

Nordisk Psykodramautbildning  
Examinationsuppsats  
Hösten 2007

*”Spegeln visade mig vägen”*

eller

**Från flykt till gränssättning och vidare mot glädje**

Erfarenheter från en psykodramagrupp på en vårdcentral

Författare, Marie Cassel och Paul Lindroos  
Handledare, Ann Helleday

## Sammanfattning

I denna rapport söker vi förstå hur psykodrama kan fungera som verktyg för psykosomatiska patienter. Den skildrar en pilotstudie av en psykodramatisk gruppbehandling. Under november 2005 – maj 2006 deltog sammanlagt åtta patienter med psykosomatiska besvär, i en psykodramagrupp på en vårdcentral. Fem av patienterna slutförde behandlingen. Gruppen leddes av rapportens författare.

Sjukvården idag verkar i en kontext som är naturvetenskapligt orienterad, med evidensbaserade och mätbara metoder och sökande efter utlösande orsaker. I rapporten uppfattas innebörden av psykosomatiska besvär, som ett multifaktoriellt samspel, som belyses och förstås som orsakade av ett avbrott i flödet mellan uppfattade känslor och kroppsliga reaktioner tidigare i livet. Låsningen ligger bortom orden och kan vara svår att nå via verbal terapi. Den psykodramatiska behandlingsmetoden erbjuder patienten en aktiv och deltagande roll, att bli medskapare och gemensamt med terapeuten iscensätta situationer och viktiga händelser ur livsberättelsen.

I rapporten redogörs för grunderna i J. L. Morenos, psykodramametod och hur den har utvecklats och används idag. Psykodramats tre olika faser belyses, uppvärmningsfasen, handlingsfasen och avslutningsfasen. Frivilligt deltagande och sessionsramen formar den trygghet med vars hjälp gruppdeltagarna önskar vara huvudpersoner i egna dramer liksom medspelare i varandras dramer. Tekniken att byta roll med medspelarna möjliggör perspektivbyten och huvudpersonen kan se sig själv som i en spegel och så som andra ser henne. På detta sätt får huvudpersonen uppleva ett inifrån-utifrån perspektiv på sig själv. Hon ser den Andre i sig själv och sig själv i den Andre. Med fallbeskrivningar belyses deltagarnas erfarenheter i och upplevelser av sina dramer. I slutet av rapporten ingår även en utvärdering av deltagarnas egna beskrivningar av att ha ingått i gruppen. Här ger de starka uttryck för att må bättre och känna sig hjälpta genom sina olika erfarenheter i psykodramagruppen. Utvärderingen har gjorts av en utomstående person. Vår uppfattning är att psykodrama har påverkat deltagarnas känsloregister, deras syn på sina erfarenheter och härigenom deras hälsa.

<b>Förord</b> .....	<b>5</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>7</b>
Tidigare psykosomatiska grupper där psykodrama utgjort delmoment .....	9
Konstpsykoterapiprojektet.....	9
Tumbaundersökningen .....	10
<b>Syfte med denna studie</b> .....	<b>11</b>
Frågeställningar.....	11
<b>Metod</b> .....	<b>12</b>
Avgränsning .....	14
Definitioner .....	14
<b>Generaliserbarhet, validitet och reliabilitet</b> .....	<b>14</b>
Generaliserbarhet .....	14
Validitet .....	15
Reliabilitet.....	16
<b>Analysmetod</b> .....	<b>16</b>
Inför psykodramagruppen.....	17
<b>Val av gruppdeltagare</b> .....	<b>17</b>
Patientkontakt innan gruppen .....	19
<b>Resultat</b> .....	<b>21</b>
<b>Psykosomatik</b> .....	<b>21</b>
<b>Den affektteoretiska förklaringsmodellen och livshistoriecentrerad utredningsmetodik</b> .....	<b>26</b>
<b>Psykodrama metodens grunder</b> .....	<b>29</b>
<b>Jacob Levy Moreno, psykodramats grundare</b> .....	<b>29</b>
<b>Beskrivning av huvudmomenten i psykodrama</b> .....	<b>30</b>
<b>Psykodramatiska begrepp och tekniker</b> .....	<b>31</b>
Sociometri, social atom och tele.....	31
Iscensättning, rollbyte, dubbel, spegling, katarsis och avrollning .....	32
Spontanitet, kreativitet, konkretisering och roller .....	33
<b>Det terapeutiska psykodramats dynamik</b> .....	<b>35</b>
Uppvärmningsfas .....	35
Handlingsfas.....	36
Som det var, inte var, borde ha varit .....	37
Sharing – dela med sig.....	38

Processanalys .....	39
<b>Erfarenheter från gruppen .....</b>	<b>39</b>
<b>Trauma och traumatisk upplevelse .....</b>	<b>39</b>
"Jag mår illa" .....	40
<b>Mental trygg-plats .....</b>	<b>41</b>
<b>Trygg-plats från gruppen .....</b>	<b>42</b>
Härbret .....	42
Psykodrama om värk.....	43
<b>Uppvärmningsövningar .....</b>	<b>46</b>
Önskebutiken .....	47
Övning för framtiden .....	48
<b>Utvärdering .....</b>	<b>50</b>
<b>Kvantitativa resultat.....</b>	<b>50</b>
Medicinering .....	51
<b>Kvalitativa resultat .....</b>	<b>51</b>
<b>Intervjusvar.....</b>	<b>51</b>
 <b>Analys.....</b>	 <b>57</b>
 <b>Slutord .....</b>	 <b>60</b>
 <b>Källförteckning .....</b>	 <b>61</b>

## **Förord**

Vi vill börja med att tacka våra gruppdeltagare som möjliggjort detta arbete och som har öppnat sin livshistoria för oss och levandegjort glädjefyllda och smärtsamma situationer. Ett stort tack också till våra familjer som gett oss stöd och uppmuntran under ett års tid då vi arbetat med studien vid skrivbordet. Också ett stort tack till verksamhetschef Gunnila Bygdén som gav oss fria händer att på vårdcentralen genomföra grupparbetet. Sist men inte minst till våra handledare Ann Helleday (under tiden som vi skrivit uppsatsen) och Göran Högberg (under tiden som vi ledde gruppen).

Vår förhoppning är att vi åtminstone delvis i denna rapport har kunnat belysa vad psykodrama innebär och hur vi försökt bemöta och stötta de personer med psykosomatiska besvär som ingått i vår grupp – en patientgrupp som många gånger är svårhjälp. Vår förhoppning är att man inom Forsknings och utvecklingsenheter som t.ex. Centrum för Allmänmedicin inom Stockholms Läns Landsting (CeFAM) kan finna möjligheter att i större skala än vad som varit möjligt här, vidareutveckla arbetet med denna angelägna patientgrupp. Gärna med psykodramatiska förtecken!

## Inledning

Finns det etablerade sanningar om hur man bör leva, hur man bör se ut och vilken typ av personlig läggning man bör ha för att man skall lyckas i livet och arbetslivet idag? Det finns forskare som hävdar det. Hälsa har blivit ett inträdeskriterium på arbetsmarknaden, liksom en sorteringsmekanism för att effektivt reglera vilka som får fortsätta att arbeta och vilka som inte får det. Kravet på den enskildes förmåga att hålla sig vid god hälsa har ökat sedan 1993 då företagshälsovården privatiserades. Vid denna tid övergick ansvaret för arbetstagarens hälsa från staten till arbetsgivaren. Innebörden av övergången är att arbetsgivaren betalar för företagshälsovård och därmed får en ökad kontroll över sina anställdas hälsa. Det finns tendenser som pekar mot, att ju mer hälsa som utvecklas, desto mer ohälsa skapas i dess kölvatten.<sup>1</sup>

Att bli sjuk i Sverige idag innebär att man får en allt mer tekniskt högkvalitativ vård. Behandlingen ges ur fysiologiska, kemiska och genetiska aspekter som karaktäriserar naturvetenskaplig medicin. Läkarna utbildas idag till största delen i naturvetenskapliga ämnen. Ändå tvingas de i praktiken att ständigt ta ställning till det som är omätbart i mötet med patienten - det som är djupt mänskligt. Detta innebär att vara närvarande i ögonblicket, att ha siktet inställt mellan raderna, att ana en livshistoria och ta med tolkning och förståelse i helhetssynen. Johan Cullberg, professor i psykiatri anser att depression och ångest i grunden är mänskliga predikament, som hör till vårt liv och även har viktiga positiva innebörder. Han menar att de alltför snabbt diagnostiseras som sjukdomar, där det framstår som närmast oetiskt att inte medicinera.<sup>2</sup> Även Carl-Magnus Stolt professor i humanistisk medicin hävdar att patienten förlorar på den allt mer naturvetenskapliga, mätbara synen inom sjukvården där det medicinska tänkandet blir allt mer högteknologiskt och reduktionistiskt. Därtill kommer den utsatta sjukvårdsekonomin, som leder till nedskärningar och prioriteringar. Allt det här riskerar att förtingliga människan. Stolt anser att mötet med patienten ska vara i centrum i vården. Han menar att för att förstå ohälsa, måste man ta till sig det narrativa perspektivet, det som bygger på patientens livsberättelse. Då patienten blir förstådd som en helhet, lyssnad på och tagen på allvar, insatt i ett sammanhang - då minskar ohälsan.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Holmqvist, M. & Maravelias, C. (2006).

<sup>2</sup> Cullberg, J. (2002).

<sup>3</sup> Lagercrantz, A. (2003).

## Bakgrund

"Medical humanities", är idag på stark internationell frammarsch. I Skandinavien ligger tyngdpunkten på vardagsetik och läkekonst i mötet mellan patient och vårdare. Det ökade intresset för läkekonsten, helhetssynen på människan, har seglat upp som en motvikt till det renodlat tekniska, mätbara och naturvetenskapliga menar Stolt. För honom handlar medicin om en helhetssyn på människan - att förstå hennes meningssökande och existentiella lidande i ett större sammanhang. För detta är det nödvändigt att ha ett språk och det anser Stolt att humanvetenskapernas holistiska synsätt har. Stolt kallar det omätbara för läkekonst, till skillnad från medicinsk vetenskap. Föregångarna i det nya tänkandet är allmänläkarna, de som rapporterat att nästan varenda patient inom primärvården har besvär som inte kan klassificeras med naturvetenskapliga begrepp. Skolmedicinen räcker inte till för att tolka vad deras sjukdomar uttrycker.<sup>4</sup>

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU:s rapporter har fått stor genomslagskraft i svensk sjukvård. Metoder som inte visar sig göra nytta finns det ingen anledning att fortsätta med. De metoder som är riktigt bra måste användas. Frågan är vad som händer med det som SBU inte kan granska. Medmänsklighet - kontakt - värme - humor - beröring - kan inte mätas, utvärderas, påvisas göra nytta i vård och behandling. Ändå vet varje vårdande människa att just de kvaliteterna kan göra skillnaden mellan sjuk och frisk. Resultatet av insatta åtgärder är beroende av en väl fungerande relation mellan patient och vårdare och gör det svårt att utvärdera vårdinsatserna samtidigt som det avgör om insatsen överhuvudtaget får effekt. Relationer går inte att utvärdera vetenskapligt - men är ändå så viktiga. En parallell benämning till den humanistiska medicinen är den psykosomatiska läkekonsten.<sup>5</sup>

Vart går den som inte längre kan sova, som känner sig deppig eller/och har ångest, som inte orkar kämpa längre, som har ont i kroppen på olika sätt? Troligen går vederbörande till sin husläkare eller till vårdcentralen för att få hjälp. Troligen går vederbörande inte till psykiatrin eftersom symtomen är fysiska. Även den som bara gråter, är känslig för alla ljud och alla människor, vänder sig sannolikt till sin doktor på vårdcentralen. Primärvården kan idag erbjuda den vårdsökande med problem som är multifaktoriella, dvs. att symtomen och dess orsaker har både somatiska, sociala och psykologiska aspekter, som leder till olika åtgärder. Dessa kan vara medicinering, sjukskrivning, läkar-, sjuksköterske-, dietist-,

---

<sup>4</sup> Stolt, C. M. (2003).

<sup>5</sup> SBU. (2006).

fotterapeut-, arbetsterapeut-, sjukgymnast- eller samtalskontakt med kurator eller psykolog. Det är inte självklart att primärvården samordnar de olika instanserna.

I denna rapport kommer patientgruppen med multifaktoriella symptom att betecknas som patienter med psykosomatiska symptom.

Psykosomatisk sjukdom kan beskrivas på följande sätt: *nylat. psychosomaticus, av psyke och grek. soma av kropp*, kroppsligt sjukdomstillstånd som orsakas, vidmakthålls eller förvärras av psykiska faktorer.<sup>6</sup> De som driver de psykosomatiska frågorna är Svensk Förening för Psykosomatisk Medicin. Föreningen är en undersektion inom Svenska Läkaresällskapet som strävar mot att psykosomatik uppmärksammas inom utbildning, forskning och omhändertagande. Föreningen förordar en helhetssyn i vården utifrån att människan alltid och samtidigt är en fysisk, psykisk, social och andlig varelse. Föreningens uppfattning är att för att en integration ska ske av somatiska åtgärder och psykosociala interventioner, krävs skapandet av samarbetsformer mellan yrkesgrupper. Föreningen anser att sjuksköterskor, kuratorer, läkare, sjukgymnaster, psykologer och psykoterapeuter behöver ha ett gemensamt ansvar för att den vårdsökande ska bli bedömd som en helhet.<sup>7</sup>

Antalet patienter med stressrelaterade problem som får diagnosen utmattningssyndrom ökar i primärvården. Enligt första linjens psykiatri - psykosociala insatser - är det primärvården som i första hand svarar för det omfattande behandlingsarbetet riktat till de stora sjukdomsgrupperna: smärta, psykisk ohälsa, psykiatrisk och psykosocial problematik.<sup>8</sup> På vårdcentralen arbetar kuratorn i samråd med läkaren och medverkar individuellt i patientens behandling. Arbetet kan bestå av att medverka i rehabiliterings- och andra samverkans åtgärder kring patienten tillsammans med olika myndigheter och andra samhällsorgan. Beroende på patienten och sjukdomsbilden skall kuratorn erbjuda korttidsterapi, kristerapi eller samtalsbehandling samt psykosocial information och rådgivning, ge handledning till patientanhöriga och personalgrupper. Någon längre bearbetade terapi för patienterna finns som regel inte utrymme att erbjuda inom uppdrags- eller tidsramen.<sup>9</sup>

Psykoterapi är en av flera former av samtalsbehandling inom psykiatrin och primärvården. Det finns många olika inriktningar inom psykoterapin. Inriktningarna har delvis egna modeller för hur man förklarar och behandlar psykiska besvär. Gemensamt för alla är att de syftar till att hjälpa patienten att uppleva större mening med och kontroll över sitt

---

<sup>6</sup> Nationalencyklopedin. (2007).

<sup>7</sup> [http://www.psykosomatik.org/forsta\\_sida.htm](http://www.psykosomatik.org/forsta_sida.htm) (2006).

<sup>8</sup> Vårdguiden. (2006).



liv. Via psykiatriska öppenvårdsmottagningen görs en bedömning av patienten för att offentligt finansierad psykoterapi med högkostnadskort ska ske.<sup>10</sup>

Denna rapport handlar om en psykodramatisk gruppbehandlingsmetod i primärvården. Psykodrama betyder *själ i handling*. Psykodrama är en psykoterapiform som är inriktad på hälsa mer än sjukdom, på mänskliga resurser mer än på brister. Enligt denna modell kan psykosomatiskt långtidssjuka människor hämta läkande kraft genom att få kontakt med den egna kreativa förmågan. På den psykodramatiska scenen kan konkreta livshändelser, drömmar, framtidsvisioner, fantasier och psykiska strukturer iscensättas. Dramatiseringen kan hjälpa patienten att i en trygg miljö gå tillbaka och bearbeta ursprungliga situationer där handlingsmöjligheter och spontana känslouttryck begränsades och kroppen fick som en åskledare avleda dem.<sup>11</sup> Känslor som inte kunde uttryckas då ingen kunde ta emot dem eller därför att de var för smärtsamma eller rent av var förbjudna ges möjlighet att uppfattas och att uttryckas genom dramatisering. Psykodrama som behandlingsmetod erbjuder patienten en aktiv och deltagande roll, att bli medskapare och gemensamt med terapeuten iscensätta en händelse. I dialog med terapeuten berättar patienten om en händelse eller en relation. Istället för att distansera sig och prata *om* en händelse får patienten med hjälp av terapeuten i handling iscensätta denna, vara *i* händelsen. Genom att skapa situationen här och nu uppnås enligt psykodramatisk teori en större närvarokänsla och högre känslomässig intensitet än vad samtalsterapi kan erbjuda. I psykodramat ingår även träning av nya förhållningssätt och patienten kan då under trygga former öva nya sätt att hantera relationer och svåra situationer.<sup>12</sup>

## **Tidigare psykosomatiska grupper där psykodrama utgjort delmoment**

### **Konstpsykoterapiprojektet**

Det finns inte mycket dokumenterad forskning kring psykodramatiska effekter på psykosomatisk problematik i Sverige. Vi har hittat två exempel där psykodrama utgjort delmoment. Det ena är *Konstpsykoterapiprojektet* som pågick åren 1991-1996 under ledning av Töres Theorell och Kristoffer Konarski vid Statens institut för psykosocial miljömedicin. Syftet med projektet var att försöka hjälpa personer som hade kroppssymtom av psykosomatisk karaktär som förlamade deras liv. Patienterna, totalt 40 stycken, erbjöds antingen: bild-, dans-, musik-, målningsterapi eller psykodrama. Psykodramadeltagarna, 15

---

<sup>9</sup> Stockholms läns landsting (2003).

<sup>10</sup> Vårdguiden. (2006).

<sup>11</sup> Theorell, T., Konarski, K., m. fl. kap 7 (1998).

personer, utgjorde en grupp, medan de övriga terapierna var individualterapier.

Behandlingstiden varade i snitt under två års tid. Resultatet från konstpsykoterapiprojektet visade att medelvärdet för de självskattade förändringarna ägde rum i form av plötslig förbättring av hälsan i samband med att terapin började. Därefter avstannade förbättringen för att sedan åter ta ett språng uppåt i slutet av tvåårsperioden då drygt hälften av patienterna skattade sina psykosomatiska besvär som mindre uttalade, medan drygt en tredjedel hade mera psykosomatiska besvär. Att dra några slutsatser av behandlingens effekt är tveksamt då det inte fanns någon jämförelsegrupp. De kvalitativa resultaten för psykodramadeltagarna visade att de utökat sina sociala nätverk avsevärt. De hade återupplivat och förbättrat tidigare relationer eller skapat nya. Från patienternas synpunkt föreföll det som om de sociala och psykiska aktiviteterna ökade medan den somatiska förbättringen var mera tveksam.<sup>13</sup>

### **Tumbaundersökningen**

I början av 1980-talet gjordes på Tumba vårdcentral en förstudie och sedan en undersökning gällande patienter som under en viss period hade sökt vård och fått diagnoser dyspepsi (magkatarr) eller colon irritable (Irritable Bowel Syndrome). Förstudien visade att en majoritet av patienterna med dessa diagnoser inte upplevt att de fått hjälp av den normala sjukvården för sina symtom. Ej heller att en pedagogisk insats med en kort, ostrukturerad gruppdiskussion var tillräcklig för att åstadkomma bestående effekter. Man valde då att pröva en mer omfattande terapeutisk grupp-process som syftade till att öka patienternas förståelse för sina gastrointestinala symtom. Inför undersökningen tillfrågades patienterna om de ville delta i en gruppterapi med psykodramatiska inslag under 10 gruppstillfällen. Undersökningen hade flera grupper och varje grupp leddes av en ledare. En kontrollgrupp skapades också. Patienterna svarade på ett frågeformulär angående sina symtom innan gruppstart, tre månader efter terapin var avslutad och tre år efter terapin.

Den statistiska utvärderingen av symptomutvecklingen, från formulären, visade att behandlingen inte medförde någon mera uttalad minskning av magtarmbesvären i behandlingsgruppen än i jämförelsegruppen. Däremot sågs en minskning av ångestnivån bland patienterna i behandlingsgruppen, någon sådan minskning hade man inte i jämförelsegruppen, men även denna effekt hade delvis försvunnit efter tre år. Den kvalitativa utvärderingen visade att många patienter upplevde att de fått behållning av behandlingen och önskade att den varit under längre tid. De patienter som uppgav att de "lärt sig mycket" i

---

<sup>12</sup> Högberg, G. (1991).

<sup>13</sup> Theorell, T. & Konarski, K. Kap 7 (1998).

behandlingen hade en påtaglig minskning i förekomsten av tarmbesvär (colon irritable) och denna minskning kvarstod även efter tre år.<sup>14</sup>

## **Syfte med denna studie**

Riksförbundet för social och mental hälsa hävdar att tidiga insatser med rätt behandling och individuellt anpassad rehabilitering minskar enskilt lidande och är kostnadseffektivt på lång sikt. Detta leder enligt dem till minskade sjukskrivningar, minskad läkemedelsförbrukning och minskad vårdkonsumtion. Kostnaden för psykoterapi, som kan förebygga sjukbidrag eller förtidspensionering, är relativt små i förhållande till kostnaderna för dessa åtgärder.<sup>15</sup> Det finns en rad olika terapiformer inom primärvården. En av dessa är den psykodramatiska, där patienten iscensätter för sig låsta livssituationer. Metoden är bland annat prövad vid Karolinska institutet. Syftet med denna studie är att fördjupa kunskap om hur psykodrama kan fungera som verktyg för psykosomatiska patienter.

## **Frågeställningar**

- Hur uppfattas och beskrivs *psykosomatiska symtom* inom vården?
- Vad ses som verksamt i psykodramatisk metod?
- Vad visade sig vara verksamt i psykodrama med psykosomatiska patienter?

---

<sup>14</sup> Arn, I. (1991).

<sup>15</sup> Forsén, J. (2005).

## Metod

I denna del beskrivs valet av metod och urval av gruppdeltagare samt formen för utvärderingen. Frågor om generaliserbarhet, reliabilitet, validitet och avgränsningar samt vilka definitioner som används behandlas i avsnittet. Slutligen presenteras analysmetoden.

Valet av litteratur är bland annat gjord för att söka förstå hur olika skolor idag och genom tiderna har sett på psykosomatiska symptom. Valet av den psykodramatiska litteraturen har varit att söka komma ursprungskällan J. L. Moreno så nära som möjligt. Övrig litteratur i ämnet är valt utifrån att den beskriver tillämpningen av psykodramametoden, främst i Sverige.

Vår strävan har varit att undersöka och beskriva en arbets- och utvecklingsprocess av en psykodramagrupp samt att redogöra för erfarenheterna av arbetet med densamma. Vi har valt *fallstudien* som kvalitativ forskningsmetod för att den syftar till att ge en djupgående insikt om komplicerade skeenden. Metoden medger närhet snarare än distans, fokuserar på process snarare än utfall och på att upptäcka snarare än att bevisa.<sup>16</sup>

Kvalitativ forskning är ingen rätlinjig process som kan delas upp i olika steg. Insamling och analys av information i en kvalitativ undersökning sker parallellt. Analysen börjar redan under den första observationen eller vid läsningen av den första litteraturen. Insikter, idéer och hypoteser som dyker upp efterhand styr händelseutvecklingen vilket innebär revidering eller specificering av frågeställningarna. Vid experimentella undersökningar redogörs för validitet och reliabilitet i förväg. Vid en kvalitativ fallstudie grundar sig hållbarheten på forskarens förhållningssätt och sinnesnärvaro, samspelet forskare deltagare och vilka tolkningar som görs samt hur utförlig beskrivningen är.<sup>17</sup>

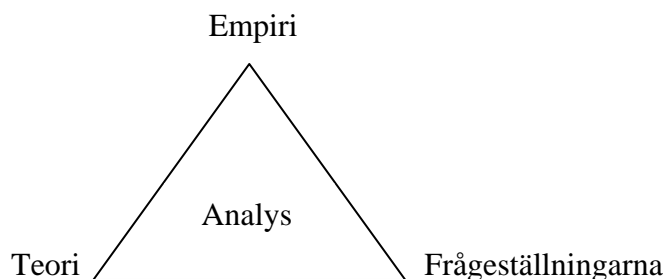
Den som undersöker en företeelse har frihet att göra perspektivval. Det är viktigt som forskare att redovisa sitt partstagande och inom vården kan det vara motiverat att ”ta ansvar för de svaga”. Med detta menas att även beakta svaga parts perspektiv. Patienternas beskrivning av sin situation kan anses vara en svag parts perspektiv och därmed vetenskapligt och kunskapsmässigt motiverat. Tidigare rådande problemdefinitioner, begrepp och teorier som varit givna från ett uppifrån perspektiv kan genom ett patientperspektivet få ny innebörd och ge ny kunskap.<sup>18</sup> Den undersökta gruppen har varit patienter från en vårdcentral som deltagit i psykodramaövningar under 100 timmar. Utvärderingen gjordes av en utomstående person. Denne har vid tre tillfällen intervjuat deltagarna. Den första intervjun skedde i början

---

<sup>16</sup> Merriam, S. B. (1994).

<sup>17</sup> a.a

av januari 2006, några veckor efter första grupptillfället. Den andra intervjun ägde rum en eller två veckor efter sista grupptillfället. Ett halvår därefter gjordes sista intervjun. Frågorna bifogas i bilaga 1. Intervjuaren är en person anställd på vårdcentralen och inte tidigare känd av någon av deltagarna. Fördelarna med detta har varit att deltagarnas subjektiva upplevelse har blivit tydliga. Deltagarna har inte blivit påverkade av oss eller svarat på ett visst sätt av lojalitetsskäl (en validitetsaspekt).<sup>19</sup> Deltagarna har berättat om sina vårdbehov och sin behandling. De har gjort egna problemdefinitioner och berättat om sina önskningar. De har också själva skattat om deras mål har uppfyllts och hur behandlingen har löst deras problem.<sup>20</sup> Härigenom har ett patientperspektiv möjliggjorts. Utvärderaren presenterade vid varje intervjutillfälle en enkät till deltagaren att fylla i. Enkäten innehöll en kvantitativ del med WHO- frågor samt en skattningsskala av graden av problem och/eller sjukdom. En intervju med kvalitativa öppna frågor avslutade samtalen. Deltagarnas svar redovisas i slutet av rapporten. Författarna till denna rapport har varit deltagande observatörer. I rollen av ledarskap har vi kunnat påverka deltagarna samtidigt som vi har varit distanserade och observerat och analyserat händelseförlopp.<sup>21</sup>



Rapporten är en processbeskrivning i den kvalitativa traditionen. Utvärderingsdelen visar kvantitativa mätningar och resultat som fördjupas genom att kvalitativ information tillförs. Den fysiska miljön beskrivs som en bakgrund och ram för den sociala aktiviteten. Den psykodramatiska metoden utgör grunden för hur beskrivningen utformas. De olika deltagarna skildras med avseende på de aspekter som är intressanta för studien. Den *narrativa* studieformen som vi använder har en kronologi som handlar om sekvenser av händelser, ett *processperspektiv*. Berättelsen har en dåtid, ett nu och en framtid.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> Eliasson, R. (1995).

<sup>19</sup> a.a.

<sup>20</sup> a.a.

<sup>21</sup> Merriam, S. B. (1994).

<sup>22</sup> Sohlberg, B-M & P. (2001).

## **Avgränsning**

Vad som betraktas som manligt eller kvinnligt varierar mellan olika tider och kulturella sammanhang, Det är inte något biologiskt givet. Frågan är hur det sociala könet, gender, påverkar ett material liknande detta.<sup>23</sup> Vi har valt att inte lyfta fram ett genusperspektiv av utrymmesskäl. Även om den ensamma mammans situation blivit tydlig i olika dramer har vi valt att fokusera på metoden. Gruppen har haft både manliga och kvinnliga deltagare. Av sekretesskäl framgår det inte hur många män eller kvinnor som fullföljde eller hoppade av gruppen. Rapporten är inte en jämförande studie då vi inte har någon kontrollgrupp.

## **Definitioner**

I början av skrivprocessen till detta arbete förde vi diskussioner om hur vi skulle benämna de personer vi skriver om. Resultatet blev att de som deltagit i psykodramagruppen kommer att benämnas patienter, gruppdeltagare, medspelare eller huvudpersoner beroende på situationen då de beskrivs.

Psykodrama metodens grundare, J. L. Moreno införde begreppet *protagonist*, istället för patient, för den som är *huvudperson* i ett psykodramatiskt drama. Begreppet protagonist kommer från grekiskan och betyder ”kämpe”, den förste skådespelaren.<sup>24</sup> Den psykodramatiska metoden erbjuder huvudpersonen att bli medskapare av händelseförloppet där denne har en aktiv och deltagande roll. Vi har valt att använda beteckningen huvudperson.

Det psykodramatiska begreppet som på engelska heter *auxiliary ego* översätts ofta till hjälp-jag, men också med *medspelare*. Vi har valt att använda det senare. Ett annat engelskt begrepp *sharing*, att dela med sig, används även i psykodramatiska sammanhang i Sverige, varför vi har valt att också använda det här.<sup>25</sup> I början av varje gruppträff berättade var och en av deltagarna om tankar som upptagit dem eller om något som hänt sedan sist. Denna samtalsrunda har kallats för *puls*. Vi som har arbetat med gruppen är författare till rapporten. Under arbetets gång har vi varit gruppleddare och ibland regissörer och benämns därefter i situationen som beskrivs.

## **Generaliserbarhet, validitet och reliabilitet**

### **Generaliserbarhet**

När det gäller möjligheten att generalisera resultaten som framkommer då man använder fallstudien som metod kan diskuteras. En del av svårigheterna ligger i att begreppet

---

<sup>23</sup> Sohlberg, B-M. & P. (2001).

<sup>24</sup> a.a.

<sup>25</sup> Blatner, A. H. (1984).

generaliserbarhet ofta används i samband med experimentella studier eller sambandsundersökningar. Under alla betingelser gör man i de fallen generaliseringar på specificerade sannolikhetsnivåer. Vi har valt fallstudiemetoden för att gå på djupet, för att nå syftet förståelse, vidgad erfarenhet och ökad säkerhet beträffande det redan kända. Denna praktiskt inriktade syn på generaliserbarhet tillhandahåller ett perspektiv snarare än sanningen och en kontextbunden information snarare än generaliseringar.<sup>26</sup> Varje situation är unik och varje fenomen har sin egen inre struktur och logik.

I flera avseende finns det frågor som studien väcker som också kan diskuteras utifrån generaliserbarhet. Deltagarna har några gemensamma kännetecken. Alla har frivilligt deltagit i psykodramagruppen. De har också ställt sig positiva till utvärderingen och frivilligt valt att svara på enkäter och låta sig intervjuas. De kommer framöver att fortsätta att tillhöra vårdcentralen. Det är fler saker som skiljer dem åt, än som är gemensamma. Deras ålder, plats i syskonskaran, om de har barn, hur de bor och med vem, deras skolgång, fritidsintressen, arbete osv.

### **Validitet**

Validitet är ett begrepp som handlar om giltighet och sanning. Forskaren ska kontrollera, ifrågasätta och teoretisera sin forskning. Ett av stadierna i en undersökning är att ställa sig frågan om undersökningen undersöker vad som var avsett att undersökas, att fråga sig vad och varför deltagarna gör som de gör och svarar som de gör. Intervjuns validitet förlitar sig på subjektiva intryck men också på intervjuarens trovärdighet för intervjuns ändamål. Den ersätter inte exakta observationer och logisk argumentering utan bidrar med en vidare syn på sanningens natur inom samhällsvetenskaplig forskning.<sup>27</sup>

I dramatiseringen av olika situationer framgår deltagarnas subjektivt upplevda problematik. Insiktsbearbetning av det upplevda dramat är en lång process och kopplingen till teoretiska modeller görs i rapporten för att tydliggöra densamma. I utvärderingen förmedlar deltagarna sina upplevelser från kursen verbalt. Många berättar också allmänt om sin situation. De har inte fått några favörer för att de deltagit i utvärderingen. Kostnaden för deltagandet har varit inom ramen för högkostnadskort. Patienterna har personligen blivit tillfrågade av en av kursledarna om de velat delta. Kursen tilldrog sig på dennes arbetsplats på

---

<sup>26</sup> Merriam, S.B. (1994).

<sup>27</sup> Kvale, S. (1997).

vårdcentral. Denna omständighet leder till författarnas medvetenhet om eventuella bias, skevhet, som kan påverka slutprodukten.<sup>28</sup>

Att utvärderingen gjorts av utomstående intervjuare kan stärka validiteten genom att ge en garanti för att de intervjuade inte allt för mycket styrts av hänsyn till psykodramaledarna utan varit fria att grunda sina åsikter i upplevda erfarenheter.

### **Reliabilitet**

Reliabilitet handlar om studiens tillförlitlighet, i vilken utsträckning resultaten kan upprepas. Kommer en upprepning av undersökningen att ge samma resultat? Detta antagande grundar sig på en forskningsmetod som gör gällande att det finns en enda verklighet som kommer att visa samma resultat om den upprepade gånger studerar denna verklighet. Den traditionella experimentella forskningen inriktas på att upptäcka kausala relationer, orsaks sammanhang, mellan variablerna. Den kvalitativa forskningen strävar inte efter att isolera lagar för människans beteende utan försöker förstå världen utifrån hur de människor som lever i den uppfattar den. Tolkningarna av vad som sker är många varför referenspunkterna för upprepade mätningar omöjliggörs.<sup>29</sup>

Tillförlitligheten av resultaten i rapporten är därmed att betraktas som en fingervisning mot fortsatt forskning inom området psykosomatik. Redan i valet av frågor för utvärderingen kan reliabiliteten ifrågasättas då de begränsar svaren. Utvärderingssvaren kan uppfattas så att deltagarna begränsat sitt berättande om vad de upplevt och ansett om kursen med anledning av att intervjupersonen inte varit insatt i psykodramatisk metod. Det kan också uppfattas så att de berättat mer av olika skäl. Intervjupersonen upplevde svaren som stabila och grundade i upplevelser och inte nyckfulla eller stundens ingivelse. Patienterna kan ha velat vara till lags, men de kan också ha känt en trygghet och vågat berätta mer om sina känslor. Frågan om ord kan förmedla en upplevelse och därmed avgöra sanningshalten av erfarenheten har också väckts under arbetets gång.

### **Analysmetod**

Psykodramasessionerna gjordes före arbetet med att läsa och skriva om psykosomatiska symptom och psykodramametoden. Syftet, att se om patienternas situation förändrades, upplevde sig ha förändrats, fanns med under sessionerna.

Analysprocessen har varit induktiv till sin karaktär, nyfikenhet, erfarenheter, händelser och företeelser ligger till grund för den förståelse och de slutsatser och

---

<sup>28</sup> Merriam, S. B. (1994).



generaliseringar som gjorts. Processen har gått mot en slutledning där information silats, kombinerats, reducerats och tolkats. Analysmetoden (se grundad teori)<sup>30</sup> innebär att vi systematiserat begrepp och sökt underliggande teman som ger en beskrivning av vad som upptar deltagarna i relation till deras symptom under kursen. Teman har tagits ur teorier, multifaktoriell läkekonst, affektteori samt psykodramametoden. Teman har också hämtats från patienternas utsagor, utvärderingen och de dramor som gjordes.

Vi har använt en hermeneutisk, tolkande process och startade inte vid någon nollpunkt utan har befunnit oss i ett förlopp och försökt förstå förhållanden eller fenomen genom att alternera mellan insamling av data och analys av allt samlat material. Giltigheten av tolkningarna har prövats genom att försökstolkningar gjorts och diskuterats. Slutligen har vi stannat vid den tolkning som i ljuset av allt tillgängligt material visat sig vara mest rimlig.

Fokus vid beskrivningen av teman har lagts på anteckningar från sessionerna och utvärderingsresultaten. Ansträngningar har gjorts för att fånga komplexitet och att hitta varierad och blandad information. Sammanställningen av materialet i rapporten har i första hand skett utifrån psykodramasessionerna och utvärderingen. Den empiri som beskrivs är vald efter analysering av materialet där vissa affekter har framträtt som mer genomgående. Under arbetets gång har materialet uppvisat information som förmedlats utan att deltagarna varit fullt medveten om dess mening.

### **Inför psykodramagruppen**

Vid en vårdcentral i en mellansvensk stad arbetar en av författarna som kurator. På förfrågan av kuratorn gav vårdcentralens verksamhetschef sitt fulla stöd och fria händer till kuratorn att starta en handledd psykodramagrupp med frivilliga patienter från vårdcentralen. En kurskamrat från samma psykodramautbildning kontaktades för att leda gruppen tillsammans med kuratorn. Planeringen och genomförandet kom snart igång. Psykodramatiker Göran Högberg, som varit handledare för kuratorn på vårdcentralen redan innan gruppen startade kontaktades för att handleda även detta arbete.

### **Val av gruppdeltagare**

Under vårterminen 2005 började en plan växa fram. En viktig förutsättning var att patienterna som tillfrågades skulle ha uthållighet att delta i en grupp under 25 tillfällen á 4 behandlingstimmars. Det var också viktigt att gruppen bestod av både kvinnor och män. Kategorin av patienter som lider av psykosomatiska besvär med eller utan subjektivt upplevda trauman

---

<sup>29</sup> Merriam, S. B. (1994).

<sup>30</sup> Guvå, G. & Hylander, I. (2003).

kändes naturlig att rikta sig till. De första patienterna fick höra om planerna på psykodramagruppen under våren och flera ställde sig positiva. Gruppdeltagarna valdes ut bland pågående patientkontakter delvis utifrån deras problematik, men mycket utifrån en ”magkänsla”. Med magkänsla menas här att kuratorn av aktuella patienter som denne hade träffat ett antal gånger och bedömde var intresserade av att bearbeta sina upplevelser på ett djupare plan än vad som ingår i den ordinarie kuratorsrollen tillfrågades.

Psykodramagruppen startade i november 2005 och träffades vid 24 sammankomster med 4 x 45 minuter per tillfälle. Avslutningstillfället varade dubbelt så länge. Under julen hade gruppen tre veckors uppehåll. Under våren fanns ett tillfälle med två veckors uppehåll. I övrigt hölls alla tider som planerat. Gruppstorleken var tänkt till sex deltagare. Under de första två månaderna var gruppen öppen och deltagare kom och gick. Totalt har gruppen haft åtta deltagare, fem kvinnor och tre män. De är födda 1948 - 1973. Fyra deltagare är svenskar, en har svensk mor och nordisk far, en kommer från ett annat nordiskt land, en från Latinamerika och en från forna Öst-Europa. Deltagarnas närvaro varierade. Fyra av dem var med från första dagen till avslutningen. De tre personer som slutade var med minst 2 och högst 3 gånger vardera. Gruppledarna var närvarande vid alla sammankomster.Handledning skedde en gång inför gruppens start och fem gånger under gruppens gång. De deltagare vars process denna rapport följer är fem till antalet och deltog i gruppen mellan 9 - 20 gånger av de totalt 24 gruppträffarna. Alla fem deltog vid det gemensamma avslutningstillfället. Deltagarna hade innan gruppstarten träffat kuratorn alltifrån 5 till 14 tillfällen för enskilda samtal.

Diagnoserna som finns antecknade i gruppdeltagarnas journaler varierar från besökstillfälle till besökstillfälle. Nedan nämns diagnoser ställda på vårdcentralen. Av gruppdeltagarna finns någon som är sjukskriven av psykiatri och dessa journaler finns inte tillgängliga i denna rapport.

Anteckningarna kan se ut så här: Depressiv episod x2, myalgi x2, ångest, trötthet, smärta i extremiteter, sömnstörning, förstämningssyndrom, paniksyndrom episod x2, yrsel-svindel, hypotoni, hypotension, Lumbago, irriterad tarm, psykisk störning ors, herpes simplex infektion, annan dermatit, smärta och värk i kroppen, essentiell hypertoni x3, astma, annat ångesttillstånd, fibromyalgi x2, urtikaria, extern otit, reumatoid artrit, ledvärk, cervikalgi, tendit, dyspepsi och gastrit.

Patienternas receptbelagda mediciner var vid gruppens början:

---

<sup>31</sup> Guvå, G. & Hylander, I. (2003).

2 deltagare Efexor 75 mg, 2 deltagare Zoplikon 75 mg, Artrotec, Cozzar comp, Dexofen, Symbicort, Bricanyl, Akineton ½ tabl, Trilafon 8 mg, Fluoxetin 20 mg, Fluanxol, Litium.

### **Patientkontakt innan gruppen**

#### Patient 1

Kommer till kurator på initiativ av distriktsläkare. Sjukskriven sedan en månad tillbaka. Återkommande depressioner, har tidigare haft psykologkontakt som patienten bekostade själv. Spänningar i kroppen, sömnsvårigheter, går på högvarv på kvällarna, kan inte komma till ro. Lättskrämd, spänningshuvudvärk.

#### Patient 2

Patienten hade först en kortare kontakt med kurator under vårvintern 2005 som avslutades, kom då på remiss från distriktsläkare. Patienten söker på nytt på senhösten 2005. Är förtidspensionerad sedan ett antal år. Har fibromyalgi. Är frånskild. Ryggbesvär.

#### Patient 3

Kommer på eget initiativ till kurator. Har bra kontakt med distriktsläkaren. Patienten har varit sjukskriven alternativt gått på arbetsförmedlingen där patienten har utretts under lång tid. Tidigare utbränd. Har inte kunnat jobba på flera år. Reumatisk värk i kroppen. Sover dåligt, orolig för sin ekonomi. Förtvivlad över alla åtgärder som inte leder någon vart.

#### Patient 4

Kommer på initiativ av distriktsläkare då patienten fått höra att kuratorn är en man. Periodvis deltidssjukskriven. Önskar trots att detta är en individuell kontakt få en familjeterapeutisk infallsvinkel på kontakten. Har tidigare haft en terapeutisk kontakt som slutade på ett olyckligt sätt. Har svårigheter i sitt nuvarande äktenskap. Har tidigare varit gift. Känner sig ständigt trött.

#### Patient 5

Söker själv då patienten får veta att en ny kurator blivit anställd. Hade tidigare kontakt med den tidigare kuratorn på vårdcentralen. Är förtidspensionerad sedan ett antal år. Har kontakt med flera yrkeskategorier på vårdcentralen. Har fibromyalgi. Har förutom med sin bror knappast någon kontakt med sitt nätverk.

#### Patient 6

Ringer själv. Har tidigare haft kontakt med tidigare kurator på vårdcentralen. Blivit utsatt för arbetsskada, uppsagd, konflikt med arbetsgivaren. Har ansvar för åldrig mor som haft stroke, epilepsi och som även har blivit dement. Ofta värk i kroppen, periodvis mardrömmar och ångest.

#### Patient 7

Har årligen återkommande depressioner och även ångestattacker. Har god kontakt med läkaren på vårdcentralen som patienten träffar gemensamt med kuratorn. Har tidigare gått i individualterapi. Sjukskriven, oroar sig för sin ekonomi och sitt arbete

#### Patient 8

Kommer på initiativ av läkare. Har under flera års tid varit deprimerad och periodvis inlagd på psykiatrisk klinik. Har ekonomiska svårigheter. Deltidssjukskriven via läkare inom psykiatrin.

## Resultat

### Psykosomatik

Hur uppfattas och beskrivs psykosomatiska symtom? Fram till slutet av 1500-talet gjordes i den västerländska världen, liksom i den övriga, inte någon påtaglig uppdelning mellan människan och hennes sjukdomar, mellan hennes kropp och hennes själ.<sup>31</sup> Den franske filosofen och matematikern René Descartes formulerade i början av 1600-talet den kunskapsteoretiska tesen, *cogito ergo sum - jag tänker, alltså finns jag*. Uttrycket kom att bli en utgångspunkt för den dualistiska filosofin.<sup>32</sup> Tron att det finns en mystisk psykisk energi skild från hjärnans materiella bas ligger till grund för dualismen. Från renässansen och framåt började en fraktionering som kom att gå mycket långt. Själen blev skild från kroppen.

Begreppet psykosomatisk sjukdom introducerades i Europa i början av 1800-talet. Under senare delen av 1800-talet och i början av 1900-talet då psykoanalysen blomstrade kom framstående europeiska läkare att lägga psykologiska aspekter på både kroppsliga och psykiska besvär.<sup>33</sup> Framgången i Descartes filosofi låg i att kyrkan tog hand om själen, vetenskapen om det materiella. Detta skapade utrymme för vetenskapen att verka utan kyrkans inblandning. Freud var en motståndare till religionen men han och hans efterföljare införlivade aldrig till fullo evolutionstänkande i sin teori. Ett sätt att uttrycka Freuds syn på psyke – soma är att beskriva den som parallellistisk, med vilket avses en mer fördold, kompromissad form av dualism.<sup>34</sup>

Idag vet vi att de flesta sjukdomar är multifaktoriella. Många olika orsaker ligger bakom deras uppkomst. Begreppet stressutlöst eller psykosomatisk sjukdom innefattar idag enbart de sjukdomar där man utifrån våra nuvarande kunskaper ser ett påtagligt samband mellan känslomässiga faktorer och sjukdomen ifråga. Några sjukdomar inom detta område som fått särskild uppmärksamhet på senare tid är: *funktionell dyspepsi, colon irritabile, fibromyalgi, utmattningssyndrom och kroniskt trötthetssyndrom*.<sup>35</sup>

Det psykosomatiska synsättet söker efter mekanismer bakom kroppsliga symtom i individens totala livssituation. Beträktningsättet fokuserar samspelet mellan soma och psyke, kropp och själ, och en integrerad helhetssyn på sjukdom och hälsa. Att tala om

---

<sup>31</sup> Sivik, T. & Theorell, T. (red). (1995).

<sup>32</sup> Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2002).

<sup>33</sup> Sivik, T. & Theorell, T. (red). (1995).

<sup>34</sup> Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2002).

<sup>35</sup> Dotevall, G. (2001).

sjukdom och hälsa var för sig rymmer en motsägelse och implicerar den dualism som det psykosomatiska synsättet vill undvika.<sup>36</sup>

De västerländska teorimodellerna inom forskning och praktik kan från renässansen och framåt indelas i: *den biomedicinska, de psykologiska/psykiatriska och den traditionellt psykosomatiska*. De två förstnämnda har länge varit de helt dominerande.

Den *biomedicinska* modellens synsätt på människan är materialistisk och mekanistisk. Patienten betraktas som en maskin med mekaniska skador, i första hand är det sjukdom/diagnos som fokuseras. Sjukdomen ses som något som invaderat kroppen och ändrat dess struktur och funktioner. Den kan endast förstås i biofysiska eller biokemiska termer. Patienten som individ är av underordnad betydelse och mycket liten vikt läggs vid eventuell interaktion med psykosociala, ekonomiska, kulturella och själsliga faktorer. Begreppet hälsa definieras som frånvaro av sjukdom.

De traditionella *psykiatriska* modellerna skiljer sig i grunden inte från den biomedicinska i hur man ser på sjukdomar. Psykiska sjukdomar uppfattas som fysiologiska defekter i centrala nervsystem och den tidiga psykoanalytiska teorin såg en dynamik mellan psykiska konflikter och psykiska symtom.

Den *tidiga psykosomatiska* modellen gjorde ansatser att förena den biomedicinska och den psykologiska modellen. Pionjärerna talade om att det kunde uppkomma känslor i samband med sjukdomar och de försökte förmedla insikten att sjukdomar praktiskt taget alltid har multifaktoriella orsaker.<sup>37</sup>

De tre teoretiska modellerna har flera gemensamma nämnare. Alla hävdar att det finns linjära samband mellan orsak (patologiska orsaksangivande faktorer) och verkan (sjukdom). De definierar sjukdom som avsaknad av hälsa och de ignorerar normala tillstånd och tidiga premorbida tillstånd (tillstånd som inträffar eller finns innan en sjukdom kan påvisas eller bryter ut). De fokuserar på det tydligt utvecklade sjukdomstillståndet. Eftersom alla teorierna sett linjära och enkla samband mellan orsakerna till sjukdomen och själva sjukdomen har en reduktionistisk och dualistisk syn kunnat bibehållas. Med en dualistisk grundsyn menas att man gör skillnad mellan *rent kroppsliga sjukdomar* och det många betraktar som *falskt kroppsliga sjukdomar* (psykosomatiska). Linjära modeller förenklar och reducerar verkligheten. Människan är i alla ögonblick en kännande, tänkande och handlande varelse. Hon tolkar företeelser på ett för henne specifikt sätt vilket försvårar eller omöjliggör enkla och säkra förutsägelser om effekter av vissa händelser. Därmed kan människan inte

---

<sup>36</sup> Konarski, K. & Theorell, T. (1991).

<sup>37</sup> Sivik, T. & Theorell, T. (red). (1995).

innefattas i ett kausalt samband. Sivik och Theorell hävdar att det är uppenbart att de kroppsliga funktionerna har sina psykiska korrelat, samvariationer, och att psyke och soma är två aspekter av mänskligt liv som det ständigt råder ett samspel mellan. Samspelet sker genom biokemiska signaler.<sup>38</sup>

Det finns många exempel på hur kroppsliga och psykiska processer är oskiljaktiga. Några av de samspelande faktorer som har betydelse för hälsa och välbefinnande är: familjerelationer, den fysiska miljön, kulturell tillhörighet och aktiviteter, ärftliga egenskaper, arbete och fritid, allt påverkar vårt beteende. Beteendet i sin tur leder till hur vi på ett konstruktivt, eller destruktivt, sätt förhåller oss till vår omgivning och det egna jaget, det kroppsliga och själsliga självet. När det uppstår obalans mellan några av dessa faktorer påverkas de övriga. Obalansen avspeglas fysiologiskt, i förenklade termer, i muskulära eller emotionella förändringar. I den mån förändringarna uppfattas medvetet har vi möjlighet att reagera på dem och korrigera vårt beteende. När en obalans blivit påtaglig utvecklas vanligtvis symptom. I många fall kan en sjukdom utvecklas utan att individen förnimmer några psykosocialt relaterade symptom. Ytterligare faktorer att beakta är att de hormonella och biokemiska reaktionerna under stress är friska reaktioner på en påfrestning. Beroende på arten av samspelet mellan de nämnda faktorerna reagerar individen vid obalans, med omstrukturering och anpassning med åtföljande förändring eller med sammanbrott i antingen somatisk eller psykisk, psykosomatisk mening.<sup>39</sup>

När en människa söker hjälp i sjukvården är det ett tecken på att någon form av obalans råder. Det sätt på vilket patienten presenterar sina symptom för läkaren, verbalt eller på annat sätt, kan ses som ett beteende och kan ge viss information. Läkarens, sjukvårdens attityder påverkar vilka symptom som patienten presenterar och hur dessa kommer att uppfattas av läkaren själv och av patienten.<sup>40</sup>

De patienter ”som gör allt för att vårdgivaren ska bli av med dem”<sup>41</sup> bär ofta på en tidig störning som karaktäriseras av, hjälplöshet-hopplöshet. Enligt Balint (1968) är detta ett nyckelbegrepp för att förstå psykosomatiska sjukdomars uppkomst. Något som upplevts som en brist eller en konflikt i patientens historia har lagrats i kroppen. Denna psykofysiologiska obalans visar sig i symptom. Balint ser denna *grundbrist* som en störning i den tidiga mor-/barnrelationen. Grundbrist gör att orden tappar mening. Grundbristen är ordlös och är grunden till psykosomatiska problem enligt Balint. Han menar att behandlingen

---

<sup>38</sup> Sivik, T. & Theorell, T. (red). (1995).

<sup>39</sup> a.a.

<sup>40</sup> a.a.

för denna patientgrupp bör inriktas på hjälp att lära sig emotionalisera i stället för att psykosomatisera.<sup>42</sup>

Kerstin Uvnäs Moberg, professor i fysiologi, gör klara kopplingar mellan stress och psykosomatisk sjukdom. Hon beskriver polerna stress – anti stress. Kamp eller flykt reaktioner på ena sidan och Lugn och ro-systemet som dess motpol. Uvnäs Moberg menar att utöver ångest och depression har personer som utsatts för stress nyligen eller långt tillbaka i tiden, värk och ont. Många gånger kan man inte hitta någon egentlig kroppslig förklaring till lidandet. Uvnäs Mobergs forskning har inriktats mot att undersöka vilka mekanismer som minskar stress och ökar välbefinnandet. Där spelar Lugn och ro-systemet som karaktäriseras av tillit och nyfikenhet en avgörande roll. När lugn och ro råder är vi känsliga, öppna och intresserade av andra omkring oss. I detta tillstånd kan kroppen återhämta sig, läka och växa. I den synbara stillheten pågår en enorm aktivitet där näring omvandlas till energi som lagras till kommande behov. Tänkandet förändras också i detta tillstånd och öppnar våra resurser för kreativitet, problemlösning och inläring. Lugn och ro-systemet har lika stor betydelse för vår överlevnad och hälsa som systemet för försvar och ansträngning.<sup>43</sup>

Substansen *oxytocin* har en samordnande och viktig roll i Lugn och ro-systemet. Den är både ett hormon som förmedlas genom blodet och en signalsubstans i nervsystemet. Uvnäs Moberg anser att oxytocinet kan spela en roll i olika sjukdomsbilder och att sjukdomen fibromyalgi är stressrelaterad. Patienter som lider av fibromyalgi plågas av trötthet och smärta. Studier har visat att fibromyalgipatienter med låga oxytocinnivåer är mer stressade, mer deprimerade och har mer ont jämfört med dem som har höga nivåer. Vid högre halter ökar koncentrationen och inlärningsförmågan förbättras. Individerna känner större nyfikenhet och mindre rädsla. Ju högre välbefinnande patienterna i undersökningen rapporterade ju högre var deras nivåer av oxytocin.<sup>44</sup>

Oxytocinets effekter är många. Det sänker blodtrycket och ger lägre nivåer av stresshormoner samt ger effektivare matsmältning. Vidare underlättas läkning, skapas lugn och ro hos de flesta ammande kvinnor, ökas intresset för nära relationer. Slutligen ger oxytocinet växtkraft, höjd smärtröskel och stillhet. Det är inte svårt att förstå att det läkemedel som höjer serotonin-nivåerna och därmed också oxytocinnivåerna hör till de populäraste i västvärlden. Poängteras bör dock att det finns naturliga vägar att öka oxytocin-nivåerna i kroppen. När vi får eller ger massage, när vi tränar, mediterar, älskar, är

---

<sup>41</sup> Balint, M. (1968).

<sup>42</sup> a.a.

<sup>43</sup> Uvnäs Moberg, K. (2002).



tillsammans med människor vi tycker om, när vi har roligt och njuter av livet frisätts oxytocin och vi kan känna lugn och ro. Andra vägar att frisätta oxytocin som inte är lika hälsosamma på sikt är att dricka alkohol eller äta fet mat.<sup>45</sup>

En av orsakerna till psykosomatiska besvär kan enligt flera forskare vara att patienten saknar förmåga att på ett fantasiplan bearbeta vad hon/han varseblivit. Detta kan bero på avsaknad av adekvata symboler liksom förmåga att i ord beskriva vad hon/han känner. *Pensée opératoire* och *alexitymi* är termer som beskriver detta tillstånd. I det första fallet väljer individen att i tillbakablickande situationer tänka kring eller beskriva den yttre verkligheten på olika sätt istället för den inre. Den som lider av *alexitymi* saknar förmågan att beskriva eller skilja på känslor såsom glädje, ledsnad, ångest och ilska. Forskning har visat att det finns ett samband mellan *alexitymi* och svårbehandlat eller högt blodtryck.<sup>46</sup>

Känslor är både medfödda och skapade av individen. Att urskilja och förstå egna känslor är vanligtvis inte svårt, men då de får överväldigande styrka och kräver omedelbar hantering utvecklar människan enligt psykodynamisk teori olika försvarsmekanismer för att hantera dessa känslor. Dessa mekanismer är bortträngning, splittring, förnekande, sublimering, projicering m fl. Några känslor kan bli kopplade till hotande situationer eller bli så starka under livsutvecklingen att det krävs försvar mot dem. Då dessa används kommer de att förvränga upplevelsen av den specifika känslan som blev för stark. Bortträngda känslor kan bidra till psykosomatiska sjukdomstillstånd eftersom de uppstår då individen inte har bearbetat och/eller inte ser dessa samband.<sup>47</sup>

Den jungianske psykoanalytikern Vedfelt (2003) beskriver visualiseringens positiva effekter på psykosomatiska sjukdomar. Han menar att kroppen minns saker som hänt tillbaka i tiden, även de som individen har trängt bort samt de som varit omedvetna kroppsupplevelser. För att vi ska få tillgång till dessa måste medvetandet arbeta på det omedvetnas villkor. Vad som menas med detta är att ett flytande medvetandetillstånd måste komma till stånd för att intuition och koncentration på kroppsförnimmelser ska uppstå. Om en sjukdom är ett tecken på psykiska problem kan dessa behandlas genom visualisering så att individen minns medvetet vad som hänt. Visualiseringar är mer intimt förbundna med kroppen än verbala tankar och kroppen har förmåga till självreglering av det informationsnätverk som förbinder känslor och intellekt, kropp och själ, individ och omvärld. Vedfelt menar att de lager på lager av informationsprocesser som motsvarar evolutionen och

---

<sup>44</sup> Uvnäs Moberg, K. (2002).

<sup>45</sup> a.a.

<sup>46</sup> Theorell, T. & Konarski, K. (1998).

informationsbehandlingen äger rum på flera nivåer och mellan biologiska nivåer och komplexa psykiska funktioner. I de fall då informationsbehandlingen inte lyckats uppstår psykosomatisk sjukdom och individen behöver hjälp att få mening och sammanhang i känslouttryck som ger kroppsliga symptom.<sup>48</sup>

Vilken behandling som är verksamt för förändring av psykosomatiska sjukdomar har undersökts av Theorell och Konarski (1991). De anser att verbala utlevande och verbala pedagogiska metoder kan fungera bra. Insiktsterapier kan vara en svår inkörsport för att bearbeta tillståndet om inte speciell anpassning görs, då de menar att det är bortträngda känslor som bidrar till ett psykosomatiskt sjukdomstillstånd. De hänvisar till Wikström (avhandling 1994) som visar att terapierna bör ha en kombination av icke-verbala och verbala inslag. Då bearbetningen sker med hjälp av olika sinnen och känslouttryck medvetandegörs sambanden för klienten.<sup>49</sup>

### **Den affektteoretiska förklaringsmodellen och livshistoriecentrerad utredningsmetodik**

Inom den psykologiska forskningen finns det flera som har intresserat sig för vårt känsloliv. Den moderna affektteorin betraktas som psykoanalysens femte och senaste inriktning. Den intresserar sig för våra känslor och vad det är som styr det som vi koncentrerar oss på, vad som ger energi till vårt beteende - kunskap som är mycket viktig i läkekonsten.<sup>50</sup> Känslorna är enligt affektteorin primära och nedärvda. De ses som psykets centrala informationsprocess och en länk mellan psyke och soma och uppfattas som drivkraft i den process genom vilken individen skapar mening ur sina erfarenheter. Idag menar man att det råder ett inbördes beroende mellan tänkande och känslor och att känslor är en konsekvens av kognition samtidigt som känslor är det motiv som skapar tanke och handling. Fortsatt forskning inom detta område kan komma att visa hur integrationen av kognitiva och affektiva aspekter samverkar för individens psykiska utveckling. Affektteorins fokus ligger snarare på ett interpersonellt och systemiskt perspektiv än på det intrapsykiska. Varje försök att definiera begrepp inom affektteorin möter stora svårigheter då området fortfarande är relativt utforskat och många delteorier om affekter råder. Silvan S. Tomkins affekteori publicerades 1956. Med *primäraffekter eller basaffekter* menade han känslouttryck som är nedärvda såsom *ilska, ledsnad, rädsla, intresse, glädje och förvåning* och som utlöses av ett specifikt mönster av

---

<sup>47</sup> Theorell, T. & Konarski, K. (1998).

<sup>48</sup> Vedfelt, O. (2003).

<sup>49</sup> Theorell, T. & Konarski, K. (1998).

<sup>50</sup> Neve, I-M. (2003).

stimulering. Undantaget från detta är affekterna *avsmak*, *avsky* och *skam*. Vidare ansåg han att då en eller flera affekter är aktiverade ökar förmågan till inläring. Enligt Tomkins är affekterna den grundläggande förändrande kraften i människans psyke. De har alla en egen speciell motiverande egenskap och funktion. Denna grundläggande teori stimulerar forskare än i dag. En av de stora frågorna inom affektteorin är vad som motiverar människan. Idag anser man att vi har olika nedärvda uppsättningar motivationssystem. Om behoven i de olika motivationssystemen tillgodoses leder det till en positiv självupplevelse. Behov som inte tillgodoses leder till motsatsen med bristande sammanhållning av självet.<sup>51</sup>

Nathanson, amerikansk psykoterapeut, menar att skam är den affekt som är central för vår självutveckling och identitetsupplevelse och därmed även för psykopatologi.<sup>52</sup> Skammens roll vid psykiska besvär är ofta dold. Nathanson beskriver konkurrens, beroende/oberoende, självkänsla, sexualitet, närhet och attraktivitet som områden som kan utlösa skamkänslor hos både barn och vuxna. Skammen väcks t.ex. när en förälder drar sig undan relationen till barnet genom att visa ilska eller göra sig emotionellt oåtkomlig. Skam skapar grunden för låg självkänsla, dålig självbild och känslor av osäkerhet och underlägsenhet, men också för utveckling av samvete och identitet. I normalutvecklingen är skam en del av socialiseringsprocessen. Skammen håller oss inom de accepterade ramarna. Skam är ofta ett huvudsakligt hinder i relationer både vad avser en individs tillit till sin egen förmåga och i parrelationer för denna individ.<sup>53</sup>

Jon Monsen, norsk psykoterapeut, arbetar med att lära sina patienter ett affektmedvetande.<sup>54</sup> Han menar att psykiska störningar består i att förneka eller inte känna igen sina egna vitala upplevelser. Med känslomedvetande menar han ”förmågan till *medveten* upplevelse av de egna känslorna”. Han delar upp känslomedvetande i *upplevelseförmåga* (hur medveten individen är om sina känslor) och *expressivitet* (i vilken grad individen kan ge nyanserade och tydliga känslouttryck). För Monsen innebär terapin en processinläring för att inarbeta själva erfarenhetsprocessen och ”lära sig att lära om sig själv”. Denna psykoterapiform har i uppföljningsstudier visat sig ha god effekt på känslomedvetande, psykiska symptom och psykosociala problem.<sup>55</sup>

En livshistoriecentrerad utredning synliggör patientens uppsplittring i tid och rum. Då patienten börjar fundera kring sammanhang i livet leder detta till att

---

<sup>51</sup> Havnesköld & Risholm Mothander (2006).

<sup>52</sup> Neve, I-M. (2003).

<sup>53</sup> a.a.

<sup>54</sup> a.a.

<sup>55</sup> a.a.

motivationssystem och salutogena krafter, hälsobringande faktorer, börjar samverka. Denna utredning ger också patienten en möjlighet att aktivt delta i sin rehabilitering samtidigt som terapeuten får en bättre bedömningsgrund för sina insatser, dess tidslängd, inriktning och omfattning. Affektteorins förklaring till effekten på de salutogena krafterna ligger i betoningen av vikten av sammanhang för patienten. Att se ett sammanhang kan hålla ihop upplevelsen av det egna jaget och medföljande motivationsprocess. Då individen blir medveten om betydelsen av livshistorien för att förstå sin nuvarande situation och göra en adekvat bedömning av den blir denne mer aktiv och kan formulera egna slutsatser och förslag. Livsberättelserna kan innehålla glädje, sorg, skuld och skam.<sup>56</sup>

Nyare kunskap om de kognitiva och emotionella funktionernas utveckling leder fram till antagandet att det är affekterna, snarare än drifterna som fungerar som länken mellan psyke (själ) och soma (kropp), vilket visar affektteorins holistiska synsätt. Därmed möts psykodynamiskt utvecklingsteori och den biologiska grunden utan att andra synsätt behöver överges. En psykobiologisk helhetssyn skapar en länk mellan subjektiva och objektiva kunskapskällor.<sup>57</sup>

*Sammanfattningsvis* beskriver den psykosomatiska forskningen *samspelet* mellan psyke och soma, mellan kropp och själ. I traditionella teoretiska modeller hävdas ett linjärt samband mellan orsaken och sjukdomen. Moderna teoretiker - som Sivik och Theorell - visar på ett samspel mellan kroppsliga funktioner och psykiska processer och en ömsesidig påverkan och bearbetning av bakomliggande orsaker. En *obalans* kan uppstå mellan situationers utmaningar och våra sätt att förhålla oss till dessa. Obalansen uttrycks i såväl fysiska-, psykiska- som beteendereaktioner. Balint beskriver en tidig *grundbrist* från mor-barn-relationen som en orsak till obalansen. Uvnäs Moberg beskriver obalansen som *stress*, orsakad av brister i Lugn och ro-systemet vars fysiska grund är substansen oxytocin. Oxytocinet stimuleras av beröring, meditation, intim samvaro. Igenkännande, uttryck och reglering av känslor ses som ett centralt område för analys och bearbetning.

---

<sup>56</sup> Neve, I-M. (2003).

<sup>57</sup> Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2002).

## Psykodrama metodens grunder

### Jacob Levy Moreno, psykodramats grundare

Jacob Levy Moreno (1889 – 1974), föddes i Bukarest, växte upp i Wien där han vid tiden för första världskrigets utbrott utbildade sig till barnpsykiater. Moreno emigrerade 1925 till USA och var verksam där till sin död 1974.

Moreno var oerhört produktiv och socialt engagerad. Han började publicera sig från 1910-talet och framåt. Hans publikationer finns samlade inom filosofi, medicin, psykologi, religion med flera områden. Att försöka sätta sig in i Morenos tankevärld har visat sig vara både inspirerande men också väldigt komplext. Ursprungligen blev han känd för sina arbeten med grupper och den som grundlade gruppterapin. Moreno hänvisar ofta till Freud och psykoanalysen som han polemiserar mot. Han gör ofta jämförelser mellan psykoanalys och psykodrama. Idag är han främst känd som psykodramats grundare.<sup>58</sup>

Under årens lopp utvecklar Moreno den psykodramatiska metoden. Det är med andra ord en ständigt föränderlig process som fortgår. Vår strävan har varit att försöka finna en sammanfattande och enhetlig text som Moreno själv har skrivit där han beskriver processen i ett psykodrama med sina egna ord. Utgående från denna text har vi sedan fört in olika moment från andra källor.<sup>59</sup>

Här följer två exempel på Morenos ambitioner gällande psykodrama:

... ”Efter att du har studerat .....och du har gått i psykoanalys och t.o.m. låtit lobotomera dig behöver du gå ut i livet, ut till en värld full av okända möjligheter och hinder, eller åtminstone full av osäkerhetsmoment, i en ständigt föränderlig värld fylld av okända människor. Efter att du har skaffat dig alla tänkbara kunskaper behöver du lära dig att leva livet. Det är vad psykodrama och dess allierade metoder och tekniker strävar att lära människor: att lära dem livets vetenskaper och färdigheter, att leva det ’verkliga livet’.”<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Fox, J. Inledningen. (1987).

<sup>59</sup> Den artikel som vi valt att utgå ifrån skrev Moreno, enligt Jonathan Fox, 1946. Vi har funnit samma text i Morenos *Who shall Survive?*, Student edition (1993) sid 53-59, i Jonathan Fox *Essential Moreno* (1987) kapitel 2, ”Psychodrama and Sociodrama” liksom i Moreno & Ennells (1950) *Hypnodrama and Psychodrama*. Fox uppger i sin källhänvisning att texten utgår ifrån Morenos *Whos shall survive?* (1953), sidorna 81-89. Fox nämner att det finns en annan version av samma text i *Psychodrama Vol 1* (1946). Förutom att vi funnit denna likalydande text i de tre olika publikationerna är ett argument till vårt beslut att utgå från just denna text att både *Who shall survive?* Students edition (1993) och *Essential Moreno* (1987) är böcker som går att få tag på idag.

<sup>60</sup> Moreno, J. L. & Ennells, J. M. (1950).

... ”Målet med psykodrama var, allt från den första början, att konstruera en terapeutisk modell som med livet som utgångspunkt integrerar alla dess nyanser, med början från de universella begreppen - tid, rymd, verklighet och existens - ner till livets minsta detaljer och nyanser.”<sup>61</sup>

### **Beskrivning av huvudmomenten i psykodrama**

Ett psykodrama utgörs som regel av en grupp individer ledd av en gruppleddare som i psykodrama kallas *regissör*, som regisserar dramat. En av gruppdeltagarna blir *huvudperson*, protagonist, som iscensätter en för sig själv konfliktfylld situation. De övriga gruppdeltagarna kan antingen vara *medspelare* även kallade hjälp-jag, som går in i olika roller i huvudpersonens drama, eller vara *publik*. Ett psykodrama spelas på en *scen*, som utgörs av en del av rummet där gruppen samlas.<sup>62</sup>

Psykodrama är en handlingsinriktad terapeutisk metod, baserad på rollspel, *vars fokus är en individ och dennes möten*. Syftet är att utforska ”sanningen” eller ”verkligheten”, med hjälp av dramatiserad handling. Med ”sanningen” avses ingen ”objektiv sanning” utan sanningen som den tar sig uttryck i huvudpersonens inre värld. I psykodrama finns ingen skillnad på dåtid, nutid eller framtid. Mötet med den inre världen sker i form av rollspel som syftar till att vara så realistiskt som möjligt. Tempus är presens, allt sker konkret ”här och nu”. Det finns inget manuskript, allt skapas i stunden.<sup>63</sup>

*Regissören* har tre olika uppgifter; att vara *producent*, att vara *terapeut* och att vara *analytiker*. Som *producent* är regissörens uppgift att förmå huvudpersonen att omvandla varje uppslag till en dramatisk handling, att förena handlingslinjen med huvudpersonens livslinje. Parallellt skall handlingen hela tiden behålla kontakten med publiken. I allt är det viktigt att det är huvudpersonen som själv styr händelseförloppet. Som *analytiker* kan regissören förtydliga sina egna tolkningar med hjälp av den respons som medspelarna ger samt genom att ständigt ha blicken öppen för nya ledtrådar som kan omsättas i dramatisk handling. Regissörens *terapeutiska* roll utgörs bland annat av att göra lämpliga interventioner.<sup>64</sup>

*Huvudpersonen* är ombedd att vara sig själv och att porträttera sin egen privata värld. Förutsatt att han<sup>65</sup> är tillräckligt förberedd, psykodramatiskt kallat uppvärmd, inför sin

---

<sup>61</sup> Fox, J. Kap. 1. (1987).

<sup>62</sup> a.a.

<sup>63</sup> a.a. Kap. 1.

<sup>64</sup> Moreno, J. L. sid 55 (1993).

<sup>65</sup> Fox skriver i *The Essential Moreno* att Moreno i alla sina anteckningar skriver ”han” om huvudpersonen, vare sig det var en man eller en kvinna. Vi skriver också ”han” om gruppdeltagarna trots att de flesta är kvinnor.

uppgift, är det förhållandevis lätt för honom att i handling göra en beskrivning av sitt dagliga liv. Det finns ett flertal övningar som underlättar uppvärmningsprocessen, varav några kommer att presenteras längre fram.<sup>66</sup> Huvudpersonen förväntas uppträda obehindrat, parallellt med att han påminner sig om olika händelser: på så vis är han fri att uttrycka sig och blir spontan. Handlingen får en innebörd som vida överstiger värdet av det verbala språket. Det är av yttersta vikt att huvudpersonen känner sig delaktig i händelseförloppet, allt från det riktigt lilla till det väldigt stora. Huvudpersonen ges inte enbart tillfälle att möta olika sidor av sig själv utan även de personer som tagit del av hans mentala konflikter. Dessa kan vara verkliga personer eller utgöra fantasipersoner.

*Medspelarna* har flera funktioner. Dels att vara skådespelare som porträtterar de roller som är aktuella i huvudpersonens drama, vare sig det handlar om verkliga eller fiktiva roller i dramat. Dels att vara rådgivare som guidar huvudpersonen samt att vara en förlängning av både huvudpersonen men också av regissören. Ytterligare en funktion för medspelarna är att vara en social iakttagare.

När gruppdeltagarna inte agerar i medspelarroll utgör de *publik*. Publiken har olika möjligheter. Den kan sitta och följa med händelseförloppet eller som grupp få en kollektiv uppgift i dramat.

*Scenen* erbjuder huvudpersonen ett levande livsutrymme som är flerdimensionellt och flexibelt. I verkliga livet kan huvudpersonens livsutrymme vara begränsat, medan det på scenen kan bli fritt med hjälp av den psykodramatiska metoden. På scenen kan huvudpersonen uttrycka sig fullständigt fritt och göra fria erfarenheter. Verklighet och fantasi utgör ingen inbördes konflikt.<sup>67</sup> På scenen finns en del *rekvisita*, tomma stolar, madrasser, färgade tyger av olika slag, blädderblock och annat som kan användas som hjälpmedel i iscensättningen av ett rum eller ett möte med en person eller väsen av något slag.<sup>68</sup> Det fysiska rummet där mötet sker markeras liksom de viktigaste inredningsdetaljerna.

## **Psykodramatiska begrepp och tekniker**

### **Sociometri, social atom och tele**

Under första världskriget började Moreno intressera sig för vilka val individer och grupper gör. Han observerade att då individer själva kan påverka sina val så stöttar de varandra. I sin bok, *Who shall survive?* presenterar Moreno sina sociometriska forskningsresultat i form av

---

<sup>66</sup> Fox, J. Kap. 2. (1987).

<sup>67</sup> a.a.

sociogram. Ett sociogram är en karta över en grupp, där attraktion och avvisande mellan individerna är grafiskt uttryckt. Ur dessa diagram härstammar begreppen *social atom* och *tele*.<sup>69</sup>

Inom psykodrama finns ett nätverkstänkande, konkretiserat i begreppet social atom (ung. en nätverkskarta), som avser de viktigaste personerna och aktiviteterna i en persons medvetande. I mitten placeras huvudpersonen. Den sociala atomen kan utgöras av levande likaväl som döda personer, personer som finns nära eller bor långt borta, eller var viktiga för länge sedan. Genom psykodramatisk gestaltning av alla personer och/eller aktiviteter konkretiseras mönstret och rörelsen i huvudpersonens värld av viktiga personer.<sup>70</sup>

Basen i Morenos teoribildning är det interpersonella samspelet tillsammans med en filosofi kring ögonblicket. I samband med förlossningen börjar omedelbart ett interpersonellt samspel i relation mellan det nyfödda barnet och moder/vårdaren. I Morenos teori är moder-barn relationen dubbelsidig och involverar samspel från båda. Moder och barn är så att säga hjälp-jag, medspelare, för varandra och utvecklar tele, en ömsesidig förståelse för varandra.<sup>71</sup>

Ett annat sätt att beskriva begreppet tele, är att säga att det försöker fånga den interpersonella relationens väsen, ett ständigt dubbelriktat flöde av betydelser och meddelanden. I relationer där två personer ömsesidigt förstår varandra och kan komma i nära kontakt med både tanke och känsla fungerar denna djupa tvåvägs-kommunikation.<sup>72</sup> Tele kan också upplevas genom rollbytet, alltså att se sig själv genom den andras ögon.<sup>73</sup> I moderna teorier om relationer kallas detta fenomen av samtidig ömsesidig kommunikation för ”sympati” eller ”inter-subjektivitet”.<sup>74</sup>

### **Iscensättning, rollbyte, dubbel, spegling, katarsis och avrollning**

Moreno uppfann ett flertal tekniker som underlättar för huvudpersonen att kunna gestalta sitt känsloliv på ett så spontant sätt som möjligt. Istället för att prata om en situation iscensätts denna i psykodrama. Huvudpersonen blir uppmanad av regissören att med hjälp av rekvisita och medspelare visa hur rummet eller platsen där t.ex. ett möte skall ske, ser ut. Ju verklighetstrogare iscensättningen gestaltas desto lättare är det för huvudpersonen att leva

---

<sup>68</sup> Den uppräknade rekvisitan är den vi använde i vår grupp samt den som omnämns i Lars Tavovns artikel, Att växa genom skapande möten. Om psykodramatiska veckogrupper i Berglind (red) *Skapande ögonblick*, sid 91.

<sup>69</sup> Tavov, L. sid 62. (1998).

<sup>70</sup> Högberg, G. sid 185. (1998).

<sup>71</sup> Göransson, I. sid 36. (1998).

<sup>72</sup> Högberg, G. sid 195. (1998).

<sup>73</sup> Brodersen, T. (1989).

<sup>74</sup> Högberg, G. (2007). Personliga reflektioner gällande denna text



sig in i sin känsla. De främsta dramatiseringsteknikerna är rollbyte, dubbling, och spegling. Därutöver finns många flera. *Rollbyte* innebär att huvudpersonen byter roll med en annan person eller ett föremål som finns i huvudpersonens drama och som i dramat spelas av en medspelare. *Dubbling* eller *dubbel* innebär att en medspelare eller regissören lever sig in och identifierar sig med huvudpersonen. Denna teknik används t.ex. vid situationer då huvudpersonen känslomässigt är spänd. Dubbeln kan då dels utgöra ett stöd för huvudpersonen eller verbalt uttrycka tankar som den uppfattar att huvudpersonen känner men inte förmår formulera. Dubbelns uppgift, att bli ett med huvudpersonen, underlättas av att denne försöker följa huvudpersonens kroppsspråk. *Spegling* syftar till att huvudpersonen får se sig själv och sin egen scen utifrån – och att därmed konfronteras med sitt eget agerande – medan medspelaren spelar hans roll. För Moreno är katarsis det viktigaste målet för terapin. Hans definition för begreppet är bred: ”inte bara frigörelse av känslor utan också integration ... inte bara spänningsreduktion utan interpersonell konfliktlösning, inte bara medicinsk rening utan också en religiös och estetisk upplevelse.”<sup>75</sup> Efter ett drama är det regissörens uppgift att hjälpa medspelarna att återgå till att bli sig själva och *avrolla sig* från den roll som de haft i huvudpersonens drama.<sup>76</sup>

### **Spontanitet, kreativitet, konkretisering och roller**

Psykodrama bygger på Morenos spontanitets-, kreativitets-, lek- och rollteori. Historiskt sett växte psykodrama fram från lek och handling.<sup>77</sup> Moreno frågar sig hur ett socialt förändringsarbete börjar och svarar själv: med *dig och mig*, i form av möten, med handlingar och mothandlingar.<sup>78</sup> Psykodrama syftar, till att hitta en ny respons på en gammal situation och en adekvat respons på en ny situation. Detta sker med hjälp av spontanitet och kreativitet. En handling som sker spontant och på ett kreativt sätt utgör personlighetens drivkraft.<sup>79</sup>

Spontanitet /kreativitet är nyckelbegrepp i psykodrama. Istället för psykiatriska diagnoser bedöms spontanitet /kreativitet. Är den avstannad eller har den utvecklats i felaktiga destruktiva banor? I psykodrama ökar vi förmågan att pröva nya handlingar och attityder genom att granska de gamla reaktionsmönstren och öva på de nya. På grund av våra tidigare erfarenheter och vanor handlar vi ofta på samma sätt även om vi inser att det inte är

---

<sup>75</sup> Tavon, L. (Kellermann, 1992:83). Sid. 66. (1998).

<sup>76</sup> Fox, J. Kap. 2. (1987) och Tavon, L. Att växa genom skapande möten (1998).

<sup>77</sup> Fox, J. Kap. 6, sid. 62. (1987).

<sup>78</sup> Moreno, J. L. Sid. 45-46. (1993).

<sup>79</sup> Högberg, G. Föreläsning (2007).

bra. För att kunna handla på ett nytt sätt är det nödvändigt att kunna uppleva på ett nytt sätt. Det går inte att tänka sig en ny handling utan en ny perception.<sup>80</sup>

Syftet med psykodrama är att konkretisera, ge utrymme och proportioner för huvudpersonens intrapsykiska drama. Gestaltningen ger huvudpersonen verkliga människor att interagera med snarare än påhittade. Hans övertygelser, minnen och kroppsminnen kan spelas upp med hjälp av medspelarna. Att konkretisera är i sig själv helande och renande. Genom att visa den inre verkligheten här och nu och ge den utrymme, kommer den upp på en medvetandenivå där den kan ses, kännas och handskas med. Genom uppvärmningen har material från det omedvetna blivit medvetet och hanterbart. Dramatiseringen sätter det på scenen där det kan levas igenom igen och förvandlas från där och då till här och nu.<sup>81</sup> Konkretisering kan också innebära att känslor, djur, icke levande föremål genom rollbyte kan vara dialogpartner för huvudpersonen.

Var och en av oss har flera olika roller.<sup>82</sup> Varje roll är en kombination av gemensamma kollektiva element och individuella särskiljande drag. Det kan vara värdefullt att skilja på *att ta en roll* och *att spela en roll*. Den förra innebär att ta en färdig, fullt utvecklad roll som individen inte kan förändra medan den senare erbjuder innehavaren möjlighet att själv utforma rollen. Den har en rollutveckling som erbjuder innehavaren en stor frihet, som kan framträda spontant. I psykodrama strävar vi mot att huvudpersonen skall kunna vara möjligast spontan och under dramat utforma en så fri rollutveckling som möjligt. Varje individ har en *livsroll*. Allt från tiden i livmodern manifesterar vi oss genom rörelse och ljud. Vi har också en *somatisk roll* som innefattas av allt som har med våra fysiska aktiviteter att göra så som att äta, sova, gå, skrika, bajsa, kräkas, andas med flera. Parallellt med vår somatiska roll har vi en *psykologisk roll*. Dessa två roller är avhängiga av varandra. Den psykologiska rollen handlar från början om relationen mellan mor och barn och hur barnet känner sig bekräftat respektive inte bekräftat. De flesta av oss har också *psykosomatiska roller*, vilket i psykodramatisk teori innebär att de fysiska och psykologiska skeendena är sammanflätade med varandra. Exempel på sådana kan vara muskelspänningar, sömnbesvär, eksem och migrän. Var och en av oss har även olika *sociala roller*, allt från det lilla barnet som leker till den äldre pensionären.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Nordisk Utbildning i Psykodrama och sociodrama. (2007).

<sup>81</sup> Dayton, T. sid. 30-31 (1994).

<sup>82</sup> Moreno, J. L. sid. 47 (1993) samt Teszary, J. (1998).

<sup>83</sup> a.a.

Psykodrama erbjuder ett nytt sätt att studera roller på, där huvudpersonen inom ramen för dramat, fritt tillåts experimentera utan att behöva känna några kulturella eller sociala begränsningar. Rollerna är inte förutbestämda, utan föds i stunden – *in situ* -, framför våra ögon. Syftet är att huvudpersonen skall kunna skapa sig flera olika roller som han kan växla mellan. Ju fler roller individen känner att han har tillgängliga desto större möjligheter har han att anpassa sig till nya livssituationer.<sup>84</sup>

I våra mellanmännsliga relationer skapas *sociometriska strukturer*, dels mellan individer, dels mellan grupper. Som individer, liksom som gruppmedlemmar, strävar vi mot att välja våra vänner, ledare och arbeten. Detta gör vi efter våra individuella behov, våra förutsättningar och utifrån de krav som ställs på oss samtidigt som vi också ständigt är tvungna att ta hänsyn eller ställning till våra medmänniskors val. Inom och mellan dessa olika personer och grupper uppstår ständiga undergrupper av vänner, ovänner eller isolerade. Det är viktigt att beakta strukturernas konstruktion och förändringarna i dessa då vi försöker lösa individens beteendeproblem. Förutsättningen till ett äkta möte individer emellan är att individerna känner frihet i att delta. Varje individ har rätt att säga nej till förslag från ledare och gruppmedlemmar. Genom att introducera *nej-regeln* uppmanas individen att ta ansvar för sina egna gränser vad gäller upplevelser och engagemang.<sup>85</sup> Då individen känner frihet i att delta finns förutsättning till spontanitet och kreativitet och därmed utveckling enligt Moreno.<sup>86</sup>

### **Det terapeutiska psykodramats dynamik**

Ett psykodramagrupptillfälle kan indelas i en *uppvärmningsfas*, vars syfte är att värma upp deltagarna till att få bättre kontakt med sin spontanitet för att vilja framföra ett drama, en *handlingsfas*, *aktionsfas*, då själva psykodramat utspelar sig och en avslutande fas, *sharing*, att dela med sig. Därtill finns ytterligare ett moment, *processanalys*, då regissören tidigast ett dygn efter själva dramat eller som regel i samband med följande gruppstillfälle redogör för sitt regiarbete under dramat.

### **Uppvärmningsfas**

Uppvärmningen är den process som ökar spontaniteten och utgör en förberedelse och grund till den kreativa handlingen, själva psykodramat. I psykodrama behöver både regissör och gruppmedlemmarna värmas upp. Under uppvärmningsfasen har valet av huvudperson ännu

---

<sup>84</sup> Fox, J. Kap. 9 sid. 93. (1987).

<sup>85</sup> Nordisk Utbildning i Psykodrama och sociodrama. (2007).

<sup>86</sup> Fox, J. Kap. 2. (1987) och Moreno J.L. (1993) sid 53-59

inte skett. Ett sätt att få reda på hur uppvärmda olika gruppdeltagare är, är att ha en *puls*. Då sitter samtliga deltagare i en ring. I pulsen berättar jag som gruppdeltagare för de övriga något som är aktuellt för mig just nu och vad som upptar mina tankar. Uppvärmningen kan också ske med hjälp av övningar, musik, olika slags rörelser, bilder, föredrag av regissören med mera. Syftet är att skapa en grupp känsla, avslappning, koncentration och förväntan samt ett tillstånd som gör att minnen och känslor kan komma fram. Då någon eller några är uppvärmda samlas man som regel åter i en ring och gör ett val av huvudperson.<sup>87</sup>

Med hjälp av uppvärmningsövningarna värms huvudpersonen upp till att övervinna sitt motstånd och istället önska vara huvudperson. Vid de absolut flesta tillfällena är huvudpersonens motstånd mot att bli dramatiserad mycket litet eller obefintligt. Så fort huvudpersonen är klar över att det handlar om hans eget liv är han beredd till samarbete.<sup>88</sup>

Under vår utbildning har vi fått lära oss att som regissörer inte gå i konfrontation med huvudpersonen utan att istället invänta en ett nytt tillfälle, en ny ledtråd. ”Om dörren är stängd, slå inte in den, gå istället runt huset, vänta, kanske hittar du ett litet källarfönster som är öppet.”

### **Handlingsfas**

Moreno talar om att en andra fas inträder tack vare psykodramats dialektiska karaktär. Efter allt jobb som regissören lagt ned på att värma upp och få igång huvudpersonen drar denna sig undan, medan andra personer till huvudpersonens glädje träder in på scenen. De utgörs av personer som huvudpersonen känner väl så som hans hustru, barn, föräldrar, chef med flera. Det kan även handla om att scenen handlar om huvudpersonens delpersonligheter. Ju mer utrymme de för huvudpersonen kända personer tar, desto mer glömmar han bort regissören. Det är mellan medspelarna, som går in i de olika rollerna som huvudpersonen iscensätter, som det uppstår en ömsesidig kommunikation, *tele*, enligt psykodramatisk terminologi. Huvudpersonen känner en tillfredsställelse genom denna process som han själv är med och framställer. En känsla av tillfredsställelse överskrider allt som huvudpersonen tidigare varit med om. Han har ju investerat sin egen kraft och energi genom det sätt som han har producerat sin bild av vilka de för honom känslomässigt viktigaste personerna är. I verkliga livet är det just dessa individer som huvudpersonen upplever har hindrat honom ifrån att vara

---

<sup>87</sup> Göransson, I. (1998). Samt Nordisk Utbildning i Psykodrama och sociodrama. (2007).

<sup>88</sup> Fox, J. Kap. 2. (1987) och Moreno J. L. (1993) sid 53-59

den person han egentligen vill vara. Dessa personer som han har känt sig hindrad av och som bidragit till att han har fått olika symtom, kan han nu i psykodrama åter konfrontera.<sup>89</sup>

### **Som det var, inte var, borde ha varit**<sup>90</sup>

Handlingsfasen i ett psykodrama har tre olika skeden: 1) som det var, 2) som det inte var, 3) som det borde ha varit.

1) I det första skedet iscensätter huvudpersonen en händelse så som den var. Genom att huvudpersonen före medspelarna går i roll som alla personer han vill gestalta blir dessa, i den psykodramatiska tappningen, verkligt levande. Detta underlättar också för medspelarna att inta personernas roller samtidigt som huvudpersonen lär sig en hel del om personerna genom att byta roll med dem. Rollbytena skapar kunskaper om dessa personer som det vanliga livet inte ger.

2) I det andra skedet, som det inte var, ger huvudpersonen uttryck för sina inestängda känslor. Genom att inta personernas roller förlorar dessa en hel del av den kraft som huvudpersonen tidigare tillskrivit dem. Han får nu möjlighet att omforma sig, och integrera de nu frigjorda reaktionerna. Kraften och befrielsekänslan, katarsis, som på detta sätt frigörs kan huvudpersonen integrera i sig själv och utveckla i sitt verkliga liv. För att träna sin spontanitet och tele i dramat måste S-faktorn (det okända) finnas med på scen, alltså införandet av överraskningsmoment. Huvudpersonen blir inte hjälpt av att enbart spela upp sin egen subjektiva och projektivt färgade bild om och om igen.<sup>91</sup>

3) I det avslutande skedet av handlingsfasen får huvudpersonen skapa om händelsen. Moreno kallar detta sista och avslutande skede för den ”*utvidgade verkligheten*” (*surplus reality*).<sup>92</sup> Psykodrama kan på detta sätt erbjuda huvudpersonen en ny och mer allomfattande upplevelse. Med hjälp av denna utvidgade verklighet är det möjligt att på scenen återskapa vad som *borde* ha hänt men aldrig hände i verkligheten. Till exempel att någon ikläder sig rollen som den som skyddar och ger kärlek till barnet, stoppar och bestraffar förövare eller korrigerar okänsliga föräldrar. Huvudpersonen utformar och spelar själv alla roller innan han i roll som sig själv som barn möter den vuxne som borde ha funnits där.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> Göransson, I. (1998).

<sup>90</sup> Nordisk Utbildning i Psykodrama och sociodrama (2007).

<sup>91</sup> Brodersen, T. (1989).

<sup>92</sup> Göransson, I. (1998).

<sup>93</sup> Tavon, L. Att växa genom skapande möten (1998).

### **Sharing – dela med sig**

I denna fas är det publik och medspelare som övertar handlingen. I slutet av första fasen försvann regissören: nu försvinner själva handlingen eller produktionen och med denna alla medspelare, och alla andra goda krafter som medverkat till att huvudpersonen fått ny kunskap och kraft. Huvudpersonen kan nu känna sig tudelad; dels känner han sorg över att allt är över, dels känner han sig snuvad på konfekten för all den uppoffring som han gjort och vars värde han inte fullt ut kan se. Huvudpersonen blir också känslomässigt medveten om publikens närvaro. Innan själva psykodramat började var han antingen glad eller arg för att han hade publiken där. Under uppvärmningsfasen var den självklar för honom. Nu ser han den igen, en och en, främlingar och vänner. Hans känsla av skam och skuld når sin kulmen. Medan huvudpersonen värmdde upp inför själva framställningen, gjorde även publiken det. Men nu då huvudpersonen är färdig, har publiken börjat med sin egen uppvärmning! Den ömsesidiga överföringskänslan *tele* genomgår en ytterligare förändring. Den förflyttar sig från scenen till publiken som börjar associera fritt och delar med sig av egna erfarenheter som uppväckts.<sup>94</sup>

Efter dramat sätter sig samtliga som tagit del av dramat, det vill säga medspelarna, publiken och huvudpersonen samt regissören, i en ring. Regissörens ansvar är nu att skydda huvudpersonen som befinner sig i ett känsligt själsligt tillstånd. Huvudpersonen instrueras att vila i sig själv och sakta komma åter till gruppen. Medspelarna ombedes att, om de vill, dela med sig av sina känslor från sina roller. Syftet är tvåfaldigt – dels skall medspelarna lämna rollerna och åter hitta till sig själv – dels kan det vara av stort intresse för huvudpersonen att höra reflektioner ur rollerna. Parallellt kan den också utgöra en uppvärmning för någon deltagare att själv vilja vara huvudperson. Huvudpersonen själv kan ta emot eller bara låta passera det som sägs, han skall inte gå i dialog eller svaromål. Då medspelarna talar direkt till huvudpersonen kan denne bli av med sin skamkänsla och erfara att han inte är ensam om sitt problem. Huvudpersonen har gett en gåva till gruppen och i sharing tackar de honom genom att låta honom veta att han tagit upp en frågeställning på scenen som berört deltagarna på viktiga sätt. Det viktiga är att tala i jag-form och att inte ge utlåtanden eller tolkningar i anslutning till det som iscensatts. Efter rundan har huvudpersonen sista ordet. Sharing beskrivs av många som deltagit i psykodramagrupper som den viktigaste upplevelsen. Ofta sker katarsis och ett helande för samtliga gruppmedlemmar. De som har haft olika roller under handlingsfasen kan nu också *avrolla sig* och återgå till sin egen person. Det är regissörens ansvar att gruppdeltagarna får hjälp med detta.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Fox, J. Kap. 2. (1987).

<sup>95</sup> Tavon, L. (1998), samt Nordisk Psykodrama Utbildning, A. Frelander, personliga reflektioner (2007).

## **Processanalys**

Processanalysen sker som regel gången efter själva dramat. Den leds av regissören och har till syfte att koncentrera sig på regissörens arbete, hur regissören gjorde sina olika val. Det finns olika ”skolor” inom psykodramavärlden. Vissa anser att huvudpersonen ska delta i processanalysen, andra att huvudpersonen inte ska göra det. I en terapigrupp förekommer inte alltid en processanalys. I vår grupp hade vi alltid processanalys huvudsakligen gången efter själva dramat. Om den som varit huvudperson var frånvarande gången efter, väntade vi med processanalysen till dess att huvudpersonen var närvarande.

## **Erfarenheter från gruppen**

Vi som författare av denna rapport vill påminna läsaren om att vi fritt kan ha ändrat både kön och olika personliga data på gruppdeltagarna som ingått i vår grupp för att försäkra att inget sekretessbrott skulle kunna ske.

## **Trauma och traumatisk upplevelse**

Shapiro<sup>96</sup> delar in trauma i två huvudgrupper: små trauman, som hon kallar litet ”t” och stora trauman, som hon kallar stort ”T”. Små t - trauman är händelser som kan minska den drabbades självförtroende, och hindra individen att leva fullt ut, med mindervärdeskomplex eller andra fysiska eller psykiska symtom som följd. Ett litet ”t” kan förorsaka lidande av olika slag. Dessa kan uppstå i samband med alldagliga händelser som livet utsätter oss för. De kan resultera i likartade känslor som stora T – trauman och få vittgående konsekvenser. ”Stora T” - trauman utgörs av exempelvis krig, våldtäkt, att som barn ha varit utsatt för sexuella övergrepp, fysisk och/eller psykisk misshandel, olyckshändelser, svåra förluster, med flera svåra upplevelser som kan påverka individen på avgörande sätt. Personer som varit utsatta för stora T - trauman kan utveckla *Post traumatiskt stress syndrom* (PTSD). Dessa händelser är så påfrestande att de kan resultera i intensiv rädsla, känsla av maktlöshet och total brist på kontroll. Personer som lider av PTSD uppvisar två parallella men diametralt motsatta beteenden. Å ena sidan är det omöjligt för individen att frigöra sig från sitt trauma: han blir ständigt men ofrivilligt påmind om traumat genom olika symtom som det inte går att frigöra sig ifrån. Sådana symtom kan vara flashbacks, mardrömmar, panikattacker och tvångsmässiga tankar. Å andra sidan kan den utsatta inte närma sig dessa. Han känner sig tvungen att undvika eller avstå från alla slags händelser som kan påminna honom om sitt trauma. Detta kan ta sig uttryck i social isolering, emotionell stelhet, missbruk med mera.

---

<sup>96</sup> Shapiro, F. & Forrest Silk, M. (1997).

Offer för traumatiska händelser uppvisar också psykologiska reaktioner i form av sömnlöshet, hyperventilering och en benägenhet att ständigt bli påmind om den traumatiska händelsen via olika ljud, lukter eller beröring.

I Läkartidningen,<sup>97</sup> där författarna skriver om PTSD, konstateras att en och samma händelse kan ha skiftande innebörd och grad av påverkan för olika exponerade personer beroende bland annat på personlig sårbarhet, tidigare erfarenheter och aktuell psykosocial situation. Det finns flera grader av PTSD, allt från lindrigare till fullt utvecklade former. Tidpunkten när ett tillstånd blir patologiskt måste bedömas individuellt. Man menar att en viss risk finns för att en underdiagnostisering inom sjukvården sker på grund av klinikernas rädsla för stigmatisering av livshändelser, men också risk för överdiagnostisering på grund av att PTSD diagnosen under senare år tenderat att bli något av en trenddiagnos. Artikeln avslutas med konstaterandet att det är viktigt att studera trauma och PTSD under barndomen för att förstå mekanismerna bakom hälsofrämjande- och sjukdomsframkallande faktorer i förhållande till den traumatiska händelsen.<sup>98</sup>

Några av deltagarna i vår psykodramagrupp har varit utsatta för situationer som skulle kunna föranleda ett stort T – trauma och samtliga uppvisar symtom på små t – trauman som hämmat dem i deras liv. Exempel på stort T - alternativt litet t - traumasituationer som gruppdeltagarna har varit utsatta för: aldrig träffat sin far, maken förolyckas, patienten förhindras att ta avsked, patienten fått okontrollerade vredesutbrott, gått bärsärkagång i bostaden, får inte träffa sina barn efter en skilsmässa, vuxet barn behandlas sedan flera år på sluten rättspsykiatrisk klinik, patientens syskon är en grav missbrukare, tidigare terapeut tvingat patienten att ta avstånd från sin mor, modern tvingat patienten att skilja sig från sin make, har som barn varit utsatt för fysisk och psykisk misshandel av anhöriga, vuxet barn som blivit vräkt och åter flyttat hem, har social fobi, styvfar var missbrukare, fysiskt och psykiskt hotfull.

### **”Jag mår illa”**

Följande är ett exempel på hur en traumatisk upplevelse påverkat en gruppdeltagare:

I samband med *pulsen* framgår det att ”Kerstin” mår illa och har känt sig arg för småsaker sedan förra gången och irriterat sig på det. Hon är uppvärmd för att utforska sin upplevelse. Kerstin blir tillfrågad om hon vill undersöka *sitt illamående*, vilket hon tackar ja till. Kerstin blir huvudperson i ett minidrama.

---

<sup>97</sup> Michel, P-O. Berg Johannesson, K. Ahmad, A. och Lundin, T. (2006).



### Scen 1

Kerstin (till sin tonårsdotter): Vi får avliva hunden, jag står inte ut med lukten då den kräcks i soffan!

Kerstin i rollen av sin tonårsdotter: Nej, aldrig! (Rusar in i sitt rum och smäller igen dörren, vägrar prata med sin mor.)

Kerstin (i roll av sitt illamående): Jag är helt låst, stum. Jag kan inte säga något!

Regissören: Känner du igen den här låsningen? Har du känt så här förut?

Kerstin: Ja!

### Scen 2

Kerstin minns att hon som 10-åring var tvingad av sin styvmor att ta bussen och åka och lämna tillbaks en kattunge. Katten gnydde på nätterna men Kerstin fick inte trösta den, hon skulle sova istället.

Kerstin (i spegelposition): Jag känner att mitt illamående egentligen är en sorg över att jag tvingades lämna bort kattungen!

Regissören (till den vuxna K): Vad vill du säga till den lilla flickan Kerstin som sitter på bussen med kattungen?

Kerstin (i spegelposition): Det är inte ditt fel, du kan ingenting göra åt situationen!

Kerstin (den lilla flickan på bussen): Tack för stödet!

### **Mental trygg-plats**

Begreppet trygg-plats används inte traditionellt inom psykodrama. Under vår psykodramautbildning infördes begreppet av Göran Högberg.<sup>99</sup> Tekniken ”trygg plats” har sedan länge använts inom hypnosterapi och även i EMDR. Vi har infört beteckningen ”mental trygg-plats” för att betona att det handlar om att patienten föreställer sig att han/hon förflyttar sig till denna för honom trygga-plats. En trygg-plats kan skapas i inledningsfasen av en psykoterapi, ett drama. Till den trygga-platsen förflyttar sig patienten mentalt på uppmaning av terapeuten. Patienten kan också bli uppmanad att försöka skapa en sådan trygg-plats. Syftet med en trygg-plats är att patienten skall kunna känna sig totalt skyddad. Det kan handla om en för patienten verklig eller fiktiv plats, i förgångnen tid, nutid eller i framtiden. Om patienten önskar kan han som stöd ta med sig, för honom skyddande personer, till den trygga-platsen.<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup> Michel, P-O. Berg Johannesson, K. Ahmad, A. och Lundin, T. (2006).

<sup>99</sup> Högberg, G. Föreläsningar (2003-2004).

<sup>98</sup> York, C. Föreläsning (1998).

För vissa personer, särskilt barn, kan det vara svårt eller omöjligt att finna en trygg-plats. En *rolig aktivitet* kan då utgöra tryggheten.<sup>101</sup> En trygg-plats kan användas på olika sätt. Exempelvis kan den trygga-platsen utgöra en mental *viloplats*, som innebär att patienten vid behov kan förflytta sig dit mitt under en terapisesession, i syfte att uppleva kontroll, samtidigt som patienten bearbetar känslomässigt svåra upplevelser. En trygg-plats kan också användas för att minska stressen vid en ofullständig avslutad terapisesession, alternativt som ett självhjälpsverktyg mellan olika terapisesessioner.<sup>102</sup>

På den trygga platsen förnimmar deltagaren sinnesupplevelser. Hur ser det ut, hur doftar det, vad kan man höra, finns det en smak i munnen? Hur känns det i magen och som helhet? Under det att deltagaren andas lugnt och stämmer in i upplevelsen kan regissören eller deltagaren själv försiktigt och lätt klappa rytmiskt på vardera knä eller värma in känslan i kroppen på det ställe där den enligt deltagaren anses höra hemma. Senare kan en beröring på samma sätt försätta deltagaren i ett lugnt tillstånd.<sup>103</sup>

Vi använde begreppet mental trygg-plats i vår grupp inför att en huvudperson skulle inleda sitt drama i syfte att denne skulle känna sig trygg och ha kontroll.

## **Trygg-plats från gruppen**

### **Härbret**

Regissören: Kalle, kan du tänka på någon för dig mentalt trygg-plats?

Kalle: När jag var liten, på landet i Dalarna hade farmor ett härbre, dit jag kunde gå och där täljde jag små träfigurer! Det var som mitt eget revir. På väggarna fanns hyllor som var fulla av olika träskulpturer. Där fick jag vara ifred. Jag kunde leka med figurerna och så kunde jag titta ut på landskapet, ner mot sjön.

Regissören: Kan du föreställa dig att du är där nu?

Kalle: Ja, det kan jag! Jag kan känna doften av gödsel, av blommorna. Här skulle jag kunna vara hela sommaren! Jag är 7 år!! Jag har kontroll!!

Genom spegelteknik får Kalle se barndomssituationen utifrån och säger till sig själv som liten: ”Jag blir varm inom mig när jag ser det här.” Kalle går tillbaka i rollen och säger till sig själv som vuxen: ”Fortsätt att tälja på dina träfigurer.” Kalle ler mot sig själv i samförstånd.

---

<sup>99</sup> Shapiro, F. (1996).

<sup>100</sup> a.a.

### **Psykodrama om värk**

Maria, som varit huvudperson i ett drama om ett mycket svårt avsked berättar påföljande vecka att hon varit sjuk så gott som varje dag sedan sist. Hon poängterar att det varit *riktiga sjukdomar* och nämner att hon drabbats av urinvägsinfektioner och något med halsen.

Veckan därefter lämnar Maria återbud på grund av sjukdom. Idag är det tre veckor sedan Maria gjorde sitt drama och hon berättar i *pulsen* att hon ständigt har värk i kroppen och att hon brottas med att trycka undan sin ångest. Hon oroar sig för sin son och för sitt arbete. Vi gruppleddare pratar sinsemellan inför gruppen att vi tror att Maria är uppvärmd och att hon skulle kunna ha utbyte av att vara huvudperson. Maria accepterar vårt förslag och väljer den av oss som regissör som inte regisserade henne för tre veckor sedan.

Regissören: Maria först vill jag att vi två gör ett kontrakt. Vad vill du undersöka och vad hoppas du uppnå med ditt drama?

Maria: Jag vill titta närmare på min värk, min oro för mitt barn och min oro för mitt arbete. Alla sakerna är jag hela tiden upptagen av! Jag vill hitta en lösning på någon av dem.

Regissören: Maria, innan du börjar gå in i själva dramat, tänker jag att det skulle vara bra om vi kunde skapa en mental trygg-plats för dig. Det kan vara en plats i nutid, förfluten tid, i framtiden, i verkligheten eller i din fantasi. En plats där du kan känna trygghet. Var vill du ha scenen?

Maria: Jag vill ha scenen vid fönstret!

Det står en hel del stolar staplade vid fönstret som Maria börjar flytta på. Regissören som inte förstår att stolarna är viktiga erbjuder sig att hjälpa till att flytta bort dem. Maria har ju ont i kroppen ibland och vi kan hjälpas åt. Nej, stolarna ska vara kvar. De är träd som står i skogen! Vi befinner oss i en koja bland träden. Maria sätter sig på en av stolarna och tittar ut genom fönstret där solen skiner in i rummet.

Regissören: Kan du byta plats med ett av träden?

Maria: Nej, så stark är jag inte!

Maria blir uppmuntrad att pröva och hon står som en hög gran som står stadigt, vajar och låter. Granen berättar om den ensamma kvinnan som brukar komma till skogen för att njuta och samla kraft. Ibland gråter kvinnan men idag är hon glad.

(Maria väljer en medspelare i publiken som kan vara granen.)

Regissören: Vill du byta plats med solen?

---

<sup>103</sup> Högberg, G. Föreläsningar (2002-2003).

Maria i rollen av solen: Jag lyser in i kojans. Där står en stubbe (stolen som Maria tidigare satt på) och några andra saker. Från stubben kan man se mig och den vackra himlen.

(Maria väljer en medspelare i publiken som kan vara solen).

Maria sitter på stubben: Lyssna! Jag hör vinden vinka, ser ut genom kojans fönsterglugg, känner doften av gräs och jord. Här kan jag finna vila! Här mår jag bra! Hon kramar om sig själv och klappar lätt sina överarmar.

Medspelarna ger röst åt träden och solen.

Regissören: Sitt kvar där och njut. När du känner att du vill möta din son och det andra vi pratat om stiger du upp. Jag föreslår att vi låter din trygga-plats stå kvar här.

#### Möte med Marias värk

Regissören: Kan du Maria vara din värk?

Maria som sin värk: Jag är Marias värk. Jag är stor, finns överallt och gör väldigt ont.

Maria har en svart duk som hon sveper runt huvudet och delar av kroppen. Hon orkar inte gå och bestämmer sig för att ta en skrivbordstol som hon kan rulla runt scenen på. Värken finns med överallt.

Regissören: Hur länge har du funnits i Marias liv?

Maria som sin värk: Oj, vet inte. Väldigt länge, flera år tror jag. Jag tar mer och mer utrymme.

Regissören: Vad vill du göra med Maria?

Maria som sin värk: Jag vill se till att hon inte får det lätt. Att hon minns allt det svåra och att hennes energi går i botten.

Maria tycker att scenen är jobbig och går tillbaka till sin trygga plats för att tanka kraft.

#### Möte med sonen Fredrik

Regissören: Var vill du möta Fredrik? Välj en medspelare som Fredrik och en som dig.

Maria: Jag vill möta Fredrik hemma vid köksbordet.

Maria ställer fram två stolar runt bordet. Hon och sonen sitter på varsin sida av köksbordet..

Maria i rollen som Fredrik: Mamma, jag tycker att det är jobbigt att vara i skolan då jag alltid blir mobbad av dom dumma pojkarna.

Mamma Maria: Jag förstår det, Fredrik. Jag vet inte vad jag ska göra för att hjälpa dig! Har det inte blivit bättre för dig sedan du var hos skolsköterskan?

Maria i rollen som Fredrik: Nej det har inte blivit bättre!

Regissören: Var finns din värk medan du sitter och pratar med Fredrik?

Maria: Den känner jag av hela tiden, fast jag försöker låtsas som om den inte finns!

Maria överväldigas av känslor och går till sin stubbe i skogen en stund.

Regissören låter köksbordet och stolarna stå kvar vid en sida av scenen.

Regissören: Nu kan du bygga upp en liten scen med dig och ditt jobb här i mitten av scenen!

### Maria möter sitt jobb

Regissören: Var befinner vi oss nu?

Maria: Vi är på dagis. Maria visar hur hon pysslar med barnen trots att det gör ont i ryggen.

Till slut kan hon inte arbeta för det gör för ont. Hon blir uppsagd.

Maria berättar att hon fram till i somras jobbade som obehörig barnskötare på ett privat dagis.

Hon blev först sjukskriven för ryggen, men den har inte blivit bättre. Efter en operation i benet har hon varit heltids sjukskriven för att rehabilitera benet. Sjukskrivningen går ut i slutet av den här månaden. Jag måste söka jobb trots min värk!

Regissören: Visa vad du kan jobba med.

Maria visar olika kontakter som hon haft tidigare och det lyser av hopp om henne. ”Det är bara att kämpa vidare fast jag har värk” säger hon och låter kämpat glad.

Regissören: Du har värk i alla tre scener!

Maria: Javisst!! Den har jag ju haft länge, även om jag försöker låtsas som om den inte fanns.

### Upprepning av scenerna med förstärkningar av känslor som aldrig kom till uttryck.

Regissören: Nu gör vi om scenerna bredvid varandra. Fredrik och ditt jobb. Värken får komma in i varje scen.

### Samtal med Fredrik.

Maria i rollen som värk: Du kan inte hjälpa honom. Du kan bara ha ont. Bry dig om mig lite mer istället. Jag kommer att finnas ända tills du tar hand om mig.

### På jobbet

Maria i rollen som värk: Jag såg till att du jobbade fram till i somras då du hade ett jobb.

Jag gör ont i din rygg. Jag är en tung oro. Du kan inte strunta i mig längre.

Marias i rollen som värk: Jag är Marias värk. Jag är svart och när jag kommer gör jag väldigt ont. Jag har funnit i många, många år. Jag tar allt mera utrymme i ditt liv. Det är som om du inte bryr dig om mig. Maria flaxar med det svarta skynket och verkar hotfull.

Värken åker runt på kontorstolen och sätter gränser och markerar så fort Maria tar initiativ, är glad eller vill förändra en situation. Det svarta skynket nästan kväver all energi som finns i viljan att arbeta. Maria byter roll med sig själv och värken flera gånger. I en dragkamp säger

Maria att hon inte tänker finna sig i att all energi går åt att hålla värken borta. Hon har annat att tänka på. Värken säger upp givet att ”Under hösten då du var sjukskriven tog jag mycket energi av dig, men nu ska du ju börja jobba igen så då måste jag väl långsamt försvinna.”

Regissören: Nu är vi på psykodrama. Här kan du göra som du önskar att det skulle vara.

#### Reparationsscenen med sonen Fredrik

Maria och Fredrik sitter i soffan istället för vid köksbordet.

Mamma Maria: Fredrik, kom så sätter vi oss i soffan och pratar om din skolsituation!

Maria i rollen av sonen Fredrik: Okej då. Men pojkarna i skolan är ju dumma mot mig!

Mamma Maria: Sitt och luta dig mot mig, gubben min! Vet du, jag har hört att det till skolan har kommit en skolkurator. Jag lovar att kontakta kuratorn och din lärare så ska du se att det blir bättre. Jag tror verkligen att vi kan reda upp det här.

Maria i rollen av Fredrik: Då vill jag att du följer med mig till den där skolkuratorn.

Mamma Maria: Jag lovar!

Maria i rollen av Fredrik: Bra!

Gällande jobbet vill Maria inte göra någon reparationsscen. Hon är inställd på att söka jobb och börja jobba igen

#### Reparationsscen gällande värken

En medspelare gör rollen som värk.

Maria: Jag lovar försöka lära mig att lyssna på min kropp mera än vad jag hittills har kunnat göra.

Maria får se reparationsscenerna i spegelposition från sin trygga-plats. Hon är nöjd.

I processanalysen veckan efter berättar Maria att hon gått tillsammans med sonen till skolkuratorn. De skall få fortsätta kontakten med kuratorn tills Fredriks skolsituation är bättre. Sonen Fredrik är nöjdare. Gällande jobbfrågan tror Maria att hon har ett nytt jobb på gång. Värken är oförändrad.

#### **Uppvärmningsövningar**

Det finns många sätt som deltagarna i en psykodramagrupp kan värmas upp sig på. Tavon<sup>104</sup> skriver att trots att det finns ett otal uppvärmningsövningar beskrivna så kan nya uppfinnas i

---

<sup>104</sup> Tavon, L. Att växa genom skapande möten. (1998).

det ögonblick situationen så kräver. I inledningsskedet av vårt arbete med gruppen använde vi gruppleddare oss själva som exempel i syfte att förklara och beskriva vad psykodrama är och hur det går till. Vi regisserade varandra i mindre vinjetter (ett drama med endast en akt), eller mini-dramer där gruppdeltagarna fick gå in som medspelare i våra liv. Andra uppvärmningssätt var att gruppdeltagarna fick gå i par och intervjua varandra och sedan presentera den som de intervjuat i roll av den andre. Jag heter... jag är gift/frånskild ...

### **Önskebutiken**

Exempel på en uppvärmningsövning är *Önskebutiken*, som förestås av Marie:

Marie draperar affären med fina schalar i olika färger som får representera olika egenskaper. Den som köper får själv välja färg. Var och en som köper får varsin schal som kommer att bli väldigt viktig för dem. Efter övningen går deltagarna med schalar lindade omkring sig till efter pausen och har svårt att skilja sig från dem då vi börjar ett drama.

Doris stiger omgående upp och vill "handla": Jag vill handla positiv grundkänsla.

Marie: Vad menar Du med positiv grundkänsla?

Doris: Hm, jag vet inte riktigt...

Marie försöker förmå henne att precisera sig, vilket är svårt.

Doris: Och så vill jag sälja all min negativa grundkänsla. Jag är alltid så negativ. Jag vill inte vara det längre!!

Paul, gruppens talesman: Vi ifrågasätter om det verkligen är så bra att du byter bort all negativ grundkänsla.

Doris: Äsch, jag struntar i den här övningen! (Hon går och sätter sig).

Doris blir uppenbart arg, men visar inte det öppet.

Marie vänder sig till de övriga i gruppen för att få fler kunder varvid Kajsa stiger upp.

Kajsa: Jag vill köpa "fokus".

Hon presenterar det som att det är något hon vill sätta på huvudet för att samla sina tankar och utestänga ljud.

Kajsa: Jag vill byta det mot delar av min sociala förmåga.

Anders stiger upp och vill erhålla fysisk energi och vill byta bort hälften av sin medkänsla.

Agnes köper jädrar anamma och säljer delar av sin oförmåga att kunna ta beslut.

Doris stiger upp och handlar en andra gång: Jag vill ha pytte lite energi som jag ska borra in på olika ställen.

Marie: Vad vill du sälja?

Doris: Jag vill sälja av min längd! Jag är så onödigt lång!

Kalle, från publiken: Du ska ju sälja en egenskap!

Doris: Okej, då säljer jag negativ energi och köper positiv energi!

### **Övning för framtiden**

I samband med *pulsen* säger Petra att hon har dålig ekonomi, hon får knappt sin lön att räcka till. Trots att hon gör ett värdefullt och viktigt arbete. Petra trivs väldigt bra på jobbet, förutom med sin lön. Hon säger att de snart ska ha löneförhandling på jobbet. Petra är uppvärmd och vill vara huvudperson. Efter fikapausen börjar dramat.

Petra: Jag har klätt upp mig inför att jag ska träffa min chef!

Regissören: Jag ser det! Kan vi sitta ner och göra ett kontrakt!

Petra går motvilligt med på att sitta under den stund som hon och regissören gör upp kontraktet det vill säga kommer överens om vad som ska undersökas och vad hon önskar uppnå med det. Dramat ska vara en generalrepetition inför den verkliga löneförhandlingen. Petra tycker att hon har svårt att sälja sig, visa på vilket värdefullt jobb hon gör. Hon jobbar inom den offentliga sektorn.

Regissören: Du vill att det ska handla om pengar och att du ska ha en löneförhandling?

Petra: Ja, just det! Vi har fått en ny chef, som jag har väldigt stora förväntningar på!

Vi kommer överens om vilka som ska vara medspelare och gå i roll av Petra, hennes gamla chef och vem som kan vara den nya chefen.

### Scen 1

Regissören: Kan du tänka dig att först träffa din förra chef? Inred gärna här på scen hur det ser ut i rummet där du och din gamla chef brukar ha era löneförhandlingar.

Petra: Okej.

Petra tar fram stolar och visar hur rummet där förra chefen brukade ha löneförhandlingarna ser ut. Hon tar av sig sina ”finkläder” och säger att det inte är någon vits att klä upp sig inför den gamla chefen. Hon fick aldrig någon riktig löneförhöjning av gamla chefen.



Petra: Hej, chefen (säger den gamla chefens namn), Jag gör ett väldigt värdefullt jobb på min avdelning. På senare tid har jag fått flera specialuppdrag som jag utför.

Petra ställer sig upp framför chefen och räknar upp alla uppdragen som hon har på sin avdelning.

Petra ( i rollen av) Gamla chefen: Tyvärr, Petra! Eftersom du saknar formella meriter så kan du inte få värst mycket lön. Du vet hur det är här inom den offentliga sektorn! Om du går en utbildning, då kan vi börja tala om en löneförhöjning! Nu får du minimilönen enligt de fackliga avtalen!

Petra får göra denna scen två gånger. Emellan gångerna får hon se scenen i spegel. Den andra gången sjunker hon ihop, då hon går ut från chefens rum. Det syns på hela henne att hon känner sig förorättad.

#### Scen 2 med nya chefen:

Petra inreder först den nya chefens rum.

Sedan tar hon på sig finkläderna. Hon strålar när hon går in till chefens rum.

Petra: Hej, nya chefen!

Petra ( i rollen av nya chefen): Hej, Petra, välkommen in. Hur har du det på din avdelning? De pratar lite om hur det är på avdelningen.

Petra (stående): Jag har alla de här specialuppdragen på avdelningen. Hon räknar upp dem. Det bekymmersamma är att jag har en väldigt låg lön. Hur jag än snålar så har jag svårt att få pengarna att räcka till och detta trots mitt värdefulla jobb! Jag behöver få en löneförhöjning till minst 20.000 kr!

Petra i rollen av nya chefen: Kan du skriva ner alla specialuppdrag du har, dina meriter och återkom sedan.

Petra: Javisst!

I spegelposition får Petra se då medspelare 1 tar hennes roll och medspelare 2 tar rollen av nya chefen. De gör om scenen. Medspelare 1 tar på eget initiativ och förstärker Petras önskan om löneförhöjning och höjer lönekravet.

Medspelare 1 i rollen av Petra: Här är listan på alla mina meriter och på mina specialuppdrag. Jag anser att jag är värd 25.000 kr!

Medspelare 2 i rollen av nya chefen: Kan du skriva ner alla specialuppdrag du har, dina meriter och återkom sedan.

### Medspelare 1 i rollen av Petra: Javisst!

Petra blir alldeles euforisk då hon förstår att hon kan begära mycket mer än det hon tänkt sig.

### Scen 3 med nya chefen:

Petra: Här är listan på alla mina meriter och på mina specialuppdrag. Jag anser att jag är värd 25000 kr/mån!

Petra i rollen av nya chefen : Tack för meritlistan och specialuppdragslistan, jag ska se vad jag kan göra!

## **Utvärdering**

De som deltog i hela projektet var en grupp som bestod av fyra kvinnor och en man. Genomsnittsåldern var 49 år (min 32 max 56). Utfallsvariabeln var WHO-10-Wellbeing scale (se bilaga). Skalan användes dels för en bedömning av den senaste veckan samt även för det senaste halvåret. Utvärderingarna gjordes strax efter att gruppen startat, omedelbar efter gruppen samt 6 månader efter gruppen.

### **Kvantitativa resultat**

variabel	Före behandlingen, genomsnitt och spridning	Efter behandlingen	Ett halvt år efter behandlingen
WHO-10 en vecka	13 (3-23)	18 (12-21)	19 (12-26)
WHO-10 ett halvår	8 (1-13)	16 (11-19)	18 (14-26)

Statistik analys med Wilcoxon matched pairs test ( $P < 0.05$ ) för resultatet efter behandlingen jämfört med innan visar signifikant skillnad mellan resultatet före och efter ett halvt år. Resultatet för WHO-10 Wellbeing scale tillämpad på ett halvt år visar signifikant förbättring mellan utgångsvärdet och resultatet både efter behandling och efter ett halvt år.

Kommentar: På grund av det låga antalet deltagare måste resultatet bedömas med försiktighet. Resultatet antyder att behandlingen har effekt och att effekten finns kvar efter ett halvt års uppföljning.

Deltagarna skattade graden av sjukdom, problem på en skala 0 – 10, där 0 är inga problem och 10 är max problem. Det först angivna skattningsvärdet angavs direkt efter

kursen, värdet inom parantes anges av deltagaren ett halvår efter då denne gör en tillbakablickande skattning av sin hälsa.

Deltagare 1. Graden av problem vid gruppens början: **4 (9)**

Graden av problem vid gruppens slut: **7 (2)**

Deltagare 2. Graden av problem vid gruppens början: **10 (9)**

Graden av problem vid gruppens slut: **1 (0)**

Deltagare 3. Graden av problem vid gruppens början: **5 (7)**

Graden av problem vid gruppens slut: **8 (5)**

Deltagare 4. Graden av problem vid gruppens början: **7 (8)**

Graden av problem vid gruppens slut: **2 (1)**

Deltagare 5. Graden av problem vid gruppens början: **10 (7)**

Graden av problem vid gruppens slut: **3 (3)**

### **Medicinering**

Intaget av mediciner före, direkt efter kursslut och ett halvår senare har inte förändrats för deltagarna. En patient har slutat ta Eflexor 75 mg, i övrigt är medicinerna ungefär desamma.

### **Kvalitativa resultat**

#### **Intervjusvar**

På frågan om symptomen och/eller problemen som patienten hade vid gruppens början har blivit lättare, förändrats och/eller avtagit är svaren: Tre deltagare anser att deras symptom har *blivit bättre och att det är lättare* direkt efter kursen. De ser vad det handlar om och förstår mer samt ser symtomen från en annan synvinkel. Två deltagare anser att *symtomen har förändrats eller är helt annorlunda*. En har hittat sina känslor och menar att de speglas i en annan människa och hon ser hur lika vi är. Den andra har blivit medveten om problem.

Sex månader efter kursen anser två deltagare att det blivit en förbättring. En att det blivit mycket bättre, den andra har tagit beslut som förändrat livssituationen och är nöjd med tillvaron. Tre deltagare anser att symptomen förändrats och/eller är annorlunda.

- *Även om jag blir dålig återhämtar jag mig. Rensar, kastar – lagrar inte dåliga saker inuti.*
- *Har själv blivit mer öppen mot mig själv och andra. Har lättare att reagera utåt.*
- *Mår annorlunda, ingen depression längre, mår ganska bra.*

På frågan vad som har varit verksamt svarar deltagarna:

Deltagare 1.

Direkt efter: *Börjat se problemen, situationen tydligare.*

Sex månader senare: *Har blivit tryggare i mig själv, lättare att fatta beslut, förstår mig själv – ser mina behov och tar dem på allvar.*

Deltagare 2.

Direkt efter: *Allting, hur jag mår, min ork, syn på livet, mer kraft psykiskt.*

Sex månader senare: *Ser på saker på ett annat sätt. Tar inte ansvar för allting. Fastnar inte. Säger ifrån till barnen.*

Deltagare 3.

Direkt efter: *Klarsynthet.*

Sex månader senare: *Att ställa sig utanför sig själv och betrakta hur jag uppför mig.*

Deltagare 4.

Direkt efter: *Stödet från gruppen, ventilen.*

Sex månader senare: *Att vara i mina känslor har varit bra. Jag har fått mer kontakt med mina känslor.*

Deltagare 5.

Direkt efter: *Gestalta, spegling av de andra. Höra andras problem, värdefullt.*

Sex månader senare: *Speglingarna, se och uppleva sig själv.*

Deltagarna anser att det varit utvecklande att arbeta med rollspel. Att se sitt sätt att hantera problemen och fått mer verktyg. Att göra en spegling och sedan spela hur det kunde bli. Utvecklande har också varit att ställa sig bredvid, se från ett annat perspektiv. Detta har skapat större förståelse för andra människor – empati.

Det som har varit bra med gruppen:

- *Fått nya idéer och tankar. Ledarna, deras speglingar. Fick styrka genom andras berättelser och därigenom fatta beslut.*
- *Olika grejer, se andras problem, reflektera sina egna, hjälpa varandra.*
- *Seriöst och intensivt arbete. Att ha fått hjälp med speglingen.*
- *Trevligt, utvecklande att se både sina egna och andras grejer. Bra stöd, även om det var jobbigt kändes det tryggt.*
- *Kontinuitet, varje måndag, ledarna duktiga, fin stämning snabbt. Kändes tryggt med terapeuterna, lagom stor grupp.*

På frågan vad som varit dåligt med gruppen svarar tre deltagare att ingenting var dåligt. Två deltagare tyckte att det var lite stökigt i början. En av dem säger att det var ostrukturerat - eller är det meningen att det ska vara så? Den andra säger att det var svårt att få tillit till gruppen i början då det kom och gick personer. Samma person uttryckte att de andra mådde sämre och att de inte var på samma nivå som hon. Kände först att hon tog för stor plats när de andra inte vågade, därefter backade hon och ville inte ta plats. Hon svarar att hennes tillit till de andra försvann när de inte vågade.

#### Mitt starkaste minne:

- *Sista träffen, då bearbetade jag min relation. Marie inspirerade mig och det känns fortfarande – tårar kommer fram.*
- *Mina två första övningar. När jag hittade och satte min trygga plats inom mig. Från Marie fick jag skott av en blomma som numera växer därhemma.*
- *Maries lyhördhet. Pauls välvilja. Gruppmedlemmarnas berättelser. I en scen då jag gav min mamma en röd sjal.*
- *Övningen att hitta min trygga plats, vuxit fram en trygghet och tillit till gruppen och ledarna. Medveten om sjukdomsvinst, efter gestaltning av smärta.*
- *En av deltagarna berättade om hur hon som barn fick åka och lämna tillbaka en kattunge. Spegla min löneförhandling.*

#### Mitt jobbigaste minne:

- *Några gånger efter gruppen fick jag ångest, gamla känslor kom fram. Sista träffen, då bearbetade jag min relation.*
- *Den första tiden när jag fick träffa min döda släkting.*
- *Se min egen situation. När jag var i gruppen vid ett tillfälle och mådde jättedåligt – ingen var medveten om det.*
- *Att titta på mig själv i spegel.*
- *Spegling av någon annans barndom som var likartad min egen. Satte igång mig direkt.*

#### Finaste ögonblick:

- *När en person i gruppen fick en insikt, aha-upplevelse, det syntes en förändring. När alla var med och konstruerade mitt födelsedagskalas.*
- *Många olika, när vi satt tyst och tänkte var och en - det blev en speciell stämning då. Lugn och ro. När vi samlades sista gången och åt tillsammans.*

- Pauls tolkning av en situation. Vissa saker som Paul och Marie sa, som gjorde att saker och ting la sig till rätta.
- Att se mig själv i spegel. Många fina minnen. Även om vi mådde dåligt var det mysigt. Kaffestunderna skapade trygghet i gruppen. Lärde känna varandra på annat sätt.
- När Paul fick mig att slå näven i bordet ang. lönehöjning. Varje gång då vi satt tillsammans och berättade om föregående träff och gjorde en resumé.

Ett halvår efter gruppens avslutning ställdes frågan om grupperfarenheterna finns kvar idag i vardagen. Alla fem deltagare svarade ja och utvecklade svaret.

- Har förmåga att strukturera mina känslor. Hanterar stressen bättre.
- Nu vet jag hur jag ska hitta min trygghet. Vet hur jag ska kasta bort dåliga saker. Blivit starkare och säger ifrån.
- De tog udden av de problem som tidigare var jobbigare för mig.
- Tänker ofta utifrån psykodrama – i scensätter. Fått perspektiv, kastar mig inte in i tex. diskussioner.
- Reflekterar ofta på saker, mer skådande och objektiv.

#### Konkreta förändringar, vinster sedan gruppen startade:

- Blivit lugnare i mig själv, självkänslan har blivit starkare. Har förmåga att strukturera mina känslor. Hanterar stressen bättre.
- Kommit upp från det svarta hålet, börjat arbeta igen. Allt, hemma och jobbet. Hade nyligen en konflikt på arbetet som inte finns kvar längre. Rotar inte. Man går som bland molnen sen blir det klart.
- Har börjat med ett förmodligen nödvändigt arbete. Att problemställningar har tonat ner, jag har fått lättare att agera ut och jag är inte lika rädd för förändringar längre.
- Våga känna och vara i mina känslor. Tänker ofta utifrån psykodrama – i scensätter. Fått perspektiv, kastar mig inte in i tex. diskussioner.
- Blivit mera självsäker, självförtroende, stärkt min roll på arbetet. Stoltare över mig själv. Mindre behov av att vara snäll, anpassa mig för andra. Är mer mig själv, ärlig – positivt.

Ledarna har upplevts som bra, duktiga, erfarna och ärliga. Ingen av dem har dominerat.

De egenskaper som uppskattats har varit att de är inkännande, kan möta olika personer och arbeta utifrån varje person. Bra bemötande, lyssnar, har lyhördhet, leder, ingen som tvingar. Själva organisationen var bra och de var förberedda innan grupptillfällena. Ledarna visade

stor empati, var duktiga på att regissera, har varit närvarande. Männsligheten, ärlighet, humor, öppenhet, har känt mig jämbördig. De var tydliga och duktiga på att skapa rogivande stämning. De motverkade så att vi inte skulle bli beroende av dem. Paul och Marie var som solar och de andra som stjärnor. Alla upplevde samarbetet mellan ledarna som bra. Ingen har saknat någon egenskap hos ledarna.

#### Ledarnas förhållningssätt:

*- De såg när vi mådde dåligt, tröstade på rätt sätt. Tvingade oss inte till något. Det var både behagligt och obehagligt men det ska vara så.*

*- Vid en scen där pappa var med – Paul sa ”inget du gör är besvärligt”. Det var på spiken rätt. Precis så hade min pappa sagt till mig.*

*Marie lyfte fram mig – sätter mig annars i bakgrunden.*

*- De fångade upp stämningar. Det måste vara svårt att greppa det som är här och nu och att det blev någonting av det, även om det spårade iväg så fanns den röda tråden där.*

*- De såg mig och kunde säga tillbaka vad de såg hos mig. Tvingade mig aldrig till något. De var som vägledare ska vara. Jag kände mig trygg, kunde visa mig ledsen. De öppnade sig för oss och gjorde speglingar av sig själva, det var viktigt!!!*

På frågan hur det påverkade deltagarna att de kände Paul innan gruppen startade svarar två deltagare att det kändes tryggt att Paul var med. En deltagare tyckte att det påverkade mycket. Det hade inte gått om hon inte hade träffat Paul innan. En deltagare tyckte inte att det påverkade henne mycket. Nu fick hon se en annan del av Paul. En deltagare tyckte inte att det påverkade henne, hon hade bara träffat Paul vid några tillfällen innan.

Arbetsituationen har förändrats till viss del från första och sista intervjutillfället. Två deltagare fortsätter att arbeta heltid. En deltagare är fortfarande sjukskriven. En deltagare var sjukskriven senaste halvåret före första intervjun. Ett år senare arbetar hon heltid. Den deltagare som var arbetslös ett halvår innan första intervjun arbetar heltid sedan tre månader vid sista intervjun.

Vårdkonsumtionen hos sjukgymnast har ökat med 14 besök totalt av gruppdeltagarna. En deltagare opererades under grupptiden. En annan krockade. Besöken hos distriktssköterskan minskade med totalt två besök. Störst skillnad var distriktsläkarbesöken som minskade med 10 besök. Dietisten fick ett färre besök och en deltagare går på vattengymnastik varje vecka.

I slutet av intervjun blir deltagarna tillfrågade om de vill tillägga något.

Tre deltagare vill absolut vara med i en ny grupp. En annan tycker att det vore bra om det blir psykodramagrupper i framtiden så att andra kan bli hjälpta. Hon säger - *Man blir hjälpt*. En annan säger - *har hjälpt mig ganska mycket*, ännu en säger - *det är sådan bra hjälp*. En deltagare säger direkt efter kursen att hon fått ytterligare livsverktyg för att gå vidare i livet, börja på något nytt. Sex månader senare säger samma deltagare - Har fått instrument att gå vidare. Känner att jag har fått möjligheter att uppleva livet. Önskar att andra ska få uppleva detta. En deltagare uttrycker glädje över att ha fått detta tillfälle att tala om vad hon tycker om ledarna och gruppen. En annan tyckte att det var en lagom stor grupp. Tiden 15.30-18.30, var jättebra och fikapaus – enormt viktigt. Avslutning på vårdcentralen med knytnis var bra.



## Analys

Följande frågeställningar söker fördjupa kunskap om hur psykodrama kan fungera som verktyg för psykosomatiska patienter.

- Hur uppfattas och beskrivs *psykosomatiska symtom* inom vården?
- Vad ses som verksamt i psykodramatisk metod?
- Vad visade sig vara verksamt i psykodrama med psykosomatiska patienter?

Begreppet stressutlöst eller psykosomatisk sjukdom innefattar idag framför allt de sjukdomar där man utifrån våra nuvarande kunskaper ser ett påtagligt samband mellan känslomässiga faktorer och sjukdomen ifråga. De psykosomatiska symtomen kan ha olika orsaker. För att förstå hur de uppkommit är det viktigt att se till helheten. Individens livsberättelse är ett sätt att närma sig denna helhet..

Psykosomatiska problem kan förstås som orsakade av ett avbrott, av ett stopp i flödet mellan känslor och kroppsliga reaktioner tidigare i livet. Det lilla barnets flöde märks i dess kropps reaktioner på glädje och förtvivlan och dess andning engagerar hela den lilla kroppen. (Barnet slutar gråta när det gråtit färdigt.) Avbrottet har medfört att känslorna inte har kunnat uttryckas och uppfattas både kroppsligt och emotionellt. Kroppen har fått bära och motta den hotande känsloreaktionen som samtidigt härigenom har förstummats och blivit oigenkännlig. Läsningen ligger bortom orden och är svår att nå via verbal terapi. När pressen blir för stor i en situation som påminner om den obearbetade ursprungssituationen kan kroppsliga symtom uppstå. Människan är i alla ögonblick en kännande, tänkande och handlande varelse. Hon tolkar företeelser på ett för henne specifikt sätt, vilket försvårar eller omöjliggör enkla och säkra förutsägelser om effekter av vissa händelser. – När en människa söker hjälp i sjukvården är det ett tecken på att någon form av obalans råder. Det sätt på vilket patienten presenterar sina symtom, verbalt eller på annat sätt kan ge viss information. Sjukvårdens attityder påverkar vilka symtom som patienten presenterar och hur dessa kommer att uppfattas av läkaren själv och av patienten. Affektteorin söker kopplingar mellan affekternas uppkomst och de symtom som patienten kommer till vården med. Vikten av att beskriva och gestalta känslor och fantasier – till exempel genom visualiseringar – betonas i den psykosomatiska forskningen. Balint skriver att en patient med en grundbrist behöver lära sig emotionalisera i stället för att psykosomatisera. Med detta menas att patienten behöver lära sig att känna och känna igen sina kroppstillstånd och i vilka situationer de uppstår. Genom att gestalta situationer ur den egna livsberättelsen kan psykodrama ses som en form av narrativ terapi. De dramatiserade situationerna innehåller så gott som alltid ett kraftfullt affektstillstånd.

Den psykodramatiska metoden kan genom sin konkreta form vara ett psykoedukativt stöd som tydliggör sambandet mellan det emotionella tillståndet och den kognitiva tolkningen av situationen som patienten gör.

Den psykodramatiska inramningen, kombinerat med frivilligt deltagande, nej regeln och sekretessen utgör sammantaget förutsättningen för att skapa en trygg miljö och ett hållbart sammanhang för gruppdeltagaren. Tryggheten innebär att huvudpersonen kan välja att ta plats, att acceptera eller inte acceptera regissörens förslag, vilket ger en viktig förutsättning för spontanitet, kreativitet och därmed utveckling. I utvärderingen så flera deltagare att ledarnas inte tvingande förhållningssätt varit stödjande. Vi anser att den rentav var en förutsättning för att gruppdeltagarna skulle våga utforska sina livsupplevelser. Via psykodramats expressiva, konkreta, spontana och kreativa form där uppvärmningen ingår som ett viktigt moment kommer deltagarna i kontakt med sina inre konflikter. Dessa kan vara aktuella i vardagen och leda fram till valet att dramatisera en obearbetad konflikt från förr. Situationerna spelas upp här och nu och kan ses ur olika perspektiv. Genom att byta roll med medspelarna möjliggörs perspektivbyten och huvudpersonen kan se sig själv som i en spegel och så som andra ser honom. På detta sätt får huvudpersonen uppleva ett inifrån-utifrån perspektiv på sig själv. Genom att dramatisera minnen från barndomen kan den som spelar sitt drama få kontakt med barndomskänslor samtidigt som hon/han som vuxen finns närvarande och kan förhålla sig till dessa, ofta starka, känslor. Genom att gestalta olika roller, som känslor, personer, situationer blir dessa projektioner både upplevda och synliggjorda. Den inre världen blir synlig, konkret och hanterbar och möjligheten att integrera, återerövra projektionerna i dess nya skepnad skapas. Projektionerna kan bland annat gälla självkänsla, skamkänsla och vrede. Som i exemplet med kvinnan som inte hade fått ta avsked från sin släkting. I psykodramat kunde hon få kontakt med och uttrycka sin saknad och samtidigt spegla sig utifrån i den situationen. Hon fick uppleva och gestalta sina inre reaktioner och minnen i den psykodramatiska formen, här och nu. I tryggt samspel med psykodramagruppen fick hon möjlighet att minska skuld och skamkänslor. I en reparationsscen fick hon även möjlighet att säga det som inte blev sagt. Spontaniteten, S-faktorn är en annan faktor av betydelse. S-faktorn, spontaniteten driver huvudpersonen till en adekvat respons på en ny situation eller ny respons på en gammal situation som återkommer. Detta överraskningsmoment hjälpte kvinnan i dramat som begärde mer lön att nå en förändring. De affektkategorier som vi uppfattat är *välbehag* som beskrivs i trygg-plats och då en deltagare tränade sig i att be om högre lön. Detta drama kan också ha bearbetat affekten *skam*. *Förvåning*, kom till uttryck i spegeltekniken då deltagarna såg sig själva *då och där* och

kunde reflektera *här och nu*. Den positiva affekten *intresse* visade sig i deltagarnas tilltagande iver i att vilja ta plats och gestalta olika situationer. *Ilkska och ledsnad* bearbetades i dramat att möta och ta avsked av en kär nära släkting samt i ”jag mår illa”. Det senare dramat hade också inslag av affekten avsmak. Vår hypotes är att psykodrama har påverkat affektregleringen och härigenom deltagarnas hälsa. Psykodrama framstår som en meningsfull metod för olika former av psykosomatiska svårigheter.

Utvärderingen visar hur deltagarna formulerade sina upplevelser av deltagandet i psykodramagruppen. Här ger de starka uttryck för att må bättre och känna sig hjälpta genom sina olika erfarenheter i gruppen. Flera uttrycker den mentala trygga-platsens betydelse för dem. Vi uppfattar det som att deltagarna genom att kunna förflytta sig till sin mentala trygga-plats upplever mer kontroll i sin tillvaro och därmed mindre stress. Detta kan ses som ett tecken på att oxytocinet stimulerats och givit en stödjande effekt. En person uttrycker i utvärderingen att hon med hjälp av sina erfarenheter från gruppen fått större förståelse för andra. Att hennes empatiska förmåga, hennes *tele* utvecklats. Under andra halvan av gruppens existens blev deltagarna ivriga att ta plats och få tid för att gestalta sina minnen och känslor. Det blev uppenbart att de utvecklat en tillit till den psykodramatiska processen och att psykodramat kunde ge dem själva och andra aha-upplevelser. Man kan förstå deltagarnas uppskattning av sina psykodramaerfarenheter som att de lyckats hitta språk och uttryck åt reaktioner som tystats. Den kollektiva processen i psykodramat möjliggjorde också att deltagarna kunde känna igen sig själva i sina medspelares dramer. De såg *varandra och sig själva* i varandras berättelse. Deltagarna vågade prova på att handla med hjälp av *den trygga psykodramatiska* ramen. Exemplet med kvinnan som vågade möta sin värk tydliggör hur självkänsla och kroppslig värk är sammanflätade och kan bearbetas då de konkretiseras. När gruppen slutade var en deltagare för första gången i sitt liv med på en avslutning. Under terminen dramatiserades föräldrar och partners, man kan likna det vid ett synliggörande och genom dramatiseringen en avveckling av dessa personers kraftiga påverkan på huvudpersonen. Vid intervju ett halvår efter avslutningen har två personer separerat från sina partner. Dessa separationer kan utgöra exempel på hur dessa två gruppdeltagares sociala-atomer (nätverkskarta) förändrats. Under grupptillfällena bearbetades särskilt ett av förhållandena vilket bidragit till att fördjupa gruppdeltagarens syn på detta förhållande.

Vid rapportens slutförande har vi ställt oss frågan om den kvalitativa utvärderingen, fallstudien och analysmetoden varit bra metoder för att belysa hur psykodrama kan fungera som verktyg för psykosomatiska patienter. Sättet att analysera och tolka patienternas utsagor och samla dem under olika teman har varit ett sätt att

synliggöra de allmänmänskliga problem som gruppen psykosomatiska patienter bär. Genom gestaltandet av livsberättelsen blir det tydligt att det i flera fall är *förhållningssättet* till grundbristen eller problemen snarare än problemen i sig som orsakat patientens symptom och lidande. Dock är det viktigt att poängtera att symptombilden vid psykosomatiska besvär är komplex och orsakad av ett multifaktoriellt samspel och en läkare bör avgöra den somatiska behandlingen. Rapportens utvärdering är gjord av en utomstående vilket har varit av avgörande betydelse för dess trovärdighet.

## **Slutord**

Arbetet med denna grupp med sina olika psykosomatiska problem har givit oss som ledare fördjupad erfarenhet av och tillit till att psykodrama är ett redskap för människor som lider av psykosomatiska besvär. Vi har också under arbetets gång med denna uppsats fått tillfälle att lära oss mer om den teoretiska uppbyggnaden kring psykodrama och psykosomatiska problem.

## Källförteckning

- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistoc Clinic.
- Berglind, H. (red.), (1998). *Skapande ögonblick*. Stockholm: Bokförlaget Cura.
- Blatner, A. H. (1984). *Praktisk psykodrama*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brodersen, T. (1989). *Psykodrama och sociala fobier*. Examensuppsats. Stockholm: Svenska Morenoinstitutet.
- Cullberg, J. (24.1.2002). *Ångest i hjärnan?* Dagens Nyheter. Stockholm: Bonnierkoncernen 27.6.2007. sid B-05 <<http://www.dn.se/>>
- Dotevall, G. (2001). *Stress och psykosomatisk sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Elliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsén, J-O. (2005). Kostnadseffektivt på lång sikt. *Revansch! Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*. Nr 1, 2005:3.
- Fox, J. (Editor) (1987). *The Essential Moreno*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Guvå, G. & Hylander, I. (2003). *Grundad teori - ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2002). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Holmqvist, M. & Maravelias, C. (red.), (2006). *Hälsans styrning av arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Högberg, G. (2003-2004). Föreläsningar. Kursen: *Kropp, känsla, tanke*. Stockholm.
- Högberg, G. (2007). Föreläsning. *Nordisk Psykodrama Utbildning*. Stockholm. 2007-01-11.
- Högberg, G. (Konarski, K. & Theorell, T. red.), (1991). *Psykosomatisk läkekonst*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Konarski, K. & Theorell, T. (red.), (1991). *Psykosomatisk läkekonst*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lagercrantz, A. (juni, 2007). *Medicinens cirkel måste vidgas*. Dagens Nyheter, (2.10.2003). <[http://www.svd.se/dynamiskt/idag/did\\_6253809.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/idag/did_6253809.asp)>
- Michel, P. Berg Johannesson, K. Ahmad, A. & Lundin, T. (2006). *Posttraumatisk stressyndrom alltmer i fokus*. Stockholm: *Läkartidningen* nr 44, volym 103.
- Merriam, S. B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Moreno, J. L. & Ennells, J. M. (1950). *Hypnodrama and Psychodrama*. New York: Beacon House.

- Moreno, J. L. (1993). *Who shall survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Student edition, Roanoke, Virginia, USA: American Society of Group Psychotherapy & Psychodrama McLean, Virginia, USA.
- Nationalencyklopedin. ne.se (2007), (27.6.2007).  
<[http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=288261](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=288261)>
- Neve, I-M. (2003). *Läkekunstens arbetsredskap – Livshistorieorienterad metodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordisk Utbildning i Psykodrama och sociodrama (2006). (27.6.2007).  
<[www.psykodrama.se](http://www.psykodrama.se)>
- Nordisk Utbildning i Psykodrama och Sociodrama. (2007). *Teori-, övnings- och tentamensbok*.
- Parnell, L. (1997). *Transforming trauma EMDR*. New York: W W Norton & Company Ltd.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). (27.6.2007).  
<[http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/I/Demens\\_sammanfattning.pdf](http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/I/Demens_sammanfattning.pdf)>
- Shapiro, F. & Forrest Silk, M. (1997). *EMDR The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: BasicBooks, A division of Harper Collins Publisher, Inc.
- Shapiro, F. (1997). *EMDR training manual*. CA, 93950-6010, USA: EMDR Institute, Inc.
- Sivik, T. & Theorell, T. (red.), (1995). *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Sohlberg, B-M. & P. (2001). *Metodologi och vetenskapliga analysformer*. Stockholm: Liber.
- Stockholms läns landsting (2003). SVSO, Sydvästra sjukvårdsområdet, *Kravspecifikation för kurator*. 0203-0089, Bilaga 2 F (2003).
- Stolt, C. M. (2003). *Medicinen och det mänskliga*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Svensk Förening för Psykosomatisk Medicin. (2006). (27.6.2007).  
<[http://www.psykosomatik.org/forsta\\_sidan.htm](http://www.psykosomatik.org/forsta_sidan.htm)>
- Theorell, T. (red.), (1998). *När orden inte räcker*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Uvnäs Moberg, K. (2002). *Lugn och beröring – Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Vedfelt, O. (2003). *Omedveten intelligens*. Stockholm: Natur och kultur.
- Vårdguiden, Stockholms Läns landsting. (28.2.2006). (27.6.2007).  
<<http://www.vardguiden.se/Article.asp?ArticleID=3548>>
- Vårdguiden, Stockholms Läns landsting. (17.8.2006). (7.6.2007).  
<<http://www.vardguiden.se/Article.asp?c=3369>>
- York, C. (1998). Föreläsning. *EMDR med barn*. Stockholm. Oktober 1998.

## Bilaga

### WHO:s välbefinnandeindex (The WHO (Ten) Well being Index)

För vart och ett av dessa påståenden, sätt ett X under det påstående som stämmer med hur ofta du känt dig så **under det senaste halvåret** och **under de senaste sju dagarna**

	Hela tiden	Ofta	Ibland	Aldrig
<b>1. Jag har känt mig ledsen och nere</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>2. Jag har känt mig lugn och avspänd</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>3. Jag har varit energisk, aktiv eller företagsam</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>4. När jag har vaknat upp har jag känt mig pigg och utvilad</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>5. Jag har känt mig lycklig eller nöjd och belåten med mitt personliga liv</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>6. Jag har känt mig väl anpassad till min livssituation.</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>7. Jag lever det slags liv jag vill leva</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>8. Jag har varit pigg på att ta itu med dagens arbete eller fatta nya beslut.</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>9. Jag har känt att jag kan klara av allvarliga problem eller större förändringar i mitt liv.</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....
<b>10. Jag har känt att livet är fullt av intressanta saker.</b>				
under det senaste halvåret	.....	.....	.....	.....
under de senaste sju dagarna	.....	.....	.....	.....

## Bilaga

Frågeställningar till gruppdeltagare i psykodramagrupp på NN vårdcentral.  
**Januari 2006, maj/juni 2006 och december 2006.**

Är Du \_\_\_\_\_ kvinna \_\_\_\_\_ man

Din ålder \_\_\_\_\_

Använder Du receptbelagda mediciner ja nej Om ja, vilka? Skriv gärna på baksidan!

Vid ja, \_\_\_\_\_ under den sista veckan \_\_\_\_\_ under det sista halvåret

Använder Du receptfri medicin ja nej Om ja, vilka? Skriv gärna på baksidan!

Vid ja, \_\_\_\_\_ under den sista veckan \_\_\_\_\_ under det sista halvåret

Arbetar Du just nu heltid? \_\_\_\_\_ sista veckan \_\_\_\_\_ sista halvåret \_\_\_\_\_

Arbetar Du just nu deltid? Hur många %? \_\_\_\_\_ sista veckan. Hur många %? \_\_\_\_\_

sista halvåret

Har Du varit arbetslös under sista veckan \_\_\_\_\_ Vid ja, hur många %? \_\_\_\_\_

Har Du varit arbetslös under sista halvåret? \_\_\_\_\_ Vid ja, hur många %? \_\_\_\_\_

Är Du nu sjukskriven? \_\_\_\_\_ Vid ja, hur många %? \_\_\_\_\_

Har Du varit sjukskriven under den sista veckan? \_\_\_\_\_ Vid ja, hur många %? \_\_\_\_\_

Har Du varit sjukskriven under det sista halvåret? \_\_\_\_\_ Vid ja, hur många %? \_\_\_\_\_

Är Du sjukpensionär? \_\_\_\_\_

Vårdkonsumtion:

Hur många besök under det sista halvåret har Du haft hos:

Arbetsterapeut \_\_\_\_\_

Sjukgymnast \_\_\_\_\_

DSK/Distriktssköterska \_\_\_\_\_

Distriktsläkare \_\_\_\_\_

Dietist \_\_\_\_\_

Kurator \_\_\_\_\_

(grupptillfällena räknas bort)

Eventuell annan vårdkonsumtion? ja nej Vilken?



## Bilaga

### Utvärderingsfrågor till psykodramagruppdeltagare **december 2006**

Tycker du att de symptom, problem du hade vid gruppens början har blivit lättare, förändrats, avtagit? Berätta...

Tycker du att din förmåga att ta tag i saker och lösa (dina) problem har förändrats som en följd av att du deltog i psykodramagruppen? Ingen förändring! Om ja, berätta....

Graden av sjukdom, problem vid **psykodramagruppens början**

0-----10

Graden av sjukdom, problem vid **psykodramagruppens slut**

0-----10

Graden av sjukdom, problem idag (december 2006)

0-----10

Om det finns en förbättring, vad har varit verksamt för dig?

Om det inte skett en förbättring eller om det skett en försämring, har du några tankar om orsaken till detta?

Vad var bra med gruppen (träffarna)?

Vad var dåligt med gruppen (träffarna)?

Mitt starkaste minne

Jobbigaste minne

Finaste ögonblick

Om något var utvecklande kan du precisera vad?

Kan du se någon/några konkreta förändringar, vinster för dig sedan gruppen startade?

Hur upplevde du relationen till **de andra deltagarna**?

Hur upplevde du **ledarna**?

Egenskaper hos gruppledarna som du uppskattade....

Egenskaper hos gruppledarna som du saknade ...

Hur upplevde Du samarbetet mellan ledarna?

Hur upplevde du ledarnas förhållningssätt?

Något särskilt som du minns att ledarna (gjorde, sade, bra – dåligt)?

Är det något som jag inte har fråga om som Du vill tillägga?

Utbildningen till diplomerad psykodramatiker innefattar en grundutbildning och en fortbildningsnivå. Grundutbildningen omfattar 500 x 45 undervisningstimmar, tillgängliga i veckolånga arbetspass. Årligen ges fem arbetspass förlagda till Hangö i Finland, till Åland och till Stockholm. Under 2/3 av kurstiden behandlas teman utifrån deltagarnas egna erfarenheter och 1/3 av kurstiden består av lärarledd övning. Fortbildningen omfattar 420 x 45 minuter. I fortbildningen ingår registrering, teori, egen praktik, handledning, uppsatsskrivning och regiprov. Utbildningen är godkänd av FEPTO (Federation of European Psychodrama Training Organisation). Läs mera på Nordisk psykodramautbildnings hemsida: [www.psykodrama.se](http://www.psykodrama.se)

Marie Cassel, [marie.cassel@telia.com](mailto:marie.cassel@telia.com)  
Paul Lindroos, [paul.lindroos@sns.sll.se](mailto:paul.lindroos@sns.sll.se)