

Kunskap och reflektion som grund för psykiatrins utveckling

Ingemar Engström

Psykiatriskt forskningscentrum (PFC) i Örebro är en enhet för forskning och utvärdering inom psykiatri i Örebro län. PFC har för närvarande tre forskare, fyra kliniska doktorander samt administrativ personal. Inom PFC finns också NÄT – Nationellt kunskapscentrum för ätstörningar. Vid PFC bedrivs forskning inom fyra profilområden: ätstörningar, psykosomatik, tvångsvård och etik samt dopingmissbruk. PFC arbetar också med konsultation och handledning kring verksamhetsuppföljning och utvärdering. I Örebro pågår uppbyggnaden av ett medicinskt vetenskapsområde vid Örebro universitet, vilket kommer att medföra att PFC inom kort kommer att uppnå status som akademisk institution med bibehållen knytning till den psykiatriska verksamheten i länet.

Ingemar Engström är docent, överläkare och forskningschef vid Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro.

Under 1990-talet växte det inom psykiatri i Sverige fram en rad FoU-enheter. Sådana hade redan tidigare uppstått inom primärvården och i viss mån också inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Dessa enheter växte fram som ett komplement, eller möjligen alternativ, till de universitetsinstitutioner i psykiatri som funnits sedan lång tid. Uppenbarligen fanns det ett be-

hov av en mera verksamhetsnära forskning i psykiatri; ett behov som den akademiska psykiatrien hittills inte kunnat möta på ett adekvat sätt.

Hur ska man tolka detta stora intresse för forsknings- och utvecklingsfrågor? Det finns säkert ett antal möjliga tolkningar av detta fenomen? Låt mig begränsa mig till en sådan möjlig tolkning. Jag vill se detta som ett uttryck för en önskan om en utveckling av psykiatri grundad på kunskap och reflektion - två begrepp som jag här vill resonera omkring och som jag tror kan fungera som sammanbindande begrepp mellan vetenskap och praktik.

I lagen (1) står det att all hälso- och sjukvård ska vila på "vetenskap och beprövad erfarenhet". Är detta fallet idag? Frågan kan med fog ställas avseende sjukvården i allmänhet och psykiatri i synnerhet. En stor del av den praktik som utförs idag, såväl inom somatiken som inom psykiatri, saknar vetenskapligt stöd. Det har gjorts försök till kvalificerade gissningar om hur stor andel av sjukvården som vilar på solid vetenskaplig grund. Uppskattningen har som regel landat på cirka 20 %, såväl inom somatiken som inom psykiatri.

Om så är fallet, betyder då detta att allt annat är uttryck för kvacksalveri eller amatörmässighet? Nej, knappast! Det finns självfallet erfarenhetsbaserad kunskap som

Det finns betydande inslag av slentrian, rutin och tradition i psykiatrin, liksom det också finns åsikts- och ideologibaserad verksamhet.

kompletterar vetenskapligheten, men vi bör också säga att det finns betydande inslag av slentrian, rutin och tradition i psykiatrin, liksom det också finns åsikts- och ideologibaserad verksamhet.

Inom sjukvården finns det idag en tydlig riktning mot s.k. "evidencebased medicine" som då ställs i motsats till "opinionbased medicine". Jag anser att detta är en alldeles nödvändig utveckling, men vill samtidigt varna för förenklade resonemang i detta avseende. Begreppet "evidence", d.v.s. "bevis" är inte oproblematiskt, vare sig konceptuellt eller vetenskapsteoretiskt. Det blir inte mindre problematiskt när det ska tillämpas inom en mångvetenskaplig verksamhet, som jag menar att psykiatrin är.

Utvecklingen mot en evidensbaserad psykiatri har mötts med blandade reaktioner inom branschen. Medan vissa ser en strömlinjeformad och teknifierad psykiatri som en följd av EBM-konceptet, så ser andra tydlighet och kunskapsgrundad vård som en naturlig utveckling.

Man kan dock fråga sig vad alternativet till evidensbaserad psykiatri är? Historien ger oss tydliga bevis på hur psykiatrin både varit en svårmanövrerad atlantångare med betydande svårigheter till omnavigering, men också hur den ibland betett sig som en jolle utan segel på ett stormigt hav. Det är inte svårt att finna exempel på ideologibaserad eller åsiktsbaserad psykiatri genom tiderna. Några sådana exempel kommer att

ges senare. Det är inte heller ovanligt med slumpbaserad eller rutinbaserad psykiatri, det vill säga vård som ges utan tydliga vetenskapliga eller erfarenhetsbaserade skäl. Inget av dessa alternativ tycks mig bättre.

Den evidensbaserade psykiatrin bör vila på en gemensam plattform där människor vi möter ses som hela människor som söker oss för ett möte. Detta goda möte kan bilda grunden för olika behandlingsinsatser som alla har till syfte att förbättra livet för våra patienter. Det är dock inte det goda syftet eller den rätta läran som kan utgöra grunden för våra insatser utan snarare vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Vi måste kunna ge goda skäl för de överväganden vi gör och för de behandlingsförslag vi erbjuder våra patienter. Våra behandlingsbeslut måste vila på rationell och förklaringsbar grund. Vi måste också veta att våra patienter har rätt att välja behandlingsalternativ på grundval av bästa möjliga information om den mångfald vi kan erbjuda.

Ser vi historiskt på psykiatrins utveckling under 1900-talet så är det uppenbart att denna inte enbart, eller ens till huvudsaklig del, haft kunskap och reflektion som grund. Vi har många exempel på trender och ideologier som kommit och gått. Det må gälla den långa biologiska dominansen i svensk psykiatri, eller psykoanalysens dominerande ställning, åtminstone i den psykiatriska retoriken under 70-talet, eller systemteorins stora inflytande, särskilt inom barn- och ungdomspsykiatrin, under 80-talet eller de kognitiva teoriernas starka dominans under 90-talet.

Vi har många exempel på trender och ideologier som kommit och gått.

Varje nämnd epok har otvivelaktigt lämnat väsentliga bidrag till psykiatrins utveckling. Vad som däremot samtidigt varit typiskt är de monopolistiska anspråk som flertalet teorier haft eller som åtminstone dess utövare uppvisat. Svårigheten att hålla mer än ett perspektiv aktivt och levande har medfört att patienten inte alltid bemötts främst utifrån sin speciella problematik och/eller önskemål utan snarare utifrån behandlarens egna teoretiska preferenser. På detta sätt har åsikter och ideologier utgjort utgångspunkten snarare än kunskap och reflektion.

Kunskap är dock heller inte något otvetydigt begrepp. I en praktikbaserad verksamhet som psykiatri måste vi, som jag ser det, utveckla såväl vetenskaplig kunskap som praktikerkunskap. Dessa båda aspekter på kunskap står inte i motsatsställning till varandra, men de har, åtminstone delvis, olika förutsättningar för sin utveckling. Lätt stiliserat kan de beskrivas på följande sätt. Den vetenskapliga kunskapen kännetecknas av att problemen är avsiktligt förenklade och avgränsade för att kunna hanteras med de teorier och metoder som finns tillgängliga. Målet är att åstadkomma ett sammanhängande system av teorier som förklarar de fenomen som man observerar. Man söker få fram kunskap i form av allmängiltiga lagar, och resultatens förutsättningar och tillförlitlighet diskuteras ingående. Resultaten måste också kunna kommuniceras till andra forskare för att prövas och diskuteras. Praktikerkunskapen å andra sidan kan inte undgå att omfatta verkligheten i hela dess komplexitet. Det är då viktigt att ha nära förtrogenhet med sitt område. Praktikerkunskapen är främst knuten till konkreta situationer med målet att handla på ett för

patienten optimalt sätt.

Denna stilisering håller dock inte streck i alla avseenden. Å ena sidan finns det en vetenskaplig utveckling inom exempelvis fenomenologi och hermeneutik som utgår från andra förutsättningar än de gängse vetenskapliga positionerna. Å andra sidan ser vi idag en tydlig expansion av forskningen till att också omfatta praktikområden som förvetenskapligas. Exempel på detta är socialt arbete, omvårdnad eller pedagogiskt arbete inom förskolans och skolans ram. Utbildningar inom dessa sfärer skall också vila på vetenskaplig grund idag.

I diskussionen om önskvärldheten av denna utveckling har ibland röster höjts för att så kallad tyst kunskap inte låter sig vetenskapliggöras. När Polanyi (2) myntade begreppet tyst kunskap så var det under devisen "we can know more than we can tell". Denna tradition kan sägas höra hemma i den amerikanska pragmatismen, vars grundtanke är att ordens fulla innebörd visar sig och förstås i handling. Wittgenstein (3) uttrycker detta med det tyska ordet "unsagbar". Han avsåg med detta uttryck att det finns kunskap som inte går att klä i ord.

Denna position har dock ifrågasatts och vissa menar att den i sin förlängning kan leda till antiintellektualism. Breddningen av forskning och vetenskap till praktikbaserade områden har dock visat att även praktikerkunskapen kan systematiseras på ett vetenskapligt sätt.

Oavsett om man som enskild person har för avsikt att ägna sig åt forskning eller ej, så bör en verksamhet som psykiatri präglas av ett vetenskapligt förhållningssätt. I ett sådant ingår några centrala aspekter, som jag menar att vi idag inte kan säga karakte-

riserar dagens psykiatri. Låt mig nämna några sådana aspekter. För det första; att inte ta något för givet. För det andra; att vara medveten om att erfarenhet och rutin kan vara bedräglig kunskap. För det tredje; att inte enbart förlita sig på känslor. Det som känns rätt behöver inte vara rätt.

Att problematisera verkligheten och sig själv är första steget mot en reell kunskapsutveckling. Att våga ifrågasätta det invanda och utsätta det för kritisk prövning är en nödvändighet.

Donald Schön (4) skriver i "The reflective practitioner" om den kunnige praktikerns reflektion-i-handling. Denne praktiker kännetecknas av hög uppmärksamhet i sin handling, av att hålla flera alternativ öppna som levande möjligheter samt att genom att pendla mellan närhet och distans, mellan helhet och del skapa överblick över situationen. Den reflekterande praktikern kan ge skäl för sina handlingar. De blir inte till av en slump eller på rutin, utan är uttryck för medvetna val.

Reflektion handlar enligt Schön om "att tänka på vad man gör", vilket kan omformuleras till en ökad uppmärksamhet på det man gör. Schön understryker att det inte betyder att man gör två saker; först tänker och sedan handlar och inte heller att först handla och sedan tänka, så som reflektionsbegreppet ibland används. Snarare handlar det om att få tanke och handling att förenas uttryckande en hög grad av medvetna val. Schön beskriver detta som en "konversation" där situationen kan "tala tillbaka". Vi kan också uttrycka det som intelligent handlande.

På detta sätt blir reflektion en process som är ständigt pågående, och att betrakta som en egenskap hos enskilda och grupper sna-

rare än en aktivitet som sker vid en viss tidpunkt. En hög grad av reflektion ger underlag för medvetna val av handlingar i förhållande till patienter och medarbetare. När dessa handlingar medvetandegörs och verbaliseras skapas underlag för ny kunskap baserad i praxis.

Det är dock viktigt att inse att all kunskap är perspektiverad såväl som perspektiverande. Absurdisten och patafysikern Alfred Jarry (5) frågar: "Varför påstår varenda människa att ett fickur är runt, vilket bevisligen är falskt, alldenstund det sett i profil bildar en smal, elliptisk rektangel, och varför i helvete har man lagt märke till formen bara det ögonblick urtavlan var intressant?" Kunskapen beror alltså av det perspektiv från vilket vi betraktar ett fenomen. Att inse det relativa i vår kunskap är alltså en förutsättning för att våga pröva den nuvarande och sträva mot ny och förhoppningsvis förbättrad kunskap.

Låt mig ge ett litet exempel på vad jag menar. I ett av våra FoU-projekt som bedrivits på en dagavdelning inom barn- och ungdomspsykiatri har patienter under trettio år beskrivits ur olika synvinklar. En sådan är de diagnoser som barnen fått under sin vistelse på avdelningen. Det står då mycket klart att det skett stora förändringar av den diagnostiska praxisen som är teoretiskt och/eller ideologiskt betingade. Under 60-talet rådde en stark psykoanalytisk anda som visar sig i diagnoser av typen oral fixering, anal problematik, primär känslomässig störning o.s.v. Under 70-talet uppkommer symtomdiagnoser av typen MBD, enures o.s.v. Under 80-talet beskrivs problemen som familjebaserade. Relationsstörningar av olika slag dominerar bilden. Under 90-talet ser vi så fenomenologiska beskriv-

Genom gemensam problematisering av kända och okända fenomen skapas en nyfikenhet som leder till utveckling av kunskaper.

ningar utifrån DSM-systemet såsom uppmärksamhetsstörning, ångestsyndrom, depression o.s.v.

Frågan blir då om detta avspeglar epidemiologiska förändringar i populationen eller om det snarare är uttryck för trender hos den diagnostiserande personalen. Jag är böjd att tro att det är det senare som gäller. Denna insikt stämmer till ödmjukhet och eftertanke om hur vi idag använder vår kunskap i förhållande till våra patienter.

Hur bildas då kunskap och hur utvecklas den? Den primära källan till detta tror jag är dialogen. Genom gemensam problematisering av kända och okända fenomen skapas en nyfikenhet som leder till utveckling av kunskaper. Inte minst inom en verksamhet av psykiatrins natur, som till sitt väsen är beroende av flera parallella kunskapsfält, är denna dialog ytterst nödvändig. Det handlar då om att ta ett steg tillbaka för att få perspektiv på sig själv och sitt yrke. Det handlar också om att vara stolt över den kunskap man själv representerar, men vara klar över att den endast representerar ett av många tänkbara perspektiv. I dialogen skapas möjligheten att växla mellan olika perspektiv. Att, som Johan Asplund (6) uttrycker det, se något *som* något.

Bengt Molander (7) relaterar i sin bok "Kunskap i handling" en forskningsrapport om skogsmästares praktik. Där talas om "det dubbla greppet". I detta fall rörde det sig om skogsmästarnas behov av såväl

beräkningsförmåga som bedömningsförmåga i sitt yrke. Att bedöma ett skogsbestånd handlar såväl om att kunna räkna som att bedöma kvaliteten.

Överfört till vår praktik kan det betyda att samtidigt se patientens symtombild utifrån en diagnostisk kategori som låter sig beskrivas i psykiatriska termer och som en unik människa med en unik livserfarenhet som inneburit unika problem.

Ibland betecknas detta i vetenskapsteoretiska sammanhang utifrån kategorierna förklara och förstå – Verstehen und Erklären i Diltheys (8) terminologi. Psykiatrin har lidit svårt av detta begreppspar då det använts antagonistiskt. Biologer och medicinare har stått emot tolkande psykologer och andra i en fåfång kamp om tolkningsföretrådet. Den konkreta nyttan av denna kamp sett ur patientens horisont är mycket tveksam för att inte säga obefintlig.

Är eller måste dessa begrepp vara antagonistiska? Nej, knappast. Den gamla tudelningen börjar idag ge vika för ett synsätt där såväl förklaring som förståelse har sin givna plats, ja till och med att de är ömsesidigt beroende av varandra. Jag vill citera den franske filosofen Paul Ricoeur (9) som säger: "På ett epistemologiskt plan skulle jag vilja påstå: det finns inte två metoder - en för förklaring och en för förståelse. Strängt taget är det bara förklaringen som är metodisk. Förståelsen är snarare det icke-metodiska momentet som går samman med förklaringens metodiska moment. Detta moment (förståelsen) föregår, ledsagar, avslutar och *innesluter* på så vis förklaringen. I gengäld utvecklar förklaringen förståelsen analytiskt".

Frågan blir då – hur är det möjligt att inom psykiatrin integrera kunskaper från så olika

Utgångspunkten måste därför vara en trygghet i det egna kunnandet parat med en relativisering av det egna perspektivet så att också andra perspektiv tillmäts betydelse.

kunskapsfält som medicin, psykologi, sociologi, socialt arbete, rehabiliteringskunskap, omvårdnad o.s.v.?

Jag skulle dock vilja vända på frågan och undra: Vad är alternativet? Är det rimligt att en klinik kallar sig psykodynamisk? Är det rimligt att enstaka medarbetare säger att "jag arbetar enbart kognitiv"? Mitt svar är nej! I offentlig tjänst har man knappast rätt att försvära sig till en och endast en teori eller metod. Å andra sidan är det självfallet omöjligt att var och en ska kunna omfatta alla teorier och metoder på en gång.

Utgångspunkten måste därför vara en trygghet i det egna kunnandet parat med en relativisering av det egna perspektivet så att också andra perspektiv tillmäts betydelse. Patientens problem, diagnos och dessutom egna åsikter om önskad behandling måste utgöra utgångspunkten.

Vi vet dock förhållandevis lite om hur denna process går till i praktiken. Vem har tolkningsföreträdet i det psykiatriska teamet? Vad händer när olika perspektiv kolliderar? Vilket paradigms är rådande i den psykiatriska kulturen? Vi behöver bli mera uppmärksamma på hur detta går till i praktiken.

Vad ska vi så ha forskningen till? Räcker det inte med empati, yrkeskunskap och en gnutta sunt förnuft? Mitt svar är nej! Om vi vill ha en psykiatri som baserar sig på kun-

skap och reflektion så kräver detta en vetenskaplig hållning och en forskande kultur. Forskning behövs för att få fram ny kunskap samt för att utveckla såväl nya metoder som nya teorier. Forskning behövs för att ompröva etablerade rutiner och traditioner. Forskningens distans behövs för att inte fastna i det som synes självklart. Forskningen har också en kritisk funktion mot det etablerade och konventionella. Forskningen behövs för att studera långsiktiga effekter av verksamheten, d.v.s. sådant som den enskilde behandlaren inte kan få omedelbar återkoppling på. Forskning behövs också för att slå bryggor mellan olika professioners kunskaper och erfarenheter.

I det arbetet kan FoU-enheter och akademiska institutioner inom psykiatri aktivt leda utvecklingen i riktning mot en psykiatri baserad på kunskap och reflektion.

REFERENSER

1. Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 2 kap., 1 §.
2. Polanyi M. *The tacit dimension*. London: Routledge, 1967.
3. Wittgenstein L. *Filosofiska undersökningar*. Stockholm: Thales, 1992.
4. Schön D A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.
5. Jarry A. *Kung Ubu*. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1964.
6. Asplund J. *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Korpen, 1987.
7. Molander B. *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos, 1993.
8. Dilthey W. *Introduction to the human sciences*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1988 (1923).
9. Ricoeur P. *Från text till handling*. Lund: Symposion, 1988.