa makt, eller en ”diskursiv orden” (den andra möjliga översättningen av titeln på Foucaults installationsföreläsning vid *Collège de France*, se (1971/1993) *Diskursens ordning*, s. 58 not 11) som en ”strukturerande praktik” fråntas de rent inomteoretiska modellerna för vetenskapens historiska och nutida form sin förklaringspotential.

[138] Se exempelvis Davidson (2004) och Hubert och Dreyfus (1982).

[139] Foucault beklagar sig i förordet till den engelska upplagan av *Les mots et les choses* (engelsk titel (1966/1970) *The Order of Things*) över att vissa ”icke så begåvade kommentatorer” (s. xiv) kallat honom strukturalist. ”Obegåvad kommentator” är en grupp jag ogärna frivilligt placerar mig i. Jag nöjer mig därför med att formulera förhållandet som en influens, eller som ett övertagande av den strukturalistiska problematiken. I en intervju ((1968/2001), ”Interview avec Michel Foucault” i *Dits et écrites*, vol. 1, s. 653) erkänner han åtminstone ett släktskap mellan Lévi-Strauss, Lacan, Althusser, Barthes och sig själv i det att de problematiserar mänsklig subjektivitet och medvetandet.

klassifikationens funktion (det vill säga ”*epistemet*” och dess inverkan på vetenskaperna) och riktar istället sin uppmärksamhet mot hur maktförhållanden strukturerar olika diskurser. Foucault menar att den kapitalistiska ekonomins utbredning gjorde det nödvändigt att ordna individer enligt principen maximerad ackumulation av människor och kapital. Vidare menar han att även ”tidigare” organiserades individer ”i arter och genus” utifrån ett visst schema, som även det fyllde funktionen att distribuera människor.[140] Men de nya principerna för ackumulation av människor och kapital innebar viktiga förändringar i dess form och funktion:

> Att distribuera människor utifrån dessa behov inbegriper inte längre en taxonomi, utan en taktik, och namnet på denna taktik är 'disciplin'. […] Disciplin är en taktik, det vill säga, ett speciellt sätt att distribuera singulariteter utifrån ett ickeklassificerande schema, ett sätt att distribuera dem rumsligt, att möjliggöra de mest effektiva temporala ackumulationerna på nivån av produktiv aktivitet.[141]

Även om Foucault beskriver uppkomsten av ”taktiken disciplin” som en historisk förändring i det västerländska samhället är det minst lika möjligt att betrakta den som en teoretiskt eller begreppslig förändring hos honom själv. Även det faktum att Foucault i sina senare texter inte längre talar om *epistem* bör ses som ett uttryck för ett förändrat sätt att ta sig an frågan om fördelning och klassificering av människor. När Foucault beskriver organiseringen av

---

[140] Foucault (1973/2003) *Psychiatric Power: Lectures at the College de France 1973–1974*, s. 72. Se även Foucault, *The Order of Things*, speciellt avsnittet 'Mathesis and Taxinomia', där han talar om ”en generell vetenskap om ordning; en teori om tecken utifrån en analys av representation; att arrangera identiteter och skillnader i ordnade diagram: dessa konstituerade ett område av ”empiriskhet” [eng. *empiricity*] i den klassiska tidsålder som inte hade existerat förrän slutet av renässansen och vars öde var att försvinna i början av artonhundratalet” (s. 70–71). Taxonomins koppling till språkliga representationer och klassifikationer försvinner enligt Foucault på artonhundratalet och dess plats tas över av ett epistem som istället beskrivs som historicitet (ibid., s. xiii) och subjektets ”erfarenhet” (ibid., s. 384) eller som strukturalismens och hermeneutikens gemensamma grund (ibid., s. 299). Epistemet är enligt Foucault en gemensam nämnare för både vetenskapen och ideologin: strukturalism och hermeneutik är de ”vetenskapliga” motsvarigheterna till mekanism och vitalism.

[141] Foucault (1973/2003), s. 72–3.

samhället som en fråga om disciplinering identifierar han ett ”nytt” område, nämligen subjektet och dess uppkomst i olika maktrelationer.[142]

Den ”ordningens empiriskhet” som enligt Foucault utmärker upplysningens vetenskaper försvinner och istället träder disciplinen fram som överordnad princip. Det är i analysen av disciplin som maktteknologi som Foucaults kanske mest kända formulering, att ”själen är kroppens fängelse”, härrör från.

4.3.3. Konstitueringen av subjektet

Althusser definierar ideologi som en ”avbildning av det imaginära förhållandet mellan individerna och deras reella existensbetingelser”.[143] Han menar att ”kategorin subjekt är konstituerande för varje ideologi blott i den grad som ideologin har till uppgift att ’konstituera’ de konkreta individerna som subjekt”.[144] Individen blir med andra ord till subjekt när hans eller hennes handlingar organiseras i olika ideologiska institutioner. För att ge en antydan till vad detta ”subjekt” är tillåter jag mig att citera ett par partier ur Althussers ”Ideologi och ideologiska statsapparater”:

> Vi menar alltså att ideologin ”handlar” eller ”fungerar” i den mån som den ”rekryterar” subjekt bland individerna (den rekryterar alla), eller ”omvandlar” individerna till subjekt (den omvandlar alla) genom den högst precisa operation som vi kallar *interpellation*, vilken man kan föreställa som det banala och vardagliga fallet när en polis interpellerar: eller ropar till en ”hallå, ni där borta!”.[145]
>
> Vi säger alltså, och utgår därvid från ett enda subjekt (en individ vilken som helst), att existensen av hans trosföreställningar är

[142] Det är på grund av denna skillnad mellan tidiga och senare texter av Foucault som det inte finns mycket att hämta från hans (1961/1973) *Vansinnets historia* ifråga om subjektets relation till makt/vetande, även om den annars ligger nära till hands i en analys av psykologin. Det maktbegrepp (utan tillägget vetande) som används i detta arbete skiljer sig från det maktbegrepp jag arbetar med (även om begreppen inte motsäger varandra).
[143] Althusser (1970/1976), s. 135.
[144] Ibid., s. 142.
[145] Ibid., s. 144.

> materiell på så vis, att *hans föreställningar är materiella handlingar infogade i materiella praktiker, reglerade av materiella ritualer som själva är bestämda av den materiella ideologiska apparat, från vilken subjektets idéer härrör.*[146]

Ideologins interpellation av subjektet är inte medvetandet som blir till ett självmedvetande (inget redan existerande subjekt kan genom interpellationen vända sig mot sig självt). Subjektet definieras materiellt, som Althusser betonar i det andra stycket: det sker ingen hänvisning till subjektets (sanna eller falska) idéer eller tankar. Subjektet blir till i igenkänningen av sig självt som interpellerat eller ”anropat”, i citatet här ovan exemplifierat med polisens utrop. Jag menar att detta är en användbar bild av hur subjektet ”blir till” i terapin. Genom ett liknande anrop kommer patienten att igenkänna eller lära känna sig själv.[147] (Kapitel 3, 4 och 5 kan läsas som min tolkning av hur terapins interpellation skiljer sig från andra former av interpellation.) Jag lånar Foucaults formulering, som ska locka läsaren in i kapitlet med den kända rubriken ”Panoptismen”: ”Men är det inte väl mycket att tillerkänna disciplinens ofta mycket begränsade knep en sådan makt? På vad sätt kan de åstadkomma så omfattande verkningar?”[148]

4.3.4. Terapin som ”reglerat incitament”

Disciplin sammanfaller inte med vetenskaplig (och ideologisk) kunskap om människor, utan består av de sätt på vilka subjektet uppstår som en effekt av kunskapen. Ett exempel är terapi och de sätt på vilka instrument och tekniker interpellerar individen som kännande, tänkande och handlande människa. Patienten interpelleras som subjekt med makt över sig självt. *Makten över sig själv* är en förutsättning för att praktisera den *”omsorg” om sig själv* som Foucault talar om. Men det rör sig inte om någon individ fri att göra som den vill. Den

---

[146] Ibid., s. 142.
[147] Meningens något kluriga formulering beror på att jag försöker bibehålla den uppdelning Althusser gör mellan ett ideologiskt ”igenkännande” och ett reell ”kännedom” om en själv. Se Althusser (1965/1968).
[148] Foucault (1975/1992), s. 227.

kunskap som interpellerar patienten i terapin består av instruktioner för hur makten kan utövas effektivt. Det uppstår en paradoxal form av autonomi då patienten kan utöva makt över sig själv enbart när hon utgår från den funktionella modell som visar på hur känslor, tankar och handlingar är en effekt av patientens omgivning. När terapin beskrivs som en disciplinär praktik kan de terapeutiska teknikerna sägas ”utgöra en den moderna ’själens’ genealogi eller en del av en sådan genealogi. Hellre än att i denna själ urskilja de återupplivade resterna av en ideologi skulle man i den urskilja det aktuella korrelatet till en viss teknologi för makten över kropparna […].”[149]

4.3.4.1. Hur beteende uppstår som korrelat till den terapeutiska praktiken

Althussers beskrivning av ideologins interpellation av subjektet sätter fingret på centrala aspekter av den terapeutiska praktikens ideologiska sätt att fungera. Men för en mer konkret analys av hur instrument och tekniker används inom terapin är en mer fruktbarutgångspunkt Foucaults analys av hur sexualitet uppstår som både vetenskapligt objekt och som dimension på vilken människor kan utöva sin subjektivitet.

Foucault identifierar i *Sexualitetens historia* fem sätt att producera sexualitet som vetenskapligt objekt. Likheterna och skillnaderna mellan denna sexualitet och det vetenskapliga objekt som är aktuellt här (funktionella förklaringar till känslor, tankar och handlingar) ska varken underskattas eller överskattas. Jämförelsen gäller enbart de sätt på vilka de tekniska fenomenen produceras. Även om Foucault inte arbetar med distinktionen mellan det vetenskapliga objektet och tekniska fenomen är det möjligt att se de fem teknikerna som förutsättningen för terapi som fenomenoteknologi:

För det första gör man en *klinisk kodifiering av bekännelseförfarandet.*[150] Detta innebär att man konstruerar en metod för att tala. Metoden består bland annat av de instrument och tekniker som används för att funktionellt förklara patientens situation som är unika för terapin. (Även om exempelvis medveten närvaro är en teknik som inte är begränsad till terapin är möjligheten att förklara den medvetna närvaron funktionellt unik för terapiteorin.) Även bruket

[149] Ibid., s. 33–40, citatet från s. 39. Ännu en gång används begreppet ideologi av Foucault för att referera till den ”ideologiska föreställningen om ideologi”, det vill säga ideologi som falsk kunskap.
[150] Foucault (1976/1980), s. 85. Alla citat i detta avsnitt är hämtade från ibid., s. 85–88 om ej annat anges.

av skattningsskalor är ett sätt att skapa en metod för hur ”bekännelsen” utförs. För det andra förutsätts *en allmän och diffus kausalitet.* Det finns ingen på förhand bestämd begränsning av vad som kan ha påverkats av bekännelsens objekt (hos Foucault sexualiteten). Alla delar av människans liv är öppna för tolkning och förklaring. Det psykiska lidandet kan orsaka en mängd olika problem för individen. För det tredje bygger terapin på *en princip om en inneboende latens i sitt objekt.* Sexualiteten såväl som det psykiska lidandet undandrar sig andras blickar. Istället ”för att rikta in sig på vad den bekännande försöker dölja försöker [terapin] föra upp det som är dolt för den bekännande till ytan”. Det som är relevant för att förklara patientens problem är inte direkt tillgängligt för den bekännande. Detta är en teknik som kan illustreras med erfarenhetens oförmåga att förutsäga den vetenskapliga metodens resultat. Även om patienten har kunskap om sitt problem kan hon inte beskriva hur problemet är strukturerat. För det fjärde används en *tolkningsmetod.* Detta innebär att bekännelsen inte är tillräcklig i sig själv. Bekännelsen måste tolkas och organiseras av terapeuten för att bli ”vetenskapligt giltig” och ”sann”. Tekniken har ett tydligt uttryck i analytikerns roll i Freuds psykoanalys, men det är även en tolknings- och organiseringsprocess som beskriver ”expertisens” eller de professionellas funktion i förhållande till patienten. En viktig skillnad är att tolkningsmetoden – exempelvis beteendeanalysen – inte är begränsad till terapeuten i ACT, MkT och DBT, även om utlärandet av den är det. För det femte *hänför man bekännelsens resultat till läkarvetenskapen.* Det innebär att ”[b]ekännelsens innehåll och dess verkningar kodas om till terapeutiska operationer”. Psykiskt lidande är inte en fråga om intelligens, moral eller synd. Det förklaras istället funktionellt med hjälp av de modeller av känslor, tankar och handlingar som terapin utgår från. Dessa modeller är normativa i tolkningen av patienten och dennes situation.

En första nödvändig anmärkning är att det finns en skillnad mellan den nivå Foucault uppehåller sig vid och det som analyseras i avhandlingen. Foucault visar på hur *terapin som teknik* utformats utifrån dessa fem principer. De är det fundament som terapin vilar på som normativ praktik och som ger den dess generella struktur. Jag menar att *terapi som fenomenoteknologi* – kunskapen om och tillämpningen av instrument och tekniker – lyder under och legitimeras av dessa generella principer. Den form som de ger terapin spelar stor roll för terapins ställning i det västerländska samhället. En skillnad är dock

instrumentens och teknikernas framträdande plats, vilket gör terapeuten mindre viktig som uttolkare i den tredje generationens terapier. Instrumentens och teknikernas relativa självständighet i förhållande till experten/terapeuten (men inte i förhållande till den vetenskapliga kunskapen) gör patientens arbete mer självständigt än det är i Foucaults beskrivning.

En andra viktig skillnad är att den vetenskaplighet som bekännelseformerna kombinerades med i artonhundratalets psykiatri inte kan sägas bryta med ideologiska föreställningar. Detta är en central skillnad i förhållande till mitt material, vilket gjort det nödvändigt att utveckla vissa epistemologiska resonemang (i avsnitten om epistemologi och arkeologi). En annan sida av bruket av instrument och tekniker är att patientens bekännelse inte längre nödvändigtvis är verbal. Med Foucaults ord skapas en möjlighet att få ”fenomenet självt att tala”.[151] Det självmedvetna subjektet är därmed inte längre en nödvändig utgångspunkt för terapin. Det självmedvetna subjektet är snarare dess *effekt*, en tes som drivits i detta avsnitt. Att vissa begrepp – såsom funktionellt beteende, känslomässig dysreglering och emotionell sårbarhet – uppstår som referenspunkter för subjektets ”erkännande” eller interpellation handlar om att nya erfarenheter blir möjliga, ”om man med erfarenhet förstår växelförhållandet i en kultur mellan kunskapsområden, regelsystem och personliga upplevelser”.[152]

4.4. Avslutande diskussion

De tre delarna i detta kapitel, ”Epistemologi”, ”Arkeologi” och ”Genealogi”, representerar tre angreppssätt som jag menar är användbara i en analys av den terapeutiska praktiken. Den gemensamma frågan är den om den analyserade praktikens förhållande till sanning. Diskussionen om detta förhållande tog sin början i idén om sanning som vetenskapens produkt (epistemologi), gick vidare till frågan om praktikens vetenskapliga eller ideologiska sätt att fungera (arkeologi) för att till slut behandla subjektivitet (genealogi). Foucault menar att

[151] Se Foucault (1976/1980).
[152] Michel Foucault (1984/1986) *Sexualitetens historia, band 2, Njutningarnas bruk*, s. 8.

det är hos Descartes som individens arbete med sig själv och kunskap (*connaisance*) om sig själv smälter samman. Tidigare var arbetet med självet tätt knutet till andlighet och andliga rörelser. I Foucaults beskrivning hade eller har den andliga praktiken vissa kännetecken. För det första är sanningen aldrig automatiskt tillgänglig för individen. För det andra måste subjektet förändra sig för att få tillgång till sanningen.[153] För det tredje kommer sanningen att återverka [*de retour*] på och förändra subjektet. I jämförelse med terapins ovannämnda fem tekniker menar jag att den stora skillnaden är avsaknaden av en tolkningsprocess.

Sammanfattningsvis har jag i detta kapitel argumenterat för att *den vetenskapliga bearbetningen av kunskapen är det som kännetecknar den moderna formen av "omsorgen om sig själv" såsom den manifesteras i den moderna psykoterapin.* Vad som skiljer terapi från tidigare metoder är att den kunskap som ligger till grund för terapin har brutit med erfarenheten av psykiskt lidande. Där religiösa och andliga metoder tar sin utgångspunkt i ideologiska föreställningar, bygger den tredje generationens terapier på en funktionell förklaring till känslor, tankar och handlingar som strukturerats i en vetenskaplig praktik.[154] Jag har velat visa hur den historiska epistemologin kan vara ett användbart redskap för att analysera terapi som en form av "omsorg om sig själv" samt hur det är möjligt att förstå terapins förhållande till vetenskaplig och vardaglig kunskap (hur vetenskaplig kunskap kan fungera ideologiskt).

---

[153] Foucault definierar metoden för en sådan förändring som "*eros* (kärlek) och *askesis* (ett tillbakadragande från världen)" (från (1981/2005) *The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the Collège de France 1981–1982*, s. 15) och som "ett (ut)övande av sig själv genom tänkande" (från (1984/1986), s. 9).

[154] Vilket inte innebär att andliga och religiösa traditioner inte kan erbjuda hjälp till personer med psykiskt lidande. Många av de tekniker som används inom DBT, ACT och MkT härstammar från dessa traditioner. Vad som däremot är unikt för terapin är dess förmåga att funktionellt förklara det psykiska lidandet och de tekniker som används. Andliga procedurer operationaliseras (i terapiteoretiska termer och placeras in i olika modeller för att beskriva individens fungerande och dysfungerande) och görs tillgängliga som *tekniker* för patienten.

Kapitel 5. Mellanspel: En begreppsanalys

> Vad föregår ett visst beteende? Vilka konsekvenser får beteendet? Hur kan man bryta ner ett komplext beteende i mindre delar som kan tränas var för sig? För många patienter kan detta vara en avgörande insikt. *Om patienten länge har uppfattat sina problem som en konsekvens av att hon är "dålig", ond eller ett hopplöst fall blir det ett paradigmskifte att börja tänka utifrån en annan, mindre fördömande förklaringsmodell.* I bästa fall kommer patienten då inte att bli så överväldigad av negativa tankar och känslor, utan förmår i stället lägga sin energi på förändringsarbetet.[155]

Jag kommer i detta kapitel att diskutera hur min begreppsapparat kan användas i en analys av vetenskapliga och vardagliga förklaringar till psykiskt lidande. I förra kapitlet analyserades de tre terapiernas ontologiska och epistemologiska antaganden för att exemplifiera min förståelse av skillnaderna mellan vetenskap och vardaglig kunskap. I detta kapitel kommer begreppsapparaten och det empiriska materialet att ytterligare närma sig varandra. Jag diskuterar hur mitt sätt att använda den historiska epistemologin förhåller sig till de resonemang kring vetenskaplig och vardaglig kunskap som förts i en psykologisk och psykoterapeutisk kontext. Jag kommer att presentera ett flertal olika diskussioner som förts oberoende av varandra. Mitt syfte i kapitlet är tvådelat: att beskriva de idéer och tankar som är relevanta för avhandlingen och att binda samman dem på ett sätt som visar hur de kan förstärka och förtydliga varandra. För dem som är bekanta med någon av diskussionerna kan kanske beskrivningen uppfattas

[155] Kåver och Nilsonne (2002), s. 115, min kursiv.

som orättvis. Presentationens syfte är dock inte att återge de enskilda diskussionerna så exakt som möjligt, utan att plocka ut de delar som bäst tjänar avhandlingens syfte.

Kapitlet är indelat i fyra, mer eller mindre separata avsnitt, med det gemensamma bakomliggande syftet att utforska och problematisera användningen av begrepp som ”psykisk sjukdom”, ”psykisk ohälsa” och ”psykiskt lidande”. De fyra delarna har olika infallsvinklar. I den första delen beskrivs den minsta gemensamma nämnaren för hur psykisk sjukdom[156] förståtts: att den syftar på något ”psykiskt” samt att detta ”något” innebär ett negativt tillstånd. Denna minsta gemensamma nämnare hör hemma i vardagsförståelsen av psykisk sjukdom, vilket gör att andra kriterier bör konstrueras för att förstå hur begreppet kan användas i en vetenskaplig och terapeutisk kontext. Det andra avsnittet rör frågan om hur man ska förstå psykisk sjukdom i anslutning till funktionsbegreppet. Här behandlas även frågan vad en *dys*funktion är. I nästa del, ”Person- och subpersonnivå”, diskuteras hur jag menar att skillnaden mellan terapins funktionellt definierade objekt och den vardagliga upplevelsen av psykiskt lidande bör beskrivas. Här redogörs för vad som kommit att kallas för distinktionen mellan förklaringar på personnivå och på subpersonnivå, vilken jag beskriver som två förklaringar som rör ett och samma fenomen men som syftar till olika ”domäner” eller *problematiker*. Kontentan är att inom terapiteori består förklaringar på subpersonnivå av funktionella modeller, medan förklaringar på personnivå består av vardagsförståelse och erfarenheter. Relationen mellan dessa två nivåer är central för analysen av vetenskaplig kunskap och erfarenhet och det fjärde och sista avsnittet behandlar därför frågor som aktualiseras i detta sammanhang: Hur förhåller sig begreppet epistemologiskt brott till de två nivåerna? Vad skiljer ett epistemologiskt brott från en förändring i patientens eget sätt att förstå de egna problemen (något som kommer att beskrivas som ett *konceptuellt brott*)?

[156] I detta kapitel kommer jag frångå användningen av begreppet ”psykiskt lidande” och i stället tala om ”psykisk sjukdom”, då det är detta begrepp som används i litteraturen.

5.1. Begreppsliga kriterier och interna motsättningar

En utgångspunkt i diskussionen är hur man kan skilja ett normalt beteende från ett patologiskt. ”Det sunda förnuftet” har ofta uppfattats som en viktig förutsättning för att skilja dem åt. Antagandet tenderar att bli en nedåtgående spiral: om det ”sunda förnuftet” ska definiera det ”förnuft som är sunt”, måste det först rikta sig mot sig själv (”är jag ett sunt förnuft?”). Denna fråga har i och för sig en aktningsvärd filosofisk historia, men är kanske just därför ingen lämplig utgångspunkt för en diskussion om hur det är möjligt att skilja det normala från det patologiska.

Om vi accepterar att begreppet ”psykisk sjukdom” inte är ett och endast ett naturligt förekommande objekt[157] måste vi specificera vilka kriterier som begreppet ska uppfylla. Diskussionen skiljer sig från frågan om vilka *orsakerna* till psykisk sjukdom är, då en begreppsanalys är något annat än en analys av empiriska fakta eller av förhållandet mellan begrepp och empiriska fakta. Gemensamt för de flesta försök att definiera psykisk sjukdom är att de består av ett *värde*kriterium och ett *orsaks*kriterium. Tillståndet ska upplevas som negativt för individen – vara en psykisk *sjukdom* – samt förklaras av en process som gör det till en *psykisk* sjukdom.[158] Detta är kriterier för begreppet psykisk sjukdom i vardagsspråkliga situationer, för begreppet som kommunikativ enhet. Om tillståndet faktiskt är negativt för individen eller om det finns något som kan kallas ”psykiskt” eller till och med ”psykologiskt” är i den vardagsspråkliga situationen irrelevant. Men det uppstår flera problem när man börjar reflektera över begreppet: Kan begreppet definieras så att det blir en användbar beskrivning för tillstånd som har olika orsaker? Kan och bör neurologiska

---

[157] Vilket inte är samma sak som att påstå att psykisk sjukdom inte existerar, utan bara att alla de tillstånd som benämns ”psykisk sjukdom” inte har en och samma struktur och uppbyggnad, och att denna ”den psykiska sjukdomens konstitution” inte är oföränderlig och evig. Det bör inte vara en främmande tanke att distinktionen mellan normalitet och patologi bör vara tydlig, ha ett så litet mått av godtycklighet som möjligt och vara grundad i en teori som kan förklara vad som skiljer kategorierna från varandra.

[158] Som absoluta kriterier är dessa inte tillräckliga: att vara ledsen är ofta något negativt för individen, och dess orsak är oftast en psykisk process (en tolkning av en situation). Något måste tillkomma som skiljer sjukdomstillståndet från ett normaltillstånd. Jag kommer snart att visa hur funktionsbegreppet har erbjudit en lösning på problemet.

skador, traumatiska minnen och sociala – exempelvis stigmatiserande – processer alla samlas under ett och samma begrepp? Vilken roll ska förklaringar till och upplevelser av psykisk sjukdom spela?

Värde- och orsakskriterier är riktlinjer för hur begreppet psykisk sjukdom ska användas för att beskriva vad vi i en vardaglig situation menar med det. De kan däremot inte användas i en klinisk kontext. Författarna till DSM-IV-Tr löser problemet genom att göra begreppet psykisk sjukdom till ett samlingsnamn för en mängd fenomen med olika orsaker. Detta löser den gordiska knut som orsaksdiskussionen utgör. Men om vi faktiskt vill veta vad psykisk sjukdom *är*, så är det inte en bra lösning. I DSM-IV-Tr definieras en sjukdom operationellt genom att klinikerns (den diagnostiserandes) observationer kopplas till andra observationer (en *symtomfokuserad* nosologi). De terapier som jag analyserar använder i stället olika instrument, exempelvis beteendeanalys, och olika skattningsinstrument för att koppla en observation till funktionen eller funktionerna hos ett visst observerat beteende (en *funktionellt förklarande* nosologi). En följd av detta tillvägagångssätt är att diagnoser som kategoriseringar av ”symtomkluster” förlorar sin funktion. Anna Kåver och Åsa Nilsonne menar att prototypmodellen är ett alternativt sätt att tala om diagnoser. Modellen innebär att diagnoser ses som prototyper som patienten (och hennes livshistoria) jämförs med.[159] Detta sätt att beskriva terapins grundläggande epistemologiska ”enheter” har beröringspunkter med Thomas Kuhns *idealexempel*. Idealexempel är prototypiska exempel som fungerar som en utgångspunkt i det praktiska arbetet.[160] Förutom diagnoser som prototyper är

---

[159] Kåver och Nilsonne (2002), s. 21.

[160] Thomas Kuhn (1962/1979) *De vetenskapliga revolutionernas struktur*, s. 152ff. Kuhns idealexempel [eng. *exemplar*] binder samman ett vetenskapligt paradigms medlemmar och har därför en central roll i hans vetenskapsteori: ”För detta element [idealexemplet] skulle termen ’paradigm’ i hög grad vara lämplig, både filologiskt och självbiografiskt; det är nämligen den komponent i en grupps gemensamma föreställningar som först fick mig att välja termen. Eftersom termen har börjat leva ett eget liv skall jag här istället använda termen ’idealexempel’. Med detta menar jag först och främst de konkreta problemlösningarna som de studerande möter i början av sin vetenskapliga utbildning, vare sig detta sker i laboratorier, i examinationer, eller som kapitelavslutningar i läroböcker. Till dessa gemensamma exempel får vi emellertid lägga åtminstone några av de tekniska problemlösningar som finns i tidskriftslitteraturen och som forskarna möter i början på sin karriär och som genom exemplet visar hur deras arbete skulle göras. Skillnader mellan idealexempel utgör mer än några andra komponenter i ämnesschemat de vetenskapliga samfundens finstruktur. […] Paradigmen som det gemensamma exemplet är det centrala elementet i vad som jag nu anser vara den mest originella och minst

även terapeutiskt relevanta objekt såsom *validerande relation*, *acceptans* och *emotionell dysreglering* idealexempel (i Kuhns mening) i de terapier jag analyserar. Dessa begrepp bildar utgångspunkten för den specifika förståelse av psykisk sjukdom och psykisk hälsa man utgår från. Den terapiteoretiska kunskapen utgår från ett antal funktionella dimensioner (som beskriver de terapeutiskt relevanta objekten) som olika konkreta beteenden hänförs till utifrån deras funktionella tillhörighet. Vissa prototypiska konstellationer sammanfaller mer eller mindre med de traditionella diagnoserna, exempelvis BPD, IPS och PTSD.

5.2. Funktionsbegreppet som alternativ väg

Det är möjligt att skilja mellan normativa och objektiva förklaringsmodeller av psykisk sjukdom. Det *normativa* perspektivet utgår från att det som kallas för psykisk sjukdom alltid kommer att vara föränderligt och att de individer som klassificeras som psykiskt sjuka inte har några egentliga gemensamma egenskaper som kan förklara definitionen. Istället bör orsakerna till diagnoser och diagnostiseringssystemet sökas i normativa *relationer* mellan exempelvis psykiatriker, läkare och socialt stratifierade grupper. Psykisk sjukdom uppkommer med detta perspektiv *i definitionen* av patienten som psykiskt sjuk (och psykisk hälsa uppkommer i klassifikationen av individen som psykiskt frisk). Frågan är i grund och botten huruvida diagnoser och förklaringsmodeller är *sociala ting*, det vill säga om egenskapen ”att *ha en borderlinepersonlighet*” innebär att *vara diagnostiserad med BPD*, och inget annat. Ofta är påståenden om att en viss diagnos utgör ett socialt ting eller en social konstruktion en kritik mot det diagnostiska systemet eller mot psykiatrin som institution. Kritiken utgår sällan själv från ett normativt perspektiv.

---

förstådda aspekten av detta [Kuhns vetenskapsteoretiska] arbete” (ibid., s. 152). Idealexempel ska däremot inte likställas med weberianska idealtyper.

Enligt den *objektiva* definitionen av sjukdomsbegreppet är sjukdomar tillstånd som i sig kan beskrivas som patologiska. Det är i *tillståndet*, snarare än i den språkliga relationen till begreppet normalt, som den psykiska sjukdomen kan identifieras. Psykisk sjukdom är något annat än enbart den klassifikation begreppet innebär. Men på vad bygger möjligheten till en neutral bedömning av individens situation? Vad är det som *försäkrar* oss om neutraliteten, om den nu inte består av *erfarenheten* av psykisk sjukdom? Det objektiva perspektivet förutsätter möjligheten att identifiera normala funktioner i människans psyke (som en struktur bestående av exempelvis tredelningen det, jag och överjag, en kognitiv struktur eller ett beteendesystem[161]). Normala funktioner är lätta att finna i den mänskliga *kroppen*, exempelvis att det är hjärtats funktion att pumpa runt blod i kroppen. Men även psykiska fenomen som känslor har funktioner: att bli rädd har funktionen att skapa en beteendeförändring hos individen (att akta sig för det som är farligt). Dessa *normala funktioner* kan beskriva egenskaper både hos kroppen och i individens psyke.

5.2.1. Funktion eller effekt?

I diskussionerna om hur funktioner ska förstås i människovetenskaperna har det evolutionära perspektivet varit dominerande. Det enskilda organets eller den enskilda känslans, tankens eller handlingens funktion är den som den adapterats att fylla.[162] Ögat har adapterats för att ta emot ljus och omvandla denna energi till signaler som skickas till hjärnan. Om ögat av någon anledning inte längre kan fylla denna funktion, så är det dysfunktionellt. Inga andra egenskaper hos ögat kan sägas utgöra en potentiell plats för dysfunktion: ett öga som inte tilltalar bäraren estetiskt fyller fortfarande sin evolutionära funktion. Det öga som inte låter individen se genom väggar fyller även det sin funktion. Även den ovannämnda förklaringen till en känsla beskriver en adaption: att inte bli rädd i en farlig situation har inverkat negativt på individens eller genens

[161] ”Beteendesystem” utgör här en förenklad sammanfattning av den beteendevetenskapliga beskrivningen av individens ”psyke”. Ett beteendesystem är en helhet bestående av ett beteende i en kontext. I analysen kommer jag att diskutera hur individens ”psyke” beskrivs som både en form av internt beteende och som en intern beteendekontext.

[162] Adaption är den evolutionära process som leder fram till förändringar i organismen.

förutsättningar för att reproduceras, och det emotionella systemet är i en sådan situation dysfunktionellt.[163]

En viktig fråga i detta sammanhang är vad som skiljer en *funktion* från en *effekt*. Ur ett evolutionärt perspektiv är en egenskap hos en organism endast möjlig att beskriva som en funktion om det är *egenskapen i sig* som orsakat selektionen. Näsan fyller en funktion i andningssystemet. Men vissa personer använder också näsan för att hålla uppe ett par glasögon.[164] Utifrån ett traditionellt evolutionärt perspektiv kan den senare uppgiften inte beskrivas som en funktion därför att den inte har spelat någon (avsevärd) roll i den evolutionära utvecklingen. En sådan egenskap betecknas som en *effekt*, då den är en effekt av att vissa egenskaper uppstått, men inte orsaken till att de uppstått. (Det organ eller den mekanism som uppvisar nya *effekter* sägs vara *exapterad*, till skillnad från den som är *adapterad*). *Det är språkligt korrekt att enbart en funktion kan vara dysfunktionell, men är det även teoretiskt och empiriskt korrekt?*

Frågan om hur det är möjligt att utforska organismers funktioner rördes om ordentligt när paleontologen Stephen Jay Gould och genetikern Richard Lewontin publicerade sin kritik av evolutionsteoretikernas förståelse av funktionsbegreppet.[165] Kritiken skjuter in sig på det faktum att många av evolutionsteoretikerna *antar*, utan att *bevisa*, att selektion och adaption är de enda mekanismerna som styrt utvecklingen. Som motexempel tar de det arkitektoniska begreppet ”spandrill”. Inom arkitekturen är en spandrill det kilformade området mellan två valv som bildar ett Y-format utrymme. Genom arkitekturhistorien har detta område smyckats med målningar och reliefer. Spandriller har uppkommit som en bieffekt av att vissa ”egenskaper” konstruerats (valv och pelare som har funktionen att hålla uppe ett tak – faller taket ner kan man med rätta påstå att byggnaden lider av vissa dysfunktioner), men har getts olika estetiska egenskaper eller *funktioner* inom arkitekturen.

---

[163] Det finns en livlig debatt om huruvida individer eller gener ska ses som evolutionens ”aktörer”. Detta är en diskussion som inte har med mitt resonemang att göra och kommer inte att tas upp här.

[164] Jag hämtar detta exempel från Murphy (2006), s. 77ff.

[165] Se Stephen Jay Gould och Richard Lewontin (1979), ”The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: A critique of the adaptationist programme”, i *Proceedings of the Royal Society* (205:1161), s. 581–589.

Gould och Lewontin menar att samma fenomen påträffas hos organismer.[166] Vissa psykiska egenskaper kan exempelvis vara spandriller – det vill säga slumpmässigt uppkomna egenskaper som kommit att fylla en funktion i medvetandet. Om det som kallas psykisk sjukdom visar sig vara ett resultat av en störning i denna egenskap kan vi, om vi utgår från ett evolutionärt funktionsbegrepp, inte göra något annat än att ignorera det.

5.2.2. Ett funktionsanalytiskt funktionsbegrepp

Denna utläggning har inte enbart varit en begreppsexercis. Distinktionen mellan funktion och effekt kan, som jag redan pekat på, vara avgörande för frågan om huruvida ett visst tillstånd kan anses orsakat av en dysfunktion och huruvida detta tillstånd ska definieras som en psykisk sjukdom eller som ett ”levnadsproblem”. Är ett evolutionärt funktionsbegrepp användbart ifråga om psykiatrisk behandling? Frågan har ställts – och besvarats jakande – av exempelvis Jerome Wakefield, professor i socialt arbete, som menar att ett evolutionärt funktionsbegrepp är det enda sättet att undvika *normativa* bedömningar när man ska bestämma vilka *tillstånd* som ska diagnostiseras och behandlas.[167] Ett tillstånd som orsakas av en ickefungerande funktion ska behandlas, medan de tillstånd som är orsakade av effekter inte ska det, oberoende av hur ickefungerande de är för individen. Filosofen Dominic Murphy och psykologen Robert Woolfolk kritiserar Wakefields tes om evolutionsteorins roll i analysen och behandlingen av psykisk sjukdom:

---

[166] Ett exempel som Gould tar upp ifråga om organismer och spandriller är vissa snigelarters skal, som av mekaniska skäl har ett ihåligt utrymme i överdelen. Detta utrymme har vissa arter kommit att använda för att förvara sina ägg (Stephen Jay Gould, ”The exaptive excellence of spandrels as a term and prototype”, *Procedings of the National Academy of Science* (94:10) 750–755). Utrymmet har inte selekterats på grund av att det lämpar sig att förvara ägg i, men har fått denna funktion senare i vissa snigelarters utveckling.

[167] Se exempelvis Jerome Wakefield (2006), ”What Makes a Mental Disorder *Mental*”, i *Philosophy, Psychology, Psychiatry* (13:2), s. 123–131, ”Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder”, i *Psychological Review* (99:2), s. 232–247. Se även Andreas De Blocks (2008), ”Why mental disorders are just mental dysfunctions (and nothing more): Some Darwinian arguments”, i *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* (39:3), s. 338–346.

> Wakefield kan så klart ha rätt i sitt antagande om att alla mentala mekanismer som är involverade i psykisk sjukdom är adaptioner, och inte spandriller eller rudimentära[168] organ. Men det är inte en fråga vi kan besvara a priori. Huruvida medvetandet omfattar en struktur som inte utgör en del av dess ursprungliga form är en empirisk fråga. Om vi med begreppet psykisk sjukdom antar frånvaron av spandriller och rudimentära organ har vi gjort en empirisk gissning. Och problemet med gissningar är att man ibland har fel. Möjligheten att en paradigmatisk psykisk sjukdom orsakas av spandriller och rudimentära organ kvarstår.[169]

Ett funktionsbegrepp som grundar sig i en evolutionär modell av psykisk sjukdom *antar* vad det är som orsakar psykisk sjukdom och väljer på förhand att ignorera alla andra tillstånd. För att lösa problemet med att aprioriskt utesluta vissa fenomen och tillstånd måste man definiera funktionsbegreppet på ett sätt som låter exaptioner fylla en funktion (och fungera dysfunktionellt). Det kanske mest kända försöket att lösa detta problem har resulterat i ett funktionsbegrepp med det omständliga namnet *funktionsanalytiska funktioner*. De kallas ibland även för *cumminsfunktioner*, efter Robert Cummins, den filosof som först formulerade begreppet.[170] Med denna definition av funktionsbegreppet är man mer lyhörd för de problem som uppstår i distinktionen mellan funktion och effekt än det evolutionära funktionsbegreppet. Cummins menar att vad som är en funktion och vad som inte är det måste bestämmas utifrån en funktionsanalytisk förklaringsmodell.[171] Vad som skiljer detta funktionsbegrepp från det evolutionsteoretiska begreppet är att definitionen av funktioner nu tillskrivs den aktuella teorin eller vetenskapen. Tanken bygger på att en vetenskap studerar ett system (exempelvis ett neurologiskt, beteendemässigt, kognitivt eller socialt

---

[168] Ett rudimentärt organ är ett organ som inte längre fyller den funktion det blivit selekterat att fylla. Blindtarmen brukar anses vara ett rudimentärt organ, även om det troligtvis inte stämmer.

[169] Dominic Murphy och Robert Woolfolk (2000), "The harmful dysfunction analysis of mental disorder", i *Philosophy, Psychology, Psychiatry* (7:4), s. 243.

[170] Se Robert Cummins (1975), "Functional Analysis", i *Philosophical Journal* (72:20), s. 741–765.

[171] Ibid., s. 763. Den filosofiska diskussionen kring begreppet funktion är mycket mer komplex och mångfasetterad än vad jag kan förmedla här. Jag väljer ut de delar av diskussionen som är relevanta för avhandlingen, medveten om den orättvisa jag gör den ursprungliga diskussionen.

system), och att organets eller objektets funktion avgörs av dess roll i detta (teoretiskt och analytiskt identifierade) system.

> De teleologiska förklaringarnas explanandum är existensen eller närvaron av det objekt som ska tillskrivas en funktion: ögat har en lins för att linsens funktion är att fokusera bilden på näthinnan. Den funktionella analysen försöker istället förklara egenskaperna hos det system varav det objekt som ska tillskrivas en funktion är en del. Tillskrivningen av funktionen ”att fokusera ljus” ska hjälpa oss att förstå hur ögat, och i slutändan det visuella systemet, fungerar. I den funktionsanalytiska kontexten formuleras en ”vad är det till för”-fråga, som syftar på vad ”det” tillför det system ”det” är en del av. [Denna fråga] besvaras genom att systemets struktur definieras. […] När vi förstår hur detta ”det” fungerar med hjälp av en funktionell analys förstår vi hur något annat kan konstrueras, hur någon annan variation av samma design kan spela samma roll, eller till och med hur den kan spela den bättre.[172]

Att förstå den roll ett beteende spelar i det beteendesystem som det ingår i är att identifiera dess funktion. Vilken roll spelar en rädsla, en tro på den egna personens värdelöshet eller en självskada i den kontext beteendet utförs i? Jag menar att Cummins funktionsanalytiska funktionsbegrepp kan användas för att beskriva hur terapiteoretiska förklaringsmodeller används i terapin. Begreppet begränsar sig inte till evolutionsteoretiskt formulerade funktioner, utan kan tillämpas på en mängd olika system. I en förklaringsmodell av exempelvis självskada tillskrivs varje del av det system inom vilket självskadan utförs en funktion. Istället för att klassificera självskada som antingen en dysfunktion eller som något som inte kan beskrivas som en dysfunktion (beroende på om självskadan kan ses som en störning i en evolutionärt uppkommen funktion eller ej), förklarar den terapiteoretiska förklaringsmodellen hur beteenden och individens omgivning fyller funktionen att upprätthålla, minska eller förändra självskade-

---

[172] Robert Cummins (2002), ”Neo Teleology”, i (red.) André Ariew, Robert Cummins och Mark Perlman, *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*, s. 158. En teleologisk förklaring förklarar ett ting eller en process utifrån ett (tänkt) syfte. Ögat finns för att vi ska kunna se, känslan ”rädsla” för att vi ska kunna bli rädda och så vidare.

beteendet (vilken funktion patientens minnen, patientens tolkningar av situationen och så vidare fyller i självskadan). Frågan om självskadans funktion eller dysfunktion är upp till patienten att besvara. Förklaringsmodellen ska beskriva hur självskadan upprätthålls och hur den kan förändras.

I analysen av den tredje generationens terapier identifierar jag en viktig skillnad mellan hur å ena sidan funktionsbegreppet kan användas för att förstå ACT och DBT (samt i viss mån även MkT) och å andra sidan hur funktionsanalytiska funktionsbegrepp vanligtvis används. En *dys*funktion är egentligen inte möjlig om man utgår från de beteendevetenskapliga premisserna: en dysfunktion innebär att en funktion inte längre uppför sig som den ska. Men det grundläggande beteendevetenskapliga antagandet är att allt beteende är en funktion av sin kontext. Klassen ”dysfunktionellt beteende” existerar inte i den funktionella analysen. I MkT kan en alltför intensiv aktivering av ickefungerande metakognitiva strategier ses som ett dysfunktionellt tillstånd. Samtidigt är skillnaden främst en fråga om *intensiteten* hos en viss strategi. Ser man till hur förklaringen ser ut förklaras skeendet funktionellt. *Vad som är ett psykiskt lidande* – ett ickefungerande beteende – värderas pragmatiskt utifrån de konsekvenser ett visst beteende har för individen. *Den funktionella förklaringen av detta beteende* kan objektivt betecknas som sann eller falsk (beskrivs systemets delar på ett korrekt sätt?). *Jag menar att denna tudelning är en konsekvens av ett funktionsbegrepp vars syfte är att intervenera i och förklara ett fenomen utifrån dess funktionella tillhörighet, inte att definiera dess begreppsliga tillhörighet* (exempelvis huruvida det rör sig om en funktion eller en effekt).[173] Det är inte möjligt att objektivt *bestämma* om ett visst tillstånd kan kallas för ett psykiskt lidande. Däremot kan tillståndet *beskrivas* funktionellt och objektivt. En funktionell analys kan förklara både det fungerande och det ickefungerande utifrån den funktion det fyller i det aktuella systemet. Denna egenhet gör på vissa sätt den funktionellt orienterade psykoterapin unik, även om variationer av resonemanget kan beskriva många av den vetenskaplig kunskaps tillämpningar i dagens samhälle (exempelvis andra delar av medicinen).

---

[173] Att visa hur exempelvis depression har fungerat som en mekanism för att skapa samhörighet i mindre grupper (det vill säga beskrivs dess evolutionära funktion) innebär inte en bättre förmåga att behandla en depression hos en konkret patient.

Ett vanligt sätt att hantera dysfunktioner inom andra delar av medicinen är att reducera en dysfunktion på en nivå till en funktion på en lägre nivå. Därmed blir det möjligt att beskriva en funktion som slutat fungera (men som är ett resultat av funktionella processer på en lägre nivå). På biologisk nivå kan exempelvis blodet anses fungera dysfunktionellt i sin uppgift att transportera syre i kroppen på grund av möjligheten att reducera tillståndet till en kemisk nivå (blodet fyller inte sin funktion att transportera syre på grund av vissa kemiska förändringar). Med sitt antireduktionistiska åtagande att kunna förklara varje känsla, tanke eller handling som ett beteende kan inte beteendeterapin kosta på sig en sådan lyx. Jag ska nu visa hur jag menar att den tredje generationens terapier löser dilemmat med förklaringar på olika nivåer (en vetenskaplig och en vardaglig).

5.3. Förklaringar på person- och subpersonnivå

Det funktionsanalytiska funktionsbegreppet är beroende av den abstrakta analysen och den teoretiska modellen i sin tillskrivning av funktioner. Detta väcker frågan om hur funktionella modeller kan relateras till erfarenheten av psykiskt lidande eller till en vardaglig förståelse av psykisk sjukdom. Om det vi åsyftar med begreppet psykisk sjukdom bäst förstås utifrån de funktioner det spelar i ett visst system, och om funktionsbegreppet är förbehållet vetenskapliga analyser och modeller, hur kan då begreppet psykisk sjukdom relateras till individens erfarenheter? Om vi begränsar oss till att enbart tala om psykisk sjukdom (och inte alla andra möjliga områden där vetenskaplig kunskap möter erfarenheten), menar jag att begreppen *personnivå* och *subpersonnivå* i modifierad form kan användas för att tydliggöra relationen. Begreppen presenteras av filosofen Daniel Dennet i dennes (1969) *Content and Consciousness*, där de används för att beskriva två olika sätt att förklara mänskligt handlande. En förklaring på subpersonnivå förklarar det mänskliga handlandet i mekaniska termer (Dennet begränsar nivån till människors och djurs neurofysiologi). Vad som förklaras är det sätt på vilket sinnesdata (*input*) omvandlas

till beteende (*output*).[174] En förklaring på personnivå förklarar ett handlande utifrån individens känslor, tankar och intentioner. En person gör si därför att hon vill det och en annan person gör så därför att han blir tvingad till det. Vad som är viktigt att betona är att Dennet skiljer mellan en neurofysiologisk struktur och en vardagsförståelse. Detta är *inte* samma sak som att skilja mellan fysiologiska och exempelvis sociologiska förklaringar (de senare är frånvarande i Dennets modell).[175]

5.3.1. Personnivå

Filosofen José Luis Bermúdez anger tre kriterier som en förklaring måste uppfylla för att vara en personnivåförklaring.[176] 1. Att den använder en *specifik vokabulär*. Förklaringen måste anta intentionella tillstånd som orsaker till det som ska förklaras. Orsaken till förändringar på personnivån måste kunna härledas till personnivån: en person handlar på ett visst sätt för att han eller hon hade intentionen att göra det. 2. Att den pekar på *specifika lagar*. Förklaringen måste identifiera klasser av beteendemässig regelbundenhet som inte kan isoleras på andra förklaringsnivåer. Förklaringen till att en person handlade på ett visst sätt får inte hänvisa till ett subpersonnivåtillstånd.[177] Jag kommer senare att komplettera denna egenskap med inskränkningen att *en klass på personnivån inte sammanfaller med en klass på subpersonnivå*.[178] Och slutligen 3. Att den

---

[174] Se José Luis Bermúdez (1995), "Syntax, Semantics and Levels of explanation", i *Philosophical Quarterly* (45), s. 361.

[175] Prefixet *sub* ska inte förstås så att subpersonnivån är mer grundläggande eller sann än personnivåförklaringen, i varje fall inte i min användning av begreppen, där prefixet bara är en metafor. En sociologisk förklaring skulle kunna kallas för en förklaring på *suprapersonnivå*.

[176] José Luis Bermúdez (2000), "Personal and Subpersonal: A Difference without a Distinction", i *Philosophical Explorations* (3:1), s. 64.

[177] Anledningen till att intentionen fanns hos personen kan då inte vara att dennes hjärna är konstruerad på ett visst sätt, att vissa kemiska eller hormonella obalanser (eller balanser) orsakade beteendet/intentionen och så vidare.

[178] Om intentionen bakom en handling är att personen var rädd, ska "rädd" definieras på ett sådant sätt att den inte direkt kan översättas till en subpersonnivåförklaring. Att vara rädd är en upplevelse som färgas av individens bakgrund, erfarenheter och sociala omgivning. Det finns inte *ett* neurologiskt tillstånd som beskriver samma sak som denna upplevelse. Med risk för att förenkla för mycket är upplevelsen av rädsla inte samma sak som binjuremärgens utsöndring av adrenalin.

innebär *specifika begränsningar* i det att den struktureras utifrån rationalitetsprinciper. Tillskrivningen av intentionella tillstånd utgår från antagandet att personen är rationell (även i sina irrationella handlingar). Om ett intentionellt tillstånd förändras, förändras även det som ska förklaras. Om intentionerna bakom handlandet förändras, förändras även handlingarna.

Utifrån denna beskrivning är personnivåförklaringar att jämställa med vardaglig eller ideologisk kunskap. En personnivåförklaring till att jag har skrivit min avhandling är till exempel att jag är intresserad av ämnet, att jag måste försörja mig och min familj samt att man behöver göra något med sin tid. 1. ”Intresserad av epistemologiska frågor i ett människovetenskapligt sammanhang” är *intentionen* bakom mitt handlande. 2. Dessa tre förklaringar är beteendeklasser som inte sammanfaller med neurologiska klasser (människohjärnan har exempelvis inte någon ”intresserad av epistemologiska frågor i ett människovetenskapligt sammanhang”-modul som är ovanligt aktiv hos mig). ”Att göra något med sin tid” är inte något som neurologer kan lokalisera i hjärnan. 3. Om jag tappar intresset för ämnet och tjänar bättre på att göra något annat hade det varit *förståeligt* att sluta eller byta ämne. Om jag bara har lite kvar innan jag är färdig är det kanske bäst att bita ihop. Detta är en beskrivning av situationen som är beroende av den rationalitet som styr på personnivå. Den kausalitet som neurologiska tillstånd beskriver ser annorlunda ut. Hjärnan ”biter inte ihop”; de processer som de neurokemiska förändringarna innebär sker utan existentiell rannsakan hos den neurologiska strukturen.[179]

5.3.2. Subpersonnivå

Distinktionen mellan de två nivåerna är inte godtycklig, utan markerar viktiga skillnader mellan två klasser av förklaringar till människors känslor, tankar och handlingar. Som subpersonellt informationssystem är hjärnan inte i kontakt med omgivningen; den information som bearbetas är konverterad till ”inputsignaler” (hjärnan *ser* inte, den får information från ögat och de nerver

[179] Märk att en sociologisk förklaring till mitt avhandlingsskrivande inte heller bör reproducera min vardagliga, ideologiska eller personnivåförklaring.

som leder informationen till hjärnan). Hjärnans slutprodukt är inte heller mänskligt handlande, utan information ("output"). I Dennets ursprungliga definition var subpersonförklaringar att likställa med neurobiologiska förklaringar. Jag kommer snart att argumentera för att nivån bör utvidgas till att omfatta även den funktionsanalytiska förklaringen till mänskligt beteende. Den subpersonella förklaringen kan något otillfredsställande beskrivas som en förklaring som inte uppfyller kriterierna för personnivåförklaring (men alla förklaringar som inte uppfyller dessa kriterier är inte subpersonnivåförklaringar: förutom dessa finns både vad som kan kallas för "suprapersonförklaringar", exempelvis sociologiska förklaringar, och nonsenförklaringar). Vad som kännetecknar subpersonnivån kan enklast beskrivas i förhållande till personnivån.

5.3.3. Person- och subpersonnivån: två sidor av samma mynt

Det finns mycket att vinna på att tydligt skilja mellan de två förklaringsnivåerna. Men frågan om hur *förhållandet dem emellan* ser ut kvarstår. Även om personnivån och subpersonnivån beskrivs som två skilda nivåer, innebär det inte att förklaringar på de två nivåerna syftar till två olika objekt. Samma fenomen kan förklaras både på en subpersonnivå och på personnivå. (Däremot är det fortfarande viktigt att en *förklaring* på personnivå inte refererar till *orsaker* på subpersonnivå och vice versa.)

Ett vanligt förekommande exempel på de skillnader och likheter som finns mellan förklaringarna är en kognitiv karta. En kognitiv karta är en mental bild av de rumsliga relationerna i omgivningen, oberoende av den egna positionen (för att skapa en kognitiv karta, föreställ dig den plats där du befinner dig). Den kognitiva kartan kan förklaras samtidigt på personnivå och på subpersonnivå: På personnivå är den en del av förmågan att uppleva rummet som oberoende av den egna personen och förmågan att vara medveten om sig själv i detta rum (det du upplevde när du föreställde dig den plats där du befinner dig).[180]

[180] Ibid., s. 29.

> Ur [detta] perspektiv är förmågan att skapa en kognitiv karta en kognitiv förmåga på hög nivå: något individen tillgodogör sig i barndomen och som innebär ett betydande ontogenetiskt steg. Det är en form av kunskap på personnivå: kunskap om den rumsliga utbredningen av en värld oberoende av medvetandet.[181]

På subpersonnivå är den kognitiva kartan istället en beräkning ”i det centrala nervsystemet av makroskopiska geometriska relationer mellan ytor i omgivningen […]”.[182] En kognitiv karta är samtidigt en neurologisk process och en upplevelse av rummet. På neurologisk nivå är kartan inte någon *representation av rummet*, utan beräkningar. En sådan beskrivning förhindrar att den vetenskapliga förklaringen övertar ideologiska föreställningar om hjärnan som medveten (att din hjärna nyss föreställde sig den plats du/den befinner sig på). Upplevelsen av rummet kan tilldelas subjektet, inte nervsystemet.[183] Vardagliga begrepp som används för att beskriva människors handlingar är inte lämpliga för att beskriva elektriska och kemiska processer i hjärnan.

De två förklaringarna befinner sig på olika nivåer, men vilken av dem som får företräde är inte en fråga om vilken som är mest sann, utan om vilken av dem som bäst fyller frågeställarens intention eller syfte. Om man vill förstå en persons upplevelser och erfarenheter är en beskrivning av personens upplevelser och erfarenheter bäst lämpad. Vill man förklara hur exempelvis nervsystemet bearbetar information om tredimensionella ytors reflektioner är en teori på subpersonnivå mer användbar.[184] I fråga om kognitiva kartor är det väl främst filosofer som kan tänkas vara intresserade av hur förhållandet mellan de olika förklaringarna ser ut. Men förhållandet mellan funktionella beskrivningar av

---

[181] José Luis Bermúdez (2005) *Philosophy of Psychology: An Contemporary Introduction*, s. 29. Intressant i sammanhanget är att samma stycke återfinns i Bermúdez (2000), s. 64, men med en liten förändring. Den kunskap som diskuteras i sista meningen står utan förbehållet ”på personnivå”. Frågan om huruvida kunskap kan existera på subpersonnivå kommer att diskuteras i avsnittet ”Det mereologiska felslutet”.

[182] C. R. Gallistel (1990), *The Organization of Learning*, s. 103, citerad i Bermúdez (2005), s. 29. Nästintill alla djur har en subpersonell kognitiv karta, medan en kognitiv karta på personnivå enbart finns hos organismer med hög kognitiv förmåga.

[183] Däremot är det inte ett dualistiskt resonemang eftersom alla dessa mänskliga handlingar grundar sig i kroppens materialitet.

[184] Denna subpersonella förklaring till vad en kognitiv karta är kommer från David Marrs (1982) *Vision: A computational investigation into the human representation and processing of visual information.*

känslor, tankar och beteenden och individens förståelse av det egna själslivet är en viktig fråga för terapin.

5.3.4. Den funktionella förklaringen: på person- eller subpersonnivå?

Dennet definierade subpersonnivån som den neurofysiologiska nivån, det vill säga hjärnans och det centrala nervsystemets struktur.[185] Genom uteslutningsmetoden borde därmed de aktuella terapierna som (interventions- och) förklaringsmodell förläggas till personnivån (då de inte behandlar hjärnan). Men om man ser till hur de två nivåerna skiljs från varandra så menar jag att svaret blir annorlunda. Den funktionella förklaringen utgör ett brott med den vardagliga förståelsen (med personnivån). De kriterier jag ställt upp för en icke-ideologisk vetenskap (att den inte tar över vardagsförklaringarnas begrepp och att den konstituerar sitt objekt i en vetenskaplig problematik) kan ses som en beskrivning av vad som kännetecknar subpersonnivån gentemot personnivån.

5.3.5. Förhållandet mellan person- och subpersonnivån

En persons förståelse av den egna sociala och psykologiska situationen kan jämföras med en vardagsförståelse av fysik: det är en form av kunskap som hjälper oss att navigera i vår vardagliga omvärld. I ”normala” fall ställer den inte till problem för oss. Misstag kan inträffa, på samma sätt som vi kan missbedöma avståndet till bordet när vi sätter ner en kopp kaffe, kan vi missbedöma hur en viss person kommer att reagera i en viss situation. Detta är inget utslag av dysfunktioner eller neurologiska skador, utan misstag som omfattas av ett tänkt normaltillstånd. Vardagsförståelsen är en förklaring på personnivå och består av *lagliknande generaliseringar av aktörers beteende*. Vardagsförståelsen bygger på ett antagande om att intentionella tillstånd hos individen styr handlandet: en

[185] Även neuronätverk finns med i Dennets definition av subpersonnivån. Detta ska förklaras av det faktum att det rör sig om en filosofisk diskussion, där medvetandets materialitet inte nödvändigtvis är kopplad till hjärnan som biologisk massa. En dator kan fungera som ett neuronätverk, det vill säga ersätta hjärnan. I mitt sammanhang innebär ett sådant resonemang en onödig komplicering, varför jag inte tar upp det i den löpande texten.

person beter sig på ett visst sätt därför att han eller hon har en intention bakom handlingen, en intention som har ett innehåll, som omfattar en representation av världen. En andra förutsättning för personnivån är att vissa beteendeklasser identifieras med begrepp hämtade från vardagsförståelsen.[186] En vardaglig beteendeklass kan exempelvis vara att ”må dåligt” eller apropå exemplet här ovan, ”att sätta ner saker”. Sådana handlingar är beteendeklasser som inte kan identifieras på subpersonnivå: De tillstånd på subpersonnivå som korrelerar med de personnivåmässiga fenomen som omfattas av att ”må dåligt” eller av att ”ställa ner saker” har ingen subpersonell koppling till varandra. Det finns ingen subpersonell version av ”att må dåligt” som binder samman de neurologiska tillstånden. Att vi kan föra ihop sorg, ångest, schizofreni och fobi som sätt på vilka vi kan ”må dåligt” beror på att det är en klassifikation på personnivå, inte att det finns något subpersonellt samband dem emellan. Distinktioner som görs med hjälp av vardagskunskapen är beroende av denna kunskap:

> Ingen kunskap om det neurologiska systemet kan ge oss förmågan att skilja mellan det att skriva sitt namn, att kopiera sitt namn, att öva på sin signatur, att förfalska en signatur, att skriva en autograf, att signera en check, att bevittna ett testamente, att underteckna en dödsattest med mera […]. [S]killnaden mellan dessa handlingar är beroende av de omständigheter under vilka de utförs; de är inte enbart funktioner av individens intentioner, utan även av sociala och rättsliga konventioner som individen måste tillgodogöra sig för att sådana intentioner och sådana handlingar ska vara möjliga.[187]

Skillnaden mellan att skriva sitt namn, att skriva en autograf och att signera en check med mera ligger inte i individens neurologiska uppbyggnad, utan i den sociala kontext som handlingen utförs inom. Vad som står i stycket ovanför den streckade linjen är inte beroende av neurobiologi. Vardagsförståelsen har tidigare beskrivits som ideologiska föreställningar om världen, och citatets sociala och rättsliga konventioner ingår i dessa föreställningar. Samtidigt har

---

[186] Bermúdez (2005), s. 33, 34.

[187] Maxwell Bennet och Peter Hacker (2003), *The Philosophical Foundations of Neuroscience*, s. 360. En vardagsspråklig abstraktion kan realiseras på ett oändligt antal biologiska och fysiska sätt.

den funktionella förklaringen beskrivits som ett brott med denna ideologiska kunskap. Men varje händelse kan förklaras både på personnivå och på subpersonnivå.[188] Det är *förklaringarna till* händelsen som är separata; det finns inte olika händelser som ska förklaras. Frågan är hur förhållandet ser ut mellan förklaringar på personnivå och förklaringar på subpersonnivå. Oturligt nog finns det fler än ett svar på den frågan. Vi har redan sett att de två nivåerna är avgränsade från varandra, men *hur pass* avgränsade de är, och vilken betoning som läggs på respektive nivå, kan generaliseras i fyra perspektiv eller idealtyper.[189]

Det autonoma medvetandet. Det första sättet att uppfatta förhållandet mellan person- och subpersonnivån är att se ett radikalt brott dem emellan. Den subpersonella nivån möjliggör en personnivå (hjärnan måste finnas för att individen ska kunna tänka). Men där slutar förhållandet mellan de två nivåerna enligt uppfattningen om ett autonomt medvetande, eftersom ”det inte finns någon motsvarighet på subpersonnivå till den rationalitet och normativitet som styr förklaringar på personnivå”.[190] Personnivån är medvetandets nivå och organiserad enbart efter *psykologiska* lagar. Människors tankar och tankarnas form anses inte påverkade av hjärnan och olika neurologiska fenomen. Patientens emotionella, kognitiva och beteendemässiga problem kan tolkas enbart med kunskap om känslan, tanken eller handlingen.

Det funktionella medvetandet. Att medvetandet är funktionellt innebär att det finns en korrelation mellan olika intentionella tillstånd och subpersonella tillstånd. Mot varje tillstånd på personnivån svarar ett tillstånd på subpersonnivån. Förhållandet dem emellan kan konceptualiseras på två olika sätt:[191] 1. De beteende- och känsloklasser som utgör generaliseringar av tillstånd på personnivån (exempelvis att ”må dåligt”) ska förstås som ett nätverk av tillstånd. Man menar att det finns ett isomorft nätverk av subpersonella tillstånd på

---

[188] I de tre senaste kapitlen har jag argumenterat för att de båda förklaringarna inte rör samma objekt, även om den händelse som är i blickfånget för dem är densamma.

[189] Jag hämtar dessa fyra perspektiv från Bermúdez (2005). För en mer utförlig presentation, se ibid., s. 40–132, 245ff. Jag bearbetar perspektiven för att skapa en bild som är mer representativ för den empiri jag senare kommer att analysera. Exempelvis diskuterar inte Bermúdez psykisk sjukdom.

[190] Ibid., s. 36.

[191] Bermúdez definierar dem som ”filosofisk funktionalism” och ”psykologisk funktionalism” (ibid., s. 58).

subpersonnivån. Den ena nivån realiseras därmed på den andra (det vill säga den föreställning jag tidigare kritiserat).[192] 2. Det andra sättet att förstå det funktionella medvetandet är att varje tillstånd på personnivån kan brytas ner i ett antal mindre mekanismer eller moduler på subpersonnivå. På samma sätt som en maskins delar tillsammans bildar maskinen som helhet är förklaringar på subpersonnivån förklaringar till de mentala kapaciteter eller mekanismer som är involverade i de olika personnivåtillstånden. Patientens emotionella, kognitiva och beteendemässiga problem kan brytas ner i dess subpersonella beståndsdelar. Samtidigt är dessa subpersonella beståndsdelar organiserade på ett sätt som bekräftar vardagsförståelsen.

Det representerande medvetandet. Det är här som jag menar att man kan placera de terapimodeller som jag diskuterar. Olyckligtvis är den samtidigt den mest komplicerade av de fyra perspektiven. Denna beskrivning av förhållandet ligger på många sätt nära den förra, då den betonar en interaktion mellan nivåerna. Vad som skiljer perspektivet från det förra är att mentala tillstånd ses som *effekter* av ett ”internt språk” med *syntaktiska* egenskaper.[193] Varje mentalt tillstånd är resultatet av en subpersonell struktur på samma sätt som det skrivna eller talade språket bär upp en mening. Den logik eller rationalitet som styr personnivån är en effekt av relationer mellan subpersonella tillstånd. De subpersonella tillstånden har en närmast grammatisk struktur och vilka tillstånd som följer på varandra bestäms av det interna språkets regler: en respons följer på stimuli, och antecedenter, beteenden och konsekvenser är sammanvävda i en helhet. Det existerar ingen respons om det inte finns någon stimulus och vice versa.

Jag menar att detta sätt att beskriva förhållandet mellan de två nivåerna ger en intressant och användbar bild av förhållandet mellan vetenskaplig kunskap och vardaglig erfarenhet i terapin. Det ”interna språkets” *syntax* kan jämföras med beteendeanalysens funktionella definition av beteendet eller en kognitiv modell

---

[192] Mot varje sätt att må dåligt svarar ett neurologiskt tillstånd. Dessa neurologiska tillstånd ingår i ett större neurologiskt kluster som kan kallas ”att må dåligt”.

[193] Ett språks syntaktiska egenskaper syftar till exempel på möjligheten att dela upp en mening i satsdelar såsom subjekt, predikat och objekt. Satsdelarna bildar tillsammans en sats eller mening. (Ett förtydande kan vara på sin plats: I filosofin talar man ibland om en syntaktisk och en semantisk beskrivning av teori, att en teori kan förstås som ett antal påståenden eller som en eller flera modeller. Mina argument har inget med denna kategorisering att göra.)

av människans tänkande. För att kunna intervenera i en viss känsla, tanke eller handling måste man förstå dess plats i den syntaktiska strukturen. Patientens egen tolkning av sin situation underordnas inte dessa förklaringar, utan beskrivs som hennes erfarenheter och försök att hantera de problem som hon har. Den förläggs till personnivån som en *semantisk* förståelse av exempelvis anledningar, intentioner, värderingar och psykiskt lidande. Förhållandet mellan de två nivåerna består av att de båda är förklaringar till ett och samma empiriska fenomen: en känsla, tanke eller handling. Däremot finns det ingen kontinuitet mellan de två nivåerna i fråga om vad förklaringarna syftar till: förhållandet består av ett *brott*. Patientens emotionella, kognitiva och beteendemässiga problem kan utifrån detta perspektiv både, men inte samtidigt, förstås som dess semantiska egenskaper (som en erfarenhet av psykiskt lidande) och som en känslas, tankes eller handlings syntaktiska förhållande till sin kontext. De båda nivåerna består av olika (inkommensurabla) förklaringar till patientens problem.

Det är inte syntaxen i exempelvis satsen ”Jag är dålig” som analyseras i en funktionsanalys, utan *den syntaktiska struktur som meningen* (i form av en känsla, en tanke eller till och med en handling) *i sin kontext ingår i* (tanken ”jag är dålig” är bara det beteende som omgärdas av en antecedent och en konsekvens). Den syntaktiska förklaringen omfattar hela kedjan av fenomen (A -> B -> C), medan den semantiska förklaringen består av en enda länk (B). Skillnaden är därför inte den mellan en tankes (interna) syntax och dess semantiska betydelse.[194] En sådan förändring skulle inte innebära något brott, utan bara olika förhållningssätt till ett och samma (ideologiska) objekt.

När den funktionella analysen förstås som en syntaktisk förklaring kan man inte säga att en antecedent *orsakar* ett beteende eller att ett beteende *orsakar* en konsekvens. I den funktionella analysen av ett beteende kan man identifiera händelser som stimuli och som responser, men man kan inte tala om orsakssamband dem emellan. (På samma sätt som det är nonsens att säga att ett subjekt orsakar ett predikat.) Däremot kan man utifrån den syntaktiska strukturen (i relationen mellan beteendet och dess kontext) förstå hela händelsen och det sätt på vilket dess delar hänger samman. Erfarenhetens

[194] Det syntaktiska förhållandet mellan ”jag”, ”är” och ”dålig” har naturligtvis inget att göra med det lidande som känslan, tanken eller handlingen innebär för patienten.

semantiska struktur är enbart en ”satsdel” i denna helhet och den förståelse man får av erfarenheten är begränsad till den enskilda delen. På ett nästan paradoxalt sätt tjänar den funktionella förklaringen till att skapa en *verklig förståelse* av ett beteende, medan en vardaglig förståelse ses som ett *alltför enkelt och mekaniskt sätt att förklara* handlingen.

En funktionell förklaring kan fungera ideologiskt även efter att den brutit med vardagsförståelsen. De olika vardagliga eller ideologiska föreställningarna om känslors, tankars och handlingars roll är inget utslag av *en viss* ideologisk eller vardaglig föreställning. Men deras funktion är enligt Althusser en och samma: att strukturera medvetandet. I analysen av de epistemologiska antagandena hos den tredje generationens terapier har jag identifierat två generella ideologiska föreställningar: den mekanistiska och den vitalistiska föreställningen. När den enkla (”rationella”) formen av kausalitet överförs till den funktionella beskrivningen – när en antecedent antas orsaka ett beteende som i sin tur har en konsekvens på samma sätt som en svår situation kan upplevas *orsaka* ett aggressivt handlande (om det sker är det *förståeligt*) – har en mekanistisk ideologisk föreställning tagit överhanden. Den semantiska förståelsen kan i sin tur likställas med en vitalistisk ideologi. Jag menar att detta är två sätt att interpellera patienten som subjekt i terapin. Den mekanistiska och den vitalistiska föreställningen utgör två sätt för individen att förhålla sig till sig själv och sin situation, två sätt varpå den vetenskapliga kunskapen – den funktionella analysen – kan fungera ideologiskt.

*Medvetandet som ett neuronätverk (*alternativt *som ett beteendesystem*). I den fjärde och sista modellen är förhållandet mellan subperson- och personnivån, liksom i synen på medvetandet som autonomt, degraderad till ett simpelt orsak-verkanförhållande. Men här ges i stället processer på subpersonnivån förklaringsföreträdet. Vardagsförståelsen beskrivs som de sätt på vilka vi legitimerar våra handlingar, men inte som det som orsakar vårt handlande. Vad som styr människan är de lagar som bestämmer hur neuroner interagerar i hjärnan (alternativt hur beteendet bestäms i sin kontext). I en sådan modell finns det ingen koppling alls mellan de två nivåerna. Vardagsförståelsen är på så sätt autonom, men även irrelevant. Patientens emotionella, kognitiva och beteendemässiga problem identifieras som ett problem enbart om det är möjligt att identifiera förutbestämda subpersonella strukturer som fungerar dysfunktionellt. ”Problemet” kan bara förklaras subpersonellt.

5.3.6. Det mereologiska felslutet

Min uppgift är att lokalisera terapins funktionellt definierade objekt. Jag har beskrivit de terapiteoretiska förklaringsmodellerna som subpersonella. En bra utgångspunkt för att analysera hur de terapiteoretiska förklaringsmodellerna och de vardagliga förklaringarna interagerar i en viss praktik (hur de vetenskapliga förklaringarna kan fungera ideologiskt) är neurobiologen Max Bennets och filosofen Peter Hackers kritik av delar av neurologin. Deras kritik riktar sig mot att vissa neurologer gör ett ”mereologiskt felslut”. Mereologi är ”teorin om förhållandet mellan del och helhet och om härledda operationer, såsom den mereologiska summan. (Summan av ett flertal ting är det minsta ting varav de alla är delar.)”[195] Angående ”det minsta ting av vilka de alla är delar”: Mina händer och fötter är en del av mig, jag är en del av Sociologiska institutionen i Lund. Men mina händer och fötter kan inte sägas vara en del av Sociologiska institutionen i Lund (på institutionen forskar och undervisar man, jag kan sägas forska och undervisa, men denna egenskap kan inte tillskrivas mina händer och fötter). Det mereologiska felslutet sker när egenskaper som tillhör helheten felaktigt antas tillhöra de delar som *inte* omfattas av den mereologiska summan. Bennet och Hacker kritiserar delar av neurovetenskapen för att göra detta felslut angående förhållandet mellan människan som handlande varelse och människans hjärna. Det mereologiska felslutet uppstår när egenskaper som går att tillskriva människan som helhet felaktigt tillskrivs hjärnan (vilket sker när mänskliga handlingar reduceras till hjärnan, det vill säga när händelser på personnivå överförs direkt till subpersonnivå):

> Det är inte så att hjärnor inte tänker, funderar och bestämmer, ser och hör, ställer och besvarar frågor. Det är snarare så att hjärnan inte kan tillskrivas sådana egenskaper eller deras motsatser. Hjärnan varken ser *eller är blind* – på samma sätt som pinnar och stenar inte är vakna, *men utan att för den skull sova*. Hjärnan hör inte, men den är inte döv, på samma sätt som träd inte är döva. Hjärnan fattar inga beslut, med är inte heller obeslutsam. Endast den som kan besluta kan vara obeslutsam. Därför kan inte heller

[195] *Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy*, uppslagsord ”Mereology”.

> hjärnan vara medveten. Enbart den levande varelse vars hjärna den är kan vara medveten eller medvetslös. *Hjärnan är logiskt sett inget lämpligt objekt att tillskriva psykologiska egenskaper.*[196]

Det är viktigt att betona att Bennet och Hacker inte förutsätter en dualistisk förståelse av människan/medvetandet och hjärnan. Förmågan att tänka, se och vara medveten tillskrivs inte något nytt objekt, exempelvis en ”själ”. Dessa egenskaper tillskrivs människan som helhet. Det vill säga att de uppstår på personnivån. De är beroende av subpersonnivåns struktur, men kan inte reduceras till egenskaper på subpersonnivå. Mänskliga känslor och handlingar kan inte reduceras till händelser i hjärnan: ”hjärnan och dess aktiviteter gör det möjligt för oss – inte för den – att uppfatta och tänka, att uppleva känslor och att planera och utföra handlingar”.[197] I den historiska epistemologins termer måste en vetenskaplig praktik bryta med de ideologiska begrepp som tidigare beskrivit vetenskapens område. (*En vetenskaplig praktik som använder ideologiska begrepp fungerar ideologiskt.*) I nästa avsnitt ska jag beskriva tillskrivningen av beståndsdelarna (”attributen”) hos ett personnivåbegrepp till ett subpersonnivå-begrepp som ett exempel på ett mereologiskt felslut. Innan jag utvecklar denna diskussion måste jag dock göra en kort utvikning.

5.4. Epistemologiskt och konceptuellt brott

Jag har introducerat distinktionen mellan person- och subpersonnivå och argumenterat för att den är ett användbart sätt att beskriva terapiteorins brott med vardagsförståelsen. Resonemanget väcker frågan om hur behandlingens mål ska relateras till de två nivåerna. Terapins mål är att göra det möjligt för patienten att tänka och hantera sin situation på ett sätt som ligger i linje med hennes föreställningar om ett liv värt att leva. Svaret på denna fråga ska ligga i linje med hur jag tidigare beskrivit de två nivåerna. I detta sista avsnitt föreslås ett sätt att uppfatta skillnaderna mellan det epistemologiska brottet och de

---

[196] Bennet och Hacker (2004), s. 72, även citerad i Cromby (2007), ”Integrating Social Science with Neuroscience”, i *BioSocieties* (2), s. 160, kursiv i original.
[197] Bennet och Hacker (2004), s. 3.

psykiska förändringar som individen genomgår samt hur detta kan relateras till det mereologiska felslutet.

5.4.1. Konceptuellt brott

Det epistemologiska brottet sker i den vetenskapliga praktiken. Detta är en viktig restriktion som innebär att begreppet inte kan användas som beskrivning av individens psykiska tillstånd, utan bara som beskrivning av vetenskapsteoretiska och epistemologiska processer. Brottet har beskrivits som den tröskel som en protovetenskap måste gå över för att klassificeras som vetenskap, som det som skiljer en vetenskaplig utsaga från andra typer av utsagor. Samtidigt finns det en parallell process som vetenskaparen måste genomgå. Det sker en kognitiv eller konceptuell process hos den enskilde praktikern parallellt med vetenskapens brott med det förgivettagna. I förra kapitlet beskrev jag skillnaden mellan brottet i vetenskapen, där erfarenheten är närvarande enbart som ett minne av det förflutna, och brottet i terapin, där den fortfarande har en central plats även efter brottet inträffat. Även om terapeutens och patientens förhållande till brottet liknar vetenskaparens, så är alltså brottets effekt (den funktionella förklaringen och den vardagliga förståelsen som separata förklaringar av en händelse) mycket mer närvarande i terapin. Detta har två konsekvenser. För det första blir det viktigt att betona skillnaden mellan det brott som vetenskapen genomgår och det som individen genomgår. För det andra blir en diskussion kring det senare mer relevant i en analys av terapi än i en analys av vetenskap.

Den förändring eller det brott som individen genomgår har inte samma unika status i förhållande till andra mentala processer som det epistemologiska brottet i förhållande till andra kunskapsproducerande processer. Den mentala process som vetenskaparen eller terapeuten och patienten genomgår är exempelvis inte unik för vetenskapliga praktiker. Men det är fortfarande möjligt att ringa in vissa egenskaper i individens tänkande. Dessa kan beskrivas som *konceptuella förändringar*. En parallell till min beskrivning av det epistemologiska brottet går att finna i filosofen Wouter van Haaftens analys av den nederländske

konstnären Piet Mondrians konstnärskap.[198] van Haaftens resonerar kring möjligheten att identifiera en ”utvecklingslogik” hos Mondrian, och jag ser här användbara beröringspunkter med de förändringar som ACT, MkT och DBT uppfattar ske hos patienten. Jag väljer ett exempel som ligger utanför den terapeutiska och vetenskapsteoretiska diskursen för att betona att de konceptuella förändringar som patienten genomgår inte är unika för terapin.

van Haaften menar att en konceptuell förändring äger rum när bedömningskriterier förändras. Sådana kriterier kan gälla en stor mängd olika saker, allt från moraliska, estetiska och rationella till vetenskapliga utsagor. Enkla påståenden såsom ”jorden är rund, inte platt” och ”det är fel att döda” är till sin struktur lika komplicerade som ”man fångar tingens vara genom att beskriva deras rörelse och inverkan på människan snarare än att avbilda deras fysiska gestalt” och ”för att kunna skapa och bibehålla goda relationer till andra krävs en acceptans av den egna personen”. Alla dessa påståenden bygger på att de uppfyller vissa kriterier för vad som är sant eller rätt. En konceptuell förändring innebär att de kriterier som används vid värderingen av ett påstående förändras (för vad som är sant eller rätt). van Haaften identifierar fyra sätt på vilka konceptuella förändringar kan ske, med allt högre grad av ”intensitet” i övergången från ett konceptuellt tillstånd till ett annat. De tre första kommer inte att vara relevanta i den fortsatta diskussionen, vilket gör att jag inte presenterar dem i texten.[199]

Den form av konceptuell förändring som jag menar beskriver den mentala ”motsvarigheten” till det epistemologiska brottet kallar van Haaften *kriterie-*

---

[198] Wouter van Haaften (2003), ”Logic of artistic development: The case of Mondrian”, i *New Ideas in Psychology* (21:3), s. 71–96 och densammes (2007), ”Conceptual Change and Paradigm Change: What’s the Difference?”, i *Theory & Psychology* (17:1), s. 59-85. En kuriositet är att det finns en begreppslig likhet: Bachelard kallar den moderna fysikens brott med Newtons fysik för en surrationalistisk förändring. Han drar här paralleller till surrealisternas relation till realismen. Se exempelvis Bachelard (1970/1976), *Nejets filosofi*, s. 93ff.

[199] De tre första typerna av förändring kallar van Haaften för *kriterieförlängning*, *kriteriespecifikation* och *kriteriebyte*. De innebär en övergång från en konceptualisering till en annan. Det handlar om förändringar som innebär att tidigare värderingar måste kompletteras med nya kriterier för vad som är sant eller rätt. Vid en *kriterieförlängning* läggs nya kriterier till de gamla (exempelvis när en ny djur- eller växtart upptäcks). Vid *kriteriespecfikation* innebär de nya kriterierna att förklaringssystemet ändras (exempelvis när forskningen upptäcker att en djur- eller växtart ska förflyttas i klassificeringsschemat – exempelvis degraderas till en underart istället för en egen art). Vid *kriterieutbyte* förflyttas objektet till ett nytt förklaringssystem (exempelvis vad som skulle ske om en art förflyttas från djurriket till växtriket).

mutation. Det handlar inte om att tidigare konceptualiseringar varit felaktiga, utan om att tidigare sätt att värdera plötsligt blivit irrelevanta. De kriterier som används före och efter förändringen har inget gemensamt. För van Haaftens Mondrian handlar det om att gå från realistiskt till neoplasticistiskt måleri. Den sene Mondrian strävade efter att i sina tavlor ”frigöra form och färg” från dess ”naturalistiska representation”. [200] Vad jag vill ta fasta på är det sätt konceptualiseringen av ett och samma objekt förändras på ett sätt som varken ifrågasätter eller korrigerar tidigare förklaringssystem. Förändringen resulterar i ett nytt sätt att ordna världen. De två förklaringssätten är för att tala med Kuhn inkommensurabla. Det innebär att de två förklaringssystem som används inte kan översättas till varandra.[201] Jag kommer att utveckla detta resonemang i nästa avsnitt.

Jag menar att en sådan beskrivning kan belysa viktiga aspekter av det sätt förklaringsmodeller används i terapin. Patienten har förhållit sig till känslor, tankar och handlingar på ett visst sätt, men ska nu *bryta* med detta för att en mer funktionell förståelse av känslors, tankars och handlingars *kontextuella* karaktär ska kunna uppstå. Den nya förståelsen utgår från helt andra premisser (en *syntaktisk* analys av känslor, tankar och handlingar i deras kontext istället för en *semantisk* förståelse av dem). De terapeutiskt verksamma teknikerna kompletterar inte den dysfunktionella förståelsen och gör inte heller nya distinktioner utifrån den dysfunktionella förståelsen.[202] Den terapeutiska kunskapen *kompletterar* inte de dysfunktionella strategierna på funktionell nivå. I den kriteriemutation som den terapeutiska interventionen ger upphov till bryts relationen till de dysfunktionella strategierna genom att nya sätt för att förstå den egna situationen presenteras (analys av problembeteendets funktion snarare än dess topografi)[203]. Den tidigare förståelsen behöver inte beskrivas som felaktig. Den har inte samma objekt som den funktionella analysen och därför

---

[200] Ibid., s. 72.

[201] Vid de tre ovan nämnda förändringarna sker inget brott mellan de förklaringssystem som används. Djur- och växtriket beskrivs med samma begreppsliga ramverk.

[202] Vilket gör att det varken handlar av en kriterieförlängning eller en kriteriespecifikation.

[203] Ett beteendes topografi är dess uttryck. Imitation är en möjlig funktion hos beteenden. Ett beteende vars funktion är att imitera kan utföras på ett oändligt antal sätt, det kan ha ett oändligt antal topografier. Vissa imitationer kräver en klänning, andra en mustasch och så vidare.

är den enas sanning inte den andras falskhet. I syfte att få till stånd en mer enhetlig terminologi kommer jag i fortsättningen att använda begreppet *konceptuellt brott* för att beskriva denna relationsstruktur angående individens psykiska förändring.

5.4.2. Inkommensurabla attribut och det mereologiska felslutet

Men vad händer om individen inte lyckas att konceptuellt bryta med tidigare förståelser? Jag menar att det finns en klarläggande beskrivning i filosofen Xiang Chens analys av "kognitiv eftersläpning" i vissa vetenskapliga praktiker. Chen exemplifierar med den moderna optikens (paradigm-)skifte från en förståelse av ljus som partiklar till en förståelse av ljus som vågor. I övergången mellan dessa båda förståelser synliggörs det konceptuella brottet när astronomen John Herschels misslyckas med att bryta helt med det tidigare paradigmet. Den kognitiva eftersläpningen orsakas av att den enskilda vetenskaparen (Herschel) fortsätter att använda sig av delar av den tidigare förklaringen.[204] I sitt exempel identifierar Chen tre attribut hos optikens förståelse av ljus som partikel: *hastighet*, *storlek* och *form* (dessa är de tre egenskaper som beskriver ljuspartiklarna, korpusklerna). I förklaringen till ljus som vågor finns inte längre dessa attribut (förutom ett). Ljus som vågor beskrivs istället med attributen *hastighet*, *amplitud*, *våglängd* och *fasskillnad*.[205] Herschel var enligt Chen oförmögen att helt lämna den tidigare förståelsen av ljus och överförde de äldre attributen till det nya ljusbegreppet: han ansåg att ljusvågor har en hastighet, en storlek och en form.[206] Min tolkning av detta är att *optiken som vetenskap* här bryter med en vardaglig förståelse av ljus, men att *Herschels konceptualisering* av ljus inte genomgår den nödvändiga motsvarigheten (det konceptuella brott jag diskuterat tidigare).

---

[204] Xiang Chen (2003), "Why did John Herschel fail to understand polarization? The differences between object and event concepts", i *Studies in History and Philosophy of Science* (34:3), s. 491–513.
[205] Ibid., s. 496.
[206] Begrepp med helt olika attribut är enligt Chen inkommensurabla, medan begrepp med vissa liknande attribut är lättare att "översätta" eller tolka. Chen menar att anhängare av partikelbegreppet och anhängare av vågbegreppet skulle ha svårt att kommunicera med varandra utifrån de egna begreppen. Men om de ändå försökte skulle en lämplig utgångspunkt vara hastighetsattributet.

Det problem Chen beskriver har sin orsak i vad som kan kallas för förklaringssystemens inkommensurabilitet. Inkommensurabilitet innebär att två förklaringssystem skiljer sig från varandra på ett sådant sätt att det ena systemet inte kan översättas till det andra. De kan heller inte jämföras utifrån ett tredje ”neutralt” perspektiv.[207] I Chens exempel är de två förklaringarna av ljus inkommensurabla då de attribut ljusbegreppen består av inte kan översättas eller jämföras med varandra. En korpuskels storlek kan exempelvis inte översättas eller jämföras med ljusvågens amplitud (avståndet mellan vågens topp och dess jämviktsläge). Trots att de båda modellerna innehåller begreppet ”ljus” skiljer sig deras förklaringar till vad ljus är på ett sådant sätt att de inte kan sägas tala om samma sak.

I den vetenskapliga praktiken får oförmågan att bryta med den vardagliga förståelsen förstås stora konsekvenser. Samma problem eller moment återfinns i den terapeutiska praktiken. Att byta en vardagsförståelse av att ”må dåligt” mot exempelvis en beteendevetenskaplig förklaring till beteendet och dess kontext är att konceptuellt bryta med vardagsförståelsen. De *attribut* som en vardagsförståelse identifierar vid ett visst moment av att ”må dåligt” kan omfatta den egna intelligensen, grannars ondska eller den smutsiga diskens uralstring, medan en funktionell förklaring till ett visst psykologiskt problem innebär en funktionellt definierad modell av beteende och dess operanta betingning (den nya förklaringens attribut utgörs av modellens delar). En överföring av de attribut vardagsförståelsen tillskriver en känsla till en funktionell förklaring av densamma (att ens uppgivenhet är en konsekvens eller verkan av att disken aldrig tar slut) innebär att vetenskapen fungerar ideologiskt.

Det problem som kognitiv eftersläpning utgör är internt i förhållande till vetenskapen och inte lika relevant i terapin. Att förhålla sig till det egna psykiska lidandet på ett nytt, funktionellt sätt är inte en förutsättning för terapin, utan ett av dess mål. Men vad jag vill ta fasta på är tanken om att begreppets *attribut* kan överföras till andra begrepp och de problem detta innebär om begreppen är inkommensurabla. Även om det inte var Chens

---

[207] Förklaringssystemen i de tre ovan nämnda konceptuella förändringarna är däremot kommensurabla. Se för övrigt Thomas Brantes (1984) *Vetenskapens sociala grunder: en studie av konflikter i forskarvärlden* s. 51–66 för en diskussion om inkommensurabilitetsbegreppet.

avsikt, menar jag att detta är en användbar beskrivning av hur det mereologiska felslutet sker i terapin: en övergång från en förklaring på personnivå till en förklaring på subpersonnivå medför en risk att attribut som tillskrivs personnivåns begrepp, exempelvis intention och vilja, tillskrivs de nya, subpersonella begreppen. Begreppstrojkan antecedent-beteende-konsekvens ska inte blandas samman med vardagsförståelsen av intention-handling-resultat. Den senare gruppen lyder under rationalitetsprinciper och en form av mekanistisk kausalitet som inte subpersonbegreppen med deras syntaktiska karaktär låter sig begränsas av (se den tidigare definitionen av personnivån).

5.4.3. Konceptuellt brott och förhållandet mellan person- och subpersonnivå

Det konceptuella brottet kan kopplas till distinktionen mellan person- och subpersonnivån på två sätt. För det första som ett brott med personnivåförklaringar och en övergång till subpersonella förklaringar till känslor, tankar och handlingar. För det andra som en förändring som sker på personnivå: det är personens föreställningar som genomgår en förändring, de byts inte ut mot subpersonella processer. Vad som sker är att de attribut som ett personnivåbegrepp består av inte längre blir giltiga i förklaringen på subpersonnivå. Ett försök till sådan förklaring innebär ett mereologiskt felslut.

Vi kan tala om olika förklaringsmässiga ”övertramp”: 1. Att funktionella, vetenskapliga, förklaringar kommer att fungera normativt i individens vardag (att subpersonella förklaringar koloniserar personnivån, den motsatta rörelsen i förhållande till det mereologiska felslutet). 2. Att förklaringar från andra subpersonella nivåer görs normativa på den aktuella subpersonnivån (att exempelvis neurologiska förklaringar eller tekniker koloniserar beteendenivån eller den kognitiva nivån). Jag har nu identifierat ett tredje: 3. Det mereologiska felslutet. *Detta är de tre sätt på vilka den terapeutiska praktiken kan fungera ideologiskt.* I olika terapimodeller och i olika situationer är de tre övertrampen olika framträdande. En terapiform kan beskrivas som en specifik ideologisk konfiguration (eller som ett motstånd mot en viss ideologisk konfiguration). Men hur en sådan faktiskt ser ut är en empirisk fråga. Därför är det nu dags för en analys av de tre terapimodellerna, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *metakognitiv terapi* (MkT) och *dialektisk beteendeterapi* (DBT).

Kapitel 6. Brottet: En analys av tre terapimodeller

> Reduktionen kommer nära sin fullbordan om man kan tillverka en modell av modellkonstruktörens aktivitet.[208]

Detta kapitel tar vid där det förra slutade. Jag analyserar de förklaringsmodeller som används i ACT, MkT och DBT som subpersonnivåförklaringar till psykiskt lidande och psykisk hälsa. Jag diskuterar vilka konsekvenser den vetenskapliga kunskapens brott med erfarenheten och den vardagliga kunskapen har för terapins förutsättningar och möjligheter.[209] Vad ersätter erfarenheten och vardagsförståelsen när dessa inte längre anses som fungerande och giltiga förklaringar till patientens situation? De subpersonnivåmodeller som används är för det mesta modeller av hur patienten *förhåller sig till* psykiskt lidande. Detta förhållande beskrivs i allmänhet med personnivåbegrepp, exempelvis som en erfarenhet, en upplevelse eller ett lidande. De modeller som används i terapin beskriver istället ett beteendevetenskapligt eller beteendeterapeutiskt system av tekniska begrepp som förklarar intentionalitet, språkanvändning och

[208] Badiou (1971), s. 19.

[209] Det beteendevetenskapliga och beteendeterapeutiska språket är tekniskt och har kritiserats för att dölja mer än det avslöjar. Jag har valt att behålla de tekniska begreppen i min diskussion av terapierna, framför allt därför att en översättning av begreppen till andra, vardagliga eller mindre tekniska begrepp skulle innebära en problematisk betydelseförändring.

emotionella reaktioner funktionellt. Jag menar att det brott som terapin medför består av ett skifte från personnivå- till subpersonnivåförklaringar.[210]

Även om de tre terapimodellerna skiljer sig åt i vissa avseenden (bland annat har MkT en kognitiv utgångspunkt, medan ACT och DBT utgår från ett beteendeterapeutiskt perspektiv) har de mycket gemensamt. En av dessa gemensamma punkter är det sätt på vilket patientens grundläggande problem förklaras: Patienten anses ha bristande färdigheter i att reglera och relatera till känslor, tankar och handlingar samt reagera på ett fungerande sätt på både interna och externa händelser.[211] I grunden är detta en *subjektivitetens* problematik, då den gäller individens förhållande till känslor, tankar och handlingar. Terapin erbjuder ett medel för att komma till rätta med detta svårtillgängliga förhållande. Subjektet beskrivs överraskande som beteendets (interna) *kontext* eller som känslors, tankars och handlingars *effekt*. De terapeutiska teknikerna kan betraktas som interventioner i (eller interpellationer av) en viss subjektivitet, snarare än som enkla manipulationer av beteenden.[212] Detta är en diskussion som kommer att utvecklas senare, men påståendet att subjektiviteten är en ”intern kontext” kräver redan nu en kortfattad förklaring. Patientens förhållande till det egna sättet att känna, tänka och handla (samt hennes föreställningar om varför man gör på ett visst sätt och vad som är rätt och riktigt att göra) uppfattas som en viktig del av beteendets förutsättningar och konsekvenser.[213] Enkelt uttryckt är det inte de negativa känslorna eller tankarna som vidmakthåller psykiskt lidande. Det psykiska lidandet förstärks av de försök som gjorts att ta kontroll över de negativa upplevelserna. Enligt ACT,

---

[210] I förra kapitlet visade jag hur detta skifte även innebär en övergång från en semantisk förståelse av det psykiska lidandet till en syntaktisk förklaring till lidandet och dess kontext.

[211] En konsekvens av dessa problem är en oförmåga att relatera till andra människor. Se även kapitel 2.

[212] En kritik som kommit från både sociologiskt håll och andra psykologiska inriktningar gör gällande att beteendeterapi och beteendevetenskap bara ”skrapar på ytan” på psykiska problem. Att det under beteendet finns ett kännande, tänkande och handlande subjekt som man måste komma i kontakt med för att verklig terapeutisk förändring ska vara möjlig. Beteendeterapins försvar liknar ytligt sett den franska epistemologiska och strukturalistiska kritiken av essentialism och ”humanism”: Subjektet anses vara en effekt av den tillskrivning av subjektivitet som talet om känslor, tankar och handlingar innebär, och inte ett ”ting” som upptäcks i och med tillskrivningen. Likheten försvinner vid närmare anblick: de båda tanketraditionerna har uppkommit i olika politiska och filosofiska kontexter och används för att besvara diametralt olika frågor.

[213] Däremot är det inte de *enda* förutsättningarna och konsekvenserna för beteendet. Den yttre kontexten spelar fortfarande en viktig roll. Att komplettera analysen av beteende med en intern kontext beskrevs i kapitel 2 som ett av den tredje generationens kännetecken.

MkT och DBT är en viktig del av det psykiska lidandet föreställningen att det är negativt eller farligt att tänka vissa tankar.[214] Problemet är inte den negativa känslan, tanken eller handlingen, utan det sätt på vilket individen låter sig påverkas av den.

Motivet bakom den funktionella förklaringen är att införa en ny kontext för beteendet. Beteendets kontext (både dess yttre omständigheter och individens sätt att förhålla sig till beteendet) tolkas som ickefungerande och den funktionella förklaringen ska förändra kontexten så att mer ”effektiva” beteenden möjliggörs. Exempelvis kan en ickefungerande förståelse av ångest vara att det är nödvändigt att ta kontroll över ångesten. I kombination med bristande strategier för att hantera ångest riskerar en sådan förståelse att leda till självskada eller självmord. Den funktionella förklaringen kan visa hur kontrollstrategin är invävd i ångesten och rekommendera patienten att inte försöka ta kontroll över ångesten, vilket kan minimera ångestens effekter. För patienten innebär detta konkret att en ickefungerande förståelse byts ut mot en mer fungerande dito. Jag menar därför att de förklaringar till psykiskt lidande som används inom ACT, MkT och DBT samtidigt är funktionella förklaringar till subjektivitet.

I detta kapitel kommer jag att diskutera hur man inom ACT, MkT och DBT förstår och förklarar de terapeutiskt verksamma processerna. Jag menar att den huvudsakliga terapeutiska processen består i att det ickefungerande beteendets ”interna kontext” – patientens upplevelser och erfarenheter – kompletteras med den funktionella förklaringsmodellen. Tillsammans bildar de en ny intern kontext, en ny form av subjektivitet. Den funktionella modellen producerar kunskap som har förutsättningar att uppfylla patientens föreställningar om ett fungerande liv på ett bättre sätt än vad de lösningar hon själv skapat har.[215] Detta skapar inte någon ”subjektslös” patient, utan ett nytt sätt för patienten att utöva sin subjektivitet. Jag kommer att analysera förhållandet mellan dessa kontexter, mellan subjektiviteten och den funktionella förklaringen. Kapitlet

---

[214] Inom ACT exemplifieras detta med ”förbudstankar”, som alltid innehåller det som förbudet riktar sig mot. Tanken ”Jag får inte tänka på att jag någon gång kommer att dö” innehåller tanken på den egna dödligheten (”[…] jag […] kommer att dö”). Varje gång tanken tänks bryter den tänkande mot förbudet.

[215] Orsaken till denna makt är bland annat att den tredje generationens terapier har hela det vetenskapliga projektet i ryggen. Som motvikt har patienten hela den ideologiska apparaten att stödja sig på.

börjar med en diskussion om hur frågan har behandlats i den terapiteoretiska debatten.

6.1. En gräns både runt och inom den teoretiska modellen

Den funktionella förklaringen till människors beteende har inte stått oemotsagd. Ur ett fenomenologiskt perspektiv har den beteendevetenskapliga och beteendeterapeutiska analysen kritiserats för att förklara de krafter som styr människans beteende på ett alltför enkelt och mekaniskt sätt. Kritiken gör gällande att människans ”själsliv” är så komplext att man inte kan förklara det på samma sätt som andra, ”naturliga” händelser. Skillnaden har beskrivits så att ”djur har en omgivning, [men] människor [lever i] en värld.”[216] Det är enligt kritiken människans meningsskapande som gör världen förståelig. Till skillnad från naturvetenskapens (och djurens) omgivning är människans ”värld” en plats där något sker av *skäl* (eng. *reasons*) snarare än *orsaker* (eng. *causes*). Uppdelningen mellan människans värld och djurens ”omgivning” kan även den jämföras med förra kapitlets person- och subpersonnivåer. Fenomenologerna uppmanar terapeuter att förklara människors handlingar som ett resultat av intentionella strukturer (på personnivå) och kritiserar vad man uppfattar som beteendeterapins tendens att reducera mänsklig existens till, med Pérez-Álvarez och Sass ord, ”konsekvenser av logiska satser” (förklaringar av beteende på subpersonnivå).[217] Frågan är om man måste välja mellan dessa beskrivningar. Utesluter de nödvändigtvis varandra? Kritiken utgår från antagandet att det finns två separata domäner som styrs av två uppsättningar regler. Men kräver den ”fenomenologiska” världens existens att människors intentioner inte kan analyseras på samma sätt som djurs (förmodat intentionslösa) beteende? Att

---

[216] Marino Pérez-Álvarez och Louis A. Sass (2009), ”Phenomenology and Behaviorism: A Mutual Readjustment”, i *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (15:3), s. 205 (eng. *environment* och *world*). Se även likheterna men främst skillnaderna gentemot Canguilhems tes om brottet mellan en värld av lagar och en värld av omständigheter.

[217] Ibid., s. 205ff. ”Logiska satser” syftar här bland annat på de relationer som de terapeutiska förklaringsmodellerna identifierar mellan problembeteendet och dess kontext, mellan stimuli och respons.

människors beteende kan förklaras funktionellt är inte samma sak som att intentioner är irrelevanta för människors beteende. Det är fortfarande möjligt att se intentionalitet, upplevelser och erfarenheter som viktiga beståndsdelar i det orsakssamband som beteende kan förklaras genom. Men det rör sig trots allt om ett *orsakssamband*. Beteendeterapin och den fenomenologiska terapin är båda kritiska mot att mekaniska modeller överförs till det vetenskapliga studiet av intentioner, språkanvändning och så vidare. Men där den fenomenologiska terapin ger efter för erfarenheten söker beteendeteorin konstruera nya modeller av internt beteende som är mer känsliga för komplexiteten i mänskligt handlande. En ny vetenskap kräver nya begrepp.

Person- och subpersonnivåförklaringar utgör två olika förklaringar av samma fenomen. Den ena förklaringen utesluter inte den andra. Den tredje generationens terapier har ambitionen att funktionellt förklara intentionalitet och andra fenomenologiska storheter, vilket förutsätter intentionalitetens existens. Ett exempel är den kognitiva karta som läsaren konstruerade i förra kapitlet. Upplevelsen av rummet är inte något bevis för att den neurologiska förklaringen av hur information om det tredimensionella rummet bearbetas är falsk. Den neurologiska förklaringen är inte heller något bevis för att upplevelsen av rummet är felaktig. Den funktionella förklaringen reducerar inte erfarenheten till beteendevetenskapliga begrepp, utan utgör en *alternativ* förklaring till samma fenomen. Ett *representationellt* perspektiv (se förra kapitlet) ser de två förklaringsnivåerna som självständiga och inkommensurabla.

Denna diskussion aktualiserar frågan om hur terapeut och patient ska relatera till personnivån (den upplevda världen) och till subpersonnivån (den funktionella förklaringen). Skillnaden mellan beteendeterapin och den fenomenologiskt orienterade terapin består i terapins förhållande till erfarenheten:

> För att göra psykologin till en vetenskap måste man börja med den fenomenologiska världen, men man måste överskrida den. […] Varje vetenskapare är metafysiker, vare sig man erkänner det eller inte – åtminstone i den mån som han eller hon antar

> existensen av något som han eller hon inte helt förstår, men är fast besluten att undersöka.[218]

Inom den kognitiva beteendeterapin förnekas inte den fenomenologiska ”livsvärldens” existens. Den livsvärld som upprättas av människors upplevelser och erfarenheter omöjliggör inte en funktionell analys av individens situation. Skillnaden mellan beteendeterapin och den fenomenologiskt orienterade terapin består alltså i hur relationen mellan den funktionella förklaringen och livsvärlden avgränsas (det *sätt* som förklaringen ”överskrider” patientens upplevelser och erfarenheter). Jag menar att ett ytterligare sätt att beskriva skillnaden är som en skillnad mellan ett *brott* respektive *kontinuitet* med patientens erfarenhet av sig själv och sin situation. Däremot ignorerar eller förkastar man inte erfarenheten inom ACT, MkT och DBT. *Det som förkastas är de förklaringar till beteende som erfarenheten innehåller.* Kunskapsobjektet för den tredje generationens terapiers är en *funktionell förklaringsmodell* av interaktionen mellan kontexten – ”omgivningen” – och beteendet. Om terapins kunskapsobjekt istället är livsvärlden, bör livsvärlden och de regler som organiserar den vara terapins utgångspunkt. Dessa olika utgångspunkter beskriver ett brott respektive en kontinuitet med vardagsförståelsen.

Den fenomenologiska invändningen mot beteendevetenskapens förklaringar till känslor, tankar och handlingar som effekter av deras kontext är att den intentionella strukturen försvinner ur förklaringen. Jag menar att en bättre beskrivning av situationen är att den intentionella strukturen inte längre är den förklaring som ska användas, utan blir ett fenomen som ska förklaras. Vad som skiljer de två perspektiven från varandra är frågan om subjektiviteten och dess roll i analysen av mänskligt handlande (subjektivitet som förklaring eller som objekt att förklara). Ett resonemang som komplicerar skillnaden förs av Skinner, som kommenterar beteendevetenskapens och fenomenologins möjlighet att förklara människors inre.

> ”Vetenskapen tar inte hänsyn till privata data” säger Boring. […] Men jag menar att min tandvärk är lika fysisk som min skrivmaskin, även om den inte är lika synlig för andra. Jag ser inte

[218] R. B. MacLeod, (1964), ”Phenomenology: A Challenge to Experimental Psychology”, i (red.) T. W. Wann, *Behaviorism and Phenomenology: Contrasting Bases for Modern Psychology*, s. 54.

> någon anledning till att en objektiv och operationell vetenskap inte kan studera de processer som ett tal om tandvärk upprätthålls av. Det är ironiskt att Boring måste begränsa sig till beskrivningar av mitt *externa* beteende, medan jag fortfarande är intresserad av vad man skulle kunna kalla för Boring-från-insidan.[219]

Tankar och känslor är otillgängliga för alla utom den person som upplever dem, vilket gör dem till vanskliga studieobjekt för vetenskapen. Men när den tredje generationens terapiers framhåller att man kan förklara ”interna beteenden” (känslor och tankar såväl som handlingar) måste man på något sätt gå runt denna försvårande omständighet. Lösningen är att man istället för att *förstå upplevelsen* av känslan eller tanken kartlägger den funktion en känsla eller tanke fyller. Detta sker genom en funktionsanalytisk beskrivning av den syntaktiska struktur som känslan eller tanken ingår i.

Jag menar att det inte är de privata händelserna, utan de personliga förklaringar människor har av sitt eget och andras (interna och externa) beteende som ignoreras inom ACT, MkT och DBT. *Individens förklaringar till och intentioner med ett beteende är beteenden i sig själva.* Därmed inte sagt att de förkastar introspektion som metod. Reflektion och psykoterapi är fortfarande relevanta interventionsformer. Men de ifrågasätter de antaganden om ett ”initierande jag eller medvetande som introspektionen antas ge tillgång till”.[220] *Den intentionella strukturen är inte någon förklaring till ett beteende, utan ytterligare ett beteende att förklara.* Även om man inom MkT beskriver de interna händelserna som kognitioner och metakognitioner, har man samma förståelse av intentioners, erfarenheters och upplevelsers funktion i psykiskt lidande.

Skillnaden mellan den funktionella och den fenomenologiska förklaringen är att den förra enbart rymmer vetenskapliga generaliseringar (av de principer som organiserar en viss klass av interna händelser), medan den senare innehåller

---

[219] B. F. Skinner (1945), ”Rejoinders and second thoughts”, i *Psychological Review* (52:5), s. 295. Mannen med det olyckliga efternamnet var en amerikansk psykolog, mest känd för att ha gett namn åt den bild av både/antingen en ung och/eller en gammal kvinna, som används för att illustrera hur den visuella representationen kan påverkas. I citatet representerar han ett fenomenologiskt perspektiv.

[220] B. F. Skinner (1990), ”Can psychology be a science of the mind?”, i *American Psychologist* (45:11), s. 1209.

ideologiska eller vardagliga abstraktioner (utifrån en viss klass av interna händelser).[221] En vardagsförståelse (det vill säga en personnivåförklaring) av självskada är en abstraktion utifrån individens erfarenheter av självskada. Denna erfarenhet består bland annat av eget och andras potentiella självskadebeteende samt av den mediala bilden av självskada. Vissa förklaringar inom psykologin är sådana förlängningar av de privata förklaringarna, men inom ACT, MkT och DBT strävar man efter att bryta med dem. Enligt Hayes finns det både fördelar och nackdelar med respektive form av förklaring:

> Många av de behandlingstraditioner som finns i den kliniska praktiken uppstod inte i en vetenskaplig subkultur. Deras teorier och tekniska begrepp är egentligen varianter av vardagsspråket eller vardagsspråkliga dialekter. Som sådana har de den styrkan att andra människor lätt kan identifiera dem. Men deras svaghet är att de har ett bihang av de icke-tekniska begrepp och implicita antaganden som vardagspsykologin består av.
>
> För de beteendevetenskapliga tolkningarna gäller det motsatta. De är svåra att förstå för alla förutom dem som är fullt acklimatiserade i den beteendevetenskapliga traditionen, men de är precisa och – när de används korrekt – i stånd att binda samman grundläggande vetenskapliga upptäckter med en analys av komplexa mänskliga handlingar.[222]

---

[221] Se även Bennet och Hacker (2004), s. 370. Den skillnad som jag gör mellan generalisering och abstraktion är subtil, men viktig. Ur exempelvis ett evolutionsteoretiskt perspektiv är rädsla en mekanism vars funktion är att göra organismen uppmärksam och försiktig vid potentiell fara. Detta är en *generalisering* av den roll som rädsla spelat i den evolutionära historien. Den vardagliga förståelsen av rädsla är istället resultatet av alla de tillfällen en person varit eller sett andra vara rädda. Detta är att *abstrahera* ett begrepp från alla konkreta situationer som haft med rädsla att göra, från erfarenheten av rädsla.

[222] Steven C. Hayes, Jacqueline Pistorello och Robyn D. Walser (1995), ”Communicating Behavioral Views and Techniques to Practicing Clinicians”, i *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* (26:2), s. 107. Även Aaron Beck, en av den kognitiva terapins grundare, betraktar vardagsförklaringar som otillräckliga förklaringar till psykiskt lidande. Trots att sunt förnuft är viktigt för att kunna ”pröva antaganden” och ”dra slutsatser” kan det sunda förnuftet inte ”ge godtagbara och användbara förklaringar till olika svårtillgängliga emotionella störningar” (Aaron Beck (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, s. 12, 14). Enligt min tolkning menar Beck att det sunda förnuftet är ett viktigt redskap för terapeutiska interventioner (främst i form av den sokratiska metoden) men för patienten inte nog för att sortera och värdera de egna tankarna och känslorna.

De förklaringsmodeller som används inom ACT, MkT och DBT beskrivs som vetenskapligt grundade och som resultat av både kliniska erfarenheter och vetenskaplig forskning.[223] Med den begreppsapparat jag utvecklat i föregående kapitel kan de anses *bryta* med vardagsförklaringar till psykiskt lidande. Att överskrida den fenomenologiska livsvärlden innebär inte att förklaringen reduceras till subjektets upplevelse eller tolkning, utan ett brott med den rationalitet som styr livsvärlden.[224] Målet med den terapeutiska interventionen kommer i nästa kapitel att beskrivas som en intervention i patientens situation *som om* den vore att likställa med en funktionell förklaringsmodell.

Beteendeteorins uppgift är enligt Fletchers och Hayes svar på den fenomenologiska kritiken att förklara människans ”(livs)värld” och terapins mål är att förklara hur konstruktionen av denna värld ser ut:

> Patienter börjar uppmärksamma den relationsskapande aktiviteten och inte enbart dess produkter. Detta bidrar till att bryta språkets illusion. Illusionen består av en föreställning om att tänkande är att vara i kontakt med världen. Men egentligen strukturerar man aktivt världen med tankar. Uttryckt med RFT-begrepp är stimulusfunktionen hos händelser i världen härledda från deras relation till andra händelser. Detta sker med språk och kognitioner, men processen sker automatiskt och är svår att se. För den som tänker verkar det som om han eller hon bara sysslar med den strukturerade världen, inte att han eller hon själv strukturerar den aktivt och kontinuerligt. Medveten närvaro och acceptans sätter fingret på denna process och på samma sätt som en publik som får se hemligheten bakom ett magitrick, kan de i grunden förändra effekten av de språkliga illusionerna. […] Det visar sig att det finns ett mycket annorlunda sätt att ifrågasätta trovärdigheten av negativa eller irrationella tankar: […] en form

[223] Se exempelvis Linehan (1993), 19ff, 37ff, Hayes (1999), 26ff och Wells (2000), s. 16ff.

[224] Bachelards *fenomenoteknologi* innehåller en kritik av Husserls fenomenologi. Se exempelvis Jean Cavaillès (1946/1970), ”On Logic and the Theory of Science”, i *Phenomenology and the Natural Sciences* s. 353–409). Den historiska epistemologins kritik av fenomenologin är ett spår som jag inte tar upp i avhandlingen.

> av exponering, men målet är inte världen sådan den är strukturerad verbalt. Målet är tänkandet självt.[225]

Utifrån ett sådant perspektiv kan terapins mål anses vara att förklara subjektets konstruktion av livsvärlden, och omvänt att förklara livsvärldens konstruktion av subjektiviteten. Mitt mål är i detta sammanhang att diskutera terapin som en aktiv konstruktion av förhållandet mellan subjektet och världen.

Jag menar att de tre terapiformerna delar en specifik problematik, men att de ska ses som tre skilda tillvägagångssätt. Med Althussers ord kan man närma sig ett problem ur olika vinklar, men att befinna sig på det fält varpå problemet formulerats "*implicerar att man underkastas* [*problematikens*] *lag*".[226] I detta första avsnitt har jag velat klargöra hur denna lag ska förstås, och jag menar att brottet med vardagsförståelsen och erfarenheten är dess viktigaste kännetecken. Nu är det dags att presentera de tre terapimodellerna och för att därigenom konkretisera hur brottet tar sig uttryck i terapin.

6.2. Acceptance and Commitment Therapy

Acceptance and Commitment Therapy är den första av tre terapimodeller jag analyserar. Dess anhängare beskriver den som en klinisk tillämpning av beteendevetenskapens resultat och som en del av ett större projekt. Hayes menar att detta större projekt har tre nivåer. I botten ligger ett filosofiskt antagande som kallas "funktionell kontextualism". Det består av ett antal ontologiska och epistemologiska antaganden om hur det är möjligt att analysera beteende. Med utgångspunkt i den funktionella kontextualismen har man konstruerat en modell av verbalt beteende, "teorin om relationella ramar" (eng. *relational frame theory*, förkortat RFT). Utifrån RFT har i sin tur terapimodellen ACT utformats. Den funktionella kontextualismen bygger vidare på Skinners radikalbehaviorism och delar dennes ontologiska och

---

[225] Steven C. Hayes (2002), "Acceptance, Mindfulness and Science", i *Clinical Psychology: Science and Practice* (9:1), s. 104. Se även Lindsay B. Fletcher och Steven C. Hayes (2009), "Phenomenology and Modern Behavioral Psychology", i *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (15:3), s. 256.
[226] Althusser (1968/1970), s. 184.

epistemologiska antaganden (bland annat kritiken av mentalism och dualism). RFT är en beteendevetenskaplig modell av språkanvändning – även kallat *verbalt beteende* – som är förenlig med ett funktionellt kontextualistiskt ramverk. Utifrån begreppet verbalt beteende analyseras språkanvändning – verbalt formulerade känslor, tankar och handlingar – som beteende. Det verbala beteendet lyder under samma lagar som andra beteenden.[227] Jag kommer nu att presentera dessa tre nivåer och lägger tonvikten på 1. hur vetenskaplig kunskap omformas till ett effektivt verktyg för terapin, och 2. hur människan som meningsskapande varelse förklaras funktionellt.

6.2.1. ”Varför den tekniska nivån inte är tillräcklig”[228]

I ett försök att beskriva vad som skiljer ACT från andra terapimodeller hävdar Hayes, Strosahl och Wilson att det finns en tydligare koppling inom ACT mellan grundläggande vetenskaplig forskning om psykiska processer och utvecklingen av de tekniker som används i terapeutiska interventioner.[229] För att ange skillnaden menar de att terapi kan beskrivas på två sätt. För det första kan den beskrivas som en samling tekniker, som var för sig (förhoppningsvis) har visat sig fungera väl. Enkelt uttryckt används *en teknik* för att behandla *ett symtom*. Rätt samling tekniker korrelerar med ett formulerat syndrom (en samling symtom) eller en diagnos. En sådan terapimodell är ett knappt sammanhängande system av *snäva utsagor* om en viss samling symtom. För det andra kan terapi beskrivas som ett system av *breda utsagor*, som är mer abstrakta, men tillämpbara på fler än ett specifikt tillstånd. Breda utsagor beskriver inte ett visst symtom utan består av grundläggande antaganden om mänskligt fungerande och dysfungerande. En sådan förklaring bygger på en mer allmän kunskap och kan därför placera patientens problem i en bredare kontext. En snäv utsaga är till exempel ”En impuls att skära sig själv kan lindras om man kramar en isbit hårt i handen”. En bred utsaga kan vara ”När emotionell reglering misslyckas kan man använda sig av färdigheter i att distrahera sig

[227] Se Hayes et al. (2001a), s. 3–20.
[228] Rubriken kommer från Hayes et al. (1999), s. 13.
[229] Ibid., s. 13.

själv". Den snäva utsagan har förtjänsten att beskriva vad som bör göras i ett visst sammanhang, medan den breda utsagan har förtjänsten att inte vara begränsad till just detta sammanhang. Den snäva utsagan förklarar inte vad som sker och varför (varför impulsen uppstår och varför isbiten lindrar den), medan den breda utsagan inte ger någon ledtråd till vad vare sig den misslyckade emotionella regleringen eller distraktionen innebär i en konkret situation.

Vissa terapier kan uppfattas som mer tekniskt inriktade och andra som mer teoretiskt eller konceptuellt inriktade. Men det kan även vara två sätt att beskriva en och samma terapimodell. På en teknisk nivå är ACT en samling tekniker, men den är samtidigt baserad på de generella eller breda utsagor som den *funktionella kontextualismen* och *teorin om relationella ramar* utgör. RFT – de breda utsagorna – har utvecklats med hjälp av bland annat experimentella analyser av verbalt och andra typer av beteende. Utifrån RFT har specifika terapeutiska tekniker – de snäva utsagorna – utvecklats med vissa specifika problem i åtanke. Andra terapiformer kan vara strategiskt utformade utifrån ett urval fungerande tekniker, utan någon egentlig förståelse av hur teknikerna samverkar och hur patientens situation ska förklaras.[230] Hayes menar att en effektiv terapi bör utformas utifrån breda utsagor. Det finns tre skäl till detta.[231] För det första finns det annars ingen möjlighet att utveckla metoder för att lösa nya problem eller hantera nya situationer i terapin. För det andra är det inte möjligt att utveckla nya tekniker då man inte har någon egentlig kunskap om vad de nya teknikerna ska användas till. (Däremot kan man ta in nya tekniker från andra terapier eller praktiker med liknande syften.) För det tredje menar Hayes att de terapier som är utformade utifrån ett urval snäva utsagor tenderar att bli alltmer oorganiserade och osammanhängande då det inte finns något som håller dem samman. Det finns andra terapiformer som använder tekniker liknande ACT:s, men dessa tekniker förklaras och organiseras inte i ett enhetligt system. Det är först i förhållande till ett sådant enhetligt system – RFT – som det är möjligt att förstå ACT. Eller med Hayes ord:

---

[230] Ett exempel är EMDR (se not 34). Francine Shapiro, skaparen av EMDR, säger sig ha upptäckt metoden under en promenad då obehagliga tankar som förföljt henne plötsligt förlorade sin makt över henne. När hon funderade på vad som kunde vara orsaken kom hon på att hennes blick hade vandrat från sida till sida. Shapiro upptäckte något hon upplevde fungera, men utan någon aning om varför det fungerade.

[231] De tre punkterna är tagna från Hayes et al. (1999), s. 14.

> När ACT förstås som enbart en teknik finns det ofta en tendens att tillämpa den ordagrant. Vi använder manualer för att träna ACT-terapeuter, men erfarna ACT-terapeuter modifierar ofta procedurerna eller den ordning i vilken ämnen tas upp efter den specifika [patientens] behov vid det specifika tillfället. Om ACT enbart är en samling av topografiskt definierade tekniker, måste vi komma till slutsatsen att en erfaren terapeut som rör sig fritt i den stora samlingen av ACT-tekniker inte använder sig av ACT, men att en nyutexaminerad terapeut som går igenom terapimodellen från första till sista sidan gör det. Detta är struntprat. Den effektiva ACT-terapeuten definierar ACT funktionellt, inte enbart topografiskt. Eller om man ska beskriva det på ett annat sätt: Den effektiva ACT-terapeuten göra ACT på ett sätt som ligger i linje med dess teori och filosofi, inte på ett sätt som upprepar de olika procedurerna såsom de presenteras i litteraturen.[232]

Även om valet av tekniker som används under en terapisession styrs av pragmatiska kriterier, är inte valet godtyckligt. Terapin ska inte enbart definieras som en ansamling tekniker, utan även som en viss förklaringsmodell av mänskligt fungerande och dysfungerande, som kunskap grundad i en problematik. Den funktionella kontextualismen består av de grundläggande antaganden som valet av tekniker görs utifrån.

6.2.2. Funktionell kontextualism

Funktionell kontextualism är en filosofisk position som bygger på en omarbetning av de epistemologiska och ontologiska antaganden som Skinner utvecklade. I alla beteendevetenskapliga traditioner definieras psykologins kunskapsobjekt enligt någon form av orsakssamband (exempelvis stimuli-responsrelationer). I de *mekanistiska* beteendevetenskapliga traditionerna ses dessa relationer som världens grundläggande beståndsdelar, att jämföra med

[232] Hayes et al. (1999), s. 16.

fysikens atomer.[233] Den mekanistiska beteendevetenskapens uppgift är att reducera människors beteende till sådana *kausala* relationer. Slutmålet är att identifiera de mest grundläggande enheterna bakom beteendet (oftast antas neurologiska processer vara beteendets ”atomer”). Funktionell kontextualism är ett filosofiskt perspektiv som istället ser stimuli-responsrelationer som pragmatiskt konstruerade i analysen av beteende. Stimuli-responsrelationer identifieras med hjälp av *funktionsanalys*, inte genom empiriska observationer av ”världens byggstenar”. Den funktionella kontextualismens objekt är ”den pågående handlingen i dess kontext: handlingen så som den tolkas i vardagsförståelsen”.[234]

> Handlingar situerade i ett vardagligt sammanhang kan delas upp eller kombineras på ett oändligt antal sätt. Det finns inte en sann handling, bara den upplevda helheten. Men denna helhet definieras vid ett specifikt tillfälle. Exempelvis är ”att gå till affären och handla” en hel, situerad handling. Men när den integreras i den större handlingen ”att laga mat” är den bara en del av denna handling. Men när ”att laga mat” förstås som en del av handlingen ”att ha gäster på besök” blir även den en del av en större enhet. Dessa större enheter är inte enkla mekaniska samlingar av mindre enheter. Enheten är alltid en helhet och de egenskaper som ingår i en sådan helhet förändras därigenom. Förändringen sker därför att handlingar i sin kontext har ett syfte, och när vi tänker på olika praktiska syften (att handla, köpa mat, bjuda till fest) förändras de olika händelsernas funktion.[235]

Analysen av handlingen i dess kontext och funktion ska inte ses som en reduktion till ”naturligt förekommande” enheter. En och samma handling kan förstås på ett oändligt antal sätt beroende på dess kontext. Likaså är ett beteendes funktion beroende av den kontext som beteendet utförs i. Beroende på hur helheten definieras förändras förståelsen av handlingen.

---

[233] Se Elizabeth V. Gifford och Steven C. Hayes (1999), ”Functional Contextualism: A Pragmatic Philosophy for Behavioral Science”, i (red.) William O'Donohue och Richard Kitchener, *Handbook of Behaviorism*, s. 285–327), där John Watsons position tas som exempel på mekanistisk behaviorism.
[234] Hayes et al. (1999), s. 18.
[235] Gifford och Hayes (1999), s. 290.

Den kontextbundna handling som analyseras med hjälp av RFT är i regel språkanvändning eller verbalt beteende. RFT förklarar och ACT intervenerar i individens språkligt strukturerade relation till sig själv och sin omgivning (individens tankar, tolkningar och upplevelser). Det verbala beteendet ska skiljas från verbala *produkter*.[236] Det verbala beteendet är psykologins objekt, medan de verbala produkterna tillhör lingvistiken. Med verbala produkter menas exempelvis relationen mellan betecknande och det betecknade samt det sätt på vilket språket genererar mening. Uppdelningens syfte är att skydda det psykologiska fältet mot ideologiska intrång från språkfilosofin och lingvistiken.[237] Den funktionella kontextualismens epistemologiska och ontologiska antaganden kan delas upp i fyra analytiska komponenter.

1. Hela händelsen. I avsnittet *Ett funktionsanalytiskt funktionsbegrepp* beskrevs en funktion som en *effekt* av det system det analyseras i (handlingens funktion som ”att handla”, ”att laga mat” eller som ”att ha gäster på besök”, beroende på vilken analysnivå som används). Ur ett funktionellt kontextuellt perspektiv tolkas det verbala beteendets funktion med hjälp av tekniken beteendeanalys och RFT som modell av verbalt beteende (RFT kommer strax att beskrivas). I beteendeanalysen ser man noga till att inte reducera beteendefunktioner till biologi (exempelvis till neurologiska processer eller komponenter) eller utvidga dem till samhälleliga processer. Utifrån ett RFT-perspektiv fungerar den psykoterapeutiska metoden därför att den intervenerar i det verbala beteendet, det vill säga i den struktur som patienten använder för att förstå och förklara det psykiska lidandet.[238] Utifrån en sådan uppfattning är samtalsterapin ett effektivt verktyg för att skapa förändring, eftersom den inte går omvägar runt biologi eller det sociala för att *tala* om psykiskt lidande.[239]

Med ”hela händelsen” menas att händelsen analyseras funktionellt – det vill säga att alla händelsens delar beskrivs i sitt sammanhang – istället för att brytas upp i unika, isolerade enheter. Skinner formulerar skillnaden mellan funktionella enheter och isolerade (mekanistiska) enheter så här: ”Kungsvatten har *förmågan* att lösa upp guld, men kemister letar inte efter en förmåga, utan

---

[236] Hayes et al. (2001a), s. 22.
[237] Ibid.
[238] Hayes et al. (1999), s. 27.
[239] Ibid., s. 18. Se även Hayes et al. (2001c), s. 143.

efter atomära och molekylära processer."[240] *I terapins pragmatiska målbeskrivning är det den terapeutiska "förmågan" – att få patienten att må bättre – som är relevant. Men förmågan ska kunna förklaras funktionellt i terapiteorin.* Detta görs genom beskrivning av de beteendemässiga processer som resulterar i förmågan. Först då är terapins förmåga att hjälpa inte en fråga om slump, personkemi eller lyckliga sammanträffanden, utan om vetenskapligt utarbetade modeller som kan tillämpas i terapin.

2. Kontextens roll. Varje beteende ska sättas i samband med – funktionellt relateras till – den kontext som det uppstår i.[241] Men ett visst beteendes kontext kan beskrivas på ett nästan oändligt antal sätt, och ett visst (topografiskt definierat) beteende kan utföras i ett nästan oändligt antal kontexter,[242] varför det inte är möjligt att kartlägga varje potentiell relation mellan beteende och kontext. För att identifiera de aspekter av kontexten som är relevanta, som bör abstraheras och analyseras funktionellt, är urvalsprincipen "de som bidrar till att uppfylla terapeutens eller forskarens mål".[243] Terapeutens och patientens mål är att intervenera i problembeteendet.

3. Ett pragmatiskt sanningskriterium. Den tredje komponenten, ett pragmatiskt sanningskriterium, har behandlats utförligt i kapitel 3, men tar sig ett speciellt uttryck i den funktionella kontextualismen. Den spelar en viktig roll som skydd mot de mekanistiska antaganden om det mänskliga psyket som "dominerar i både den akademiska utbildningen och den vardagliga förståelsen".[244] Här framförs en kritik mot att ett sanningsbegrepp som bygger på ett korrespondenskriterium ska få styra terapins utformning. Terapins funktion är inte först och främst att förklara det mänskliga psyket, utan att uppfylla de mål som ställts upp för terapin:

---

[240] Skinner (1987), "Whatever happened to psychology as the science of behavior?", i *American Psychologist* (42:8), s. 785.

[241] Här kan det vara värt att betona att kontext används på ett för den sociologiske läsaren okonventionellt sätt: det kan handla om både hur en mening uttalas och i vilket sammanhang den uttalas.

[242] Barnes-Holmes et al. (2001), "Multiple Stimulus Relations and the Transformation of Stimulus Functions", i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*, s. 52–57.

[243] Hayes et al. (1999), s. 19.

[244] Ibid., s. 20.

> Kontextualismens sanningskriterium är *att vara ändamålsenlig*. En analys är sann i den mån som den uppfyller vissa mål. Sanningen är därför alltid lokal och pragmatisk. Din sanning är kanske inte min, eftersom vi kanske inte delar samma mål. Ingen vikt läggs vid en utvärdering av själva målen.[245]

En metafor som används i detta sammanhang är valet mellan två olika representationer av en byggnad. Om den första är ett fotografi och den andra en planritning, kan man bedöma vilken av dessa representationer som är lämpligast endast utifrån vad den ska användas till. Om man vill kunna känna igen byggnaden på avstånd är fotografiet bättre, men om man vill kunna orientera sig i huset är planritningen bäst.[246] Det går inte att säga vilken av de två representationerna som är sannast, om man med ”sann” menar vilken av dem som korresponderar bäst med husets ”vara”. Föreställningen om ett sanningsbegrepp som korresponderar med aktörens syfte snarare än en verklighet beskrivs som ”aontologisk” därför att den inte antar att världen är ”organiserad i upptäckbara enheter”.[247] Men det är en aontologisk fråga enbart på pappret: utvecklingen av interventionsstrategier görs utifrån tydliga ontologiska antaganden, exempelvis att förklaringen uteslutande ska omfatta beteendenivån. Det rör sig enligt min mening en instrumentell pragmatisk förståelse då det är modellens förmåga att intervenera i ett visst problem som avgör dess användbarhet.

Jag menar att det pragmatiska sanningskriteriet kan kombineras med ett funktionellt perspektiv: Vilken funktion ska beskrivningen fylla? Biologiska, evolutionära och sociologiska modeller kan användas för att validera eller ifrågasätta patientens förståelse av sin situation. Men i ett sådant sammanhang

---

[245] Ibid., s. 19, kursiv i original. Skinner formulerar det pragmatiska sanningskriteriet annorlunda än Hayes, nämligen så här: ”Det slutgiltiga kriteriet för hur bra ett begrepp är, är inte huruvida två personer kan vara överens om det, utan huruvida vetenskapsmannen som använder begreppet kan arbeta effektivt med sitt material – helt ensam om det behövs. Vad som är relevant för Robinson Crusoe är inte huruvida han är överens med sig själv, utan huruvida han kommer någon vart i sin kamp med naturen” (Skinner (1945), s. 293). Här ligger Skinner närmare en instrumentell pragmatism, medan Hayes för sin del tangerar en subjektivistisk pragmatism.

[246] Hayes et al. (1999), s. 20.

[247] Ibid.

handlar det om *berättelsens* eller *representationens* funktion (validering av patienten eller ifrågasättande av en ickefungerande föreställning) snarare än berättelsens ontologiska utgångspunkt (biologisk, evolutionär eller sociologisk). Men på ett annat plan står det pragmatiska sanningskriteriet i konflikt med det funktionella perspektivet. Den funktionella kontextuella förklaringen är ett sätt att intervenera i beteendet på verbal nivå, och är antingen sann eller falsk: antingen förklarar den en händelse funktionellt, eller också gör den det inte. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att även om sanningen är lokal och kontextuell, är den fortfarande möjlig att definiera *när väl dess kontext har identifierats*. Men ett sant påstående behöver inte vara vad som bäst uppfyller aktörens syfte. Lösningen på konflikten är att det analyserade systemet konstrueras i syfte att beskriva beteendets kontext. Sanningens lokalitet och kontextualitet är det system som ska förklaras. Förklaringsmodellen lyder med andra ord under ett instrumentellt definierat sanningsbegrepp.[248] Det är terapikonstruktörens målsättning att konstruera modeller som effektivt kan användas för att intervenera i och förändra patientens situation. Frågan om huruvida en terapimodell uppfyller terapeutens och patientens gemensamma syfte kan inte besvaras på förhand. *Det är de konsekvenser som tillämpningen av representationen eller modellen har i en viss praktik som ligger till grund för den slutgiltiga bedömningen av den.*

Det pragmatiska sanningsbegreppet används inte enbart för att värdera olika terapeutiska representationer, utan fungerar även *som* en intervention: Hayes skriver att ”patienter [ofta] använder […] en annan strategi och försöker acceptera dysfunktionella erfarenheter genom att formulera ontologiska påståenden: ’Det är inte bara i mitt huvud’, ’Det är sant’”.[249] Introduktionen av det pragmatiska sanningskriteriet gör det möjligt för patienten att separera interna, mentala processer från externa: ”Med ’sant’ menar de oftast inte att det fungerar att bli styrd av en viss tanke, utan motsatsen. De menar att ’Då det existerar i verkligheten är det nödvändigt att jag reagerar på det även om det

[248] Däremot ska man inte av dessa resonemang sluta sig till att det inte finns någon relation alls mellan sanna representationer i traditionell mening och fungerande representationer. Ett fotografi av vilket hus som helst fungerar inte om syftet är att hjälpa en inbjuden gäst att komma i tid, och en effektiv utrymningsplan tenderar att *korrespondera* med husets verkliga utseende. Poängen med resonemanget är att om en representation inte fyller sitt syfte är det irrelevant om den är sann eller falsk.
[249] Alla citat i detta stycke från ibid., s. 20–21.

inte fungerar när jag gör det.'" Den sanna reaktionen bör istället vara den reaktion som är verkningsfull. Skillnaden gentemot traditionell KBT blir tydlig i den pragmatiska inställningen. Istället för att "byta ut" en negativ, ickefungerande tanke mot en bättre, mer effektiv (förmodat sannare) tanke – som enligt RFT:s kritik är den vanligaste metoden inom traditionell KBT – så är ACT:s målsättning att visa på hur negativa tankar enbart är tankar, "varken mer eller mindre". Tankar är tankar om världen, inte världen förmedlad genom tankar.

4. Den sista komponenten är *kontextualismens analytiska mål*, och ligger på många sätt nära det pragmatiska sanningsbegreppet. Terapins mål bör vara att hjälpa patienten att leva ett fungerande liv. Man definierar de problem som ACT avser behandla som *patientens verbalt konstruerade förhållande till den egna situationen*. Patientens situation kan förstås som i grunden orsakad av exempelvis neurologiska eller sociala fenomen (exempelvis en kemisk obalans eller olika samhälleliga maktrelationer). Men som interventionsmetod är ACT att förändra patientens sätt att kontrollera sina problem, inte problemen i sig. Ett annat exempel är den form av ACT-terapi som är avsedd att användas i behandlingen av patienter med kronisk smärta. Terapins mål är inte att minska smärtan, utan att minimera de effekter smärtan har på patientens förmåga att leva ett fungerande liv. Samma terapeutiska strategi används för att lösa problem som från början orsakats av neurologiska eller fysiska skador och sociala konflikter. Med hjälp av språket uppfattar patienten en händelse som outhärdlig, oundviklig eller smärtsam. Nya strategier kan utvecklas om man kritiskt granskar hur språket förhindrar uppkomsten av alternativa synsätt.

Med hjälp av formulerade mål kan man utreda huruvida en viss terapeutisk intervention (men även ett visst beteende eller ett visst sätt att tänka) är verkningsfull. Man menar att anledningen till att det finns olika kontextuella *teorier* – olika beteendevetenskapliga inriktningar – är att olika grupper av forskare/terapeuter har olika *mål*. För den *funktionella* kontextualismen är "influens" ett centralt mål, och "de kontextuella egenskaper som ska abstraheras i en kontextuell analys är de som bidrar till att uppfylla analysens mål."[250] Andra syften är förknippade med andra förklaringar.

---

[250] Ibid., s. 22.

Sammanfattningsvis gör den funktionella kontextualismen ett antal ontologiska och epistemologiska antaganden om den funktionsanalytiska metodens kunskapsobjekt. Beteenden organiseras på ett eget fält, varken som en spegling av vardagliga föreställningar om hur människor och sociala relationer fungerar eller som en reproduktion av andra vetenskapers kunskapsobjekt. Parallellt med detta beskrivs en skillnad mellan funktionellt definierade enheter och erfarenhetens händelser och objekt. Med hjälp av den historiska epistemologins begreppsapparat kan dessa ontologiska och epistemologiska antaganden analyseras som en initial konstruktion av en praktik bottnande i en vetenskaplig problematik.

6.2.3. Teorin om relationella ramar

Den Skinnerska beteendevetenskapliga teorin om verbalt beteende bygger på ett antagande om att det verbala beteendet är *inlärt*. Skinner definierar verbalt beteende som ett beteende förstärkt av en annan individ som är ”tränad i en språkgemenskap” i att ge ett visst stimulus.[251] RFT bygger vidare på Skinners grundläggande antagande om hur beteende ska analyseras, men ifrågasätter användbarheten av Skinners definition av verbalt beteende. Istället för en långrandig presentation av Skinners analys av verbalt beteende kommer jag med en genväg via Noam Chomskys kritik att gå in på hur RFT formulerats som ett alternativ.

Jag presentar Chomskys kritik av Skinner eftersom den enligt Hayes pekar på en viktig anledning till att Skinners definition av verbalt beteende aldrig togs upp av forskarsamfundet. De brister som Chomsky pekar ut är även de problem som RFT tar fasta på när ett alternativ ska formuleras. Skinners definition bygger på ett antagande om att varje verbalt beteende är inlärt. Chomskys kritik gäller det empiriska faktum att människor som ställs inför nya situationer, nya ord, kan använda dem utifrån sin tidigare kunskap.

> Vad som överraskar är de specifika begränsningar som [Skinner] inför i fråga om hur observationer av beteende ska genomföras,

[251] Skinner (1957), s. 52–80, 185–226.

> men främst den extremt enkla form av *funktioner* som enligt vad han påstår kan förklara beteendets kausalitet. Man skulle så klart tro att förutsägelser om så komplexa organismers (eller maskiners) beteende, förutom information om extern stimulering [eng. *stimulation*] skulle kräva kunskap om organismens interna struktur, om de sätt på vilka den bearbetar information och organiserar det egna beteendet. Organismens egenskaper är oftast ett komplicerat resultat av medfödd struktur, genetiskt bestämd mognadsprocess och tidigare erfarenheter.[252]

Kritiken riktar sig mot att Skinners teori inte ger någon plats åt språkanvändarens förmåga att strukturera ny kunskap. RFT:s kritik har stora likheter med Chomskys: verbalt beteende är ett mycket mer komplext fenomen än ren inlärning av responser och något mer måste till för att man ska kunna beskriva verbalt beteende funktionellt. Den kritik som formuleras utifrån ett RFT-perspektiv är tvådelad: för det första menar man att Skinners definition av verbalt beteende faller in i en vardagsförståelse av språkanvändning och att han därför *misslyckas med att producera vetenskapliga tekniker för att intervenera i det verbala beteendet.*[253] Att beskriva något som inlärt räcker inte för att förklara det. Hur ska ”inlärningen” operationaliseras? Förmågan som ska förklaras är inlärningen, men hur ser den process ut som inlärningen sker genom? Den andra delen av kritiken är därför att *Skinners definition av verbalt beteende inte är funktionell.*[254]

Chomsky menar i sin kritik att vi bör vända oss till neurologin för att skapa verklig kunskap om språkanvändning. I citatet här ovan kallar han det för ”kunskap om organismens interna struktur”. Vad han eftersöker är en subpersonnivåförklaring till språkanvändning, som inte behöver åberopa personnivåbegrepp för att förklara det verbala beteendet. I linje med mina tidigare resonemang kan ACT förstås som en subpersonnivåförklaring som bygger på beteendevetenskapliga begrepp. Det är inte i *organismens* interna

[252] Noam Chomsky (1959), ”A Review of B. F. Skinner's *Verbal Behavior*”, i *Language* (35: 1), s. 26–58.
[253] Hayes et al. (2001a), s. 14–15.
[254] Ibid., s. 12.

struktur som vi ska leta efter en verklig vetenskaplig kunskap om verbalt beteende, utan i *beteendets* interna struktur.

RFT är en teori om verbalt beteende. Verbalt beteende är det sätt människan skapar ordning i världen och låter henne förmedla denna ordning till andra. Verbalt beteende formuleras som förmågan att lära sig nya saker. I korthet går det ut på att ett nytt fenomen relateras till andra fenomen man tidigare varit med om. En person som är med om en viss händelse värderar och tillskriver den egenskaper utifrån tidigare, liknande händelser. Upplevelser och minnen som är kopplade till den tidigare händelsen dyker upp utan uppenbar anledning. Detta sker enligt ACT på grund av människans förmåga att låta en sak stå som symbol för något annat (bland annat hur ett ord kan vara en symbol för ett ting). Ur denna enkla grundtes har en komplex förståelse av språkanvändning utvecklats. ”Teorin om relationella ramar” är en funktionell förklaring till verbalt beteende. Jag kommer att presentera ett antal tekniska begrepp som tillsammans utgör basen för teorin.[255] De principer som teorin pekar ut (se nedan) kan ses som *det verbala beteendets interna struktur*, men även som det verbala beteendets interna kontext, alltefter vilken nivå man definierar ”helheten” på (jämför med den situerade handling jag diskuterade ovan). I linje med mina tidigare resonemang menar jag att *teorin om relationella ramar är en beteendevetenskaplig teori om subjektivitet*: förklaringsmodellen är en modell över interaktionen mellan individ, beteende och kontext, som förklarar hur värderingar, erfarenheter och föreställningar produceras. Terapin är en aktiv tillämpning av denna modell och kan därför anses interpellera subjektet, uppmana patienten att betrakta sig själv med nya ögon, men även ingripa i tankeprocesser, emotionella reaktioner och handlingar som tidigare ansågs naturliga och självklara. Beteendets interna struktur kan sammanfattas med hjälp av fyra begrepp:

1. Relationell respons. Enligt RFT bygger verbalt beteende på den grundläggande principen att *förmågan att ställa fenomen i samband med varandra*. På den mest grundläggande nivån handlar det om en *relationell respons*, förmågan att identifiera relationer mellan fenomen, såsom ”lika”,

[255] Den funktionella analysen av verbalt beteende är mer komplex än vad som kommer att framgå i denna framställning. Jag vill visa hur känslor, tankar och handlingar förklaras med hjälp av tekniska begrepp, utan hänvisning till vare sig mentalistiska eller vardagliga begrepp, vilket har varit den styrande principen i analysen.

”större” och ”bättre”.[256] En relationell respons förutsätter förmågan att begreppsliggöra relationer abstrakt. Detta kan illustreras med ett djurförsök som utfördes av RFT-forskare för att undersöka förmågan att identifiera abstrakta och konkreta relationer. Framför ett par duvor i ett laboratorium placeras två objekt. Det ena objektet, objekt A, är större än det andra, objekt B. Experimentet utformas så att duvorna får mat när objekt A väljs. Samma procedur upprepas med två nya objekt, objekt C och objekt D. Denna gång är objekt C större än objekt D, och belöningen kommer bara när objekt C väljs. Duvorna ställs sedan inför objekt A och ett femte objekt, objekt E. Nu är objekt E störst. Syftet med experimentet är att visa att den duva som väljer det större objektet (objekt E) trots att objekt A tidigare resulterat i mat, har förmåga att förstå ”större” som ett abstrakt begrepp.[257] Om duvan däremot väljer objekt A har den förstått den konkreta men nu felaktiga relationella inramningen att ”A innebär mat”. En relationell respons är att uppfatta en abstrakt relation mellan två fenomen. Vad som undersöks i det återgivna experimentet är huruvida duvan kan identifiera en relationell respons, samt hur lång tid det i så fall tar.

Hos de flesta människor är förmågan självklar. Anledningen till att jag presenterar dessa begrepp är att de på ett tekniskt sätt beskriver processer som de flesta *tar för givet*. Med begreppet *relationell respons* åsyftas inte egenskaper som ”lika”, ”större” och ”bättre” så som egenskaper i världen eller ”sociala ting”. Istället hänvisar begreppet till de beteendevetenskapligt formulerade processer som gör det möjligt att *verbalt beskriva* förhållanden mellan fenomen som ”lika”, ”större” eller ”bättre”. Det är de strukturer i det verbala beteendet som gör det möjligt att identifiera en relation mellan fenomen som är intressanta, inte relationen i sig. Relationell respons är den första av *de processer som genererar förmågan till verbalt beteende.*

2. Ömsesidigt inbegripande. En skillnad mellan olika relationer mellan objekt är huruvida de är ”ömsesidigt inbegripande” eller ej.[258] Även här kan ett laboratorieexperiment tas som exempel. I ett laboratorium får en försöksperson uppgiften att markera ett visst objekt, objekt B, när ett annat objekt, objekt A,

---

[256] Hayes et al. (2001a), s. 24.

[257] Exemplet kommer från ibid.

[258] Eng. *mutual entailment.* Översättningen är hämtad från Niklas Törneke (2002), ”Relational Frame Theory: En psykologisk teori om kognitioner och mänskligt språk”, i *Beteendeterapeuten* (4), s. 19–23.

dyker upp. Om personen lyckas med detta har en relation skapats mellan de två objektet. En variant av experimentet skulle vara att försökspersonen ska säga ordet för objektet. Relationen är ömsesidigt inbegripande om den inlärda relationen medför att även den omvända relationen förstärkts – det vill säga om försökspersonen utan ytterligare instruktioner markerar objekt A när objekt B dyker upp. Poängen är att relationen enbart lärts in på ett håll (objekt A -> objekt B), men att den omvända relationen (objekt B -> objekt A) ”kommit med på köpet”. Enligt RFT fungerar språkanvändning med hjälp av den här typen av funktionella relationer. Relationen mellan ett ord och ett fenomen är ömsesidigt inbegripande och förmågan att uppfatta relationen som ömsesidigt inbegripande har bara vi människor. (Det är också en relation som vi tar för givet. Det är svårt att föreställa sig att det skulle kunna vara på något annat sätt.) Det ömsesidiga inbegripandet är basen för att förstå symboler och det enskilda fenomenets symboliska relation till andra fenomen.

3. Relationellt nätverk. Nästa del i den funktionella förklaringen av verbalt beteende är det relationella nätverket. Det handlar om att förklara hur ett fenomen kan relateras till nya fenomen utan att de har någon egentlig relation till varandra. Den formel som är framträdande i litteraturen är illustrativ, även om den kanske retar den logiskt lagda läsaren: ”Om A så B, om B så C. Därför, om A så C.”[259] Till RFT:s försvar är det värt att nämna att formeln kompletteras med ett ”i den specifika kontexten”. Vad det konkret handlar om är att när en person, ett objekt eller ett beteende är kopplat till ett annat, som i sin är tur kopplat till ett tredje, så finns det även en *relationell koppling* mellan det första och det tredje. De ingår i ett relationellt nätverk. Exempelvis kan jordgubbar påminna om barndomens somrar. Om man blir bjuden på ett glas jordgubbschampagne kan det påminna om jordgubbar, vilket i sin tur påminner om barndomens somrar. Även om det är första gången man dricker jordgubbschampagne kan det påminna om barndomens somrar eftersom de ingår i samma relationella nätverk.

4. Transformation av stimulusfunktioner. Funktionen hos ett stimulus eller en händelse påverkar andra stimulusfunktioner/händelsefunktioner i det relationella nätverket (se ovan). Funktionen hos ett visst fenomen ”sprider sig” till de andra delarna av det relationella nätverket. Dessa analytiskt separerade

[259] Ibid., s. 30.

moment bildar tillsammans ett abstrakt fenomen som kallas för *stimulusekvivalens*. Detta innebär att de olika stimuli befinner sig i relation till varandra (tillhör samma ekvivalensklass).[260] Dessa relationer har inte blivit inlärda utan är *härledda*. Ytterligare ett exempel på ett relationellt nätverk där det sker en transformation av stimulusfunktioner (de två processerna är tätt sammanbundna) är det relationella nätverk som finns mellan ordet ”stopp”, ett rödljus och en stoppskylt. En individ lär sig att ordet ”stopp” innebär att man ska stanna. Från det inlärda beteendet kan ordet ”stopp”-s stimulusfunktion överföras till rödljuset och stoppskylten, de två andra fenomenen i det relationella nätverket.[261] Rödljusets och stoppskyltens stimulusfunktion är *härledd* från relationen till ordet ”stopp” (och ordet ”stopp”-s stimulusfunktion). Det är ett enkelt exempel, men samma process antas ske när till synes ofarliga händelser (exempelvis högtider, folkansamlingar och små utrymmen) sätter igång dysfunktionella känslor, tankar och handlingar som är kopplade till traumatiska minnen av övergrepp, obehagliga situationer med mera. Den ofarliga händelsen befinner sig i samma relationella nätverk som minnet av traumat, vilket gör att den kan överta minnets stimulusfunktion.

Poängen med att introducera alla dessa tekniska begrepp är att jag vill beskriva hur verbalt beteende – meningsskapande – förklaras som specifika beteendeprocesser, i kontrast till den vardagliga förståelsen av människors tankar, upplevelser och erfarenheter. Ett verbalt beteende är här att *rama in händelser relationellt*, det vill säga *skapa mening i en händelse genom att relatera den till tidigare händelser*.[262] Ramarna är typer av relationer och de som identifieras som möjliga generella klasser är: *koordination*, *opposition*, *distinktion*, *jämförelse*, *hierarkiska relationer*, *temporala relationer*, *spatiala relationer*, *kausalitet* och *positionella relationer*.[263] En viss händelse blir meningsfull när den uppfattas som annorlunda än en annan händelse, som bättre eller sämre än en

---

[260] Niklas Törneke (2001), ”Öst är öst, väst är väst”, i *Beteendeterapeuten* (1), s. 17–21.

[261] Jag hämtar exemplet från Simon Dymond och Ruth Anne Rehfeldt (2000), ”Understanding complex behavior: The transformation of stimulus functions”, i *The Behavior Analyst* (23:2), s. 240.

[262] Ibid., s. 43.

[263] Ibid., s. 35–39; se även Stewart et al. (2001), ”Relations among relations: analogies, metaphors, and stories”, i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition,* s. 73–87, och Wilson et al. (2001), ”Psychopathology and Psychotherapy”, i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition,* s. 211–239.

annan händelse eller som orsakad av en annan händelse. Med hjälp av de ovan presenterade tekniska begreppen kan det verbala beteendet beskrivas funktionellt: En relationell inramning förutsätter att man kan identifiera *abstrakta* relationer som är *ömsesidiga*. Vid inramningen placeras ett fenomen i ett relationellt nätverk, vilket resulterar i en transformation av stimulusfunktionerna hos de relaterade händelserna (det som vanligtvis utlöser ett visst sätt att känna, tänka eller handla i en viss situation utlöser detta även i en annan). Den *relationella responsen*, det *ömsesidiga inbegripandet*, det *relationella nätverket* och *transformationen av stimulusfunktionerna* är de processer som förmågan till verbalt beteende bygger på. De kan även ses som operationella definitioner av det teoretiska begreppet *verbalt beteende*. De gör det möjligt att identifiera manipulerbara processer som man kan utforma terapeutiska tekniker för att påverka. Tillsammans bildar de en funktionell förklaring till subjektivitet och dess kontextuella ursprung.

6.2.4. Psykiskt lidande utifrån ett RFT-perspektiv

Företrädarna för det funktionella perspektivet kritiserar psykiatrin för att felaktigt definiera hälsa som ett normaltillstånd och psykiskt lidande som ett onormalt tillstånd.[264] Orsaken till detta misstag anses vara att psykiatrin tagit över en modell från en annan vetenskap och ett tillvägagångssätt från en annan praktik (den kliniska, biologiska medicinen). Ytterligare en konsekvens av den biologiska, medicinska modellen är att psykiatrin använder sig av syndromdiagnoser.[265] DSM:s modell kan tas som exempel. Här ställs diagnos utifrån ett antal symtom som den diagnosticerande läkaren, psykiatern eller terapeuten måste anse vara uppfyllda.[266] Syndromklassifikationer har till syfte, ”inte bara att organisera tecken och symtom, utan även att upptäcka patologiska

[264] Hayes et al. (1999), s. 4.

[265] Ibid., s. 4–6, och Wilson et. al (2001), s. 212.

[266] Detta är ett tillvägagångssätt som Dominic Murphy kallar en ”klinisk fenomenologi”. Diagnosen är det sätt på vilket en sjukdom ”uppenbarar sig för klinikern” snarare än en bestämning av ett sjukdomstillstånd. Se Dominic Murphy, (2006) *Psychiatry in the Scientific Image*, s. 20, 61–63, 310, även densammes (2005), ”The Concept of Mental Illness: Where the Debate has Reached and Where it Needs to Go”, i *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology* (25:1), s. 118–119, 124–130. Se även kapitel 2, där jag presenterar de diagnostiska kriterierna för BPD.

tillstånd".[267] Skillnaden är att tecken och symtom ligger till grund för en *topografisk klassifikation* (ett visst kroppsligt eller beteendemässigt uttryck eller en viss samling av uttryck), medan ett definierat patologiskt tillstånd ligger till grund för en *klassifikation av funktionella skillnader*. Kopplingen mellan ett visst topografiskt tillstånd och de samexisterande funktionella skillnaderna är inte självklar. Enligt ACT bör psykologin – både den kliniska och den experimentella – rikta in sig på att koppla samman psykopatologiska *processer* med olika behandlingsmodeller. Istället för att koppla ett symtomkluster till ett teknikkluster bör interventionen ske i relationen mellan kontexten och beteendet, i dess funktion. Den biologiska modellen är inte lämplig vare sig som förebild eller som mål för detta arbete:

> Den psykologiska analysnivån består av hela organismen i interaktion med en kontext som ska förstås både historiskt och situationellt. Samtidigt som alla psykologiska händelser kan studeras på biologisk nivå är det svårt, om inte omöjligt, att vara lyhörd för interaktionen mellan en organism och dess omgivning när man exempelvis studerar och analyserar olika kemikalier i hjärnan.[268]

ACT bygger på ett antagande om *normalitetens destruktivitet*, eller närmare bestämt att "vanliga psykiska processer, och främst de som omfattar mänskligt språk", kan orsaka psykiskt lidande.[269] Det är samma processer som gör det möjligt att kommunicera och skapa mening som är de aktiva beståndsdelarna i en stor del av människors psykiska lidande. Relationell inramning ger möjlighet att kommunicera med andra människor, men riskerar samtidigt att skapa "fällor" för tänkandet. Det som gör att människor upplever ångest och rädsla i situationer som utifrån sett inte är farliga eller hotfulla är i grunden samma processer som innebär att vi troligtvis stannar vid en stoppskylt om vi lärt oss att stanna när någon säger "stopp".

---

[267] Hayes et al. (1999), s. 212 (eng. *disorders*).
[268] Wilson et al. (2001), s. 213.
[269] Hayes et al. (1999), s. 6, 49ff.

Orsaken till att psykiskt lidande är så vanligt förekommande och svårt att råda bot på anses vara att språkets struktur och dess centrala plats i människors liv *naturaliserar* meningsskapandet och får det att framstå som automatiskt, självklart och ofrånkomligt. Det är svårt att se meningsskapandet då förmågan att tänka är beroende av det. Skillnaden mellan verbala beskrivningar av verkligheten och den faktiska verkligheten blir osynlig i språket: svårigheten att till fullo förstå skillnaden mellan påståendet ”detta är ett bord” och det faktiska bordet kan orsaka filosofiska dilemman, men innebär sällan existentiella problem. Däremot tenderar svårigheten att skilja mellan tanken ”jag är värdelös” och den egna personen att ha negativa konsekvenser för den som kämpar med verbala konstruktioner i förhållande till sig själv. De verbala processer som sker i båda situationerna kallas inom ACT för *kognitiv fusion*. Detta innebär att inramningen av situationen osynliggörs. Meningsskapandet ses inte som ett *skapande* av mening utan som ett upptäckande av mening. Utsagan om eller värderingen av verkligheten smälter samman med verkligheten själv. Att beskriva ett föremål bestående av en träskiva och fyra ben som ett bord blir detsamma som att föremålet *är* ett bord. Att beskriva den egna personen som värdelös blir detsamma som att man *är* värdelös. Talet om den egna personens värde består av de processer som tidigare beskrivits (*relationell respons*, *ömsesidigt inbegripande*, *relationellt nätverk* samt *transformation av stimulusfunktioner*).

Ur ett funktionellt perspektiv är psykiskt lidande inte någon annan klass av tillstånd än psykisk hälsa. Samma verbala processer leder till lidande som till hälsa. Med Canguilhems ord är en analys av ett beteende på subpersonnivå ”inte längre en fråga om en miljö för levande varelser, inte heller om hälsa eller sjukdom”.[270] I den ”levande varelsens miljö” eller i livsvärlden kan ett tillstånd definieras som hälsa eller lidande, men i analysen av beteendets funktion är det inte möjligt att skilja mellan de kognitiva fusioner som är vardagliga inslag i kommunikation och de som omöjliggör ett fungerande liv. Det fungerande och det ickefungerande fyller båda sin *funktion*.

Att RFT är en teori om verbalt beteende innebär inte att alla tillstånd som klassificeras som psykisk sjukdom ska tolkas som variationer av normalitetens destruktivitet. Vissa tillstånd beskrivs bäst med ”traditionella” förklaringar till

[270] Canguilhem (1966/1989), s. 197.

psykisk sjukdom, exempelvis som ett resultat av serotoninbrist eller andra kemiska obalanser. Men även vid sådana problem kan ”vanliga psykologiska processer förstärka de grundläggande svårigheterna”.[271] Kemisk obalans kan tolkas (relationellt inramas) som ödesbestämt, som stigmatiserande eller som befriande. Även vid fysisk sjukdom kan känslor och tankar utgöra ytterligare en komplikation. Oron för döden vid cancersjukdom eller den påfrestning som kronisk smärta medför är verbala konstruktioner av den situation som sjukdomen innebär för individen.[272]

6.2.5. En funktionell förklaring till psykiskt lidande kontra en vardaglig: Den terapeutiska interventionen som konceptuellt brott

Tanken om ”normalitetens destruktivitet” har en för analysen intressant konsekvens: den lyckade terapeutiska interventionen ska inte resultera i att patienten *slutar* rama in händelser relationellt eller *byter ut* den ram som används. Jag menar att den förändring som ACT strävar efter kan beskrivas som ett konceptuellt brott. Subpersonnivåförklaringen är ett brott med den vardagliga erfarenheten. Den funktionella förklaringen är inkommensurabel med den erfarenhet som den förklarar. Vad som utmärker den tredje generationens terapier är att förklaringens objekt är erfarenheten och vardagsförståelsen, det vill säga det verbala beteendet. Det som förklaras är även det som ska förändras.[273]

Inom ACT är dikotomin mellan *regelstyrt* och *omständighetsstyrt* beteende viktig för att förstå de processer som ligger bakom tillstånd som personlighetsstörningar, depression och ångest. Med regelstyrt beteende avses de handlingar som styrs av principer som inte går att härleda från de aktuella

---

[271] Hayes et al. (1999), s. 6.

[272] För det senare exemplet, se JoAnne Dahls och Tobias Lundgrens (2008) *Släpp taget om smärtan.*

[273] I en neurobiologisk modell förklaras hjärnans funktion och de störningar som där kan uppstå. Den neurobiologiska modellen förklarar inte patientens erfarenhet och förståelse av psykiskt lidande och hjärnan. Relationen mellan neurobiologiska och vardagliga förklaringar kan beskrivas med hjälp av modellen över *medvetandet som ett neuronätverk* (se avsnittet 5.3.5.).

omständigheterna.[274] Omständighetsstyrt beteende är motsatsen, det vill säga att beteendet styrs av den situation i vilken det utförs, av den ”direkta erfarenheten.” Regelstyrt beteende är nödvändigt i de situationer ”då ett omständighetsstyrt beteende hade varit ineffektivt eller till och med dödligt”.[275] Att äta gift, att hoppa från höga höjder och att bli påkörd är handlingar vilkas konsekvenser människor har tydliga åsikter om, oftast utan att de har någon direkt erfarenhet av deras påstådda farlighet. Beteendet regleras av *verbalt formulerade regler*. Ett beteende binds till regler när individen ramar in en händelse relationellt med tidigare händelser, när händelserna placeras i ett *relationellt nätverk*. Utan relationell inramning är händelsen inte förståelig. (Faran med att äta gift är möjlig att uppfatta enbart med hjälp av ett relationellt nätverk som jämför och värderar giftätandet med andra farliga handlingar.) När regler som inte hjälper individen till ett fungerande beteende styr handlandet uppstår psykiskt lidande. Anorektikerns regel att inte äta mat bygger på samma verbala processer som regeln om att inte äta gift, men inverkar negativt på den som följer den.[276] (Däremot förklaras inte ätstörningar enbart utifrån skillnaden mellan regel- och omständighetsstyrt beteende.[277]) För att en förändring av beteendet ska vara möjlig och effektiv bör den terapeutiska interventionen ske i inramningens *kontext*, då ”vi – regelföljarna – lever […] i den potentiellt manipulerbara världen utanför det beteendesystem som studeras”.[278] Beteendet är en effekt av kontexten, vilket gör det ineffektivt att försöka förändra ett beteende utan att förändra kontexten. ACT uppfattas på så sätt som en intervention i (det verbala) beteendets kontext. Beteendets *interna* kontext består av patientens erfarenheter och de processer som tidigare analyserats. Jag urskiljer två strategier som används för att lätta på de ickefungerande reglernas makt över patienten: 1. att ge patienten kunskap om hur menings- och regelskapandet går till (med hjälp av tekniker som synliggör den relationella

[274] Skinner beskriver regelstyrt beteende som ”beteende som kontrolleras av verbala stimuli” (citatet från Steven C. Hayes och Linda Hayes (1996), ”Verbal relations and the evolution of behavior analysis”, i *American Psychologist* (47:11), s. 1384.
[275] Hayes et al. (1999), s. 27.
[276] Av samma anledning som det är svårt för den som följer den fungerande regeln att svälja arsenik, är det svårt för den som följer den ickefungerande regeln att svälja mat.
[277] Se exempelvis Ata Ghaderis och Thomas Parlings (2009), *Lev med din kropp*.
[278] Ibid., s. 23.

inramningen, det vill säga som separerar det som *den kognitiva fusionen* smält samman), och 2. att analysera hur patienten själv ramar in sin situation och konstruerar regler som försvårar ett effektivt sätt att vara i situationen. En sådan analys kallas beteendeanalys och kommer att diskuteras i senare avsnitt.

Teorin om den relationella inramningen besvarar ytterligare en fråga, nämligen varför " ett samtal mellan [patient] och terapeut kan leda till kraftiga förändringar i [patientens] liv […]".[279] Svaret på frågan har redan antytts: ACT är en intervention på samma nivå som patienten upplever och värderar det psykiska lidandet. Här finns även en parallell till diskussionen om *the dodo bird effect*. Samtalsterapi är en effektiv strategi för att behandla psykiskt lidande då samtalet har en unik förmåga att intervenera i patientens verbala processer. Denna möjlighet finns i all samtalsterapi, men förmågan är beroende av hur väl det verbala beteendets interna struktur är kartlagd i den aktuella terapiteorin.

Patientens erfarenhet och vardagsförståelse av psykiskt lidande beskrivs som ett hinder för att den funktionella analysen ska kunna utföras. Inom ACT anser man sig ha kartlagt vardagsförståelsen av psykiskt lidande. Den typiska delas upp i ett antal steg. För det första definieras psykologiska problem som *närvaron av obehagliga känslor, tankar, minnen, kroppsliga upplevelser* med mera. Detta leder till en föreställning om att *de obehagliga upplevelserna är en signal på att något är fel med personen och att detta "något" måste ändras.* En (felaktig eller ickefungerande) slutsats som dras av en sådan tolkning är att *ett hälsosamt och fungerande liv är utom räckhåll om inte de negativa erfarenheterna försvinner.* En sådan slutsats leder i sin tur till att personen börjar använda dysfunktionella hanteringsstrategier. Man kan avlägsna de negativa erfarenheterna genom att *rätta till de brister som orsakat dem* (exempelvis dåligt självförtroende och misstro mot förhållanden), vilket är möjligt genom att *förändra de negativa faktorer som orsakat svårigheten* (dåligt självförtroende på grund av överkritiska föräldrar, misstro som orsakats av sexuella övergrepp).[280] Den verbala processen – den relationella inramningen av det psykiska lidandet – beskrivs som *en beteende-analys baserad på en vardagsförståelse av det psykiska lidandet*, en dysfunktionell beteendeanalys. ACT intervenerar i denna vardagsförståelse genom att

[279] Ibid., s. 27.
[280] Punkterna är hämtade från Hayes et al. (1999), s. 88.

introducera tanken om att den ickefungerande tolkningen – den relationella inramningen – bara är ett verbalt beteende, inte verkligheten i sig. De obehagliga känslorna, tankarna med mera utgör inte direkta återspeglingar av verkligheten, utan upplevelser vilkas inflytande man själv kan bestämma över. Istället för att se på sin situation som hopplös fram till alla negativa upplevelser suddats ut kan individen förändra sitt sätt att förstå och värdera de negativa upplevelserna.

Med hjälp av den funktionella förklaringen till verbalt beteende blir det möjligt för patienten att både förstå de processer som den relationella inramningen består av och betrakta sin erfarenhet och vardagsförståelse på ett nytt sätt. Det nya perspektivet uppkommer inte som en följd av ett byte av förståelseram, utan utgör ett ”metaperspektiv”, en *förståelse av den gamla förståelsen* som dysfunktionell. Tolkningen av det psykiska lidandets orsaker genomgår en förändring som bäst kan beskrivas som ett konceptuellt brott. Den nya förklaringens kriterier – det verbala beteendets interna struktur och det syntaktiska förhållandet mellan stimuli och respons – förhåller sig till de tidigare – dåligt självförtroende, upplevelsen av hopplöshet och så vidare – inte som en *korrektion*, utan som ett *brott*. Det nya sätt att agera som terapin uppmuntrar bygger inte på en ny värdering av samma egenskaper, utan betecknar ett nytt sätt att förhålla sig till behovet av att värdera. De attribut som vardagsförståelsen tillskriver det psykiska lidandet är inte längre användbara i den nya, funktionella förklaringen till psykiskt lidande. Den terapeutiska förklaringsmodellen sätter patienten i stånd att *reflektera över* de egna tolkningarna av situationen. *Det verbala beteendet är inte längre bara ett medium för värderingar, utan ett objekt som är möjligt att värdera* som fungerande eller ickefungerande. ACT är en intervention i de mekanismer som producerar vardagsförståelsen och erfarenheten av psykiskt lidande. Det konceptuella brott som den terapeutiska processen mynnar ut i är beroende av det brott med vardagsförståelsen som terapin och förklaringsmodellen genomför.

6.2.6. Vem är det som accepterar?

Enligt ACT bygger vardagsförståelsen av psykiskt lidande på föreställningen att den kortaste vägen till psykisk hälsa är att skaffa sig kontroll över och rensa ut negativa eller obehagliga aspekter av den egna personen. Detta är även orsaken

till att normala tankar och funderingar ibland har ohållbara konsekvenser. För att lyckas bryta med de ickefungerande problemlösningsstrategier som patienten använder sig av måste föreställningen om kontroll som lösning på problemen ifrågasättas. Tanken att det psykiska lidandet kompliceras och upprätthålls av dysfunktionella *kontroll-* och *förändringsstrategier* är gemensam för ACT, MkT och DBT. De försök att förändra sin situation som patienten gjort utifrån vardagsförståelsen ska ersättas med effektivare strategier utformade utifrån den funktionella modellen. Man identifierar tre möjliga interventioner som ska destabilisera den ickefungerande beteendeanalysen: 1. Synliggörande av de relationella nätverk som den aktuella händelsen ingår i, 2. Synliggörande av de regel- respektive omständighetsstyrda beteenden som utförs, och 3. Ifrågasättande av den vardagliga, ”kulturellt sanktionerade” förståelsen av psykiskt lidande och dess botemedel.[281]

Utifrån en sådan förståelse är psykiskt lidande inte något som kan drabba individen. Det ska istället förstås så att individen förhåller sig till sig själv på ett ”oflexibelt” sätt.[282] Detta oflexibla förhållande till självet delas in i fyra typer. Det handlar om fyra ”tankefällor” eller verbala processer som kan leda till psykiskt lidande. Dessa är: *kognitiv fusion*, *värdering och objektifiering*, *erfarenhetsundvikande* och *skäl som orsaker*.[283]

Dessa definieras som *kulturellt sanktionerade* strategier för att hantera psykiskt lidande. Det rör sig om de sätt på vilka individer i det västerländska samhället uppmanats förstå vad det innebär att känna, tänka och handla. De är strategier som används för att hantera negativa eller obehagliga känslor, tankar och handlingar, men även för att navigera i det sociala. *Kognitiv fusion* har presenterats i tidigare avsnitt. Denna innebär att upplevelsen likställs med verkligheten. Tanken ”jag är dålig” blir till en utsaga om sakernas tillstånd, till en beskrivning av den egna personen. Enligt ACT är det lämpligare att studera en sådan tanke ”icke-dömande”. Istället för att handla efter den bör man tolka tanken som ett tecken på att ”jag är en person som just nu har en känsla som

---

[281] Se Hayes et al. (1999), s. 45 ff, 65–69, 95–98,118, Wilson et al. (2001), s. 217–218 och Hayes (2002), s. 104.
[282] Hayes et al. (1999), s. 49ff.
[283] Ibid., s. 72–77. På engelska förkortas de till FEAR (*Fusion*, *Evaluation*, *Avoidance* och *Reasons*).

kallas 'depression'".[284] Fusionen sker när tanken och verkligheten smälter samman.[285]

Värdering och objektifiering beskriver förmågan att tänka på en händelse som vore det ett ting. Detta leder till att händelsen avkontextualiseras och skiljs från sitt sammanhang. Etiketter som "ångest" och "psykisk sjukdom" sätts på människors reaktioner vid helt olika händelser, men antas vara samma "ting" därför att de beskrivs med samma ord. Även ouppnåeliga tillstånd, som evig lycka utan motgångar och negativa upplevelser, konstrueras med hjälp av språket. Eftersom vi kan formulera ett sådant tillstånd i ord är det ett tillstånd som vi kan sträva efter. Men eftersom det är ouppnåeligt är strävan dömd att misslyckas.

Erfarenhetsundvikande är en process som manifesteras i slutsatsen att en situation (inom eller utanför människan) som orsakar obehag, ska undvikas. Men det som undviks är enbart *erfarenheten* av lidandet, inte det som faktiskt utlöser det. Spindelfobi kan ge upphov till ett beteendemönster där man undviker att se eller vara nära spindlar. Men oron för att det ska finnas en spindel i närheten och tankarna på spindlar inverkar fortfarande negativt på välbefinnandet. Hanteringsstrategin bidrar inte till att lösa problemet.

Skäl som orsaker innebär att vi "förklarar och rättfärdigar vårt beteende i emotionella och kognitiva termer."[286] Att identifiera vad man upplever vara orsaken till sitt hälsotillstånd blir att legitimera det. Om ångest anses orsakad av att andra människor är i närheten, är den rätta responsen att inte ha andra människor i sin omgivning. Skäl kan skapa *förståelse*, men är meningslösa, eller till och med destruktiva, om personen använder dem för att *förklara* det psykiska lidandet. Detta är fyra "tankefällor" som kan genereras då vi använder oss av språket för att tänka eller kommunicera. I nästa kapitel kommer jag att beskriva tekniker som används för att ifrågasätta dessa verbala processer.

---

[284] Ibid., s. 73.

[285] Ett annat exempel på den kognitiva fusionens makt över tänkandet är de svårigheter som utsagan "detta påstående är falskt" skapat. Utsagans självmotsägelse begränsar sig till den språkliga nivån. Foucault har uppehållit sig vid René Magrittes tavla *La trahison des images* (*Ceci n'est pas une pipe)* som bygger på ett liknande synliggörande av kognitiv fusion (se dennes (1968), "This is not a pipe", i *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, s. 187–203). Ingen, inte ens Foucault, undgår språkets grepp om verkligheten.

[286] Hayes et al. (1999), s. 76.

Terapeuten och patienten identifierar de dysfunktionella hanteringsstrategierna med hjälp av beteendeanalys. ACT:s kunskapsobjekt kan beskrivas som *funktionsanalytiska förklaringsmodeller av relationen mellan ickefungerande hanteringsstrategier, språkanvändning och psykiskt lidande*. Inom ACT används acceptansfokuserade tekniker för att motverka patientens sätt att tolka psykiskt lidande och dess orsaker. Om patientens *förändringsstrategier* ses som den primära orsaken till det psykiska lidandet, är acceptans inför känslor, tankar och handlingar den mest effektiva lösningen, då nya förändringsstrategier riskerar att förstärka de fyra tankefällornas makt har över patienten.

Teorin om relationella ramar ska ses som en teknisk, beteendevetenskaplig förklaring till det som vardagligen kallas för patientens ”jag” eller medvetande. Individens ”medvetande” (eng. *mind*) förklaras som

> [i]ndividens repertoar av offentliga och privata verbala aktiviteter (i vårt tekniska bruk av begreppet verbal): värderande, kategoriserande, planerande, resonerande, jämförande, hänvisande och så vidare. Även om vi kommer att använda verb-formen [medvetande] är medvetandet inte något ting. Hjärnan är ett ting, med vit och grå substans, olika strukturer med mera, men medvetandet är en repertoar och inte någon plats. ”Att medveta” skulle vara en bättre men omständligare beskrivning.[287]

Vad som i vardagligt tal kallas för jaget eller personen beskrivs nu istället som det verbala beteendets interna struktur. Jag menar att detta har två viktiga konsekvenser. *För det första* beskrivs detta medvetande som en ”verbal aktivitet” snarare än som personens essens. Personen – det individuella och partikulära – anses därmed uppstå i interaktionen mellan beteendet och kontexten. Detta illustrerar återigen att teorin om relationella ramar är en subperson-nivåförklaring till subjektivitet. Det partikulära kan förklaras utifrån de generella principer som styr det interna beteendet. *För det andra* bygger teorin på kunskap som producerats i laboratoriestudier av beteendeprinciper. Det rör sig om en vetenskapligt producerad förklaring av människan som tillhandahåller ett nytt sätt för individen att förhålla sig till sig själv, sina känslor, tankar och

[287] Ibid., s. 49.

handlingar. I tidigare kapitel har jag diskuterat den vetenskapliga kunskapens särställning när det gäller produktionen av sann kunskap. Kunskapens legitimitet och effektivitet är en effekt av vetenskapens struktur och brott med vardagskunskapen. Den funktionella modellen tillhandahåller ett nytt sätt för individen att upptäcka och utöva sanningen om sig själv.

6.3. Metakognitiv terapi

I detta avsnitt kommer jag att analysera den metakognitiva terapimodell som utvecklats av Adrian Wells. Med "metakognitioner" avses de kognitioner som rör andra kognitioner. En kognition är en *tankeprocess*, vilket innebär att metakognitioner är de tankeprocesser som riktar sig mot andra tankeprocesser – de känslor, tankar och handlingar som riktar sig mot känslor, tankar och handlingar.

Man kan dela upp metakognitioner i två generella typer: metakognitiv *kunskap* (kognitiva processer som skapar kunskap om andra kognitiva processer) och metakognitiv *kontroll* (kognitiva processer som gör det möjligt att kontrollera eller styra de egna kognitiva processerna). *Kontrollen* över tankeprocesserna följer av *kunskapen* om dem. Den metakognitiva terapimodellen syftar till att ge patienten metakognitiv kontroll, men kontrollen förutsätter att patienten har kunskap om tankeprocesserna. Man kan identifiera fyra "nivåer" i en sådan förklaring: *metakognitioner*, *kognitioner*, *faktiska tankar* och *de objekt som dessa tankar riktar sig mot*.

MkT liknar på många sätt både ACT och DBT, inte minst därigenom att man ser patientens förhållande till de egna känslorna, tankarna och handlingarna som en viktig komponent i det psykiska lidandet. Metakognitioner har stora likheter med ACT:s definition av hanteringsstrategier: det handlar om individens värderingar och tolkningar av erfarenheter och upplevelser. En skillnad gentemot ACT och DBT är den *metakognitiva* utgångspunkten, men de terapeutiska effekterna kan beskrivas på liknande sätt. Ett av de primära målen med terapin är att lära patienten gå in i ett fungerande metakognitivt tillstånd, det vill säga observera och reglera/kontrollera känslor, tankar och handlingar på ett effektivt sätt.

Enligt Adrian Wells är den metakognitiva teorin en klinisk tillämpning av den kognitiva vetenskapens resultat.[288] Den kognitiva teorin beskriver den kognitiva struktur vari information bearbetas, medan den metakognitiva teorin beskriver patienten sätt att *relatera* till de kognitiva processerna eller till det egna sättet att känna, tänka och handla. I en sådan arbetsdelning intervenerar terapin i de metakognitiva strukturerna eller strategierna, inte i den kognitiva strukturen.

6.3.1. Metakognitioner och depression

Enligt Wells förklarar den kognitiva beteendeterapin depressioner och emotionella störningar så att individens känslor och tolkningar av intryck inte står i samklang med omvärlden. Denna process kallas vanligen *aktivering av dysfunktionella scheman.* Ett schema består av *föreställningar* om den egna personen och om världen (om den egna personens värde exempelvis) samt *antaganden* om relationen mellan händelser och självförståelse (om relationen mellan fakta och tankar exempelvis).[289] För att beskriva den metakognitiva förklaringsmodellen som ett viktigt steg framåt i den kognitiva terapins utveckling jämför Wells KBT:s traditionella beteendeanalys över en patient med ångest eller depression med MkT:s beteendeanalys. Wells menar att en traditionell beteendeanalys består av tre generella kategorier av frågor: 1. *Vad utlöser ångesten eller depressionen?* 2. *Vilka tankar aktiveras när ångesten eller depressionen uppkommer?* 3. *Vilka är de emotionella och beteendemässiga reaktionerna i denna situation?*[290] När en metakognitiv nivå tas in i förklaringsmodellen måste beteendeanalysens form modifieras. I den ”utvidgade” – metakognitiva – beteendeanalysen av hur depression gestaltar sig kompletteras de ursprungliga tre frågorna med tre aspekter av den metakognitiva processen. De tre metakognitiva aspekterna är: 1. *Patientens explicita*[291] *antaganden om tankars och känslors betydelse.* Det vill säga vad patienten tror att tankar och

---

[288] Wells (2005), s. 338.
[289] Eng. *beliefs* och *assumptions.*
[290] Adrian Wells (2002), *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, s. 105.
[291] Med explicit menas deklarativ kunskap (som kan uttryckas i ord) i motsats till implicit eller procedurell kunskap (förmågan att utföra handlingar som kunskapen rör) (ibid., s. 105).

känslor är och vilken inverkan hon tror att de kan ha på världen. 2. *Den explicita kunskap som den kognitiva kontrollen vilar på.* Det vill säga hur patienten förklarar och rationaliserar sin strävan efter kontroll över de egna känslorna, tankarna och handlingarna. Och slutligen 3. *De implicita metakognitioner eller kunskapsbearbetningsstrategier som personen utformat utifrån självrapportering eller observation av kognitiva och beteendemässiga processer vid ett dysfunktionellt emotionellt tillstånd.* Det vill säga formen hos de aktuella metakognitionerna.[292] I Wells version av kedjeanalysen införs ett ”m” (metakognitioner) som fungerar som ett filter mellan ”beteende”[293] och dess antecedenter och konsekvenser (en ny och omständlig beteckning skulle vara ”AmBmCanalys”). De beteenden som analyseras ses som en funktion av de metakognitioner som aktiveras i en viss situation. Enligt MkT beror individens agerande på vilka metakognitiva planer som hon använder för att filtrera och värdera händelser, känslor, tankar och handlingar. En viktig poäng är att metakognitioner inte är en process som riktar sig enbart mot *kognitiva* processer. De kan röra de egna handlingarna likaväl som de egna tankarna och känslorna. Beteendevetenskapligt kan metakognitioner beskrivas som en *intern kontext* för både *externt* och *internt* beteende (tankar och känslor). På så sätt närmar sig MkT samma fråga som ACT (och för övrigt DBT som vi ska se senare), men utifrån ett annat teoretiskt ramverk: hur patientens förhållande till de egna känslorna, tankarna och handlingarna inverkar på det psykiska lidandet.

6.3.2. En modell av självreglerande exekutiva funktioner

Navet i MkT:s förklaring till psykiskt lidande är en modell av *självreglerande exekutiva funktioner. Exekutiva funktioner* är ett begrepp som används i ett flertal vetenskapliga kontexter för att beskriva de processer i hjärnan eller det kognitiva systemet som övervakar andra neurologiska eller kognitiva processer. Begreppet har kritiserats för att vara alltför diffust och omöjligt att använda på

---

[292] Ibid., s. 106.

[293] I en rent kognitiv modell har ibland A:et stått för ”aktiverande händelse”, B:et för antaganden [eng. *beliefs*] och C:et för de emotionella och beteendemässiga konsekvenser som antagandet resulterar i. I ACT:s och DBT:s begreppsapparater kan de antaganden som representeras av B:et ses som ett *internt* beteende.

ett effektivt och enhetligt sätt; det har exempelvis använts för att beskriva både psykiska och anatomiska funktioner.[294] Men trots dessa brister menar Wells att den kognitiva forskningen om exekutiva funktioner utgör en lämplig utgångspunkt för terapiteori. Anledningen är att den visat sig ha ett tillämpningsområde i utformningen av modeller av de kognitiva processer som är inblandade i psykiskt lidande.[295] Den pekar även på möjliga sätt att intervenera i dessa kognitiva processer. Jag tolkar Wells tillägg *"självreglerande"* som att modellen enbart rör psykiska fenomen. Det som regleras är det (meta-)kognitiva systemet, vilket innebär att begreppet beskriver *psykiska* funktioner. I Wells tappning bygger de självreglerande exekutiva funktionerna (SREF)[296] på ett antagande om

> en mångdimensionell kognitiv arkitektur som består av tre interaktiva nivåer: en nivå som styrs av automatiska och reflexmässiga bearbetningsmekanismer, en nivå som styrs av uppmärksamhetskrävande men frivillig bearbetning samt en nivå av lagrad kunskap eller antaganden om självet.[297]

SREF betecknar en viss form eller sammansättning som den kognitiva strukturen kan anta. Modellen beskriver individens självreglering, som styrs av hennes antaganden om sig själv. Den "värderar externa händelser och kroppsliga signaler, men fyller även en metakognitiv funktion såtillvida att den värderar tankar och bestämmer hur individen ska handla utifrån dem".[298] Med SREF förklaras psykiskt lidande som ett resultat av en process i ett antal steg (se även modellen här nedan): ett visst stimulus startar de automatiska och reflexmässiga processerna (den understa nivån), som resulterar i vissa kroppsliga upplevelsers och tankars inträngande i individens medvetande. De självreglerande exekutiva funktionerna (den mellersta nivån) värderar de kroppsliga reaktionerna och

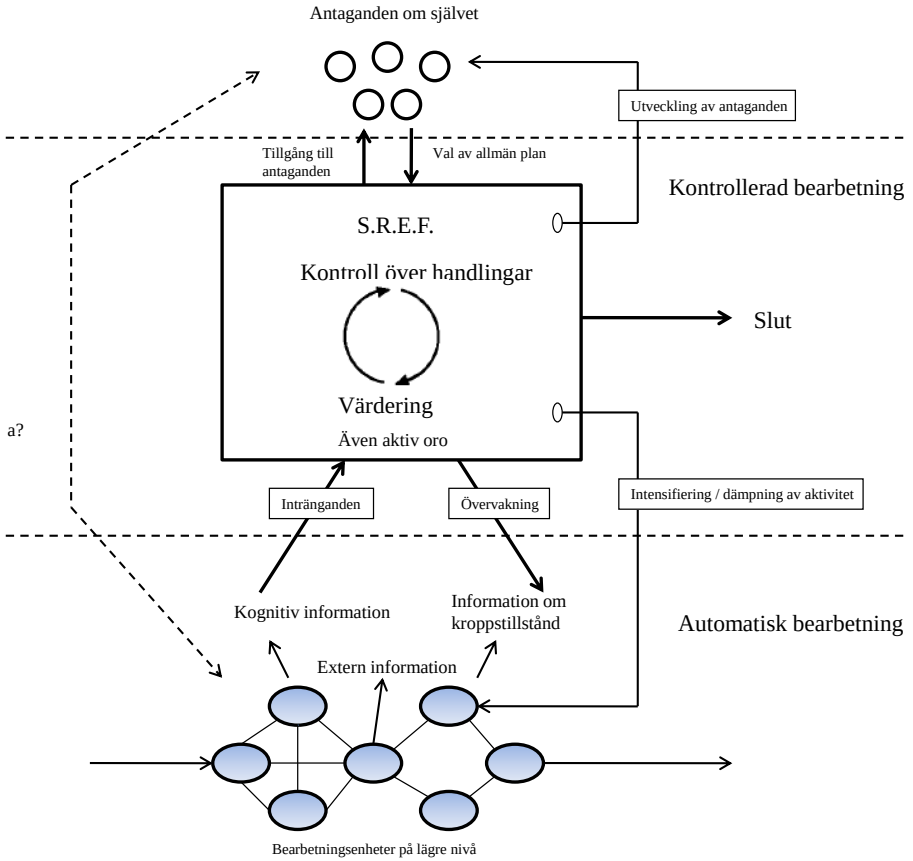
---

[294] Se exempelvis Donald T. Stuss och Michael P. Alexander (2000), "Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view", i *Psychological Research* (63:3–4), s. 289–298.
[295] Adrian Wells och Gerald Matthews (1996), "Modeling cognition in emotional disorder: The S-Ref model", i *Behaviour Research & Therapy* (34:11–12), s. 881–888.
[296] Den engelska förkortningen är S-Ref, men bindestrecket faller bort i den svenska förkortningen.
[297] Ibid., s. 882.
[298] Ibid.

tankarna och väljer en hanteringsstrategi utifrån individens antaganden om sig själv (den övre nivån). Det finns en kontinuerlig interaktion mellan de tre nivåerna och individens antagande om sig själv återverkar på de tankar som uppstår och på de kroppsliga upplevelserna. Förklaringen sammanfattas i en modell av de självreglerande exekutiva funktionerna (se figur 1).

Modellen beskriver ett normalt fungerande (hur normal och effektiv bearbetning av tankar och kroppsliga upplevelser sker), men kan även förklara dysfunktionalitet eller psykiskt lidande. Vid psykiskt lidande upplever individen inte bearbetningen av de egna tankarna och kroppsliga upplevelserna som frivillig, utan uppfattar i stället bearbetningen som negativ i sig.[299] Stimulus eller den utlösande händelsen kan vara en konkret situation, men oftast är den en mental händelse: en tanke som dyker upp i huvudet. Ett exempel på en sådan mental händelse är tanken ”jag kommer aldrig att bli färdig med den här avhandlingen”. Denna tanke leder till reflexmässiga reaktioner i form av oro. Händelsen utlöser olika hanteringsstrategier som bygger på den initiala tanken, exempelvis ”om jag tar fasta på min oro så kommer jag att arbeta mer med avhandlingen och därigenom bli färdig”. Den efterföljande tanken är en metaföreställning då den riktar sig mot den egna oron, inte mot de faktiska tidsplanerna eller hur skrivandet ser ut. Denna tankekedja utgör en *strategi för att hantera* ens sätt att tänka, baserad på ens självuppfattning – i exemplet antagandet om vad som skulle hjälpa mig bli klar med avhandlingen. När individen upplever att oron har hjälpt henne att förbereda sig inför den stundande händelsen (i exemplet att disputera) bör under normala omständigheter oron avta. Enligt MkT är processen i sig normal och inte unik för depression eller emotionella störningar. Den är ett exempel på hur det mänskliga tänkandet utvecklats och fyller en viktig funktion (både i en funktionsanalytisk och i en evolutionsteorietisk definition av begreppet). Men om de strategier som konstrueras för att hantera den initiala oron tar överhanden, om de oroliga tankarna blir för många och alltför specifika, kan en ny typ av metaföreställningar uppstå. De antar formen av en oro för den egna oron, en *metaoro*: ”Om jag bara oroar mig för att avhandlingen inte ska bli färdig kommer jag att bli galen. Jag kommer att få skrivkramp om jag fortsätter så här”. Metaoron leder till en rundgång: den resulterar i fysiska, kognitiva eller

[299] Ibid., s. 885.



Figur 1: ”Schematisk återgivning av SREF-modellen av emotionell störning” (från Wells och Matthews (1996), s. 883).

emotionella förändringar, vilka tas till intäkt för att oron är välgrundad (det är rätt att oroa sig då det verkar vara något i situationen som inte står rätt till), men även för att den är otillräcklig. Metaoron ökar, vilket resulterar i allt starkare fysiska, kognitiva och emotionella förändringar (som påverkar den ursprungliga ”typ 1-oron”). Metaoro som hanteringsstrategi är därmed dysfunktionell om den inte hjälper individen att hantera situationen. Vad som

skiljer fungerande metastrategier från dysfunktionell metaoro är att den förra kan vara effektiv för att hantera en stressig situation (genom att driva på utstakandet av planer för hur situationen ska hanteras), medan den senare är destruktiv på så vis att den ökar mängden oro hos individen till den grad att inga konkreta strategier kan utvecklas.[300] Med tanke på hur jag tidigare presenterat RFT:s beskrivning av verbalt beteende är det intressant att metaoron enligt MkT ofta antar formen av tankar, det vill säga att metakognitioner är beroende av språket för att förstärka eller försvaga ett visst beteende eller en viss känsla. En viktig skillnad är att företrädarna för MkT tenderar att beskriva psykiskt lidande som normala funktioner som spårat ur eller som fungerar dysfunktionellt och lägger mindre vikt vid lidandet och den normala orons funktion av den kontext de uppstår i. Detta är först och främst en begreppslig skillnad som inte har nämnvärd inverkan på hur interventionen i problembeteendet beskrivs.

6.3.3. Objekts- och metakognitivt tillstånd

Orsaken till de dysfunktionella hanteringsstrategierna är att de mentala händelserna tolkas som en beskrivning av verkligheten. Förklaringen har tydliga likheter med ACT:s idé om *kognitiv fusion*. Den terapeutiska interventionen består i att de mentala händelsernas objektivitet ifrågasätts, och patienten uppmanas att istället betrakta de egna föreställningarna som enbart tankar och känslor. Interventionen syftar till att producera vad som kallas för ett *metakognitivt tillstånd*, som är ett av två tillstånd som är relevanta i den metakognitiva terapimodellen. Det andra tillståndet kallas *objektstillstånd*, vilket är det tillstånd där språk (i form av tolkningar av världen) och verklighet smälter samman.[301] Dessa är de båda sätt på vilket det självreglerande exekutiva systemet kan matas med information.

---

[300] Wells (2000), s. 158–160. Det finns likheter med ACT:s tanke om att en av de viktigaste egenskaperna som människans evolutionära historia resulterat i är förmågan att planera inför framtiden. Det är även denna förmåga som gör att människor oroar sig för och handlar med tanke på potentiella framtida risker, något som kan resultera i psykiskt lidande.

[301] Skillnaden mellan ett objekts- och ett metakognitivt tillstånd är inte den mellan automatiska eller reflexmässiga tankar och reflexiva tankar. Objektstillståndet och det metakognitiva tillståndet beskriver två förhållningssätt som de självreglerande exekutiva funktionerna kan anta.

Objektstillstånd	Metakognitivt tillstånd
Metakognitioner: * Tankar beskriver verkligheten (hot är objektiva). * Tankar måste leda till handling.	**Metakognitioner:** * Tankar är händelser, inte verklighet (hot är subjektiva). * Tankar måste utvärderas.
Mål: * Att eliminera hot.	**Mål:** * Att modifiera tänkandet.
Strategier: * Att utvärdera hot. * Att iscensätta hotreducerande beteende (att oroa sig, hotövervakning).	**Strategier:** * Att utvärdera tankar. * Att iscensätta ett metakognitivt kontrollbeteende (att hejda oron, att omdirigera uppmärksamheten).
Troligt resultat * Att den maladaptiva kunskapen stärks.	**Troligt resultat** * Att kunskapen omstruktureras. * Att nya planer utvecklas.

Figur 2: Jämförelse av objekts- och metakognitivt tillstånd (från Wells (2002), s. 28).

Om patienten befinner sig i ett objektstillstånd är upplevelser, värderingar och föreställningar referensramen för hur hon tolkar det psykiska lidandet och sin situation. Dessa bildar även utgångspunkten i patientens försök att må bättre. Ett annat sätt att beskriva detta vore att det är känslors, tankars och handlingars *innehåll* som bestämmer hur de värderas. MkT uppfattar det metakognitiva tillståndet som ett mer effektivt sätt att relatera till situationens omständigheter. Patienten uppmanas att observera de funktioner som känslor, tankar och handlingar fyller i det psykiska lidandet. Men att vara i ett metakognitivt tillstånd är inte att utföra en funktionell beteendeanalys. Med hjälp av en modell som beskriver de båda tillstånden blir det möjligt att effektivt och funktionellt analysera individens situation, de försök som gjorts för att förändra den samt alternativa, mer effektiva strategier som kan tas i bruk. De båda

tillstånden beskriver en skillnad i vad patienten uppmanas att rikta sin uppmärksamhet (eller *medvetenhet*) mot. I det metakognitiva tillståndet framstår de egna tankarna och känslorna som en subjektiv upplevelse av världen.

MkT lägger inte lika stor vikt vid acceptans och närvaro som ACT och DBT. Strategin att ”omdirigera uppmärksamheten” förutsätter exempelvis en starkare kontroll av det egna beteendet än motsvarande strategier hos de andra terapiformerna. Generellt används förändringsstrategier i större utsträckning inom MkT än inom ACT och DBT. Man använder fler tekniker för att kontrollera de dysfunktionella hanteringsstrategierna i syfte att förändra dem och konstruera ny, mer funktionell metakunskap. Skiftet från ett objektstillstånd till ett metakognitivt tillstånd gör det möjligt att ifrågasätta tankar som direkta återspeglingar av verkligheten. Att vända tanken från det som upplevs som ett hot till tankarna och upplevelserna om hot blir ett sätt att omdirigera det kontrollerande beteendet från det upplevda hotet till upplevelsen av hotet.[302] Acceptansbaserade tekniker är dock inte helt frånvarande inom MkT. I nästa kapitel kommer jag att visa hur vissa metakognitiva tekniker beskrivas bygger på acceptans av de egna känslorna, tankarna och handlingarna.

Objektstillståndet uppfattas inte som ett dysfunktionellt beteende, men som en vanlig komponent i det psykiska lidandet, en vanlig typ av dysfunktionell hanteringsstrategi som reproducerar och förstärker det psykiska lidandet och försvårar ett effektivt förhållningssätt. Att psykiskt lidande ofta innebär att personen alltför intensivt använder sig av och förlitar sig på den kunskap som produceras i ett objektstillstånd är inte något diagnosspecifikt påstående. Därmed begränsar sig inte heller MkT till en viss diagnos. De dysfunktionella strategierna används av nästintill alla människor; de är en del av det mänskliga sättet att tänka och förhålla sig till sina tankar. Man menar däremot att det är extra viktigt för individer med depression, olika emotionella störningar och ångestproblematik att träna på att försätta sig i ett metakognitivt tillstånd.

> Den självreglerande exekutiva funktionsteorin […] om psykisk sjukdom betonar likheterna mellan olika psykiska sjukdomar ifråga om maladaptiva kognitiva processer. Teorin utgår från att

[302] Alla dessa strategier förutsätter att de upplevda hoten är just upplevda och inte reella. Frågan om hur patient och terapeut ska försäkra sig om detta förblir obesvarad.

> alla [psykiska] sjukdomar är kopplade till en aktivering av ett dysfunktionellt kognitionsmönster, som kallas kognitivt uppmärksamhetssyndrom (KUS) [*cognitive attentional syndrome*, CAS]. Detta syndrom omfattar en icke-flexibel självfokuserad uppmärksamhet, varaktiga tankestilar som innefattar oro och ältande, uppmärksamhetsstrategier som hotövervakning och hanteringsbeteenden som inte förmår modifiera felaktiga föreställningar.[303]

De metakognitiva kontrollstrategierna – strategier för att kontrollera de egna kognitionerna – är centrala beståndsdelar i individens förhållande till sitt tänkande. Strategierna kan anta två former, *övervakning* och *modifiering* av objektsnivån.[304] De två *självreglerande* strategierna styrs av patientens självförståelse, i form av exempelvis känslor eller självbilder.[305] Terapins syfte är att hjälpa individen att formulera mål som inte utgår från objektsnivån (och den dysfunktionella kunskap som skapas där) och att sätta patienten i stånd att dra nytta av ett metakognitivt tillstånd för att samla kunskap om de egna tankarna och reglera dem på ett funktionellt sätt.

MkT beskrivs som en vidareutveckling av den kognitiva terapin. Schemateorin (det vill säga den traditionella kognitiva teorin) förklarar negativa schemans *uppkomst* (genom att härleda en tankes innehåll till exempelvis omständigheter i barndomen), men den metakognitiva modellen förklarar varför dessa scheman *reproduceras* (varför selektiva tankeprocesser uppstår och reproducerar individens negativa antaganden). Med en sådan beskrivning av traditionella kognitiva teorier närmar man sig Hayes kritik av den andra generationens terapier.

Den bild av psykiskt lidande som målas upp inom MkT förkroppsligas av en person som tolkar sina känslor, tankar och handlingar på ett alltför bokstavligt sätt. Istället bör patienten ställa sig vid sidan av de egna tankarna och inta ett metakognitivt tillstånd. Patienten uppmanas att betrakta sig själv och sitt

---

[303] Wells (2005), s. 338–9.
[304] Wells (2002), s. 10–12. Tidigare har dessa två strategier beskrivits som metakognitiv kunskap och metakognitiv kontroll.
[305] Ibid., s. 127.

agerande i enlighet med modellen av de självreglerande exekutiva funktionerna och de processer som de olika tillstånden består av. Precis som inom ACT blir det fråga om dubbel interpellation: både en förklaring av subjektivitetens interna struktur *och* en uppmaning att ingripa i det egna sättet att känna, tänka och handla i linje med denna förklaring.

6.3.4. Interna beteenden eller kognitioner?

Vad innebär det att MkT utgår från ett metakognitivt perspektiv, medan ACT och DBT är beteendeterapier? Beteendevetenskapen har kritiserat den kognitiva teorins fokus på tankar och dess mentalistiska tendens. I Hayes beskrivning av ACT och den tredje generationens terapier kännetecknas de av intresset för att förklara *internt beteende*. Vad som traditionellt skiljer beteendeterapi från kognitiv terapi är den förras fokus på beteende samt den roll som beteendets kontext spelar i upprätthållandet av psykiskt lidande. Inom ACT förstås medvetandet eller förmågan att kommunicera verbalt som beteendets interna kontext. Inom MkT beskrivs ett självreglerande exekutivt system som styrs av verbalt formulerade tankar och känslor samt ”självbilder”. Förklaringsmodellerna har viktiga formella skillnader, men deras funktion är densamma: att synliggöra de *processer* som är aktiva i människors försök att relatera till sina känslor, tankar och handlingar. (Även de tekniker som används för att intervenera i denna relation liknar varandra. Mer om det senare.)

Niklas Törneke, svensk psykolog och terapeut som är inspirerad av ett RFT-perspektiv, menar att MkT är mottaglig för den beteendevetenskapliga kritiken om de mentalistiska förklaringarnas svagheter.

> I våra försök att förtydliga och utveckla de teoretiska begrepp vi använder snärjer vi lätt in oss i konstruktioner som ligger långt från de fenomen vi vill beskriva. Att tala om automatiska tankar är lätt och fruktbart. Vi kan alla iakttaga dessa hos oss själva och våra patienter bekräftar att de har en liknande upplevelse. Men är det någon av läsarna som iakttagit ett ”självschema” i sin inte värld? Eller en ”Självreglerande Exekutiv Funktion ([SREF])” […]? Trots att vi vet att ”scheman”, ”[SREF]” och ”grundantaganden” inte är tillgängliga i vår erfarenhet av oss själva utan är teoretiska konstruktioner så präglas diskussionerna i kognitiv terapi ofta av objektifiering av den här typen av hypotetiska inre

> ting, såsom om de låg i ett hörn av vår hjärna. Begreppen är till för att hjälpa oss men jag tror att de ofta har negativa konsekvenser som t.ex. att förmedla en statisk syn på våra patienter, att de ”är” på ett visst sätt eftersom de ju ”har” dessa ting i sitt inre.[306]

Törneke gör gällande att teoretiska begrepp ofta objektifieras i ”diskussioner i kognitiv terapi”. Han problematiserar kognitiv terapi i allmänhet, inte just dessa begrepp. Kritiken kan tolkas så att det kognitiva fältet, som ligger ämnesmässigt nära ideologiska tankar om själen, medvetandet och jaget, är särskilt sårbart för mentalistisk påverkan. Den kognitiva teorins begrepp lämpar sig väl i ideologiska diskussioner om medvetandet och jaget i kraft av deras vetenskapliga ursprung och förklaringsförmåga. Om detta stämmer ligger det mereologiska felslutet närmare till hands i den kognitiva terapin än i de beteendeterapeutiska terapierna. Även om mentalismens faror uppmärksammas i den beteendeterapeutiska analysen är den inte immun mot ideologiskt intrång. En relationell inramning kan lika lätt förtingligas som en del av vårt beteende (och upphör därigenom att betraktas som ett analytiskt, funktionellt begrepp) som de kognitiva begreppen kan tillskrivas individens inre. *Den traditionella beteendevetenskapen* – som den första generationens terapier grundade sig på – hade mekanistiska tendenser då den sökte intervenera i beteende genom att skapa endimensionella förändringar i individens omgivning. De moderna beteendeterapiernas analys av *internt* beteende minskar risken för mekanistiska förklaringar, men leder samtidigt terapierna närmare olika mentalistiska förklaringar. För en analys av terapins ideologiska sätt att fungera är det inte en fråga om vilken av ”generationerna” eller de terapiteoretiska inriktningarna som har en sann bild av människan, utan om hur dessa bilder *används. Det är det sätt på vilket subjektet konstitueras som bestämmer om en viss praktik fungerar ideologiskt.*

[306] Törneke (2001), s. 17.

6.4. Dialektisk beteendeterapi

Jag kommer nu att analysera den tredje och sista terapimodellen, dialektisk beteendeterapi, som i likhet med ACT är en beteendeterapi. Vad som skiljer dem åt är att DBT utvecklats för ett specifikt kliniskt ”problem”, nämligen patienter med diagnoserna BPD och (i en svensk kontext) IPS. Först i efterhand har en förklaringsmodell utarbetas för att teoretiskt beskriva patientens problem och de relevanta terapeutiska processerna. Inom ACT gör man istället en poäng av att klinisk tillämpa en redan befintlig teori om verbalt beteende. Vägen till en komplett terapi kan gå i olika riktningar. Men målet är detsamma: en utvecklad och effektiv terapimodell som innehåller både breda och snäva utsagor. Att DBT utvecklats med tanke på en viss patientgrupp innebär att dess förklaringsmodeller är relativt snäva och inriktade på att förklara de specifika problem som BPD utgör. På senare år, allteftersom den dialektiska teorin utvecklats, har DBT-modellen modifierats för att även kunna tillämpas på andra patientgrupper.

Utvecklingen av DBT beskrivs som en reaktion på bristerna hos den traditionella behandlingen av BPD.[307] Många av de tidigare behandlingsstrategierna var varken anpassade till de problem som BPD innebär för patienten – en oförmåga att reglera känslor, hindra impulsiva handlingar och etablera fungerande relationer till andra – eller observanta på de försvårande omständigheter som BPD innebär för terapin. Det senare handlar om att förmågan att relatera till andra människor på ett balanserat sätt är central i terapisituationen (då samtalsterapi i mångt och mycket bygger just på relationen mellan terapeut och patient). Om någon av de inblandade (patienten eller terapeuten) saknar denna färdighet omöjliggörs terapeutiska interventioner. Inom DBT läggs stor vikt vid både de problem som patienten upplever och den fungerande relationen mellan terapeut och patient.

Många menar att DBT är ett viktigt steg i den kognitiva beteendeterapins utveckling. Samtidigt är det inte någon helt ny terapiform, utan en vidareutveckling av äldre tankegångar. De interventionsstrategier som DBT har

---

[307] Åsa Nilsonne (2004), ”Tredje gradens brännskador i själen: Introduktion”, i Marsha Linehan *Dialektisk beteendeterapi: Färdighetsträningsmanual*, s. 7.

gemensamt med traditionell KBT och BT är exempelvis *exponering med responsprevention* (att utsättas för något som upplevs som obehagligt utan att reagera på det), *färdighetsträning* (att lära in ett nytt sätt att agera) och *kognitiv omstrukturering* (att förändra hur ett fenomen tolkas och värderas). Andra delar av DBT anses vara mer eller mindre unika för terapiformen. Dessa är: 1. uppdelningen mellan primära och sekundära mål (det primära målet är att förhindra självmord(-sförsök) och ”andra terapistörande beteenden”,[308] det sekundära målet att patienten ska lära sig vissa grundläggande färdigheter, exempelvis att validera sig själv och att bearbeta sorg), 2. att man använder sig av medveten närvaro, 3. att man betonar ”världens dialektiska struktur” (se nedan om de dialektiska strategierna), 4. Att man lär ut specifika färdigheter i fråga om att reglera känslor, 5. att terapeuten lämnar ut sig själv i högre grad än vad som är brukligt inom andra terapier samt 6. att validering är en viktig terapeutisk strategi.[309] De instrument och tekniker som används i DBT kommer att analyseras i nästa kapitel. Här ska jag istället presentera hur man förklarar mänskligt fungerande och dysfungerande, med betoning på de emotionella och kognitiva problem som går under beteckningarna BPD och IPS.

6.4.1. Den biosociala teorin i utveckling

Den biosociala teorin går i korthet ut på att det finns ett samspel mellan biologiska (huvudsakligen medfödda) och inlärda egenskaper som resulterar i en *borderlinepersonlighet*. Det handlar om en personlighet därför att det är fråga om beständiga egenskaper hos individen, och inte något externt i förhållande till henne. Den primära biologiska faktorn är en emotionell sårbarhet, medan den sociala faktorn, eller den ”socialt förmedlade etiologiska processen”[310], är invalidering. Den emotionella sårbarheten definieras som en ”biologiskt

---

[308] Ett terapistörande beteende är ett beteende som omöjliggör eller försvårar terapeutiska framsteg. Det kan verka krasst att betona självmordets terapistörande effekter, men det bygger på övertygelsen att terapin utgör en av de sista möjligheterna för patienten att leva ett fungerande liv.
[309] Lynch et al. (2006), s. 461.
[310] Detta och de två nästföljande citaten är hämtade från ibid., s. 462.

förmedlad predisposition till förhöjd känslighet mot och reaktion på emotionellt utmanande stimuli, samt en fördröjd återgång till ett normalt emotionellt tillstånd". Den biologiska komponenten i den biosociala teorin beskrivs inte som neurologiska eller kemiska processer, utan som "biologiskt förmedlade" emotionella och kognitiva processer. Invalideringen beskrivs som "bestraffning, ignorerande och trivialisering av individens kommunikation av tankar och känslor samt av hennes självinitierade beteenden". Även den sociala delen beskrivs som en beteendeprocess. Den biosociala teorin förstås bäst som en teori om beteendeprocesser vilkas egentliga "ursprung" är biologiska och sociala processer.

BPD:s etiologi består enligt DBT-modellen av en kombination av särskild emotionell känslighet och erfarenheter av kränkningar. Den dubbla förklaringsmodellen används för att förklara varför inte alla människor som upplevt starka kränkningar utvecklar en BPD-personlighet (de har inte den biologiskt förmedlade emotionella känsligheten), samt varför inte alla med den medfödda känsligheten utvecklar BPD (de har inte upplevt kränkningarna). Jag menar att dialektiken mellan dessa båda storheter snarast ska förstås som en reduktion respektive expansion av diskussionen om orsakssammanhang. Även om den emotionella sårbarheten skulle upptäckas i en viss del av hjärnan är det för DBT de konsekvenser som denna (förmodat oföränderliga) sårbarhet har på behandlingen som är av vikt, inte dess roll som slutgiltig förklaring. Detsamma gäller den sociala aspekten av teorin. Anledningen till att Linehans ursprungliga biosociala teori är utformad för att förklara relationen mellan den emotionella strukturen och beteende är enligt min tolkning att teorin har ett instrumentellt *syfte*, att den ska fungera som ramverk för terapeutiska interventioner snarare än som förklaring till ett visst fenomen. (RFT däremot är en teori som även ska användas i forskning. RFT har därför det kompletterande syftet att kunna förutsäga verbalt beteende.)[311] Till skillnad från ACT och MkT lägger DBT inte någon vidare vikt vid att argumentera för att det psykiska lidandet *uppstår* på den nivå som interventionen sker (det verbala beteendet alternativt (meta-)kognitiva strategier). Jag uppfattar talet om biologi och det sociala som ett

[311] Mycket schematiskt kan terapins syfte sägas vara att intervenera i ett visst beteende, medan vetenskapens syfte är att förutsäga (identifiera lagbundenheter i) dess objekt. Denna skillnad skulle då motsvaras av den mellan ett instrumentellt och ett vetenskapligt sanningsbegrepp.

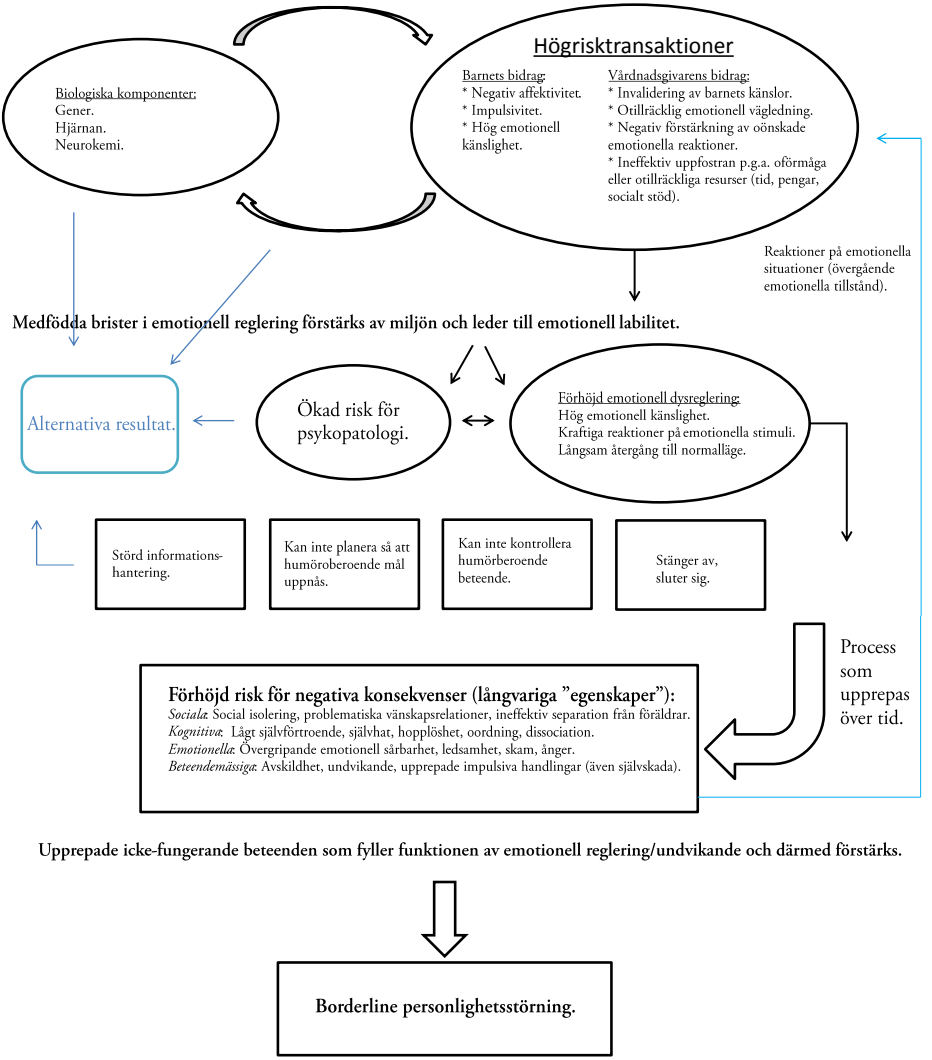
strategiskt beslut för att inte behöva ge sig in i orsaksdiskussioner som ligger utanför terapins räckvidd. Möjligheten att utföra en effektiv intervention prioriteras framför en diskussion om orsakssammanhang.

En följd av teorins interventionssyfte är att den är mindre en förklaring till psykiskt lidande än en beskrivning av vilka interventioner som är effektiva och en förklaring till varför de är det. Detta gör det svårt att presentera en bild av DBT som en generell *förklaringsmodell*. Den utveckling av DBT som beskrivs i böcker och artiklar gäller först och främst en förändring och effektivisering av DBT som *interventionsmodell*. Man beskriver terapins utformning, hur man bör lägga upp en terapisession, hur terapin kan tillämpas på nya patientgrupper och så vidare. Men i den senaste litteraturen presenteras en biosocial modell av BPD:s utveckling. Crowell, Beauchaine och Linehan (2009) utvecklar en kausal modell av BPD som utgår från Linehans ursprungliga modell från 1993. Skillnaden mellan modellerna består i att man har integrerat de neurologiska och utvecklingspsykologiska framsteg som gjorts sedan dess (se figur 3 på nästa sida). Jag presenterar modellen för att den illustrerar hur man förklarar BPD som orsakad av interaktionen mellan biologiska och sociala komponenter.

Den biologiska sårbarheten beskrivs i denna utvecklade modell som lokaliserad i ett eller flera av tre olika områden: generna, hjärnans anatomi eller neurokemiska processer.[312] Och även om den socialt förmedlade processen har specificerats något, är skillnaden inte så stor jämfört med den ursprungliga modellen. En rimlig förklaring till detta är att förståelsen av de sociala mekanismerna som BPD anses bestå av var relativt utvecklad redan när Linehan konstruerade den ursprungliga modellen. De neurologiska framsteg som gjorts är huvudsakligen av teknologisk art. Förklaringen av BPD har inte genomgått

---

[312] Sheila E. Crowell, Theodore P. Beauchaine och Marsha Linehan (2009), "A Biosocial Development Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Model", i *Psychological Bulletin* (135:3), s. 495–510. För att göra modellen mer hanterbar och lättförståelig har jag tagit bort beteckningarna på de specifika generna, namnen på de specifika områdena i hjärnan och namnen på de neurokemiska processerna. Författarna visar även på att man i familjer med personer som diagnostiserats med BPD kan hitta en mängd andra diagnoser som beskriver olika typer av oförmåga att reglera känslor och tankar, samt olika affektiva störningar. De drar slutsatsen att den biologiska delen av BPD är bredare (inbegriper fler genetiska variationer, fler neurologiska system och fler neurokemiska processer) än andra, liknande diagnoser såsom ADHD och depression. De senare antas vara resultatet av mer specifika och isolerade biologiska fenomen (ibid., s. 502–3).



Figur 3: En biosocial utvecklingsmodell av BPD (från Crowell et al. (2009), s. 503).

någon egentlig förändring. Modellen är ett exempel på hur man inom DBT utgått från en interventionsstrategi som kliniskt visat sig fungera. Från en sådan instrumentell utgångspunkt har man velat utvärdera modellen, det vill säga med

hjälp av vetenskapliga instrument undersöka om och varför den fungerar som man tror att den gör. Tillvägagångssättet skiljer sig från hur man inom ACT och MkT gått från abstrakta teoretiska modeller (RFT och SREF) till en konkret interventionsstrategi (ACT och MkT). Ur ett terapeutiskt perspektiv ska samtidigt inte DBT:s utveckling av förklaringsmodeller överskattas. Modellen är ett sätt att kontextualisera den dialektiska beteendeterapeutiska behandlingen, inte att utforska nya – neurologiska och sociala – områden som behandlingen ska omfatta. Den är en viktig del i arbetet med att utveckla och utvärdera DBT som vetenskapligt validerad terapimodell och utgör ett terapiteoretiskt snarare än ett terapeutiskt framsteg.De två teoretiska storheterna (sårbarhet och invalidering) riktar den terapeutiska uppmärksamheten mot det emotionella system de manifesteras i. Förmågan att reglera känslor (eller *det emotionella systemet*) är nedsatt (genom en kombination av sårbarhet och invalidering), och terapins mål är att ge patienten färdigheter i att reglera känslor och hantera de tillfällen när den emotionella dysregleringen inte går att påverka.

> Det grundläggande problemet i BPD antas inte vara alltför intensiva känslor, utan att det system som reglerar kognitioner, beteenden och känslor bryter ihop när [patienten] upplever intensiva känslor […]. Att hjälpa [henne] till ett funktionellt beteende som ökar livskvaliteten, även vid intensiva känslor, är därför ett grundläggande mål för behandlingen.[313]

”Det grundläggande problemet” beskrivs som en oförmåga att reglera känslor. Den *emotionella sårbarheten* består av oförmåga att reglera känslor, vilket i sin tur definieras som känslighet för emotionella stimuli, intensiva responser på emotionella stimuli samt i ”långsam återgång till emotionellt normalläge efter emotionell aktivering”.[314] Men målet med den dialektiska behandlingen är inte att lära patienten att reglera känslorna i alla lägen. En lämpligare strategi är att finna en balans mellan att låta sig styras av känslor och att låta sig styras av sitt ”förnuft”. (Det faktum att det önskvärda tillståndet innebär *balans* mellan

[313] Lynch et al. (2007), s. 185.
[314] Linehan (2000), s. 28.

känsla och förnuft, har föranlett förslaget att behandla även personer med det motsatta problemet – tvångssyndrom (som innebär en alltför stark kontroll av de egna känslorna, tankarna och handlingarna) – med en modifierad form av DBT.[315])

Inom DBT utgår man från antagandet att patientens beteende är ”naturliga reaktioner på miljömässiga förstärkare”.[316] Patientens problem beskrivs som normala men ohållbara reaktioner på extrema situationer. Självskadebeteende är *funktionellt* så till vida det uppfyller mål på kort sikt (exempelvis att reducera ångest), men *ickefungerande* då det inte uppfyller de långsiktiga målen (att ta sig ur ångesten). Självskada är en *naturlig men inte nödvändig* reaktion på ångest. Det är terapins mål att forma och förstärka mer adaptiva beteenden samt tillhandahålla en mer validerande omgivning för patienten. Beskrivningen av problembeteendet som funktionellt och normalt är både ett strategiskt, terapeutiskt beslut – att validera istället för att stigmatisera patienten – och ett teoretiskt grundantagande om att varje beteende är en konsekvens eller funktion av sin kontext. Ett beteende kan strida mot ”det sunda förnuftet” utan att för den skull gå emot de beteendeteoretiskt identifierade processer som förklaringsmodellen beskriver. Dessa processer blir synliga först när de definierats och begreppsliggjorts i en modell av mänskligt beteende.

För att sammanfatta utgör den biosociala teorin utgångspunkten för *DBT som förklaring till BPD*. Samtidigt kan teorikonstruktionen ses som ett strategiskt beslut. Att biologiska och sociala processer beskrivs som orsaken till att vissa personer utvecklar en borderlinepersonlighet har ingen egentlig relevans för behandlingen (däremot antyder den på ett problematiskt sätt hur uppdelningen mellan det som inte går att förändra och det som går att förändra ska göras). Den biosociala teorin utgör en utväg ur diskussionen om orsakssammanhang, men ger inga ledtrådar till *hur DBT utformas som behandling av BPD*. Detta ska inte läsas som att DBT saknar terapiteoretiska förklaringsmodeller. De modeller

---

[315] Se exempelvis Thomas W. Miller och Robert F. Kraus (2007), ”Modified Dialectical Behavior Therapy and Problem Solving for Obsessive-Compulsive Personality Disorder”, i *Journal of Contemporary Psychotherapy* (37:2), s. 79–85, Amy W. Wagner, Shireen L. Rizvi och Melanie S. Harned (2007), ”Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all”, i *Journal of Traumatic Stress* (20:4), s. 391–400 och Lynch et al. (2007), s. 183.

[316] Ibid., s. 183.

som används i behandlingen beskriver de aspekter av beteendets interna struktur som man anser vara viktiga för att ett problembeteende *upprätthålls*.

6.4.2. Dialektiska strategier

Den något ambitiösa målbeskrivningen ”att lära patienten om världens dialektiska struktur” innehåller antagandet att dysfunktionella känslor, tankar och handlingar omfattar sin motsats.[317] Självskadan rymmer en vilja att må bättre, de handlingar som skrämmer bort andra rymmer en rädsla att bli lämnad ensam och det självupptagna beteendet utförs av en person med svag jagkänsla. Den ickefungerande känslan, tanken eller handlingen döljer en strävan efter ett fungerande liv. Tolkningar av världen görs utifrån ickefungerande, ofta ensidiga antaganden om världen (hur man bör handla för att må bättre, att känslor är ofiltrerade reaktioner på världen och så vidare) som ofta är alltför ensidiga. Antingen är man glad och bekymmerslös eller också är man deprimerad och utan framtid. Antingen går det bra eller så går det dåligt. Personer i ens omgivning är antingen ens bästa vänner eller ens värsta fiender. Det dialektiska förhållningssättet är för det första en världsåskådning som ifrågasätter sådana antingen/eller-föreställningar. Glädje och sorg, framgång och motgång, människors goda och dåliga sidor är egenskaper som samexisterar. Att alltför intensivt betona endera sidan (att exempelvis ignorera alla goda eller alla dåliga sidor av en situation) är att ha ett ickefungerande – icke-dialektiskt – förhållningssätt till sig själv och omvärlden.

I terapin och de tekniker som den använder består den huvudsakliga dialektiken i förhållandet mellan acceptans och förändring. De tekniker som används kan klassificeras som antingen förändringstekniker (exempelvis att *reglera känslor*) eller acceptanstekniker (exempelvis att *stå ut med känslor*). Begreppet dialektik inspireras enligt Linehan av ”en marxistisk tanke” om växlingen mellan tes och antites, som leder till en syntes av motsatser.[318] Det dialektiska tillvägagångssättet inspirerar bland annat till kritik av traditionell

---

[317] Se avsnitt 6.4., citatet från Lynch et al. (2006), s. 461.

[318] Se Linehan (1993) not 1. Däremot hämtas ingen inspiration från den marxistiska teorin eller historie-materialismen.

kognitiv beteendeterapi, som anses lägga alltför stor vikt vid förändring (av exempelvis kognitiva scheman).[319] Att enbart ställas inför förändringsstrategier leder enligt Linehan till att BPD-patienter upplever sig invaliderade. Ytterligare en nackdel med alltför ensidigt fokus på förändring är att vissa av de problem som patienten upplever inte är lämpliga eller möjliga att förändra. Ibland ligger det faktiska problemet i förändringsförsöken, inte i det som patienten försöker förändra – exempelvis viljan att förändra sin kropp eller att bli rik utan att något egentligt behov finns. En fullt fungerande kropp eller ekonomi är inget som nödvändigtvis utgör ett problem. Det är först när förändringsstrategier används för att förverkliga orealistiska drömmar om det goda livet som problem uppstår. Annat kan inte förändras (exempelvis den biologiskt medierade sårbarheten). Den dialektiska processen mellan förändring och acceptans av känslor, tankar och handlingar bygger på ett antagande om att det är möjligt att reglera sina känslor *alltför mycket* och *alltför lite*. När ett fungerande liv blir en balansgång mellan ytterligheter består ett funktionellt tillvägagångssätt av en ”syntes” av förändring och acceptans.

6.4.2.1. Dialektik mellan individ och miljö

Det första av de dialektiska förhållanden som beskrivs i förklaringsmodellen av BPD är det mellan individ och miljö. En definition som enligt Kåver och Nilsonne är ganska representativ för hur personlighetsstörningar förstås är att ”olika [beteende-]mönster […] leder till att personlighetssystemet fungerar på ett icke-ändamålsenligt sätt i relation till sin miljö”.[320] Orsaken till dessa mönster och deras beståndsdelar skiljer sig åt mellan olika förklaringsmodeller, både ifråga om teoretiskt perspektiv och om de diagnoser som diskuteras. När det gäller BPD menar man inom DBT att problemet är individens *självreglering*. Patienten förmår inte effektivt *reglera jagtillstånd*, såsom *uppmärksamhet*, *närvaro*, *affekter* och *begär*.[321] Denna abstrakta tes om självreglering

---

[319] Linehan kritiserar även ACT:s ensidiga betoning av acceptansstrategier. De patienter som DBT riktar sig till är enligt Linehan bäst hjälpta av en kombination av acceptans- och förändringstekniker. Men det innebär såvitt jag förstår inte att detsamma gäller de patienter som ACT riktar sig till. (Se Linehan och Van Nuys (2007).)

[320] T. Millson och R. D. Davis *Disorders of Personality: DSM-IV and beyond*, citerad i Kåver och Nilsonne (2002), s. 21.

[321] Linehan (1993), s. 42.

operationaliseras på så sätt att patienten brister i fyra *färdigheter*. Hon har svårt att *reglera känslor*, att *skapa och upprätta goda relationer*, att *stå ut i svåra situationer* och att *vara fokuserad på här och nu*.[322] De fyra färdigheterna bygger även på dialektiken mellan acceptans och förändring: de två förra beskrivs som *förändringsfärdigheter* (färdigheter som kan användas för att förändra ens situation) och de två senare som *acceptansfärdigheter* (färdigheter som kan användas för att acceptera ens situation). För DBT är den terapeutiska interventionen lyckad om patienten lär sig välja vilka av dessa fyra färdigheter som är lämpliga och har förmåga att använda dem. Detta har något otydligt beskrivits som ”minskningen av ineffektiva handlingstendenser kopplade till dysreglerade känslor”.[323] I grund och botten förklaras BPD som en oförmåga att reglera känslor och de beteendemönster som uppstår därur. En effektiv terapi tillhandahåller kunskap om hur och när känslor bör förändras och när de bör accepteras samt vilka tekniker som är lämpliga att använda i olika situationer.

6.4.2.2. Känslors roll i personlighetsstörning

Som vi sett spelar känslor en viktig roll i förklaringen till personlighetsstörningar. Men hur förklarar man vad en känsla är? I P. J. Langs efterföljd definierar Kåver och Nilsonne känslor på basis av tre olika responssystem: det *verbala* eller kognitiva responssystemet, det *kroppsliga* eller det fysiologiska responssystemet samt det *beteendemässiga* responssystemet.[324] De tre responssystemen är relativt självständiga i förhållande till varandra. Förändringar i de tre systemen är inte nödvändigtvis analoga: en minskning i de verbala responserna kan mycket väl ske samtidigt som de fysiologiska responserna är mycket intensiva. Detta har konsekvenser för hur en förändring i patientens reaktioner ska värderas.[325] Det är inte tillräckligt att uppnå resultat i fråga om patientens sätt att tänka på känslor, utan man bör även arbeta med de fysiologiska reaktionerna (andnöd, panik och så vidare) och med beteendereaktioner (självskada, flyktbeteende och så vidare). Att känslor definieras som

[322] Kåver och Nilsonne (2002), s. 23.
[323] Lynch et al. (2007), s. 185.
[324] Kåver och Nilsonne (2002), s. 38.
[325] Ibid., s. 38.

responssystem innebär att känslor ska analyseras i förhållande till deras kontext. En känsla är en reaktion på en yttre omständighet. ”Yttre” syftar här på responssystemet, varför den utlösande händelsen inte behöver vara utanför individen. De tre systemen beskrivs inte som slutna, utan som ändamålsenliga mekanismer som fyller viktiga funktioner i individens interaktion med hennes omgivning. Att bli rädd när man ställs inför ett hot, att bli ledsen när någon är elak och att bli glad av att ha goda vänner är känslor som fyllt viktiga funktioner i vår ”evolutionära överlevnad”.[326] Oförmåga att reglera känslor leder till att de tre responssystemen uppför sig på ett negativt sätt, med psykiskt lidande, ickefungerande relationer och destruktiva handlingar som följd.

Inlärningen och utvecklingen av känslor ses som en av de mest grundläggande faktorerna i den mänskliga utvecklingen då de fyller en viktig funktion i nästan all mänsklig aktivitet. Kåver och Nilsonne beskriver sex utvecklingsförlopp som är viktiga för att en fungerande emotionalitet ska kunna uppstå. Dessa är:

> att ha erhållit en känsla av tillit och egen identitet genom att ha blivit bekräftad och uppmärksammad när man varit orolig eller stressad.
>
> att ha blivit lugnad och tröstad.
>
> att ha fått värme och kärlek.
>
> att ha fått tillfälle att ”härma” andra viktiga personer med avseende på känslor och känslouttryck, så kallad modellering.
>
> att ha fått förstärkning för att uppleva och att uttrycka känslor.
>
> att ha fått vägledning om känslors funktion och om hur man talar om känslor.
>
> att ha fått färdigheter i att strukturera individuella och gemensamma mål i ens interaktioner med andra människor.[327]

[326] Ibid., s. 39.
[327] Ibid., s. 45.

Detta är processer som sker mellan individer som står varandra nära. Därför ses familjen som den enskilt viktigaste enheten för att en individ ska kunna utveckla en fungerande emotionalitet. I familjen lär sig barnet att benämna och uttrycka sina känslor samt vilka effekter de har på andra människor: hur man bör bemöta en känsla, hur man kan uttrycka känslor och så vidare. Barnet skapar olika ”mentala modeller” eller ”känsloscheman” som får stå som mall inför senare interaktioner och emotionalitet.[328] Det är också i familjen som de vanligaste (sociala) orsakerna till psykiskt lidandet påträffas. Om inlärningen misslyckas kommer barnet i framtiden inte att veta hur det ska använda och hantera sina känslor på ett fungerande sätt.

6.4.2.3. Dialektik mellan acceptans och förändring

Inom DBT kompletteras den traditionella KBT:ns förändringsstrategier med acceptansstrategier och acceptanstekniker hämtade från andliga, buddistiska traditioner. Acceptansstrategier används när förändringsstrategier visat sig orsaka fler problem än de löser. Det exempel som nämnts tidigare är självskada. Utgångspunkten är att självskada inte är någon funktionell strategi för ångesthantering. Att acceptera att ångesten finns där (att acceptera att man upplever den istället för att fly från den) är en strategi som antas kunna leda till ”desensitivisering” (att ångesten inte påverkar en i lika hög grad). Acceptans av ångesten fungerar både som ett alternativ till dysfunktionella strategier (som alternativ till att skada sig) och som en terapeutisk teknik i sig själv (en accepterad ångest påverkar patienten mindre). Förändring är fortfarande nödvändigt i de situationer och tillstånd som inte är möjliga att acceptera eller förlika sig med. Acceptans och förändring är ett sätt att dela in tekniker i funktionella klasser. I nästa kapitel kommer jag därför att diskutera dem som två typer av tekniker. Samtidigt är dialektiken mellan acceptans och förändring en viktig del i DBT:s förklaring till psykiskt lidande.

[328] Ibid., s. 44.

6.4.2.4. Acceptans av det som inte går att förändra

Acceptans är en inställning som sammanfattas med att målet är ”att leva ett liv, inte vinna ett krig”.[329] Med acceptans avses förmågan att acceptera att man befinner sig i ett negativt tillstånd, inte att acceptera det negativa tillståndet i sig. Målet är att komma till insikt om sin situation och ta den för vad den är. Motsatsen till acceptans är inte enbart förändring, utan även en fördömande inställning. Bristande acceptansfärdigheter orsakas av att patienten övertagit omgivningens invaliderande beskrivning av henne. En initial acceptans av tankar och känslor är en ”förutsättning […] för att förändra sig själv eller sin omgivning”.[330] Kåver och Nilsonne exemplifierar sådant som ”vi i allmänhet (men inte alltid) måste kunna acceptera”: *oss själva som vi är*, *vår personliga historia*, *vårt inre: tankar, känslor och kroppssensationer*, *vårt beteende*, *livet som det är*, *andra som de är* och *vår oförmåga att alltid acceptera.*[331]

6.4.2.5. Förändring av det som är oacceptabelt

Acceptans är att ta sin situation för vad den är. Förändring är istället att lösa de problem som gör att situationen upplevs som ohållbar. Ett annat ord för förändringsstrategier är problemlösningsstrategier. Inom DBT menar man att *terapeuten* bör använda problemlösningsstrategier vid tre tillfällen:[332] *För det första* för att bestämma om DBT är rätt behandling för patienten. Faller patienten inom det diagnoskluster som DBT visat sig vara en effektiv behandling för? Är DBT en effektiv lösning på patientens problem? *För det andra* för att bestämma vilka tekniker och strategier som ska användas i det särskilda fallet. Hur förstår terapeuten orsakerna till att ”problembeteendet” uppstått och upprätthålls? Vilka tekniker kan effektivt lösa patientens allmänna problem? *För det tredje* för att identifiera och göra det möjligt för patienten att lösa de problem som hon upplever i sin vardag. Hur ska den konkreta terapisessionen utformas? För *patienten* (på egen hand och i samarbete med terapeuten) är de problemlösningsstrategier som används att *definiera problemet*,

---

[329] Ibid., s. 136. Se även Åsa Kåver (2005) *Att leva ett liv, inte vinna ett krig: Om acceptans.* Formuleringen är från början Steven C. Hayes.
[330] Kåver och Nilsonne (2002), s. 135.
[331] Ibid., s. 136.
[332] Linehan (1993), s. 250–251, 254–264.

att utföra en *beteendeanalys*, *att komma till insikt* och att använda de *färdigheter* som lärs ut i terapin. En korrekt användning av de olika färdigheterna gör det möjligt att uppnå en balans mellan acceptans och förändring. Dialektiken är en förmåga att identifiera vad som måste accepteras och vad som måste förändras.

6.4.3. Den dialektiska behandlingen

Behandlingen inom DBT kan delas upp i fyra faser. Behandlingen kan betona de olika faserna i olika hög grad, beroende på hur den aktuella patientens behov förstås. Faserna är: 1. att minska självmordsrisken (och andra terapistörande beteenden hos patienten och terapeuten), 2. att hjälpa patienten att känna känslor, 3. att hjälpa patienten att lösa levnadsproblem, och 4. att hjälpa patienten att "uppnå frihet och glädje".[333] Graden av abstraktion är stigande och behandlingen är progressiv. Självmordsnära patienter börjar i den första fasen, medan patienter utan sådana problem kan fokusera på senare stadier.

DBT-behandlingen utgår från en funktionell analys av patientens situation. Patient och terapeut utför tillsammans en beteendeanalys av ett på förhand bestämt problembeteende. Detta beteende kopplas samman med ett av terapins sju mål. Dessa är: 1. att minska patientens självmordsbeteende, 2. att minska terapistörande beteende, 3. att minska det beteende som stör livskvaliten, 4. att arbeta med bristande beteendefärdigheter, 5. att arbeta med självaktningsproblem, 6. att bearbeta det beteende som utgör reaktioner på posttraumatisk stress och 7. att lösa svårigheter med att uppfylla patientens egna mål.[334] (Dessa sju mål behandlas i terapins fyra faser.) Det primära målet inom DBT är att förhindra självmordsbeteende och terapistörande beteende. Detta prioriteras i terapin inte därför att det är orsaken till problembeteendet, utan därför att det är det mest akuta hotet mot patientens liv och möjligheten att fortsätta terapin. Med hjälp av en beteendeanalys, som är den viktigaste tekniken som används inom DBT (och troligtvis inom alla former av KBT), kopplas ett beteende samman med ett av de sju målen. Att missa bussen till terapin därför att man

[333] Lynch et al. (2007), s. 185.
[334] Se Linehan (1993), s. 255 ff.

inte ställt väckarklockan kan exempelvis tolkas som ett terapistörande beteende. Att försöka avsluta terapin därför att man inte tror sig kunna slutföra den kan tolkas som ett tecken på svag självaktning. Ett beteende ska analyseras och kategoriseras inom terapins målhierarki. Sett utifrån målhierarkin har beteendet att inte ställa väckarklockan företräde framför beteendet att vilja avsluta terapin, trots den till synes omvända graden av allvar.

Både patientens egen förståelse av sin situation och den förståelse som utarbetas med hjälp av den terapiteoretiska förklaringsmodellen är beteendeanalyser. Vad som skiljer dem åt är att den förra bygger på förgivettagna föreställningar om beteendets orsaker och konsekvenser. Den funktionella beteendeanalysen är ett sätt att förändra förståelsen av beteendet.

> En stor del av det terapeutiska arbetet inom DBT består av en ständig analys av vissa specifika delar av målbeteendet. Ny information integreras fortlöpande med den tidigare informationen i syfte att urskilja ett mönster och utforska möjliga alternativa beteendelösningar på de problemhändelser som är ofta återkommande.
>
> Varför så tydligt betona detaljerade bedömningar av enskilda episoder? Därför att terapeuten inte litar på patientens ”naturliga” förmåga att minnas, analysera, välja viktiga antecedenter och konsekvenser samt syntetisera information från ett flertal olika tillfällen i sitt liv. Terapeuten tar med andra ord inte för givet att patienten påbörjar terapin med goda färdigheter i beteendeanalys.[335]

Beteendeanalysen producerar kunskap om en viss känsla, tanke eller handling. Inom ACT, MkT och DBT ses patientens initiala eller intuitiva beteendeanalys – grundad i erfarenheten – som ett möjligt ämne för den funktionella beteendeanalysen. Patientens dysfunktionella beteendeanalys (och de efterföljande strategierna) är ett problembeteende som en effektiv och funktionell beteendeanalys ska förklara. De tre terapimodellerna betonar den roll som patientens förhållande till sina känslor, tankar och handlingar spelar i upprätthållandet av det psykiska lidandet. Patientens förändringsstrategier (självskada, drogmissbruk

[335] Ibid., s. 258.

med mera) är strategier som har utvecklats på grundval av en felaktig beteendeanalys. ACT, MkT och DBT erbjuder istället funktionella förklaringsmodeller, som gör det möjligt att analysera patientens situation på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt. Hur dessa förklaringsmodeller är strukturerade har varit ämnet för kapitlet. Terapin och vardagskunskapen har samma motiv: Att förklara och hitta en väg ur det psykiska lidandet. Men föreställningen om hur man ska gå till väga för att uppnå detta bygger på två diametralt olika tolkningar av patientens situation då de utgår från olika problematiker, en vetenskaplig och en ideologisk. De olika terapimodellerna skiljer sig åt sinsemellan, men de har en viktig gemensam nämnare i den vetenskapliga problematiken.

6.5. Den tredje generationens problematik

Vad innebär det att vetenskapliga förklaringar ska integreras i det terapeutiska arbetet? Uppmaningen till psykologer och terapeuter att sträva efter en sådan integration ifrågasätts sällan.[336] Men hur sker det i det kliniska arbetet? Terapeuten Nancy Murdock menar att integrationen kan ske på två sätt. För det första genom att man *upprepar* empiriskt validerade *behandlingsformer,* och för det andra genom att man *applicerar* vetenskapliga *teorier*.[337] Risken med att upprepa empiriskt validerade behandlingar är enligt Murdock att terapeuten inte kan vara säker på att samma omständigheter gäller för den validerade behandlingens patienter som för den egna patienten. Att strikt följa en manualiserad terapi kritiseras inom både ACT och DBT, och terapeuter rekommenderas att främst följa de principer och teorier som terapin bygger på. (Det faktum att MkT inte lika aktivt kritiserar manualföljande kan så vitt jag

[336] Se exempelvis Nancy L. Murdock (2006), ”On Science-Practice integration in everyday life: A plea for theory”, i *The Counseling Practice* (34:4), s. 548–569, som refererar till K. Chwalisz, (2003), ”Evidence-based practice: A framework for twenty-first-century scientist-practitioner training”, i *The Counseling Psychologist* (31:5) 497–528, C. J. Gelso och B. Fretz, (2001), *Counseling psychology* och P. P. Heppner et al. (1992), ”A proposal to integrate science and practice in counseling psychology”, i *The Counseling Psychologist* (20:1), s. 107–122.

[337] Murdock (2006), s. 548.

förstår inte tolkas som en starkare tilltro till manualens förmåga att täcka in alla situationer som kan uppstå i terapin.) En teori är en *förklaringsmodell*, ett sätt att förklara varför och hur något sker. Teorin bör vägleda behandlingen.

ACT:s, MkT:s och DBT:s integration av vetenskapliga teorier sker när terapin förklarar patientens känslor, tankar och handlingar *funktionellt* och med hjälp av tekniker intervenerar i beteendets funktion. De funktionella beskrivningarna (exempelvis att tankar är den relationella inramningen av en händelse, att depression är en effekt av ickefungerande strategier för att hantera oro och att ångest är ett resultat av dysreglerade emotionella system) möjliggörs av de förklaringsmodeller som terapiteorin består av.

Vetenskapliga begrepp och modeller förutsätter att det går att identifiera regelbundenheter i känslor, tankar och handlingar. Kognitiva och beteendemässiga konstanter (det mest grundläggande exemplet är att respons följer på stimulus) är förutsättningen för att en kognitiv och/eller beteendeterapeutisk praktik ska kunna kallas vetenskaplig. Det partikulära spelar en betydande roll för patientens självförståelse, men för den funktionella förklaringen är de allmänna principerna det enda egentliga kunskapsobjektet.

En vetenskapligt grundad terapi förutsätter att de modeller, instrument och tekniker som används har konstruerats och förklarats inom det egna fältet. En terapeutisk praktik (både *konstruktionen* av terapiteorin och den terapeutiska *tillämpningen*) är vetenskaplig om den uppfyller de kriterier som ställts upp för det epistemologiska brottet med vardagsförklaringar. Men i terapins fall kan epitetet vetenskaplighet problematiseras. Modell- och instrumentanvändning i terapin brottas med vissa försvårande omständigheter. I en annan kontext har filosofen Kjetil Rommetveit varnat för de risker som uppstår vid tillämpningen av laboratoriets tekniska objekt i en klinisk, medicinsk kontext.

> […] när tekniska eller teknomedicinska objekt förflyttas till andra kontexter kan de förväntas uppvisa många eller alla de egenskaper som de hade i den experimentella kontext de uppkom i. Det är allt annat som har ändrats: när genen flyttas från genomcentret

> till kliniken träder genen in i en ny omgivning och klinikerns eller patientens regler är inte desamma som molekylärgenetikerns.[338]

Detta skifte i ”regler” kan här till stor del tillskrivas praktikernas olika mål. Laboratoriearbetets mål är förutsägelse, medan terapin strävar efter att påverka patientens situation. Många av de terapiteoretiska förklaringsmodellerna utvecklas för att *förutsäga* vilka fenomen som leder till ett visst resultat (under vissa givna omständigheter). Men i terapin är den avgörande frågan huruvida modellen ger terapeuten och patienten en inblick i (och förmåga att intervenera i) de processer som leder fram till terapeutiskt relevanta förändringar. Med risk för att alltför mycket förenkla en komplex situation är det viktigare i den terapeutiska kontexten att kunna förebygga försvagad självreglering hos patienten, än att kunna förutsäga under vilka förutsättningar självregleringen kan minska. På ett kunskapsteoretiskt plan ska skillnaden uppfattas så att terapin organiseras utifrån instrumentella snarare än vetenskapliga sanningskriterier. Vad ett sådant skifte innebär kommer att diskuteras i samband med nästa kapitels analys av de instrument och tekniker som används i terapin.

Jag menar att terapin fungerar som en *ideologikritik* på så vis att den synliggör ideologins existens och nödvändighet samt förklarar dess interna mekanismer (hur beteenden, föreställningar och erfarenheter skapas) genom begrepp som hämtas från den kognitiva vetenskapen och beteendevetenskapen. Jag har visat hur ACT, MkT och DBT bygger på en vetenskaplig problematik om människans fungerande. Terapins ideologikritiska funktion ska ses som en *passiv* egenskap såtillvida att den är ett resultat av att terapin bygger på en vetenskaplig problematik. De funktionella modellerna är ett alternativ till de ideologiska föreställningarna om psykiskt lidande och normalitet. Men jag menar att de samtidigt kan *fungera ideologiskt när de tillämpas i en specifik kontext*. Risken består av de funktionella förklaringarnas ofrånkomliga närhet till människors vardag och av människors föreställningar om sig själva (alldeles oavsett de analyserade terapimodellernas kritik av mekanistiska och

[338] Kjetil Rommetveit (2008), ”Towards a hermeneutic of technomedical objects”, i *Theoretical Medicine and Bioethics* (29:2), s. 112.

mentalistiska förklaringsmodeller). Frågan hur en specifik terapi ska förstås i förhållande till begreppsparet vetenskap – ideologi är empirisk och kan inte besvaras på förhand. Därmed är det inte möjligt att en gång för alla slå fast om den tredje generationens terapier är ”sanna” eller ”falska”. Att utreda var ACT, MkT och DBT ska placeras efter en sådan demarkationslinje har inte heller varit syftet med detta kapitel. Syftet har varit att analysera terapins förutsättningar och begränsningar. Detta har gjorts genom en diskussion av terapins kopplingar till vetenskaplig och vardaglig kunskap och dess sätt att jämka och kontrastera dessa kunskapsformer.

Kapitel 7. Konstruktionen av kunskapsobjektet

> Man kan se den historiska personen Buddha bland annat som en vetenskapsman och läkare som inte hade några andra instrument än sitt medvetande, sin kropp och sina erfarenheter, men som med dessa mycket basala verktyg ändå lyckades undersöka lidandet och den mänskliga existensen på djupet.[339]

I det förra kapitlet analyserades hur den terapeutiska kunskapens legitimitet förutsätter att känslor, tankar och handlingar ordnas i funktionella modeller. Modellen – det terapiteoretiska kunskapsobjektet – beskriver beteendets interna struktur för att förklara psykiskt lidande. Erfarenheten utgör en andra förklaring, men är ingen garant för sann kunskap. Jag menar att det finns ytterligare ett sätt att producera kunskap om beteendets orsaker och effekter, nämligen det som består av de instrument och tekniker som används i terapin. Det finns därför tre sätt att inhämta kunskap i terapin: *erfarenheten*, *den funktionella modellen* samt *terapins tekniker*. De tre metoderna har olika förutsättningar och konsekvenser. Utifrån ett funktionellt perspektiv finns det inget i erfarenheten av psykiskt lidande som avslöjar hur det ska lindras. Det finns å andra sidan inget i den funktionella analysen som kan avgöra om ett visst beteende är ett tecken på psykiskt lidande, eftersom allt beteende beskrivs som en funktion av sin kontext. De tekniker som används i terapin fyller den lucka

[339] John Kabat-Zinn (2003), ”Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 145.

som uppstår mellan möjligheten att definiera något som sant eller falskt och möjligheten att definiera något som psykiskt lidande eller hälsa. Samtliga tre tillvägagångssätt är nödvändiga medel för kunskapsproduktion. Föreliggande kapitel analyserar förhållandet mellan de olika kunskapsformerna och de implikationer de har för terapin.

Vad innebär det att tala om tekniker i terapin? Att beskriva terapin som en tillämpning av tekniker är att framhålla den terapeutiska interventionen som en *praktik*. I det förra kapitlet presenterades skillnaden mellan den funktionellt definierade modellen (känslor, tankar och handlingar förklarade på subpersonnivå) och erfarenhetens objekt (känslor, tankar och handlingar sådana de upplevs och förstås på personnivå). Jag har visat hur terapiteorin bryter med erfarenheten och vardagsförståelsen. Men brottet är inte en tillräcklig beskrivning av terapin: Om de förklaringsmodeller som används i terapin fjärmar sig från patientens förståelse, hur närmar man sig då patientens sätt att känna, tänka och handla igen utan att upphäva brottets positiva konsekvenser för kunskapsproduktionen? Jag menar att terapiteorins kunskapsobjekt (den funktionella förklaringsmodellen) materialiserar sig – *blir möjlig att tillämpa på patientens situation* – med hjälp av de tekniker som används i terapin. Dessa tekniker utvecklas och förklaras i vetenskapliga experiment och utvärderingar, men används för att intervenera i erfarenheten av psykiskt lidande.

Även om det epistemologiska brottet innebär att *det vetenskapliga* och *det ideologiska* skiljs från varandra, finns det fortfarande en relation mellan terapins kunskapsobjekt och erfarenheten. Jag har tidigare diskuterat hur denna relation uppstår i två olika möten. För det första i *terapiteorin*. Språk, tankar och så vidare – erfarenhetens innehåll – förklaras utifrån deras funktion i psykiskt lidande. Mötet innebär inte någon konflikt om förklaringsföreträde, då de olika kunskapsformerna antas ha sitt tillämpningsområde på diametralt olika nivåer (personnivån och subpersonnivån). För det andra sker det ett möte *i det praktiska terapeutiska arbetet* i och utanför terapisessionen. Detta andra möte innebär en större risk för konflikt mellan olika sätt att förklara patientens situation. Detta kapitel syftar till att analysera hur tillämpningen av tekniker utgör både ett sätt att lösa dessa konflikter och en metod för att överbrygga det avstånd som uppstår mellan vetenskaplig kunskap och erfarenheten.

Här är det viktigt att påminna läsaren om att distinktionen mellan *det vetenskapliga* och *det vardagliga* är *min* distinktion. Den är ett *filosofiskt* i motsats till vetenskapligt objekt. Den ”demarkationsprocess” som distinktionen

beskriver är ett sätt att skilja ett vetenskapligt fält bestående av det sanna (och som därmed även rymmer det falska) från ett fält styrt av pragmatiska principer (och därmed inte värderat utifrån vad som är sant eller falskt, utan av en handlings konsekvenser). Skillnaden kan beskrivas som den mellan ett fenomens *funktion* och dess *fungerande*. Vad är ett fenomens funktion och vilken inverkan har det på patientens försök att leva ett fungerande liv? En funktion definieras i det subpersonella ramverk som den vetenskapliga problematiken utgör, medan ett fenomens konsekvenser förklaras med pragmatiska principer på personnivå.

Jag gör en analytisk uppdelning mellan *visualisering*, *materialisering* och *hantering* som tre *syften* med tillämpningen av instrument och tekniker. Det är en uppdelning som kommer att tjäna som övergripande struktur i kapitlet.[340] Det första avsnittet – ”Visualiseringen av känslor, tankar och handlingar” – analyserar hur subpersonella fenomen har åskådliggjorts med hjälp av visualiseringar. Vid en första anblick kan det kanske verka som en obetydlig fråga. Men möjligheten att intervenera i en viss känsla, tanke eller handling bestäms av hur den presenteras för patienten. Det sätt på vilket kunskapsobjektet synliggörs (”ritas upp”) påverkar möjligheten att arbeta med det. En funktionell förklaring kan synliggöras på olika sätt, beroende på avsikten med visualiseringen. Ett enkelt exempel är diagrammet, som fungerar utmärkt för att belysa hur ett beteende förändras över tid, men som inte kan synliggöra beteendets förutsättningar och konsekvenser. Ett beteende visualiserat i ett diagram blir ett föränderligt fenomen, men förändringarnas regelbundenhet är ett attribut hos vågrörelsen, och kan inte förklaras av beteendets relation till dess kontext. Hur påverkar sättet att mäta och visualisera ett fenomen förståelsen av det? En fråga som ställs i analysen av visualiseringsmetoder är huruvida de bilder som skapas är visualiseringar av kunskapsobjektet, eller om de snarare är *instrumentella artefakter*. En instrumentell artefakt är en produkt av de instrument som används (exempelvis de ljusreflexer som uppstår i kameror, teleskop och speglar). Är de bilder (faktiska och abstrakta) som skapas i användningen av de terapeutiska instrumenten och teknikerna faktiska

[340] Med denna tredelning kan även terapins förmåga att intervenera operationaliseras som en process i tre delar: att visualisera, materialisera och hantera det psykiska lidandet i terapin.

visualiseringar av terapins kunskapsobjekt? Eller ska de förstås som instrumentella artefakter, vad Althusser kallar ”ideologiska spegeleffekter”?

I det andra avsnittet, ”Materialiseringen av känslor, tankar och handlingar”, utreder jag hur subpersonella fenomen identifieras med hjälp av instrument och tekniker i de tre terapimodellerna. Vilka fenomen är terapeutiskt intressanta, hur ordnas de funktionellt och hur materialiserar de sig med hjälp av olika terapeutiska instrument? Jag kommer att betona två aspekter av materialiseringen: Den första illustreras med två instrument som används för att mäta medveten närvaro. Mätningen är beroende av att den medvetna närvaron kan beskrivas som egenskaper hos individen. Syftet är att analysera hur dessa instrument tillämpas i terapin och hur de används för att framställa medveten närvaro som ett funktionellt alternativ till patientens tidigare strategier för att hantera psykiskt lidande. Det andra ämnet för avsnittet är beteendeanalysen. Jag visar hur beteendeanalysen introduceras som en alternativ beskrivning av patientens situation. I avsnittet ”Hanteringen av känslor, tankar och handlingar” diskuteras ett urval av de tekniker som används – både av terapeuten i relation till patienten och av patienten själv – för att hantera (synonymer i terapilitteraturen är ”relatera till”, ”kontrollera” och ”influera”) psykiskt lidande. Bland de tekniker som analyseras intar medveten närvaro en särställning, då den på många sätt är representativ för den tredje generationens terapier. Ytterligare ett skäl till att medveten närvaro kommer att få stort utrymme i analysen är att den terapiteoretiska forskningen har riktat in sig på att funktionellt förklara vad som en gång var en rent andlig teknik. Därför är detta ett bra exempel på vad det epistemologiska brottet innebär för terapin och terapiutvecklingen.

”[I] terapin”, skriver Hayes, ”är diskursen rent pragmatisk och allt som uppfyller terapins mål – även det som är vetenskapligt ’felaktigt’ eller inkompatibelt från en tidpunkt till en annan – är pragmatiskt sant”.[341] Ett sådant påstående är på sätt och vis kontraintuitivt: enbart de metoder som bygger på sanna antaganden borde kunna uppfylla terapins mål. Men man bör skilja mellan ett pragmatiskt sanningsbegrepp (det vars konsekvenser fungerar är sant i just den kontexten) och ett vetenskapligt sanningsbegrepp (sanning är en effekt av kunskapens produktionsprocess). Jag menar att det uppstår en

[341] Hayes (1999), s. 82.

möjlighet att överbrygga sanningsbegreppens olika förutsättningar när tekniker används för att intervenera i det psykiska lidandet. Detta är vare sig nödvändigt eller möjligt om förklaringsmodellen inte brutit med patientens erfarenhetsbaserade förståelse av sina problem. I så fall finns ingen verklig skillnad mellan den vetenskapliga och den vardagliga kunskapen.[342]

Jag menar att det finns två problem med begreppet om det pragmatiskt sanna. För det första är det en efterhandskonstruktion. Först sedan en viss intervention skett kan man veta om den uppfyllt terapins målhierarki. Ingen behandling kan fungera innan den utförts (dess antaganden kan däremot vara vetenskapligt *sanna* före utförandet). Att något visat sig fungera tidigare är inte ett bevis för att det kommer att fungera i framtiden. För det andra är det pragmatiskt sanna preanalytiskt: ”vetenskapligt felaktiga” (men pragmatiskt sanna) metoder är sådana metoder som inte förklarats vetenskapligt. På samma sätt som samtal om fotboll, tillbedjan eller tillämpningen av kedjeanalys kan förklaras som exponering, distraktion och så vidare (se kapitel 3) kan sådana ovetenskapliga terapier förklaras funktionellt. En ”falsk” men fungerande terapi kan analyseras som en intervention i funktionellt definierade relationer, oberoende av hur terapin själv förstår sin verkan.[343] Utifrån ett sådant perspektiv är det pragmatiskt sanna något ännu inte kartlagt. Däremot löper den vetenskap som inte kan förklara varför en pragmatiskt sann metod fungerar (en vetenskap som inte kan intervenera i och producera sanning om det egna objektet) risken att bytas ut mot nya alternativ. Denna sistnämnda poäng gör även Hayes:

> Långa perioder av normalvetenskap förekommer när anhängarna kan utföra intressant arbete, när det finns belöningar för arbetet och när den organisatoriska berättelsen upplevs som sammanhängande och progressiv. […] Till slut förändras saker och ting. Anomalier uppstår som underminerar det förhärskande paradigmet. Belönings- och stödsystem förändras, och vissa forskningstraditioner blir allt mindre fruktbara. Unga forskare

[342] Detta innebär att endast de terapier som utgår från funktionellt definierade principer måste förlita sig på operationaliserade instrument och tekniker.

[343] Ett exempel är EMDR, vars positiva resultat kan härledas till terapins funktion som exponering för traumatiska erfarenheter i en trygg miljö. En sådan förklaring av EMDR ignorerar de processer som enligt förespråkare för EMDR är terapeutiskt verksamma (ögonrörelserna och olika neurologiska korrelat).

> kommer in i fältet utan att vara bundna till de grundläggande antaganden som tidigare varit självklara. […] Av detta följer att man vågar ställa nya frågor och att nya metoder och principer utvecklas.[344]

Den filosofiska distinktionen mellan *det vetenskapliga* och *det vardagliga* gör det möjligt att analysera terapin med hänsyn till hur kunskap tillämpas och hur nya fenomen förklaras med hjälp av kunskapen. Ett exempel på en ny, pragmatiskt sann intervention som kommer att beskrivas senare i kapitlet är medveten närvaro. Olika sinsemellan motstridiga förklaringar till medveten närvaro har lagts fram. Arbetet med att beskriva medveten närvaro har som insats att kunna visa vad som sker i den lyckade acceptansbaserade terapin. Förklaringsprojekten har som mål att identifiera vad som betraktas som en allmänmänsklig förmåga att förhålla sig till de egna känslorna, tankarna och handlingarna på ett fungerande sätt.[345]

7.1. Visualiseringen av känslor, tankar och handlingar

I detta avsnitt kommer jag att diskutera hur ACT, MkT och DBT beskriver den svåråtkomliga relationen mellan beteende och kontext för patienten. Den tidiga psykologin skiljde mellan vetenskapliga objekt – sådana som vetenskapen kunde studera – och icke-vetenskapliga objekt – sådana som var otillgängliga för vetenskapen. Den privata upplevelsen, exempelvis känslor, sinnesintryck och erfarenheter, uppfattades som otillgänglig för vetenskaplig observation och avskrevs därför som lämpligt kunskapsobjekt för den gryende vetenskapen. Vad

---

[344] Steven C. Hayes (2004), ”Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance and Relationship”, i *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*, s. 3–4. Märk den kuhnska undertonen i citatet, som dolts under de beteendevetenskapliga begreppen.

[345] Man menar att olika varianter av medveten närvaro har beskrivits i de stora religiösa traditionerna (islam, judendom och kristendomen), i ”naturfolks” religiösa riter samt i den buddistiska traditionen. Till och med i Thoreaus *Walden* har tankar om medveten närvaro upptäckts (se Jon Kabat-Zinns (1995/2005) *Vart du än går är du där*). Förmågan att vara medvetet närvarande är svår att utnyttja, men verkar samtidigt vara allestädes närvarande. Medveten närvaro och den förståelse av förhållandet mellan människa och verklighet som den anses utgå från kan sägas vara en *perenn filosofi*.

som var otillgängligt för vetenskaparen var otillgängligt för vetenskapen. Trots ett sådant till synes definitivt avståndstagande har psykologin sedan länge varit en vetenskap om ”privata händelser”. Men man har närmat sig privata händelser på avstånd. Man kan peka på ett allmänt tillvägagångssätt för att objektivt studera känslor och tankar utan att vara tvungen att förlita sig på det som anses förbehållet den subjektiva upplevelsen. Man har tagit en omväg via mätbara fenomen i form av fysiologiska processer, exempelvis blodtryck, puls och hormonmängder, som har tjänat som substitut för de subjektiva känslorna.[346] Från studiet av mätbara förändringar i kroppen har forskaren härlett emotionella tillstånd. Förhöjt blodtryck har exempelvis setts som ett tecken på ökade aggressiva känslor. I ytterlighetsfallet har de fysiologiska processerna ersatt de upplevda känslorna: att vara arg *är* att ha förhöjd puls, spända muskler och så vidare. En sådan mekanistisk ideologisk förståelse av känslor reducerar begrepp på personnivå till fysiologiska begrepp. Dess vitalistiska motsvarighet består av den psykologi som begränsar sig till det empiriska studiet av subjektivt upplevda känslor. Dessa två ideologiska förklaringsmodeller, den ena mekanistisk och den andra vitalistisk, har under psykologins historia varit dominerande i förståelsen av privata händelser. En viktig skillnad mellan den tidiga psykologin och den moderna terapin är vem som har rollen som undersökare och vem som blir undersökt. Förhållandet mellan forskare och försöksperson är inte detsamma som förhållandet mellan terapeut och patient. Men i stora drag följer problemet samma logik: Mellan aktören och objektet finns det ett hinder. Tidigare bestod det av försökspersonen (lögndetektorn är ett av få fortfarande använda instrument som försöker kringgå individen), men nu är det istället de epistemologiska och metodologiska svårigheterna att funktionellt beskriva känslor, tankar och handlingar. Jag har redan nämnt att den tredje generationens terapier anser sig kunna observera interna händelser direkt, utan några omvägar. Men hur menar man att detta blivit det möjligt?

---

[346] Se exempelvis Otniel Dror (2001), ”Techniques of the Brain and the Paradox of Emotions, 1880–1930”, i *Science in Context* (14:4), s. 643–660.

7.1.1. Känslor som beteende: En visualisering av det psykiska och dess kontext

Den *beteendevetenskapliga* lösningen på problemet med att studera känslor, tankar och handlingar skiljer sig på nära nog alla punkter från det tidiga studiet av känslor. Beteendevetenskapens sätt att förklara privata händelser och interna fenomen (genom studiet av deras interna struktur) har redan diskuterats, men en kort uppfriskning av minnet kan behövas:

> Alla mentala processer är, som Skinner [...] framhöll, metaforer för potentiellt observerbara, empiriskt verkliga händelser och helt enkelt ett bekvämt sätt att tala om dessa. Att indoeuropeiska språk gör det möjligt för oss att tala om tankar, scheman med mera, innebär inte att tankar, scheman med mera existerar.[347]

Talet om psykiska eller mentala processer är *vardagliga abstraktioner* av psykiska och mentala processer, medan psykologiska mekanismer och principer är *funktionella generaliseringar* av desamma. Utifrån det beteendeteoretiska perspektivet är varken verbala eller fysiologiska processer relevanta substitut för känslor. Den individ som tillskriver sig själv eller andra en känsla har inte tillgång till det som finns där ”under ytan”, utan uppvisar bara ännu ett beteende. Beteendet är inte liktydigt med de mekanismer som producerar känslor: beteendet tar inte över blodtryckets, pulsens eller hormonernas roll som känslornas *orsaker*. Liksom andra beteenden beskrivs känslor, tankar och handlingar som effekter av de kontextuella processer som beteendeanalysen identifierar. Psykologins och terapins objekt är inte desamma som språkets (eller vardagens). Att det är möjligt, ja nödvändigt, att tala om intentioner bakom människors handlingar gör inte detta till ett vetenskapligt relevant sätt att förklara beteende. (Däremot kan denna möjlighet/nödvändighet vara ett intressant fenomen att förklara.) Den kontext som i det tidiga fysiologiska studiet av känslor användes för att producera känslor kan i det beteendevetenskapliga studiet av känslor, tankar och handlingar sägas genomgå en

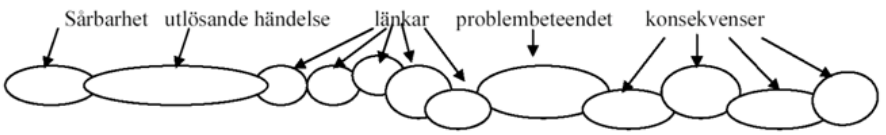
---

[347] Christina Lee (1990), ”Theoretical weakness: Fundamental flaws in cognitive-behavioral theories are more than a problem of probability”, i *Journal of Behavioral & Experimental Psychiatry* (21:2), s. 144. Hennes kritik beskriver den kognitiva psykologins objekt som sociala ting.

förändring från en *teknik för att producera kunskap* till ett *kunskapsobjekt* i sig själv. Om den *experimentellt genererade* känslan definierades som ahistorisk och icke-situerad, uppmärksammar beteendeanalysen beteendets kontextuella ursprung (exempelvis experimentet). Kontexten *genererar* beteendet och relationen dem emellan är det egentliga studieobjektet. Känslan, och det subjekt som kan sägas bära upp den, är en effekt av kontexten. Det är terapiteorins uppgift att förklara hur sådana effekter uppstår. *Vad som visualiseras i den beteendevetenskapliga analysen är det system av* (teoretiskt, vetenskapligt och experimentellt definierade) *funktioner och regelbundenheter som ett visst beteende* (”externt” eller ”internt”) *är en effekt av*: känslans funktion består av relationen mellan beteendet och kontexten, inte enbart individens respons.

7.1.2. Exempel på visualiseringar av beteende

Den viktigaste formen av visualisering sker i samtalet mellan terapeut och patient. Beskrivningen av hur exempelvis en beteendekedja ser ut sker oftast verbalt och i samarbete med patienten. Händelsens beståndsdelar identifieras och beskrivs funktionellt. Som pedagogiskt verktyg kan kedjeanalysen även visualiseras mer direkt så här:



Figur 4: Visualisering av en beteendeanalys från ett DBT-perspektiv (från Kalmar landstings hemsida).[348]

Denna illustration är inte något allmänt verktyg i beteendeanalysen, men poängen är den logik som den åskådliggör. När kedjan presenteras – när patientens sårbarhet knyts till en viss utlösande händelse, när man visar hur

[348] Från Kalmars landstings hemsida. Informationen på hemsidan är oklar angående vem som utformat figuren.

detta samband förmedlas av olika länkar och resulterar i ett visst problembeteende och när man visar på den hittillsvarande kedjans konsekvenser – binds biologiska, historiska, sociala och psykologiska fenomen samman till just en *beteendekedja*. Det handlar inte om en orsakskedja utan om en *syntaktisk* kedja. Trots sitt utseende kan den inte jämföras med en rad av dominobrickor, där den första brickans fall orsakar den andra brickans fall och så vidare. Det handlar i stället om relationer mellan händelser *som funktionellt kan definieras som varandras effekter*. Den utlösande händelsen är utlösande på grund av sårbarheten och det problembeteende som ”utlöses” *orsakas* inte av sårbarheten. Det syntaktiska förhållandet mellan delarna är ett resultat av den funktionsanalys som görs av terapeut och patient. Den kunskapsteoretiska relationen mellan enheterna – ”effekten” – kan i sin tur sägas vara en effekt av modellens förklarande syfte: Modellen som utgångspunkt och verktyg för intervention gör det möjligt att koppla fenomen till varandra, att skapa sammanhang i och förståelse för en patients situation.

I visualiseringen av den abstrakta modellen finns det en inneboende risk för att de funktionellt definierade relationerna reduceras till en viss topografi, att ett visst specifikt ”problembeteende” (exempelvis ett självskadebeteende) förklaras som en effekt av en viss specifik ”utlösande händelse” (exempelvis en panikångestattack). De funktionella relationer som identifieras i modellen manifesterar sig i patientens vardag som just ofrånkomliga relationer mellan orsak och verkan. Visualiseringen riskerar att överföra den abstrakta modellens egenskaper till den konkreta situationen. I modellen över händelsekedjan kan inget annat än problembeteende följa på den utlösande händelsen, men verkligheten har inte en sådan ”genomskinlighet”. De relationer mellan abstrakta begrepp som beskrivs av modellen förs över till en vardaglig kontext. Relationerna mellan antecedenter, beteenden och konsekvenser är desamma; det är den konkreta situation som modellen tillämpas på som skiljer sig från den vetenskapliga diskursen. Modellen och vardagen utgör två diametralt olika kontexter för den syntaktiska förklaringen.

Förflyttningen riskerar leda till att de funktionella, syntaktiska relationerna omvandlas till mekaniska, kausala relationer. Om en patient med diagnosen PTSD tillsammans med sin terapeut utför en beteendeanalys av ett självskadebeteende kan traumat och minnet av traumat ses som en ursprunglig ”orsak” till patientens problem. Men om exempelvis ett dödsfall i patientens familj utlöser en period med panikångest och självskadehandlingar (dödsfallet är då länken

”utlösande händelse”) ska inte relationen mellan de konkreta länkarna beskrivas i orsakstermer: traumat orsakar inte något dödsfall, patientens reaktion på dödsfallet är inte nödvändigtvis panikångest, som i sin tur inte måste leda till självskadehandlingar. I en vardaglig tolkning av situationen kan händelseförloppet beskrivas med sådan ofrånkomlighet, men den funktionella beteendeanalysen bör uppmärksamma hela kontexten och förklara delarnas funktion med hänsyn till helheten. I patientens förståelse av sin situation är möjligheten att se ett samband mellan händelser ett viktigt terapeutiskt framsteg. Patienten har kanske tidigare sett delarna i händelsekedjan som direkta resultat av varandra, men den funktionella analysens uppgift är att bryta upp de (relationella) ramar som erfarenheten och kulturella förklaringar ställer upp. Den funktionella beteendeanalysen beskriver den ickefungerande beteendeanalysen i dess kontext: patientens förståelse analyseras i dess kontext (med hänsyn till dödsfallet, traumat och så vidare). Den vetenskapliga kunskapen riskerar att fungera ideologiskt när attribut hos de funktionella begreppen tillskrivs vardagens händelser (eller när vardagshändelsens attribut tillskrivs de funktionella begreppen).

I linje med mina tidigare resonemang menar jag att *det ideologiska* inte handlar om att en viss relation mellan fenomen skulle vara falsk eller osann (att det exempelvis inte finns ett samband mellan en panikångestattack och ett självskadebeteende), utan om hur vetenskapliga begrepp *används* i terapin och terapiutvecklingen. En funktionell beteendeanalys – till exempel i form av visualisering av den aktuella situationen i patientens liv – är ett användbart verktyg i konstruktionen av en terapiteoretisk beskrivning av en situation för patienten och terapeuten. Men den riskerar samtidigt bli ett normativt element. Attribut som är centrala för en korrekt tillämpning av de funktionella begreppen (den kontextuella relationens syntax) resulterar i en mekanistisk ideologi när de överförs till erfarenheten (den subjektiva semantiska förståelsen) av psykiskt lidande.

7.2. Materialiseringen av känslor, tankar och handlingar

Med *materialisering* avser jag de sätt på vilka funktionellt definierade känslor, tankar och handlingar blir till ett potentiellt område för intervention. Beteendeanalysen används vanligen för att åstadkomma ett funktionellt förhållningssätt till patientens situation. Andra tillvägagångssätt (främst inom DBT) är de skattningsskalor och veckokort som patienten fyller i kontinuerligt under terapin. Terapisessionen tar fasta på de problem som är mest akuta enligt självskattningsinstrumenten (men även de som terapeuten ser sig föranledd att ta upp, oberoende av om de utmärker sig i veckokortet). Dessa olika former av informationsinhämtning ligger till grund för den beteendeanalys som terapeut och patient gör tillsammans.

Ytterligare en roll som psykologins och terapins instrument spelar är att de kontrollerar så att en viss teknik fungerar. Utvecklingen av och begreppsbildningen kring medveten närvaro har inneburit ett intresse för hur de tekniker som använts i andliga och terapeutiska sammanhang kan fungera terapeutiskt. Vad innebär det att vara medvetet närvarande och vilka konsekvenser har det för individen? Med hjälp av operationaliseringens funktionella definitioner (medveten närvaro som exponering, som avslappning och så vidare) utformas mätinstrument för att utvärdera hur väl en viss teknik (meditation, avslappningsövningar och så vidare) uppfyller syftet med interventionen.[349] Som ett första steg i förklaringen av medveten närvaro görs en funktionell generalisering av vad som från början varit en andlig teknik. Hur kan man teoretiskt förklara vad medveten närvaro är? Därefter går man tillbaka till teknisk nivå och försöker förbättra de konkreta teknikerna i linje med sin teoretiska och funktionella förklaring av medveten närvaro. Det kontinuerliga arbetet pendlar mellan funktionella generaliseringar och utformning av

[349] Se exempelvis Bishop et al. (2004), "Mindfulness: A Proposed Operational Definition", i *Clinical Psychology: Science and Practice* (11:3), s. 230–241 och Ruth A. Baer (2003), "Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review", i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 125–143.

konkreta tekniker. Det rör sig om *en vetenskaplig bearbetning av ideologiska begrepp.*

7.2.1. Att mäta medveten närvaro

I förra kapitlet visade jag hur utvecklingen av funktionella förklaringar till psykiskt lidande går till. Operationaliseringen av en funktionell princip, exempelvis *kognitiv defusion*, *metakognitiva tillstånd* och *medveten närvaro*, förutsätter att effekterna av en viss tekniktillämpning kan mätas. För att veta hur en viss teknik fungerar måste man kunna mäta dess effekter. Mätningen kan göras på två sätt: för det första som terapeutens/klinikerns skattning av teknikens effekter på patienten ifråga (i vilken grad ett visst symtom uppvisas före och efter tillämpningen av tekniken), och för det andra som självskattning. Vilka effekter upplever patienten att tekniken har? I fråga om medveten närvaro är självskattning den vanligaste metoden för att mäta en specifik tekniks effekter. Ett antal procedurer har utvecklats för att analysera självskattningens resultat utifrån de förklaringsmodeller som används.

Medveten närvaro är ett samlingsnamn för ett antal olika övningar och förhållningssätt som uppstått i ett flertal olika kontexter. För den tredje generationens terapier har influenserna framför allt kommit från de buddistiska traditionerna. Beskrivningarna av medveten närvaro är oräkneliga, men har ändå vissa gemensamma tankegångar. Det handlar om att utföra en handling på ett uppmärksamt sätt. Uppmärksamheten ska riktas mot själva handlingen, inte mot dess mål eller resultat. Även om den stillasittande meditationen blivit den medvetna närvarons mest karaktäristiska uttryck, menar många att det är en *hållning* som ska åtföljа alla vardagens handlingar. Den zenbuddistiske munken Thich Nhat Hanh, som inspirerat flera av de västerländska terapeutiskt inriktade traditionerna, tar diskning som exempel.

> När man diskar ska man diska, inget annat, vilket betyder att när man diskar ska man vara fullkomligt medveten om att man diskar. Vid första anblicken kan detta tyckas en aning dumt. Varför lägga en sådan vikt vid en så enkel sak. Men det är just det som är meningen. Detta att jag står här och diskar dessa skålar är en outgrundlig verklighet. Jag är mig själv helt och hållet, jag

följer min andning, är medveten om att jag är här, och medveten om mina tankar och handlingar. Då riskerar jag inte att tankspritt kastas hit och dit som en flaska på havets vågor.[350]

Att vara medvetet närvarande är att vara delaktig och uppmärksam i den handling som utförs, hur obetydlig den än anses vara.[351] Ett annat sätt att beskriva den medvetna närvaron är att varje handling ska utföras meditativt. Den stillasittande meditationen går ut på att meditera över den stillasittande kroppen samt de känslor och tankar som uppkommer. Att diska är att meditera över att diska, det vill säga att vara uppmärksam på och närvarande i diskningen. Att känna en känsla på ett medvetet och närvarande sätt är att meditera över känslan. Meditation brukar betraktas som ett introvert och avskärmat tillstånd, men här används begreppet för att beskriva en riktad uppmärksamhet. Den *kan* vara introvert om dess objekt är ett internt fenomen. Jag kommer inte att beskriva de andliga definitionerna av medveten närvaro mer utförligt än jag redan gjort, eftersom terapierna lånar teknikerna från dessa traditioner, men inte förklaringarna.

Det finns ett flertal instrument för att mäta medveten närvaro och dess effekter. Ett av de vanligaste är *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS), som utvecklats av psykologen Ruth Baer. Det är ett formulär som består av trettionio påståenden, vilka rör olika aspekter av medveten närvaro. Fem svarsalternativ är möjliga: ”aldrig eller väldigt sällan sant”, ”sällan sant”, ”sant ibland”, ”ofta sant” samt ”alltid eller mycket ofta sant”. Formuläret avslutas med frågor som rör respondentens erfarenhet av olika metoder som enligt konstruktörerna bygger på principer som kan jämföras med medveten närvaro. De förslag som ges är *tai chi*, *qi gong*, *hathayoga*, *vipassanameditation* och *transcendental meditation*. Tai chi och qi gong är meditation i rörelse, vipassanameditation och transcendental meditation är stillasittande meditation och hathayoga består av en mängd olika övningar och tekniker med meditativa

[350] Thich Nhat Hanh (1975/2002), *Mandelträdet i din trädgård: Uppmärksamhetens under*, s. 15.

[351] Den amerikanske buddisten Shinzen Young jämför för sin del medveten närvaro med professionella idrottares inställning till sin idrott (Shinzen Young (2005), *The Science of Enlightenment* (ljudbok)). En sådan beskrivning ”amerikaniserar” förståelsen av medveten närvaro genom att betona den ökade prestanda som medveten närvaro kan resultera i. En professionell idrottare bör vara målinriktad, vilket motsäger tanken om medveten närvaro som ett mål i sig själv.

aspekter. De tidsramar som ställs upp för hur länge man använt metoderna är ”mindre än sex månader”, ”sju månader till två år”, ”tre till fem år”, ”sex till tio år” samt ”elva eller fler år”. Exempel på påståenden är:

> Jag är bra på att beskriva mina känslor i ord.
>
> Jag brukar fundera på om det som jag upplever stämmer eller inte.
>
> Jag lägger märke till när min kropp förändras, exempelvis om min andhämtning blir lugnare eller snabbare.
>
> Jag kritiserar mig själv när jag har irrationella eller opassande känslor.
>
> Jag brukar uppmärksamma ljud, exempelvis klockor som tickar, fåglar som kvittrar och bilar som kör förbi.
>
> När jag utför hushållssysslor, exempelvis diskar, brukar jag dagdrömma eller tänka på andra saker.
>
> Jag är aktivt uppmärksam på mina känslor.
>
> Jag brukar märka om mitt humör förändras.[352]

KIMS är ett flerdimensionellt instrument som mäter fyra komponenter i patientens beteende: att *observera*, att *beskriva*, att *agera med närvaro* och att *acceptera på ett icke-dömande sätt*. De är relativt självständiga i förhållande till varandra men bildar tillsammans medveten närvaro som analytisk enhet. Förmågan att observera, att beskriva, att agera närvarande och att acceptera utan att döma är indikatorer på medveten närvaro. Det är inte så enkelt att de fyra aspekterna *är* medveten närvaro, utan träning i medveten närvaro kan hjälpa

[352] Exempel från *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*, se Ruth A. Baer, Gregory T. Smith och Kristin B. Allen (2004), ”Assessment of Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness skills”, i *Assessment* (11:3), s. 191–206.

patienten att lära sig dessa färdigheter.[353] Frågorna berör på olika sätt de fyra komponenterna (påståenden som handlar om att man är kritisk mot irrationella tankar är kopplade till färdigheten att acceptera på ett icke-dömande sätt och så vidare).

Ett annat instrument är *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS), som konstruerats av psykologerna Kirk W. Brown och Richard M. Ryan. Det består av femton påståenden som respondenten ska skatta på en sexgradig skala (vilken spänner från ”nästan alltid” till ”nästan aldrig”). Exempel på frågor är:

> Ibland upptäcker jag först i efterhand att jag haft en viss känsla.
>
> Jag brukar ta sönder eller tappa saker för att jag är slarvig, ouppmärksam eller disträ.
>
> När jag för första gången får höra någons namn glömmer jag det nästan direkt.
>
> Jag kan bli så fokuserad på ett mål att jag inte funderar över vad jag gör just nu för att uppnå det.
>
> Vad jag gör just nu upptas alltför mycket av funderingar om framtiden eller det förflutna.
>
> Ibland kan jag småäta utan att vara riktigt medveten om att jag gör det.[354]

MAAS är ett endimensionellt instrument som mäter medveten närvaro som förmågan att vara uppmärksam på pågående händelser. Konstruktörerna definierar medveten närvaro som en ”subjektiv upplevelse av […] uppmärksamhet och närvaro i nuet”.[355] Av ett stort antal påståenden (184) har de

---

[353] Att jag använder ordet färdigheter är ingen slump. Baer menar själv att DBT:s konceptualisering av dessa färdigheter ligger närmast KIMS sätt att mäta medveten närvaro (ibid., s. 193).

[354] Exempel från *Mindfulness Attention Awareness Scale*, se Kirk W. Brown och Richard M. Ryan (2003), ”The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being”, i *Journal of Personality and Social Psychology* (84:4), s. 822–848.

[355] Ibid., s. 825.

som av olika skäl[356] inte ansetts uppfylla kriterierna valts bort. De femton påståenden som MAAS består av beskriver inte medveten närvaro utifrån något teoretiskt antagande. MAAS är ett instrument som utarbetats med hjälp av statistiska metoder: urvalet av femton frågor har gjorts med hjälp av faktoranalys (det vill säga med hjälp av statistiska verktyg som identifierar mönster i skattningen av påståendena), inte utifrån några teoretiska antaganden om vad medveten närvaro är eller någon andlig tradition.[357]

KIMS mäter fyra faktorer (förmågan att observera, beskriva, agera med närvaro och acceptera på ett icke-dömande sätt), som tillsammans antas vara ett mått på hur medvetet närvarande individen är. MAAS är istället utformat för att mäta medveten närvaro som en subjektiv upplevelse av uppmärksamhet och närvaro.

I en utvärdering av självskattningsinstrumenten identifierar Baer et al. fem gemensamma faktorer i definitionen av medveten närvaro hos som de vanligaste instrumenten (KIMS och MAAS, samt *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI), *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS) och *Mindfulness Questionnaire* (MQ).[358] De gemensamma faktorerna är: 1. Förmågan att inte reagera på upplevelser. (Påstående som omfattas av faktorn är exempelvis: ”Jag ser på mina tankar och känslor utan att behöva reagera på dem.”) 2. Förmågan att observera/notera/utforska de egna upplevelserna/perceptionerna/tankarna/-känslorna. (Påstående som omfattas av faktorn är exempelvis: ”Jag stannar kvar i nuet med upplevelser och känslor även när de är obehagliga eller smärtsamma.) 3. Förmågan att agera med medvetenhet/autopilot/koncentration/icke-distraktion. (Påstående som omfattas av faktorn är exempelvis: ”Jag brukar ta sönder eller tappa saker för att jag är slarvig, ouppmärksam eller disträ.”) 4. Förmågan att beskriva/benämna med ord. (Påstående som omfattas av faktorn är exempelvis: ”Det är lätt för mig att sätta ord på mina trosföreställningar,

---

[356] Dessa skäl är bland annat statistiska analyser, tillämpningen av ”sunt förnuft” och rekommendationer från personer med lång erfarenhet av meditation och medveten närvaro (ibid.).

[357] Se Erling Hansen et al. (2009), ”Measuring Mindfulness: Pilot Studies with the Swedish Versions of the Mindfulness Attention Awareness Scale and the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills”, i *Cognitive Behavior Therapy* (38:1), s. 3. Se även förra noten.

[358] Baer, et. al (2006), ”Using self-reported assessment methods to explore facets of mindfulness”, i *Assessment* (13:1), s. 27–45. Artikeln bygger på en statistisk analys av de olika mätinstrumentens validitet och reliabilitet.

åsikter och förväntningar.") Den sista faktorn är 5. Förmågan att vara icke-dömande i relation till erfarenheter. (Påstående som omfattas av faktorn är exempelvis: "Jag säger till mig själv att jag inte borde känna som jag känner.") Tillämpningen av en teknik är framgångsrik om individen skattar någon av eller alla dessa faktorer högre. Vad som bör uppmärksammas är att faktorerna beskrivs som färdigheter eller förmågor hos patienten, vilket inte är detsamma som en funktionell beskrivning av medveten närvaro. Vad som mäts är de effekter som tillämpningen av en teknik har på patientens beteende.[359]

7.2.2. Beteendeanalys

Att utföra en beteendeanalys är att beskriva ett beteende i dess kontext – vad som lett fram till beteendet och vilka konsekvenser det har. Även om "kedjeanalys" ofta används synonymt med beteendeanalys kan en sådan benämning lätt leda tankarna fel: analysen beskriver inte beteendet som ett ting, knutet till *en* antecedent och *en* konsekvens. Patientens "orsaksförståelse" (att *en sak* – en enskild händelse som kan isoleras från sin kontext – gjorde att patienten betedde sig på ett visst sätt) är en del av det beteende som analyseras. Den terapeutiskt verksamma beteendeanalysen ska identifiera de händelser som omger den av patienten upplevda beteendekedjan.[360] Relationen mellan den funktionella beteendeanalysen och den "beteendeanalys" som patienten tidigare utfört består inte av ett *kriterieutbyte* (det är med andra ord inte nya orsaker, nya individuella händelser och så vidare som ersätter de gamla). Den består av ett begreppsligt och konceptuellt brott. Den terapeutiska interventionen har inte till ändamål att *byta ut* patientens dysfunktionella förståelse av sin situation, utan att få patienten att arbeta med och reflektera över var en sådan förståelse har sitt ursprung, varför den inte fungerar och varför den trots detta fortfarande används. Ett viktigt element i beteendeanalysen är omkonceptualiseringen av beteendets kontext. Beteendeanalysens syfte är att urskilja *hela* händelsen, det vill säga alla aspekter av händelsen som anses relevanta för terapin.

---

[359] Frågan om vilka beteendefunktioner eller beteendeprinciper som resulterar i medveten närvaro diskuteras utförligt i senare avsnitt.
[360] Linehan (1993), s. 259.

> Som psykologer vill vi förstå hela organismer i interaktion med den historiska och lokala kontexten. Detta är den psykologiska analysnivån. En kontextuell psykolog kan inte förklara en psykologisk handling-i-dess-kontext genom att hänvisa till handlingar utförda av de delar av organismen som utför interaktionen (exempelvis dess hjärna, körtlar och så vidare). Ben går inte, hjärnor tänker inte och penisar älskar inte. Människor gör dessa saker, och människor är sammansatta organismer. […] Den analytiska enheten är den interaktiva helheten.[361]

Hayes ifrågasätter reduktionen av ett fenomen till vissa subpersonella nivåer, speciellt den neurobiologiska. Men ”handlingen-i-dess-kontext” utgör inte vardagsförståelsen av handlingen. Resonemanget liknar kritiken mot det mereologiska felslutet, men skiljer sig på en viktig punkt: en funktionell förklaring tar inte sin utgångspunkt i en vardaglig upplevelse av händelsen. Den funktionella beteendeanalysen måste per definition bryta med den vardagliga förståelsen och istället objektifiera den. Den kontext som Hayes handling befinner sig i styrs av beteendeprinciper, inte av de rationalitetsprinciper som organiserar vardagen. Handlingen delas in i ”funktionella enheter”. Dessa är de delar som tillsammans bildar beteendets syntaktiska sammanhang. De väljs ut med det ”pragmatiska” syftet att enheterna ”är de kontextuella fenomen som […] bidrar till att terapeutens eller vetenskapsmannens mål uppfylls”.[362] Hayes kritik riktar sig inte mot tendensen att reducera kunskapsobjektet till en subpersonnivå, utan mot tendensen att reducera det till en subpersonnivå på vilken det inte är möjligt att direkt intervenera i det aktuella problemet: ett problem som definieras som ett *problembeteende* kan inte analyseras som ett neurologiskt eller socialt problem, utan bara som ett beteendeproblem.[363] Problemet och dess lösning måste formuleras på ett och samma sätt. De ”pragmatiska” syften och sanningskriterier som man talar om uppstår i relationen mellan analysens resultat och forskarens/terapeutens/patientens syfte

---

[361] Hayes et al (1999), s. 18–19. Se även Linehan (2000), s. 155, för en diskussion om beteendeanalysens betydelse för förmågan att reglera känslor.

[362] Hayes et al. (1999), s. 19. Se även avsnittet 6.2.2.

[363] Även det omvända gäller: Ett neurobiologiskt formulerat problem kan enbart lösas på neurobiologisk nivå och ett socialt problem enbart med sociala eller samhälleliga medel.

(en instrumentell pragmatism) snarare än i erfarenheten (en subjektivistisk pragmatism). Den pragmatism som styr beteendeanalysen säkras inte av subjektets erfarenhet, utan av den vetenskapliga mätningen av en viss tekniks effekter. Den instrumentella pragmatismens sanningsgarant är dess förmåga att representera och intervenera i sitt kunskapsobjekt.[364]

Beteendeanalysen är en teknik för att skapa kunskap om och intervenera i patientens situation. Kunskapen bygger på funktionella förklaringar till relationen mellan beteendet och dess kontext. Beteendeanalysens tillämpning styrs av vissa principer och omgärdas av instruktioner som ska försäkra terapeuten och patienten om att den genomförs korrekt. Linehan ställer upp en checklista som ska användas när en DBT-terapeut utför en beteendeanalys:

> *Terapeuten hjälper patienten att DEFINIERA PROBLEM-BETEENDET.*
>
> Terapeuten hjälper patienten formulera problemet som ett beteende.
>
> Terapeuten hjälper patienten att beskriva problembeteendet i dessa termer:
>
> Beteendets frekvens.
>
> Beteendets längd.
>
> Beteendets intensitet.
>
> Beteendets topografi.
>
> Terapeuten väver kontinuerligt in validering.
>
> *Terapeuten utför en KEDJEANALYS.*
>
> Terapeuten och patienten väljer ut en del av problemet.
>
> Terapeuten beskriver beteendet i små enheter (kedjans länkar), med betoning på kedjans början (antecedenter), dess mitt (själva probleminstansen) och dess slut (konsekvenser) i dessa termer:
>
> Känslor.
>
> Kroppsliga upplevelser.
>
> Tankar och bilder.
>
> Overta [”externa” eller för andra uppfattbara] beteenden.
>
> Faktorer i omgivningen.

[364] Se Althusser (1968/1970), s. 75–76.

Terapeuten gör en kort kedjeanalys av händelser som sker under terapisessionen.

Terapeuten arbetar för att bibehålla patientens samarbete (även för att bibehålla sin egen delaktighet i terapin).

Terapeuten hjälper patienten att utveckla metoder för att bevaka sitt beteende mellan terapisessionerna.

TERAPEUTEN KONSTRUERAR HYPOTESER tillsammans med patienten angående vilka variabler som influerar eller kontrollerar det aktuella beteendet.

Terapeuten använder tidigare analysers resultat för att vägleda den aktuella analysen.

Terapeuten vägleds av DBT-teori.

Handlingar som kolliderar med ett DBT-perspektiv.

Terapeuten tar över patientens undvikandebeteende under deras gemensamma analys av målbeteenden.

Terapeuten betonar vissa delar av informationsinhämtningen för att styrka sin egen teori om patientens beteende.

Figur 5: Checklista för beteendeanalytiska strategier (från Linehan (1993), s. 256).

Även om terapeuten enbart ska "vägledas" av DBT:s teoretiska antaganden, ska han eller hon samtidigt *styras* av ett dialektiskt perspektiv. Den grundläggande förståelsen av mänskligt fungerande och den aktuella patientens problem bygger på den dialektiska teorin. Terapeutens "frihet" är snarare en begränsning, då terapeutens och patientens arbete inte ska styras av teoretiska utsagor på ett urskillningslöst sätt. Det är terapeutens ansvar att förklaringarna både är teoretiskt baserade och strategiskt motiverade. Ytterligare en inskränkning av terapeutens möjligheter att improvisera utgörs av att en kompetent beteendeanalys skiljer sig från en ideologiskt grundad beteendeanalys genom att den förra baseras på en funktionell förklaring. Om terapeuten övertar patientens sätt att förklara sitt beteende eller om terapeuten använder sin egen (vardagliga)

förståelse definieras detta som ett terapistörande moment, vilket ska prioriteras högst av alla problem, näst efter självskada och självmordsförsök.[365]

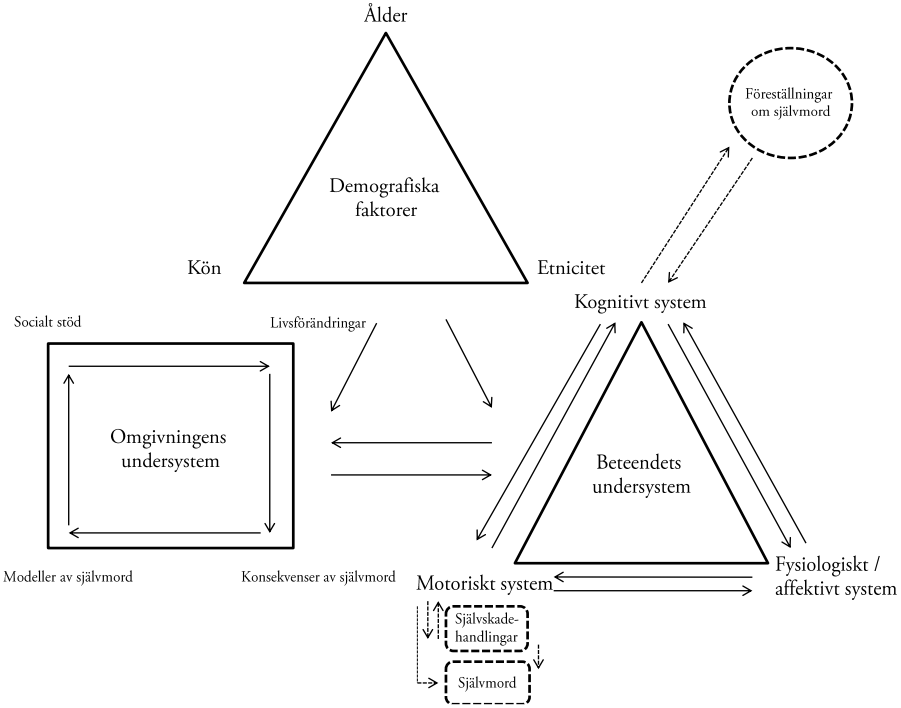
Den effektiva beteendeanalysen är ett viktigt redskap i terapin. Men den är även en färdighet som patienten ska lära sig använda i sin vardag. De tolkningar som patienten tidigare gjort av ett visst beteende definieras som en viktig del av det faktiska problembeteendet. I den funktionella analysen vävs patientens tolkningar in för att analysen ska vara så exakt som möjligt, så att den ger en ”korrekt och tillräckligt komplett bild av den sekvens av interna och externa händelser som är kopplad till problembeteendet”.[366] Tolkningarna vävs in i förklaringen, men inte som en förklaring. På så sätt bereds vägen för att patienten själv ska kunna utföra en pålitlig och kvalificerad beteendeanalys som omfattar alla relevanta länkar i kedjan av händelser. Man beskriver fyra anledningar till att patienten bör lära sig att utföra beteendeanalysen på egen hand. De är alla kopplade till tolkningen av händelsen: 1. Patienten ska kunna identifiera de händelser som gör att det ickefungerande beteendet uppkommer automatiskt, 2. Patienten ska kunna identifiera brister i beteendet som stärker de egna problematiska reaktionerna, 3. Patienten ska kunna hitta händelser i omgivningen eller i de egna reaktionerna som stör mer lämpliga beteenden, samt 4. Patienten ska kunna se handlingarna som dysfunktionella svar, men även hur alternativa handlingar skulle kunna utföras. Kort sagt ska patienten kunna identifiera beteendets *funktion*.

En kontextuell förståelse av beteende bygger på att relationen mellan beteendet och kontexten beskrivs funktionellt. Den funktionella *modellen* bildar utgångspunkten för beteendeanalysen, och utgör den metod med vilken handlingens ”funktionella enheter” identifieras. Modellens utformning beror på vilket terapiteoretiskt perspektiv som används, vilket beteende som ska förklaras samt vilket syftet med interventionen är (förutsägelse eller influens till exempel). Inom DBT används bland annat en modell av självmords- och självskadebeteende som bas för intervention. Modellens funktion är att identifiera de relevanta delarna i självskadans kontext:

---

[365] Om inte syftet med övertagandet är att validera patienten.

[366] Linehan (1993), s. 255. Även Kåver och Nilsonne betonar att man måste kunna identifiera och beskriva tankar för att kunna utföra terapeutiska interventioner (Kåver och Nilsonne (2002), s. 117).



Figur 6: En social och beteendemässig modell av självskade-beteende (från Linehan (1993), s. 40)[367]

Beteendets tre subsystem är de processer som är inbegripna i beteendet (det kognitiva, det affektiva och det motoriska systemet). Miljöns subsystem är de aspekter av individens situation och omgivning som anses relevanta för beteendet. De demografiska faktorerna är i sin tur sociala och kulturella fenomen som inverkar på beteendet. De olika delarna bildar inte någon fullständig bild av självmords- och självskadebeteende, utan är de delar som utifrån ett dialektiskt beteendeterapeutiskt perspektiv anses vara av betydelse för en *intervention* i beteendet. Själva beteendeanalysen eller beteendekedjan visualiseras inte i form av en modell. Modellen tillhandahåller de funktionella

[367] Linehan kallar modellen för en ”visuell representation” av miljö-person systemet.

enheter som tillskrivs beteendet. Det är i konstruktionen av beteendets ”funktionella enheter” som modellen fyller en funktion, som gör beteendeanalysen pålitlig och kvalificerad. Händelsen bryts upp i samband, orsaker och konsekvenser, och det händelseförlopp som identifieras blir synligt och förståeligt för patienten (vad föregick självskadan och vilka konsekvenser hade den?). Det är viktigt att betona att patienten inte får händelsen beskriven för sig i ordalag som ”subsystem i omgivningen” och ”relationen mellan beteenden och demografiska faktorer”. Förklaringen knyter an till de konkreta händelser vilkas funktion de abstrakta termerna beskriver. Utifrån modellen är det däremot möjligt att identifiera på vilket sätt det är lämpligt att intervenera för att förändra beteendets kontext, det vill säga vilka aspekter av händelsen som är relevanta. *Det är i relationen mellan de funktionella enheterna som syntaxen framträder och det är utifrån den som interventionen utformas.* Att utföra en beteendeanalys är att operationalisera förhållandet mellan modellen och patientens situation.

Beteendeanalysen begränsas inte heller negativt av modellen. Modellen här nedan innehåller bara ett av många sätt som ett visst beteende kan konceptualiseras på. Detta beteende kan förstås på fler sätt än som självskada, att jämföra med den kontextbundna tolkning av handlingar som diskuterades i förra kapitlet; ett visst beteende kan fylla mer än bara en funktion. Men händelsens delar organiseras som terapeutiskt relevanta fenomen med hjälp av modellen. Modellen spelar en viktig roll i beteendeanalysens utformning och därmed även i händelsens omkonceptualisering. Modellen beskriver de processer som upprätthåller självskadebeteendet. Det är beteendeanalysens funktion att abstrahera den konkreta situationen så att den kan beskrivas funktionellt.

Beteendeanalysen analyserar den ”reciproka interaktionen mellan omgivningen och patientens kognitiva, emotionella och beteendemässiga svar”.[368] Det är med andra ord varken individen eller omgivningen som analyseras, utan interaktionen dem emellan. Relationen dem emellan är komplex, och ”många, om inte de flesta, terapeutiska felen är skattningsfel, det vill säga terapeutiska svar på en felaktig förståelse och skattning av det aktuella

[368] Linehan (1993), s. 253.

problemet".[369] Ett sådant terapeutiskt fel kan bestå i att ta patientens egen beteendeanalys för given eller att av andra anledningar inte arbeta med en terapiteoretiskt grundad beteendeanalys. Den pålitliga och kvalificerade beteendeanalysen förklarar varför beteendet, exempelvis patientens egen förståelse av situationen, ser ut som det gör samt beskriver beteendet och dess kontext funktionellt utifrån de mål som ställts upp för terapin.

Anledningen till att en pålitlig och kvalificerad beteendeanalys är så viktig i terapin är att en effektiv terapeutisk intervention enbart kan ske i patientens förhållande till sina känslor, tankar eller handlingar, trots att det "egentliga" problemet oftast förläggs till händelser utanför patienten (till delar av den medfödda sårbarheten och till en invaliderande omgivning).[370] Exempelvis kan det *problem* som ska lösas i en situation där patienten blir utsatt för våld i en nära relation "definieras som att patienten inte upplever situationen som acceptabel."[371] Analysen rör "patienters beteende i situationer, inte situationerna i sig", varför det definierade problembeteendet inte är den grundläggande *orsaken* till beteendet, utan alltid *patientens* beteende. Även om beteende-analysen identifierar något i patientens omgivning som ursprunglig orsak till hennes problem, så är det fortfarande terapins mål att förändra patientens beteende (det kan, men behöver inte handla om att ge patienten förmåga att förändra sin omgivning). Beteendeanalysens ändamål är att producera kunskap om beteendets relation till dess kontext. När väl denna relation är förstådd är det möjligt att påverka beteendet. När beteendet förstås som resultatet av vissa omständigheter är det enda effektiva sättet att påverka det att förändra dess kontext. Ur ett sådant perspektiv kan patientens tolkningar ses som en del av problembeteendets kontext; förändringar i tolkningen kan påverka patientens sätt att reagera på känslor, tankar och handlingar. (Patientens tolkning kan därefter ses som ett problembeteende, och då är beteendeanalysens uppgift att identifiera tolkningens kontext: handlingen i dess kontext är analytiskt

---

[369] Ibid., s. 254 [eng. *assessment error*].

[370] Ibid., s. 256–257.

[371] Ibid., s. 257. Ett tänkt scenario där patientens situation att leva i ett våldsamt förhållande inte leder till problem är med andra ord inte intressant för det terapeutiska arbetet. I den mycket vanligare situationen att våldet inverkar negativt på personen formuleras lösningen på ett sätt som gör den möjlig att utföras av patienten.

definierad och inte ”naturligt förekommande”.)[372] När analysen kontinuerligt skiftar mellan frågan om varför patienten tolkar en händelse på ett visst sätt och vilka konsekvenser tolkningen har på exempelvis patientens strategier för att hantera ångest, blir det möjlig att identifiera beteendets kontext och åstadkomma förändring.

7.2.3. Beteendeanalys som *taktande* eller som *interpellation*?

Att *takta* innebär i Skinners analys av verbalt beteende att sätta ord på något, att beskriva något med ord: ”[e]tt takt kontrolleras av en omedelbart föregående stimulus, den stimulus som taktas. […] Vi säger ’stol’ när en stol är närvarande. Responsen, det vi säger, är en direkt följd av att vi ser stolen.”[373] Radikalbehaviorismen bygger på ett antagande om att allt mänskligt beteende, även psykoterapi, kan beskrivas i beteendevetenskapliga begrepp. Med en sådan tolkning av terapi är det terapeuten som taktar patientens beteende, men även terapins mål – exempelvis att ge patienten förmåga till ett mer omständighetsstyrt beteende eller till känsloreglering. När terapin beskrivs som ett taktande av situationen blir det är möjligt att ställa frågan *vilka stimuli som är närvarande när en känsla, tanke eller handling taktas utifrån den funktion den har i problembeteendet.* Är det beteendet eller den funktionella modellen som resulterar i beteendeanalysen som respons? Den funktionella modellen blir en ny kontext för förståelsen av beteendet. Beteendet förändras radikalt av att modellen införande förklaringen och av det instrumentella syftet med interventionen.

Arbetet med att reglera och hantera känslor, tankar och handlingar består till stor del av att benämna eller takta den egna personen. Taktandet av den egna personen görs inte med tekniska, funktionella eller terapiteoretiska begrepp. Det talas exempelvis inte om ”antecedenters förändrade stimulusfunktion”,[374]

---

[372] Gifford och Hayes (1999), s. 290. Se även avsnittet om funktionell kontextualism, där en handling kan utvecklas genom att man lägger på lager efter lager av kontexter.

[373] Se Törneke (2009), s. 51–56, 125–136 och Kåver och Nilsonne (2003), s. 45–47 (eng. *tact*, som i kontakt).

[374] Antecedenters förändrade stimulusfunktion innebär att en händelse påverkar en person på ett nytt sätt. Läsarens förhållande till denna text förändras om han eller hon plötsligt får reda på att det kommer att bli prov på innehållet efter att man läst färdigt.

”diskriminativa stimuli” och ”arbiträrt tillämpliga relationsresponser”[375]. Däremot blir beteendet och dess funktionella relation till kontexten ett kunskapsobjekt med hjälp av de förklaringsmodeller som används och de funktioner som tillskrivs en viss känsla, tanke eller handling. Den funktionella analysen gör det möjligt att förklara och organisera vardagens händelser *såsom* funktionella och dysfunktionella enheter, att takta dem i funktionella termer.

Men hur förhåller sig beteendeanalysen och taktandet av den egna personen till vad jag kallat för vetenskapens ideologiska fungerande? Terapi fungerar ideologiskt på ett tämligen självklart sätt: de flesta former av psykoterapi som är avsedda att behandla personlighetsstörningar är en del av psykiatrin, och terapins utformning regleras av en viss typ av samhällelig rationalitet. Ett sådant påstående stämmer, men formar sig dock till en tämligen begränsad kritik av psykoterapin. Konstaterandet att terapin är en del av en maktutövning tenderar att slå in öppna dörrar.[376] Jag analyserar istället terapins premisser, effekter och tillämpning och jag har argumenterat för ett utifrån mitt syfte mer användbart ideologibegrepp: ACT, MkT och DBT kan, på grund av de funktionella modeller av mänskligt fungerande (och dysfungerande) som de utgår från, definieras som vetenskapliga praktiker (utifrån den definition av vetenskaplighet som jag utformade i kapitel 3, 4 och 5). Med utgångspunkt i en analys av de sätt på vilka en vetenskaplig praktik kan *fungera ideologiskt* är det möjligt att förstå *hur* den terapeutiska praktiken förhåller sig till vetenskaplighet och till ideologiskt fungerande. Beteendeanalysen är en förklaringsmodell som uppmanar till en ny förståelse av patientens situation. Häri finns det en uppenbar risk för att terapin ska fungera ideologiskt. Terapins pragmatiskt formulerade mål, att skapa förutsättningar för patienten att *leva ett fungerande liv*, kan lätt blandas samman med *förklaringar av beteendets funktion*. Terapin har flera beståndsdelar som gör en sådan sammanblandning möjlig.

---

[375] Att relationsresponser är arbiträrt tillämpliga innebär att vilka händelser eller fenomen som helst kan kopplas till varandra verbalt, och att de olika händelsernas eller fenomenens stimulusfunktion kan ”smitta av sig” på varandra. Det verbala beteendets interna struktur begränsas inte av språkliga utsagors form.

[376] Vilket inte innebär att det inte är nödvändigt att granska terapins roll i maktutövningen.

7.2.3.1. Beteendeanalys och det konceptuella brottet

Målet med terapin är att patienten ska kunna leva ett fungerande liv. Vägen dit stakas ut med hjälp av instrument och tekniker som ska intervenera i patientens problem. Men om terapin lyckas uppfylla detta mål innebär det att "vägen" tar en annan riktning än patienten först tänkt sig. Med Kåver och Nilsonnes ord upplever patienten ett "paradigmskifte" i sitt sätt att tänka på de egna känslorna, tankarna och handlingarna. Med hjälp av begreppet konceptuellt brott kan vi förstå hur terapin strävar efter att förändra de strategier som används för att leva ett fungerande liv, och i förlängningen kanske även vad ett "fungerande liv" innebär. Från att exempelvis definiera det lyckliga livet som fritt från bekymmer, kan patienten utveckla en förmåga att inte låta bekymren ta över i svåra stunder, vilket är ett mer fungerande förhållningssätt till ens livssituation. Detta knyter an till den gemensamma uppfattning de tre terapiformerna har angående de dysfunktionella hanteringsstrategiernas försvårande effekt på psykiskt lidande. Tanken att enbart ett liv fritt från bekymmer är värt att leva rustar en inte väl inför livets realiteter. Patientens dysfunktionella strategier är resultatet av den vardagliga kunskap som hon bär med sig. Inom ACT är det olika dysfunktionella förändringsprocesser och förändringsstrategier som analyseras, inom MkT arbetar man med olika dysfunktionella metakognitiva strategier och inom DBT strävar man efter att förändra patientens dysfunktionella reaktioner på känslor och upplevelser och introducera mer långsiktigt fungerande strategier.

Det ickefungerande i situationen är ofta smärtsamt uppenbart för patienten, men ("dys-")funktionen i patientens strategier är dold för hennes direkta introspektion. Ur terapimodellernas perspektiv kan man använda tekniker och instrument för att synliggöra det ickefungerande i patientens strategier samt identifiera, träna och generalisera alternativa beteenden. Den vardagliga introspektionen (den "primitiva" formen av beteendeanalys) är i mångt och mycket det problem som ses som mest akut att lösa. För att återknyta till det citat som inledde avhandlingen ser inte ACT, MkT och DBT den vardagliga kunskapen som en användbar spegel för betraktandet av individen. Andra hjälpmedel är nödvändiga. De instrument och tekniker som presenteras i terapin blir en viktig del av patientens alternativa strategier för att få kunskap (en funktionell analys av sin situation) och medel att påverka (att intervenera i problembeteendets funktion snarare än i dess topografi). Målet med behandlingen kan beskrivas med begreppet *konceptuellt brott.* Patientens förståelse av det psykiska lidandet

(de ”attribut” som tillskrivs objektet psykiskt lidande) ska förändras på ett sätt som gör det möjligt för henne att komma till rätta med sin situation.

Det konceptuella brottet förutsätter att terapin bygger på en förklaringsmodell som själv brutit med vardagsföreställningar om psykiskt lidande.[377] Jag har diskuterat riskerna med att tillämpa den rationalitet som styr en semantisk, vardaglig förståelse på de funktionella objekt som identifieras på subpersonnivå. Jag har även analyserat det omvända tillvägagångssättet, att tillämpa den syntaktiska förståelsens ”genomskinlighet”[378] på personnivån. Skillnaden mellan en vetenskaplig och en vardaglig kunskap kan upprätthållas bara om de attribut som tillskrivs lidandet i den vardagliga kunskapen inte förs över till den funktionella analysen. Ett viktigt attribut i vardagsförståelsen av psykiskt lidande är subjektets roll som den som bär, initierar och ansvarar för det psykiska lidandet. I min analys av terapin, som betonar instrument- och teknikanvändning, intar subjektet en mindre framträdande plats. Det är inte längre det tänkande, kännande och handlande subjektet som sätts under lupp och undersöks av terapeuten i sökandet efter ofärdiga eller patologiska processer i själslivet. Det psykiska lidandets orsaker söks istället i känslors, tankars och handlingars interna struktur.

7.3. Hanteringen av känslor, tankar och handlingar

Jag har nu analyserat ACT, MkT och DBT utifrån de analytiskt konstruerade begreppen visualisering och materialisering. Detta avsnitt inriktar sig på hur man sätter patienten i stånd att hantera det psykiska lidandet. Dessa strategier är tätt sammanknutna mål i terapin, då patienten ”måste ha förmågan att förstå en analys, tillämpa den på befintligt beteende och veta hur hon kan styra det faktiska beteendet med hjälp av verbala regler. Utan sådan förmåga kan inte ens

[377] Däremot förutsätter inte en lyckad terapi (eller religiös, medicinsk eller annan form av intervention) att brottet har skett, detta då de förändringar som sker *hos patienten* inte är händelser som är unika för de terapier som har ambitionen att ”tillämpa vetenskapligt testade principer” på patientens problem.
[378] Se avsnittet 4.2.4.

korrekta regler ligga till grund för ett funktionellt regelstyrt beteende."[379] I detta avsnitt kommer jag att visa hur patientens beteende blir möjligt att förändra med hjälp av de tekniker som används i terapin. En gemensam nämnare i de olika terapimodellerna är att patientens reaktioner på känslor, tankar och handlingar ses som en viktig orsak till hennes problem. Hur reaktionen ska förändras beror på vad patienten reagerar på och vilken form reaktionen antar. Gemensamt för nära nog alla interventioner är att de kan beskrivas som antingen acceptansbaserade eller förändringsbaserade. Patienten ska antingen acceptera eller förändra de egna tolkningarna av händelser, de egna "sekundärkänslorna" (de känslor som är effekter av andra känslor) eller den egna upplevelsen av situationen.

7.3.1. Metakognitiva tekniker

Inom MkT används en teknik som kallas för *uppmärksamhetsträning*. Tekniken har stora likheter med medveten närvaro, men Wells menar att man undviker den medvetna närvarons ideologiska "bagage" (dess bakgrund i den österländska andliga traditionen) genom att utgå från en kognitiv modell av emotionella störningar.[380] När Wells beskriver skillnaderna mellan uppmärksamhetsträning och medveten närvaro betonar han att den förra är teoribaserad.[381] Jag ser därutöver två viktiga skillnader. För det första är patienten under uppmärksamhetsträningen vägledd av terapeuten. För det andra ska patienten rikta sin uppmärksamhet mot skeenden utanför kroppen för att förmå sig själv att inte agera utifrån interna fenomen. Den medvetna närvaron är en teknik som syftar till att få medvetandet följa de olika tankar och känslor som uppstår på ett "icke-dömande" sätt, medan uppmärksamhetsträningen syftar till att få "patienten att undvika att fångas av irrelevanta interna distraktioner".[382] Den medvetna närvaron bygger på en acceptans av de egna känslorna, tankarna och

---

[379] Hayes et al. (1995), s. 108.

[380] Adrian Wells (2002), "GAD, metacognition and mindfulness: An information processing analysis", i *Clinical Psychology: Science and Practice* (9:1), s. 96.

[381] Ibid. Wells skriver däremot inte uttryckligen att medveten närvaro inte är teoribaserad.

[382] Ibid. Påståendet att en intern händelse är irrelevant och distraherande kan utifrån ett DBT-perspektiv beskrivas som dömande eller värderande.

handlingarna, vilket anses få konsekvensen att kontrollen ökar, alternativt att *behovet av* kontroll minskar medan uppmärksamhetsträningen syftar till att öka patientens direkta kontroll över metakognitiva tillstånd. Målet med uppmärksamhetsträningen är, i MkT:s terminologi, att inte aktivera negativa metaföreställningar, vilket skiljer tekniken från den medvetna närvaron, som är ett sätt att konfrontera känslor, tankar och handlingar utan att agera på grundval av dem. Inom MkT ses även förmågan att aktivera positiva meta-föreställningar som ett viktigt mål, något som man har gemensamt med DBT. (Även inom ACT finns detta andra mål, men inte i lika hög grad som i de andra två terapierna.) Trots att man inom MkT menar att man inte låtit sig inspireras av andliga traditioner, är inte uppmärksamhetsträning och medveten närvaro nämnvärt olika.[383] Skillnaden ligger i hur teknikerna teoretiskt förklaras (i ett metakognitivt respektive ett beteendevetenskapligt ramverk).

7.3.2. Att ifrågasätta språkets funktion: Medvetandet som internaliserade relationer och regler

Antagandet om att individens egna tolkningar av sin situation spelar en viktig roll i upprätthållandet av det psykiska lidandet får ytterligare en konsekvens. De flesta av den tredje generationens terapier bygger i olika grad på en förståelse enligt vilken *beskrivningar* av verkligheten är skilda från verkligheten i sig. I den metakognitiva terapimodellen resulterar denna uppfattning i tekniker som syftar till att uppnå ett metakognitivt tillstånd. Inom DBT beskrivs patientens oförmåga att reagera funktionellt på yttre (och interna) händelser som en följd av ett dysreglerat emotionellt system, vilket innebär att patientens reaktioner inte står i proportion till det som utlöser reaktionen. Inom ACT uppfattas språket och dess plats i meningsskapande och kommunikation som en av de centrala orsakerna till ”normalitetens destruktivitet”. Inom ACT har man även utvecklat ett antal tekniker som går under samlingsnamnet ”kognitiv

[383] Det finns även metakognitiva strategier som uttryckligen använder sig av medveten närvaro. Se Adrian Wells (2005), ”Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A metacognitive analysis and ten techniques”, i *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* (23:4), s. 337–355.

defusion".[384] De olika teoretiska beskrivningarna innehåller en gemensam förklaring: verbala och icke-verbala tolkningar (känslomässiga reaktioner, tankar och handlingar i relation till händelsen) utgör ett filter mellan individen och händelsen. Förutom verkligheten anses tolkningen bero på det verbala beteendets interna struktur (ACT), vilka metakognitiva strategier som används (MkT) eller individens emotionella reaktioner (DBT).

En av de tekniker som används inom ACT går ut på att identifiera och ifrågasätta hur verbalt formulerade *skäl* för ett visst beteende omformuleras till *orsaker* till att det utfördes. Genom att fråga patienten varför denne handlade eller tänkte på ett visst sätt identifieras de skäl som enligt individens tolkning orsakar ett visst beteende (på detta sätt synliggörs den ickefungerande "kedje-analysen" som patienten använder sig av). Poängen är att interna händelser roll osynliggörs när ett skäl förläggs utanför individen, den miljömässiga kontexten osynliggörs när ett skäl förläggs inom individen. Vad som är relevant är "vilken funktion som skälen fyller, inte dess bokstavliga sanning".[385] Även om ett skäl faktiskt är orsaken till ett beteende är det viktigare att förstå vilken roll det spelar för patienten. Språkets funktion ifrågasätts i det terapeutiska arbetet i syfte att synliggöra hur en händelse sätts i samband med andra (samt hur detta samband naturaliseras):

> Terapeut: Berätta för mig varför du använde [droger] i tisdags.
> Patient: (paus) Jo, jag var arg för de där sakerna som hände på jobbet.
> T: Fanns det några andra skäl?
> P: Jo, jag vet inte, kanske för att jag inte har någon stödgrupp. Du vet, för att prata om de här sakerna.
> T: Ok. Och andra skäl? Jag menar, det låter som helt rimliga skäl. Men kan du ge mig några skäl som inte är sanna?
> P: Vad menar du?
> T: Hitta på några skäl. Vilka skäl skulle du kunna hitta på?
> P: Någon tvingade mig?
> T: Andra skäl?

[384] Se avsnitt 6.2.4.
[385] Hayes et al. (1999), s. 164.

P: Jag råkade ta pillren för att jag trodde att de var huvudvärkstabletter.
T: Ok. Kan du tänka dig att någon skulle nämna de här skälen?
P: Visst.
T: Säkert flera av dem på samma gång. Och om du frågade fler personer, mamma, pappa, ja du vet, du skulle då få en lång lista av skäl. Och några skulle förmodligen motsäga varandra. Hmmm. Något står inte rätt till här, om skälen verkligen orsakar ditt handlande.
[…]
P: […] skulle du kunna ge mig en lika lång lista av skäl att inte använda droger? […] Skulle du kunna ge mig ett skäl till att använda droger om jag bad dig om en? Så klart skulle du kunna det. Och för varje skäl att använda droger, skulle du kunna komma på ett skäl att inte göra det.
P: Jovisst.
T: Och jag kan slå vad om att du har gjort det med. Suttit och tänkt ut listor med skäl att göra och att inte göra det – och antingen gjort det eller inte. Och vart försvann skälen till det andra valet när du väl fattat ditt beslut? Tänk om det är så att vi har detta oändliga lager av skäl som vi kan ta fram för vad vi än gör? Skulle det kunna vara så? Och skulle det kunna vara så att även om handlingen och skäl-skapandet ofta hänger samman, så orsakar inte det ena det andra. Min gissning är att du har försökt komma på tillräckligt med skäl, verkligt bra skäl, till att inte använda. Men är det inte sant att du har ett par verkligt starka skäl till att sluta med drogerna? Varför skulle du annars gå i den här jobbiga terapin? Du har starka skäl. Kan du föreställa dig ett viktigare skäl än att få tillbaka dina barn?
P: Nej.
T: Men är det inte något som inte står till rätt här? Du trodde att du handlade på ett visst sätt på grund av skäl X och Y. Men vi har nu hittat bevis för att det inte fungerar så. Det ena är att det finns en oändlig mängd skäl, och det andra är att du redan har det

> viktigaste skäl som finns. Senare kommer vi att prata om alternativ, men nu är det viktigt att bara uppmärksamma detta.[386]

Teknikens syfte är att synliggöra hur de skäl som patienten formulerar till sitt handlande bara är verbala konstruktioner, en verbal kontext kring det aktuella beteendet. ACT bygger på ett antagande om att *orsaken* till det psykiska lidandet är det verbala beteendets interna struktur och förhållande till dess kontext. Här finns en intressant koppling mellan Chomskys tidigare presenterade kritik mot Skinners sätt att förklara språkanvändning som verbalt beteende. Överförbarheten – härledningen – från en (språk)situation till en annan är central för förståelsen av människans språkanvändning. Det är i denna process, snarare än i individens konkreta tankar och förståelse av det egna beteendet, som man kan hitta förklaringar till både funktionella och dysfunktionella beteenden. Utifrån detta perspektiv ska språket inte först och främst förstås som förmedlare av dysfunktionella tankar. Det är inte tankens innehåll som är problemet. *Det verbala beteendets interna struktur* (förmågan att rama in en händelse relationellt) *är den mekanism som producerar de olika dysfunktionella processer som sammansmältningen av språket och verkligheten innebär*. Tekniker för att skapa en kognitiv defusion för upp det verbala beteendets interna struktur till ytan, som ett möjligt kunskapsobjekt. Den mest simpla teknik för att ifrågasätta språket som mekanism är att låta patienten upprepa ett ord som åsamkar henne obehag så snabbt som hon kan under en eller ett par minuter. Det handlar om en form av exponering, som anses leda till att ordet förlorar sin emotionella kraft, och kvar blir det fonetiska ljudet (språket förlorar sin förmåga att rama in händelser relationellt). Det verbala beteendet beskrivs som just ett beteende och tekniken skapar en ny kontext i vilken en viss verbal konstruktion inte längre innebär obehag för patienten.

Språket används enligt ACT för att göra patienten medveten om verkligheten, för att sätta henne i stånd att förstå och kommunicera. Detta är språkets roll (eller dess *etiologiska funktion*). Men denna roll osynliggörs när språket smälter samman med den värld det beskriver. Ett stort antal tekniker har utvecklats för

---

[386] Ibid., s. 164–166. Se även Barnes-Holmes (2001), s. 52–57, för en RFT-analys av detta fenomen. Jag har inte kunnat avgöra om citatet är ett utdrag ur en autentisk terapisession eller om det är ett konstruerat exempel.

att åskådliggöra skillnaden mellan upplevelser och tankar om världen å ena sidan och den faktiska världen å den andra. De gör det möjligt att ”betrakta mentala reaktioner snarare än att betrakta världen genom dem”.[387] De olika regler och relationer som används för att organisera världen definieras inom ACT som medvetandet och de tekniker som används är *interventioner i detta medvetande*.

> Med ”medvetande” [eng. *mind*] avser vi de regler och relationer som [patienten] använder för att strukturera världen. Då så många av dem är kulturellt skapade finns det en klinisk poäng att tala om ”medvetandet” som en annan person eller som något till viss mån externt (vilket det faktiskt är om man tänker på det som ett kulturellt intrång i individen). […] Uttryck såsom ”Ditt medvetande berättar för dig att X” försvagar de verbala relationernas normala sätt att fungera, då nätverk av härledda stimulusrelationer visar sig själva som ordnad ”verklighet”, inte som en process i vilken en ordnad bild skapas. Konstruktionen av en närmast personliggjord storhet [eng. *person-like entity*] som kallas ”medvetandet” gör att [patienten] kan utgå från en historia av vad som ska göras när andra människor talar. Självet är lättare att separera från tal-om-sig-själv när det behandlas som en objektslik händelse […].[388]

Medvetandet definieras som den ena parten i ett motsatspar. Den andra parten är ”erfarenheten”. Skillnaden mellan dem ska ses i ljuset av uppdelningen mellan regelstyrt och omständighetsstyrt beteende. Separationen mellan patienten och hennes medvetande blir till ett terapeutiskt verktyg: subjektiviteten är både det verbala beteendet (inramningen av något som exempelvis bättre eller sämre, viktigare eller oviktigare och så vidare) och den som studerar det verbala beteendet som ett beteende. Jag menar att det subjekt som tar plats i terapin är tudelat: å ena sidan är hon teknik*användaren* och å andra sidan det som *produceras* med hjälp av tekniker. Genom talet om metakognitiva processer, verbalt beteende och emotionell reglering interpelleras

[387] Hayes et al. (1999), s. 97.
[388] Ibid., s. 95, 97–98.

patienten ett subjekt med förmåga att styras av antingen sitt ”medvetande” eller av erfarenheten och omständigheterna. Patienten uppmanas att betrakta sig själv både som aktör och som kunskapsobjekt.

> Människor använder språket för självförståelse och för definitionsprocesser, och många deskriptiva attribut kan härledas till språket: snäll, osäker, intelligent, ängslig och så vidare. Självidentitet är i en väsentlig mening synonymt med det språk som används för konceptualisering av självet. I denna yttersta form av fusion blandas personen samman med språkets produkter på ett sätt som döljer språkoperationernas närvaro i själva systemet.[389]

Det språk som den nya funktionella kunskapen uttrycks med betecknar inte någon ny förståelse av det som det tidigare språket beskrev. Istället är det en analys av det tidigare språkets, vardagsförståelsens, struktur. Om självförståelsen är synonym med det språk den formas i, är de förklaringsmodeller som används i terapin det nya ”språk” som används i interpellationen av subjektet som kunskapsobjekt.

7.3.3. Medveten närvaro och generaliseringen av ett ideologiskt begrepp

Ett kännetecken för den tredje generationens terapier är att man inkorporerar ett flertal tekniker som hämtats från olika andliga, huvudsakligen buddistiska traditioner. Bland dessa är det medveten närvaro som diskuterats mest när det gäller skillnaden mellan empiriskt validerad terapi och de andliga traditionerna.[390] I sin färdighetsträningsmanual riktar Linehan en varning till terapeuten: ”Var uppmärksam på att vissa [patienter] kan bli störda av att höra talas om österländska meditationsmetoder. Antingen kan man skilja meditation

---

[389] Ibid., s. 150.

[390] Se exempelvis G. A. Marlatt, och J. L. Kristeller (1999), ”Mindfulness and meditation”, i (red.) W.R. Miller *Integrating spirituality into treatment: Resources for Practitioners*, s. 67–84, William Hathaway och Erica Tan (2009), ”Religiously Oriented Mindfulness-Based Cognitive Therapy”, i *Journal of Clinical Psychology: In Session* (65:2), s. 158–171 och C. J. Robins (2002), ”Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy”, i *Cognitive and Behavioral Practice* (9:1), s. 50–57.

helt från religion eller också kan man se meditation som något som ingår i alla religioner."[391] Ur ett annat perspektiv betonar Hayes vikten av att uppmärksamma att "buddismen är ett förvetenskapligt system".[392] Att buddism inte är vetenskap är en självklarhet, men det har konsekvenser för de terapimodeller som strävar efter teoretisk stringens och som har ambitionen att skapa förståelse för hur patienters problem kan lösas utifrån teoretiska, vetenskapligt grundade förklaringsmodeller. Om Linehan tar upp risken för att patienten känner sig främmande för österländska andliga metoder, riktar sig Hayes i stället till andra kliniker och forskare:

> Om det är sant att det är den empiriska, kliniska psykologins uppgift inte bara att använda och utprova tekniker, utan även att utveckla en sammanhängande disciplin, då har vi ett mycket svårt arbete framför oss när det gäller att förstå tekniker som hämtats från andliga traditioner. Vi måste teoretiskt infoga dem i vårt fält teoretiskt, utan att koppla dem till sekterism och tro på det övernaturliga.[393]

Vikten av att identifiera vilka psykiska funktioner som är involverade i medveten närvaro utan att hänvisa till andliga tankesystem betonas i nära nog all terapiteoretisk litteratur om medveten närvaro. Men detta är förknippat med ett problem, eftersom medveten närvaro är en process och ett mål som genomsyras av den andliga tradition den är sprungen ur: "att skriva om medveten närvaro på ett akademiskt och analytiskt sätt går emot den medvetna närvarons essens, då den är ett sätt att erfara [eng. *an experiential process*]".[394] Jag har i tidigare avsnitt diskuterat hur medveten närvaro mäts, men att förklara och beskriva de vetenskapligt definierade mekanismer som medveten närvaro består av är något annat än att instrumentellt beskriva teknikernas effekt på utövaren.

---

[391] Linehan (2000), s. 125. Linehan är först och främst influerad av den zenbuddistiska meditationen ifråga om medveten närvaro, men hon utbildade sig till "andlig vägledare" inom katolska kyrkan innan hon började utveckla DBT.

[392] Steven C. Hayes (2003), "Mindfulness: Method and Process" *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:1), s. 161.

[393] Steven C. Hayes (2002), s. 105. Detta är nödvändigt för att inte patienten ska fråga sig om hon ska "bege sig till ett tempel eller Ashram istället för till den lokala kliniken" (ibid., s. 103).

[394] Shauna L. Shapiro och Linda E. Carlson (2009), *The Art and Science of Mindfulness*, s. 3.

Att förklara medveten närvaro är att förlägga tekniken till ett vetenskapligt fält, där tekniken operationaliseras och de verksamma delarna isoleras och kartläggs.

Det är ingen motsägelse att terapimodellerna använder sig av ursprungligen andliga tekniker samtidigt som de vill grunda sig på ett vetenskapligt projekt med ambitionen att funktionellt förklara patientens känslor, tankar och handlingar, utan att hänvisa till vardagliga, andliga eller ideologiska förklaringar. Det vore ett misstag att tro att en funktionell förklaring måste kräva en förändring i teknikernas utformning. Vad som kännetecknar ett vetenskapligt förhållningssätt är sättet att konceptualisera och förklara en viss teknik, att jämföra med vad jag tidigare sagt om den vetenskapligt baserade terapins åtagande att förklara vad i varje terapeutiskt verksam process som fungerar.[395] Althusser beskriver den vetenskapliga teorin så att den fungerar som en *sanning för arbetet* med att producera ny kunskap, det vill säga för den vetenskapliga praktiken. *Ideologiska* teorier fungerar däremot som en *sanning om objektet*. De ideologiska teorierna beskriver det vetenskapliga objektet som ”ett slutet system […] och finner därför i verkligheten inget annat än sin egen spegelreflektion”.[396] Det är användningen och förklaringen av teknikerna som kännetecknar ett vetenskapligt tillvägagångssätt, inte deras ursprung.

Gemensam för de analyserade terapimodellerna är uppfattningen att man måste kunna förklara den medvetna närvarons mekanismer utifrån ett terapiteoretiskt perspektiv.[397] John Kabat-Zinn, en av konstruktörerna av *mindfulness-based stress reduction* (MBSR), en annan acceptansbaserad terapiform, formulerar medveten närvaro som en fråga om att praktisera vissa centrala andliga principer som ska genomsyra hela livet.[398] Detta begreppsliggörande av medveten närvaro skiljer sig från ACT, MkT och DBT. MBSR bryter inte med de andliga beskrivningarna av medveten närvaro. Den behandlingsmetod som Kabat-Zinn utvecklat påminner om de terapimodeller jag analyserar, men

---

[395] Se avsnittet 3.4.

[396] Althusser (1976), ”Elements of Self-Criticism”, i *Essays in Self-Criticism*, s. 154.

[397] Se exempelvis Lizabeth Roemer och Susan M. Orsillo (2006), ”Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (9:1), s. 54–68, men även Hayes (2002), Linehan (2000) och Wells (1997).

[398] John Kabat-Zinn (2003), ”Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 150.

skiljer sig från dem på en viktig punkt: ambitionen att beskriva och intervenera i patientens problem *funktionellt* finns inte på samma sätt inom MBSR. MBSR kan därmed förstås som en praktik som inte genomgått något epistemologiskt brott.

Varken i den buddistiska traditionen eller i den tredje generationens terapier begränsar sig medveten närvaro till vissa konkreta handlingar.[399] Ett beteende kan förstås utifrån en viss topografi och utifrån sin funktion, det samma kan sägas om medveten närvaro: den kan förstås som en viss topografi (exempelvis stillasittande meditation) och utifrån de mekanismer som är involverade (se nedan). Inom både den buddistiska och den terapiteoretiska traditionen varnar man för att blanda samman dessa två sätt att beskriva den medvetna närvaron. Man ska inte ”missta fingret som pekar mot månen för den faktiska månen”.[400] Jag kommer nu att visa hur medveten närvaro förklaras som en *beteendeprocess*.

7.3.3.1. Medveten närvaro som terapeutisk intervention

Jag har tidigare diskuterat hur beteendeanalysen förklarar beteende som en funktion av den kontext som det utförs i. Syftet är att förändra patientens *förståelse* av känslor, tankar och handlingar. Ytterligare en terapeutisk strategi är att förändra *patientens erfarenhet av och reaktion på känslor, tankar och handlingar*. För detta ändamål används medveten närvaro.

> Medveten närvaro syftar bland annat till att minska patientens försök att kontrollera sina personliga upplevelser (exempelvis känslor, kognitioner och kroppsliga tillstånd). Ur detta perspektiv innebär medveten närvaro att lära sig kontrollera vart man riktar sin uppmärksamhet, inte objektet som den riktar sig mot (exempelvis att observera en tanke som en tanke eller en känsla

[399] För den buddistiska traditionen, se ibid., s. 147, för den tredje generationens terapier, se Bishop et al. (2004), s. 235–236.

[400] Kabat-Zinn (2003), s. 147. Denna metafor är hämtad från en traditionell zenbuddistisk koan. (En koan är en buddistisk ”tankenöt” som oftast inte har något på förhand fastställt svar, exempelvis ”Hur låter det när man klappar med en hand?” och ”Låter ett träd som faller i skogen även om ingen hör det?”. Buddisten ska meditera över koanen och förhoppningsvis komma till någon form av insikt. En tolkning av koaners funktion är att skapa en form av kognitiv defusion genom att synliggöra hur man kan konstruera omöjliga verkligheter med hjälp av språket.

> som en känsla, utan att försöka förändra tanken eller känslan). Till skillnad från strategier som används för beteendeförändring innebär medveten närvaro acceptans av erfarenheten, utan försök att rätta till, förändra, trycka undan eller på något annat sätt undvika den.[401]

Inom DBT har man operationaliserat den abstrakta egenskapen medveten närvaro till tre "vad"- och tre "hur"-färdigheter. De tre "vad"-färdigheterna är: 1. Att *observera* känslor, tankar och handlingar. Detta är en grundläggande färdighet som sätter patienten i stånd att "förutse konsekvenser och därmed påverka sig själv och sin omgivning".[402] 2. Att *beskriva* beteendet. Detta är en färdighet som har vissa likheter med kognitiv defusion, då dess syfte är att "hålla isär tankar och fakta, tankar och känslor".[403] Färdigheten bygger på en förmåga att separera den faktiska händelsen från de egna tolkningarna och upplevelserna av händelsen. Att beskriva och att vara medveten om att det är en *beskrivning*. "Den faktiska händelsen" kan ligga utanför patienten, men kan lika gärna vara en tanke eller en känsla. 3. Att *delta* i det som sker. Det är denna tredje punkt, att delta i känslan, tanken, handlingen eller det som sker runt omkring en, som enligt anhängarna skiljer DBT:s förståelse av medveten närvaro från andra terapiformer.[404] ACT betraktar objektifieringen av tanken och dess uppkomst som kognitiv defusion. Inom MkT består uppmärksamhetsträning och överhuvudtaget ett metakognitivt tillstånd av en liknande distansering från och objektifiering av det som uppmärksamheten riktar sig mot. Inom DBT uppmanas istället patienten att inte dra sig undan, utan vara närvarande.

De tre "hur"-färdigheterna består av instruktioner för hur man ska utföra de tre "vad"-färdigheterna. Den första "hur"-färdigheten är att vara *icke-dömande*. Det gäller att skilja den egna värderingen från händelsen i sig; att *observera*, *beskriva* och *delta* utan att lägga in värderingar eller försöka förändra det uppmärksamheten riktas mot. Den andra "hur"-färdigheten är att ta *en sak i taget*. Man ska försöka rikta uppmärksamheten mot en sak i taget, utan att distraheras av andra händelser. Den tredje och sista punkten är att man ska *vara*

---

[401] Lynch et al. (2006), s. 464.
[402] Kåver och Nilsonne (2002), s. 117.
[403] Ibid., s. 117.
[404] Lynch et al. (2006), s. 463.

effektiv. ”Effektiva beteenden är de beteenden som har ett så stort antal positiva konsekvenser och så få negativa konsekvenser som möjligt.”[405]

Målet med en sådan operationalisering av medveten närvaro är att identifiera tre ”primära psykiska sinnestillstånd”: förnuft, känsla och visshet.[406] Visshet (som är Kåver och Nilsonnes tolkning av engelskans svåröversatta *wise mind*) betecknar en integration, eller om man så vill syntes, av förnuft och känsla, av ”logik” och ”intuition” i reaktionen på känslor, tankar och handlingar. Balansen eller dialektiken mellan att förlita sig på förnuft och att förlita sig på känsla är ett viktigt mål inom DBT; här finns paralleller till ACT:s uppdelning mellan regelstyrt och omständighetsstyrt beteende. Om man inom ACT ser det som en terapeutisk intervention att ifrågasätta det regelstyrda beteendets alltför hårda grepp om patienten, försöker man inom DBT uppnå en ”dialektik” mellan regler och erfarenheter som en styrande princip för beteende. Trots detta är det svårt att skilja mellan ACT:s och DBT:s förståelse av terapins mål. Skillnaden ligger snarast i hur man definierar regler (inom ACT som allt verbalt beteende och inom DBT som verbalt formulerade regler).

7.3.3.2. Ideologiskt och vetenskapligt definierade funktioner

DBT:s beskrivning av de sex färdigheterna har presenterats som ett exempel på hur medveten närvaro används som en terapeutisk intervention. Men detta beskriver fortfarande inte de *mekanismer* som medveten närvaro består av. Linehan beskriver färdigheterna som ”psykologiska och beteendemässiga varianter av meditationsfärdigheter som vanligtvis lärs ut i österländska andliga praktiker”.[407] Det rör sig om funktionella definitioner av *tekniken* medveten närvaro. En *mekanism* syftar på förståelsen av det sätt en viss tekniktillämpning leder till ”symtomreduktion och beteendeförändringar”.[408] Om en funktionell

---

[405] Kåver och Nilsonne (2002), s. 118.
[406] Linehan (2000), s. 122.
[407] Linehan (1993), s. 114, citeras även av Hayes (2004), s. 250. En anledning till att man inom DBT brutit ner medveten närvaro till sex färdigheter är att man anser att noggrann meditation över interna processer inte lämpar sig som behandlingsform för patienter vilkas problem definieras som en oförmåga att reagera på känslor på ett fungerande sätt.
[408] Baer (2003), s. 128.

definition innebär en syntaktisk förklaring till beteende (ett problembeteende eller en terapeutisk intervention) beskriver mekanismen ett *orsakssamband*.

I ett försök att placera in den medvetna närvaron i en allmän, vetenskaplig KBT-modell identifierar Ruth Baer fem gemensamma psykiska ”mekanismer” som ligger bakom medveten närvaro som terapeutisk process. Dessa är exponering, kognitiv omstrukturering, förmåga till självkontroll, avslappning, och till sist acceptans.[409] Utifrån mitt perspektiv är det nödvändigt att problematisera en sådan beskrivning. Frågan är om dessa fem mekanismer utgör en vetenskaplig definition av medveten närvaro. I en kommentar till Baer varnar Teasdale, Segal och Williams för att en vetenskaplig definition av medveten närvaro riskerar att förbise centrala komponenter i den andliga traditionen som är nödvändiga för att kunna arbeta kliniskt med medveten närvaro.[410] I en annan kommentar menar Dimidjian och Linehan att det viktigaste terapiteoretiska arbete som psykologer har framför sig är att överföra de positiva terapeutiska effekter som utövandet av medveten närvaro visat sig ha till en klinisk kontext. Riskerar en alltför teknisk beskrivning av medveten närvaro att göra terapin till en urvattnad form av andlighet? En andlig praktik utan andlig dimension? Författarna menar istället att forskare bör försöka beskriva medveten närvaro med hänsyn till de ytterligare psykiska processer som den andliga praktiken består av. Det är de terapeutiskt relevanta processerna i de andliga traditionerna – där medveten närvaro bara är en del – som terapiteorin bör förklara.[411] Gemensam för de båda kommentarerna är uppfattningen att den isolerade (meditations-)tekniken medveten närvaro inte lämpar sig att direkt överföra till terapin. Jag läser in i dessa problematiseringar av medveten närvaro en uppmaning till terapeuter och terapikonstruktörer att överväga de risker som det innebär att överföra ett ideologiskt begrepp utan vidare till den vetenskapliga diskursen.

---

[409] Ibid., s. 129–130. De fyra första mekanismerna finns även i Anna Kåvers (2004, s. 141–143) beskrivning av den medvetna närvarons bakomliggande mekanismer.

[410] John D. Teasdale et al. (2003), ”Mindfulness Training and Problem Formulation”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 157–160.

[411] Sona Dimidjian och Marsha Linehan ”Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 166–171. ”Fortgående diskussioner med andliga ledare kan hjälpa oss att formulera och till slut operationalisera deras metoder och kriterier, något som skulle kunna påverka hur man utbildar och kvalitetssäkrar kliniska terapeuter i att lära ut medveten närvaro” (ibid., s. 167).

De sex färdigheter som utarbetats inom DBT är beteendeterapeutiska varianter av den andliga praktiken medveten närvaro. Men vilka är de *teoretiska* ”varianterna” av de bakomliggande processerna? Av de fem definitionerna som Baer tar upp är bara de två första – exponering och kognitiv omstrukturering – vetenskapligt definierade begrepp för att beskriva psykiska *mekanismer*. Självkontroll, avslappning och acceptans är inte vetenskapliga generaliseringar eller identifierade kausala mekanismer, utan snarare abstraktioner från erfarenheten.

Detta innebär inte att självkontroll, avslappning och acceptans är oväsentliga när det gäller den medvetna närvarons effekter på psykiskt lidande. De är egenskaper hos medveten närvaro som inte beskriver mekanismer. De kan däremot potentiellt härledas till vetenskapligt definierade mekanismer: självkontroll är till exempel en effekt av att metakognitiva hanteringsstrategier fungerar på ett ändamålsenligt sätt. Ytterligare ett exempel på icke-operationaliserade beskrivningar är Baers hänvisning till Hayes definition av acceptans: ”att uppleva händelser till fullo, utan försvar, som de är.”[412] Acceptans är en hållning man kan inta gentemot känslor, tankar och handlingar, men frågan är hur man ska förklara dess positiva inverkan på individen. Även avslappning beskrivs med fördel som en övning eller teknik. Det är inte någon definition av en kognitiv mekanism eller beteendemekanism, utan en beskrivning av en aspekt av (de nuvarande) teknikerna som faller inom kategorin medveten närvaro. Däremot ska inte självkontroll, avslappning och acceptans ses som irrelevanta beståndsdelar i medveten närvaro. De beskriver centrala processer i medveten närvaro som teknik. Deras framtid kan se ut på olika sätt. De kan förklaras som former av exponering och kognitiv omstrukturering (att exempelvis acceptans handlar om ett förändrat sätt att tänka på en händelse). De kan även uppfattas som självständiga psykiska mekanismer (och ta plats vid sidan av andra vetenskapligt beskrivna mekanismer under nytt eller gammalt namn). Ett sista alternativ är att inget sker, och att förklaringen även fortsättningsvis består av icke-operationaliserade begrepp. Vilken väg som tas är upp till forskare och terapiteoretiker.

I arbetet med att identifiera verksamma mekanismer kan de funktioner som pekats ut placeras antingen i en *vetenskaplig* eller i en *ideologisk problematik*. Det

---

[412] Baer et al. (2003), s. 130, citatet från Hayes (1994), s. 40.

är viktigt att påpeka att en sådan beskrivning inte är en kritik mot medveten närvaro som terapeutisk teknik. Terapins *målbeskrivning* styrs av pragmatiska sanningskriterier och det är den medvetna närvarons effekt på patientens situation som avgör om målen uppfylls eller inte. Terapins *effekter* mäts utifrån instrumentella kriterier för hur problembeteenden kan öka eller minska. Innan vi går in på frågan om vilken mekanism medveten närvaro består av måste vi ta upp en sista kritik mot det terapiteoretiska fältets definitioner.

En sida av problemet med att definiera de mekanismer som medveten närvaro bygger på tas upp i Hayes och Schenks (2004) kritik av hur medveten närvaro definierats av kognitiva forskare.[413] Definitionen betonar självreglering och en medveten ”inställning” till de egna tankarna och upplevelserna.[414] Hayes och Schenks kritik går ut på att denna definition av medveten närvaro begränsar medveten närvaro till en egenskap *hos* individen. Utifrån en beteendeterapeutisk ståndpunkt bör medveten närvaro snarare förklaras med en mekanism som beskriver förhållandet mellan ett visst beteende och dess kontext. Diskussionen om vilka mekanismer som är aktiva i medveten närvaro handlar inte bara om huruvida de ska beskrivas i vetenskapliga eller vardagliga begrepp, utan även *vilka* vetenskapliga begrepp som ska användas. Definitionen ska fungera som utgångspunkt för kliniska interventioner och bör därför vara utformad på ett sätt som omfattar de teoretiska inriktningar som finns i det kliniska arbetet.[415]

7.3.3.3. Medveten närvaro som exponering

Av de två vetenskapligt definierade mekanismer som beskrivs som aktiva i medveten närvaro är det exponering som diskuterats mest utförligt när det gäller de terapimodeller jag analyserar. Exponering innebär att man utsätts för en situation som orsakar obehag eller ångest och stannar kvar i situationen.

---

[413] Steven C. Hayes och Chad Shenk (2004), ”Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachment”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (11:3), s. 249–254.

[414] Bishop et al. (2004), s. 232–234.

[415] För beteendeterapeuter krävs en beteendeterapeutisk definition; för kognitiva terapeuter en kognitiv definition. I neurobiologiska studier av medveten närvaro och dess effekter på hjärnan har medveten närvaro beskrivits som *habituering* (de neurologiska förändringar som sker vid ett givet stimulus minskar i intensitet om individen befinner sig i ett meditativt tillstånd) eller som förändringar i vissa områden i hjärnan. För att dra en parallell till Chens diskussion om de olika attribut som tillskrivs ljus i de två paradigmen kan en möjlig öppning till diskussion mellan behaviorister och neurologer vara just begreppet habituering på grund av dess begreppsliga likhet med exponering.

Situationens förmåga att skapa obehag eller ångest minskar med tiden då relationen mellan stimuli och respons försvagas. Den minskade ångesten tillskrivs insikten att situationen är hanterbar, vilket gör att situationen upplevs som mindre hotande.

Exponering kan ses som en bredare mekanism än kognitiv omstrukturering. Kognitiv omstrukturering innebär ett nytt sätt att tänka på en händelse genom att skapa en förändring i personens tankeprocesser. Om en person förstår sig själv som värdelös och agerar därefter arbetar man inom kognitiv omstrukturering med att förändra patientens självförståelse. En förändrad förståelse av det egna värdet förändrar det beteende som är en reaktion på självförståelsen. En lyckad exponering kan resultera i kognitiv omstrukturering om patienten låter erfarenheten av att inget farligt hände inverka på hur hon förhåller sig till det som anses obehagligt.

Ett problembeteende som man anser att patienter med diagnoser som BPD, PTSD och IPS har är deras undvikande av smärtsamma upplevelser och erfarenheter. Medveten närvaro fungerar i detta sammanhang som en exponering för känslor, tankar och beteenden som patienten tidigare försökt ta kontroll över eller undvika. Om man kopplar mekanismen exponering till DBT:s beskrivning av färdigheter kan medveten närvaro förstås i tre steg: för det första att isolera händelsen från de verbala beskrivningarna av den (”observera”), för det andra att isolera de verbala beskrivningarna (”beskriva”), och för det tredje att exponera sig själv för den faktiska händelsen (”deltaga”).

> Då medveten närvaro inbegriper acceptans och observation av smärtsamma interna erfarenheter kan den fungera som exponering med responsprevention för känslor, tankar och upplevelser som tidigare undvikits. Traditionellt sett har medveten närvaro diskuterats som exponering för observerbara stimuli, men enligt detta synsätt har medveten närvaro likheter med interoceptiv exponering.[416]

[416] Lynch et al. (2006), s. 464. ”Exponering med responsprevention” innebär att aktivt försöka att inte reagera på det sätt man vanligtvis gör i situationen. Att aktivt inte dubbelkolla så att kaffekokaren är avstängd innan man går hemifrån är ett exempel.

Interoceptiv exponering är exponering för de kroppsliga reaktioner som exempelvis ångest innebär.[417] Exponeringen syftar till att visa vad de kroppsliga reaktionerna innebär om man inte reagerar på dem. Medveten närvaro riktad mot känslor, tankar och handlingar är exponering för ett visst problembeteendes *interna* kontext, det vill säga de känslomässiga och kognitiva processer som är inbegripna i patientens meningsskapande eller tolkande. (Med den terminologi som används inom ACT kan medveten närvaro förstås som exponering för medvetandet!)

Medveten närvaro har tagit plats i en vetenskaplig problematik på så vis att den beskrivs utifrån de mekanismer som är verksamma i ett tillstånd av medveten närvaro. Vid exponering förändras relationen mellan den interna kontexten och beteendet. Utifrån ett DBT-perspektiv menar psykologen Thomas Lynch att en fördel med medveten närvaro eller interoceptiv exponering är att traditionell exponering enbart minskar patientens reaktion i just den kontext exponeringen utförs i. Att lära sig att inte reagera på traumatiska minnen i terapeutens rum är en sak; att inte reagera på dem när de dyker upp en sömnlös natt en helt annan. Det finns en risk att de lyckade terapeutiska processerna är bundna till den plats där exponeringen utfördes och dess förutsättningar. Terapeutens stöd, en lugn miljö och så vidare kan vara viktiga beståndsdelar i den nya kontext som skapats. Behandlingens effekter på patienten ska inte vara beroende av den *yttre* kontext som terapin bildar. (Detta är även ett vanligt argument för att patienten ska arbeta med sina problem i sin vardag, genom att öva på färdigheter och hemläxor. Det är *i vardagen*, inte under terapisessionen, som det huvudsakliga terapeutiska arbetet sker.) I detta sammanhang – användning av tekniker som inte är beroende av terapin som kontext – är den medvetna närvaron ett viktigt redskap.

> Medveten närvaro kan skapa en intern kontext som gör det möjligt att utsläcka ofrivilliga responser och främja anammandet av nya responser. Kontexter kan vara miljömässiga, tidsliga eller interna tillstånd (exempelvis droger och känslotillstånd). Ny forskning ger vid handen att medicinering kan fungera som en

[417] Interoceptiv exponering har använts inom KBT även utan inflytande från österländska metoder. En teknik som använts är imitation av delar av ångestupplevelsen – varvid man låter patienten andas genom ett sugrör eller sitta på en snurrande stol – för att exponeringen ska ske stegvis.

> intern kontext. När det medicinska tillståndet försvinner, försvinner även den inlärda upplevelsen av säkerhet. […] Då kontexten är intern är associationen [att agera funktionellt på upplevelser och händelser] alltid tillgänglig.[418]

Den medvetna närvaron har som mål inte att minska en viss känslas intensitet, utan att förändra den interna kontext som erfarenheten och tolkningen av känslor, tankar och handlingar görs utifrån. Den interna kontexten intar en särställning då den alltid är närvarande. I en ideologisk, andlig praktik organiseras den ”inre kontexten” som ett andligt fenomen (exempelvis en själ), men i den funktionella förklaringen förstås den som det verbala beteendets interna struktur, en självreglerande exekutiv funktion, ett emotionellt regleringssystem och så vidare. Att tillämpa medveten närvaro är att omforma beteendets interna kontext.

Den tredje generationens terapier kan på dessa sätt leda till att patienten förändrar sitt förhållande till känslor, tankar och handlingar. Med hjälp av beteendeanalysen får patienten en ny förståelse av sig själv och sin situation. Med hjälp av medveten närvaro (och andra acceptansbaserade tekniker) förändras hennes erfarenhet och upplevelse av psykiskt lidande. Jag har här analyserat hur detta förklaras i terapiteorin och hur förändringen genomförs med hjälp av tekniker.

[418] Ibid., s. 464. Att ”utsläcka” ett beteende är att inte förstärka det.

Kapitel 8. Sammanfattning

> Jag menar att hälsa och sjukdom för den levande varelsen – om det så vore en amöba – enbart existerar som en erfarenhet för varelsen […]. Vetenskapen förklarar erfarenheten men avlägsnar den inte.[419]

I kapitel 4 diskuterade jag vad som kännetecknar de tre terapimodellerna i fråga om möjligheten att få kunskap om och omforma självet. I jämförelse med tidigare (främst andliga) metoder menar jag att utmärkande för ACT, MkT och DBT är att deras förklaring till individens upplevelse utarbetas med hjälp av kunskap som uppkommit *utanför* individens erfarenhet. Vägen till sann kunskap om sig själv är inte längre introspektion och den subjektiva upplevelsen. Avhandlingen har analyserat hur denna i förhållande till erfarenheten utomstående kunskap tillämpas i terapin och hur den anses vara ett effektivt alternativ till erfarenheten och vardagsförståelsen när det gäller att förklara människans inre liv. Samtidigt förkastas inte de subjektiva upplevelserna. Kunskapen rör upplevelsens subjektiva dimension. Vad är det hos just *mig*, i *denna situation* och *utifrån mina erfarenheter* som gör att jag känner, tänker och handlar på det sätt jag gör? Kunskapen handlar om subjektiviteten, men den härstammar inte därifrån.

Avhandlingens syfte har varit att undersöka hur teoretiska förklaringsmodeller av människans känslor, tankar och handlingar används i psykoterapi för att producera kunskap om och intervenera i psykiskt lidande. I analysen har jag betonat subjektets roll i terapin, att terapin består av ett möte mellan

[419] Canguilhem (1966/1989), s. 198.

vetenskaplig och vardaglig kunskap samt att terapin ska förstås som tillämpningen av tekniker på patientens problem.

Jag har visat hur man ersätter vardagsförståelsen av orsakerna – ”skälen” – till människors känslor, tankar och handlingar med funktionella förklaringar. Det som initierar beteendet är inte den självständiga aktören, utan samverkan mellan beteendets interna kontext och dess sociala omständigheter. Förklaringen hänvisar inte till subjektet, men uppmuntrat ändå en viss bestämd förståelse av den egna personen. Patienten interpelleras som subjekt genom att uppmuntras att ta den funktionella förklaringen som utgångspunkt i förståelsen av sig själv.

Skillnaden mellan vetenskaplig och vardaglig kunskap har beskrivits med hjälp av begreppet epistemologiskt brott. Jag har även presenterat exempel på hur man inom ACT, MkT och DBT skiljer mellan en funktionell förklaring och en vardagsförståelse av psykiskt lidande. Det beteende som beskrivs i förklaringsmodellerna är ett härlett beteende. Det är en variant av inlärt beteende som tydligare betonar beteendets interna struktur. Med begrepp som relationell inramning, självreglerande exekutiva funktioner och reglering av emotionella tillstånd förklaras intentioner, erfarenheter och upplevelser som interaktionen mellan beteendets ”externa” omständigheter och människan som kännande och tänkande varelse. Ur ett historiskt epistemologiskt perspektiv har dessa förklaringar analyserats som vetenskapliga förklaringar till subjektivitet.

Slutligen beskrivs den psykoterapeutiska behandlingen som tillämpningen av tekniker på vardagens problem. På grund av den roll som vetenskaplig kunskap spelar i utvecklingen och utvärderingen av terapin har jag betonat hur tillämpningen av tekniker utgör ett sätt att överbrygga avståndet mellan vetenskaplig kunskap och patientens vardag. Den gör det möjligt att närma sig erfarenheten utan att överta de förklaringar som där styr. Jag har samtidigt uppmärksammat de risker som ett sådant tillvägagångsätt för med sig.

Med instrument som KIMS och MAAS är det förmågan att intervenera i subjektiviteten, inte subjektet självt, som bestämmer om terapin har den effekt på patienten som eftersträvas. Det är inte till *erfarenheten av en förändring* som utvärderingen av terapin hänvisar. Terapin bedöms istället utifrån *huruvida förändringen skett på ett sådant sätt att den går att påvisa utifrån vissa utstakade bedömningskriterier*. Det faktum att dessa bedömningskriterier inte går att reducera till individens erfarenheter och tolkningar innebär inte att de är falska.

Vetenskapens förmåga att producera sitt objekt gör däremot att terapin inte begränsar sig till ideologins eller erfarenhetens innehåll.

Jag har analyserat hur de förklaringsmodeller som används i terapin producerar en förklaring till patientens känslor, tankar och handlingar. En sådan förklaringsmodell kan fungera ideologiskt på tre sätt. För det första fungerar den ideologiskt om den blir normerande i patientens vardag, i *erfarenheten* av psykiskt lidande (om förklaringen koloniserar erfarenheten opererar den på ett ideologiskt fält). För det andra fungerar den ideologiskt om den tar över de förklaringar till psykiskt lidande som patientens erfarenhet vilar på (förklaringen blir en ren återspegling av en samhällelig ideologi). För det tredje fungerar den ideologiskt om den övertar en annan vetenskaps modeller eller bilder av psykiskt lidande (en förklaring som separeras från den vetenskapliga problematik inom vilken den uppstått förläggs ofrånkomligen till ett ideologiskt fält). Analysen har redogjort för exempel där terapin riskerar ett ideologiskt funktionssätt.

De pragmatiska målen hos den tredje generationens terapier skiljer sig från deras vetenskapliga utgångspunkt. Den intervention som skapar ”hälsa” är en fungerande intervention, oavsett om den kan beskrivas som vetenskaplig eller ideologisk. Bilden kompliceras av att den terapi som strävar efter ett vetenskapligt tillvägagångssätt även är förpliktigad att förklara *hur* det pragmatiska målet uppfylls. Detta kan göras på olika sätt. Den lyckade interventionen kan i efterhand förklaras funktionellt med hjälp av de begrepp som den vetenskapliga problematiken tillhandahåller. Jag har visat hur beteendeanalysen kan förklara varje lyckad intervention utifrån det syntaktiska förhållandet till kontexten. Förklaringens syfte är att *skapa* en förändring (genom antingen acceptans eller direkt förändring) snarare än att *förutsäga* under vilka omständigheter en förändring kommer att ske. Förklaringen innebär att patientens känslor, tankar och handlingar tolkas utifrån deras funktion i relation till deras kontext. Den tillhandahåller även tekniker för att påverka detta förhållande på ett sätt som ligger i linje med det pragmatiska målet. På så sätt förklaras erfarenheten utan att avfärdas. Ett andra sätt på vilket den vetenskapliga förklaringen kan bindas samman med det pragmatiska målet är att vetenskapen tar vardagsförståelsen som sitt objekt. Teorin om relationella ramar är en teori om hur människor tolkar och förstår sin situation. Patientens förståelse inte bara förändras genom terapin, utan är även dess objekt. När

medvetandet beskrivs som den interna kontext som känslor, tankar och handlingar är en *effekt* av, blir beteendeanalysen både ett alternativ till denna kontext och en förklaring av den.

8.1. Att något är falskt innebär inte att det är ideologi

Vetenskapen bör utgöra sin egen måttstock. Det vetenskapliga arbetet skiljer sig från ideologin däri att det kan utvärderas som antingen sant eller falskt. I denna avhandling har jag intagit en tredje position bredvid den vetenskapliga och den ideologiska. Därför kan jag inte uttala mig om en vetenskaplig utsaga är sann eller falsk. Däremot har jag analyserat hur terapin förhåller sig till vetenskaplig och ideologisk kunskap.

För att kartlägga hur beteenden kan påverkas genom manipulation av vissa principer konstruerade Skinner under 1950-talet tillsammans med Charles Ferster en mängd *förstärkningsscheman* (förutbestämda system som förstärker ett visst beteende genom belöning).[420] Till sin hjälp hade de ett antal duvor som svarade på olika typer av förstärkning genom att picka på knappar (belöningen var mat). I vissa scheman tog det längre tid att producera ett visst beteende, och härav drogs slutsatser om vad som skapar och förhindrar uppkomsten av ett visst beteende: antalet led som ska utföras och hur många parallella instruktioner som ska följas är exempel på egenskaper i scheman som påverkar hastigheten i inlärningen. (Beteendet att picka på den största knappen för att få mat går snabbare att lära in än beteendet att först picka på den största för att senare picka på den minsta för att få mat. Skillnaden mellan olika inlärningsscheman beskrevs i generaliserbara principer för beteendemanipulation.) Utifrån dessa förstärkningsscheman konstruerades en mängd experiment och scheman över förändringsprocesser som legat till grund för en stor del av den beteendevetenskapliga forskningen. Men dessa förstärkningsscheman kom att ifrågasättas. Förstärkningsscheman är beräkningar av hur ett beteende *lärs in*. I Fersters och Skinners experiment bestod det inlärda beteendet av duvornas pickande på knappar. Psykologen Barry Schwartz har presenterat experimentella

[420] Charles Ferster och B. F. Skinner (1957), *Schedules of Reinforcement*.

resultat som visar att en del av duvornas pickande är ett *reflexmässigt* eller naturligt beteende.[421] Om duvornas beteenden inte enbart är betingade svar på de scheman som Ferster och Skinner konstruerade, utan reflexmässiga handlingar oberoende av experimentet som stimuli, är de principer för inlärning som konstruerats falska. De olika förstärkningsschemana är då experimentella och instrumentella artefakter av forskarnas felaktiga tolkningar av reflexer. Trots att kritiken ger vid handen att ett av de viktigaste beteendevetenskapliga verken kan bygga på feltolkade resultat, ska man läsa Schwartz som en försvarare av beteendevetenskapens förmåga att korrekt förklara beteenden. Kritiken förutsätter att beteckningarna ”operant beteende” och ”reflexmässigt beteende” är sanna beskrivningar av duvornas pickningar. Problemet är att Ferster och Skinner misstagit sig angående vad som är vad. En riktig reaktion på kritiken vore att konstruera nya scheman som kan ligga till grund för framtida beteendevetenskapliga studier. Även om inte just Schwartz kritik verkar ha påverkat utvecklingen av nya förklaringsmodeller inom ACT, MkT och DBT, ska man inte se deras kritik av tidigare terapiteoretiska traditioner som ett förkastande av KBT:s förmåga att intervenera i patientens situation, utan som en förfining av den.

Schwartz kritik påminner oss även om att frågan om huruvida de förklaringsmodeller som används i den tredje generationens terapier är sanna eller falska inte ska blandas samman med frågan om huruvida de är vetenskapliga eller inte. Det vetenskapliga ramverket gör det möjligt att värdera huruvida en viss intervention ligger i linje med en specifik funktionell förklaring, men även att korrigera felaktiga resultat eller interventioner. De terapier som inte utgår från en vetenskaplig problematik värderas internt enbart som fungerande eller ickefungerande, medan den tredje generationens terapier både ska fungera och utgå från korrekta beskrivningar av beteendets funktion. Detta dubbla åtagande komplicerar, men är även det som ger terapierna deras makt i ett samhälle som ser sanningen som en styrande princip i individens arbete med att förbättra och finna sig själv. I avhandlingen har ett genealogiskt perspektiv använts för att analysera denna sanning som en relation mellan makt, vetande och

[421] Barry Schwartz (1977), ”Studies of operant and reflex key picking in the pigeon”, i *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* (27:2) s. 301–313.

subjektivitet, vars konkreta resultat är bestämningen av den ”position i verkligheten eller det imaginära [individen] måste ha, för att bli ett legitimt subjekt i en viss form av kunskap”.[422]

8.2. Terapins vara eller icke-vara

Kanske är avhandlingens resultat – utarbetandet av en historisk epistemologisk begreppsapparat för att studera terapin, analysen av terapins förklaringsmodeller som ett epistemologiskt brott samt beskrivningen av de tre sätt på vilka vetenskaplig kunskap kan fungera ideologiskt – otillfredsställande för den läsare som vill komma på det klara med terapins vara eller icke-vara. Att besvara en sådan fråga har inte varit syftet med avhandlingen. Om man betraktar terapi som en möjlighet till frigörelse och som ett sätt att uppfylla den mänskliga potentialen är det fortfarande nödvändigt att förhålla sig kritisk till terapins intervention i patientens liv och hennes förhållande till sig själv. Även den som anser att terapin är en form av disciplinering och maktutövning måste ta de vetenskapliga och kliniska resultat som genererats på allvar. Att kritiskt granska vad det är som får terapin att fungera på det sätt som den gör är ett viktigt företag, oavsett hur man ställer sig till det terapeutiska projektet och dess förklaringar av människan.

Avhandlingen har betonat den kognitiva aspekten av terapins makt i relation till sanningen om människan. Även terapins sociala aspekter (dess relation till staten och andra samhälleliga och sociala institutioner) är en viktig del av denna makt. För att kunna gå på djupet med frågan har avhandlingen betonat terapin som ett möte mellan olika former av kunskap och avsiktligt förbisett terapin som ett möte mellan aktörer som agerar utifrån olika institutionella rationaliteter. Som jag tidigare poängterat grundar sig detta val i ambitionen att analysera terapin utifrån ett visst perspektiv och inte på något antagande om att de sociala aspekterna är mindre viktiga. Om man vill förstå en konkret terapeutiskt behandling – en viss patient, ett visst problem och så vidare – är

[422] Foucault (1980/2000), s. 460.

båda aspekterna nödvändiga. Att kombinera den här utformade begreppsapparaten och den analys som den möjliggör med en analys av den konkreta terapins sociala aspekter är ett möjligt framtida projekt.

8.3. Filosofi som terapi – terapi som filosofi

Den position utifrån vilken det blir möjligt att kritiskt granska relationen mellan vetenskap och ideologi har av Althusser kallats för filosofi. Filosofin har i andra sammanhang getts den dubbla funktionen att fungera som terapi och att orsaka behovet av terapi. Den har setts som både en frigörelse från språkets bojor och ett fängelse för den tänkande. Somliga har till exempel ansett Wittgensteins språkfilosofi vara ett medel för att skapa den kognitiva defusion man talar om inom ACT.[423] Filosofin kan inte tillskrivas samma makt som terapin, men tanken om filosofi som kritik av det som antas vara självklart, ofrånkomligt och naturligt är inte främmande för de terapier som här analyserats. Exempelvis citerar Hayes (tillsammans med Elizabeth Gifford) den pragmatiske filosofen John Dewey:

> Filosofi är kritik av förgivettagna idéer. Dessa idéer består av tidigare föreställningar som blivit sammanfogade, som smält samman i den direkta erfarenhetens material och som kan bli ett medel för att stärka och förbättra individen […]. Om de förblir oreflekterade över så döljer och förvränger de, men om de istället utforskas och förkastas leder de till upplysning och frigörelse. En av filosofins stora uppgifter är att uppfylla detta mål.[424]

---

[423] Se exempelvis James Petermans (1992) *Philosophy as Therapy: An Interpretation and Defense of Wittgenstein's Later Philosophical Project*.

[424] John Dewey (1916) *Essays in Experimental Logic*, citerad i Elizabeth Gifford och Steven Hayes (1999), "Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science", i (red.) W. O'Donohue och R. Kitchener *Handbook of behaviorism*, s. 285-327. Hayes definierar som jag tidigare nämnt den kontextuella funktionalismen som filosofi.

En sådan föreställning om filosofins förmåga till emancipation kan inte jämföras med den position som tagits i avhandlingen. Men en intressant gemensam tanke hos vissa terapikonstruktörer och filosofer är att kunskap om språkets funktion och om kunskapens egna villkor kan fungera som terapi. Som ett bidrag till sådan kunskap kan kanske denna avhandling sägas ”fungera” terapeutiskt, men detta har inte varit dess roll eller funktion: det rör sig då på sin höjd om en ”effekt” av interventionen i vetenskapen och ideologin.

Vilken funktion fyller då terapin? Avhandlingens inledande citat jämförde ”själen” med ögat, som ”ser allt, men [bara kan] se sig själv i en spegels reflektion […]”. Själen kan ”bara se sig själv i sin reflektion och i ett igenkännande av sina effekter”.[425] I linje med en sådan metafor är terapins instrument och tekniker speglar vari patienten ser en bild av sitt egentliga jag. I analysen har jag varnat för att de reflektioner som bildas inte ska ses som enkla återspeglingar av en subjektivitet som legat gömd någonstans inom individen. Sådana ”speglar” reflekterar inte, utan *producerar* en bild av människan. Är de funktionella förklaringarna kanske till och med *instrumentella artefakter*, att likna vid de reflexer som uppstår i naturvetenskapens mikroskop och teleskop? Är den funktionella förklaringen en av de ”ideologiska spegeleffekter” som Althusser talar om?[426] Spegelmetaforen är problematisk, då den förutsätter att det som betraktas finns framför spegeln. Jag har visat hur terapin istället kan ses som en aktiv producent av kunskap. Men vilka verkningar har kunskapen egentligen på patienten? Om ”spegelbilden” visar en bild av en själ i psykiskt lidande visar den inte – för att blanda samman metaforerna – några verkliga vägar ut ur detta ”fängelse”, utan bara en möjlig utväg ur det psykiska lidandet.[427] Terapin utgör inte en väg bort från subjektivitetens begränsningar, utan *producerar* ett subjekt. Terapin är, återigen, en mycket mer aktiv verksamhet än en enkel återspegling.

---

[425] Scipion De Pleiz (1636), s. 353 citerad i Canguilhem (1968), s. 367.
[426] Althusser (1965/1970), s. 157.
[427] Se Foucault (1975/1992), s. 40.

Summary in English

The main question that is addressed in the thesis is how to describe the ways in which mental illness is explained and treated, in what has been called *the third wave of cognitive behavioural psychotherapy*. This "third wave" is represented by three therapy models: *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *Metacognitive Therapy* (McT) and *Dialectical Behavior Therapy* (DBT).

The thesis can be divided into two main parts. The aim of the first part (chapters 3, 4 and 5) is to present and discuss the central concepts of the thesis: *epistemological break, phenomenotechnique, personal and subpersonal levels of explanation* and *conceptual break*. I am inspired by the French philosophical tradition of *historical epistemology,* in which the ideas of Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Louis Althusser and Michel Foucault have been prominent contributions to a theory of scientific knowledge, and the ways in which it differs from everyday knowledge. In the first part I analyse the basic ontological and epistemological standpoints of ACT, McT and DBT to illustrate how the central concepts of the thesis should be understood and used. I show how to develop these concepts into a useful tool for the analysis of cognitive behavioural therapy.

According to historical epistemology, the relationship between science and everyday knowledge is characterized by an epistemological break. The term "epistemological break" refers to a process by which scientific thought questions the concepts and explanations of everyday knowledge. Rather than rely on everyday notions about the state of the world, science should develop its own explanations. Chapter 3 locates the thesis in a broader sociological context. This is done by showing how the concept of truth has been understood in realistic, pragmatic and instrumentalist approaches to science and psychotherapy. Chapter 4 presents the main part of the theoretical framework. I start from the relationship between science and everyday (or "ideological" as some historical epistemologist define it) knowledge. In chapter 5, I make a proposal on how to

modify historical epistemology to produce an even more useful tool in the analysis of therapy.

Chapters 6 and 7 represent the main empirical part of the thesis. In chapter 6 I turn my attention to the ways in which mental illness and mental health are explained in the three therapy models. I focus on how ACT, McT and DBT are based on an assumption that the patient's problem is created and upheld by dysfunctional patterns of emotions, thoughts and actions. These therapies should be defined as an intervention in the patient's understanding of, and relation to their feelings, thoughts and actions. The explanations used by ACT, McT and DBT describe how the strategies used by the patient, even though these strategies are aimed at curing their "illness", are actually a key component in the patient's experience of suffering. The explanations ACT, McT and DBT offer, should be understood as new ways for the patient to relate to herself and her problems. The third wave is characterized by the way they seek to balance the traditional cognitive behavioural therapeutic *change* strategy with *acceptance* strategies. Instead of trying to change one's own emotions, thoughts and actions, ACT, McT and DBT propose acceptance – to take a non-judgmental attitude towards the feelings, thoughts and actions – as a more useful way to relate to feelings, thoughts and actions. An accepting attitude means that the ineffective strategies to take control of mental suffering – avoidance of unpleasant experience, anxiety and impulsive reactions to feelings and thoughts – lose their grip on the patient.

Chapter 7 consists of an analysis of the techniques used in therapy. I discuss how the patient's emotions, thoughts and actions, by means of behaviour analysis, are defined as responses to a logic constructed of everyday language, and as socially constructed responses to emotions. I argue that therapeutic techniques, (mainly those described as mindfulness techniques), are used to counteract the influences of everyday experience and common sense explanations on the understanding of health, suffering and the subject.

I argue that the explanations used in ACT, McT and DBT are grounded in a scientific problematic, where the functioning of the patient's, (and the therapist's), everyday experience is defined in an ideological problematic. This difference aside, I show how the various forms of explanation share a common goal: the construction of subjective experience. This means that the therapeutic and the everyday explanation of suffering are two ways in which the patient's subjective experience is constructed and intervened. Inspired by Althusser and

Foucault, I discuss how therapy can be seen as an interpellation of the individual as a certain kind of subject.

I argue that historical epistemology can be used to understand therapy as an encounter between two different forms of knowledge (scientific and common sense or "ideological" knowledge), and that the psychological techniques form a bridge over the gap between the abstract concepts used in the functional explanations and the patient's everyday experience. The functionally defined model is both an effective alternative to, and an effective explanation of the patient's dysfunctional strategies. But despite the fact that the therapeutic explanation distances itself from the everyday or "ideological" understanding of man, it may still be used for ideological purposes. What ultimately determines the potential and limitations of therapy is the way in which the explanations and techniques are used.

Referenser

Adelswärd, Viveka och Sachs, Lisbeth (2002), *Framtida skuggor: Samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*, Kungälv: Arkiv Förlag.

Althusser, Louis (1967/1990), *Philosophy and the spontaneous philosophy of the scientists: and other essays*, New York: Verso.

Althusser, Louis (1969/1986), *Lenin och filosofin,* Stockholm: Bo Cavefors Bokförlag.

Althusser, Louis (1970/1976), *Filosofi från proletär klasståndpunkt*, Lund: Bo Cavefors Bokförlag.

Althusser, Louis och Balibar, Étienne (1968/1970), *Att läsa kapitalet, band 1,* Lund: Bo Cavefors Bokförlag.

Althusser, Louis och Balibar, Étienne (1968/1970), *Att läsa kapitalet, band 2*, Lund: Bo Cavefors Bokförlag.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision* [DSM-IV-TR] Arlington: American Psychiatric Association.

Andrews, Paul W., Gangestad, Steven W. och Matthews, Dan (2002), "Adaptationism – how to carry out an exaptationist program", i *Behavioral and Brain Sciences* (25:4), s. 489–503.

Bachelard, Gaston (1931–2/2006), "Noumenon and Microphysics", i *The Philosophical Forum* (37:1), s. 75–84.

Bachelard, Gaston (1940/1976), *Nej 'ets Filosofi*, Köpenhamn: Vintens Forlag.

Bachelard, Gaston (1951/1970), "Epistemology and the history of Science", i (red. Joseph J. Kockelmans och Theodore J. Kisiel) *Phenomenology and the natural sciences*, Evanston: Northwestern University Press, s. 317–352.

Badiou, Alain (1969/1971), *Begreppet modell: Inledning till en materialistisk vetenskapsteori för matematiken*, Lund: Bo Cavefors Förlag.

Baer, Donald M., Wolf, Montrose M. och Risley, Todd R. (1968), ”Some current dimensions of applied behavior analysis”, i *Journal of applied behavior analysis* (1:1), s. 91–97.

Baer, Donald M. (1991), ”Tacting ’to a fault’”, i *Journal of Applied Behavior Analysis* (24:3), s. 429–431.

Baer, Ruth A. (2003), ”Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 125–143.

Baer, Ruth A., Smith, Gregory T. och Allen, Kristin B. (2004), ”Assessment of Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness skills”, i *Assessment* (11:3), s. 191–206).

Baer, Ruth A., Smith, Gregory T., Hopkins, Jaclyn, Krietmeyer, Jennifer och Toney, Leslie (2006), ”Using self-reported assessment methods to explore facets of mindfulness”, i *Assessment* (13:1), s. 27–45.

Baird, Davis (2004), *Thing Knowledge: A Philosophy of Scientific Instruments,* Berkeley: University of California Press.

Baird, Davis (1994), ”Meaning in a Material Medium”, i *Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association* (2), s. 441–451.

Balibar, Étienne (1978), ”From Bachelard to Althusser: the concept of ’epistemological break’”, i *Economy and Society* (7:3), s. 207–238.

Balibar, Étienne (1994), ”Althusser’s Object”, i *Social Text* (39), s. 157–188.

Barnes, Barry (1983), ”Social Life as Bootstrapped Induction”, i *Sociology* (17:4), s. 524–545.

Barnes-Holmes, Dermot, Hayes, Steven C., Dymond, Simon och O’Hora, Dennis (2001), ”Multiple Stimulus Relations and the Transformation of Stimulus Functions”, i *Relational frame theory: A Post-skinnerian account of human language and cognition*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers, s. 52–57.

Beck, Aaron (1967*), Depression: Causes and treatment*, New York: Guilford Press.

Beck, Aaron (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: Guilford Press.

Bennet, Maxwell R. och Hacker, Peter M. S. (2003), *Philosophical Foundations of Neuroscience*, Padstow: Blackwell Publishing.

Bermúdez, José Luis (1995), ”Syntax, Semantics and Levels of explanation”, i *Philosophical Quarterly* (45), s. 361–367.

Bermúdez, José Luis (1999), ”Psychologism and Psychology”, i *Inquiry* (42:3), s. 487–504.

Bermúdez, José Luis (1999), ”Naturalism and Conceptual norms”, i *Philosophical Quarterly* (49:194), s. 77–86.

Bermúdez, José Luis (2000), ”Personal and Subpersonal: A Difference without a Distinction”, i *Philosophical Explorations* (3:1), s. 63–82.

Bermúdez, José Luis (2001), ”Bodily Self-Awareness and the Will: Reply to Power”, i *Minds and Machines* (11:1), s. 139–142.

Bermúdez, José Luis (2005), *Philosophy of Psychology: A Contemporary Introduction* New York: Routledge.

Bermúdez, José Luis (2006), ”Personality Science, Self-Regulation, and Health Behavior”, i *Applied Psychology* (55:3), s. 286–296.

Bhaskar, Roy (1975), ”Feyerabend and Bachelard: Two Philosophies of Science”, i *New Left Review* (94), s. 31–55.

Bishop, Scott R., Lau, Mark, Shapiro, Shauna, Carlson, Linda, Anderson, Nicole D., Carmody, James, Segal, Zindel V., Abbey, Susan, Speca, Michael, Velting, Drew och Devins, Gerald (2004), ”Mindfulness: A Proposed Operational Definition”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (11:3), s. 230–241.

Blennerhasset, Richard och Wilson O´Raghallaigh, Jennifer (2005), ”Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder”, i *British Journal of Psychiatry* (186:4), s. 278–280.

Bloor, David (2005), ”Toward a Sociology of Epistemic Things”, i *Perspectives on Science* (13:3), s. 285–312.

Bohus M. Kleindienst N. Limberger M.F. Stieglitz R. D. Domsalla M. Chapman A.L. Steil R. Philipsen A. och Wolf M. (2009), ”The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties”, i *Psychopathology* (42:1), s. 32–39.

Boorse, Christopher (1975), ”On the Distinction between Disease and Illness”, i *Philosophy and Public Affairs* (5:1), s. 49–68.

Boorse, Christopher (1976), ”Wright on Functions”, i *The Philosophical Review* (85:1), s. 70–86.

Bourdieu, Pierre (1991), ”The Peculiar History of Scientific Reason”, i *Sociological Forum* (6:1), s. 3–26.

Brante, Thomas (1984) *Vetenskapens sociala grunder: en studie av konflikter i forskarvärlden*, Stockholm: Rabén & Sjögren.

Brante, Thomas (2010), ”Professional Fields and Truth Regimes: In Search of Alternative Approaches”, i *Comparative Sociology* (9:6), s. 843–886.

Broady, Donald (1991), *Sociologi och epistemologi: Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*, Stockholm: HLS Förlag.

Broady, Donald (1996), "The epistemological tradition in French sociology", i (red. Gripsrud, Jostein) *Rhetoric and epistemology: Papers from a seminar at the maison des sciences de l'homme in Paris, September 1996*, Bergen: University of Bergen, s. 97–119.

Brown, Kirk W. och Ryan, Richard M. (2003), "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being", i *Journal of Personality and Social Psychology* (84:4), s. 822–848.

Budd, Rick och Hughes, Ian (2009), "The Dodo Bird Verdict – Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of Meta-Analyses", i *Clinical Psychology and Psychotherapy* (16:6), s. 510–522.

Burkitt, Ian (2002), "Technologies of the Self: Habitus and Capacities", i *Journal for the Theory of Social Behavior* (32:2), s. 219–237.

Canguilhem, Georges (1960/1995), "Report from Mr. Canguilhem on the Manuscript Filed by Mr. Michel Foucault, Director of the Institut Français of Hamburg, in Order to Obtain Permission to Print His Principal Thesis for the Doctor of Letters", i *Critical Inquiry* (21:2, s. 277–281.

Canguilhem, Georges (1966/1989), *The Normal and the Pathological*, New York: Zone Books.

Canguilhem, Georges (1968), *Études D'Histoire et De Philosophie Des Sciences*, Paris: Libraire Philosophique J. Vrin.

Canguilhem, Georges (1977/1988), *Ideology and Rationality in the History of the Life Sciences*, Cambridge: MIT Press.

Canguilhem, Georges (1986/1995), "On 'Historie de la folie' as an Event", i *Critical Inquiry* (21:2), s. 282–286.

Canguilhem, Georges (1994), *A Vital Rationalist: Selected Writings from Georges Canguilhem*, New York: Zone Books.

Castelão-Lawless, Teresa (1995), "Phenomenotechnique in historical perspective: Its origins and implications for philosophy of science", i *Philosophy of Science* (62:1), s. 44–59.

Cavaillès, Jean (1946)1970), "On logic and the Theory of Science", i (red. Joseph J. Kockelman och Theodore J. Kisiel) *Phenomenology and the natural sciences*, Evanston: Northwestern University Press, s. 353–409.

Chen, Xiang (2003), "Why did John Herschel fail to understand polarization? The differences between object and event concepts", i *Studies in History and Philosophy of Science* (34:3), s. 491–513.

Chomsky, Noam (1959), ”A Review of B. F. Skinner's Verbal Behavior”, i *Language* (35:1), s. 26–58.

Collins, Randall (1994), ”Why the Social Sciences Won't Become High-Consensus, Rapid-Discovery Science”, i *Sociological Forum* (9:2), s. 155–177.

Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy (1999), London: Taylor & Francis Ltd, uppslagsord ”Mereology”.

Copeland, Morris A. (1930), ”Behaviorism and the natural-science point of view”, i *Psychological Review* (37:6), s. 461–487.

Cromby, John (2007), ”Integrating Social Science with Neuroscience: Potentials and Problems”, i *BioSocieties* (2:2), s. 149–169.

Crowell, Sheila E., Beauchaine, Theodore P. och Linehan, Marsha (2009), ”A Biosocial Development Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Model”, i *Psychological Bulletin* (135:3), s. 495–510.

Cummins, Robert (1975), ”Functional Analysis”, i *Philosophical Journal* (72:20), s. 741–765.

Cummins, Robert (2002), ”Neo Teleology”, i (red.) André Ariew, Robert Cummins och Mark Perlman, *Functions: New Essays in the Philosophy of Psychology and Biology*,New York: Oxford University Press, s. 157–173.

Dahl, JoAnne och Lundgren, Tobias (2008) *Släpp taget om smärtan*, Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Dahl, JoAnne, Wilson, Kelly G., Luciano, Carmen och Hayes, Steven C. (2005), *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*, Reno: Context Press.

Davidson, Arnold I. (2002), *The Emergence of Sexuality: Historical Epistemology and the Formation of Concepts*, Harvard: Harvard University Press.

De Blocks, A. (2008), ”Why mental disorders are just mental dysfunctions (and nothing more): some Darwinian arguments”, i *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* (39:3), s. 338–346.

Dews, Peter (1992), ”Foucault and the French tradition of historical epistemology”, i *History of European Ideas* (14:3), s. 347–363.

Dimidjian, Sona och Linehan, Marsha ”Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 166–171.

Dreyfus, Hubert L. och Rabinow, Paul (1982), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, Chicago: The University of Chicago Press.

Dror, Otniel E. (1999), "The Scientific Image of Emotion: Experience and Technologies of Inscription", i *Configurations* (7:3), s. 355–401.

Dror, Otniel E. (1999), "The Affect of Experiment: Turn to Emotions in Anglo-American Physiology 1900–1940", i *Isis* (90:2), s. 205–237.

Dymond, Simon och Rehfeldt, Ruth Anne (2000), "Understanding complex behavior: The transformation of stimulus functions", i *The Behavior Analyst* (23:2), s. 239–254.

Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T. och Fredrikson, M. (2001), "Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile", i *Personality and Individual Differences* (30), s. 311–320.

Ewald, Francois (1990), "Norms, Discipline, and the Law", i *Representaitons* (30:1), s. 138–161.

Faubion, James D. (1998), "Introduction", i (red.) James D. Faubion, *Essential works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, London: Penguin Books, s. xi–xli.

Ferster, Charles och Skinner, B. F. (1957), *Schedules of Reinforcement*, New York: Appleton-Century-Crofts.

Fisher, Peter och Wells, Adrian (2009), *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*, New York: Routledge.

Flavell, John H. (1976), "Metacognitive aspects of problem solving", i (red. L. Resnick) *The Nature of Intelligence*, Hilsdale: Lawrence Erlbaum, s. 231–235.

Fletcher, Lindsay B. och Hayes, Steven C. (2009), "Phenomenology and Modern Behavioral Psychology", i *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (15:3), s. 255–258.

Foucault, Michel (1961/1973*), Vansinnets historia: under den klassiska epoken* Stockholm: Bokförlaget Aldus/Bonniers.

Foucault, Michel (1968), "This is not a pipe", i (red.) Paul Rabinow *Essential works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, London: Penguin Books, s. 187–203.

Foucault, Michel (1969/1972), *Vetandets arkeologi*, Lund: Bo Cavefors Förlag.

Foucault, Michel (1971), "Polemic: Monstrosities in Criticism", i *Diacritics* (1:1), s. 57–60.

Foucault, Michel (1971/1993), *Diskursens ordning*, Stockholm: Symposium Bokförlag.

Foucault, Michel (1973/2003), *Psychiatric Power: Lectures at the College de France 1973–1974*, New York: Palgrave McMillan.

Foucault, Michel (1975/1992*), Övervakning och straff*, Lund: Arkiv Förlag.

Foucault, Michel (1976/1980), *Sexualitetens historia, band ett, Viljan att veta*, Hedemora: Gidlunds Förlag.

Foucault, Michel (1978), "About the Concept of the 'Dangerous Individual' in 19th–Century Legal Psychiatry", i *International Journal of Law and Psychiatry* (1:1), s. 1–18.

Foucault, Michel (1979/2000)"'Omnes et Singulatim': Toward a critique of political reason", i (red.) Paul Rabinow, *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 3, Power*, London: Penguin Books, s. 298–325.

Foucault, Michel (1979/2000), "the Birth of Biopolitics", i (red.) Paul Rabinow, *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 1, ethics*, London: Penguin Books, s. 73–80.

Foucault, Michel (1980), "Truth and Power", i (red.) Colin Gordon, *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972–1977*, New York: Pantheon Books, s. 109–133.

Foucault, Michel (1980/1993), "About the beginnings of the hermeneutics of the self"/ "Christianity and Confession", i *Political Theory* (21), s. 198–227.

Foucault, Michel (1980/2000), "Subjectivity and Truth", i (red.) Paul Rabinow, *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 1, Ethics*, London: Penguin Books, s. 87–92.

Foucault, Michel, under pseudonymet Maurice Florence (ca 1980/2000), "Foucault", i (red.) Paul Rabinow, *Essential works of Foucault 1954–1984, band 2, aesthetics*, London: Penguin Books, s. 459–463.

Foucault, Michel (1980), "The Confession of the Flesh", i (red.) Colin Gordon, *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972–1977*, New York: Pantheon Books. s. 194–228.

Foucault, Michel (1981/2005) *The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the Collège de France 1981–1982*, New York: Palgrave McMillan.

Foucault, Michel (1982/2000), "Preface to The History of Sexuality, Volume Two", i (red.) Paul Rabinow, *Essential works of Foucault 1954–1984, band 1,Ethics*, London: Penguin Books. s. 99–207.

Foucault, Michel (1985), "Life: Experience and Science", i (red.) Paul Rabinow, *Essential Works of Foucault 1954–1984, band 2, Aesthetics*, London: Penguin Books, s. 465–478.

Foucault, Michel, Dreyfus, Hubert L. och Rabinow, Paul (1983), "On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress", i *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics, Second Edition*, Chicago: The University of Chicago Press, s. 229–252.

Foucault, Michel och Raulet, Gèrard (1983/1985), ”Strukturalism och Poststrukturalism”, i *Res Publica: Tema Foucault* (3), s. 52–79.

Foucault, Michel (1984/1986), *Sexualitetens historia, band två, Njutningarnas bruk*, Hedemora: Gidlunds Förlag.

Foucault, Michel (1984/1987), *Sexualitetens historia, band tre, Omsorgen om sig*, Hedemora: Gidlunds Bokförlag.

Foucault, Michel (1984/2000), ”Polemics, Politics, and Problematizations”, i (red) Paul Rabinow, *Essential works of Foucault 1954–1984, band 1, ethics*, London, Penguin Books, s. 111–119.

Gaukroger, Stephen W. (1976), ”Bachelard and the problem of epistemological analysis”, i *Studies in History and Philosophy of Science* (7:3), s. 189–244.

Gayon, Jean (1998), ”The Concept of Individuality in Canguilhem's Philosophy of Biology”, i *Journal of the History of Biology* (31:3), s. 305–325.

Giddens, Anthony (2002), *Modernity and Self-Identitiy: Self and Society in the Late Modern World*, Stanford: Stanford University Press.

Gifford, Elizabeth V. och Hayes, Steven C. (1999), ”Functional Contextualism: A Pragmatic Philosophy for Behavioral Science”, i (red.) William O'Donohue och Richard Kitchener, *Handbook of Behaviorism*, San Diego: Academic Press, s. 285–327.

Giere, Ronald (2004), ”How models are used to represent reality”, i *Philosophy of Science* (71:5), s. 750.

Giere, Ronald N. (2006), *Scientific Perspectivism*, Chicago: The University of Chigaco Press.

Ghaderi, Ata och Parling, Thomas (2009), *Lev med din kropp*, Stockholm: Natur och Kultur.

Gordon, Colin (1979), ”Other Inquisitions”, i *Ideology and Consciousness* (6), s. 23–46.

Gould, Stephen Jay och Lewontin, Richard (1979), ”The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: A critique of the adaptationist programme”, i *Proceedings of the Royal Society* (205:1161), s. 581–589.

Gould, Stephen Jay (1997), ”The exaptive excellence of spandrels as a term and prototype”, i *Procedings of the National Academy of Science* (94:10), 750–755.

Griffiths, Paul (1993), ”Functional Analysis and Proper Functions”, i *British Journal of the Philosophy of Science* (44:3), s. 409–422.

Gutting, Gary (1989), *Michel Foucault's archeology of scientific reason*, Cambridge, Cambridge University Press.

Gutting, Gary (2002), ”Foucault’s Philosophy of Experience”, i *Boundary* (29:2), s. 69–85.

van Haaften, Wouter (2003), ”Logic of artistic development: The case of Mondrian”, i *New ideas in psychology* (21:3), s. 71–96.

van Haaften, Wouter (2007), ”Conceptual Change and Paradigm Change: What’s the Difference?”, i *Theory & Psychology* (17:1), s. 59–85.

Hacking, Ian (1988), ”The Participant Irrealist at Large in the Laboratory”, i *The British Journal for the Philosophy of Science* (39:3), s. 277–294.

Hacking, Ian (1993), *Representing and intervening: Introductory topics in the philosophy of the natural sciences*, New York: Cambridge University Press.

Hacking, Ian (1998), ”Canguilhem amid the cyborgs”, i *Economy and Society* (27:2–3), s. 202–218.

Hacking, Ian (2000), ”How Inevitable Are the Results of Successful Science?”, i *Philosophy of Science* (67:3), s. 58–71.

Hallerstedt, Gunilla (red.) (2006), *Diagnosens makt: Om kunskap, pengar och lidande*, Göteborg: Daidalos.

Hanh, Thich Nhat (1975), *Mandelträdet i din trädgård: Uppmärksamhetens under*, Lund: Attusa Förlag.

Hansen, Erling, Lundh, Lars-Gunnar, Homman, Anders och Wångby, Margit (2009), ”Measuring Mindfulness: Pilot Studies with the Swedish Versions of the Mindfulness Attention Awareness Scale and the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills”, i *Cognitive Behavior Therapy* (38:1), s. 2–15.

Hanson, Rick (2009), *Buddhas Brain: The Practical Neuroscience of Happiness, Love and Wisdom*, Oakland: New Harbinger Publications.

Hathaway, William och Tan, Erica (2009), ”Religiously Oriented Mindfulness-Based Cognitive Therapy”, i *Journal of Clinical Psychology: In Session* (65:2), s. 158–171.

Hayes, Adele M. och Feldmans, Greg (2004), ”Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (11:3), s. 255–262.

Hayes, Steven C. (1993), ”Analytic goals and the varieties of scientific contextualism”, i (red. Steven C Hayes, Linda. J. Hayes, H. W.Reese och T. R. Sarbin) *Varieties of scientific contextualism*, Reno: Context Press, s. 11–27.

Hayes, Steven C. (2002), ”Acceptance, Mindfulness, and Science”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (9:1), s. 101–106.

Hayes, Steven C. (2003), ”Mindfulness: Method and Process”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:1), s. 161.

Hayes, Steven C. (2004), ”Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapy”, i *Behavior Therapy* (35:4), s. 639–665.

Hayes, Steven C. (2004), ”Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance and Relationship”, i (red. Steven Hayes, Victoria M. Follette och Marsha Linehan) *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, New York: Guilford Press.

Hayes, Steven C., Barnes-Holmes, Dermot och Roche, Bryan (2001c), ”Relational Frame Theory: A précis”, i *Relational frame theory: A Post-skinnerian account of human language and cognition*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers, s. 141–154.

Hayes, Steven C. och Blackledge, John T. (2001a), ”Language and Cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition”, i *Relational frame theory: A Post-skinnerian account of human language and cognition*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers, s. 3–20.

Hayes, Steven C. och Brownstein, A.J. (1986), ”Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science”, i *Behavior Analyst* (9), s. 175–190.

Hayes, Steven C., Fox, Eric, Wilson Kelly G., Barnes-Holmes, Dermot och Healy, Olive (2001b), ”Derived Relational Responding as Learned Behavior”, i *Relational frame theory: A Post-skinnerian account of human language and cognition*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers, s. 21–50.

Hayes, Steven C. och Pankey, Julieann (2003), ”Psychological Acceptance”, i (red.) William O’Donohue, Jane E. Fisher och Steven C. Hayes, *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, New Jersey: Wiley & Sons Inc, s. 4–16.

Hayes, Steven C. Pistorello, Jacqueline och Walser, Robyn D. (1995), ”Communicating Behavioral Views and Techniques to Practicing Clinicians”, i *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* (26:2), s. 107–112.

Hayes, Steven C. och Shenk, Chad (2004), ”Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachment”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (11:3), s. 249–254.

Hayes, Steven och Viborg, Njördur (2008), ”Intervju med Steven Hayes”, i *Sokraten* (4), s. 2–11.

Hayes, Steven och Wilson, Claire (1999), *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavioral Change*, New York: The Guilford Press.

Kabat-Zinn, John (2003), "Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future", i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 144–156.

Kabat-Zinn, John (2006), *Vart du än går är du där: Medveten närvaro i vardagen*, Stockholm: Natur och Kultur.

Kuhn, Thomas (1962/1979), *De vetenskapliga revolutionernas struktur*, Nora: Doxa.

Kåver, Åsa (2005), *Att leva ett liv, inte vinna ett krig: Om acceptans*, Stockholm: Natur och Kultur.

Kåver, Anna (2006), *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*, Stockholm: Natur och Kultur.

Kåver, Anna och Nilsonne, Åsa (2002), *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning: Teori, strategi och teknik*, Stockholm: Natur och Kultur.

Latour, Bruno (1999), "For David Bloor… and Beyond: A Reply to David Bloor's 'Anti-Latour'", i *Studies in History and Philosophy of Science* (30:1), s. 113–129.

Latour, Bruno och Woolgar, Steve (1979), *Laboratory Life: The Construction of a Scientific Fact*, Princeton: Princeton University Press.

Lecourt, Dominique (1975), *Marxism and epistemology: Bachelard, Canguilhem and Foucault*, London: New Left Books.

Lee, Christina (1990), "Theoretical weakness: Fundamental flaws in cognitive-behavioral theories are more than a problem of probability", i *Journal of Behavioral & Experimental Psychiatry* (21:2), s. 143–145.

Linehan Marsha (1993), *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: The Guilford Press.

Linehan, Marsha (1993/2004), *Dialektisk beteendeterapi: Färdighetsträningsmanual*, Stockholm: Natur och Kultur.

Linehan, Marsha (1998), "An illustration of dialectical behaviour therapy", i *In session: Psychotherapy in practice* (4:2), s. 21–44.

Linehan, Marsha M. och Dimidjian, Sona (2003), "Mindfulness practice", i *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*, New Jersey: Wiley & Sons Inc, s. 327–336.

Linehan, Marsha, Schmidt, Henry, Dimeff, Linda, Craft, J. Christopher, Kanter, Jonathan, Comtois, Katherine (1999), "Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence", i *American Journal on Addictions* (8:4), s. 279–292.

Lynch, Thomas R., Chapman, Alexander L., Rosenthal, M. Zachary, Kuo, Janice R. och Linehan, Marsha (2006), ”Mechanisms of Change in Dialectical Behaviour Therapy: Theoretical and Empirical Observations”, i *Journal of Clinical Psychology* 62 (4), s. 459–480.

Lynch, Thomas R., Trost, William T., Salsman, Nicholas och Linehan, Marsha M. (2007), ”Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder”, i *Annual Review of Clinical Psychology* (3:1), s. 181–205.

Lynd-Stevenson, Robert (2007), ”Concerns regarding the traditional paradigm for causal research: The unified paradigm and causal research in scientific psychology”, i *Review of General Psychology* (11:3), s. 286–304.

MacLeod, R. B. (1964), ”Phenomenology: A Challenge to Experimental Psychology”, i (red.) T. W. Wann *Behaviorism and Phenomenology: Contrasting Bases for Modern Psychology*, Chicago: University of Chicago Press

Marlatt, G.A. och Kristeller, J.L. (1999), ”Mindfulness and meditation”, i (red. W.R. Miller) *Integrating spirituality into treatment*, Washington: American Psychological Association Books, s. 67–84.

Marr, David (1982) *Vision: A computational investigation into the human representation and processing of visual information*, Cambridge: MIT Press.

Masuda, Akihiko, Hayes, Steven C. och Sackett, Casey F. (2004), ”Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique”, i *Behaviour Research & Therapy* (42:4), s. 477–486.

Miller, Thomas W. och Kraus, Robert F. (2007), ”Modified Dialectical Behavior Therapy and Problem Solving for Obsessive-Compulsive Personality Disorder”, i *Journal of Contemporary Psychotherapy* (37:2), s. 79–85.

Milstead, S. (2009), ”Lindra din ångest med ny succémetod”, i *Aftonbladet* 18 maj, 2009.

Murdock, Nancy L. (2006), ”On Science-Practice integration in everyday life: A plea for theory”, i *The Counseling Practice* (34:4), s. 548.

Murphy, Dominic (2001), ”Hacking’s Reconciliation: Putting the Biological and Sociological Together in the Explanation of Mental Illness”, i *Philosophy of the Social Sciences* (31:2), s. 139–163.

Murphy, Dominic (2006), *Psychiatry in the Scientific Image*, Massachusetts: MIT Press.

Murphy, Dominic och Woolfolk, Robert L. (2000), ”Conceptual Analysis versus Scientific Understanding: An Assessment of Wakefield’s Folk Psychiatry”, i *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (7:4), s. 271–293.

Murphy, Dominic och Woolfolk, Robert L. (2000), ”The Harmful Dysfunction Analysis of Mental Disorder”, i *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (7:4), s. 241–252.

Nilsonne Åsa (2004), ”Tredje gradens brännskador i själen: Introduktion”, i Marsha Linehan *Dialektisk beteendeterapi: Färdighetsträningsmanual*, Stockholm: Natur och Kultur.

Nilsonne, Åsa (2005), *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om medveten närvaro*, Stockholm: Natur och Kultur.

Pécheux, Michel (1969/1971), ”Det galileiska brottets effekter”, i *Om vetenskapernas historia: Kurs i filosofi för vetenskapsmän, band 3*, Stockholm: Bo Cavefors Bokförlag, s. 15–29.

Pérez-Álvarez, Marino och Sass, Louis A. (2009), ”Phenomenology and Behaviorism: A Mutual Readjustment”, i *Philosophy, Psychiatry, Psychology* (15:3), s. 199–210.

Perseius K-I, Samuelsson M, Andersson E, Berndtsson T, Götmark H, Henriksson F. (2004), ”Does dialectical behavioural therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder. A pilot study”, i *Vård i Norden* (24), s. 27–30.

Peterman, James (1992) *Philosophy as Therapy: An interpretation and defense of Wittgenstein's later philosophical project*, New York: State University of New York Press.

Rheinberger, Hans-Jörg (1997), *Toward a History of Epistemic Things: Synthesizing Proteins in the Test Tube*, Stanford: Stanford University Press.

Rheinberger, Hans-Jörg (2005), ”A Reply to David Bloor”, i *Perspectives on Science* (13:3), s. 406–410.

Rheinberger, Hans-Jörg (2005), ”Reassessing the Historical Epistemology of Canguilhem”, i (red. Gary Gutting) *Continental Philosophy of Science*, Oxford: Blackwell Publishing s. 187–198.

Robins, C.J. (2002), ”Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy”, i *Cognitive and Behavioral Practice* (9:1), s. 50–57.

Roemer, Lizabeth och Orsillo, Susan M. (2002), ”Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (9:1), s. 54–68.

Rommetveit, Kjetil (2008), ”Towards a hermeneutic of technomedical objects”, i *Theoretical Medicine and Bioethics* (29:2), s. 103–120.

Rose, Nikolas (1998), *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*, Cambridge: The Cambridge University Press.

SBU (2005), *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning*, SBU ALERT-rapport 2005–07.

Scheff, Thomas (1999), *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, tredje upplagan, Chicago: Aldine de Gruyter.

Shapiro, Shauna L. och Carlson, Linda E. (2009), *The Art and Science of Mindfulness*, Washington: American Psychology Association.

Skinner, B. F. (1945), "The operational analysis of psychological terms", i *Psychological Review* (52), s. 270–277.

Skinner, B. F. (1945), "Rejoinders and second thoughts", i *Psychological Review* (52:5), s. 284–288.

Skinner, B. F. (1957), *Verbal Behavior*, East Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1987), "Whatever happened to psychology as the science of behavior?", i *American Psychologist* (42:8), s. 780–786.

Skinner, B. F. (1990), "Can Psychology Be a Science of Mind?", i *American Psychologist* (45:11), s. 1206–1210.

Stewart, Ian och Barnes-Holmes, Dermot (2001), "Relations among relations: analogies, metaphors, and stories", i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers s. 73–87.

Stone, Michael (2005), "History of the Concept", i (red.) Mary Zanarini, *Borderline Personality Disorder*, New York: Taylor and Francis s. 1–18.

Stuss Donald T. och Alexander Michael P. (2000), "Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view", i *Psychological Research* (63:3–4), s. 289–298.

Teasdale John D., Seagal, Zindel V. och Williams, Mark G. (2003), "Mindfulness Training and Problem Formulation", i *Clinical Psychology: Science and Practice* (10:2), s. 157–160.

Thompson, Kevin (2008), "Historicity and Transcendentality: Foucault, Cavailles, and the Phenomenology of the Concept", i *History and Theory* (47:1), s. 1–18.

Tiles, Mary (2007), "Bachelard's non-cartesian epistemology", i (red. Gary Gutting) *Continental Philosophy of Science*, Oxford: Blackwell Publishing, s. 158–161.

Törneke, Nicklas (2001), "Arvet från Aaron", i *Sokraten* (4), sidhänvisning saknas.

Törneke, Niklas (2001), "Öst är öst, väst är väst", i *Beteendeterapeuten* (1), s. 17–21.

Törneke, Niklas (2002), "Relational Frame Theory: En psykologisk teori om kognitioner och mänskligt språk", i *Beteendeterapeuten* (4), s. 19–23.

Törneke, Niklas (2009), *Relational Frame Theory: Teori och klinisk tillämpning*, Lund: Studentlitteratur.

Vandenberghe, Luc och Aquino de Sousa, Ana Carolina (2005), ”The Dodo-bird Debate, Empirically supported Relationships and Functional Psychotherapy”, i *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* (1:4), s. 56–61.

Verikukis, Hristos (2009), ”Knowledge versus ’Knowledge’: Louis Althusser on the Autonomy of Science and Philosophy from Ideology—A Reply to William S. Lewis”, i *Rethinking Marxism* (21:1), s. 67–84.

Wagner, Amy W., Rizvi, Shireen L., Harned, Melanie S(2007), ”Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all”, i *Journal of Traumatic Stress* (20:4), s. 391–400.

Wakefield, Jerome (2007), ”What makes a Mental Disorder Mental”, i *Philosophy, Psychology, Psychiatry* (13:2), s. 123–131.

Webb, David (2003), ”Cavaillès, Husserl and the historicity of science”, i *Angelaki: Journal of the theoretical humanities* (8:3), s. 59–72.

Wells, Adrian (1997), *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*, Padstow: John Wiley & Sons.

Wells, Adrian (1999), ”A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder”, i *Clinical Psychology & Psychotherapy* (6:2), s. 86–95.

Wells, Adrian (2000), *Emotional disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, New York: John Wiley & Sons.

Wells, Adrian (2002), ”GAD, metacognition and mindfulness: An information processing analysis”, i *Clinical Psychology: Science and Practice* (9:1), s. 95–100.

Wells, Adrian (2005), ”Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques”, i *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* (23:4), s. 337–355.

Wells, Adrian och Matthews, Gerald (1996), ”Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model”, i *Behavior Research and Therapy* (34:11–12) s. 881–888.

Wells, Adrian och Sembi, Sundeep (2004), ”Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual”, i *Cognitive and Behavioral Practice* (11:4), s. 365–377.

Willems, Edwin P. (1974), ”Behavioral Technology and Behavioral Ecology”, i *Journal of Applied Behavior Analysis* (7:1), s. 151–165.

Wilson, Kelly G., Hayes, Steven C., Gregg, Jennifer och Zettle, Robert D. (2001), ”Psychopathology and Psychotherapy, i *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers, s. 211–239.

Woolfolk, Robert L., Murphy, Dominic (2004), ”Axiological Foundations of Psychotherapy”, i *Journal of Psychotherapy Integration* (14:2), s. 168–191.

Young, Jeffrey A. (1990), *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*, Sarasota: Professional Resources Exchange.

Young, Shinzen (2005), *The Science of Enlightenment* (ljudbok), Louisville: Sounds True.

Zanarini, Mary C. (2005), ”The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder”, i (red.) Mary C. Zanarini, *Borderline Personality Disorder,* New York: Taylor and Francis s. 19–39.

Öst, Lars-Göran (2008), ”Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis”, i *Behaviour Research and Therapy* (46:3), s. 296–321.

Internetreferenser

Anhörigförening Borderlines hemsida, http://www.anbo.se/, hämtningsdatum 110921.

Kalmar landstings hemsida, ”Kedjeanalys av problembeteende”, http://www.ltkalmar.se /Documents/H%C3%A4lsa%20&%20V%C3%A5rd/V%C3%A5rdguide%20A-%C3%96/ DBT/Kedjeanalys%20S%C3%B6lvi_ny.pdf, hämtningsdatum 110921.

Linehan, Marsha och Van Nuys, David (2007), ”Wise Counsel Interview Transcript: An Interview with Marsha Linehan, Ph.D.. on Dialectical Behavior Therapy”, http://www.mental help.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=13825&cn=91, hämtningsdatum 110921.

Hayes, Steven C. och Van Neuys, David (2007), ”Wise Counsel Interview Transcript: An Interview with Steven Hayes, PhD on Acceptance and Commitment Therapy”, http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=1305 6&cn=91, hämtningsdatum 110921.

Publikationer från Sociologiska institutionen Lunds universitet

Beställning och aktuella priser på:
http://lupak.srv.lu.se/mediatryck/
Böckerna levereras mot faktura.

Lund Dissertations in Sociology (ISSN 1102–4712)

13 Neergaard, Anders *Grasping the Peripheral State: A Historical Sociology of Nicaraguan State Formation* 401 sidor ISBN 91-89078-00-4 (1997)

14 Jannisa, Gudmund *The Crocodile's Tears: East Timor in the Making* 328 sidor ISBN 91-89078-02-0 (1997)

15 Naranjo, Eduardo *Den auktoritära staten och ekonomisk utveckling i Chile: Jordbruket under militärregimen 1973-1981* 429 sidor ISBN 91-89078-03-9 (1997)

16 Wangel, Arne *Safety Politics and Risk Perceptions in Malaysian Industry* 404 sidor ISBN 91-89078-06-3 (1997)

17 Jönhill, Jan Inge *Samhället som system och dess ekologiska omvärld: En studie i Niklas Luhmanns sociologiska systemteori* 521 sidor ISBN 91-89078-09-8 (1997)

18 Lindquist, Per *Det klyvbara ämnet: Diskursiva ordningar i svensk kärnkraftspolitik 1972-1980* 445 sidor ISBN 91-89078-11-X (1997)

19 Richard, Elvi *I första linjen: Arbetsledares mellanställning, kluvenhet och handlingsstrategier i tre organisationer* 346 sidor ISBN 91-89078-17-9 (1997)

20 Einarsdotter-Wahlgren, Mia *Jag är konstnär! En studie av erkännandeprocessen kring konstnärskapet i ett mindre samhälle* 410 sidor ISBN 91-89078-20-9 (1997)

21 Nilsson-Lindström, Margareta *Tradition och överskridande: En studie av flickors perspektiv på utbildning* 165 sidor ISBN 98-89078-27-6 (1998)

22 Popoola, Margareta *Det sociala spelet om Romano Platso* 294 sidor ISBN 91-89078-33-0 (1998)

23 Eriksson, Annika *En gangster kunde kanske älska sin mor… Produktionen av moraliska klichéer i amerikanska polis- och deckarserier* 194 sidor ISBN 91-89078-36-5 (1998)

24 Abebe Kebede, Teketel *'Tenants of the State': The Limitations of Revolutionary Agrarian Transformation in Ethiopia, 1974-1991* 364 sidor ISBN 91-89078-38-1 (1998)

25 Leppänen, Vesa *Structures of District Nurse – Patient Interaction* 256 sidor ISBN 91-89078-44-6 (1998)

26 Idof Ståhl, Zeth *Den goda viljans paradoxer: Reformers teori och praktik speglade i lärares erfarenheter av möten i skolan*
259 sidor ISBN 91-89078-45-4 (1998)

27 Gustafsson, Bengt-Åke *Symbolisk organisering: En studie av organisatorisk förändring och meningsproduktion i fyra industriföretag*
343 sidor ISBN 91-89078-48-9 (1998)

28 Munk, Martin *Livsbaner gennem et felt: En analyse af eliteidrætsudøveres sociale mobilitet og rekonversioner of kapital i det sociale rum*
412 sidor ISBN 91-89078-72-1 (1999)

29 Wahlin, Lottie *Den rationella inbrottstjuven? En studie om rationalitet och rationellt handlande i brott* 172 sidor ISBN 91-89078-85-3 (1999)

30 Mathieu, Chris *The Moral Life of the Party: Moral Argumentation and the Creation of meaning in the Europe Policy Debates of the Christian and Left-Socialist Parties in Denmark and Sweden 1960-1996*
404 sidor ISBN 91-89078-96-9 (1999)

31 Ahlstrand, Roland *Förändring av deltagandet i produktionen: Exempel från slutmonteringsfabriker i Volvo* 165 sidor ISBN 91-7267-008-8 (2000)

32 Klintman, Mikael *Nature and the Social Sciences: Examples from the Electricity and Waste Sectors* 209 sidor ISBN 91-7267-009-6 (2000)

33 Hultén, Kerstin *Datorn på köksbordet: En studie av kvinnor som distansarbetar i hemmet* 181 sidor ISBN 91-89078-77-2 (2000)

34 Nilsén, Åke *"en empirisk vetenskap om duet": Om Alfred Schutz bidrag till sociologin* 164 sidor ISBN 91-7267-020-7 (2000)

35 Karlsson, Magnus *Från Jernverk till Hjärnverk: Ungdomstidens omvandling i Ronneby under tre generationer* 233 sidor ISBN 91-7267-022-3 (2000)

36 Stojanovic, Verica *Unga arbetslösas ansikten: Identitet och subjektivitet i det svenska och danska samhället* 237 sidor ISBN 91-7267-042-8 (2001)

37 Knopff, Bradley D. *Reservation Preservation: Powwow Dance, Radio, and the Inherent Dilemma of the Preservation Process*
218 sidor ISBN 91-7267-065-7 (2001)

38 Cuadra, Sergio *Mapuchefolket – i gränsernas land: En studie av autonomi, identitet, etniska gränser och social mobilisering*
247 sidor ISBN 91-7267-096-7 (2001)

39 Ljungberg, Charlotta *Bra mat och dåliga vanor: Om förtroendefulla relationer och oroliga reaktioner på livsmedelsmarknaden*
177 sidor ISBN 91-7267-097-5 (2001)

40 Spännar, Christina *Med främmande bagage: Tankar och erfarenheter hos unga människor med ursprung i annan kultur, eller Det postmoderna främlingskapet*
232 sidor ISBN 91-7267-100-9 (2001)

41 Larsson, Rolf *Between Crisis and Opportunity: Livelihoods, diversification, and ineuality among the Meru of Tanzania*
519 sidor Ill. ISBN 91-7267-101-7 (2001)

42 Kamara, Fouday *Economic and Social Crises in Sierra Leone: The Role of Small-scale Entrepreneurs in Petty Trading as a Strategy for Survival 1960-1996* 239 sidor ISBN 91-7267-102-5 (2001)

43 Höglund, Birgitta *Ute & Inne: Kritisk dialog mellan personalkollektiv inom psykiatrin* 206 sidor ISBN 91-7267-103-3 (2001)
44 Kindblad, Christopher *Gift and Exchange in the Reciprocal Regime of the Miskito on the Atlantic Coast of Nicaragua, 20th Century* 279 sidor ISBN 91-7267-113-0 (2001)
45 Wesser, Erik *"Har du varit ute och shoppat, Jacob?" En studie av Finansinspektionens utredning av insiderbrott under 1990-talet* 217 sidor ISBN 91-7267-114-9 (2001)
46 Stenberg, Henrik *Att bli konstnär: Om identitet, subjektivitet och konstnärskap i det senmoderna samhället* 219 sidor ISBN 91-7267-121-1 (2002)
47 Copes, Adriana *Entering Modernity: The Marginalisation of the Poor in the Developing Countries. An Account of Theoretical Perspectives from the 1940's to the 1980's* 184 sidor ISBN 91-7267-124-6 (2002)
48 Cassegård, Carl *Shock and Naturalization: An inquiry into the perception of modernity* 249 sidor ISBN 91-7267-126-2 (2002)
49 Waldo, Åsa *Staden och resandet: Mötet mellan planering och vardagsliv* 235 sidor ISBN 91-7267-123-8 (2002)
50 Stierna, Johan *Lokal översättning av svenskhet och symboliskt kapital: Det svenska rummet i Madrid 1915-1998* 300 sidor ISBN 91-7267-136-X (2003)
51 Arvidson, Malin *Demanding Values: Participation, empowerment and NGOs in Bangladesh* 214 sidor ISBN 91-7267-138-6 (2003)
52 Zetino Duartes, Mario *Vi kanske kommer igen, om det låser sig: Kvinnors och mäns möte med familjerådgivning* 246 sidor ISBN 91-7267-141-6 (2003)
53 Lindell, Lisbeth *Mellan´frisk och sjuk: En studie av psykiatrisk öppenvård* 310 sidor ISBN 91-7267-143-2 (2003)
54 Gregersen, Peter *Making the Most of It? Understanding the social and productive dynamics of small farmers in semi-arid Iringa, Tanzania* 263 sidor ISBN 91-7267-147-5 (2003)
55 Oddner, Frans *Kafékultur, kommunikation och gränser* 296 sidor ISBN 91-7267-157-2 (2003)
56 Elsrud, Torun *Taking Time and Making Journeys: Narratives on Self and the Other among Backpackers* 225 sidor ISBN 91-7267-164-5 (2004)
57 Jörgensen, Erika *Hållbar utveckling, samhällsstruktur och kommunal identitet: En jämförelse mellan Västervik och Varberg* 242 sidor ISBN 91-7267-163-3 (2004)
58 Hedlund, Marianne *Shaping Justice: Defining the disability benefit category in Swedish social policy* 223 sidor ISBN 91-7267-167-X (2004)
59 Hägerström, Jeanette *Vi och dom och alla dom andra andra på Komvux: Etnicitet, genus och klass i samspel* 234 sidor ISBN 91-7267-169-6 (2004)
60 Säwe, Filippa *Att tala med, mot och förbi varandra: Samtal mellan föräldrar och skolledning på en dövskola* 215 sidor ISBN 91-7267-173-4 (2004)
61 Alkvist, Lars-Erik *Max Weber och kroppens sociologi* 271 sidor ISBN 91-7267-178-5 (2004)

62 Winsvold, Aina *Når arbeidende barn mobiliserer seg: En studie av tre unioner i Karnataka, India* 300 sidor ISBN 91-7267-183-1 (2004)
63 Thorsted, Stine *IT-retorik og hverdagsliv: Et studie af fødevarehandel over Internet* 219 sidor ISBN 91-7267-186-6 (2005)
64 Svensson, Ove *Ungdomars spel om pengar: Spelmarknaden, situationen och karriären* 308 sidor ISBN 91-7267-192-0 (2005)
65 Lundberg, Anders P. *Om Gemenskap: En sociologisk betraktelse* 248 sidor ISBN 91-7267-193-9 (2005)
66 Mallén, Agneta *Trygghet i skärgårdsmiljö: En studie om rädsla för brott i Åland* 218 sidor ISBN 91-7267-1955 (2005)
67 Ryding, Anna *Välviljans variationer: Moraliska gränsdragningar inom brottsofferjourer* 222 sidor ISBN 91-7267-188-2 (2005)
68 Burcar, Veronika *Gestaltningar av offere rf a renheter: Samtal med unga män som utsats för brott* 206 sidor ISBN 91-7267-207-2 (2005)
69 Ramsay, Anders *Upplysningens självreflexion: Aspekter av Theodor W. Adornos kritiska teori* 146 sidor ISBN 91-7267-208-0 (2005)
70 Thelander, Joakim *Mutor i det godas tjänst: Biståndsarbetare i samtal om vardaglig korruption* 194 sidor ISBN 91-7267211-0 (2005)
71 Henecke, Birgitta *Plan & Protest: En sociologisk studie av kontroveser, demokrati och makt i den fysiska planerimgen* 272 sidor ISBN 91-7267-213-7 (2006)
72 Ingestad, Gunilla *Dokumenterat utanförskap: Om skolbarn som inte når målen* 180 sidor ISBN 91-7267-219-6 (2006)
73 Andreasson, Jesper *Idrottens kön: Genus, kropp och sexualitet i lagidrottens vardag* 267 sidor ISBN 91-628-7009-2 (2007)
74 Holmsrtöm, Ola *Skolpolitik, skolutvecklingsarena och social peocesser: Studie av en gymnasieskola i kris* 249 sidor ISBN 91-7267-229-3 (2007)
75 Ring, Magnus *Social Rörelse: Begreppsbildning av ett mångtydigt fenomen* 200 sidor ISBN 91-7267-231-5 (2007)
76 Persson, Marcus *Mellan människor och ting: En interaktionistisk analys av samlandet* 241 sidor ISBN 91-7267-238-2 (2007)
77 Schmitz, Eva *Systerskap som politisk handling: Kvinnors organisering i Sverige 19681982* 362 sidor ISBN 91-7267-244-7 (2007)
78 Lundberg, Henrik Filosofisociologi: Ett sociologiskt perspektiv på filosofiskt tänknde 225 sidor ISBN 91-7267-245-5 (2007)
79 Melén, Daniel *Sjukskrivningssystemet: Sjuka som blir arbetslösa och rbetslös som blir sjukskrivn* 276 sidor ISBN 91-7267-254-4 (2007)
80 Kondrup Jakobsen, Klaus *The Ligic of the Excepyion: A Sociological Investigation into Theological Foundation of Political with specific regard to Kirekegaardian on Carl Schmitt* 465 sidor ISBN 91-7267-265-X (2008)
81 Berg, Martin *Självets gardirobiär: Självreflexiva genuslekar och queer socialpsykologi* 230 sidor ISBN 91-7267-257-9 (2008)
82 Fredholm, Axel *Beyond the Catchwords: Adjustment and Community Response in Participatory Development in Post-Suharto Indonesia* 180 sidor ISBN 91-7267-269-2 (2008)

83 Linné, Tobias *Digitala pengar: Nya villkor i det sociala livet* 229 sidor ISBN 91-7267-282-X (2008)
84 Nyberg, Maria *Mycket mat, lite måltider: En studie av arbetsplatsen som måltidsarena* 300 sidor ISBN 91-7267-285-4 (2009)
85 Eldén, Sara *Konsten att lyckas som par: Populärterapeutiska berättelser, individualisering och kön* 245 sidor ISBN 91-7267-286-2 (2009)
86 Bjerstedt, Daniel *Tryggheten inför rätta: Om rätten till förtidspension enligt förvaltningsdomstolarna under tre decenier* 240 sidor ISBN 91-7267-287-0 (2009)
87 Kåhre, Peter *På AI-teknikens axlar: Om kunskapssociologin och stark artificiel intelligens* 200 sidor ISBN 91-7267-289-7 (2009)
88 Loodin, Henrik *Biografier från gränslandet: En sociologisk studie om psykiatrins förändrade kontrollmekanismer* 118 sidor ISBN 91-7267-303-6 (2009)
89 Eriksson, Helena *Befolkning, samhälle och förändring: Dynamik i Halmstad under fyra decenier* 212 sidor ISBN 91-7267-313-3 (2010)
90 Espersson, Malin *Mer eller mindre byråkratisk: en studie av organisationsförändringar inom Kronofogdemyndigheten* 182 sidor ISBN 91-7267-315-X (2010)
91 Yang, Chia-Ling *Othering Processes in Feminist Teaching – A case study of an adult educational institution* 184 sidor ISBN 91-7267-318-4 (2010)
92 Anna Isaksson *Att utmana förändringens gränser – En studie om förändringsarbete, partnerskap och kön med Equal-programmet som exempel* 206 sidor ISBN 91-7267-321-4 (2010)
93 Lars-Olof Hilding *"ÄR DET SÅ HÄR VI ÄR" – Om utbildning som normalitet och om produktionen av studenter* 200 sidor ISBN 91-7267-326-5
94 Pernille Berg *The Reluctant Change Agent – Change, Chance and Choice among Teachers Educational Change in The City* 196 sidor ISBN 91-7267-331-1
95 Mashiur Rahman *Struggling Against Exlusion – Adibasi in Chittagong Hill Tracts, Bangladesh* 202 sidor ISBN 91-7267-334-6
96 Lisa Eklund *Rethinking Son Preference – Gender, Population Dynamics and Social Change in the People's Republic of China* 218 sidor ISBN 978-91-7473-108-8
97 Klas Gutavsson *Det vardagliga och det vetenskapliga – Om sociologins begrepp* 260 sidor ISBN 91-7267-336-2
98 Daniel Sjödin Tryggare kan ingen vara – Migration, religion och integration i en segregerad omgivning 268 sidor ISBN 91-7267-337-0

Licentiate's Dissertations in Sociology (ISSN-1403-6061)

1996:1 Forsberg, Pia *Välfärd, arbetsmarknad och korporativa institutioner: En studie av Trygghetsrådet SAF/PTK* 147 sidor ISBN 91-89078-07-1

1996:2 Klintman, Mikael *Från "trivialt" till globalt: Att härleda miljöpåverkan från motiv och handlingar i urbana sfärer* 171 sidor ISBN 91-89078-46-2
1996:3 Höglund, Birgitta *Att vårda och vakta: Retorik och praktik i en rättspsykiatrisk vårdkontext* 215 sidor ISBN 91-89078-68-3
1997:1 Jacobsson, Katarina *Social kontroll i dövvärlden* 148 sidor ISBN 91-89078-18-7
1997:2 Arvidsson, Adam *Den sociala konstruktionen av "en vanlig Människa": Tre betraktelser kring reklam och offentlighet* 122 sidor ISBN 91-89078-26-8
1998:1 Lundberg, Magnus *Kvinnomisshandel som polisärende: Att definiera och utdefiniera* 136 sidor ISBN 91-89078-40-3
1998:2 Stojanovic, Verica *Att leva sitt liv som arbetslös... Svenska och danska ungdomars relationer, ekonomi, bostadssituation och värdesättning av arbete* 148 sidor ISBN 91-89078-54-3
1998:3 Wesser, Erik *Arbetsmarknad och socialförsäkring i förändring: En studie av långtidssjukskrivning och förtidspensionering på 90-talet* 150 sidor 91-89078-57-8
1999:1 Radmann, Aage *Fotbollslandskapet: Fotboll som socialt fenomen* 167 sidor ISBN 91-89078-81-0
1999:2 Waldo, Åsa *Vardagslivets resor i den stora staden* 288 sidor ISBN 91-89078-88-8
1999:3 Säwe, Filippa *Om samförstånd och konflikt: Samtal mellan föräldrar och skolledning på en specialskola* 159 sidor ISBN 91-89078-93-4
1999:4 Schmitz, Eva *Arbetarkvinnors mobiliseringar i arbetarrörelsens barndom: En studie av arbetarkvinnors strejkaktiviteter och dess inflytande på den svenska arbetarrörelsen* 138 sidor ISBN 91-89078-99-3
2000:1 Copes, Adriana *Time and Space: An Attempt to Transform Relegated Aspects in Central Issues of the Sociological Inquiry* 177 sidor ISBN 91-7267-003-7
2000:2 Gottskalksdottir, Bergthora *Arbetet som en port till samhället: Invandrarakademikers integration och identitet* 89 sidor ISBN 91-7267-012-6
2000:3 Alkvist, Lars-Erik *Max Weber och rationalitetsformerna* 176 sidor ISBN 91-7267-019-3
2001:1 Bergholtz, Zinnia *Att arbeta förebyggande: Tankar kring ett hälsoprojekt* 50 sidor ISBN 91-7267-043-6
2005:1 Bing Jackson, Hannah *Det fragmenterede fællesskab: Opfattelser af sociale fællesskabers funktion og deres udvikling i det senmoderne samfund* 162 sidor ISBN 91-7267-190-4
2005:2 Lundberg, Henrik *Durkheim och Mannheim som filosofisociologer* 88 sidor ISBN 91-7267-200-5

Lund Studies in Sociology (ISSN 0460-0045)

1 Goodman, Sara & Mulinari, Diana (red) *Feminist Interventions in Discourses on Gender and Development: Some Swedish Contributions* 250 sidor ISBN 91-89078-51-9 (1999)

2 Ahlstrand, Roland *Norrköpingsmodellen – ett projekt för ny sysselsättning åt personalen vid Ericsson Telecom AB i Norrköping*
114 sidor ISBN 91-7267-026-6 (2001)
3 Djurfeldt, Göran & Gooch, Pernille *Bondkäringar – kvinnoliv i en manlig värld* 60 sidor ISBN 91-7267-095-9 (2001)
4 Davies, Karen *Disturbing Gender: On the doctor – nurse relationship*
115 sidor ISBN 91-7267-108-4 (2001)
5 Nilsson, Jan Olof & Nilsson, Kjell *Old Universities in New Environments: New Technology and Internationalisation Processes in Higher Education*
116 sidor ISBN 91-7267-174-2 (2004)

Research Reports in Sociology (ISSN 1651-596X)

1996:1 Ahlstrand, Roland *En tid av förändring: Om involvering och exkludering vid Volvos monteringsfabrik i Torslanda 1991-1993*
116 sidor ISBN 91-89078-15-2
1997:1 Lindbladh, Eva, et al *Unga vuxna: Berättelser om arbete, kärlek och moral*
192 sidor ISBN 91-89078-14-4
1997:2 Lindén, Anna-Lisa (red) *Thinking, Saying, Doing: Sociological Perspectives on Environmental Behaviour* 103 sidor ISBN 91-89078-13-6
1997:3 Leppänen, Vesa *Inledning till den etnometodologiska samtalsanalysen*
76 sidor ISBN 91-89078-16-0
1997:4 Dahlgren, Anita & Ingrid Claezon *Nya föräldrar: Om kompisföräldraskap, auktoritet och ambivalens* 117 sidor ISBN 91-89078-08-X
1997:5 Persson, Anders (red) *Alternativ till ekonomismen*
71 sidor ISBN 91-89078-22-5
1997:6 Persson, Anders (red) *Kvalitet och kritiskt tänkande*
67 sidor ISBN 91-89078-25-X
1998:1 Isenberg, Bo (red) *Sociology and Social Transformation: Essays by Michael Mann, Chantal Mouffe, Göran Therborn, Bryan S. Turner*
^*79 sidor ISBN 91-89078-28-4
1998:2 Björklund Hall, Åsa *Sociologidoktorer: Forskarutbildning och karriär*
84 sidor ISBN 91-89078-31-4
1998:3 Klintman, Mikael *Between the Private and the Public: Formal Carsharing as Part of a Sustainable Traffic System – an Exploratory Study*
96 sidor ISBN 91-89078-32-2
1998:4 Lindén, Anna-Lisa & Annika Carlsson-Kanyama *Dagens livsstilar i framtidens perspektiv* 74 sidor ISBN 91-89078-37-7
1998:5 Ahlstrand, Roland *En tid av förändring: Dominerande koalitioner och organisationsstrukturer vid Volvo Lastvagnars monteringsfabriker i Tuve 1982-1994* 94 sidor ISBN 91-89078-37-3
1998:6 Sahlin, Ingrid *The Staircase of Transition: European Observatory on Homelessness. National Report from Sweden* 66 sidor ISBN 91-89078-39-X

1998:7 Naranjo, Eduardo *En kortfattad jämförelse mellan den asiatiska och chilenska socioekonomiska erf a renheten* 42 sidor ISBN 91-89078-42-X

1998:8 Bosseldal, Ingrid & Johanna Esseveld *Bland forskande kvinnor och teoretiserande män: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Lund* 103 sidor ISBN 91-89078-59-4

1998:9 Bosseldal, Ingrid & Carl Hansson *Kvinnor i mansrum: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Umeå* 82 sidor ISBN 91-89078-60-8

1998:10 Bosseldal, Ingrid & Merete Hellum *Ett kvinnligt genombrott utan feminism? Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Göteborg* 83 sidor ISBN 91-89078-61-6

1998:11 Morhed, Anne-Marie *Det motstridiga könet: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Uppsala* 103 sidor ISBN 91-89078-62-4

1998:12 Bosseldal, Ingrid & Sanja Magdalenic *Det osynliga könet: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Stockholm* 71 sidor ISBN 91-89078-63-2

1998:13 Bosseldal, Ingrid & Stina Johansson *Den frånvarande genusteorin: Jämställdhet och genus vid Sociologiska institutionen i Linköping* 62 sidor ISBN 91-89078-64-0

1998:14 Hydén, Håkan & Anna-Lisa Lindén (red) *Lagen, rätten och den sociala tryggheten: Tunnelbygget genom Hallandsåsen* 154 sidor ISBN 91-89078-67-5

1998:15 Sellerberg, Ann-Mari (red) *Sjukdom, liv och död – om samband, gränser och format* 165 sidor ISBN 91-89078-66-7

1999:1 Pacheco, José F. (ed.) *Cultural Studies and the Politics of Everyday Life: Essays by Peter Dahlgren, Lars Nilsson, Bo Reimer, Monica Rudberg, Kenneth Thompson, Paul Willis. Introductory comments by Ron Eyerman and Mats Trondman* 105 sidor ISBN 91-89078-84-5

1999:2 Lindén, Anna-Lisa & Leonardas Rinkevicius (eds.) *Social Processes and the Environment – Lithuania and Sweden* 171 sidor ISBN 91-7267-002-9

2000:1 Khalaf, Abdulhadi *Unfinished Business – Contentious Politics and State-Building in Bahrain* 120 sidor ISBN 91-7267-004-5

2000:2 Pacheco, José F. (red.) *Kultur, teori, praxis: Kultursociologi i Lund* 238 sidor ISBN 91-7267-015-0

2000:3 Nilsson, Jan Olof *Berättelser om Den Nya Världen* 92 sidor ISBN 91-7267-024-X

2001:1 Alkvist, Lars-Erik *Max Webers verklighetsvetenskap* 147 sidor ISBN 91-7267-099-1

2001:2 Pacheco, José F. (red) *Stadskultur: Bidrag av Eric Clark, Richard Ek, Mats Franzén, Camilla Haugaard, Magnus Carlsson, Charlotte Kira-Kimby, José F. Pacheco, Margareta Popoola, Ingrid Sahlin, Catharina Thörn, Magnus Wennerhag, Niklas Westberg* 125 sidor ISBN 91-7267-115-7

2002:1 Wendel, Monica *Kontroversen om arbetstidsförkortning: En sociologisk studie av tre försök med arbetstidsförkortning inom Malmö kommun* 209 sidor ISBN 91-7267-166-5

2002:2 Thelander, Joakim *”Säker är man ju aldrig”: Om riskbedömningar, skepsis och förtroende för handel och bankärenden via Internet* 58 sidor ISBN 91-7267-117-3

2002:3 Dahlgren, Anita *Idrott, motion och andra fritidsintressen: En enkätundersökning bland 17-åriga flickor och pojkar i Landskrona, Kävlinge och Svalöv* 39 sidor ISBN 91 7267-123-8 (2002)

2002:4 Wendel, Monica *Mot en* ny *arbetsorganisering: En sociologisk studie av några försöksprojekt med flexibla arbetstider och distansarbete inom Malmö kommun* 144 sidor ISBN 91-7267-129-7

2002:5 Sörensen, Jill *Utvärderingsmodell för flexibla arbetstider inom Malmö kommun* 76 sidor ISBN 91-7267-132-7

2003:1 Klintman, Mikael & Mårtensson, Kjell med Johansson, Magnus *Bioenergi för uppvärmning – hushållens perspektiv* 98 sidor ISBN 91-7267-148-3

2004:1 Johnsdotter, Sara *FGM in Sweden: Swedish legislation regarding “female genital mutilation” and implementation of the law* 68 sidor ISBN 91-7267-162-9

2004:2 Carlsson-Kanyama, Annika, Lindén, Anna-Lisa & Eriksson, Björn *Hushållskunder på elmarknaden: Värderingar och beteenden* 133 sidor ISBN 91-7267-166-9

2005:1 Lindén, Anna-Lisa et al *Mat, hälsa och oregelbundna arbetstider* 216 sidor ISBN 91-7267-187-4

2006:1 Lindén, Anna-Lisa et al *Miljöpolitik och styrmedel – Två fallstudier: Kött och kläder* 90 sidor ISBN 91-7267-220-X

2006:2 Heidegren, Carl-Göran *FOSS-galaxen – En empirisk undersökning kring fri och öppen programvarurörelsen* 93 sidor ISBN 91-7267-218-8

2006:3 Apelmo, Elisabet & Sellerberg, Ann-Mari *”Shit, jag kan också lyckas” – Om genus, funktionshinder och idrottande kroppar* 43 sidor ISBN 91-7267-225-0

2007:1 Sellerberg, Ann-Mari *Världsbäst och i periferin – Om att vara funktionshindrad kvinna i idrotten* 40 sidor ISBN 91-7267-248-X

2007:2 Thorsted, Stine *Måltidet i tidsfällan – Måltidspraksis og brug af färdigmat i vardagen* 56 sidor ISBN 91-7267-250-1

2008:1 Klintman, Mikael, Boström, Magnus, Ekelund, Lena & Anna-Lisa Lindén *Maten märks – Förutsättningar för konsumentmakt* 134 sidor ISBN 91-7267-266-8

2008:2 Anving, Terese *”Man måste ligga steget före” – Måltidsarbetets planering och organisering i barnfamiljen* 56 sidor ISBN 91-7267-267-6

2008:3 Sellerberg, Ann-Mari *En het potatis – Om mat och måltider i barn- och tonårsfamiljer* 96 sidor ISBN 91-7267-268-4

2008:4 Nyberg, Maria, Lindén, Anna-Lisa, Lagnevik, Magnus *Mat på arbetet dygnet runt? Arbete – Tid – Måltid Inventering av kunskap genom svensk forskning* 49 sidor ISBN 91-7267-275-7

2008:5 Lindén, Anna-Lisa *Hushållsel – Efektivisering i vardagen* 84 sidor ISBN 91-7267-280-3

2009:1 Lindén, Anna-Lisa *Klimat och konsumtion – Tre fallstudier kring styrmedel och konsumtionsbeteende* 72 sidor ISBN 91-7267-294-3
2009:2 Lindén, Anna-Lisa, Jörgensen, Erika, Thelander, Åsa *Energianvändning – Konsumenters beslut och agerande* 264 sidor ISBN 91-7267-298-6

Working Papers in Sociology (1404-6741)

1997:1 Sjöberg, Katarina (red) *Vetenskapsteori* 92 sidor ISBN 91-89078-10-1
1997:2 Lindholm, Jonas & Vinderskov, Kirstine *Generationen der blev kulturpendlere: Et kvalitativt studie af unge muslimers hverdag* 171 sidor ISBN 91-89078-19-5
1999:1 Jörgensen, Erika *Perspektiv på social hållbarhet i Varberg och Västervik* 65 sidor ISBN 91-89078-75-6
1999:2 Holmström, Ola *En utvärdering av en utvärdering eller Berättelsen om hur jag förlorade min sociologiska oskuld* 93 sidor ISBN 91-89078-91-8
2000:1 Kimby, Charlotte Kira & Camilla Haugaard *Kroppen i den computermedierede kommunikation* 93 sidor ISBN 91-7267-007-X
2000:2 Bing Jackson, Hannah F*orandringer i arbejdslivet og i familjelivet: Om kvinders livsformer ved årtusindeskiftet* 43 sidor ISBN 91-7267-017-7
2000:3 Bing Jackson, Hannah *Family and Fertility Patterns in Denmark – a "Postmodern" Phenomenon: On the relationship between women's education and employment situation and the changes in family forms and fertility* 52 sidor ISBN 91-7267-018-5
2002:1 Henecke, Birgitta & Jamil Khan *Medborgardeltagande i den fysiska planeringen: En demokratiteoretisk analys av lagstiftning, retorik och praktik* 38 sidor ISBN 91-7267-134-3
2003:1 Persson, Marcus & Thelander, Joakim *Mellan relativism och realism: Forskarstudenter om vetenskapsteori* 89 sidor ISBN 91-7267-146-7
2003:2 Barmark, Mimmi *Sjuka hus eller sjuka människor? Om boenderelaterad ohälsa bland malmöbor* 46 sidor ISBN 91-7267-151-3
2004:1 Persson, Marcus & Sjöberg, Katarina (red) *Om begrepp och förståelse: Att problematisera det enkla och förenkla det svåra* 61 sidor ISBN 91-7267-171-8
2007:1 Lindén, Anna-Lisa *Socila dimensioner i hållbar samhällsplanering* 30 sidor ISBN 91-7267-236-6

Evaluation Studies

1997:1 Persson, Anders *Räddningstjänstutbildning för brandingenjörer – en utvärdering* 37 sidor ISBN 91-89078-12-8
1997:2 Björklund Hall, Åsa *På spaning efter tillvaron som doktorand – med hjälp av forskarstuderandes röster* 72 sidor ISBN 91-89078-21-7

1998:1 Bierlein, Katja, Leila Misirli & Kjell Nilsson *Arbetslivsrehabilitering i samverkan: Utvärdering av Projekt Malmö Rehab 2000* 63 sidor ISBN 91-89078-30-6

1998:2 Mulinari, Diana *Reflektioner kring projektet KvinnoKrami/MOA* 84 sidor ISBN 91-89078-55-1

1998:3 Mulinari, Diana & Anders Neergard *Utvärdering av projektet "Steg till arbete"* 72 sidor ISBN 91-89078-56-X

1998:4 Misirli, Leila & Monica Wendel *Lokal samverkan – till allas fördel?: En utvärdering av Trelleborgsmodellen – ett arbetsmarknadspolitiskt försök med "friår", inom Trelleborgs kommun* 45 sidor ISBN 91-89078-58-6

1998:5 Bierlein, Katja & Leila Misirli *Samverkan mot ungdomsarbetslöshet: Utvärdering av projekt Kompassen i Helsingborg* 80 sidor ISBN 91-89078-69-1

1999:1 Bierlein, Katja & Ellinor Platzer *Myndighetssamverkan i projekt Malmö Rehab 2000: Utvärdering 1997-98* 75 sidor ISBN 91-89078-74-8

1999:2 Ahlstrand, Roland & Monica Wendel *Frågor kring samverkan: En utvärdering av Visionsbygge Burlöv – ett myndighetsövergripande projekt för arbetslösa invandrare* 51 sidor ISBN 91-89078-82-9

1999:3 Nilsson Lindström, Margareta *En processutvärdering av projektet Trampolinen: Ett vägledningsprojekt riktat till långtidsarbetslösa vid Arbetsförmedlingen i Lomma* 104 sidor ISBN 91-89078-94-2

1999:4 Nilsson Lindström, Margareta *En processutvärdering av projektet New Deal: Ett vägledningsprojekt för långtidsarbetslösa kvinnor inom kontor och administration* 107 sidor ISBN 91-89078-95-0

1999:5 Wendel, Monica *Utvärdering av projekt arbetsLÖSningar: En arbetsmarknadsåtgärd i samverkan för långtidssjukskrivna och långtidsarbetslösa* 63 sidor ISBN 91-7267-000-2

2005:1 Nilsson Lindström, Margareta *Att bryta traditionella könsmönster i arbetslivet: En grupp långtidsarbetslösa kvinnors erfarenheter av kursen "Teknik för kvinnor med begränsat utbud"* 50 sidor ISBN 91-7267-209-9

Afrint Working Paper (ISSN 1651-5897)

1 Larsson, Rolf, Holmén, Hans & Hammarskjöld, Mikael *Agricultural Development in Sub – Saharan Africa* 48 sidor ISBN 91-7267-133-5

2 Djurfeldt, Göran & Jirström, Magnus *Asian Models of Agricultural Development and their Relevance to Africa* 47 sidor ISBN 91-7267-137-8

Studies in Bodies, Gender and Society (ISSN 1652-1102)

1 Hansson, Adam *Det manliga klimakteriet: Om försöker att lansera ett medicinsk begrepp* 50 sidor ISBN 91-7267-158-0 (2003)

2 Norstedt, Maria *Att skapa dikotomier och bibehålla genusordningar: An analys av tidningen* Taras *berättelser om kropp. kön och medelålder*
52 sidor ISBN 91-7267-159-9 (2003)

Lund Monographs in Social Anthropology (ISSN 1101-9948)

3 Pérez-Arias, Enrique *Mellan det förflutna och framtiden: Den sandinistiska revolutionen i Nicaragua* 322 sidor ISBN 91-89078-01-2 (ak. avh. 1997)
4 Karlsson, B. G. *Contested Belonging: An Indigenous People's Struggle for Forest and Identity in Sub-Himalayan Bengal*
318 sidor ISBN 91-89078-04-7 (ak. avh. 1997)
5 Lindberg, Christer (red) *Antropologiska porträtt 2*
342 sidor ISBN 91-89078-05-5 (1997)
6 Gooch, Pernille *At the Tail of the Buffalo: Van Gujjar pastoralists between the forest and the world arena* 391 sidor ISBN 91-89078-53-5 (ak. avh. 1998)
7 Persson, Johnny *Sagali and the Kula: A regional systems analysis of the Massim* 245 sidor ISBN 91-89078-87-X (ak. avh. 1999)
8 Malm, Thomas *Shell Age Economics: Marine Gathering in the Kingdom of Tonga, Polynesia* 430 sidor ISBN 91-89078-97-7 (ak. avh. 1999)
9 Johansson Dahre, Ulf *Det förgångna är framtiden: Ursprungsfolk och politiskt självbestämmande i Hawai'i* 228 sidor Ill. ISBN 91-7267-107-6 (ak. avh. 2001)
10 Johnsdotter, Sara *Created by God: How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision* 301 sidor ISBN 91-7267-127-0 (ak. avh. 2002)
11 Andersson, Oscar Chicagoskolan: *Institutionaliseringen, idétraditionen & vetenskapen* 336 sidor ISBN 91-7267-153-X (ak. avh. 2003)
12 Carlbom, Aje *The Imagined versus the Real Other: Multiculturalism and the Representation of Muslims in Sweden*
234 sidor ISBN 91-7267-154-8 (ak. avh. 2003)
13 Antoniusson, Eva-Malin *Överdosens antropologi: En kontextuell studie*
232 sidor ISBN 91-7267-161-0 (ak. avh. 2003)
14 Parker, Peter *How Personal Networks Shape Business: An Anthropological Study of Social Embeddedness, Knowledge Development and Growth of Firms*
156 sidor ISBN 91-7267-182-3 (ak. avh. 2004)
15 Lindberg, Crister (red) *Nya antropologiska porträtt*
355 sidor ISBN 91-7267-182-3 (2005)
16 Sliavaite, Kristina *From Pioneers to Target Group: Social change, ethnicity and memory in a Lithuanian power plant community*
206 sidor ISBN 91-7267-202-1 (ak. avh. 2005)
17 Göransson, Kristina *Conflicts and Contracts – Chinese Intergenerational Relations in Modern Singapore* 187 sidor ISBN 91-7167-202-1 (ak. avh. 2006)
18 Bourgouin, France *TheYoung, the Wealthy, and the Restless: Trans-national Capitalist Elite Formation in Post-Apartheid Johannesburg*
342 sidor ISBN 91-7267-249-8 (ak. avh. 2007)

19 Matsson, Anna *The Power to do Good: Post-Revolution, NGO Society, and the Emergence of NGO-Elites in Contemporary Nicaragua* 208 sidor ISBN 91-7267-251-X (ak. avh. 2007)
20 Holm, Hilma *Knowledge as Action – An Anthropological Study of Attac Sweden* 144 sidor ISBN 91-7267-317-6 (ak. avh. 2010)
21 Hanna Wittrock Säg inte mötesplats! – *Teater och integration i ord och handling* 268 sidor ISBN 91-7267-332-X

Licentiate's Dissertation in Social Anthropology (ISSN 1404-7683)

1999:1 Parker, Peter *Cognition and Social Organisation: A Framework* 125 sidor ISBN 91-89078-76-4
1999:2 Johansson Dahre, Ulf *Politik med andra medel: En antropologisk betraktelse av rättens politiska och ideologiska förhållanden* 137 sidor ISBN 91-7267-006-1

Research Reports in Social Anthropology

2006:1 Johansson Dahre, Ulf (ed.) *The Reconstruction of Good Governance in the Horn of Africa – Proceedings of the 4th SIRC Conference on the Horn of Africa, October 1416, 2005* 232 sidor ISBN 91-7267-216-1
2007:1 Johansson Dahre, Ulf (ed.) *The Role of Diasporas in Peace, Democracy and Development in the Horn of Africa* 226 sidor ISBN 91-7267-237-4
2008:1 Johansson Dahre, Ulf (ed.) *Post-Conflict Peace-Building in the Horn of Africa: A Report of the 6th Annual Conference on the Horn of Africa, Lund, August 24-26, 2007* 288 sidor ISBN 91-7267-256-0
2009:1 Svensson, Nicklas (ed.) *Initiative Report Horn of Africa: Co-operation Instead of Wars and Destruction, 11-12 May, 2002 Lund, Sweden* 106 sidor ISBN 91-7267-290-0
2009:2 Svensson, Nicklas (ed.) *Final Report Conference Horn of Africa: II No Development without Peace, 23-25 May, 2003 Lund, Sweden* 136 sidor ISBN 91-7267-291-9
2009:3 Svensson, Nicklas (ed.) *Horn of Africa: Transforming Itself from a Culture of War into a Culture of Peace, 27-29 August 2004 Lund, Sweden* 312 sidor ISBN 91-7267-292-7
2009:4 Sthlm Policy Group (ed.) *Faith, Citizenship, Democracy and Peace in the Horn of Africa: A Report of the 7th Annual Conference on the Horn of Africa, Lund, October 17-19, 2008* 216 sidor ISBN 91-7267-293-5

Working Papers in Social Anthropology (ISSN 1652-442X)

2004:1 Göransson, Kristina *Filial Children and Ageing Parents: Intergenerational Family Ties as Politics and Practice among Chinese Singaporeans* 26 sidor ISBN 91-7267-175-0

2005:1 Granbom, Ann-Charlotte *Urak Lawoi: A Field Study of an Indigenous People in Thailand and treir Problems with Rapid Tourist Development* 98 sidor ISBN 91-7267-206-4

Övrigt

Från seminarium till storinstitution: Sociologi i Lund 1947-1997 (Sociologiska institutionens Årsbok 1996) 105 sidor

Institution i rörelse: Utbildning och forskning inför år 2000 (Sociologiska institutionens Årsbok 1997) 153 sidor ISBN 91-89078-29-2