

Karin Johannisson

DEN MODERNA TRÖTTHETEN

Från överansträngning till stress, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet

Vid ett möte i november 1900 med den brittiska Föreningen för medicinsk psykologi diskuterades tidens skenande psykiska sjuklighet. Man hänvisade till tre huvudorsaker: ärftlighet, yttre och inre förgiftning samt *stress*. Att stress var en utlösande faktor hade demonstrerats av djurförsök där råttor placerats under extrema stressituationer i s.k. hjulburar. Generellt kunde den sjukdomsframkallande processen beskrivas som ett bortfall av energi, det vill säga som ett förlustfenomen, konstaterade doktor Symes Thomson ”Om sjukdomen alltså handlar om en sjuklig energiförlust, om det handlar om ett tillstånd där faran ligger i stress” måste vi hitta relevanta behandlingsformer. ”Vi ser många vars nervsystem kommer att trasas sönder om de inte avlägsnas från den stress under vilken de lever, antingen det handlar om aktiebörsen eller någon annan professionell aktivitet där 1800-talets press är mycket intensiv.”¹

Likheten mellan sekelskiftena 1900 och 2000 är slående i relation till upplevelsen av en växande psykisk ohälsa. Bägge tidpunkter definierar samtiden som präglad av stark förändring, intensifierat informationsflöde, snabba kommunikationer och stora krav på den urbana människan - allt i en snurrande marknadskultur. Vid bägge tidpunkter uppstår nya diagnoser som namnger och legitimerar de symtom på inre vantrivsel som samtidsmänniskan visar i en starkt konkurrens-, prestations- och tempopräglad kultur.

På denna punkt i berättelsen skulle man kunna suggerera fram föreställningar om sekelskiftessjuka eller förföras till kulturella mytbildningar. Som punkter i tiden är sekelskiftet givetvis inte märkligare än andra. Vad som däremot förenar de båda sekelskiftena tycks vara den accelererade förändringstakten, dvs. att själva förändringen går snabbare än under föregående period. Denna acceleration kan beskrivas på ett mätbart plan, men också på

ett upplevt. Här riskerar den att automatiskt skapa känslor av otillräcklighet, rastlöshet, av att inte hinna med mentalt, psykiskt och känslomässigt. Också det som finns i minnet, vanan, kroppens prägling hotar att lösas upp och försvinna. Just detta har tillhört modernitetens frånsida: förväntningen på människan att vara gränslöst förändringsbar, anpassningsbar, plastisk, flexibel och framåtriktad.

Ett konkret sätt att relatera förra sekelskiftets upplevelse av psykisk stress till det senaste sekelskiftets är att jämföra två medicinskt och kulturellt legitimerade diagnoser som - inom sin respektive samtidskontext - anses spegla onormal trötthet: neurasteni (nervtrötthet) och kroniskt trötthetssyndrom.

Men syftet är inte i första hand att finna absoluta likheter (något som skulle bygga på föreställningen att sjukdom kan reduceras till historiskt neutrala fenomen), utan att undersöka hur sjukdomsbilder byggs upp och vilka inomvetenskapliga och kulturella förklaringsmodeller som samverkar. Ytterst innebär det också ett nytt sätt att närma sig den komplicerade process genom vilken diagnoser skapas.

Överansträngning och det moderna samhället 1900

Under 1800-talets andra hälft genomgick västeuropa en dramatisk samhällsomvandling. Industrialisering, en expanderande kapitalmarknad och massinflyttning till städerna skapade nya sociala strukturer och mönster för mänsklig kontakt. Ny teknik representerade en förändrad livsmiljö. Kring elektrifieringen, telegrafan och telefonen uppstod särskilda myter, riskscenarion och sjukdomsbilder. Nya kommunikationer - järnväg, spårvagn, så småningom bilen - markerade känslan av att tid var kapital. Inte minst järnvägsresandet ansågs bära på särskilda risker. Den psykiska stressen symboliserades av själva farten, av tågvagrens skakningar, vibrationer och plötsliga stopp, men också av järnvägsstationernas hets och brådska. Tidtabeller, trängsel, högtalarutrop, varningsklockor - allt skapade tillsammans med stadens myller och hets en okontrollerad ström av sinnessensationer, ett flöde av bilder, ljud och pockande tidsmarkörer.

Till denna upplevelse av ett hektiskt stadsrum fördes en rad vetenskapliga teorier kring det moderna samhällets effekter på den sårbara individen: evolutionsteorin som i socialdarwinistisk tappning påminde om den nödvändiga kampen och konkurrensen för överlevnad, teorin om energins konstans som hävdade att individens energimängd var

begränsad, och olika civilisationsteorier som såg alienation och fragmentisering som framstegets ofrånkomliga pris.

Sekelskiftets alla stora kultursociologer - Georg Simmel, Émile Durkheim, Ferdinand Tönnies, Max Weber - pekade på de inre konflikter som uppstod när gamla livsformer ersattes av nya, och människan utkastad ur invanda tryggheter och värdegemenskaper svävade fritt i en formlös värld. Många talade om en växande trötthet. Pierre Janet, som skulle bygga i stort sett hela sin psykologiska teori på uttröttningsproblemet, tolkade denna trötthet som ett symptom på en gigantisk alienation. Andra hänvisade till civilisation och evolution som sensibiliserande processer. Om individen inte hade möjlighet att skydda sitt sårbara jag från alltför snabb förändring och kulturell chockverkan, blev smärta resultatet. Den svenske psykiatrikern Viktor Wigert skulle tala om den särskilda *mimosakaraktären*, de sårbara som ”reagera starkt för varje vidröring av det brutala livet”.²

Situationen framställdes som allvarlig: läkarnas väntrum fyllda av stressade, överansträngda och plågade samtidsmänniskor. Deras fallberättelser skulle i stort sett ojusterade kunna kopieras in i ett nutida scenario:

Köpman, lider sedan år av sömnlöshet, ångest, känsla av att huvudet pressas samman.

”Jag arbetar träget från klockan 8 på morgonen till klockan 10 på aftonen. Jag har knappast tid att äta; vanligen äter jag på stående fot kallnad och smaklös mat. Om kvällen klockan 10 är jag så trött, att det är med stor svårighet jag orkar avsluta mina böcker. Under natten surra dagens affärer om i mitt hufvud, så att jag knappast förr än fram emot morgonen får njuta någon hvila. Då jag stiger upp, är jag genomtrött och får lof att dricka några glas konjak för att åter bli arbetsför.”

Ung affärsman, lider av sömnlöshet och torgskräck, sedan månader oförmögen till intellektuellt arbete.

”Vi arbeta från 8 på morgonen till 8 på kvällen och ha blott en kvart att äta frukost. På kvällen, sedan arbetet är slut, äro vi några unga män, som träffas på ett kafé, där vi äta och dricka gladeligen till klockan 2 eller 3 på morgonen. Jag sofver aldrig tillräckligt ... Då jag reser i affärer, reser jag på nätterna för att kunna använda dagarna.”³

En svensk läkare kommenterar fallen. Det handlar om överansträngning till följd av överarbete och för lite vila. Det moderna storstadslivet lägger intensiv press på individen. Konkurrens och kamp om synlighet dominerar ekonomi, industri, konst och vetenskap. Alla vill tränga sig fram. Man arbetar intensivt för att nå framgång, men väl där upplever man mest trötthet och tyngande ansvar. För att distrahera sig kastar man sig ut i nöjesliv, upplevelser och hektiskt resande. Just denna kombination av överansträngning och överstimulering skapar

sjukdom. Överansträngningen är mental, i första hand intellektuell, men kan också utgå från långvarig oro, personliga olyckor, motgångar och besvikelser.⁴

Tesen är alltså att själsarbete uttömmar kroppen. Överansträngning är ett sjukdomsframkallande tillstånd omedelbart relaterade till en livsstil präglad av överförbrukning av mental energi.

Trötthetens problem

Överansträngningsteorin är helt central i den vetenskapliga, medicinska och massmediala kulturanalysen kring sekelskiftet 1900. Tillsammans med degenerationstanken spelar tröttheten rollen av framstegets ständigt närvarande hämndgudinna. En mycket stor litteratur dekonstruerar relationen mellan samhälle, uttröttning och sjuklighet.

Analysen är konstruktiv. Tröttheten betraktas som tecken på kroppens vägran att böja sig för det moderna industrisamhället. Den identifieras varken med depression, sjukdom eller arbetsovillighet, utan uppfattas snarare som en gräns, t.o.m. ett slags uppvaknande, ett kroppens sunda signal för behovet av vila och återhämtning. Om trötthet kan tolkas som jagets naturliga motstånd mot produktivitetens krav, pekar samma tolkning på nödvändigheten av att skapa en bättre ordning för människan i industrisamhället.

Alltså: uttröttning representerar gränsen för individens fysiska och psykiska förmåga, men också den gräns som samhället inte kan överskrida utan att motverka sina egna intressen.⁵

Överansträngningstesens teori var en rent fysiologisk teori hämtad från termodynamikens två första lagar, dvs. den om energins konstans och den om energins ”utsippring” genom värmeförlust (entropi).⁶ Överförda från ett fysikaliskt till ett fysiologiskt plan fick de status som vetenskaplig förklaringsmodell för den sårbara relationen människa/samhälle. Logiken var följande: kroppen förfogar över en bestämd mängd livsenergi. I den friska kroppen är denna energi jämt fördelad, men med särskilda depåer i områden som hjärna, matsmältningsapparat och kön - som i sin tur står i inbördes ”reflexförhållande” till varandra. Överkonsumtion i någon del innebär att andra delar ”svälter”; enligt denna logik riskerar alltså intellektuell kraftuttömning att skapa spontana störningar i sexualliv och matsmältning. Varje ansträngning tär på det en gång för alla givna energikapitalet, underskott uttrycks som sjuklighet. Kontinuerlig yttre påfrestning riskerar att skapa en irreversibel utsippring av energi, ett slags själens och kroppens långsamma värmedöd.

Tröttheten hade alltså en unik förmåga att översätta en yttre problematik till inre nivåer och göra kroppen till den punkt där en större samhällsproblematik kunde studeras. Under

seklens sista decennier utvecklades vad Robert Nye har kallat ”den medicinska modellen för kulturell kris”, uppbyggd antingen kring degenerationstemat eller just överansträngningstemat.⁷ Via olika mätmetoder försökte läkare och fysiologer överföra individens svar på social stress till medicinsk vetenskap. Som konkreta fysiologiska tillstånd kunde trötthetens former och grader - från uttröttning till utmattning, överansträngning och sammanbrott - ringas in. Till en början uppfattades också dessa tillstånd som objektiva, mätbara och möjliga att åtgärda. Wilhelm Weichardts sensationella kungörelse 1904 att han funnit ett vaccin mot trötthet blev en besvikelse, men var ett uttryck för tidens utopiska vetenskapstro.

Fram till 1870-talet hade *trötthet* knappast uppmärksammats som ett medicinskt problem annat än som randfenomen i olika depressiva tillstånd som melankoli, nostalgi, ennui, spleen eller acedia. Vid sekelskiftet 1900 fanns hundratals studier av muskeltrötthet, nervös utmattning, hjärntrötthet, asteni och nervtrötthet. Också i Sverige slår överansträngningsteorierna igenom i den medicinska diskussionen på 1870-talet.⁸

Två huvudarenor identifierades för trötthetens problem, den ena kopplad till industriellt arbete, den andra till intellektuellt. Den *första* utgick från en välkänd 1700-talsmetafor: människan-maskinen. Den mänskliga kroppen och fabrikernas maskin var båda en motor som omvandlade energi till mekaniskt arbete, men som i tillstånd av obalans, utmattning eller överhettning beskar sin egen effektivitet.

En rad laboratoriestudier kring den arbetande kroppen inleddes, bl.a. försök att med hjälp av särskilda instrument - *ergografen* som mätte muskeltrötthet och *esthesiometern* som mätte hudens känslighet för beröring - registrera mycket små förändringar i trötthetens fysiologiska förlopp under ett bestämt arbetsmoment. Kring sekelskiftet hade vetenskapsmän i Tyskland, Frankrike och Italien (i England tycks intresset ha varit mindre, kanske på grund av en lång tradition av puritansk arbetsetik) undersökt en rad aspekter av uttröttning, liksom trötthetens roll i olyckor, sjukfrånvaro och ”måndags-depressionen” (blå måndagen). Genom alltmer förfinade mättekniker hoppades man att efterhand kunna frilägga principen för kroppens energisystem, bestämma rörelsers ekonomi och metoder att organisera förbrukningen av både muskelenergi och nervenergi. Inte minst gällde det att fixera den kritiska skillnaden mellan uttröttning och överansträngning. Denna skillnad definierade också gränsen mellan det normala och det patologiska, eller mellan förmåga respektive oförmåga till återhämnning genom vila.

Den *andra* arenan kopplades till grupper som representerade högförbrukning av mental energi: skolbarn, studenter och intellektuella, det vill säga "hjärnans arbetare". Över hela Europa, också i Sverige, rapporterades en dramatiskt ökad sjuklighet bland skolungdomen i form av försämrad syn, sömnproblem, anemi, kloros och näsblod. I Frankrike talade man om en epidemi av överansträngning och intellektuell utmattning utlöst av decennier av undervisningsreformer i kombination med mordiska krav (l'éducation homicide). Med hjälp av ergografen försökte man påvisa att intensiv mental ansträngning - t.ex. att memorera latin eller vers - också skapade muskeltrötthet. En stressad hjärna kunde likaså producera rastlöshet och mental hyperaktivitet som satte märken i individens karaktär och personlighet.

Från dessa utgångspunkter framstod uttröttnings som ett strategiskt tröskelvärde för mänsklig begränsning. Trötthetens problem var ett samhällsproblem som måste föras in under medicinens, teknikens, pedagogikens och politikens ansvar. Läkare, fysiologer och socialhygieniker kunde uppträda i nya expertroller samtidigt som fabriken, kontoret och skolan blev platser för en ny typ av övervakning genom tidsstudiemän, kontrollanter, inspektörer.

Samtidigt befästes en bestämd klasspolitisk hierarki mellan kroppsarbetarens och den intellektuella arbetarens trötthet. Mentalt arbete var mer energislukande än tungt industriarbete eller mekaniskt kontorsarbete. Hjärnstressens påverkan på kroppen var alltså större än belastning direkt mot kroppen. I sådana distinktioner bekräftas en urgammal ordning mellan kropp och själ, men också mellan de privilegierades trötthet och de andras. När Marx påpekade att utsugning och maktlöshet skapade just trötthet, blev hans röst hängandes mellan de politiskt gångbara tolkningsmodellerna. (En arbetarkvinna kunde alltså inte bli överansträngd, möjligen utsläpad, ett begrepp med dov klang av underklass ända fram till 1900-talets mitt.)

Tröttheten - som uppmätt fysisk reaktion och som socialt skapad föreställning - kom därmed att ingå i flera olika diskurser: arbetsorganisatoriska, socialmedicinska, yrkesmedicinska, civilisationskritiska. Som indikator på kroppens och själens tillstånd i ett bestämt modernt tidrum framstod överansträngning som ett tillstånd av överväldigande samhälls- och medicinsk betydelse. Det gällde att skydda individen från överarbete, men också från överstimulering. Särskilt i den febriga storstadsmiljön riskerade mental uttröttnings att spontant kompenseras med ett lika energislukande njutnings- och konsumtionsbegär: lyx i fråga om inredning, kläder och mat, extravagans i förhållande till kroppens, könets och sinnenas njutningar. Vissa hävdade t.o.m. att den moderna samhällets förtunnade nervenergi

kunde definieras som ett särskilt psykofysiologiskt tillstånd (ennui) som förklarade de konstnärliga särdragen i europeiskt fin-de-siècle. Enligt sådana tolkningar låg individuell och kollektiv trötthet - inte estetik - bakom subjektivismen, formexperimenten och det nostalgiska tillbakablickandet, liksom bakom drogkulten och könsöverskridningarna inom homosex-, dandy- och bohemkulturerna.

Nervtrötthet (neurasteni)

Bland överansträngningens effekter framträdde ett sjukdomstillstånd särskilt: neurasteni. Det representerade mental uttröttning i sin optimala form.

Namnet skapades 1869 av den amerikanske läkaren George Beard för ”de former och typer av nervös uttröttning som härrör från hjärna och ryggmärg” och definierades som bortfall av nervenergi.⁹ Diagnosen preciserade och samlade upp det diffusa spektrum av lidanden som tidigare karaktäriserats som nervösa: neuros, ryggmärgslidande, hysteri, hypokondri. Den kunde delas upp i ett antal subtyper - t.ex. den cerebrala, sexuella, traumatiska - och inneslöt ett mycket stort antal symtom (Beard nämner själv ett åttiotal) - från huvudvärk, sömnproblem, feberkänsla, vandrande smärtor och sensibilisering av alla sinnesorgan till ångest, melankoli och en lång serie fobier. Han hävdade att tillståndet var relaterat till den moderna livsstilen och i första hand drabbade de högpresterande grupperna i civilisationens front: affärsmän, börsmäklare, tjänstemän och intellektuella. Neurasteni var alltså en kultursjukdom närd av själva moderniseringsprocessen som innebar att individen blev samtidigt aktiverad, överstimulerad och dränerad på energi.

Diagnosen spreds raskt till Europa, där den inledde en intensiv karriär. I Sverige introducerades den i medicinalstyrelsens sjukdomsklassifikation 1890 och rusade snabbt upp i höga siffror. Den är ett lysande exempel på vad som kan kallas en sjukdoms instiutionalisering: när diagnosen väl finns - som namn och som föreställning - medicinskt och kulturellt legitimerad och massmedialt exponerad, tenderar den att också att dra till sig bärare av den typiska symtombilden.

Neurastenin definierades generellt som reducerad nervenergi uttryckt som kronisk trötthet som hejdade eller sackade hjärnans, psykets, känslolivets och kroppens aktivitet. Neurastenikern överväldigades av krafterlöshet, emotionell instabilitet, plötslig svaghetskänsla i benen, dramatiskt minskad aktivitet, oförmåga att ta sig ur sängen. Man registrerade den minskade förmågan till koncentration, uppmärksamhet och lyssnande; (som mätinstrument

användes utöver estesiometern som mätte känsligheten för beröring, *audiometern* som mätte ”tillståndet av distraktion”). Minnesproblem noterades som ett generellt drag för neurastenikern, till och med svårigheter att minnas sina egna symtom. Vad som likaså slog många läkare var att energiförlusten tycktes utlösa en rad emotionella trötthetssymtom vad gällde förmåga att känna sorg, engagemang och empati.

De vetenskapliga tolkningsmodellerna hämtades ur samtidens tillgängliga repertoar. Tre teorier dominerade: den elektriska nervenergin, ärftlighetsläran och evolutionen. Den första innebar att ”nervösa vågor”, analoga med elektromagnetiska vågor, skapade en kontinuerlig cirkulation av nervenergi i kroppen; neurasteni uppkom genom en ”minskning av den specifika energin i omvänd proportion till individens hela energikapital”. (Som behandlingsmetod för neurasteniska patienter föreslog Beard också elektroterapi - delvis drastisk och påminnande om modernare tiders elchocker.)¹⁰ Ärftlighetsteorin kunde förklara variationer i nervkraft mellan individer eller mellan klasser, och evolutionsteorin en ökad sensibilisering (och likaså en ökad känslighet för smärta). Vad gäller *utlösande* orsaker tävlade sociokulturella och miljörelaterade modeller om tolkningsföreträdet: sjukdomen som en följd av intellektuell överansträngning, modernitetens hektiska livsstil eller av yttre och inre förgiftning som startade patologiska processer i ämnesomsättning och nervsystem.

Jämförelser mellan å ena sidan friska men mentalt uttröttade personer, å den andra neurasteniska patienter visade att det handlade om en gradskillnad, inte en artskillnad. Detta tycktes förklara neurastenis exklusiva begränsning till de intellektuella yrkena, dvs. till sociala kategorier vars uppdrag engagerade dem i hjärnarbete. I neurastenediagnosen synliggörs hur en rad ras-, klass- och könspolitiska värden infiltrerar den medicinska vetenskapen. Att neurasteni skulle kunna drabba ”vilden” betraktade Beard som absurt; (”Hon läser icke, hon skrifver icke, hon räknar icke. Hon har ingen framtid, utan endast en samtid ... hon är som en brasa, ett batteri, en klocka”). Men andra, t.ex. Charcot, menade att också arbetarklassens individ kunde drabbas, särskilt i samband med smärtsamma känslomässiga upplevelser eller konflikter med en ny och artfrämmande teknik. Kategorin ”traumatisk neurasteni” reserverades i allmänhet just för arbetarklassen. Könsaspekten vållade problem, särskilt som diagnosen i bl.a. Sverige tenderade att bli en kvinnoangelägenhet. Eftersom intellektuell överansträngning inte kunde kopplas till kvinnan, tvingades man laborera med kvinnospecifika förklaringsmodeller. Många utvecklade temat hur de övre samhällsskiktens kvinna, infångad i den sociala konvensansens tvångsmässighet, långsamt dränerades på energi för att slukas av trötthet, kraftlöshet eller smärta.

Patienterna delades generellt sett in i två huvudtyper: de depressiva, svårnåbara och icke-verbala, och de exalterade, kommunikativa och talande. De kunde också sorteras via två huvudtyper av symtom: främst psykiska eller främst somatiska (ihärdig huvudvärk, känsla av att huvudet pressas samman (vad Charcot kallade *galeati*; av *galeatus* = den som bär hjälm), neuralgisk ryggsmärta, neuromuskulär asteni, dödande trötthet, ökad känslighet för tryck mot huden). Den beskrivningsmani som utmärker neurastenilitteraturen är påtaglig; det är som om minsta symtomglidning, varje tecken måste registreras. Också patienterna beskrivs som starkt upptagna av minsta detalj, ständigt producerande allt mer elaborerade självdiagnoser.

Neurastenin framstod inte som en artspecifik sjukdom, utan som ett slags instabilt spegelsystem av andra sjukdomar. Detta spegelsystem tycktes i sin tur reflektera sjukdomens provokativa identitet: att inte lämna någon del av jaget orörd. För läkaren byggde de neurasteniska symtomen upp ett slags kroppstext där hans uppgift var att tolka och skapa mening åt patientens sjukdomsupplevelse. På samma sätt som en kritiker inför en abstrakt modernistisk bild gällde det att urskilja strukturen i ett kaos av tecken och figurer; också det absurda och skenbart obegripliga måste tas med. Men här skymtar också en djupare fascination inför sjukdomsbildens karaktäristiska svängningar mellan hyperaktivitet och hypertrötthet. Det var som om man försökte lokalisera en ”andra ordning” i neurastenin, bortom själva etiologin, ett slags eget samtidsrelaterat och modernistiskt symptomiskt talande. Tesen att individens kropps- och sjukdomsspråk - hennes översättning av inre fysiologiska och psykologiska händelser - formas av den kulturella kontext och den sociala position i vilken hon lever, är knappast ny.¹¹

Kring sekelskiftet 1900 tycktes läkare och psykologer desperata över neurastenins extremt mångfacetterade symtombild. Namnet *asteni* föreslogs för att skilja ut ”energisjukdomarna” ur det större neurastenibegreppet. Många av neurastenins psykiska symtom hamnade på ett besvärande sätt utanför den fysiologiska förståelsemodell som kunde förklara fysisk och mental utmattning. Gränserna mellan olika uttröttningsstillstånd måste fixeras; de raka fysiologiska förklaringarna återerövrades från de komplexa neuropatologiska.

Asteni definierades alltså inte i relation till en större sociokulturell scen, utan som de fysiologiska effekterna av en bestämd energiförlust. Därför tillbakavisade de klassiska behandlingsformerna vila och skonande. Läkare skulle inte råda sina trötta patienter att hålla sig borta från arbete och aktiviteter. Tvärtom, bara genom att mobilisera den inre energiresursen och återvända till arbetet, kunde de återerövra kraft och hälsa. Huvudstrategin var att träna den mentala motståndskraften: att motstå och avleda den undermedvetna ström av

bilder, associationer och fantasier som tog kommandot över jaget när energipåslaget var lågt.¹² Det innebär att den ”mjuka” terapin ersätts av ”stränghetens” terapi. I patient-läkarmötet innebär det också att läkarens äldre förståelseperspektiv bryts av en ny moraliserande röst, en tendens som skulle förstärkas under 1900-talets första hälft.

Studierna av trötthetens problem underströk alltså betydelsen av energins ekonomi, dvs. av jämvikt mellan individens energikapital och det yttre rummets krav. *Utmattning* definierades som ”ackumulation av uttröttning med gradvis förmåga till återhämtning” och *överansträngning* som ett tillstånd där förmågan till återhämtning genom vila var utslagen. Tillstånden fungerade som ett slags regulatorer för arbetskapaleten på samma sätt som en maskin övervakades för att inte överskrida sin tillpassade rytm och kapacitet. Att driva maskinen över sin förmåga var varken effektivt eller rationellt. Snarare gällde det att öka effektiviteten genom att i enlighet med ”minsta ansträngningens lag” identifiera den optimala balansen mellan in- och utflöde av energi.

I relation till industrisamhället kunde man alltså se på tröttheten på två sätt. Som kroppens spontana motstånd mot modernitetens och de nya arbetsstrukturernas krav, eller som ett gränsvärde som tvärtom utvecklade och förfinade effektivitet och produktivitet.

När den modernitetskritiska diskursen tappat mark några decennier in på 1900-talet, och det moderna välfärdssamhället skymtar bakom en sagolik industriell expansion, frikopplas också tröttheten från sin roll i den politiska kulturanalysen. Från en större samhälls scen förflyttas den in i olika inomvetenskapliga rum. Som problem relaterat till produktion och arbetsorganisation förs den till arbetsmedicinen, yrkesmedicinen eller miljömedicinen. Som symptom på bakomliggande händelser i kroppen förs den till virologin och immunologin. Som uttryck för melankoli och otillräcklighet försvinner den in i psykiatrin.

Mellan nervtrötthet och kronisk trötthet: stress

Sekelskiftet behandlade alltså ”trötthetens problem” inom en rad kulturanalytiska och vetenskapliga diskurser som gav status, legitimitet och forskningsresurser.

Efter första världskriget knyts samma problem främst till en arbetsvetenskap präglad av industriell expansion och taylorismens tidsstudier, under 1940- och 50-talen till militära behov, ökad flygtrafik och rymdforskning, och under 1900-talets senare hälft till olika säkerhetsfrågor relaterade till flyg, trafik och olycksfall.

Som mental uttröttning relaterad till yttre press förskjuts problemet till psykiatrin, där det också ägnas viss uppmärksamhet. Under 20- och 30-talen är neurasteni ännu gångbar som paraplydiagnos. Man skiljer i allmänhet mellan den *konstitutionella* neurastenin kännetecknad av kronisk nedstämdhet och abnorm uttröttbarhet med koncentrationssvårigheter och minnesluckor, den *förvärvade* ”som drabbar även den psykiskt välbalanserade såsom följd av överansträngning” samt *studieneurasteni*, kraftuttömning kopplad till intellektuell uttröttning.¹³ Som en särskild kategori definierades också den *feminina* neurastenin ”som utmärkes av den ytterliga intensiteten av nedstämdhet... och av kraftlöshet. Patienterna äro bokstavligen utan kraft och utan mod, oförmögna att taga itu med sina vanliga sysslor ... De kunna icke gå; några ha stor möda att hålla sig upprätta ... somliga äro ständigt sängliggande.”¹⁴ I samband med kvinnoneurastenin noterade man generellt inslag av tyngre passivitet och kraftlöshet i kombination med en muskelasteni som man annars sällan såg.

Också inom psykiatrins väggar kunde tröttheten tolkas inom skilda modeller. Den neurasteniska tröttheten har ingenting med överansträngning att göra, skrev t.ex. den svenske psykoanalytikern Poul Bjerre 1924. Arbetsprestationen och den yttre arbetssituationen spelar liten roll jämfört med det ”inre komplexarbetet”, det vill säga kampen för att hantera inre impulser, felaktiga val, motgångar, osäkerhets- och mindervärdighetskomplex. Det väsentligaste och mest ödesdigra i den neurasteniska tröttheten är mekaniseringen, dvs. ”tendensen att ... ständigt söka bekräftelse på sin egen svaghet som placeras i en fysisk åkomma som i sin tur legitimerar sjukrollen.” Individens lever på en social kraftomsättning som motsvarar ämnesomsättningen; hon behöver ständigt tillflöde av energi. Därför är den relevanta behandlingen inte vila, utan aktivitet; den trötta måste matas med ”nya intryck, nya förpliktelser, ja varför inte nya konflikter.”¹⁵

Men på den offentliga arenan har trötthetsproblemet ingen status. Det är som om det ligger och vilar i skuggan av 1900-talets stora välfärdsprojekt och utopiska drömmar. Min generella tes att vissa sjukdomsbilder är speglar av samhället eller - annorlunda uttryckt - att subjektiva kroppsliga upplevelser översätts i de uttryck som samhället, kulturen och den sociala positionen legitimerar - kan också tillämpas i ett slags scenario av icke-bekräftelse: tröttheten, alienationen och tillbakalängtan rymdes inte i ett 1900-tal präglad av framstegstro och en allt större rationalisering av livsvärlden.

Ett begrepp som - på denna makronivå - tycks bättre anpassat till ett samhälle präglad av rationalisering, effektivisering och löftesrikt dunkande maskiner inom ramarna för en kollektiv välfärdsutopi, är *stress*.

Ordet förekom alltså redan vid sekelskiftet 1900 med ungefär samma innebörd som det har idag, men utan definierade fysiologiska komponenter. Det hade heller ingen riktig genomslagskraft och konkurrerades ut av begreppet *nervositet* som rymdes inom en tydligare nervpatologisk förklaringsmodell. Nervositet betecknade på samma sätt som stress ett generellt tillstånd av oro, irritabilitet och påfrestning. På samma sätt beskrevs det också som ett tillstånd negativt kopplat till yttre prestations- och anpassningskrav.¹⁶

Stressens effekter på hälsan uppmärksammades alltså tidigt. Men det förblev svårt att definiera vad tillståndet ”var gjort av” liksom hur det verkade rent fysiologiskt. På 1940-talet lanserades det moderna biologiska stressbegreppet av den kanadensiske fysiologen Hans Selye. Utgångspunkten var iakttagelsen av ett generellt fysiologiskt reaktionsmönster, en sjukdomskänsla (”att-vara-sjuk-syndromet”) som återfanns i sina emellan mycket skilda sjuktillstånd. Han inledde metodiska studier av hur individer reagerade på fysisk och mental påfrestning och delade in kroppens försvars- och anpassningsreaktioner i tre huvudfaser: alarm, motstånd och utmattning. Denna dialog mellan yttre press och inre svar kallade han *stress*. Termen väckte till en början motstånd just därför att den associerades med nervös spänning.¹⁷

Parallellen mellan tillstånden nervositet och stress tycks också stark. Stress definieras som ett tillstånd av obalans ”mellan de krav en individ upplever och förmågan att motsvara dem, alltså ett slags fysisk och mental belastning”. Inom den nervpatologiska diskursen hade samma förhållande uttryckts så här: ”Om missförhållande finns mellan fordringarna på vårt nervsystem och dettas produktionsförmåga, så inträder nervositet”.¹⁸ Varken nervositet eller stress definieras som sjukdom, inte ens som sjukdomsliknande tillstånd, däremot som orsak till sjukdom. Båda griper i hög grad in i de diagnoser som den egna samtiden namnger och legitimerar: neurasteni, nervtrötthet, kroniskt trötthetssyndrom, utbrändhet.

Kroniskt trötthetssyndrom

Sedan neurastenin under 1940- och 50-talen tappat mark som diagnos, blev det medicinska trötthetsproblemet liggande under flera decennier i väntan på nya legitimerande namn. I första hand kopplat till en neurotisk, astenisk eller depressiv personlighet, eller till en kvinnlig identitet, saknade det all social status. På samma sätt blev ”överansträngning” och ”det nervösa sammanbrottet” exponerade i en halvt vetenskaplig, halvt mytologiserad dimension som utlevande reaktioner utanför den förväntade normaliteten.

Först det sena 1900-talet lyfte fram tröttheten och överansträngningen under nya medicinskt legitimerande namn: *kroniskt trötthetssyndrom* och *utbrändhet*.

Brytpunkten kan bestämmas till 1980-talet. Sommaren 1987 rapporterades om en ny märklig sjukdom, populärt kallad yuppiesjukan men snart försedd med ett värdigare namn: kroniskt trötthetssyndrom. Efter vad som tycktes vara ett akut utbrott i Lake Tahoe-distriktet i Nevada, USA, kom sjukdomen att knytas till gruppen högtbildade unga i karriären (därav smeknamnet yuppiesjuka; yuppie = young urban professional). Sjukdomen mobiliserade stort massmedialt och vetenskapligt intresse och spreds - på samma sätt som en gång neurastenin - snabbt till Europa.¹⁹

Förklaringen knöts huvudsakligen till två vetenskapliga modeller med hög aktualitet i samtiden: den virologiska och den immunologiska. Bägge kunde kombineras med livsstilsfaktorn som utlösande orsak. Den virologiska föreslog infektion av s.k. Epstein-Barr-virus, alternativt annan virusinfektion. t.ex. herpes, borelia eller något ännu inte isolerat virus. Den immunologiska modellen - att det handlade om ett försvagat immunförsvar - pekade först mot likheter med 80-talets stora mardröm: aids, men därefter mot olika yttre och inre toxiner. Båda förklaringsmodeller speglade det sena 1900-talets dramatiskt ökade riskmedvetenhet kopplad till smitta och förgiftning från den yttre miljön. Kliniska ekologer hade tillsammans med skilda ideologiska grupperingar också äntrat den diagnostiska scenen med en rad föreställningar om den moderna livsstilens hot mot hälsan: överanvändning av antibiotika, kemiska tillsatser, högt raffinerad eller genmanipulerad mat, förgiftning ur luft, jord och vatten, utsöndring ur metaller, hotfull strålning från elektromagnetiska fält och bildskärmar. (Kanske är detta framtidens stora förklaringsmodell för sjukdom - i full enlighet med erfarenheten av sjukdomsbildernas kulturberoende.)

Det har hävdats att kroniskt trötthetssyndrom inte är annat än den gamla neurastenin i ny dräkt. I centrum finns i bägge fall den stora tröttheten. Medan neurastenikern ansågs lida av reducerad nervenergi till följd av yttre påfrestning, anses den kroniskt trötta lida av virusattack eller försvagat immunförsvar till följd av yttre hot. En systematisk jämförelse av symtombilderna visar också att det finns klara överlappningar.²⁰

Främst gäller det just *tröttheten*, känslan av en utmattning så extrem att den omöjliggör varje arbete, ansträngning, aktivitet och t.o.m. distraktion. Gemensamma symtom är också smärtor i muskler och leder alternativt i hela kroppen, feberkänsla, ihärdig huvudvärk, tryckkänsla, sömnproblem och en rad neuropsykologiska symtom som ljud- och

ljuskänslighet, minnes- och koncentrationssvårigheter. (Faktum är att det enda för den kroniska tröttheten karaktäristiska symtom som Beard *inte* nämnde är ömmande lymfkörtlar.)

Vi står alltså inför två symtombilder som är i stort sett identiska, men som uppträder i olika tider, under olika namn och med hjälp av olika förklaringsmodeller. Varje sådan förklaring är i sin tur en spegel både av en inomvetenskaplig ståndpunkt och av samtidens kulturellt gångbara koder. Det kan hävdas att på samma sätt som neurasteni var ett kompilat av de föreställningar (framförallt om tröttheten som en värdeämätare på moderniteten) som fångade publikens och vetenskapens intresse vid förra sekelskiftet, är det kroniska trötthetssyndromet byggt på den högaktuella föreställningen om den biologiskt sårbara individen i en hotfull, kravfylld livsmiljö.

Neurasteni och kronisk trötthet delar grundtemat att det handlar om överbelastning av kroppens egna reserver. I båda fallen förklaras överbelastningen med samtidens krävande livsstil. Mycket av dåtidens koppling mellan neurasteni och stadslivets hektiska rytm gäller för dagens koppling mellan sjukdom och stress. För 1800-talets läkare åstadkom stressorerna reducerad nervenergi, för dagens en rad komplexa neuro-immuno-endokrina processer. Neurasteni erbjöd på samma sätt som kroniskt trötthetssyndrom individen rätten att vara sjuk av en orsak som både var medicinskt bekräftad och legitim i relation till kultur och social position. Bägge var - initialt - kopplade till samhällets högutbildade, högpresterande grupper. Neurasteni var en acceptabel och t.o.m. hedersam diagnos för män i karriären; Beard rapporterade att åtminstone tio procent av hans patienter var manliga läkare, bland de övriga fanns affärsmän, bankmän, advokater och ämbetsmän. Diagnosen framstod därmed som ett emblem för utvaldhed (ambition, framgång, intellekt, kultivering, sensibilitet) samtidigt som den lät patienten slippa negativa etiketter som neuros, hypokondri eller depression. Kroniskt trötthetssyndrom hade inledningsvis samma status, kopplad till en typ A-personlighet i samhällets framkant. Också här låg styrkan i en biomedicinsk förklaringsmodell som lät patienterna slippa stigmatiserande psykiatriska diagnoser.

Parallellen mellan neurasteni och kroniskt trötthetssyndrom är alltså slående. Frågan är hur erfarenheterna av den förra diagnosen kan utnyttjas för förståelsen av den senare.

En relevant fråga är: vad hände med neurastenin? Efter första världskriget minskade den kraftigt, men utan att försvinna helt. En rad symtom kunde brytas ut och föras till andra medicinska eller psykiatriska diagnoser. Vad som blev kvar var en blandning av ospecifika, funktionella symtom och uttryck för psykiskt lidande som tycktes alltmer omoderna - inte minst tröttheten - och som efterhand försvann från den offentliga scenen.

På samma sätt kan man fråga sig vad som kommer att hända med det kroniska trötthetssyndromet. Om parallellen med neurastenin fortsätts, skulle det innebära att också denna diagnos kommer att förvinna, antingen för att symtombilden är för ospecifik, för att den inte bärs upp av de rätta grupperna eller det rätta könet, för att den inte längre är kulturellt gångbar eller för att den slukas av nya sjukdomsnamn.

Det kritiska har också hävdats att majoriteten av patienter med diagnosen kroniskt trötthetssyndrom lider av endera av följande: en identifierbar psykisk sjukdom, psykofysiologiska symtom relaterade till stress, eller en form av sjukbeteende. Detta skulle förklara varför tillståndet är svårbehandlat farmakologiskt.²¹

Det skulle likaså kunna hävdas att diagnosen redan är ersatt av en annan, än bättre anpassad till den akuta samhällsproblematiken: *utbrändhet*.

Utbrändhet och det moderna samhället 2000

Begreppet utbrändhet har intressant nog aldrig kopplats ihop med en biomedicinskt orsak, utan analyserats som ett syndrom producerat av samhället, arbetsstrukturen eller den sårbara relationen mellan människor.

Diagnosens karriär är svindlande. På bara något år har den stigit fram ur relativ anonymitet för att nå epidemiska nivåer och framstå som ett hot mot en hel arbetsmarknad. Sommaren 2000 rapporterades att varannan lärare i den svenska grundskolan befann sig i riskzon för utbrändhet; företagsfolk, bankmän, läkare och IT-folk var andra drabbade grupper. Aldrig har ett sjukdomstillstånd så öppet kopplats ihop med samhället självt.

En första utgångspunkt är också att tolka fenomenet via en större samhällsdiagnos: en prestations-, kontroll- och tempohetsad kultur präglad av allt mer anorektiska arbetsorganisationer där allt färre skall göra allt mer. Gamla strukturer kännetecknade av stabilitet, trygghet och tröghet har ersatts av neurotisk förändringskult, maniska företagskulturer och korta projektanställningar. De individuella prestationerna pressas för att kontrakten skall förnyas. Individerna kräver i sin tur snabba och synliga belöningar. Ingen har längre tid för de folkhemiska kaffepauserna och gemenskaperna. Ny teknik kräver ny kompetens men också ständig uppkoppling; att bygga in sig själv i ett evigt flöde av information och kommunikation, att ställa sig mitt inne i virveln. ”Att vara modern är att ingå i ett universum där allt som är fast förflyktigas”, manar modernitetsforskaren Marshall

Berman och hyllar det eviga uppbrottet. Det gäller att ”göra sig hemmastadd i malströmmen, att göra dess rytm till sin egen, att röra sig med dess strömmar.”²²

En andra utgångspunkt är medicinsk. Utbrändhet definieras som ett sjukdomstillstånd, inte som en känsla, ett uppror, en kulturkritik eller en frisk reaktion. Otillräcklighetskänslan och kroppens spontana motstånd förläggs till den enda dimension som ger legitimitet: medicinen. Naturligtvis finns här också en konkret medicinsk aspekt. Fysisk och psykisk stress, utmattning utan möjlighet till återhämtning, skapar inte bara trötthet utan också försvagat immunförsvar, sårbarhet och sömnproblem som i sin tur öppnar dörren för negativa händelser i kroppen. Vi är koncentrerade en stor del av dygnet - intellektuellt eller som konsumenter av mediainformation, hälso- och kroppsaktiviteter, njutning och upplevelser. Vi avkrävs kunskap, kompetens, engagemang, entusiasm men också hälsa, karisma, kreativitet och framgång. Projektets idé tenderar att bli en ikon i sig. Arbetet, äktenskapet, barnet, hemmet, kroppen, jaget - allt kan göras till ett projekt i en evig rörelse mot förvandling, förädling och fullkomlighet.

I detta sammanhang kan man fråga sig om utbrändhet bara är ett namn på ett problem som alls inte har med sjukdom att göra? Människor är inga änglar, skrev Bo Södersten i en famös 80-talsartikel apropå decenniets galopperande sjukfrånvaro. I stället är de rationellt kalkylerande varelser som utnyttjar välfärdssystemet när de kan för att optimera de egna livsprojekten.²³ Så tolkad skulle den epidemiska utbrändheten i själva verket handla om drömmen om den arbetsfria inkomsten, om en narcissistisk kultur som söker njutningen - inte ansträngningen - och som betraktar sjuketiketten som en väg att undfly kraven.

Men man kan också pröva mer konstruktiva förklaringar. En är att söka i diagnosens egen historia. Om man slår in ordet ”utbrändhet” i ett bibliografiskt sökprogram gör man snabbt en upptäckt. Nästan all litteratur om utbrändhet kom till kring 1980-talets mitt. Christina Maslachs pionjärbete *Utbränd* publicerades 1982 och följdes snabbt av andra. Här ges definitionen och de kliniska kriterierna: fysisk, mental och emotionell utmattning, olust, empatibortfall. Diagnosen skapades i första hand för personer i s.k. människovårdande yrken - socialarbetare, sjuksköterskor, terapeuter - som i ständig personlig kontakt med svaga andra dränerades på energi.

Deras reaktion var att bli utbrända: som en utbränd tändsticka som förkolnar och förvandlas till aska och ingenting. Enligt Penny Prophits definition kunde utbrändhetssyndromet delas in i tre stadier som motsvarade brännskadans tre grader. Det första kännetecknades av kortvarig och botbar skada. Det andra var mer smärtsamt, gav

”vävnadsskador” och tog tid att läka. Det tredje skapade mycket djup smärta, svåra vävnadsskador, djup ärrbildning och var mycket svårt att läka.²⁴

Utbrändhet var alltså en väldefinierad diagnos redan på 1980-talet, men utan att få riktigt fäste utanför USA. En förklaring var den personlighetstyp som den identifierades med: anpassliga, jagsvaga, sensibla, benägna för skuldkänslor. Utbrändhet var därmed knappast en diagnos för de ekonomiskt högpresterande, det hungriga marknadsfolket eller det mondäna IT-folk som just höll på att födas. I stället var det en annan diagnos med liknande symtom som blev framgångsrik under 80-talet, förknippad just med de högpresterande i civilisationens front: kroniskt trötthetssyndrom.

Tillspetsat kan man hävda att en sjukdoms status på den offentliga scenen bestäms av vilka som är bärare av den, antingen samhällets eliter med typ A-beteende (neurasteni, hjärtinfarkt, trötthetssyndrom) eller samhällets utstötta: de homosexuella, narkomanerna (aids). 80-talets utbrända tillhörde ingendera gruppen. De var brinnande arbetare i människovårdande yrken. Och de var i huvudsak kvinnor.

Återigen illustreras hur en sjukdomsbild måste samspela med samtidens kulturella koder för att nå riktig framgång. Det var som om det spektakulära 80-talet krävde spektakulära sjukdomar. Massmedia ägnade intensivt intresse åt en ny typ av sjuklighet kopplad till tidens kris- katastrof- och hotstämningar: kvicksilverförgiftning, el- och bildskärmsallergi, smygande värk- och smärtsyndrom. Man talade om sjuka hus och sjuka vatten, om mordiska streptokocker och aggressiva virus, och så naturligtvis om aids. Sjukfrånvaron ökade dramatiskt, särskilt korttidsfrånvaron, liksom trycket på sjukvården. Världen tycktes sjuk och vi med den.

Det var som om den gråa och oglamorösa utbrändheten inte passade in i mönstret. Den blev en diagnos att ta på allvar först när samhällets front - de högpresterande, intellektuellt arbetande - framstod som offren: lärarna, läkarna, IT-folket. Men detta var i sin tur inte möjligt så länge utbrändheten placerades i en jagsvag och depressiv personlighetstyp av i första hand kvinnligt kön, det vill säga i en förklaringsmodell som lade ansvaret på den otillräckliga individen. Vad som behövdes var en omfördelning av skulden. Först när den placerades i själva arbetsstrukturerna och en samhällelig dimension, det vill säga en orsak utanför individen själv, blev utbrändhet en diagnos i karriären.

Då och nu

En jämförelse mellan diagnoserna neurasteni, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet dels i ett *diakront* (tvärtida), dels i ett *synkront* (samtida) perspektiv visar på följande:²⁵

Alla har *trötthet, kraftlöshet* i centrum av symtombilden. Denna trötthet kan specificeras i flera nivåer: från stressrelaterad uttröttning till utmattning och långvarig kronisk trötthetskänsla, till en mer utlevande nivå som i överansträngning/utbrändhet. En nyckelfaktor är att tröttheten inte primärt relateras till fysisk ansträngning, utan snarare beskrivs som mental, själslig, emotionell eller existentiell och kopplas till känslor av otillräcklighet och obalans mellan krav och förmåga.

I samtliga fall finns alltså en relation till stress. Modern stressforskning visar att den normala stressreaktionen är positiv och energiskapande, men att samma stressreaktion är negativ och energiförbrukande om den aktiveras frekvent och under lång tid. Här tycks man på samma sätt som vid förra sekelskiftet - med skilda teoretiska utgångspunkter och mätmetoder - komma fram till slutsatsen att energibrist och ”tömda depåer” skapar ohälsa.

En jämförelse mellan de medicinska nyckelbegrepp som formulerats 1900 respektive 2000 för att beskriva det ömtåliga samspelet mellan människa och en kravfylld, instabil omvärld visar också en klar parallellitet: nervositet svarar mot stress, neurasteni och överansträngning mot kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet. På samma sätt som nervositet kunde leda till överansträngning med neurasteni som klinisk manifestation, kan stress leda till kronisk trötthet eller utbrändhet. Depression tillhör bilden vid neurasteni liksom vid kronisk trötthet. Den ”depersonalisering” och emotionella utmattning som anses typisk för utbrändhetssyndromet nämns likaså i samband med den typiska neurastenipatienten. Tendensen att förlägga skulden till den yttre strukturen (som vid utbrändhet) och inte till det egna jaget (som vid depression) är svår att pröva historiskt, eftersom dåtidens patriarkala strukturer knappast gav utrymme för kritik mot arbetsorganisationen eller tilldelade roller och yrkesidentiteter. Andra relevanta jämförelser pekar på att kroniskt trötthetssyndrom debuterar plötsligt och förvärras av ansträngning - just som neurastenikerns ömtålighet ofta beskrevs - medan stressrelaterad utmattning och utbrändhet upplevs som mer konstant.

Sammanfattning

Diagnoser speglar alltså mer än fysiologiska och biokemiska händelser i kroppen. De projicerar samtidens kulturella värderingar och sociala koder, människosyn, klass- och

könsstrukturer och förväntade relationer till samhället och samhällets riktning. Detta gäller både på individuell och kollektiv nivå. Vissa sociala ångesttillstånd tycks t.ex. vara oskiljaktiga delar av själva erfarenheten att vara modern: stress, rastlöshet, trötthet, alienation, fragmentisering, obestämd tillbakalängtan (kanske just därför sveper en nostalgisk våg genom samhällskroppen idag precis som vid förra sekelskiftet).

Trötthetens status i västvärldens självbild kring sekelskiftet 1900 tycks peka på en djup kulturell ångest relaterad till den snabba övergången från agrarsamhälle till industrisamhälle. Kombinerad med trötthetens konkreta betydelse för industrins behov av effektiv arbetskraft, överförs ”trötthetens problem” i medicinska förklaringsmodeller byggda på ett antal tidsbundna komponenter: teorin om livsenergin konstant, psykofysiologins framväxt, tesen om civilisation och modernitet som samtidigt sensibiliserande och energidränerande processer. Medicinskt legitimerad och omformulerad i ett diagnostiskt namn (neurasteni) återförs överansträngningsbilden till kulturen (den bekräftade uppsättningen föreställningar) där den exponeras maximalt och erbjuder individen tolkningsmodeller, mening och sammanhang för upplevda sjukdomskänslor.

En *första* fråga är om man kan pröva en lika svepande analys av relationen upplevd trötthet/samhälle för sekelskiftet 2000.

Den skulle se ut ungefär så här: Under 1900-talets inneslöts individen efterhand i en dramatisk välfärdsutveckling. I Sverige bröts fr.o.m. efterkrigstidens ett tillstånd av social och ekonomisk depression och sjunkande nativitet. Socialdemokratisk handlingskraft, social ingenjörskonst och en serie socialpolitiska reformer kom att bygga en folkhemsmodell av stabilitet, trygghet och kollektiv framtidstro. När stressbegreppet nydefinierades på 1940-talet, var det i första hand en inomvetenskaplig fråga, om än med mycket stor och bred genomslagskraft. Som samhällsanalytiskt instrument behövdes det ännu knappast.

Tillspetsat kan det alltså hävdas att *stress* exponeras på den offentliga scenen först när en ny samhällssituation ger det en ny och väldefinierad roll.

Denna brytpunkt inträffar under 80-talet då en äldre välfärdsmodell monteras ner och industrisamhällets stabila system ersätts av ett högrörligt marknadssamhälle. Ett värdevakuum uppstår samtidigt som ny informationsteknik och snabba kommunikationer ställer individen inför stora krav på förändringsbarhet. Tempo, snabbhet, flexibilitet blir – just som vid förra sekelskiftet - förväntade egenskaper i alltmer rationaliserade arbetsstrukturer. Välfärdsuppgången, trygghetssystemet och en ny arbetsetik har samtidigt ökat möjligheterna att uttrycka inre olust som sjukdom. Sjukfrånvaro och läkemedelskonsumtion visar dramatiskt

stegrade siffror. Ett spektrum av nya sjukdomsbilder uppstår, förstärkta av en brutal påminnelse om biologisk okontroll (aids). Medicinen möter den ökade sjukupplevelsen med intensiv utbyggnad av primärvården, med medikalisering i form av nya sjukdomsnamn, men också med inomvetenskapliga förklaringsmodeller kopplade till vetenskapens nuläge: virus, gifter, hormoner, stressorer. Värk, smärta och trötthet kan placeras in i meningsskapande mönster.

En *andra* fråga är hur den process ser ut där nya sjukdomsbilder uppstår, namnges och förklaras. Historiska och samtida fallstudier av enskilda diagnoser (neurasteni, kroniskt trötthetssyndrom) pekar på att konsensus om en sjukdom uppnås som en *förhandling* mellan olika aktörer. Läkarens kunskaper och laboratoriets tester skapar "optioner" för en ny sjukdomskategori eller en ny innebörd åt en redan existerande diagnos, men bestämmer inte den *sociala* delen av sjukdomens "framgång" och spridning.

Det finns alltså en aspekt av varje diagnos som kan kallas sjukdom som *social konstruktion*. Det betyder varken att vad som helst kan kallas sjukdom eller att sjukdomen inte skulle finnas "på riktigt". Det pekar snarare på att den identitet en sjukdom har - från sin traditionellt medicinska (orsak, diagnos, prognos, behandling) till sin betydelse för patienter, läkare och omgivning - aldrig är en neutral konsekvens av biologiska faktorer. I stället fungerar den som en social process med flera deltagare: läkare, patienter, sjukförsäkringssystem, massmedia och de kulturella koder som ständigt omdefinierar vad som tillåts att kallas sjukt.

Det innebär att sjukdom alltid finns i en medicinsk dimension, men att dess sociologi och epidemiologi måste analyseras på en större samhällsplan; här skapas bilderna och myterna och här utspelar sig de legitimerande och meningsskapande processerna. Så betraktad kan man hävda att begreppet stress har förvandlats från en psykofysiologiskt tillstånd till en samtidigt förklarande, förlåtande och uppfordrande samhällsdiagnos.

Till sist: vid förra sekelskiftet lästes kollektiv och individuell trötthet som en omedelbar och fysiologiskt mätbar effekt av yttre stress. Tröttheten definierades som den gräns bortom vilken människan i industrisamhället inte kunde pressas, och därmed också som den gräns bortom vilken samhällets krav blev kontraproduktiva. Maskinmetaforen var viktig: om människan-maskinen kördes så hårt att hon gick sönder, motverkades just den effektivitet som tillhörde produktionens mål. Denna koppling utlöste en mycket intensiv forskning både kring den trötthet som skapades direkt av arbetsstrukturer och arbetsvillkor - och den som skapades

av samtidens kulturella koder: kamp, konkurrens och prestationskrav; förytligade mänskliga relationer, narcissistisk individualism och en hektisk upplevelsekultur.

Om samma slutsatser dras idag, skulle det innebära att tröttheten under de samtidsanpassade namnen kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet kan tolkas som gränsvärden för individens fysiska och psykiska anpassningsförmåga; bortom dem motarbetar samhället sin egen rationalitet. Ett handlingsprogram kan formuleras riktat mot negativa arbetsstrukturer, organisationer och mekanismer, men också mot negativa kulturella värden som kontroll-, prestations- och statushets, överarbete, förlorad kollektiv identitet och kult av den unga, osårbara kroppen.

Modern stressforskning pekar just på de sofistikerade samspelet i den stressrelaterade ohälsan mellan å ena sidan kroppens nerv-, hormon- och immunsystem, å den andra individens sociala och existentiella villkor. Det innebär att problemet inte bara är en medicinskt angelägenhet, utan ytterst ett politiskt och humanistiskt ansvar.

Referenser

¹ Diskussionsinlägg redovisade i *The journal of mental science* 47 (1901), 226-244.

² Viktor Wigert, *Psykiska sjukdomstillstånd* (Stockholm: Albert Bonniers förlag, 2. uppl. 1927), 138.

³ A. Mathieu, *Neurasthenien* (Stockholm: Wilhelm Billes förlag 1894), 19-20.

⁴ Henrik Berg, *Läkarebok* (Göteborg 1903, här 3. uppl. 1933), 1335-36.

⁵ Anson Rabinbach, *The human motor: Energy, fatigue, and the origins of modernity* (Berkeley: University of California press 1992), 23. Generellt står jag i denna artikel i tacksamhetsskuld till Rabinbachs kvalificerade och uppslagsrika framställning.

⁶ Termodynamikens första lag, dvs. att energin i ett slutet system är konstant, formulerades 1847 av Hermann von Helmholtz. Den andra, att energi försvinner när värme överförs till en kallare kropp, utarbetades på 1860-talet av Rudolf Clausius och populariserades genom begreppen entropi och universums värmedöd.

⁷ Robert Nye, *Crime, madness and politics in modern France: The medical concept of national decline* (Princeton 1984).

⁸ Enligt genomgång av *Hygiea: Svenska läkaresällskapets tidskrift 1860-1900*.

⁹ George Beard, *A practical treatise on nervous exhaustion* (New York 1869). Om Beard se F.G. Gosling, *Before Freud: Neurasthenia and the medical community 1870-1910* (Urbana 1988). Om diagnosen neurasteni äv. Georg Frederick Drinka, *The birth of neurosis: Myth, malady, and the Victorians* (New York: Simon and Schuster 1984); Barbara Sicherman "The uses of a diagnosis: Doctors, patient and neurasthenia", *Journal of the history of medicine* 1977, 333-54. På svenska Karin Johannisson "När sjukdom behövs: Kultursjukdomar kring sekelskiftet 1900", i *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm: Norstedts 1990); om neurasteni som kvinnodiagnos Karin Johannisson, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (1994; Stockholm 1999), 141-149.

¹⁰ Se George Beard, *Den sexuella neurasthenien: Dess hygien, orsaker, symtom och behandling* (1884, sv. övers. Stockholm: Hugo Gebers förlag 1896).

¹¹ Jfr Arthur Kleinman, *Social origins of disease and distress* (New Haven: Yale University Press 1986).

¹² Rabinbach, *The human motor*, 168. Den stora auktoriteten vad gäller den mentala träningens betydelse var psykologen Théodule Ribot, som skrev en rad svensköversatta arbeten med titlar som *Viljans sjukdomar*, *Minnets sjukdomar*, *Personlighetens sjukdomar*.

¹³ Wigert, *Psykiska sjukdomstillstånd*, 137-144.

¹⁴ Berg, *Läkarebok*, 1330.

¹⁵ Poul Bjerre, "Den neurasteniska tröttheten", *Hygiea: Medicinsk tidskrift utg. av Svenska läkaresällskapet*, 86: 417-426, 462-472 (1924).

¹⁶ Se t.ex. Berg, *Läkarebok*, uppslagsordet "nervositet", uppl. 1903, 1918, 1930, 1937.

¹⁷ Hans Selye, *Stress* (1956, sv. övers. Stockholm: Natur och kultur 1958); äv. Selye, *Stress in health and disease* (Boston: Butterworths 1976). Jfr om 1940-talets definitioner av trötthet S. Howard Bartley & Eloise Chute, *Fatigue and impairment in man* (New York: McGraw-Hill 1947).

¹⁸ Berg, *Läkarebok*, 309.

¹⁹ För socialkonstruktivistiska aspekter på diagnosen se Robert A. Aronowitz, *Making sense of illness: Science, society and disease* (New York: Cambridge University Press 1998); för biologiska Lars-Gunnar Gunnarsson & Birgitta Evengård, "Biologisk sårbarhet - möjliga mekanismer bakom långvarig smärta och trötthet", i Anna Hertting & Jan Samuelsson, red., *Smärta och trötthet: Ohälsa i tiden* (Lund: Studentlitteratur 2000).

²⁰ Susan E. Abbey & Paul E. Garfinkel, "Neurasthenia and Chronic fatigue syndrome: The role of culture in the making of a diagnosis", *American Journal of Psychiatry* dec. 1991, 1638-1646. Jag står i tacksamhetsskuld till Abbey och Garfinkel för värdefulla uppslag.

²¹ Abbey & Garfinkel, 1644.

²² Marshall Berman, *Allt som är fast förflyktigas: Modernism och modernitet* (1982; sv. övers. Lund: Studentlitteratur 1995).

²³ Bo Södersten, "Krispaketet håller inte", *Dagens Nyheter* 27/10 1990.

²⁴ Christina Maslach, *Utbränd: En bok om omsorgens pris*, uppl. 1985, 1998; Penny Proffit, *Burnout: The cost of involvement, of being human in the helping professions* (Edinburgh 1982).

²⁵ För den synkrona jämförelsen se Hertting & Samuelsson, red., *Smärta och trötthet*, särskilt artiklarna av Burell; Gunnarsson & Evengård.