

Samtalet som behandlingsmetod lätt att försvara om vetenskapligt utvärderat

Det kliniska samtalet som behandlingsmetod är lätt att försvara så länge metoden utvärderats vetenskapligt, skriver Rickard L Sjöberg.

RICKARD L SJÖBERG

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

■ Eva Löwstedt avslutar sitt debattinlägg om det kliniska samtalets historiska och sociala plats i vården [1] med två konkreta och, som jag upplever det, åtminstone ytligt sett, ganska enkelt besvarade frågor: Hur utvärderas kliniska samtalsmetoder utan att förenklas till förvanskning? Och när det ska avgöras till vilka metoder forskningspengar ska gå – vem eller vilka kan försvara samtalet som behandlingsmetod?

Vad är syftet?

Beträffande den första frågan torde det vara en bra start vid ett utvärderingsarbete att fråga sig vad samtalets huvudsakliga/övergripande syfte är. Är man exempelvis ute efter en så trivial sak som att få en person som lider av anorexia nervosa att öka i vikt? Eller är man kanske ute efter att ge denna person en »ökad förmåga att älska och arbeta« (för att använda ett citat som tillskrivits Freud)?

Samma utfallsmått kan alltså, som Löwstedt också antyder, inte alltid användas för samtal med olika syften utan att det sker en förenklande förvanskning. Vid utvärdering av utredande intervjuer med barn i rättsliga sammanhang – något som berör ett av mina forskningsintressen – är exempelvis barnets vikt naturligtvis helt ointressant. Istället är här syftet med samtalet oftast att få fram så mycket korrekt information om en händelse som möjligt och så lite felaktig information som möjligt.

Operationalisering

I ett andra steg gör man en sk operationalisering av det man vill mäta, vilket ungefär innebär att man försöker beskriva syftet på ett mer konkret, gripbart och registrerbart sätt. Detta steg i processen kan lämna en hel del utrymme för kreativitet och intuition men kan ofta också göras mer rutinmässigt. En nästan trivialt enkel möjlighet är förstås att mäta kroppsvikt hos en patient som behandlas för anorexia nervosa när viktökning är det primära målet. En annan möjlighet

skulle kunna vara att skaffa information om patientens förmåga att »älska och arbeta« exempelvis genom psykometriskt validerade självrapporteringsformulär. Ytterligare ett mått på åtminstone vissa aspekter av förmågan att just arbeta, som är relativt oberoende av felkällor i självrapportering, skulle kunna vara information från t ex försäkringskassan om antal dagar i full sysselsättning.

Vill man vara riktigt kreativ kan man göra ännu mer sofistikerade test. Antag att man vill att ens patient som resultat av behandlingen inte ska bli en person av det slag som går förbi hemlösa på gatan utan att skänka en slant. Man skulle då exempelvis kunna operationalisera detta genom att placera en hemlös person vid utgången från kliniken och låta två oberoende bedömare koda patientens reaktion när han eller hon går förbi, alternativt räkna antalet kronor som respektive patient skänker. När det gäller utredande intervjuer med barn är en tämligen vanlig metod att man utvärderar olika intervjuetekniker utifrån bland annat det antal korrekta detaljer som barnet berättar om en videofilmad händelse samt det antal felaktiga detaljer som barnet berättar om samma händelse vid utfrågning med samma teknik.

Viktigt jämföra behandlingen

Det är också viktigt att behandlingen jämförs, antingen med en annan behandling eller med ingen behandling alls. Bakgrunden är att man kan förvänta sig att även personer som inte får t ex psykodynamisk samtalsbehandling mot anorexia nervosa kan tänkas ha ett visst antal dagar i full sysselsättning, kan tänkas öka i vikt eller kan tänkas skänka en del pengar till uteliggare. För att kunna avgöra vilken del av effekten som kan tillskrivas samtalsterapi är det alltså viktigt att kunna fastställa i vilken utsträckning effekten skulle ha förekommit i den studerade gruppen även utan behandling.

Här kan dock kanske en liten varning vara på sin plats. Det är nämligen så att både styrkan [2] och problemet med det ovan skisserade angreppssättet är att man utsätter sig för risken att ha fel. Om man är van vid att med stor auktoritet kunna uttala sanningar som av omgivningen betraktas som vetenskapliga utan

att utsättas för denna risk kan detta angreppssätt kanske upplevas som obehagligt.

En av flera fördelar är dock, för att anknyta till Löwstedts andra fråga, att den kunskap som genereras förhoppningsvis blir av den arten att den kan väga tungt i sådana sammanhang där det ska avgöras t ex till vilka metoder forskningspengar ska gå.

Slutligen vill jag säga att jag naturligtvis innerst inne uppfattar att Löwstedts frågor till viss del var retoriska. Det hon önskade uttrycka var säkert inte bara en frustration över att hon har svårt att hitta metoder för utvärdering av medicinska behandlingar vilka baseras på samtal, utan också att hon känner att det mänskliga mötet mellan behandlare och patient ibland blir satt på undantag när kraven på effektivitet inom vården blir alltför stora.

Både empati och evidens

Jag kan känna sympati och förståelse för den känslan. Samtidigt har jag den bestämda uppfattningen att det är viktigt att sjukvården och dess personal, efter bästa förmåga, försöker ta ansvar för att det man gör med hjälpsökande patienter är sådant som ligger i dessa patienters såväl kortsiktiga som långsiktiga intresse. Jag hoppas att jag och Eva Löwstedt är ense om att ambitiösa försök att göra vetenskapliga utvärderingar av olika samtalsmetoder faktiskt kan vara en del i ett sådant ansvarstagande som förtjänar respekt.

Visst är det viktigt som behandlare att inte tappa bort sin mänsklighet och sin närvaro i mötet med patienten, men det är också viktigt att inte tappa bort sin professionalitet, sin respekt för den sorts kunskap som finns utanför ens eget känsloliv och sin insikt om de egna begränsningarna. Jag tycker att det finns anledning att se upp så att man inte i frustrerade stämningsslagen lockas att ställa dessa saker mot varandra, och jag kände nog att Löwstedt missade att tillräckligt tydligt betona betydelsen av detta i sin artikel.

Referenser

1. Löwstedt E. Ge det kliniska samtalet ökad status inom barn- och ungdomspsykiatri. Läkartidningen 2003;100:2952-3.
2. Popper KR. Conjectures and refutations. London: Routledge and Kegan Paul; 1963.