

Det kliniska samtalets betydelse – en sanningsfråga i varje enskilt fall

Det kliniska samtalets betydelse för den enskilde kan inte avgöras med experimentella mätmetoder. Sanningsfrågan för den enskilde patienten låter sig aldrig utläsas där.

EVA LÖWSTEDT

leg psykiolog, psykoanalytiker, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, NU-sjukvården, Västra Götaland; Psykoanalytisk klinik, Göteborg
eva.lowstedt@swipnet.se

II Precis som Rickard L Sjöberg skriver i sitt svar [1] på mitt debattinlägg [2] ställer jag frågor som skenbart är enkelt besvarade om hur det kliniska samtalet ska utvärderas utan att förenklas intill förvanskning. Dessvärre är Sjöbergs förslag till lösningar några ur mängden av experimentella mätmetoder som jag menar missar målet. Lika lite som vi kan veta om en person har utfört ett arbete bara för att hon inte är sjukanmäld hos försäkringskassan – som är ett av förslagen på metoder som Sjöberg ger för att mäta vissa aspekter på förmågan att arbeta – vet vi om en person har förstått enkom för att hon har läst eller förmått att älska bara för att hon varit gift.

Sanningsfrågan för den enskilde mäts inte

När Sjöberg talar om möjligheten att kunna uttala sanningar utan att dessa ska underkastas hitintills beprövade vetenskapliga mätmetoder gör han det visserligen utifrån naturvetenskapsmannens position som strängt varnar för den frestelsen. Men det är bland annat just precis det jag avsåg med min text; att påtala vikten av att det inom svensk sjukvård bör avsättas medel även till sådana icke traditionellt mätbara insatser som de kliniska samtal där människor ges möjligheter att tala om det som de själva anför som väsentligt.

Min kritik av de befintliga mätmetodernas tillkortakommanden för sådana insatser placeras av Sjöberg i den känslopornografiska genren av psykodynamisk terapi. Mycket traditionellt, han är långt ifrån ensam, men med ovanligt få omskrivningar slås vidöppna dörrar in, och han undervisar om vikten av att skilja ut sina egna känslor från sin uppgift, »sin professionalitet«.

Det jag förespråkar avsatta skattemedel till är inte i första hand »männskliga möten«, »närvaro« och »empati«; dessa nog så viktiga saker som Sjöberg väljer att ta upp men samtidigt höjer ett var-

nande finger inför, som om dessa, av människor ofta åtråvärda inslag, skulle stå i vägen för vår kliniska uppgift.

Göra det omedvetna igenkännbart

Att »förstå« våra patienter är inte fel men heller inte det primära. I talets praktik handlar det om att plocka upp något av det som sägs som går att göra något med. Det som Freud kallade det omedvetna är naturligtvis omöjligt att verifiera

Slutreplik:

En ständigt pågående omprövning

II I sitt svar på mitt inlägg skriver Eva Löwstedt: »Däremot är de föreställningar som det omedvetna utgör möjliga att göra igenkännbara för den enskilde. Det har visat sig ha positiva effekter bland annat på sådana mänskliga symtom som är psykiatrins och primärvårdens uppdrag att omhänderta och där skolmedicinen i många fall fallerar.«

Det ligger nära till hands att mot bakgrund av detta uttalande rekommendera den metod Löwstedt beskriver (insiktsbetonad, psykodynamisk psykoterapi?) som behandling för en stor mängd psykiatriska tillstånd. Å andra sidan föranleddes ju Löwstedts första inlägg (LT 38/2003, sidorna 2952-3), vad jag förstår, av en frustration över att en del skeptiska »röster som ropar på effektiva metoder« inte håller med henne i detta.

Hur avgör vi vem som har rätt?

Men om nu Löwstedt och innehavarna av ovan nämnda röster tycker olika – hur ska då vi andra kunna avgöra vilken auktoritet som har rätt och vilken som har tagit miste? Ett sätt att hantera situationen är förstås att försöka ta reda på vilken av auktoriteterna som har finast titlar, kan formulera sig mest poetiskt eller syns oftast på DN Debatt. Ett annat sätt är att fördjupa kunskapen om Löwstedts påstående genom systematiska observationer av verkligheten. I mitt förra inlägg (LT 41/2003, sidan 3253) försökte jag ge några preliminära förslag på hur sådana observationer kan struktureras.

I sitt svar framhåller Löwstedt att man kan hitta exempel på mätmetoder

ra objektivt. Däremot är de föreställningar som det omedvetna utgör möjliga att göra igenkännbara för den enskilde. Det har visat sig ha positiva effekter bland annat på sådana mänskliga symtom som är psykiatrins och primärvårdens uppdrag att omhänderta och där skolmedicinen i många fall fallerar.

Referenser

1. Sjöberg RL. Samtalet som behandlingsmetod lätt att försvara om vetenskapligt utvärderat. *Läkartidningen* 2003;100:3253.
2. Löwstedt E. Ge det kliniska samtalet ökad status inom barn- och ungdomspsykiatri. *Läkartidningen* 2003;10:2952-3.

som inte är perfekta och antyder, om jag förstår henne rätt, att detta faktum utgör en avgörande invändning mot det förhållningssätt till kunskap som jag föreslår.

Faktum är att jag är ense med Löwstedt om utgångspunkten för hennes resonemang, det vill säga att den perfekta mätmetoden inte existerar. Detta innebär dock, enligt min uppfattning, inte att hela idén om det meningsfulla i systematiska observationer av verkligheten faller, utan snarare att seriösa forskare alltid har ett ansvar att föra balanserade och ödmjuka resonemang om styrkor och svagheter i de data och observationer de baserar sitt vetande på.

Detta förhållningssätt, som Löwstedt kallar »naturvetenskapligt«, är alltså inte ett fastställande av en serie sanningar utan snarare ett ständigt pågående, reflekterande samtal där nya insikter, tolkningar och undersökningar skapar ständigt återkommande omprövningar, omorienteringar och fördjupningar av gamla föreställningar.

Med mitt förra inlägg ville jag bara uttrycka min uppfattning att detta förhållningssätt till kunskap till och med inom barn- och ungdomspsykiatri kan vara en del i ett ansvarstagande mot patienter som förtjänar respekt. Så tycker jag fortfarande, även i ljuset av Löwstedts invändningar.

Rickard L Sjöberg

*läkare, universitetslektor i psykologi,
Mälardalens högskola, Eskilstuna
Rickard.Sjoberg@mdh.se*