Omsorg eller kontroll

En essä om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – ett hermeneutiskt perspektiv

Av: Kristina Hård

Handledare: Jonna Hjertström-Lappalainen

Södertörns högskola Institutionen för kultur och lärande

Masteruppsats 30 hp Den praktiska kunskapens teori

Centrum för praktisk kunskap

SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se

Sammanfattning

Den psykosociala vården, liksom annan vård, regleras av en mängd styrdokument och föreskrifter, bland andra Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård av ångestsyndrom och depression. Syftet med uppsatsen är att utifrån erfarenheten att som psykoterapeut möta patienter som remitterats för psykosocialt stöd undersöka om och hur de nationella riktlinjerna påverkar det konkreta mötet med de vårdsökande men även deras eventuella påverkan på ett mer övergripande sätt. Jag tar hjälp av olika tänkare inom den hermeneutiska och fenomenologiska traditionen och använder litteratur inom ämnesområdet klinisk psykolog och psykoterapi. Genom att beskriva en behandlingssituation med en fingerad klient som önskar hjälp att hantera sina upplevelser av ångest och depression och sedan tillämpa riktlinjernas rekommendationer, visar jag hur och på vilket sätt deras innehåll skulle kunna påverka mitt bemötande. Sammanfattningsvis kan jag se en tendens att riktlinjerna dels kan påverka direkt i det kliniska arbetet men även övergripande, genom att den psykodynamiska psykoterapin riskerar att bli bortprioriterad vad gäller rekrytering, forskning och utbildning. Detta har negativa konsekvenser inte endast för behandlare utan för de patienter som önskar ett psykodynamiskt alternativ, särskilt inom den offentliga vården.

Sökord: Nationella riktlinjer, Socialstyrelsen, hermeneutisk-fenomenologiskt perspektiv, praktisk kunskap, Gadamer, primärvård, psykosocialt stöd, psykodynamisk psykoterapi

Abstract

As with other areas in healthcare, the public mental health body is regulated by governing documents and regulations. As with clinical care ”Socialstyrelsen” has developed national guidelines for how the mental health care should be managed. One of these documents focuses on the treatment of anxiety and depression. From the experience of working as a psychotherapist who meets referred patients for psychological support, the aim is to investigate if and how the national guidelines affect physical patient contact as well as how they influence the overall experience. Whilst trying to answer these questions I refer to hermeneutic and phenomenological theories. I will also use clinical psychology and psychotherapy literature. Through describing a session with a patient in need of support för experiences of anxiety and depression I will show how the recommendations as part of the national guidelines might affect our contact.

Key words: National guidelines, Socialstyrelsen, hermeneutic and phenomenologic theory, Gadamer, practical knowledge, primary health care, psychodynamic therapy

Innehåll

Inledning s 1

Presentation av syfte metod och upplägg s 2

Syfte s 2

Metod s 4

Plan för innehållet s 7

Socialstyrelsens nationella riktlinjer s 7

Presentation av riktlinjerna s 7

Remissvaren s 10

De rättsliga prövningarna s 16

Psykoterapi möter praktisk kunskap s 18

Ett samtal med A s 18

Psykoterapi och fenomenologi s 23

Fronesis s 26

Riktlinjer eller omdöme s 28

Den hermeneutiska cirkeln s 35

Förklara eller förstå s 40

Evidens s 40

Psykosocialt stöd – psykiatri eller humaniora s 45

Hur kunskapssyn påverkar praktiken s 50

Avslutning s 60

Litteraturförteckning s 64

Inledning

I aktuell samhällsdebatt har hälso- och sjukvårdsfrågor under flera år ägnats alltmer intresse. Det har handlat om hur vården organiseras och administreras, vem eller vilka som ska ha huvudansvar för eller driva den offentliga vården. Olika uppfattningar om hur den så kallade välfärden ska se ut har där diskuterats. En annan aspekt är frågor kring bemötande och behandling i det individuella patientmötet. Dessa båda aspekter finns med i diskussionen kring psykisk hälsa eller ohälsa och hur den ska bedrivas.

Inom sjukvården har man uppmärksammat att sjukskrivningar föranlett av psykisk ohälsa ökar och nu anses vara ett folkhälsoproblem som tidigare fysiska arbetsskador. Utifrån dessa iakttagelser kom för ca tio år sedan tanken att vid varje vårdcentral, förutom sjukvård ge psykosocialt stöd. Den psykosociala vården, liksom annan vård, regleras av en mängd styrdokument och föreskrifter. Nationella riktlinjer utarbetas av Socialstyrelsen för de flesta sjukdomstillstånd och avseende behandling för psykisk ohälsa finns dessa i rapporten *Vård vid depression och ångestsyndrom, stöd för styrning och ledning.*[1] Syftet med dessa riktlinjer sägs vara att ”ge politiker, tjänstemän och verksamhetschefer vägledning för beslut på gruppnivå om vilken vård som ska finnas tillgänglig för personer med depression eller ångestsyndrom.” Det sägs även att riktlinjerna bland annat kan användas som underlag för resursfördelning utifrån öppna och systematiska prioriteringar.

Jag vill i uppsatsen närmare granska riktlinjerna för behandling av ångest och depression, de grundantaganden eller vetenskapssyn jag tycker kan utläsas i dem och som jag vill få en större förståelse för. De tillstånd som brukar inordnas under diagnoserna ångest och depression hör till de mest vanliga bland vårdsökande till primärvårdens psykosociala stöd. Innehållet i riktlinjerna har ifrågasatts utifrån flera olika utgångspunkter och i detta ägnats mycket diskussion. I remissvaren från olika organisationer finns synpunkter som ger en bild av hur behandling skulle kunna utformas på andra sätt än i riktlinjerna. Riktlinjerna har även varit föremål för rättslig prövning då en av intresseorganisationerna, Riksföreningen Psykoterapicentrum, inlämnat ett överklagande av riktlinjerna till Förvaltningsrätten i Stockholm och där sedan ärendet gick vidare till kammarrätt.

---

[1]Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer, Vård vid depression och ångestsyndrom, stöd för styrning och ledning,* 2017

Den psykosociala verksamheten vid vårdcentralerna är tänkt att bestå av företrädare för olika professioner; kurator, psykolog/psykoterapeut, läkare för att kunna möta patienten utifrån olika behov. Dock ser inte alltid verkligheten ut så; fördelningen mellan kurator och psykolog kan variera, ibland finnas endast en av professionerna. Då tillströmningen av patienter med önskemål om psykosocialt stöd är mycket stort, är enhetens personal inte alltid tillräcklig och en del av verksamheten läggs då ut på underentreprenörer. Dessa är privata, ofta mindre psykoterapimottagningar som fått avtal med Stockholms läns landsting (fr o m 2020 01 01 Region Stockholm) för att ta emot just de personer som av läkare bedömts ha behov av psykosocialt stöd. Mottagningarna har att följa vårdcentralernas beslut angående journalskrivning, antalet patienter och liknande och dessa följer i sin tur regionernas krav vad gäller dokumentation och redovisning. Den psykosociala vården sker alltså i ett sammanhang som i mycket påverkas av de ekonomiska ramar och villkor som påverkar och präglar sjukvården i övrigt. Det är på en sådan mindre mottagning jag befinner mig tillsammans med andra psykoterapeuter med varierande teoretisk bakgrund, flera i likhet med mig, med psykodynamisk inriktning men även andra relevanta utbildningar.

Presentation av syfte, metod och upplägg

Syfte

Utifrån erfarenheten att som psykoterapeut möta patienter som remitterats för psykosocialt stöd är jag intresserad av om och hur de nationella riktlinjerna kan tänkas påverka det konkreta mötet med de vårdsökande inom psykosocial vård. Även om riktlinjerna inte riktas direkt mot enskild behandlingspersonal vill jag förstå mer kring deras uppkomst, innehåll men även varför de väckt så mycket diskussion.

Med frågan kring riktlinjernas uppkomst avser jag den vetenskapssyn jag menar kan skönjas eller utläsas från deras innehåll, och som jag närmare vill förstå. Jag vill i uppsatsen, utifrån riktlinjernas faktiska innehåll och de diskussioner som förts kring införandet av dem, undersöka detta närmare. Jag kommer även föra fram olika argument för att ett hermeneutiskt-fenomenologiskt perspektiv på psykosocialt och psykoterapeutiskt behandlingsarbete kan bidra till ett kreativt och praktiknära förhållningssätt.

I syftet ingår olika frågor kring riktlinjernas eventuella påverkan på verksamheten som psykoterapeut i psykosocialt team. Detta kan tänkas ske på olika nivåer, dels på ett mer övergripande sätt vad gäller synen på behandling, vad psykisk hälsa innebär och hur den ska

främjas. Dels på ett mer konkret sätt i det aktuella mötet med de människor som söker hjälp. En möjlighet är att de inte alls påverkar mig i min professionella verksamhet, en annan att de faktiskt gör det och då på ett sätt som eventuellt skulle kunna ha negativ påverkan. En tanke är också att de påverkar på så sätt att mitt sätt att arbeta kan framstå för mig och andra som inte i enlighet med det som förespråkas officiellt och anses verksamt. En delfråga är om de kan leda till ett osynliggörande av de behandlingsformer som inte rekommenderas, t ex genom att påverka beslut kring det behandlingsutbud som patienterna möter. Även vilket utrymme det finns att som riktlinjerna anger ”i varje enskilt fall se till individens särskilda behov och önskemål” [2]

I riktlinjernas rekommendationer bedöms en av de granskade terapiformerna, kognitiv beteendeterapi, mer lämplig som behandling för flera vanliga diagnoser än den jag själv arbetar utifrån, den psykodynamiska traditionen. Den prioriteringen är en del av mitt intresse för riktlinjerna; hur man kommit fram till den slutsatsen, vad grundar man bedömningen på, vilken vetenskapssyn kan utläsas från dem. Även om jag i det dagliga arbetet inte märker av riktlinjerna finns vetskapen om dem som exempel på något som inte är i enlighet eller i samklang med den verklighet jag befinner mig i. Då riktlinjerna gavs ut möttes de av häftig kritik men en fråga är hur mycket de uppmärksammas i det dagliga arbetet. Även om deras påverkan märks av exempelvis vad gäller teoretisk inriktning som efterfrågas hos psykologer och psykoterapeuter. Mitt intresse handlar således inte enbart om att det tänkande inom psykoterapi jag mest känner till och är intresserad av inte prioriteras, utan fastmer hur bedömningar om en verksamhet som berör mig sker inom en statlig myndighet. Detta berör mig som psykodynamiskt inriktad behandlare men jag ser det även intressant att undersöka hur riktlinjerna kan tänkas påverka ett tänkande eller förhållningssätt för behandlare med annan teoretisk bakgrund.

I diskussionen kring vård och behandling har en frågeställning varit att väsentliga beslut tas av andra än och ibland långt ifrån de människor som faktiskt arbetar med de vårdsökande, den så kallade professionen. Min utgångspunkt är att riktlinjerna kan ses som exempel på denna tendens och att det får konsekvenser, för de vårdsökande, behandlarna och för människors upplevelse av de samhälleliga institutioner där vård och behandling äger rum. En följdfråga till den utgångspunkten är om riktlinjerna kan ses som exempel på tänkande som i sig utgör ett hindrande eller försvårande av de processer som psykoterapi ska befrämja.

[2] Socialstyrelsen, s10

Metod

Som ett sätt att tydliggöra hur en konflikt skulle kunna uppstå mellan riktlinjernas budskap och det tänkande jag utgår från vill jag beskriva några av de skillnader som finns mellan de båda. Genom att belysa hur riktlinjerna kan påverka det konkreta mötet med vårdtagarna beskriver jag ett möte med en klient för att sedan välja ut några aspekter av riktlinjerna där det sker en skärningspunkt mellan patientsamtalet och vad som rekommenderas. De aspekterna är bland andra synen på vad diagnostisering, psykisk hälsa/ohälsa och behandling innebär. För att kunna göra detta har jag studerat Socialstyrelsens rapport utifrån syftets frågeställningar.

Jag har även tagit del av flera remissvar som inlämnats, detta för att få en fördjupad bild av hur rapporten mottogs av olika aktörer inom det professionella fältet. Förutom detta har jag tagit del av överklaganden av riktlinjerna vilka har inlämnats från Psykoterapicentrum, dels till förvaltningsrätt, dels till Riksdagens ombudsmän - JO, samt Socialstyrelsens yttrande i detta senare ärende.

I analysen och undersökningen av ovannämnda frågor tar jag hjälp av en rad tänkare som utifrån hermeneutiska och fenomenologiska perspektiv ägnat intresse för att belysa problemställningar som är relevanta för verksamhet inom vård, omsorg och behandling. Som ett sätt att förbereda denna diskussion gör jag också ett försök att ge en mer allmän beskrivning av hermeneutiska och fenomenologiska traditioner men använder även litteratur inom ämnesområdet klinisk psykologi och psykoterapi.

Genom att beskriva en behandlingssituation med en klient som önskar hjälp att hantera sina upplevelser av ångest och depression och sedan tillämpa riktlinjernas rekommendationer ger jag förhoppningsvis en bild av hur de skulle kunna påverka mitt bemötande. Med utgångspunkten i ett exempel hoppas jag kunna förmedla ett perspektiv på samtalet som utgår från dels en klient, dels min egen upplevelse och vilket även kännetecknar skrivande inom praktisk kunskap. Den klient jag presenterar är ett fingerat exempel men sammansatt av flera olika personer jag mött som behandlare i ett professionellt sammanhang.

Formen för uppsatsen är en vetenskaplig essä vilket även det är vanligt förekommande inom praktisk kunskap och där jag utgår från min erfarenhet som psykoterapeut med psykodynamisk inriktning. I en antologi beskriver Lotte Alsterdal, tidigare verksam inom Centrum för praktisk kunskap, hur essäformen används i undervisning och forskning. Hon skriver ”Essän sysslar med frågeställningar om mänskligt liv som kan ses på många olika sätt

men inte bevisas. Den förhåller sig till det motsägelsefulla”[3] Kanske den beskrivningen stämmer ganska bra för innehållet i min uppsats där det mer handlar om min tolkning av Socialstyrelsens skrift om de nationella riktlinjerna än att bevisa om den har rätt eller fel version av vetenskap.

Inom den praktiska kunskapen hänvisas ofta till den grekiske filosofen Aristoteles verk och då särskilt bok VI i den *Nikomachiska etiken.*[4] Fredrik Svenaeus kallar den ”en slags urtext för den praktiska kunskapens teori” och där Aristoteles i en uppdelning av kunskapens former särskiljer ”fronesis (praktisk klokhet, det goda omdömet, veta när)”[5]. Fronesisbegreppet (från grekiska *phronesis)* är det som länkar samman hans tankar med nutidens praktiska kunskap och till den samtida hermeneutiken. Där är en av förgrundsgestalterna Hans-Georg Gadamer, vars verk *Sanning och metod* av Svenaeus benämns som den ”moderna hermeneutikens nyckelverk.”[6] Svenaeus skriver vidare att Gadamers hermeneutiska kunskapsteori vilar på en fenomenologisk grund.

I den fenomenologiska ansatsen utgår man från själva erfarandet av det som ska utforskas, det som enligt en av riktningens förgrundsgestalter, filosofen Edmund Husserl benämns ”levd erfarenhet”. Det är fenomenen såsom de framträder i medvetandet som är den säkra utgångspunkten för kunskap menar Husserl, vilket även innebär att ”vår varseblivning är tolkande, det vi erfar är från början fyllt av avsikt och mening”.[7] I de vetenskapsteoretiska texter jag utgår ifrån framhålls att den fenomenologiska inriktningen har vuxit fram som ett alternativ till det naturvetenskapliga kunskapsbegreppet. Den uppdelningen har emellertid ibland ifrågasatts för att istället ersättas med ett tänkande där båda traditionerna förutsätter varann.[8]

I sin introduktion till vetenskapsfilosofi *Vetenskap, kunskap och praxis* diskuterar och redogör filosofen Magdalene Thomassen för de fenomenologiska och hermeneutiska inslagen i vetenskapsfilosofi och med särskild betoning på dess betydelse för forskning och tillämpning inom vård och socialt arbete. Hon beskriver att det fenomenologiska angreppssättet kan ge ett

---

[3] Lotte Alsterdal, ”Essäskrivande som utforskning” *Konst och lärande, essäer om estetiska läroprocesser,* red. Anders Burman, Södertörns högskola 2019, s 58
[4] Aristoteles, *Den nikomachiska etiken*, Daidalos, 2012
[5] Fredrik Svenaeus, ”Inledning” *Vad är praktisk kunskap,* red J.Bornemark & F.Svenaeus, Södertörn Studies in Practical knowledge, 2014 s 20
[6] Ibid. s 21
[7] Bernt Gustavsson, *Kunskapsfilosofi, tre kunskapsformer i historisk belysning*, Smedjebacken: Wahlström &Widstrand, 2000 s 71
[8] Gustavsson, s 239, Kristensson Uggla Bengt, *En strävan efter sanning* Lund: Studentlitteratur, 2019, s 303

”inifrånperspektiv” på en individs subjektiva upplevelser. ”Genom att ta sin utgångspunkt i fenomenologiska beskrivningar av praxissituationen kan man lyfta fram både klienten och praktikerns upplevelser, reflektioner och erfarenheter .”[9] Jag ser det fenomenologiska och även det hermeneutiska angreppssättet som användbart för att undersöka och förstå hur individer och även organisationer kan påverkas av samtida tanke- och idéströmningar

Den fenomenologiska traditionen har ett nära släktskap med den riktning inom vetenskapsteorin som betecknas som hermeneutik. Hermeneutiken bygger vidare på Husserls betoning på den subjektiva upplevelsen och erfarenheten som väsentlig att utforska men ser i motsats till denne inte fenomenet som fristående från historiska kulturella och sociala sammanhang utan tvärtom att är de en viktig förutsättning för tolkningen. ”om fenomenens mening är underkastade historiska och språkliga betingelser måste fenomenologiska analyser med nödvändighet bli tolkande”[10] Hermeneutiken har setts som den vetenskapsteoretiska grundvalen för humanvetenskaperna där utforskandet bygger på förståelse istället för förklaring. ”Hermeneutikens uppgift är att redogöra för vad förståelse är och därmed blir den grunden för alla humanvetenskaper”. Det hermeneutiska angreppsättet kommer till uttryck i uppsatsen genom min intention att förstå riktlinjernas innebörd utifrån mitt arbete med vårdsökande och även hur de skulle kunna tolkas i ett vetenskapsteoretiskt perspektiv. Ett hermeneutiskt perspektiv är även användbart i förståelsen av frågan om riktlinjerna som exempel på klyftan mellan de nivåer där beslut växer fram och de som förväntas verka utifrån besluten. Thomassen nämner att teoriutvecklingen kring hermeneutiken och dess möte med mer positivistiska metoder ”huvudsakligen förekommit inom vårdforskningen men är relevant för all mellanmänsklig praxis och för vård och socialt arbete i allmänhet.” [11]

Som vi sett är filosofen Aristoteles tänkande och hans begrepp fronesis ett av inslagen i den praktiska kunskapens teori. En väsentlig del av behandlingsarbete utgörs av en kombination av praktisk och teoretisk kunskap och förmåga att tillämpa detta på den aktuella situationen. Jag ser det som intressant att försöka förstå begreppet genom att tillämpa det i ett kliniskt sammanhang.

---

[9] Magdalene Thomassen, *Vetenskap, kunskap och praxis: Introduktion i vetenskapsfilosofi* Malmö: Gleerups förlag, 2017, s.193
[10] Ibid., s. 183
[11] Ibid.s,195

Plan för innehållet

Jag inleder med att presentera riktlinjerna då de utgör grunden för det som senare ska diskuteras. Därefter följer ett exempel på hur ett samtal kan gestalta sig och där jag sedan illustrerar hur ett psykodynamiskt inriktat samtal kan förstås utifrån den hermeneutisk-fenomenologiska traditionen, främst Hans-Georg Gadamer. Därefter undersöker jag hur riktlinjerna kan belysas mot bakgrund av den professionella verksamheten och hur de därmed tycks framträda som exempel på en viss vetenskapssyn inom vård och behandling. Jag återkommer sedan till det psykodynamiska tänkandets möte med hermeneutik för att sedan försöka belysa det psykosociala arbetets placering inom psykiatri respektive humaniora och hur det kan påverka dess utformning. Avslutningsvis avser jag att diskutera riktlinjerna som ett exempel på aktuella problemställningar inom det vårdpolitiska området.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Presentation av riktlinjerna

I detta avsnitt gör jag en kort sammanfattning av riktlinjerna. Avslutningsvis även en sammanfattning av hur skrivelsen presenterar behandlingsformerna kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT). Jag ger även en kort presentation av de anmälningar som lett till rättsliga åtgärder i Förvaltningsrätt, Kammarrätt och JO.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso-och sjukvården.*[12] Där framgår att prioriteringar ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Riktlinjerna är en revidering av liknande dokument som utgavs 2010. I det aktuella dokumentet framgår att man utvecklat metoden för att ta fram riktlinjerna, vilket innebär ett mer standardiserat sätt att granska och bedöma det vetenskapliga underlaget. Sedan 2011 används evidensgraderingsmetoden GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) för samtliga nationella riktlinjer.[13]

I skrivelsen framgår att man i arbetet med framtagning av riktlinjerna samverkat med Läkemedelsverket, dessutom samarbete med företrädare för sjukvårdshuvudmännen

---

[12] Prop. *Prioriteringar i hälso-och sjukvården* Prop.1996/97:60
[13] Socialstyrelsen, s 12

patientorganisationer, specialistföreningar och andra intresseorganisationer samt medicinskt sakkunniga. Sjukvårdshuvudmännen har genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning nominerat experter till prioriteringsarbetet. Man nämner även Sveriges Kommuner och Landsting som en central samarbetsparter för implementeringen av riktlinjerna. I dokumentet nämns att det efter publiceringen av remissversionen av riktlinjerna 2016 ”pågått en debatt i svensk media som kretsat kring innehållet i dessa riktlinjer”[14] och att en del av debatten har rört skillnader mellan de svenska riktlinjerna och andra länders motsvarighet till riktlinjer. Man förklarar att Socialstyrelsen därför genomför en internationell jämförelse under våren 2017 och att syftet förutom själva jämförelsen varit att undersöka om de skillnader som finns är motiverade eller inte. I kommentaren kring resultatet nämns att Socialstyrelsen skiljer sig från andra länder genom att använda en ”särskild modell för prioriteringar”.[15] De rekommendationer som presenteras tas fram genom en sammanvägning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och de sakkunnigas egna beprövade erfarenhet. Detta sägs kunna påverka de skillnader som finns i förhållande till andra länder.

Socialstyrelsen rangordnar rekommendationerna utifrån tre olika typer; rekommendationer med rangordning 1-10, rekommendationen FoU samt rekommendationen ”icke-göra”.[16] I den första gruppen rankas åtgärder med prioritering 1 högst angelägenhetsgrad och 10 lägsta.

FoU anger de åtgärder som vården inte bör utföra rutinmässigt utan endast inom ramen för forskning och utveckling. Icke-göra slutligen innebär åtgärder som vården inte bör utföra alls. Rekommendationerna syftar till att stödja vården att sluta använda dessa åtgärder.

Om jag nu vänder mig till riktlinjerna och vad som där rekommenderas vid behandling av ångestsyndrom för vuxna ser jag att standardbehandling är antidepressiva läkemedel. Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda antidepressiva läkemedel sam *kan* erbjuda KBT. Det finns även rekommendation om basal kroppskännedom, mindfulness-baserad stressreduktion eller mindfulness-baserad kognitiv terapi samt korttids PDT. Vad gäller behandling för egentlig depression rekommenderas att hälso-och sjukvården *bör* erbjuda KBT eller IPT(Interpersonell terapi). Antidepressiva läkemedel rekommenderas. Sedan sägs att vården *kan* erbjuda fysisk aktivitet samt slutligen korttids PDT.[17]

---

[14] Ibid. 13
[15] Ibid. s 15
[16] Ibid. s 23
[17] Ibid. s 47

Det sägs vidare i rapporten att majoriteten av vuxna personer som drabbas av depression eller ångestsyndrom söker vård inom primärvården och mer en sjuttio procent av alla patienter med de diagnoserna får vård inom primärvården. Det är även inom primärvården som merparten av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Endast en mindre del av patienterna remitteras vidare till specialiserad psykiatri.[18]

Då Riktlinjerna så entydigt förordar KBT i flera fall såg jag det som intressant att veta mer om vad som avses med KBT. Socialstyrelsen ger i rapporten flera exempel på olika typer av KBT förutom den som enbart benämns just KBT. Man exemplifierar även med traumafokuserad KBT med exponering, mindfulness-baserad kognitiv terapi samt kognitiv beteendeterapi med exponering och responsprevention. Den metod som enbart betecknas som KBT beskrivs som att den hjälper personer att återuppta aktiviteter som de har upphört med på grund av ”depressionen och lär personen att känna igen negativa tankar, utvärdera deras giltighet och ersätta dem mer hälsosamma sätt att tänka”.[19] Det sägs att behandlingen bedrivs aktivt och målmedvetet och med ett avgränsat tidsperspektiv. Det sägs även att den fokuserar på beteenden genom att lära ut hur man kan förändra sitt sätt att bete sig eller genom att utveckla en accepterande hållning till känslor och upplevelser. Vad gäller den traumafokuserade KBT:n sägs den baseras på välkända inlärningsprinciper för utsläckning, och exponering är ett centralt inslag. Den mindfulness-baserade kognitiva terapin är specifikt utformad med fokus på meditation. Metoden ska öka förmågan att uppmärksamma tankar känslor och kroppsliga upplevelser med en icke-värderande attityd. KBT med exponering och responsprevention innebär att arbeta mot målet att stå ut med tvångstankar utan att utföra tvångshandlingar. I presentationen av samtliga metoder sägs att de studier som finns med i kunskapsunderlaget i huvudsak stödjer sig på manualbaserade metoder.

Om jag går tillbaka till rekommendationen för ångest ser jag att förstahandsalternativet för behandling är läkemedel, i andra hand KBT. Det anges dock inte närmare vilken form av den behandlingen som avses. Ångest kan se ut på olika sätt; vara utlöst av traumatisk händelse eller av sociala faktorer, brister i tidigt omhändertagande osv osv men Socialstyrelsen konstaterar att för ångest gäller KBT utan närmare precisering. När rapporten ändå redovisar att det finns olika typer av KBT framstår det som märkligt att den distinktionen inte sker i själva rekommendationen

[18] Ibid. s 17
[19] Ibid. s 108

Det är även av intresse att se hur rapporten beskriver psykodynamisk psykoterapi. Den form som där nämns är korttidsbehandling, alltså inte den psykoterapi där behandlingens längd avgörs av de båda parterna i behandlingsrelationen gemensamt. Det sägs att man arbetar med så kallat motstånd, tolkar mönster i patientens agerande, lyfter fram det som händer i terapirelationen och ger utrymme för patientens önskar drömmar och fantasier. Det sägs att det läggs stor vikt vid relationen mellan terapeut och klient och hur klientens problematik manifesterar sig i relationen. Även här, i likhet med KBT gäller att de studier som finns med i kunskapsunderlaget i huvudsak stödjer sig på manualbaserad korttidsbehandling.

Då jag läser riktlinjerna blir mitt intryck att språket är formellt och inte förmedlar så mycket känsla; riktlinjerna handlar om hjälp till lidande människor men språket förmedlar inte så mycket av en sådan intention utan mer av en bruksanvisning för som det heter ”beslutsfattare inom hälso-och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer”.[20] Det för tankarna till vad Erica Falkenström skriver om språkets betydelse i vårdsammanhang, förutom de vanliga ekonomiska och medicinska begreppen behövs ”ett språk som rör demokratiska värderingar och relationer”.[21] Hon pekar på vikten av att känslor, emotioner behöver tydliggöras, sättas ord på, för att de ska bli verkliga och vägleda de handlingar som är behandlingens syfte. Det som behövs är ett språk som kan användas för att ”formulera argument som förmår att rättfärdiga moraliska handlingar.”[22]. Hon pekar även på risken att de etiska argumenten lätt ”kan viftas bort till förmån för ett ohämmat managementspråk.”[23] Då jag läser Falkenstöms synpunkter förstår jag vad jag saknat i läsningen av riktlinjerna; en förmedling av vad behandling och bemötande av ångest och depression faktiskt innebär.

Remissvaren

Som nämndes inledningsvis bemöttes riktlinjerna med avsevärd kritik. De remissinstanser som tillfrågades var till största delen kritiska. Remissvaren kan delas in i tre huvudgrupper; de som diskuterar själva valet och prioriteringar av behandlingsmetoder, de som för resonemang kring val av urvalsmetod och forskningsinriktning samt de som ifrågasätter själva förfaringssättet och arbetssättet kring rekommendationerna. I svaren kan urskiljas några gemensamma synpunkter som återkommer hos de flesta. Brist på forskningsstöd, godtyckligt

[20] Socialstyrelsen s 10
[21] Erica Falkenström, *Vårdchefens etiska dilemman: Strategier för bättre praktik* Stockholm: Natur & Kultur, 2014, s 142
[22] Ibid.
[23] Ibid.

urval av forskningsrapporter, brist på transparens och insyn vad gäller arbetets utformning och framväxt. En sammanfattande iakttagelse utifrån remissvaren är ett ifrågasättande av hur prioriteringen av vissa terapiformer på bekostnad av andra har gått till. Detta anses viktigt då det dels inte gagnar patienterna, då det kan saknas behandlingsformer på de enskilda enheterna. Men även att patienter sällan har en tydligt avgränsad diagnos utan istället att samsjuklighet är det vanliga. Vidare att själva rangordningen skett utifrån ett tänkande kring forskning på psykoterapi där metodernas lämplighet för den psykodynamiska terapin har ifrågasatts. Frågan om evidens och vad som avses med detta begrepp blir då åter aktuell.

Jag väljer att mer i detalj presentera några av remissvaren då de dels innehåller mycket detaljerade genomgångar av riktlinjerna, deras innehåll men även bakgrund och hur arbetet fortlöpte. Författarna till några har även medverkat i själva arbetet kring utformandet av riktlinjerna vilket ger ett insidesperspektiv från dess tillkomst. Jag refererar även Psykoterapicentrums remissvar då denna organisation även gjorde de tidigare nämnda anmälningarna till förvaltningsrätt respektive kammarrätt.

I ett av remissvaren där undertecknarna samtliga är verksamma inom kliniskt arbete och forskning ifrågasätts själva evidensen för att den kognitiva beteendeterapin skulle ge bättre behandlingsresultat än psykodynamisk inriktning vilket ju är något som riktlinjerna betonar som avgörande för sitt urval. Man skriver ”Det finns således ingen vetenskapligt stöd eller evidens för rekommendationen att psykologisk behandling framförallt ska ges i form av KBT.”[24] Författarna till remissvaret har dessförinnan redovisat referenser för sina slutsatser och hävdar utifrån dessa att inte i någon av de genomgångna studierna kan påvisa den kognitiva beteendeterapins överlägsenhet gentemot andra psykologiska behandlingsmetoder. Undertecknarna av remissvaret konstaterar att ”med hänvisning till forskning påstå att en psykologisk behandlingsmetod är generellt överlägsen andra kan dessvärre bara jämföras med ideologiproduktion och inte med vetenskap.”[25] En annan frågeställning remissförfattarna ägnar uppmärksamhet är vad effekten av den ensidiga prioriteringen av en behandlingsmetod före en annan kan ha i det praktiska, kliniska arbetet. Dels vad gäller anställningar: ”Upphandlingar vinns av de företag som bara har satsat på behandlingsmodeller som får högst prioritet. ”[26] ”Tjänster inrättas som är inriktade på en enda behandlingsform”.[27] Vad som även

[24] Remissvar, *Synpunkter på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*, Åsberg M., Holmqvist R. Sandahl C. Wilczek A. Lillengren P. Bäck M. Stockholm, 2017 03 23, s.2
[25] Ibid. s 2
[26] Ibid.
[27] Ibid

är intressant är att de ifrågasätter den skarpa och tydliga avgränsningen mellan de olika behandlingsformerna och som man även för fram inte längre finns kvar i den kliniska verkligheten och vardagen. De ser en ökad förståelse och samverkan mellan representanter för olika synsätt inom psykiatri och primärvården och ser risk att denna utveckling stannar av om riktlinjeförslaget skulle gå genom. Då de skriver att ”som riktlinjerna nu är formulerade kommer de upplevas som irrelevanta av många kliniskt verksamma”[28] överensstämmer det med min upplevelse; inte många av de som dagligen möter människor med en rad olika svårigheter och livssituationer bryr sig om riktlinjerna. Däremot finns de med och påverkar, som t ex vad gäller anställningar och andra prioriteringar. Som skribenterna sammanfattar: ”Det kommer att bidra till minskat förtroende och tillit till ledningen på alla nivåer, vilket i sin tur tvingar fram styrningsmodeller som bygger på maktutövning och disciplin istället för på auktoritet. Auktoritet förtjänar man genom omdömesgillt och etiskt handlande, som bygger på insikter i verksamhetens förutsättningar och lyhördheten för komplexiteten i uppdraget.”[29]

Skrivelsen fångar upp flera av de frågeställningar som ingår i uppsatsens syfte; avstånd mellan beslutsfattare och de som utför själva arbetet, konsekvenser för det konkreta arbetet i form av minskade resurser för en av behandlingsformerna. Men även att uppdelningen av människors komplexa problematik i olika snäva diagnosgrupper faktiskt kan vara förhindrande för förståelse och bemötande i det konkreta bemötandet.

I en skrivelse undertecknad av tio företrädare för klinisk forskning och praktik sammanfattar de vad de som anser vara de allvarligaste bristerna dels i själva arbetet att utforma riktlinjerna, dels de resultat dessa brister medföljde.[30] De anser projektledningen vara skevt sammansatt; att det finns en stor dominans av medicinska professioner och mycket lite av företrädare för klinisk psykologi eller psykoterapi. Arbetssättet sägs ha saknat dialog mellan projektledning och vetenskapliga granskare. De nämner även att det förekom lobbying från olika organisationer och att det exempelvis kunde resultera i att psykiatrin inom Stockholms läns landsting gjort ekonomiska satsningar på en specifik behandlingsform och att man därifrån uttryckte förväntningar att riktlinjerna skulle rekommendera sådan behandling. Man nämner även bristen på kommentarer kring samsjuklighet och komplex problematik och hur dessa tillstånd ska bemötas. Ytterligare argument är det man anser som försummelse av generella

[28] Ibid s 3
[29] Ibid s 3
[30] Remissvar, *Synpunkter på socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*, Ankarberg P. Bergsten K., Bohman G. Bäck M. Falkenström F. Klingström A., Lillengren P. Philips B. Werbart A. Stockholm 2017 03 28

forskningsfynd om psykoterapi samt felaktiga inkonsekventa bedömningar av effekt och evidensgrad. Avslutningsvis hade de synpunkter på prioriteringsgruppens sammansättning och förhållningssätt gentemot kritik och synpunkter.

I Psykoterapicentrums svar slutligen, finns i stort sett liknande argument som i de tidigare men även med avsevärd mängd referenser till aktuell forskning. Som tidigare nämns den ensidiga prioriteringen av biologiskt synsätt ”med vissa inslag av inlärningsteoretiska interventioner”.[31] Bristen på kunskapsbredd sägs ”avspeglas både i arbetsprocess och i slutprodukt”.[32] I sin presentation av bakgrunden till remissversionen nämner författarna att de tidigare riktlinjerna från 2010 prioriterade KBT och psykofarmaka vilket ledde till flera konsekvenser. Tillgängligheten av psykodynamisk terapi minskade inom alla sektorer av svensk sjukvård. Även rekrytering, utbildning och forskning inom andra behandlingsformer påverkades, vilket man anser bidragit till att Sverige ”halkat efter den internationella kunskapsutvecklingen”.[33]

De konstaterar även att under den period riktlinjerna från 2010 verkat, har det skett en markant ökning av psykofarmaka i vården samt att under perioden 2010-2015 den psykiska ohälsan i Sverige ökade med hundra procent för kvinnor, sextio procent för män och idag utgör den största andelen av de samlade sjukförsäkringskostnaderna.

Vad gäller kritik av arbetsprocessen konstaterar de att endast två av tjugosex deltagare representerar det psykodynamiska perspektivet. Förutfattade meningar och partiska ställningstaganden sägs ha tillåtits få utrymme. De sätter även ljuset på att remissversionen har fått ersätta tidigare riktlinjer utan oberoende remissprövning.

Angående redogörelsen för prioriteringar och bedömningar noteras som i övriga remissvar bristen på transparens och hur urvalet gått till. I sin diskussion kring behandling av ångest och depression hävdar de att man i forskningsöversikter funnit ”genomgående likvärdiga resultat mellan PDT och KBT och att de båda behandlingsmetoderna får ”största effekt då de tillåts komplettera varandra som behandlingsalternativ.”[34] Avslutningsvis gör undertecknarna uttalandet att riktlinjerna på en rad väsentliga punkter inte håller den nivå som kan förväntas. ”Det är självfallet ytterst allvarligt och något som bör få en egen uppmärksamhet inom

[31] Remissvar, *avseende Socialstyrelsens Riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, Remissversion,* Eva Mari Eneroth Säll, Stephan Hau, Gunnar Bohman s 1
[32] Ibid
[33] Ibid s 3
[34] Ibid s 8

myndigheten. Hur är det möjligt att vetenskaplighet, oberoende och objektivitet kan åsidosättas?”[35]

Undertecknarna är förutom dåvarande ordförande i föreningen Psykoterapicentrum två kliniskt verksamma forskare vid Stockholms universitet. Riksföreningen Psykoterapicentrum är en yrkes- och intresseförening öppen för legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning och består av en riksförening och tio lokalföreningar. Att motståndet mot riktlinjerna är starkt från en förening för psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning skulle kunna uppfattas som en slags partsinlaga; dock pekar undertecknarna liksom författarna till andra remissvar på erfarenheten att behandlingsformer kan komplettera varann. En viktig punkt i kritiken är också att ett ensidigt teoretiskt perspektiv missgynnar även andra behandlingsformer än den psykodynamiska.

I skrivelserna fångas flera av de frågeställningar upp som ingår i uppsatsens syfte; avstånd mellan beslutsfattarna och de som utför själva arbetet, konsekvenser för det konkreta arbetet i form av minskade resurser för en av behandlingsformerna. Men även att uppdelningen av människors komplexa problematik i olika snäva diagnosgrupper faktiskt kan vara förhindrande för förståelse och bemötande i det konkreta mötet.

I remissvaren finns flera beskrivningar av hur arbetet med att ta fram riktlinjerna saknade forum och samarbetsformer där samtliga företrädare hade möjlighet att föra fram sin uppfattning och därmed möjlighet att påverka slutresultatet. Brist på överskådlighet, transparens och kommunikation är omdömen som delas av de som under en tid var med i arbetet. Även andra remissvar än de där skribenterna under en tid var en del av arbetsprocessen innehåller liknande omdömen. Flera framhåller även konsekvenser av riktlinjernas prioriteringar vad gäller anställningar, forskning och utbildning. Även risker för bristande behandlingsutbud och därmed försämring för patientgruppen nämns.

Från exempelvis klientorganisationen RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) framförs risken med förenkling och likriktning vad gäller utbud av behandling. Man karaktäriserar riktlinjerna som beskrivning av ett ”system där samhället sätter in allt mindre andel mänskliga resurser i stödet och vården av människor med psykisk ohälsa”.[36] Vidare att psykodynamiska metoder kan röra hela livssituationen för en människa – och därmed de

---

[35] Ibid.

[36] RSMH *Yttrande över Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning* Stockholm 2017 03 21 s 6

metoder som kan användas även på de svårast sjuka.”[37] I remissvar från vårdgivaren S:t Lukas påpekas även där risken för ensidigt behandlingsutbud och refereras till erfarenheten att människor ofta vänder sig till denna organisation efter att i den offentliga vården blivit hänvisade till KBT som enda alternativ. Man skriver om det orättvisa i att de ”patienter med ångest och depressionstillstånd som är bäst hjälpta av PDT inte kan få relevant terapi med offentlig finansiering.”[38] Från Sveriges Psykologförbund sägs att Socialstyrelsens rekommendationer visserligen riktas till beslutsfattare på en övergripande nivå men att då riskeras att signalera” det här ska ni göra” och att därmed förutsättningar för fortsatt forskning och brett behandlingsutbud minskas.”[39] Även remissvaret från Nätverket för forskande socionomer uttrycker frågor kring den lägre rekommendationen för PDT vid exempelvis depression. Man pekar på risken att PDT försvinner från den offentliga vården ”vilket därmed skulle försämra möjligheterna till ett jämställt vårdutbud.”[40]

Sammanfattningsvis pekar skribenterna i de redovisade remissvaren på att de ansvariga för riktlinjernas tillkomst och utformande visade brist på dialog med de som är verksamma i det konkreta behandlingsarbetet. Svaren pekar i riktning mot att utformandet av riktlinjerna skett på långt avstånd från de som är verksamma i det patientnära arbetet. I remissvaren finns en medvetenhet om komplexiteten i psykisk problematik och att det ofta inte ”finns några ett till ett förhållande mellan tillstånd och åtgärd”[41] vilket överensstämmer med min egen erfarenhet.

Som jag tidigare nämnt fångar remissvaren upp flera av mina egna iakttagelser och tankar kring riktlinjerna. Det gäller dels det enskilda mötet mellan vårdsökande och behandlare men även på en mer övergripande nivå. Vad gäller påverkan på det enskilda behandlingsmötet är min erfarenhet att de svårigheter människor söker hjälp för ofta är så sammansatta och komplexa att de inte kan inordnas i en enda diagnos. Om en behandlare har börjat tänka i termer av en specifik diagnos kan finnas risk att bortse ifrån de svårigheter som faller utanför diagnosen, men även att bortse från de sammanhang individen befinner sig i och som kan bidra till ångest, depressivitet eller andra känslor som hindrar individen. Människor kan behöva olika typer av hjälp under olika perioder av sitt liv och där är samarbete mellan vårdgivare det mest väsentliga. Ett tänkande där en specifik behandlingsform antas vara den bästa och kunna gälla för tillstånd som kan inordnas under en diagnos men där

[37] Ibid. s 7
[38] Förbundet S:t Lukas, *Yttrande* 2017 03 28 s 2
[39] Sveriges Psykologförbund, *Synpunkter på remissversion,* 2017 03 31 s 4
[40] Nätverket för forskande socionomer i hälso- och sjukvård, *Remissvar: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* 2017 03 28 s 2
[41] Sveriges Psykologförbund, Ibid.

levnadsförhållanden och omständigheter kan gestalta sig på helt olika sätt ser jag inte heller som gynnsamt för det möte mellan vårdgivare och klient där det gäller att få de bästa förutsättningar för ett samarbete. Vad gäller en mer övergripande nivå överensstämmer även där mina egna erfarenheter och iakttagelser med flera av tankegångarna i remissvaren. En av de viktigare synpunkterna är att om behandlare med psykodynamisk inriktning ej prioriteras vid anställningar riskerar därmed behandlingsutbudet att snävas in för vårdsökande. En allvarlig konsekvens skulle där kunna vara att möjligheten för tillgång till psykodynamiskt inriktad behandling inom offentligt finansierad vård minskar eller försvåras.

De rättsliga prövningarna

Som nämnts har föreningen Psykoterapicentrum i en skrivelse till Förvaltningsrätten i Stockholm yrkat att denna skulle upphäva Socialstyrelsens beslut att fastställa riktlinjerna. I skrivelsen yrkades även att riktlinjerna i avvaktan på att förvaltningsrätten slutligt avgör målet, eller beslutar annat, tills vidare inte ska gälla (inhibition)[42]. I beslut från förvaltningsrätten sägs att Socialstyrelsen vidhåller sitt beslut samt att den fråga som ”förvaltningsrätten har att ta ställning är om Socialstyrelsens fastställande av riktlinjerna utgör ett överklagbart beslut och om så är fallet om beslutet ska upphävas”. Förvaltningsrätten fastslår slutligen att ”Socialstyrelsens beslut att fastställa riktlinjerna inte medför sådana faktiska verkningar som enligt praxis föranleder att ett beslut är överklagbart.”[43] I beslutet sägs även att riktlinjerna enbart utgör rekommendationer och inte kan tolkas på annat sätt än att de är just rekommendationer. Psykoterapicentrum lät sig dock inte nöja med detta beslut utan överklagade till Kammarrätt i Stockholm som dock avslog överklagandet maj 2018.

Psykoterapicentrum har även gjort en anmälan till Riksdagens ombudsmän - JO. I anmälan begärs att JO granskar om Socialstyrelsen följt ”regeringsformens bestämmelser om opartiskhet och saklighet.”[44] I samband med framtagandet av de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen inlämnat två yttranden. Man konstaterar där att handläggningen ”har levt upp till kravet på objektivitet i regeringsformen och att det inte har framkommit att myndigheten har handlat i strid med någon annan författning”.[45]

---

[42] Riksföreningen Psykoterapicentrum, *Anmälan* inlämnad till Förvaltningsrätten av ombud, 2018 01 15
[43] Förvaltningsrätten i Stockholm *Beslut,* 2018 01 19
[44] Riksföreningen Psykoterapicentrum, *Anmälan avseende Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom,* 2018 06 13 inlämnad av ombud till Riksdagens ombudsmän - JO
[45] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens yttrande till Riksdagens ombudsmän (JO)*i ärende 4141-2018 s 5

I beslut och uttalande från JO som efter lång handläggningstid slutligen kom mer än två år efter anmälan sägs bl a att det saknas anledning att ifrågasätta Socialstyrelsens grundmodell för framtagande av riktlinjer. Vidare att ”förvaltningslagens jävsbestämmelser inte kan anses tillämpliga på de experter som deltagit i riktlinjearbetet.” JO anser dock att Socialstyrelsen inte ”fullt ut hanterade de intressekonflikter som fanns” och därför inte ”kan undgå kritik för att i det aktuella riktlinjearbetet ha anlitat en extern expert vars objektivitet kunnat ifrågasättas”[46]

I en kommentar kring hanteringen av vetenskapligt underlag sägs att en omfattande del av arbetet med riktlinjerna handlat om att sammanställa vetenskapligt underlag. Det sägs att det gjorts utifrån metoden GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) vilket är ett internationellt vedertaget system för evidensgradering och som även används av myndigheten Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. ”I metoden ingår att sammanställa och bedöma kvantitativa data som beskriver effekten av en studerad åtgärd jämfört med en annan åtgärd på en viss population. Sannolikheten att den estimerade effekten motsvarar den sanna effekten bedöms utifrån olika kriterier. Systemet syftar till en så objektiv bedömning av studieresultat som möjligt.”[47]

Innehållet i och utgången av de rättsliga processerna inryms inte i denna uppsats syfte; dock ser jag det som intressant att riktlinjerna gett upphov till så kraftig opinionsyttring att det leder till rättsliga åtgärder, även om dessa inte lett till några större konsekvenser. I yttrandet till JO ser jag också exempel på den brist på dialog som remissvaren ger uttryck för. Då man beskriver urvalsprocessen refereras också till just den typ av forskning som i flera av remissvaren sägs missgynna den psykodynamiska psykoterapin. Yttrandet ger för mig intryck av en slags oförmåga eller bristande vilja att sätta sig in i kritiken och det sammanhang den finns i, för att i stället upprepa den ståndpunkt som redan är uttalad i och med riktlinjernas innehåll.

Psykoterapi möter praktisk kunskap

Ett samtal med A

[46] JO Riksdagens ombudsmän, *Uttalanden om saklighet och opartiskhet i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom,* Dnr 4141-2018
[47] Ibid. s 8

För att illustrera riktlinjernas möte med en samtalssituation presenterar jag ett möte med en person som i sin berättelse sammanfattar flera återkommande problemställningar. A är en fingerad person men sammansatt av flera olika klienter jag mött i arbetet.

En vårdcentral har remitterat A till mottagningen och anger arbetsrelaterad stress som huvudorsak till remissen. Då jag träffar A för ett första besök berättar han kort om bakgrunden; har arbetat länge inom samma verksamhet men fått besked om uppsägning på grund av outsourcing. I sin redogörelse för situationen framstår han som plikttrogen och ambitiös, intresserad av sina uppgifter och den verksamhet de ingår i. Då A inte längre är helt ung men har fortfarande många år kvar i arbetslivet uttrycker han en viss oro inför möjligheten att få ny anställning.

När A beskriver arbetsledningens hanterande av uppsägningen framstår den som okänslig och tycks även strida mot gängse arbetsrättsliga principer vad gäller information, uppsägningstid och annat. A konstaterar med uppgivenhet i rösten att den fackliga representanten på arbetsplatsen mest har en funktion av förlängning av arbetsledningen och inte bistått med det stöd som borde varit en rutin. A beskriver känslor av förvirring, oro och som en följd av det även nedstämdhet. Då samtalet fortskrider framkommer att A under åren haft episoder av bristande tilltro till sin kompetens, något han själv satt i samband med upplevelser under uppväxten. Det har tidigare funnits en sårbarhet som den aktuella situationen nu aktualiserat och försvårat. Det är därför svårt att säga att personens bristande psykiska balans enbart skulle ha med arbetssituationen att göra men att den försvårar en tidigare tendens till bristande tilltro till egna resurser och möjligheter.

A:s svårigheter har av sin läkare på vårdcentralen bedömts vara arbetsrelaterade men även som ångestsyndrom, vilket enligt riktlinjerna innebär rekommendation att sjukvården bör ge antidepressiv medicinering men även kan erbjuda KBT. Längre ner på rekommendationslistan finns även, efter ”mindfulnessbaserad kognitiv terapi” korttids PDT.

Enligt riktlinjerna skulle A alltså i vart fall inte som ett förstahandsalternativ ha kommit till mig, att så sker är alltså redan något som inte är förenligt med vad som rekommenderas enligt Socialstyrelsen. Även om jag har kännedom om den graderingen och att den finns med i bakgrunden, gör jag en egen bedömning om vad som är lämpligt och inleder, efter att ha ställt några frågor kring bakgrund och tidigare livshistoria, med att i samråd med A finna ett fokus för denna samtalsserie. Enligt vårdcentralens önskemål ska samtalsserien ej överskrida tio tillfällen, men kan i undantagsfall förlängas. Det innebär att kontakten kan utformas som en korttidspsykoterapi med psykodynamisk inriktning. Vi enas om ett fokus för samtalen och

inledningsvis talar A mest om situationen på arbetsplatsen, ökade krav, ständiga organisationsförändringar, mindre utrymme för egna initiativ och eget omdöme. Dessa beskrivningar är nu något jag känner igen från flera av de människor som remitteras från vårdcentral. Efterhand under samtalen kan jag dock urskilja ett tema som A återkommer till; upplevelsen att behöva prestera och uppfylla andras krav och förväntningar för att kunna känna tillfredsställelse och ibland än mer; att ha ett existensberättigande. Dessa berättelser följs ofta åt med sorgsenhet, ibland tårar. Sorgsenheten följs ofta av reflektionen att så mycket tid förflutit utan att ha haft kontakt med egna känslor; att så mycket ha följt andras förväntningar att det egna förblivit främmande. Främlingskapet inför de egna känslorna har i A:s fall och även för många andra inneburit livs- och vägval som mer handlat om att uppfylla andras förväntningar än att utforska egna. Då kraven på arbetsplatsen ökat har klyftan mellan egna behov och yttre krav ökat alltmer, A och många andra når en punkt där de båda inte längre går att förena.

Jag vill dels underlätta för A att hantera situationen i nuet men även ge en förståelse för de egna känslorna och sätt att reagera i just den aktuella situationen. Genom att A bereds tillfälle till reflektion och tankar kring sin historia kan han även nå en förståelse för på vilket sätt det påverkar hans förhållningssätt i nuet. Då A får möjlighet att sätta ord på sina känslor, tankar innebär det även en möjlighet att se sitt invanda förhållningssätt på avstånd och därmed kunna utpröva nya förhållningssätt. Det innebär inte att A:s erfarenheter av minskat utrymme på sin arbetsplats kan bortförklaras eller förminskas med hänvisning till händelser under uppväxten. Tvärtom kan en förståelse för den egna sårbarheten ge stöd i upplevelsen att bli utnyttjad och det orimliga i de krav som ställs och därmed styrka att åtgärda den situationen.

Om jag granskar min egen del i utvecklingen av samtalet är det inledningsvis givetvis viktigt att den jag talar med får förtroende för att jag är någon som har kompetens och erfarenhet nog för att kunna ta emot en livsberättelse. En första förutsättning är intresse och engagemang för just A:s unika livshistoria vilket innebär att ställa frågor som ger möjlighet att fördjupa och komma längre i sin förståelse av sig själv. Om jag får undvikande svar behöver jag återkomma till frågan om jag verkligen tror att den är väsentlig för att öppna nya skikt av förståelse.

A har vid flera tillfällen återkommit till situationer där han till sina arbetsledare påvisat hur en viss organisationsförändring har en hindrande effekt på hela arbetsplatsen och då mötts av undvikande eller bagatelliserande svar. Då A beskriver detta erfar jag något av den desperation och vanmakt jag uppfattar hos A, sätter in den känslan i det sammanhang A

beskriver och översätter samtidigt till liknande upplevelser från min egen erfarenhet. Jag sammanfattar den upplevelsen i ord och prövar om det blir igenkännbart och giltigt. A visar med hela sin gestalt att det innebär en lättnad att få ord på den upplevelse hen beskrivit oh fortsätter sin berättelse på ett mer livligt och engagerat sätt än tidigare.

A har svarat undvikande några gånger att han bara har goda minne av sin uppväxt och skoltid, det finns inget samband mellan då och de nuvarande svårigheterna. Då A ytterligare en gång beskriver den vanmakt han erfar inför arbetsgivarens krav återkommer jag till frågan om han kan känna igen den känslan och får då svaret med ett helt annat tonfall och röstläge att han nu minns en händelse från skoltiden där han verkligen försökt prestera sitt allra bästa men endast mött ointresse och där istället andras resultat lyfts fram. A beskrev en överraskning över hur det minnet oväntat dykt upp och kunde sedan själv se relevansen av den upplevelsen för sin tolkning av sin nuvarande arbetssituation. Samtalet rörde sig sedan mellan nu- och dåtid där A mer och mer förmådde se med distans på upplevelsen av vanmakt, och därigenom fick energi att försöka förändra sin situation på arbetsplatsen. Givetvis är inte ett samtal tillräckligt för att åstadkomma en varaktig förändring av ett psykiskt tillstånd men kan utgöra en början i en process där nya skikt öppnas och kan formuleras i ord. Vad som hände skulle också kunna formuleras som att A vågade lämna sina försvar mot att uppleva den ursprungliga känslorna av sorg, övergivenhet och vrede, nu fick kontakt med dem och kunde börja uttrycka dem på ett ändamålsenligt sätt. Vikten av att se samspelet mellan känsla och försvar istället för en statisk diagnos betonas av författarna till *Affektfokuserad psykodynamisk terapi* Man ser risken med att säga att någon ”har en depression” eller ”är deprimerad” ”Det är statiska etiketter som inte säger något om dynamiken bakom personens tillstånd; ett tillstånd som präglas av en rörelse av affekter och olika strategier för att reglera affekttillståndet.[48]

Att jag vid det tillfället upprepat min fråga byggde på den sammantagna känsla av vanmakt, oro, upprördhet och övergivenhet A gett uttryck för i sin tidigare berättelse och där jag utifrån liknande känslor från min egen erfarenhet kunde formulera ett antagande att de känslorna hade stor betydelse för A:s nuvarande tolkande av sin arbetssituation. En viktig förutsättning för att A skulle orka se mindre goda minnen från sin tidigare historia är att han kände en tillit till min förmåga att ta emot och bära hans upplevelse av utsatthet och vanmakt. Ett annat sätt, och med de begrepp som används inom psykodynamisk teoribildning, för att beskriva vad som hände i rummet under samtalet skulle kunna vara att jag genom motöverföring kände

[48] Katja Bergsten, (red) *Affektfokuserad psykodynamisk terapi*, Stockholm: Natur & Kultur, 2015, s 50

frustration, viss irritation över den passivitet och undfallenhet A inledningsvis gav uttryck för. Jag kunde även känna ilska gentemot A:s arbetsgivare och hade svårt att motstå impulser att uppmana A till att sätta ned foten och vara tydlig med sitt motstånd. Jag kände där en identifikation med A men insåg att direkta uppmaningar till handling skulle hindra A att själv komma i kontakt med sina känslor. Då A ännu inte alls kommit i kontakt med sin egen upprördhet kan jag också se den ilska jag själv kände av som exempel på vad som brukar benämnas projektiv identifikation; jag får för en stund känna ”ta hand om” de känslor A inte förmår kännas vid för att han sedan succesivt ska kunna införliva dem med sig själv.

Att kunna bära, härbärgera sådan känslor och invänta rätt ögonblick när de kan tydliggöras för klienten så att hen själv kan komma i kontakt med känslor som tidigare tett sig omöjliga att formulera eller än mindre ge uttryck för, är en del av den psykodynamiska kunskapstraditionen. Med en terminologi mer hämtad från psykodynamisk korttidspykoterapi skulle detta kunna uttryckas som att A måste ”succesivt närma sig triggern, i detta fall affekten, och stegvis göra erfarenheten att de fruktade konsekvenserna uteblir när han utsätts för affekten.”[49] Bergsten et al betonar det för psykodynamiskt tänkande väsentliga förutsättningslösa förhållningssättet. Vilka känslor som är problematiska för en viss person är unikt för varje persons historia och kräver ett noggrant utforskande. [50]

Då A kommer i kontakt med tidigare minnen kan det ses som uttryck för att han kunnat känna tillräcklig tillit till mig för att kunna känna sig fri att närma sig svåra att upplevelser. Med psykoanalytikern D.W. Winnicotts ordval skulle kunna sägas att ett mellanområde ”potential space” upprättats där fantasi och spontanitet kan ges utrymme. Ett sådant utrymme är avhängigt av att det ges tid och ett känslomässigt klimat för förutsättningslös inväntan; en agenda där vissa moment bör avverkas på viss tid som exempelvis kan bli följden i manualbaserad behandling skulle kunna vara direkt hindrande för att spontaniteten kan ta form. I det skeendet har övergångsfenomenet en avgörande betydelse enligt Winnicott; det är hans beteckning på den fas i barnets utveckling eller i relationen till behandlaren där mentalisering kan uppstå, det vill säga upplevelsen att jag och andra visserligen kan dela känslor men att vi även har vår egen unika upplevelse av omvärlden.[51] Begreppet mentalisering definieras av Katarina Mårtensson Blom och Björn Wrangsjö i boken *Intersubjektivitet – det mellanmänskliga i vård och vardag* som förmågan att identifiera, läsa

[49] Ibid.s 84
[50] Ibid.s 85
[51] D.W.Winnicott, *Lek och verklighet* Stockholm: Natur och Kultur 1981, s 28, 36. 173

av och förstå eget och/eller andras inre tillstånd med avseende på tankar känslor och intentioner".[52] I boken *Affektfokuserad psykodynamisk terapi* betonas även betydelsen av förankring i kroppen "mentalisering är patientens förmåga att kunna tänka och förstå ett affektivt tillstånd samtidigt som han är medveten om att det pågår i kroppen."[53] Ytterligare en definition ges i en antologi redigerad av Peter Fonagy och Anthony Bateman vilka är några av förgrundsgestalterna vad gäller forskning och tillämpning av mentaliseringsbegeppet; "imaginatively perceiving and interpreting behavior of oneself and others as conjoined with intentional mental states."[54]

Det innebär att terapeuten/behandlaren behöver ha en utvecklad förmåga till inkännande och närvaro för att uppmärksamma när en sådan rörelse är på gång. Det kan exempelvis ske genom att terapeuten kommer i kontakt med egna känslor av att inte bli lyssnad till och sedan översätter den till den aktuella situationen. Att ställa följdfrågor, ge exempel på hur det kan kännas i liknande situationer förmedlar upplevelse att patientens känslor är möjliga att förstå och kan delas av andra. Då A långsamt närmar sig de känslor av sorg och ilska som funnits gömda i den tidigare mer heltäckandeupplevelsen av vanmakt och oförmåga till handling är det tecken på en rörelse i riktning mot en mer tillåtande hållning till egna känslor och då även möjlighet att dela dem.

I ett förord till en antologi över några av Winnicotts skrifter skriver psykoanalytikern Arne Jemstedt om mentaliseringens betydelse för kreativitet och länken till barnets relation till övergångsobjektet. Han formulerar processen som ett uttryck för "begynnande förmåga att upprätthålla en dialektisk process mellan förening och avskildhet, mellan symbolen och det den symboliserar, mellan inre och yttre, och denna dialektik skapar mental rymd."[55] Då A och jag delar känslor kring hans upplevelse och han slutligen kan upptäcka och namnge känslor han tidigare varit främmande för kan det vara ett exempel på ett sådant skeende.

Psykoterapi och fenomenologi

---

[52] Katarina Mårtenson Blom, Björn Wrangsjö *Intersubjektivitet: det mellanmänskliga i vård och vardag*, Lund: Studentlitteratur, 2013, s 16
[53] Bergsten, s 126
[54] Bateman A. Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice,* Washington and London: American Psychiatric Publishing, 2012, s 514
[55] Arne Jemstedt "Inledning" " *Den skapande impulsen – psykoanalytiska skrifter i urval* Stockholm: Natur och Kultur, 1993, s 20

I fenomenologiska undersökningar, riktas uppmärksamheten mot världen så som den upplevs ur ett subjekts perspektiv, exempelvis en klients eller patients eget perspektiv. I mötet med den som genom samtal söker hjälp att komma vidare är det inom den psykodynamiska traditionen väsentligt att möta varje ny person utan förutfattade meningar.

Jag ser där likheter med tänkande inom den fenomenologiska traditionen och där hermeneutiken ingår som en gren. Den filosof som sägs vara fenomenologins grundare är som tidigare nämnts Edmund Husserl. Ett väsentligt inslag i det tänkandet är hur världen och tillvaron ter sig ur individens perspektiv; det som brukar benämnas den upplevda erfarenhetsvärlden. Thomassen skriver att vidareutvecklingen av fenomenologisk teori fått ”stor uppmärksamhet som lämplig utgångspunkt för kunskapsutveckling in om vård och socialt arbete.”[56] För Husserl ingår alltid omvärlden och de intryck vi tar in i ett meningsfullt sammanhang. ”Data är inte neutrala i förhållande till teorier, de är alltid beroende av mänsklig medvetandeaktivitet och av ett mänskligt tolkningsperspektiv”.[57] Husserl talar om att sätta vår förförståelse ”inom parentes” för att kunna uppfatta fenomenet, det vi betraktar och möter som unikt och utan belastning av tidigare kunskap.

Kritiker av Husserl har menat att det inte är möjligt att så bortse från sammanhang; ”vi är bundna till en viss punkt i tiden och historien där vår nutid alltid är förbunden med en dåtid och tradition.”[58] Men i ett samtal och varje nytt möte med en annan person behöver detta inte utesluta en förståelse för att båda parterna vid ett möte har med sig tidigare erfarenheter och livssammanhang och att varje möte sker vid en viss punkt i vars och ens livshistoria, en horisont av förståelse.

Denna ståndpunkt fördes fram av filosofen Hans-Georg Gadamer och är en viktig och avgörande del i hans teoribygge. Gadamer utvecklade Husserls tankar och blev den mest framträdande förnyaren av hermeneutiken under 1900-talet. Beteckningen hermeneutik kommer av grekiskans ”hermenuein” tolka eller uttolka och avser en sammansatt tradition av teorier om tolkning och förståelse. Den förståelsehorisont som Gadamer avser är dock inte individuell utan är det kulturella och historiska sammanhang som människor befinner sig i. Då Gadamer framställer förståelsen som ”ett möte och ett samtal” är det dock inte svårt att tillämpa hans tankar på det behandlande samtalet. ”Ny förståelse och insikt om den andre gör att jag ställer nya och andra frågor som i sin tur kanske öppnar upp för nya sidor hos denne.

---

[56] Thomassen s. 91
[57] Ibid.s 94
[58] Ibid. s.95

Den förstående erfarenheten är en pendelrörelse fram och tillbaka mellan min horisont och den andres horisont. Genom samtalets öppenhet förstår jag den andres historia på nytt, i en alltid oavslutad process".[59] Denna process som Gadamer benämner "horisontsammansmältning" stämmer mycket väl med min erfarenhet av vad som händer i ett samtal. Denna process beskrivs av Gudrun Olsson, professor i psykologi, som att patienten som "lever med sin vardagsförståelse, sin uppfattning om var felet ligger och vad som borde göras åt det, representerar en horisont"[60] och där terapeuten som bidrar med sitt kunnande står för den andra horisonten. Ett viktigt inslag är där att dialogen måste innehålla något nytt, något som bidrar till en ny förståelse och därmed horisontsammansmältning

Thomassen skriver om dialogen att det är i utrymmet mellan det förtrogna och det främmande som är förståelsens sanna plats. Det påminner på ett spännande sätt om de tankar som bland andra psykoanalytikern Winnicott framfört i psykoterapeutiska sammanhang. Thomassen pekar även på att den dialogiska erfarenheten innebär att förståelsen uppkommer i förhållandet mellan kunskapssubjektet och kunskapsobjektet. Förståelse är ett "deltagande förhållande till den värld jag befinner mig i".[61]

I samtalet med A behöver jag en öppenhet för frågan vad som oroar och bidrar till att verkligheten kommit att kännas alltmer pressad. Då A berättar om svårigheter på arbetsplatsen stannar jag inte vid denna situation utan sträcker ut min förståelse till att innefatta även andra delar av A:s liv och historia Då jag ställer frågan om hans historia på nytt och flera gånger förändras min horisont av förståelse på samma sätt som A:s förändras; förståelsen förskjuts fördjupas och avbryts för att åter mötas på en ny punkt. Jag upplevde en motsättning mellan A:s vidhållande att allt varit bra och hans modlöshet. Hans kraftiga reaktion av besvikelse på arbetsplatsen gav mig känslan att den innehöll mer och något annat än den aktuella erfarenheten. Kanske tidigare erfarenheter av att inte bli lyssnad till och få gensvar. Jag prövade den känslan i en fråga och hans svar visade att det fanns något mer i hans upplevelse som kunde utvecklas till en ny förståelse.

Gadamers tänkande kring horisontsammansmältning handlar främst om förståelse av text och historiska sammanhang men är mycket tillämpbart på samtal där båda söker sammanhang och förståelse för det som inledningsvis kan te sig obegripligt och främmande.[62] Den process som

---

[59] Ibid. s 98
[60] Gudrun Olsson, *Berättelsen som utgångspunkt, psykoterapi i praktik och forskning* Stockholm: Natur och Kultur, 2008, s 54
[61] Thomassen, s 99
[62] Hans-Georg Gadamer, *Sanning och metod i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997, s 152

återges ovan där en fråga som tidigare varit obesvarad med ens får ett svar och en ny förståelse öppnas ser jag som exempel på vad Gadamer beskriver som att ”…det ger sig till känna just i upplevelsen av motstånd t ex den vi har i en diskussion. Denna blir fruktbar när man finner ett gemensamt språk. Då skiljs deltagarna som förvandlade. De individuella aspekter med vilka de gav sin in i diskussionen har genomgått en förvandling och så har de själva också förvandlats.”[63]

När A kom i kontakt med minnen av tidigare erfarenheter och såg det aktuella skeendet i ljuset av detta gav han uttryck för en annan energi och förmåga till initiativ och handling. Jag som var deltagare i detta skeende upplevde även en känsla av perspektivförskjutning och med det en större öppenhet och frihet i kommunikationen med A. Då en psykoterapeut eller samtalspartner tar tillfället att på nytt prova ett antagande är det utifrån en kombination av känsla, erfarenhet och teoretisk kunskap; kanske det som Gadamer i Aristoteles efterföljd kallade fronesis. ”…den till situationen avpassade vakenhet i vilken diagnos och behandling samtal och patientens medverkan förenas” [64]

Jag ser de fenomenologiska och hermeneutiska perspektiven som användbara för förståelsen av vad som händer i ett behandlande samtal. Då de inslag som är väsentliga för att skapa en allians och ett gynnsamt arbetsklimat; relationsskapande, inkännande och förtrogenhet med olika teorier om mänskligt fungerande, även finns hos terapeuter med annan inriktning än den psykodynamiska ser jag inte den motsättning som riktlinjerna konstruerar. Däremot kanske den psykodynamiska traditionen mer betonar dessa inslag och även ser dem som en nödvändig grogrund för utveckling.

En delfråga i syftet var om riktlinjerna kan ses om exempel på tänkande som utgör ett hindrande eller försvårande av de processer som psykoterapi bör befrämja. Riktlinjernas uppdelning av olika metoder för bemötande av mänskliga tillstånd och känslor ser jag som hindrande för utveckling av den kreativitet, flexibilitet och öppenhet jag ser som nödvändig för alla former av samtal som syftar till att bidra till förändring.

Fronesis

Gadamer tar som sin utgångspunkt Aristoteles tankar i Nikomachiska etiken och i texter kring vård och omsorgsarbete hänvisas ofta till Aristoteles och hans begrepp fronesis. Om utövandet av praktiskt förnuft eller praktisk vishet skriver Thomassen att det praktiska

---

[63] Hans-Georg Gadamer, *Förnuftet i vetenskapens tidsålder,* Göteborg: Daidalos, 1989 s 79
[64] Hans-Georg Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, Ludvika: Dualis, 2011, s 64

förnuftet även är en ”etisk aktivitet” [65]. Detta utifrån att Aristoteles använder begreppet i handlande som har med det sociala och politiska livet att göra; det handlar om interaktion ”på det mellanmänskliga området”.[66]

Thomassen fortsätter sin diskussion kring begreppet genom att visa sambandet mellan Gadamers syn på förståelse och fronesisbegreppet; hon refererar till att Gadamer ser förståelse och tillämpning som att de förutsätter varandra. ”Eftersom förståelse alltid innebär tolkning av det vi möter utifrån vår förståelse kommer tolkningen alltid att vara ny”[67]. Jag ser där en tydlig möjlighet för tillämpning på det behandlande samtalet där tolkning och förståelse måste ske i ögonblicket och även utifrån en känsla och omtanke om vad som gagnar personen just då. Det kan vara en lyhördhet för att något inte stämmer, en disharmoni mellan det som sägs och ansiktsuttryck och där bemötandet behöver ta hänsyn till och beakta det stämningsläge där klienten visar störst sårbarhet. När A i sin berättelse talar på ett behärskat och återhållet sätt men samtidigt i ansiktsuttryck och rörelsemönster ger uttryck för djup nedstämdhet är det den motsättningen jag behöver belysa och ta hänsyn till.

Thomassen diskuterar och sammanfattar alltså Gadamers framställning av förståelseprocessen som att den sammanbinder teori och praxis och att därmed hermeneutiken presenterar en ”modell för hur kunskap uppnås där etik och värden är knutna till vårt vetande som sådant.”[68] Fronesis blir en egen kunskapsdimension med inriktningen att förverkliga det goda i konkret handling. Jag ser Gadamers utvecklande av Aristoteles begrepp som mycket intressant och tillämpbart för behandlande verksamhet; i samtal som i organiserande av hur tänkande kring vård och behandling kan utvecklas. I samtalen med A behöver jag både techne, det mer praktiska kunnandet kring hur samtal ska föras och episteme, den teoretiska kunskapen men där de i bästa fall sammanfattas i fronesis; omdömet som utmynnar i handling där dem intervention som är den mest lämpliga i varje enskild del av samtalet kan ske.

Thomassen sammanfattar vidare att i fronesis som kunskapsform blir ”förståelsen i sig oupplösligt förbunden med värdeomdömen och etiska beslut”[69]. Då det kanske kan uppstå missförstånd kring hur fronesisbegreppet skulle kunna användas ser jag Thomassens definierande sammanfattning som användbar ”Praktiskt omdöme är alltså inte en diffus eller mystisk förmåga som `flyter omkring´ bland våra handlingar och beslut i praxis. Det är

[65] Thomassen, s. 20
[66] Ibid. s 23
[67] Ibid. s. 124
[68] Ibid. s.126
[69] Ibid. s 198

tvärtom omdömet som samlar, integrerar och differentierar den arsenal av sakkunskap som vi tillämpar i konkret och kunnig praxis i konkreta situationer".[70]

I sin bok *Kunskapsfilosofi* lyfter idéhistorikern Bernt Gustavsson fram det säregna i fronesis som kunskapsform, han skriver: "för att kunna gripa och behärska konkreta situationer krävs ett ändamål som är moraliskt bestämt och som förutsätter en viljeinriktning, en hållning. Därför är fronesis inte bara vilken kunskap som helst. Den innefattar även en moralisk dimension."[71]. Gustavsson citerar Gadamer som skriver "Att skilja det görliga från det ogörliga betyder också att skilja det lämpliga från det olämpliga och förutsätter därför en moralisk hållning som en sådan tillämpning samtidigt utvecklat"[72]

Tanken att fronesis i sig innefattar ett förhållningssätt där omtanke om individens bästa är en central del är även något som även Fredrik Svenaeus diskuterar i flera texter. Det Svenaeus lägger tyngdpunkt vid är att empati är en grundförutsättning och källa till moralisk kunskap genom att vara den känslomässiga komponenten i fronesis. Även han lyfter fram att den praktiska kunskapen inte kan utövas med hjälp av eller fastslagna regler för handling, utan varje enskilt fall kräver sin bedömning. Empatin är den känslomässiga komponenten i fronesis menar Svenaeus.[73] Han lyfter även fram frågan hur etiska dilemman i vården bör bemötas; de måste lösas utifrån det enskilda mötet med den vårdsökande, inte med en uppsättning regler eller förutbestämda förhållningssätt.[74] Hans argumentation sammanfaller med Thomassens åsikt att praktiskt omdöme inte är något som "flyter omkring" "to exercise empathy in the clinical encounter is not only a kind of ethical icing of the cake" utan "the core part"[75] i förståelse och bedömning i behandlingsarbete.

Hos de nämnda författarna träder bilden av fronesis fram som en kunskapsform väsensskild från episteme (den vetenskapliga grunden för kunskap) och techne (hantverksmässig skicklighet) och där omtanke och etisk reflektion jämte erfarenhet är grundläggande beståndsdelar. Svenaeus pekar på att fronesis innefattar kunskapsområdet kring mänsklig interaktion[76] Att handla utifrån fronesis utgår alltså från en känsla som blir vägledande till den specifika handling som är den bäst lämpade i mötet med en viss person. Jag ser det som

---

[70] Ibid.s. 199
[71] Gustavsson, s.212
[72] Ibid.
[73] Fredrik Svenaeus, *Phenomenological bioethics,* New York: Routledge, 2018 s 57
[74] Ibid. s 55
[75] Ibid s 61
[76] Ibid s 57

intressant hur starkt Svenaeus betonar betydelsen av kliniskt omdöme i det unika mötet och hur det synsättet sättet skiljer sig från riktlinjernas mer generaliserande förhållningssätt.

Möjligheten till förändring och det specifika med fronesis som kunskapsform är ett tema som Christian Nilsson skriver om i en av de texter som ingår i antologin *Vad är praktisk kunskap*. Han betonar att det inte endast handlar om det som *kunde ha varit* utan som det som *kan vara* annorlunda, att det egna handlingsbeslutet är med ”och definierar situationen”[77]. Han tillägger att en förutsättning för vetenskapens praktik är det meningssammanhang den ingår i. ”Det vetenskapliga teoretiska perspektivet kan inte göra reda för mening”.[78] Betoningen på mening och sammanhang istället för metod är något jag ser som en avgörande skillnad gentemot det förhållningssätt som anges i riktlinjerna.

Riktlinjer eller omdöme

Som nämnts tidigare kan jag, då jag väl fått remissen, arbeta utifrån eget omdöme och riktlinjerna märks inte av på något påtagligt sätt. Vetskapen om deras existens innebär dock en indirekt påverkan; då den behandlingstradition jag själv är verksam inom inte anses lämplig som förstahandsval vid de två diagnosgrupperna som är de mest vanligt förekommande inom primärvården blir min upplevelse att bedriva en nästan subversiv verksamhet, något som så att säga hamnar utanför det som enligt en viktig statlig myndighet anser vara det rätta. Behandlaren skulle kunna känna en konflikt mellan sitt omdöme att ha kompetens att hjälpa den person hen möter och upplevelse att kanske göra ”fel”. Den konflikten kan innebära att mindre lyssna till vad som sägs; både med ord och vad som i övrigt gestaltas, reflektioner, minnen och istället bli mer inriktad på den egna prestationen och vad som kan anses ”rätt”. En ängslan att inte ge de ”verktyg” som ofta efterfrågas. En konsekvens skulle kunna bli brist i närvaro och uppmärksamhet vilket för vissa patienter kan upplevas som ett övergivande och leda till att den tillit som är så avgörande i behandlingsarbetet avbryts. Detta leder över till frågan om relationens betydelse i den psykoterapeutiska situationen.

Det är nu väl dokumenterat att relationen i det terapeutiska samarbetet har en avgörande betydelse för hur väl patienten känner sig hjälpt. Det finns en mängd litteratur kring den

---

[77] Christian Nilsson, ”Fronesis och den mänskliga tillvaron,” *Vad är praktisk kunskap* red. Bornemark J.& Svenaeus F. Södertörn Studies in Practical Knowledge, 2014 s 53
[78] Ibid. s 54

frågeställningen men i riktlinjerna kan jag inte finna någon hänvisning till den forskningen. En förklaring till den frånvaron skulle kunna vara skillnad i vetenskapssyn och även tänkande kring vad psykoterapi innebär; en del av medicinsk behandling där patienten är föremål för expertens bedömning och behandling eller en kontakt mellan två personer där den ena utifrån kunskap och erfarenhet visserligen ska vägleda den andra, men där även den hjälpande personen måste vara öppen för förändring.

En av de svenska kliniskt verksamma skribenter som ägnat den terapeutiska relationen intresse är Rolf Holmqvist, professor i psykologi. I boken *Vad är verksamt i psykoterapi* diskuterar han och medförfattaren Björn Philips en rad olika inslag i behandlingsrelationens betydelse för utfallet och kommer fram till att relationen har stor betydelse i PDT såväl som i KBT och andra behandlingsformer men att det behövs mer forskning hur och på vilket sätt relationen avgör resultatet.[79] Läsningen av Holmqvists bok ger mig mer frågor än svar och visar på komplexiteten i vad som är verksamhet och även vad psykoterapi faktiskt är och vad som händer i den specifika typ av relation som benämns psykoterapi. Det är en avsevärd skillnad mellan den entydighet som riktlinjerna ger uttryck för och de undersökande hållning som framträder i boken om vad som är verksamhet.

Det är också viktigt att förstå mer om vad som utgör en konstruktiv arbetsallians och vad som hindrar den. I sin avhandling i tillämpad psykologi belyser Camilla von Below vad som bidrar till en psykoterapi där klienten upplever den som hjälpsam.[80] En av slutsatserna är att det är av vikt att terapeuten tar upp frågan om patientens upplevelse av terapin, vad som känns hjälpsamt eller ej, särskilt om det förefaller som att rörelsen i terapin avstannat. Författaren menar att metakommunikation är något som bidrar till gott behandlingsresultat, det vill säga att man lyfter frågan om hur kommunikationen mellan de båda ser ut och fungerar. För mig påminner denna pågående omprövning av kommunikationen om Gadamers tankar kring förståelsehorisonter där det sker ett växelspel mellan förståelse, bristande förståelse som leder till fram till ny förståelse.

I ett tidigare avsnitt i uppsatsen återgav jag de beskrivningar av KBT och PDT som finns i Socialstyrelsens rapport. Där skrivs om PDT att stor vikt läggs vid relationen mellan terapeut och klient och hur klientens problematik manifesterar sig i relationen.[81] Den beskrivningen

---

[79] Rolf Holmqvist, Björn Philips red. *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber 2008

[80]Camilla von Below *When psychotherapy does not help…and when it does: Lessons from young adult´s experience of psychoanalytic psychotherapy,* Stockholms universitet, psykologiska institutionen, avhandling i tillämpad psykologi, 2017

[81] Socialstyrelsen s 110

överensstämmer med min erfarenhet men samtidigt kanske skillnaden mellan det psykodynamiska och kognitivt beteende arbetssättet i det praktiska arbetet inte är så avgörande då en fungerande behandling förmodligen inte heller i KBT kan genomföras utan en konstruktiv arbetsallians.

Ett annat kännetecken för KBT som lyfts fram i rapporten är att man där lär patienten att ”känna igen negativa tankar, utvärderas deras giltighet och ersätta dem med mer hälsosamma sätt att tänka.”[82] Det nämns även att behandlingen påverkar genom att utveckla en mer accepterande hållning till känslor och upplevelser.[83] Det är intressant att jämföra med vad som sägs i en bok av Anna Kåver, en av de mer välkända och respekterade företrädarna för KBT. Hon skriver att KBT står i förändring och utveckling och att den så kallade tredje fasen nu är pågående. Den kännetecknas av ett ifrågasättande ”av tesen om förändring av observerbara beteenden och förändring av tankar som det enda verksamma i KBT och betonar nu istället förändring av patientens *förhållande och inställning* till sina upplevelser, tankar och känslor”. [84] Kåver beskriver även en, vad hon ser som en kommande fjärde fas då känslornas betydelse får större betoning än tidigare. Hon refererar till en auktoritet inom neurovetenskap, Joseph LeDoux, som menar att ett begränsat fokus på patientens tankar i sämsta fall kan leda till enbart intellektuell insikt men fortsatt känslomässigt lidande.[85] Enligt denna forskare behöver man istället medvetet väcka och aktivera negativa känslor för att lära patienten att hantera dessa. Det är intressant att se hur känslorna och även så kallade negativa sådana ses som väsentliga och användbara inslag i den kognitiva beteendeterapin, dock inte enligt vad som framgår i riktlinjerna. I den psykodynamiska traditionen ses alla tankar, negativa som positiva som viktiga budskap om vad som behöver utredas och förstås, mer än att värderas som mer eller mindre ändamålsenliga och behöva ersättas med något annat som bedöms som mer lämpligt.

I ett psykodynamiskt tänkande är avvaktande med eller en kontinuerlig omprövning av diagnos det gängse förhållningssättet. Detta för att väsentlig information om inslag i individens tillvaro inte ska bortses från. Ett annat dilemma som kan uppstå då diagnosen sätts vid en viss tidpunkt är att terapeuten sätter fokus på de problem och svårigheter som finns vid tidpunkten för diagnossättningen och även där att väsentliga frågeställningar i individens livshistoria riskerar att inte bli uppmärksammade. Att avvakta med diagnos innebär dock inte

[82] Ibid s 108
[83] Ibid s 109
[84] Anna Kåver, *KBT i utveckling: en grundbok i kognitiv beteendeterapi* Stockholm: Natur och Kultur, 2016, s 34
[85] Ibid s 35

att bortse från skillnader mellan olika individers sätt att uppfatta sin verklighet, hur personligheter kan vara organiserade på olika sätt eller vilka strategier eller försvar man använder för att avvärja obehagliga känslor.[86]

I KBT sker vid behandlingens början på liknande sätt som i den psykodynamiska traditionen ett informationsinhämtande men där informationsinsamlingen nog är mer systematisk och alltmer insnävande på den specifika problematik som man sedan fokuserar på. Ett avgörande kännetecken för KBT är att beteendeanalys och funktionell analys sker utifrån inlärningsteoretiska principer.[87]

Om inlärningsteori är en av hörnstenarna i KBT är motsvarigheten i det psykodynamiska förhållningssättet antagandet om att motstridiga känslor, inre konflikter, väcker ångest som sedan individen försvarar sig mot genom olika försvar. Även att konfliktfyllda relationsmönster som individen har med sig från tidigare relationer tenderar att upprepas i aktuella relationer och att dessa kan bli synliga genom hur patienten relaterar till terapeuten.[88]

I sin beskrivning av affektfokuserad psykodynamisk terapi betonar Bergsten et al gång på gång känslornas betydelse som vägvisare för både klient och behandlare, våra grundläggande affekter kan ha blivit avstängda och svåråtkomliga vilket leder till det som kan upplevas som psykisk ohälsa. Målet i affektfokuserad och all psykodynamisk psykoterapi är därför att återfinna kontakten med de känslor som tidigare av olika skäl varit ignorerade[89]. Synen på vad psykisk ohälsa innebär är heller enligt det synsättet inte klart avgränsad utan ett ”kontinuum där det är individens upplevda lidande som avgör om det ska kallas psykisk ohälsa eller inte.”[90] Om individen upplever sig alltför främmande för sina känslor och därmed behöver försvara sig mot dem upplevs det som ångest, nedstämdhet eller annat som skulle kunna betecknas med en diagnos. Men ”eftersom de gängse diagnossystemen inte medger ett individanpassat synsätt på symtom är de till mindre nytta vid formulerande av behandlingsplan eller behandlingsmål[91].

Bergsten et al betonar, så som andra psykodynamiskt orienterade psykoterapeuter, vikten av ett förutsättningslöst förhållningssätt där det inte finns några standardsvar som t ex att vägen

---

[86] McWilliams Nancy, *Psykoanalytisk diagnostik*: *att förstå personlighetsstrukturer*, Stockholm: Wahlström &Widstrand, 2000
[87] Kåver, s 94
[88] Bergsten s 24
[89]Ibid. s 60
[90] Ibid. s.54
[91] Ibid. s.55

till psykisk hälsa skulle gå via någon specifik affekt eller att alla människor djupast bär på en konflikt. Individens unika historia är det avgörande för förståelse av de svårigheter som presenteras.[92] Betoningen på metod i riktlinjerna och de skarpa gränsdragningarna mellan vad som bör behandlas med den eller metoden skulle kunna bidra till att behandlaren söker en förenkling av den sammansatta och nyanserade verklighet som finns i de berättelser jag möter; att jag söker en diagnos för att ha något att utgå från och som kan äventyra själva närvaron i mötet.

Filosofen Annemarie Mol har ägnat uppmärksamhet åt skillnaden mellan det hon kallar vallogik där individen alltid förväntas göra rationella val, och omsorgslogik där vården sker som ett pågående flöde mellan de båda individerna i ett vårdsammanhang. I antologin *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden* diskuterar Martin Gunnarson de effekter som följer enligt de båda förhållningssätten ”Att i enlighet med manualiseringen …inhämta patientens berättelse endast vid ett tillfälle och basera behandlingsinsatsen på denna är alltså oförenligt med omsorgens logik.”[93]

Annemarie Mol följer i sin bok *Omsorgens logik* några patienter med diabetesdiagnos och diskuterar hur olika förhållningssätt till behandling påverkar deras hälsa men även upplevelse av vården. Mol är verksam inom flera fält, filosofi, antropologi och sociologi och har i flera arbeten belyst olika aspekter av vård och omsorg. I sitt förord skriver Claes-Fredrik Helgesson om Mols uppfattning att tilltron till strikt kunskapsstyrning kan stå i vägen för god omsorg. Helgeson som själv undervisat chefer inom hälso- och sjukvård skriver ”Ekonomiska begrepp som `styrning´, `management´ och `resultatansvar´ har fått en ökad plats inom hälso- och sjukvården de senaste decennierna”[94]. Han beskriver en stigande tendens till styrning av yrkesutövning ”med behandlingsriktlinjer” och hur dessa ”förhållningssätt ibland flätats samman med varandra och dessutom blivit en del av politiska förhållningssätt till hälso- och sjukvården.”[95]

Mol beskriver vallogiken som att ett bra beslut bygger på en lämplig avvägning av fördelar och nackdelar med olika handlingssätt och att denna tänkta balans liknar ekonomiskt redovisningstänkande.[96] Hon beskriver även vallogiken som att tiden där är lineär;

---

[92] Ibid. s.85
[93] Martin Gunnarsson, ”Samarbetets kollaps”, *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden*, red. Carl Cederberg, Södertörn Studies in Practical Knowledge, 2019, s. 115
[94] Annemarie Mol, *Omsorgens logik Aktiva patienter och valfrihetens gränser*, Lund: Arkiv förlag 2006 s 10
[95] Ibid. s 10
[96]Ibid s80

”ögonblicket då ett beslut fattas är inbäddat i en sekvens” där neutrala fakta och värdeladdade val leder till handling och då ofta av teknisk art och att så snart handlingen blir utförd blir den möjlig att utvärdera.[97] Denna bild av ett förhållningssätt vad gäller vård och behandling påminner för mig om riktlinjerna; vid mötet med den vårdsökande bör diagnos ställas för att den mest, enligt den forskning som åberopas, mest ändamålsenliga behandlingen ska kunna sättas in. Det är mer diagnosen än den unika berättelsen som avgör valet av behandling och valet är även gjort på förhand, av andra än den som möter den enskilda individen.

Mol fortsätter, ”Den vetenskapliga tradition som för närvarande intar en dominerande position inom sjukvårdsforskning – den kliniska epidemiologin - har inte skapats för att hantera de oväntade effekterna av interventioner.”[98] För det oväntade krävs öppenhet för överraskningar. Även här kan jag tillämpa Mols tankar på riktlinjerna och den forskning de utgår från. I riktlinjernas värld har en person depression eller ångest och behandlingen utgår från den även om individen istället för visa tecken på depression plötsligt ter sig mer ångestfylld. Mol vill istället se vården som en ”interaktiv öppen process som kan formas och omformas beroende på resultatet av den.”[99] Hon pekar på risken med att ”mätandet av några få diskreta parametrar förskjuter uppmärksamheten från de ibland plågsamma och alltid komplicerade aspekterna av ett dagligt liv med en sjukdom”. Mol skriver om fysiska sjukdomar men det är inte svårt att översätta hennes tankar till bemötande där uppmärksamheten riktas mer mot de symtom som presenteras än ett långsamt utforskande av någon livshistoria. Mol är även noggrann med att betona att omsorgen inte ska förblandas med vänlighet och andra goda egenskaper och ser risken med att den då riskerar att bli urvattnad, uddlös och ”en förmodern rest”. Den omsorg hon talar om står inte i motsats till teknik men en teknik som måste hanteras med omsorg.

Detta påminner om hur Svenaeus betonar att empatin, den känslomässiga komponenten i fronesis, det praktiska omdömet inte är ”the icing of the cake” utan själva kärnan i behandlingsarbetet.[100] I Mols tankar om vallogik som ett exempel på redovisningstänkande ser jag även en likhet med hur filosofen Jonna Bornemark skildrar den ”kolonisering” av managementkonsulter och ekonomer inom välfärdsprofessionerna och hur den motsvaras av

[97]Ibid s 80
[98] Ibid. s 116
[99]Ibid s 43
[100] Svenaeus ”Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics” *Medicine Health Care and Philosophy* 17, 293-299 2014

”naturvetenskapens kolonialisering av områden som hör till humaniora och samhällsvetenskap”[101]

Känslornas, emotionernas betydelse i valsituationer och beslutsfattande betonas även av Erica Falkenström som i sin bok ger flera exempel på hur beslut kan påverkas av rationella eller irrationella känslor. Hon betonar betydelsen av att se till sammanhangets betydelse för ett visst val eller åtgärd och refererar även till filosofen Martha Nussbaum i ett ifrågasättande av de ”kantianska och utilitaristiska traditioner som inte tar hänsyn till känslornas betydelse för människans etiska och moraliska överväganden”.[102] Om jag går till Nussbaum själv ser jag flera tankar som påminner om det spänningsfält mellan förnuft och känsla eller med de begrepp Bornemark använder ”ratio och intellectus ”. Även hänvisning till den praktiska klokheten grundad på erfarenhet och omdöme som efter Aristoteles ofta benämns som fronesis. ”Vi skulle kunna uttrycka det som att kunskapen behöver känsligheten för att kunna handla på ett effektivt sätt” och hon fortsätter ”Ofta kan en förlitan på intellektets förmågor faktiskt vara ett hinder för en sann etisk förnimmelse genom att ställa sig i vägen för eller underminera känslorna och lyhördheten.”[103]

Riktlinjernas ton av rationellt förnuft ger mig intrycket att man i rapporten strävat efter en neutral ton där känslomässiga argument antas vara bortkopplade, som att de forskningsresultat som hänvisas till skulle garantera en slags objektivitet och där urvalet av vissa fakta framför andra skett helt utan inblandning av subjektiva urval. Den sakliga tonen, indelningen av diagnoser och metoder, hänvisning till olika forskningsrön, kan förstärka intryck av ”vetenskaplighet” och sanning och på så sätt förväntas appellera till de beslutsfattare som riktlinjerna sägs rikta sig till. I riktlinjerna inordnas individen utifrån sin diagnos till en viss grupp där en viss metod antas ge bästa resultat. Det situationsspecifika och unika bortses ifrån vilket kan ge intryck av något välordnat och organisatoriskt hanterbart. Jag kan uppfatta Nussbaums kommentarer inspirerade av Aristoteles som tillämpliga för min upplevelse av riktlinjerna ”Och Aristoteles anför kraftfulla argument inte endast mot det normativa bruket av en systematisk regelhierarki utan allmänt sett mot alla generella algoritmer för det korrekta valet”[104] Falkenström skriver att hon i sin forskning uppmärksammat att ”känslor och emotioner många gånger väger tyngre än riktlinjer och etiska principer när vårdcheferna fattar

---

[101] Bornemark Jonna, *Det omätbaras renässans:en uppgörelse med pedanternas herravälde* Stockholm: Volante 2018, s 142
[102] Falkenström, s 123
[103] Nussbaum Martha, *Känslans skärpa, tankens inlevelse: essäer om etik och politik*, Stockholm: Symposion 1995, s 85
[104] Ibid. s 71

beslut vid intressekonflikter."[105] Dock kan känslorna vila på irrationell grund och det är där behovet av reflektion i varje enskild händelse kommer in.

I syftet som nämndes inledningsvis ingick frågan om och hur riktlinjerna påverkar den psykoterapeut som tar emot patienter remitterade för psykosocialt stöd. Utifrån min egen erfarenhet blir min slutsats att även om jag väljer att bortse från riktlinjerna blir de något jag måste förhålla mig till, vilket i sig kan innebära en belastning i en inledande kontakt där informationsinhämtande och alliansskapande behöver utrymme.

Den hermeneutiska cirkeln

I en essä i antologin *Hans-Georg Gadamer och hermeneutikens aktualitet* för Fredrik Svenaeus en diskussion om hermeneutikens betydelse för psykiatrisk vård.[106] Det är tankar jag finner tillämpbara även för de människor som kommer till vårdcentralen med en ibland kanske diffus önskan om förändring. Jag finner de relevanta för frågeställningen hur och på vilket sätt riktlinjerna påverkar bemötande i primärvården för psykisk ohälsa att belysa frågan ut ett annat perspektiv än vad som framkommer där. Jag vill här återkomma till Gadamer och hans syn på samtalet där det handlar om att förstå den andre utifrån dennes livssammanhang. Strävan hos behandlare bör vara att utvidga det Gadamer benämner förståelsehorisont för att på så sätt kunna vara öppen för vad den personen ger uttryck för. Denna öppenhet skulle kunna riskeras om jag kanske i ett pressat tidsschema ser den remitterande läkarens förslag om KBT utan att ge mig tid att göra en egen reflektion kring vad patienten behöver. Gadamer skriver om ett sådant samtal "Det är som i det samtal som vi för med någon bara för att lära känna honom, det vill säga för att skaffa oss en uppfattning om hans situation och horisont."[107]Som jag förstår innebörden i detta citat blir ett samtal där den ena parten inte förväntar sig att bli utmanad eller riskera förändring själv, där ett delande av ny erfarenhet inte sker, inte det samtal Gadamer anser som meningsfullt.

Svenaeus beskriver hur de teorier som går tillbaka till Freuds tankar ifrågasätts eller nu helt försvunnit inom psykiatrisk vård och där det finns ett behov av tänkande som ser människan som en helhet. Han ser där Gadamer och den hermeneutiska förståelsen som en möjlighet för att kunna se människan och de olika psykiska symtombilderna som meningssökande och

---

[105] Falkenström, s 134
[106] Fredrik Svenaeus, "Om samtalets möjligheter och diagnosens makt", *Hans-Georg Gadamer och hermeneutikens aktualitet*, red. Anders Burman, Stockholm: Axl Books, 2014
[107] Gadamer, *Sanning och metod,* s 150

meningsfulla. ”Poängen är att människan som erfarande subjekt måste uppmärksammas om vi ska kunna förstå den psykiska sjukdomen.[108] Då Gadamer talar om sjukdom tänker jag det i psykoterapins sammanhang skulle kunna översättas som ”lidande” och att psykiskt lidande kan ses som ett kontinuum där gränsen mellan mer eller mindre handlar om nyanser och gradskillnader. Svenaeus ser det fenomenologiska perspektivet som användbart inte enbart vad gäller psykiatriskt eller psykologiskt bemötande. Han ser det som värdefullt även kanske nödvändigt i alla behandlande samtal även avseende den fysiska hälsan. Dock än mer vad gäller bemötande och behandling av den psykiska ohälsan. Dialogen mellan vårdgivare och vårdtagare bör vara den ram eller riktmärke som vägleder den vetenskapliga undersökningen ”Doctors (as well as representatives of other health-care professions) are thus not first and foremost scientists who apply biological knowledge but rather intepreters – hermeneuts of health and illness”[109].

Om jag går till Gadamer själv framstår hans kommentarer som överraskande aktuella då han i och för sig med förbehållet om viss förenkling, hävdar att ”vi å ena sidan har ett betraktande och fastställande som använder sig av mätningsförfaranden, ett slags nästan räknemässig kunskap om hur sjukdomar kan påverkas. Å andra sidan finns behandlingen som går långt bortom de framsteg som gjorts genom modern teknik.”[110]

Genom samtalet där behandlare i en dialog själv utsätter sig för risken med förändring kan patienten hjälpas tillbaka till sin livsvärld. Samtalet är, säger Gadamer, inte blott en inledning och förberedelse till behandling, det är själva behandlingen. Detta tänkande liknar det som Edith Stein beskriver då hon talar om empati som själva behandlingens kärna. Stein är en av filosoferna i den fenomenologiska tanketraditionen och det som placerar henne där är betoningen på vad som tidigare nämnts brukar benämnas som ”den levda erfarenheten” att vad som anses väsentligt är de känslor, tankar och erfarenheter som utgår från varje individs specifika upplevelse och livssammanhang snarare än en någon ”objektiv” beskrivning av olika fenomen.

Empati kan tyckas vara en självklar del i mötet med vårdsökande men det finns olika uppfattningar dels om vad empati är, dels vilken betydelse empatin har för behandlingens resultat. Riktlinjernas betoning av metod och rangordning av olika metoder kan hindra ett förhållningssätt där det unika i mötet med varje individ skyms och där istället antaganden om

---

[108] Svenaeus, Ibid. s.187
[109] Svenaeus, *Phenomenological bioethics*, s 65
[110] Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s 32

det mest effektiva eller snabba resultatet av samtalet kommer i förgrunden. Jag ser en risk för ett instrumentellt förhållningssätt där jag blir mer upptagen av mina egna prestationer som behandlare än vad som utspelas i det enskilda samtalet.

Svenaeus beskriver i olika sammanhang Steins tankar om empati som att den utvecklas i tre steg där jag som medmänniska drabbas av empati snarare än att välja den som ett inslag i metod eller förhållningssätt.[111] Utifrån denna första känsla kan jag sedan välja att lämna den eller gå vidare i den empatiska i processen genom att jämsides med den andra personen känna igen dennes upplevelse genom min egen erfarenhet. Detta i sin tur leder vidare till en intervention som den andra kan acceptera eller förkasta. Svenaeus betonar att empatin börjar med en känsla och inte utgår från ett teoretiskt resonemang eller en biologisk härmning av andras uttryck. Det som händer i en empatisk process utgår således från en specifik känslomässig upplevelse som jag erfar med mina sinnen och närvaro i varje unik situation.

Om jag möter den vårdsökande med utgångspunkten att först ställa diagnos för att sedan utifrån diagnosen ge rätt behandling blir det så som Gadamer säger att göra den andra till föremål för objektiv kunskap och därmed suspendera den andres anspråk.[112] Svenaeus lyfter i olika sammanhang fram vad diagnossättning utifrån de psykiatriska diagnosmanualerna kan innebära för bemötandet; diagnosen ger sken av att vården kan lindra eller bota lidandet på samma sätt som en fysisk sjukdom kan åtgärdas. ”but of course they cannot since life-world matters and existential questions are not amenable to biological analysis as in the way the functions of the body are”.[113]. Den process som belyses i uttrycket den hermeneutiska cirkeln där vi är deltagare i en ständig rörelse av förståelse, bristande förståelse och sedan på nytt förståelse där sammanhanget blir helt nytt, tycker jag är en träffande bild av vad som försiggår i det behandlande samtalet.

I kritiken mot riktlinjerna har ofta förekommit argumentet att de inte tycks ha tilltro till de professionellas omdöme att själva göra bedömning av val av behandling utifrån varje unikt möte med vårdsökande. Bernt Gustavsson skriver att det som utmärker en människa med gott omdöme enligt Gadamer är hennes förmåga att dra slutsatser på ett riktigt sätt och kunna använda det hon lärt och vet. Att kunna sluta sig till den enskilda ur det allmänna. Gustavsson

---

[111] Svenaeus, ”The phenomenology of empathy:a Steinian emotional account” *Phenomenology and the Cognitive Sciences* vol 15 nr 227-245 2016
[112] Gadamer, *Sanning och metod*, s. 151
[113] Svenaeus, *Phenomenological bioethics*, s 94

uppfattar den sanna dialogen enligt Gadamer som att tillfälligt lämna en tidigare oförståelse för att kunna vara öppen för andras tolkningar.[114]

I dialogen måste båda parterna lämna något av sin tidigare förståelse, öppna sig för att ta in en ny tolkning för att sedan befästa ny kunskap. Båda parter har med sig sina tidigare erfarenheter vilket utgör deras förståelsehorisont. Genom dialogen utvidgas horisonten för att sedan på nytt befästas i en ny förståelse Innebörden i att överföra något från en annan plats eller en annan tid till de omständigheter som gäller här och nu är med Gadamers term verkningshistoria. Jag känner igen detta skeende från samtalen med de människor jag möter i arbetet. De berättar något från sin horisont, jag har med mig min erfarenhet och tolkar deras berättelse utifrån den. En viktig förutsättning för att det ska bli ett samtal som ger oss båda ny erfarenhet är att jag eller den terapeut som möter i lyssnandet kan följa med, vara kvar i sina erfarenheter men även kunna sträcka sig utöver den. Jag har ofta känt att jag under ett sådant samtal kunnat lämna en invand föreställning om min själv eller om omvärlden och förflyttat mig till en annan plats av förståelse.

Efterhand kan klienten börja urskilja samband mellan det som hände då och de aktuella känslorna och därmed börja kunna distansera sig från de känslor av oro, sorg övergivenhet som är förknippade med den ursprungliga upplevelsen. Personen beskriver en större frihet, förmåga att ta beslut, tillit till omgivning och tilltro till egen kompetens. Om jag avstått från att försöka hjälpa klienten att stå ut med de känslor av övergivenhet och utsatthet hen försökte komma ifrån genom sina prestationskrav hade något av det meningsfulla innebörden i hans strategi gått förlorad för förståelse.

I sitt bidrag i antologin *Psykoterapeutens och psykoanalytikerns praktiska kunskap* sammanfattar Gudrun Olsson, professor i psykologi, vad som händer under ett behandlande samtal, terapeuten utgår från ett bakrundsvetande av kultur och erfarenhet och tar utifrån detta en rad beslut om vad som ska sägas och inte sägas. Utfallet av detta leder till en reaktion hos patienten. Det är denna reaktion som vägleder terapeuten ”Genom reflektion i handling kan terapeuten tänka över sin handling medan den pågår och modifiera den under själva förloppet” och det är dessa reaktioner som utgör evidens.[115] I exemplet med A uppfattar jag en känsla hos A som jag utifrån mina erfarenheter känner igen som vanmakt och hopplöshet

[114]Gustavsson, s 213
[115]Gudrun Olsson, Psykoterapi och forskning – två praxisformer i ett spänningsfält, *Psykoterapeutens & psykoanalytikerns praktiska kunskap* red. Christian Nilsson, Södertörn Studies in Practical Knowledge s 105

och prövar giltigheten i detta. A visar genom sin reaktion av lättnad och en mer livfull berättelse att min kommentar var hjälpsam.

Lite senare under samtalet ställer jag, trots A:s tidigare hävdande av motsatsen, frågan om han vid något tidigare tillfälle i livet erfarit något liknande som i den aktuella situationen på arbetsplatsen. Då A plötsligt kommer i kontakt med ett minne från en situation som väckte liknande känslor som de aktuella får han mer distans till de aktuella känslorna och kan finna strategier för att hantera de svårigheter som väckt känslorna. Om jag istället följt en manual vars syfte varit att ”ersätta negativa känslor med positiva” skulle dessa samband inte blivit synliggjorda och tydliga. Den innebörd som fanns inlagd i känslorna skulle kanske inte trätt fram och A hade inte nått den förståelse för sig själv och det som hindrat honom från handling. Den känsla som betecknats som ”negativ” skulle förbli så och A hade möjligtvis istället blivit uppmuntrad till olika sätt att hantera eller möjligtvis acceptera sin arbetssituation. ”Genom att uppmärksamma skeendena mellan patienten och terapeuten medan de pågår får båda tillgång till här och nu upplevelser, detaljer som är omedelbart observerbara liksom alla icke-verbala signaler i samspelet.”[116]

Riktlinjerna anger snarare ett förhållningssätt där utrymmet inte lämnas för behandlaren att utifrån sin erfarenhet och omdöme hitta sin förståelsehorisont, utmana den för att finna en ny tolkning och förståelse. Det som även i remissvaren betonas som en risk med riktlinjernas betoning på diagnos och verkställande av vård utifrån denna är att den ena parten, behandlaren, för mycket kan sätta tilltro till sin metod och därmed inte riskerar att för en stund lämna invanda föreställningar och då inte heller kunna erbjuda klienten en möjlighet till omprövning. Gudrun Olsson formulerar detta som att ”kunskapen skapas i ögonblicket, genom uppmärksamhet i handling. Varje ögonblick präglas av ett samspel mellan patientens subjektiva erfarenhet, terapeutens subjektiva erfarenhet och den intersubjektivt genererade erfarenheten.”[117] Även Christian Nilsson refererar till nödvändigheten att fånga ett skeende, orienteringspunkt i något oväntat eller ett dilemma och där fronesis återigen är den kunskap som krävs, ”Frågan som fronesis har att hantera är inte om vi ska handla eller inte…frågan är *hur* vi ska handla”.[118] Nilsson skriver även om fronesis ”säregna tidslighet” att här-och-nu situationen ”förmår vara annorlunda beroende på hur jag tolkar det som föregick den och på hur jag föregripande skriver in den i ljuset av mina projekt för framtiden.”[119]Jag tycker den

[116] Bergsten et al s 87
[117] Olsson, s 109
[118] Nilsson, s 48
[119] Ibid.s 53

beskrivningen väl fångar den upplevelse av perspektivförskjutning som plötsligt kan inträffa då en ny tolkning av berättelsen öppnar sig.

De samtalsserier som ges som psykosocialt stöd kan nog inte alltid definieras som psykoterapi men Gadamers tankar om förståelsehorisonter är giltiga även för den situationen. Som Gadamer säger ”ett sådant samtal lyckas egentligen först när det nästen inte går att skilja från det som även annars kan inträffa mellan människor, nämligen att man råkar in i ett samtal som ingen egentligen leder, utan som leder oss alla”.[120] Vi är då långt ifrån det tänkande kring metoder som riktlinjerna är uppbyggda kring. Jag tänker att det är också därför som jag varje gång öppnar dörren till mottagningsrummet för en ny person det känns som en möjlighet till en omtolkning av tidigare erfarenheter och ny kunskap om mig själv och omvärlden.

Förklara eller förstå – två vetenskapsformer

Evidens

Riktlinjerna innehåller som framkommit ovan inte så många hänvisningar till begrepp som empati eller omdöme. Det har också framkommit att de är exempel på en vetenskapssyn som skiljer sig från den uppfattning om verkligheten som den fenomenologiska idétraditionen innehåller. Där utgår man från den individuella unika upplevelsen, individens varseblivning av sitt livssammanhang och att den kunskap som kommer från den subjektiva upplevelsen kan säga oss något om tillvarons beskaffenhet. Vad jag tycker mig möta i riktlinjerna är den vetenskapssyn som mer betonar vikten av objektiv mätbarhet och som bygger kunskapsinhämtande på vad som anses som empiriska fakta. Ett av de återkommande argumenten för att olika behandlingsalternativ rekommenderas är att de är evidensbaserade. Under flera år har nu förts en diskussion i vård- och behandling kring evidensbegreppet och hur det används, detta särskilt vad gäller psykologisk och psykoterapeutisk behandling. Som framgår av rapporten om nationella riktlinjer grundar Socialstyrelsen i mycket sin bedömning och värdering utifrån vilken omfattning de olika behandlingsmetoderna skulle vara evidensbaserade. Jag finner det därför relevant med en översikt av olika tankar kring evidens.

Thomassen skriver att evidensbaserad praxis är det mest tydliga utslaget av en positivistiskt färgad vetenskaps- och kunskapssyn.[121] Det sägs även att i sådan praxis bygger verksamheten inte på det individuella omdömet utan på en extern klinisk evidens. Tankegången hos

---

[120] Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s 60
[121] Thomassen, s 169

riktlinjerna ser jag som ett exempel på ett sådant synsätt. Det sägs vidare hos Thomassen att praxisutövningen betraktas som ett instrument, ett medel för att nå ett mål och inte för sina inneboende egenskaper. Detta enligt synsättet att en naturvetenskapligt inriktad vetenskapssyn står som modell för god vård.[122] Även där känner jag igen tankegångarna i riktlinjerna, där finns inte många inslag om hur och under vilka omständigheter behandlingen ska genomföras, något om det kvalitativa innehållet, utan det hela bygger på antagandet att om viss behandling ges till viss diagnos säkerställs gott resultat. Thomassen argumenterar däremot att kunnig yrkeskompetens är att veta när det är rätt att avvika och inte hålla fast vid en procedur som är bestämd på förhand. Om jag följer riktlinjerna skulle jag som Thomassen skriver ”verkställa något som är noga planerat på förhand”.[123] Att följa en sådan vetenskapssyn är som nämnts inte förenligt med ett förhållningssätt där det unika mötet i stunden får avgöra interventionen och där omdömet, erfarenhet i kombination med kunskap har avgörande betydelse.

I en annan diskussion i antologin *Evidensens många ansikten* kring evidensbegreppet redogör vetenskapsteoretikern Ingemar Bohlin för att en vidgning av begreppet är på gång bland annat genom Statens beredning för medicinsk utvärdering. Man har provat nya kriterier genom ett internationellt samarbete kring evidenskriterier, Grading of Recommendations Asessment. Detta är även det bedömningsinstrument som Socialstyrelsen anger att de använt sig av. Bohlin citerar SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) motivering till övergången till dessa kriterier där man för en diskussion kring det ibland begränsande i randomiserande studier.

Bohlin säger att då SBU anger begränsningar med randomiserade kontrollerade (RCT) studier är det ”något av en händelse”[124] men förtydligar samtidigt att man åtminstone vad gäller sjukvård fortfarande håller sig till stora datamängder och kvantitativa metoder. Visserligen hänvisar Socialstyrelsen till att man använt sig av GRADE men utan någon mer utförlig diskussion av vad det innebär. I och med att Socialstyrelsen utgår från en viss tolkning av vad evidens innebär, dvs prioritering av randomiserade kontrollerade studier blir en konsekvens att flera typer av behandling ej rekommenderas pga att de inte passar in i den forskningstraditionen. RCT är en utvärdering av behandling med en försöksgrupp och en kontrollgrupp där fördelningen mellan grupperna sker genom slumpmässigt gjort urval. Det

[122] Ibid. s 168
[123] Ibid.s 168
[124] Ingemar Bohlin & Morten Sager, ”Evidensens öde avgörs i detaljerna” *Evidensens många ansikten* red. Bohlin & Sager, Lund: Arkiv förlag, 2011 s 213

slumpmässiga urvalet ska leda till att alla andra faktorer än behandlingen ska fördelas lika på de båda grupperna.

Diskussionen kring evidens vad gäller psykoterapi och annan psykologisk behandling har varit mycket vanligt förekommande under senare år. Psykologen och psykoterapeuten Tomas Wånge sammanfattar diskussionen som att ”svensk psykoterapi skulle må bra att släppa sin smalspåriga metodfixering som sannolikt är starkt betingat av det svenska evidensidealet.”[125] En av de många som tidigt ifrågasatte evidensidealet är Gudrun Olsson i sitt bidrag i den tidigare nämnda antologin. Även hon bygger detta på det nu välkända argumentet att randomiserade kontrollerade studier inte är avpassade efter det psykoterapeutiska arbetssättet. Som andra påpekat är forskning utifrån denna forskningstradition den vanliga i medicinsk forskning och läkemedelsindustrin, men inte lämpad för vad som sker i den psykoterapeutiska processen. Hon formulerar det som att psykoterapi är ett vetande präglat av personlig handling och att den psykoterapeutiska processen innebär att lära av patientens reaktioner och dessa reaktioner utgör evidens. ”Effektiviteten i en intervention avgörs av samspelets karaktär i ögonblicket och terapeuten kommer aldrig ifrån behovet av flexibilitet och fingertoppskänsla”[126].

Svårigheterna i mötet mellan den kliniska verkligheten och det synsätt som bygger på evidensbaserad kunskap skildras ingående av Jonna Bornemark.[127] Hon beskriver två olika förhållningssätt; det ena som utgår från mätbarhet, kvantifiering, resultatstyrning. Det andra som mer utgår från det praktiska omdömet och förmåga att se det enskilda och unika i varje individ och situation.

De två riktningarna skulle också kunna beskrivas som positivistisk, naturvetenskaplig respektive hermeneutisk/fenomenologisk; det väsentliga är synsättet på vetenskap och dess förhållande till individen, att se på individen som ett objekt där forskaren står utanför det utforskade eller där utforskandet sker i dialog med det som ska förstås och där bägge ses som subjekt. Bornemark diskuterar sedan och visar med en rad exempel hur överbetonandet av det mer rationellt förnuftsmässiga i samtiden kommit att påverka offentlig sektor och därmed vård och behandling inom denna. Det är lätt att känna igen det Bornemark beskriver av kontroll och detaljgranskning i de dagliga kraven på kvå-koder (klassifikation av vårdåtgärder) och diagnossättning. Även hur formerna för behandling kan anges genom att

---

[125] Tomas Wånge, *Relationell psykoterapi,* Stockholm: Books on Demand, 2019, s 187
[126] Olsson, s. 120
[127] Bornemark, s. 134

”skriva ned i en manual hur varje problem ska hanteras”.[128] Bornemark tar upp flera av de frågeställningar jag finner relevanta för diskussionen kring riktlinjerna. Hon för fram att samtalet inte kan skiljas från den som utför samtalet och att standardisering innebär att lyhördheten inför det specifika måste underordnas en yttre faktor som inte kommer från själva situationen.[129] Hon säger också att metoden inte tillämpas bortom en relation mellan terapeut och patient utan endast genom denna.[130] Bornemark pekar på att kravet på eller tilltron till en slags objektivitet, inte kan undgå mötet med det subjektiva, även det som ter sig som ett objektivt mätande ”har sin grund i det vi kallar subjektivitet”, ”beroende av en tidigare diskussion om *vad* vi ska mäta”.[131]

I en diskussion kring psykoanalysens vetenskapliga hemvist skriver filosofen och psykoanalytikern Johan Eriksson om hur naturvetenskapen och den empiriska metoden kommit att stå som modell för all vetenskap. Som en reaktion mot detta tänkande eller vad Eriksson kallar metodologisk monism[132] uppkom så den moderna hermeneutiken där filosofen Wilhelm Dilthey är en av förgrundsgestalterna. Kunskapssökandet bör anpassas efter det som undersöks och all verklighet kan inte beskrivas i termer av orsak och verkan. En avgörande skillnad är även att fenomen i naturvetenskaperna förklaras i termer av bakomliggande orsaker, kausalsamband, medan humaniora söker innebörd istället för förklaring. Psykoanalysen har ibland setts ha sin hemvist inom naturvetenskap då dess upphovsman Sigmund Freud var verksam som läkare med bl a inriktning på neuorologi. Eriksson hävdar att psykoanalysen varken kan inordnas i det naturvetenskapliga eller human-samhällsvetenskapliga perspektivet men att dess betoning på subjektivitet placerar den nära fenomenologin.[133] Rötterna till den psykodynamiska psykoterapin finns i psykoanalysen och det kan därför vara av betydelse var den kunskapsteoretiskt ska placeras särskilt då det efterfrågas evidens och vetenskapliga belägg. Johan Eriksson argumenterar för att då psykoanalysen kan ses som en vetenskap om den personliga erfarenheten, subjektiviteten, sker kunskapsgenererandet inom ramen för den kliniska behandlingen.[134]

---

[128] Ibid s 60
[129] Ibid s 137
[130] Ibid s 138
[131] Ibid s 269
[132] Johan Eriksson, *Psykoanalysens filosofi: en essä om psyke, vetenskap & klinisk praktik* Simrishamn: Tankekraft, 2020, s 130
[133] Ibid. s 149
[134] Ibid. s 152

Det är intressant att ta del av hur de båda forskningstraditionerna eller förhållningssätten diskuterats och omgestaltas genom historien; Martha Nussbaum ger exempel på Aristoteles tankar och åsikter om olika typer av kunskap ”Aristoteles betonar istället erfarenhetens roll när han talar om den praktiska vishetens innehåll och han utvecklar en kontrast mellan den praktiska insikten och den vetenskapliga eller matematiska förståelsen.”[135]

I en artikel diskuterar Björn Philips, det vill säga en av kritikerna till riktlinjernas utformning, forskning kring psykoterapi och hur den bör bedrivas. Han lyfter fram bristen på effektforskning vad gäller PDT och menar att den bör göras ”även om den är reduktionistisk och inte fångar människan och psykoterapin som fenomen i sin helhet.”[136] Han vill även rikta ljuset mot betydelsen av en utvidgad förståelse av psykiskt lidande där psykologiska, sociala såväl som biologiska faktorer bidrar och där man särskilt uppmärksammar vidmakthållande faktorer, dvs de som finns i individens omgivning. Han efterlyser även mer forskning kring terapirelationens betydelse och där en explorativ forskning då ”psykoterapi till stor del är spontan och samskapad och därmed inte går att manipulera fullständigt genom experimentell metodologi.”[137]

I sin bok *En strävan efter sanning* diskuterar idéhistorikern Bengt Kristensson Uggla den förvirring som kan uppstå kring evidensbegreppet då det kommit att framstå som att det är liktydigt med att något är fastslaget som det bästa eller mest lämpliga. Det handlar snarare om en strävan att uppnå ”så hög evidens som för tillfället är möjlig, en process där siktet är inställt på att etablera den högsta möjliga grad av evidens som för tillfället kan uppnås.”[138] Som vi sett är det sedan länge det naturvetenskapliga, empiriska perspektivet som dominerar inom hälso- och sjukvård och då evidensbaserad klinisk praktik ska etableras avses huvudsakligen tre metoder; randomiserade kliniska prövningar, metaanalyser och kliniska riktlinjer (checklistor och kriterier för att översätta och tillämpa kunskapen i vården). Att evidens ofta uppfattas som en ”sanningsinstans” har möjliggjorts genom att de ”tekniker och procedurer som används för evidensbaseringen osynliggjorts när endast `rena´ data presenteras.” [139]

---

[135] Nussbaum, s 74
[136]Björn Philips, ”Psykodynamisk terapi i ett framtidsperspektiv – ny kunskap och nya möjligheter!” *Tidskriften Psykoterapi,* 2014/1, s 33
[137] Ibid.
[138] Bengt Kristensson Uggla, *En strävan efter sanning,* Lund: Studentlitteratur, 2019, s 364
[139] Ibid. s 366

I riktlinjernas presentation och rangordning av de olika metoderna tycker jag mig se exempel på ett sådant osynliggörande av de processer som finns bakom den strikta uppdelning som görs mellan ”rätt” metod för motsvarande klart urskiljbara diagnos. I syftet ingick frågan om hur riktlinjerna kan tänkas påverka synen på behandling, vad psykisk ohälsa innebär och hur den ska främjas. Jag har försökt belysa hur riktlinjerna är exempel på en vetenskapssyn som inte är förenlig med den som psykoterapi och psykosocialt behandlingsarbete grundar sig på. I sina rekommendationer utgår Socialstyrelsen från i vilken omfattning de olika metoderna för behandling är baserade på evidens och med evidens avses då de resultat som bygger på forskningsmetoder som inte är avpassade efter psykoterapins specifika egenskaper. Den forskning som åberopas är den vanliga för medicinsk utvärdering och har kommit att överförs även på psykoterapin på grund av att den kommit att organisatoriskt inordnats under sjukvårdens tak. Riktlinjernas bedömning påverkar på så sätt synen på hur behandling för psykisk ohälsa eller psykiskt lidande ska utformas.

Psykosocialt stöd - psykiatri eller humaniora

Då jag tar del av diskussionen kring riktlinjerna uppstår efter en stund frågan hur och varför psykoterapin/psykosocialt arbete alls kommit att ses som en del av vårdcentralens uppgifter, på vilket sätt upplevelser av oro och nedstämdhet har med medicinsk behandling att göra. Psykiatrin, läran om de psykiska sjukdomarna, har länge varit en gren av medicinen medan psykologin hör hemma inom samhällsvetenskap eller humaniora. Länken till vårdcentralen innebär dock att kraven och förväntningarna på de psykologiska behandlingsmetoderna kommit att ställas inom de vetenskapliga ramar som hör till medicinen och därmed naturvetenskap. Dessa hör till den vetenskapstradition där mätbarhet och empiriska undersökningar är norm och för mig framstår det som att det är inom denna tradition riktlinjerna befinner sig. Behandlingen ses som liktydig med medicinska metoder och måste underkastas de krav som ställs på sådana.

Konflikten mellan den medicinska, naturvetenskapligt orienterade synsättet och ett som mer utgår från humaniora beskrivs av Kristensson-Uggla som att den inte på något annat område är så ”våldsam som inom hälso- och sjukvården.” Han kallar det en kunskapsteoretisk kollision; ”inom detta strategiska konfliktområde för samtidens politiska motsättningar och ekonomiska prioriteringar ställs nämligen också de avgörande frågorna om människans värde, autonomi, sårbarhet identitet och mening på sin spets.” Kristensson Uggla beskriver det som att ”människan själv har en tendens att `tappas bort´” och betonar svårigheten ”att finna ett

språk som kan artikulera det mänskliga.” [140] Jag uppfattar riktlinjerna som ett tydligt exempel på detta dilemma.

I vetenskapsteoretiska framställningar är redogörelser för vetenskapsformer som bygger på förklaring respektive förståelse vanliga. I naturvetenskapen handlar det om att förklara hur olika fenomen uppstår, hur de förhåller sig till varann och hur de kan påverkas. Allt detta kan undersökas i form av empiriska undersökningar. I den fenomenologiska traditionen handlar utforskandet om att förstå, att göra sig en bild av hur något fungerar och ur individens ”inre upplevda erfarenhet”. En annan filosof i den traditionen, Wilhelm Dilthey, har arbetat med att utveckla hermeneutiken till den vetenskapsteoretiska grundvalen för humanvetenskaperna.

En av de filosofer som byggt vidare på Diltheys tankar är Charles Taylor som intresserat sig för hur människan och den sociala verkligheten skiljer sig från det som är naturvetenskapens forskningsobjekt. Taylor intresserar sig för vad det innebär att förstå ett studieobjekt; det innebär att förutom en granskning av själva objektet, personen, även förstå hens värderingar och hur den ser på sig själv. Nils Gilje skriver i *Hermenutik som metod* att andra tänkare, som t ex sociologen Anthony Giddens har lyft fram att hermeneutisk tolkning måste finnas även inom naturvetenskaperna; observationer och resultat måste alltid tolkas. Skillnaden gentemot samhällskunskap och humaniora är dock att tolkningen även sker i omvänd riktning; studieobjektet tolkar den som utforskar och även sig själv.[141]

Thomassen illustrerar hur skillnaden mellan de båda förhållningssätten kan te sig i ett vård- och behandlingssammanhang; hon beskriver det naturvetenskapliga perspektivet som att ”arbetets-och vårdprocessen uppfattas som problemlösningsprocesser som bygger på ett instrumentellt förhållande mellan medel och mål” och ”analyseras inte utifrån sina inneboende egenskaper”.[142] Som ett exempel ser jag riktlinjernas tänkande kring behandling; utgångspunkten är indelningen i olika tillstånd/diagnosgrupper där dessa sedan ska åtgärdas med den behandling som anses vara den som ger bäst resultat. Om någon är deprimerad är det behandlingsmetod x som gäller och någon ytterligare nyansering behöver inte göras. I ett fenomenologiskt perspektiv är den individuella berättelsen det intressanta och behandlingen avpassas efter den.

Som vi tidigare sett är det den levda erfarenhetsvärlden man försöker förstå i den fenomenologiska undersökningen, ett ”inifrån” perspektiv. Som Thomassen poängterar att när

---

[140] Ibid. s 275
[141] Nils Gilje, *Hermeneutik som metod: en historisk introduktion* Göteborg: Daidalos, 2020 s 34-35
[142] Thomassen, s 168

exempelvis ångest studeras ur ett sådant perspektiv är det så som en person själv erfar den. Vi kan få kunskap om ångest genom att studera den utifrån, ”registrera gemensamma drag i att ha ångest” men då vi undersöker ångest så som en person upplever den får vi fram hur den gestaltar sig i klientens livsvärld, hur den påverkar individens hela tillvaro.[143] I exemplet med A beskrivs en upplevelse av vanmakt, utsatthet, oförmåga att påverka arbets- och livssituation. Den upplevelsen gestaltas i rummet av A:s ansiktsuttryck, sätt att tala och röra sig. Undvikande eller beredskap att svara på vissa frågor. Allt detta gör att jag ur min egen erfarenhet och livsvärld kan tolka och formulera i ord det A förmedlar. Att känna sig förstådd innebär att upplevelsen av vanmakt, åtminstone för en stund, skingras och A får tillgång till sin egen vilja att förändra och påverka sin tillvaro. Jag använder där ett fenomenologiskt perspektiv då jag försöker förstå A inifrån hans egen upplevelse. Ett förklaraperspektiv skulle kanske innebära att lyssnandet mer inriktas på det ytliga innehållet i berättelsen, och även jämförelse med de kriterier som i olika manualer ställs upp för diagnosen ångest.

Bengt Kristensson Uggla diskuterar konsekvenserna av den polarisering som genom historien rått mellan de båda tanketraditionerna, och hur de skulle kunna mötas. Han uppmärksammar hur konflikten dem emellan och det fenomen som ibland benämns ”de två kulturerna” blivit särskilt hätsk på hälso- och sjukvårdens område. Den medicinska patologins och sjukdomslärans nödvändiga isolering och objektifierande av sjukdomsförlopp möter där den fenomenologiska livsvärldserfarenheten av samma sjukdom. Och detta hos en ”patient som faktiskt också är en människa med en levd kropp som inte bara är ett objekt utan också samtidig ett subjekt.”[144] Kristensson Uggla pekar på riskerna att fastna i ett antingen-eller tänkande och föreslår istället det han benämner som kritisk hermeneutik. Detta skulle vara att tolkandet då inte längre handlar om att förstå utan att ”bättre förstå med hjälp av hela spektrumet av möjliga förklaringar” ”Förklara och förstå skulle inte längres ses som uteslutande varandra utan som komplementära poler i ett dialektiskt spel.”[145] Kristensson Uggla refererar i detta till filosofen Paul Ricoeur som sägs visa hur den kritiska hermeneutiken kan erbjuda en förmedlande position där det mänskliga placerar sig ”i ett mellanliggande fält mellan förklaringens orsaksmässighet och förståelsens motivation”. [146] Vidare att ”kunskapen om det mänskliga måste avspegla dubbelheten i människans situation, att hon är både natur kropp och frihet vilja”

---

[143] Ibid. s 193
[144]Kristensson Uggla, s 275
[145] Ibid. s 304
[146] Ibid. s 307

I den tidigare nämnda artikeln av Björn Philips diskuterar även han möjliga sätt att komma förbi eller genom en motsatsställning mellan olika vetenskapliga traditioner, åtminstone vad gäller forskning kring den psykodynamiska psykoterapin. Han efterlyser mer stringens i tänkandet kring forskning, och hävdar att trots att kvantitativ psykoterapiforskning alltid innebär en reduktionism, det finns möjlighet till operationalisering av psykiska fenomen.[147] Philips är dock entydig då han förespråkar en fortsatt ”kritisk hållning till en förenklad medicinsk syn på psykoterapi”, där man på ett ”oreflekterat sätt jämställer psykoterapi med farmaka” och utgår från att ”samma forskningsstrategier ska tillämpas för båda behandlingsformerna”[148] Jag ser Philips kommentarer som intressanta då han i flera sammanhang uttryckt stark kritik mot riktlinjerna men samtidigt visar att han i likhet med flera inom det psykodynamiska området, inte är främmande för utvärdering och forskning i allmänhet och inte heller kvantitativ sådan vad gäller det psykodynamiska arbetssättet. Kritiken riktas mer mot hur Socialstyrelsen genomfört sin granskning och därmed kommit fram till sina slutsatser än ett ifrågasättande av själva kravet på forskningsresultat.

Jag ser även Philips artikel som ett intressant exempel på den problemställning Kristensson Uggla beskriver i termer av förståelsehermeneutik respektive kritisk hermeneutik. Han beskriver det närmare som att humanvetenskaperna inte kan utvecklas om de begränsas till en förståelse som står i motsats till naturvetenskapens förklaringar. Dessa kan inte heller bli fullständiga utan förståelse; ”inga förklaringar i längden kan upprätthållas eller utvecklas utan att på något sätt kopplas till förståelse”.[149]

Om jag försöker tillämpa perspektiven förklara och förstå på berättelsen om A skulle det förklarande perspektivet vara att förklara A:s symtom, nedstämdhet och oro utifrån vad som faktiskt hänt; ett resultat av bristande organisation hos arbetsledning. Att A är uppgiven skulle kunna ses som beroende på förändringar på arbetsplatsen och om han kan möta dessa på ett mer positivt sätt så skulle han kunna må bättre. Ett sådant förhållningssätt skulle dock inte innebära någon större förståelse för varför just han upplever de känslor kring organisationsförändringen som han faktiskt gör. Bägge perspektiven är väsentliga för behandlaren att förhålla sig till; dels att kunna följa klienten känslomässigt i dennes upplevelse, men även att se det yttre sammanhang hen befinner sig i. Det förklarande perspektivet behövs för att finna strategier och sammanhang, det förstående för att få en hel

[147] Philips, s 34
[148] Ibid.
[149] Kristensson-Uggla, s 304

och sammanhängande bild av berättelsen. I mötet med A skulle de händelser han möter i sitt arbetsliv behöva förklaras medan jag behöver förstå hans individuella sätt att uppfatta dessa.

Vad gäller förhållningssätt till behandlingsmetoder och vad som bör rekommenderas eller ej skulle ett sådant tänkande vara konstruktivt. Kristensson Uggla använder begreppet ”emergens” för att beskriva en vetenskapssyn där båda perspektiven, förklara och förstå finns med i tolkningen av människan och hennes handlingar.[150] Emergensbegreppet förekommer även hos Tomas Wånge och där han beskriver det som en självskapande, självgenererande process ”där något nytt (meningsinnehåll) uppstår från intet eller från något tidigare”.[151] På ett intressant sätt tycker jag de båda författarna använder emergensbegreppet som ett sätt att beskriva att prövande utforskande och som liknar det som händer i ett psykoterapeutiskt samtal.

Wånge skriver att psykoterapi är en unik ”vetenskaplig aktivitet som försöker inkludera individens subjektiva meningsskapande”[152] Det unika med psykoterapi är att målsättningen inte på förhand är given av förutbestämda auktoriteter eller teoretiska teser utan att ”patienten själv måste ta aktiv ställning till hur hon eller han vill leva ”[153]Terapeutens roll i detta är att motivera patienten för ett speciellt levnadssätt ”som utgår från patientens självreflekterande”.[154] Det relationella perspektivet där behandlaren, terapeuten inte är den allvetande experten betonas särskilt av Wånge. ”Psykoterapi är ett ”sätt att …komma fram till nya sätt att tänka till nya kunskaper och att söka formulera meningsinnehållet i terapin för vidare tillämpning i patientens liv utanför”.[155] Individen finns i ett sammanhang och ”det historiska kulturella och sociala sammanhanget bestämmer den förståelsehorisont innanför vilken skeenden och företeelser får en mening.”[156] Och, betonar Thomassen ”om fenomenens mening är underkastad historiska och språkliga betingelser måste fenomenologiska analyser med nödvändighet bli tolkande”.[157]

I syftet ingick en delfråga om riktlinjerna kan ses som exempel på tänkande som i sig utgör ett hindrande eller försvårande av de processer som psykoterapi bör befrämja. Riktlinjerna har placerat den psykosociala vården i ett medicinskt, naturvetenskapligt perspektiv vilket innebär

---

[150]Ibid. s 281
[151] Wånge, s 155
[152] Ibid. s 140
[153] Ibid.
[154] Ibid. s 141
[155] Ibid. s 144
[156] Thomassen, s 183
[157] Ibid. s 183

svårigheter för de specifika kvaliteter som kännetecknar psykoterapi att inordnas inom dess ramar. Jag uppfattar det också som att det förhållningssätt som anas i riktlinjerna utesluter det möte mellan förklaring och förståelse som flera av remissvaren antyder som nödvändiga i det konkreta behandlingsarbetet.

Hur kunskapssyn påverkar praktiken

Som vi sett är en av de tankar som Bornemark liksom flera andra för fram, att genom att psykoterapi och därmed psykosocialt stöd inom samhällets vård organisatoriskt kommit att hamna inom sjukvård blir det därigenom en del av den medicinska begreppsvärlden. Medicin som vetenskap brukar inordnas inom naturvetenskapen och så sker en avgränsning gentemot den mer tolkande vetenskapssynen. Denna uppdelning är en av alla de faktorer som bidragit till att det psykologiska omhändertagandet tvingats in i former som är främmande för vad som är meningsfullt och verksamt i de mänskliga möten som psykoterapi faktiskt handlar om. Betoningen på rutiner bidrar till att göra personalen utbytbar. Lösningarna är opersonliga och inte bunden till person.

Bornemark beskriver en ”tendens till formalism, till att placera sanningen i en generell diskurs” mer än ”till det situationsunika[158] och som jag känner igen som den svårgenomträngliga väv av krav på dokumentation där individens personlighet ska pressas in i koder eller färdiga diagnoser för att journalanteckningen ska kunna skrivas. Journalanteckningen borde istället vara en möjlighet att ge en levande bild av individen för att nästa behandlare ska få möjlighet till största möjliga förståelse för just denna individs unika livshistoria. Kvalitetsarbetet handlar inte längre om en komplex verklighet utan mer om det som låter sig planeras, mätas och följas upp på ett enkelt sätt. I en bok som visserligen till största delen handlar om socialt arbete och riktar sig till socialsekreterare men där mycket kan tillämpas även på sjukvården pekar författarna Martinell och Jacobssson på hur standardisering av arbetet i form av diagnoskoder och skattningsformulär kan medföra förändringar i synen på tillvaron och hur vi kan förstå den. Man talar om en särskild ”mjukvaruepistemologi”[159] som i grunden förändrar synen på kunskap. Mångtydiga livserfarenheter reduceras på vägen från personligt uttryckt berättelse till att fixeras som ett

[158] Bornemark, s 50
[159] Katarina Jacobsson, & Elizabeth Martinell Barfoed, *Socialt arbete och pappersgöra,* Malmö: Gleerups 2019 s 82

”faktakryss”[160] medan andra väsentliga uppgifter riskerar att bortses ifrån. Jag ser dessa risker som tillämpbara på möten med de som remitterats för psykosocialt stöd; om jag skulle se det som väsentligt att tillgodose riktlinjernas krav på behandling efter diagnos blir konsekvensen att jag snabbt behöver fastställa denna för att sedan kunna anpassa bemötandet utifrån den diagnosen. Även vad gäller de skattningsformulär som de som remitterats vidare till psykosocialt stöd ombeds fylla i. Jag har hört flera berättelser från personer som av någon anledning inte lyckats passa in, kunnat uppvisa den problembild som passar de specialiserade mottagningar som finns för olika diagnosgrupper och som krävs för att komma vidare inom vårdkedjan. Berättelserna förmedlas ofta med blandning av uppgivenhet och frustration inför de otaliga skattningsformulär de svarat på utan för dem själva önskat resultat.

Det innebär för mig en lättnad att med Bornemarks hjälp kunna se den strukturen utifrån och på så sätt få ett avstånd och perspektiv på min upplevelse av tvekan om de kunskaper och den erfarenhet jag har med mig är riktigt adekvat. Som att den utomstående bedömare jag kan känna i rummet är en förlängning eller representation av hela evidensbaseringsparadigmet. Riktlinjerna förespråkar att en viss diagnos ska mötas av en viss behandlingsmetod och den metoden är prioriterad pga forskning som inte är avpassad efter den verksamhet den ska utforska.

Flera bedömare av riktlinjerna gör konstaterandet att Socialstyrelsen förordar en viss metod framför andra. Det framstår som att myndigheten blir en verkställare av, eller placerar sig inom den motsättning mellan olika vetenskapssyner Bornemark och andra pekar på. Socialstyrelsen blir inte en oberoende myndighet som på ett neutralt och överordnat sätt gör en bedömning utan en del av den struktur inom välfärdssektorn där ekonomer och företag annekterat dessa områden. Hon menar även att det finns en motsvarighet till detta i ”naturvetenskapens kolonisering av områden som hör till humaniora och samhällsvetenskapen.”[161] Den iakttagelsen kan förklara något av min upplevelse att min tolkning av vad psykoterapi och psykologiskt behandlingsarbete bör och måste vara ibland inte blir synligt eller uppmärksammat i vårdsammanhang som gäller offentlig vård. Däremot i andra sammanhang i kultur- och debattartiklar och psykoterapeuters intresseorganisationer.

Det framstår som att hela det omgivande sammanhanget kring den vårdsökandens väg till mottagningsrummet finns inom ett tänkande; remiss där en viss behandlingsmetod föreslås eller önskas av remittenten, fastslaget antal behandlingstimmar, krav vad som ska skrivas i

[160] Ibid s 83
[161] Bornemark, s 142

journalen vilket innebär förmarkerade rubriker men när väl personen börjar berätta sin historia använder jag ett helt annat tänkande. En kollega formulerar min egen känsla då hon beskriver upplevelsen av att bli marginaliserad och osynliggjord då den egna arbetsinsatsen är något som hamnar långt ned på en skala av alternativ men där ändå det arbetet fortgår och uppskattas av de människor som vänder sig till vårdcentralen. Enligt riktlinjerna går de behandlare som arbetar utifrån psykodynamiskt tänkande med människor som fått ångestdiagnos emot de värderingar som officiellt ses som de bästa. Det leder till en upplevelse av att det egna arbetet sker i någon slags undanskymdhet, nästan som att det inte riktigt finns. Ibland kan det trots långvarig erfarenhet med goda behandlingsresultat leda till tvivel och uppgivenhet inför hela arbetssituationen vilket i slutändan drabbar de vårdsökande. Ett tvivel på egen kompetensen kan dock vara följd av vetenskapssyn där det subjektiva inte ses som väsentligt.

Detta innebär inte en bedömning av olika behandlingsformer; att den ena skulle vara bättre än den andra utan pekar mer på att en behandlingsform fått dominera kanske på bekostnad av individens möjlighet att få den hjälp som skulle passa den bäst. I den kliniska verkligheten har terapiformerna förändrats i riktning mot varann; de psykodynamiska har blivit kortare och ibland mer inriktade på en problemställning medan den kognitiva beteendeterapin även den mycket kommit att betona relationens betydelse för behandlingsresultatet. Det är kanske desto mer förvånande och anmärkningsvärt att Socialstyrelsen i sin bedömning poängterar skillnaden mellan olika behandlingsformer mer än att uttrycka förståelse för den professionella behandlarens omdöme att hitta den som är lämplig för varje specifik individ. Bornemark formulerar detta dilemma på ett träffande sätt ”Såväl personal inom de mellanmänskliga professionerna liksom forskare som specialiserat sig på dessa områden menar att denna objektiva och sanna kunskap… tenderar glida bort från den levda verkligheten i des komplexitet och unicitet”. [162]

Den motsättning mellan förklara/förstå som återges av Thomassen, Kristensson Uggla och Bornemark återfinns även under andra beteckningar. Humanism/naturalism, kvalitativa respektive kvantitativa metoder, bokstäver gentemot siffror. Kanske att den diskussion som uppstått kring riktlinjerna och de skarpa åsiktsgränser som de gett upphov till kan ses som exempel på skillnaden mellan de båda vetenskapssynerna. Den tilltro till mätbara resultat, manualer, evidens, som kan utläsas av riktlinjerna ser jag som exempel på en positivistisk

[162] Ibid s 143

tradition. Kritiken mot riktlinjerna ger ofta uttryck för vikten att se det individuella, särpräglade, att anpassa metoden efter individen istället för att individens symtom ska inordnas i en diagnos, Individens upplevelse och egna berättelse som den tar form i samtalet ses som betydelsefullt och kan ses som uttryck för en fenomenologisk tradition.

Den tolkning av filosofen Descartes tänkande som Bornemark ifrågasätter är det cartesianska tänkande som ”kräver en tydlighet och avgränsning av begrepp som enligt Wånge egentligen inte låter sig göras när det gäller mer komplexa psykologiska fenomen” ”Psykiatrin innehåller mängder av pseudoexaktheter… försök att transformera unikt individuellt psykiskt fungerande till bestämda kategorier av avvikande beteende.”[163] Bornemark för fram att Descartes tänkande innehåller mer och är mer sammansatt än det ensidigt rationalistiska han brukar förknippas med. Dock har psykologin och psykoterapin enligt Wånge stannat kvar vid den vetenskapssynen, ”bitit sig fast vid en föråldrad naturvetenskaplig kunskapsteori – med en kolossalt överdriven tilltro till vetenskapen som resultat”[164]

Kristensson Uggla för fram tanken att även när den mest strikta objektivitet efterfrågas utgör det ett uttryck för preferens för en viss hållning eller idealtyp av människa; utan känslor som kan störa en ”ren” vetenskap. ”Intresset för kvantifiering liksom försöken att etablera objektivitet handlar ..lika mycket om ett sätt att vara som ett sätt att veta” och att objektivitet aldrig handlar ”endast om `ren´ vetenskap utan om att *praktisera* en viss typ av vetenskap”.[165]

Det är intressant och tankeväckande i det sammanhanget att ta del av en naturvetares tankar som i en nyutkommen bok ifrågasätter mätbarhet, förklaring och objektivitet och som skriver om den fenomenologiska riktningens betydelse för sin bok.[166] Ulf Danielsson, professor i teoretisk fysik, ifrågasätter den vetenskap som är baserad på matematisk logik och som utesluter det subjektiva inslaget hos den som utforskar. ”Det finns ingen objektiv, extern och oberoende koppling mellan den abstrakta världen av matematik och logik och universum. Det går alltid via en hjärna av kött och blod”.[167] Riktlinjerna förmedlar i sin exakta uppdelning mellan olika diagnoser en illusion att människors känslor kan sorteras och förpackas under olika etiketter. Danielsson har en mer ödmjuk syn på vetenskaplig verksamhet. ”Mellan de

[163]Wånge, s 352
[164] Ibid
[165] Kristensson Uggla, s 376
[166] Ulf Danielsson, *Världen själv*, Stockholm: Fri tanke, 2020, s 196
[167] Ibid. s 91

högtflygande idéerna och den stökiga naturliga världen som, är det vetenskapen handlar om sitter det förkroppsligade medvetandet hos forskaren själv".[168]

Riktlinjerna för tanken till ett inslag i samtidshistorien som brukar betecknas som social ingenjörskonst. I det begreppet uppfattar jag två sidor; den ena som vill värna om medborgarnas bästa, ett omhändertagande. En annan som mer pekar i riktning mot kontroll och likformighet. Yvonne Hirdman skriver "I den sociala ingenjörstanken är den mindre den fostrande människokärleken än den instrumentella synen på människan som dominerar"[169] Jag uppfattar riktlinjernas språk å ena sidan som ett värnande om individen, å andra en betoning på vikten av att samma individ efter behandling på nytt kan bidra till samhällsnyttan genom återgång i arbete. Den sociala ingenjörskonsten har sina rötter i det svenska trettiotalets samhällsuppbyggnad och handlade om att i en kombination av politiska och sociala åtgärder forma inte endast ett samhälle utan även de individer som skulle ingå i samhället. "Vetenskap, rationalitet och saklighet, viljan att göra och tilliten till såväl den goda staten som den tekniska potensen – så kunde man kort sammanfatta det väsentligaste innehållet hos de sociala ingenjörerna."[170] Yvonne Hirdman diskuterar innebörden av det "skenbara förnuft som finns i det generellt abstrakta som inte tar hänsyn till liv som är både partikulärt och pragmatiskt, av det normerande standardiserade, tekniskt rationalistiska"[171] Hirdman diskuterar även ur ett genusperspektiv det hon beskriver som en dikotomi mellan det rationella förnuftet och det "kvinnliga" som då mer skulle stå för lyssnande och beaktande av känslor. Att mer lyssna till det rationella förnuftet vill hon beskriva som social rationalisering vilket skulle ha att göra med "…exklusion – tex känslor – som sedan ska läggas till som en egen funktion "känslofunktionen".[172] För mig påminner dessa motsättningar om den jag ser hos riktlinjerna; å ena sidan betonandet av omsorg om dels individen men även hela befolkningen och dess hälsa å andra en betoning av vikten av att "göra rätt", en noggrannhet i differentiering mellan olika tillstånd av psykisk ohälsa så att inte "fel" behandling råkar ges till någon vars diagnos är lite otydlig.

Bornemark återigen, fäster, liksom många andra, uppmärksamheten på de styrsystem och ekonomiska ramar som omgärdar sjukvården och därmed den psykosociala vården. Hon beskriver hur de vårdpolitiska styrsystemen sammanflätas med de ekonomiska

---

[168] Ibid.
[169] Yvonne Hirdman, *Att lägga livet till rätta: studier i svensk folkhemspolitik*, Stockholm: Carlssons förlag, 2010, s 234
[170] Ibid. s 100
[171] Ibid. s 252
[172] Ibid. s 255

förutsättningarna och på så sätt bildar den fjärrstyrning av den behandlande verksamheten som är en del av hur New Public Management (NPM) påverkar den enskilde behandlaren. De nationella riktlinjerna blir en del av detta utan att fördenskull innehålla några uttalande om den ekonomiska delen av verksamheten. Bornemark skriver ”vi skulle kunna förstå hela NPM som ett sätt att skapa ett evidensbaserat styrsystem”.[173]

Ett återkommande tema i kommentarerna kring riktlinjerna är vikten av en vetenskapssyn som utgår från den kliniska verkligheten och vad gäller psykoterapi, vikten av förståelse för att den processen inte kan pressas in i den mer medicinskt inriktade ram den fortfarande gör i exempelvis Socialstyrelsens riktlinjer. I Ingemar Bohlins bok framhålls ”vikten av att fästa mindre vikt vid förenklade begrepp… och istället verka för att höja medvetenheten om vad som står på spel i valet mellan olika metoder.”[174] Det talas mycket om att den psykiska ohälsan ökar men kanske handlar det också om att människor söker någon att tala med om sina liv utifrån de krav som många känner att vara lyckade och uppnå resultat. Kanske behövs ett synsätt där helt andra förutsättningar behövs för att möta de behoven.

Ett replikskifte i dagspress åskådliggör något av olika förhållningssätt till vad offentligt finanseriad vård ska tillhandahålla men även vad psykiskt lidande innebär. Utifrån en positivt hållen text om psykoanalys replikerade en kliniskt verksam psykolog att vårdcentralens huvudsakliga uppgift inte är att ”bedriva själavård i vid mening, utan vården finns till för att behandla sjukdom”.[175] Där ses det psykiska lidandet som att det självklart ska befinna sig under den medicinska disciplinens tak. En annan skribent svarar ”som mänskligt subjekt `är´ vi inte bara utan vi lever alltid i ett förhållande till oss själva och vårt liv. Jag `har´ alltså inte bara en depression utan `hur´ det är att ha depressionen är alltid en aktualitet för mig.” Denna skribent menar även att det är ett stort misstag att utesluta behandlingstraditionen kring psykoanalytiskt inriktad terapi ur den offentligt finansierade vården och som ”inte tar hänsyn till vad det innebär att lida som mänskligt subjekt”.[176] Dessa synpunkter aktualiserar frågan om vad psykisk ohälsa innebär, om den ska föras in under sjukvårdens organisation och om den gör det hur i så fall vården bör organiseras.

Som framgått ska varje vårdcentral nu ha ett psykosocialt team för möjlighet att remittera till kurator eller psykolog. Att den offentliga vården vill värna om även den psykiska hälsan

---

[173] Bornemark, s141
[174] Bohlin & Sager, s.216
[175]Björn Hedensjö, ”Vården ska inte lägga patienterna på divanen” *DN* 2020 02 04
[176] Johan Eriksson, ”Psykoanalysen är absolut ett alternativ till kbt” *DN* 2020 02 06

framstår som en human och vidsynt åtgärd men kanske inte helt självklar. I och med att det psykosociala omhändertagande inordnas under vårdcentralen och därmed under den medicinska ramen kommer de svårigheter människor söker hjälp för att bemötas på samma sätt som med de somatiska sjukdomarna; dvs diagnossättning och sedan behandling efter vad som där bedöms lämpligt. Frågor som uppkommer är hur psykisk ohälsa ska definieras; vad och vem definieras vad som är hälsa respektive ohälsa. En annan är förhållningssättet gentemot de svårigheter som människor kommer med och som inte alls täcks in av de färdigprogrammerade diagnoserna, de riskerar att osynliggöras på liknande sätt som de behandlare som möter dem. Det innebär bl a att många av de problem som är en följd av strukturella missförhållanden; förändringar i arbetslivet, omorganisationer, svårigheter i kontakt med arbetsförmedling och försäkringskassa, nedskärning och illa fungerande vårdkedjor i psykiatrin inte blir synliggjorda utan istället läggs på individen och psykiatriseras. Det kan i förlängningen få konsekvenser för tillit och tilltro till samhällets förmåga att tillgodose individens grundläggande behov. Men även att individen faktiskt inte får hjälp att ta sig ur eller se med distans på otillfredsställande omständigheter utan ser sina problem endast som en individuell brist. I sitt bidrag i antologin *Existens och psykisk hälsa* diskuterar Jonna Hjertström Lappalainen flera av dessa frågor. Hon ställer frågan om det alls är önskvärt att sjukvårdens uppdrag ska inkludera psykisk hälsa och än mer tveksamt existentiell hälsa. I och med att vårdarbetet i så stor omfattning påverkas av styrdokument finns risk att följsamhet gentemot dessa tar över det professionella omdömet. En annan sida av detta är att dokumenten, manualerna och riktlinjerna tenderar att ”skapa och styra en viss typ av medborgare; dels den som ska utföra vårdarbetet, dels den som tar emot budskapet vad det innebär att vara en frisk och välfungerande människa.”[177] Hjertström-Lappalainen ser, som så många andra, en stor risk med att ”vårdarbetarnas praktiska kunskap motarbetas och urholkas av politiska och ekonomiskt drivna aktörer utan kunskap om vård.”[178]

Om individen känner allt större främlingskap gentemot den offentliga sektorn på grund av att den faktiskt inte fungerar innebär det konsekvenser för upplevelsen av gemenskap och tillhörighet och därmed värnande om det gemensamma samhället. För individens del kan det även innebära ett skuld- och skambeläggande att inte orka vara den lyckade individ omgivningen antas ha förväntningar på. Att de verkliga problemen osynliggörs på bekostnad av att de sorteras in under diverse diagnoser innebär även vilseledande information till

[177] Jonna Hjertström Lappalainen, ”När hälsan blev norm” *Existens och psykisk hälsa*, red. Dan Stiwne Lund: Studentlitteratur, 2018 s 39
[178] Ibid. s 40

vårdgivare och beslutsfattare om hur den psykiska ohälsan ser ut och vilka åtgärder som behöver vidtas.

I diskussionen kring riktlinjerna och deras påverkan är det svårt att inte beröra den ram inom vilka de verkar. Göran Dahlgren, tidigare chef för sjukvårdsenheten vid Socialdepartementet, skriver i sin bok *När sjukvården blev en marknad* om det systemskiftet inom sjukvården, dels genom privatisering men även av alltmer ”marknadsorienterade styrsystem även inom den offentligt drivna vården”[179]. Han skriver även att de marknadsorienterade styrformerna ”minskat utrymmet för självständiga professionella beslut”.[180]

Bornemark uttrycker sig tydligt då hon skriver ”Den politiska fråga som ligger som en skugga över dessa diskussioner är förstås frågan om vinster i välfärden. ”[181]Möjligheten/risken för vinst nödvändiggör en stark kontroll som tar sig uttryck och former i riktlinjer och detaljstyrning. Kristensson Uggla lyfter fram riskerna med att även vetenskap alltmer definieras utifrån ekonomiska argument och att kvantitet, produktionen av publikationer premieras före kvalitet. Det är en ”positivism som denna gång inte härstammar från epistemologiska överväganden utan från en `siffrornas magi´” en ”legering som formats av de redovisningssystem som införts för att finansiärerna vill se bevis på resultat och en i huvudsak kvantitativ, naturalistisk kunskapskultur.”[182]

Kristensson Uggla skriver även om hur vetenskapen ”uppslukats av välfärdsstatens nya ekonomiska logik”[183] och refererar till statsvetaren Kaj Pedersens tankar om välfärdsstatens förändring mot det han kallar konkurrensstat. I Kristensson Ugglas diskussion kring detta begrepp menar han att konkurrensstaten primärt betraktar verksamheten ur ekonomisk synvinkel och med fokus på effektivitet. De offentligt anställdas uppgift blir att producera resultat vilket innebär att ekonomisk effektivitet, resultat och leveransförmåga kommer att överskugga demokratiska förankringsprocesser, professioner och någon form av etisk strävan efter det goda livet. Detta leder i sin tur till underskott på demokratisk legitimitet hos de offentliga myndigheterna. En konsekvens av detta kan bli en förändring i människosyn där individen dels anses ha det egna fulla ansvaret för att tillvaron ska gå i önskad framgångsrik riktning, dels motiveras av egennytta och egenintresse. Det kan leda till ett ”kulturellt och

[179] Göran Dahlgren, *När sjukvården blev en marknad* Stockholm: Premissförlag 2018, s 19
[180] Ibid. s 40
[181] Bornemark, s 75
[182] Kristensson Uggla, s 343
[183] Ibid.s.347

moraliskt underskott när de processer som bygger legitimitet utarmas i en tid då allting handlar om effektivitet och leverans”[184]

I den tidigare nämnda antologin från Centrum för praktisk kunskap diskuterar statsvetaren Sten Widmalm hur antagandet att människor motiveras av ekonomiska incitament även bidrar till ett skapande av en typ av människa som pga belöning för resultat kommer att drivas av egenintresse istället för omtanke om det gemensamma och omdömesförmåga. En individ som har med sig värderingar om jämställdhet, miljötänkande, generell altruism och som kommer in i en organisation som styrs enligt marknadsanpassade värderingar kan försöka förändra organisationen med utbrändhet och kanske slutligen arbetslöshet som följd.[185].

I ett annat bidrag i antologin belyser Hans Hasselbladh hur konflikten mellan politiska beslut och professionellas handlingar leder till utarbetande av riktlinjer av expertgrupper som ”fastställer `best practice´ och som utövare ska förhålla sig till.[186] Jan Öhrming skriver om fenomenet best practice att det är projektkonsulter som ”har egna ideer” om vad som är bäst för sjukvården.[187] Ett exempel på dessa konsulters stora inflytande är i projekteringen av Nya Karolinska sjukhuset. Detta beskrivs mer i detalj i boken *Konsulterna, Kampen om Nya Karolinska*.[188]

Öhrming skriver om det anmärkningsvärda i att Region Stockholm i så stor utsträckning förlitar sig på strategi och marknadsföringskonsulter. ”Omfattningen antyder en utbredd osäkerhet bland vårdens chefer om vad man egentligen håller på med och ett misstroende mot den egna organisationen och medarbetarna.” Öhrming betonar skillnaden mellan denna osäkerhet och det han mött hos personal som befinner sig i det konkreta arbetet. På den nivån vet man exakt vad man ”håller på med och vad målet för den egna insatsen är. Något som många uttrycker med frasen `jag har ett åtagande mot patienten´”.[189] Jag ser i Öhrmings tankar en tillämpbarhet på riktlinjerna i just avståndet mellan det som förordas som det bästa och de uppfattningar som råder bland de som deltar i det konkreta arbetet med vårdsökande.

Dilemmat formuleras av Hasselbladh som att ”en slags diskret styrning av det professionella arbetet som innebär att formaliseringen utformas av professionens elit för att efterkomma

---

[184] Ibid s 351
[185] Sten Widmalm ”Om NPM som överideologi och vad den gör med oss” *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden*, red Carl Cederberg, Huddinge Södertörn studies in practical knowledge, s 237
[186] Hans Hasselbladh, ” De problematiska professionerna” *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden* s 263
[187] Jan Öhrming, *Allt görs liksom baklänges,* Huddinge: Södertörn Academic Studies, 2017 s 121
[188] Gustafsson A. Röstlund L. *Konsulterna: kampen om nya Karolinska* Stockholm: Mondial, 2019
[189] Öhrming, s 122

politiska krav på t ex likvärdig behandling men där den enskilde yrkesutövaren har ett visst manöverutrymme om avvikelser från standarden kan motiveras”[190]. Den beskrivningen överensstämmer i stort med min egen upplevelse av hur riktlinjerna fungerar.

Det framstår kanske inte helt självklart på vilket sätt riktlinjerna och deras utformning har med marknadsanpassad styrning att göra; det ena är just riktlinjer, det andra en organisationsform vars innehåll är att organisera samhällets resurser och utbud efter marknadsmässiga principer. Ett exempel på svar på den frågan skulle kunna vara hur det kan gå till då en vårdsökande vänder sig till primärvården, en vårdcentral för hjälp. Då en av de ekonomiska ersättningsformer vårdcentralen får är för antalet besök kan följden bli att besöken inte bör vara tidskrävande. Om det inte ges så mycket tid för reflektion eller individuella lösningar kan riktlinjer där medicinering rekommenderas som första alternativ framstå som ett bra alternativ. Det kan innebära att vårdsökande som slutligen remitteras för samtal/psykosocialt stöd har gått igenom flera försök att få samtal och när de slutligen kommer fram till detta bär på en ansenlig del frustration, misstro och besvikelse utöver de svårigheter som ursprungligen ledde till besöket på vårdcentralen. En sådan situation är exempel på hur de ekonomiska förutsättningarna för hur vårdcentralen administreras har betydelse för det enskilda patientmötet och som jag såg konsekvenserna av då jag mötte A i exemplet ovan.

Kristensson Ugglas svar på lösning på denna återvändsgränd och att återupprätta tilliten till samhällets institutioner är det han i Aristoteles efterföljd kallar en etisk strävan. Den strävan bärs upp av förmågan till omdöme ”I slutändan finns inga regler eller normer som kan garantera den etiska strävan utan vi är beroende av den praktiska visdom som bärs av det situationsbundna moraliska omdömet i situationer av stor osäkerhet”.[191]. Jag ser dessa tankar som tillämpbara på den situation där som i riktlinjerna, mänskligt lidande delas upp i grupper med i förväg fastställda beteckningar, diagnoser, och där bemötandet, behandlingen i sin tur avpassats efter dessa. Det alternativa tänkande som Kristensson Uggla skisserar utgår istället från antagandet om att varje individ är unik och att förståelsen skapas i nuet, i mötet mellan två människor. Även en önskan att professionen får större makt i relation till extern granskning eller ekonomiska intressen.

---

[190] Hasselbladh, .s 264
[191] Kristensson Uggla, s 380

Avslutning

Uppsatsens övergripande syfte var att undersöka om och i så fall på vilket sätt de nationella riktlinjerna skulle kunna påverka arbetet för en behandlare med psykodynamisk inriktning. I syftet finns även ett antagande att riktlinjerna i sin vetenskapssyn huvudsakligen utgår från ett medicinskt perspektiv på psykisk ohälsa och då med nödvändighet snävar in sitt perspektiv för vilka åtgärder som bedöms som lämpliga för underlag till riktlinjer.

Utöver presentationen av riktlinjerna redovisar jag några av de remissvar som inlämnades och som i flera fall skrevs av verksamma inom både kliniskt arbete och forskning. Avsikten med den presentationen är att belysa några av de mest vanliga inslagen i den kritik som mött riktlinjerna. Därefter vill jag genom ett exempel på ett behandlande samtal med psykodynamisk inriktning belysa hur det perspektivet kan länkas till den fenomenologiska tanketraditionen. Avsnitten om fenomenologi och psykoterapi avser att ge exempel på och visa tillämpbarheten av ett fenomenologiskt synsätt vad gäller psykoterapi. Den fenomenologiska traditionen inrymmer i sig det perspektiv som brukar betecknas som att förstå istället för att förklara. I en översikt av de båda tanketraditionerna vill jag belysa hur psykoterapeutisk verksamhet kan placeras inom ett perspektiv att förstå. Inledningsvis ställde jag frågan om riktlinjernas idémässiga uppkomst då jag sökte förståelse för varför de väckt så mycket kritik och då inte enbart inom psykodynamiskt inriktade grupperingar. Jag har funnit att riktlinjerna i sin betoning av evidens, diagnostik och mätbarhet placerar psykologisk behandling i ett medicinskt, naturvetenskapligt perspektiv och de därigenom försvårar eller rentav kan stänga ute möjligheten till en dialog mellan olika traditioner inom forskning och utveckling av behandling.

I uppsatsens inledning nämnde jag några frågeställningar kring riktlinjernas betydelse och påverkan vad gäller konkret behandlande verksamhet, dels på ett mer övergripande sätt som exempelvis prioriteringar avseende utbildning och forskning men även tillgång på psykoterapi med olika inriktning inom offentlig sektor. Avslutningsvis återkommer jag nu till frågeställningarna och vad jag ser som några viktiga slutsatser.

Den intention som sägs finnas bakom utarbetandet av riktlinjerna är att främja den psykiska hälsan. Under arbetet med uppsatsen har frågan alltmer aktualiserats om den avsedda effekten kan uppnås om de utgår från tänkande där individen inte ses som ett subjekt utan objekt för mer eller mindre detaljerade åtgärder.

En av de frågor som inledningsvis nämndes gällde om och hur riktlinjerna påverkar verksamheten som psykoterapeut för patienter som från vårdcentral remitterats för psykosocialt stöd; dels på ett mer övergripande sätt men även i det konkreta mötet. Vad gäller den senare delen kan den enskilda terapeuten om hen ens känner till dem bortse från riktlinjerna när den vårdsökande väl har nått denna; om läkaren som remitterar har bortsett från kognitiv beteendeterapi som första alternativ och remissen landar hos en terapeut med psykodynamisk inriktning kan terapeuten utforma arbetet efter eget omdöme.

Vetskapen om riktlinjernas existens och innehåll skulle dock kunna påverka på ett mer subtilt sätt; i behandlingssituationer som redan i övrigt kan vara svåra och komplicerade bidra till i sammanhanget ovidkommande frågor om behandlingsinriktning och möjligtvis svårigheter i kontakt med andra vårdgivare utanför primärvården. Människor med komplicerade problembilder behöver ofta längre och mer omfattande behandlingsinsatser än vad primärvården kan erbjuda.

Vad gäller det övergripande perspektivet; påverkan på prioriteringar avseende anställningar och därmed vilket utbud av psykoterapi den enstaka vårdcentralen erbjuder och därmed kommer att möta, ser jag i remissvaren men även från egen erfarenhet uttryck för att den påverkan kan vara betydande. Vad gäller konsekvenser för den enskilda behandlaren är påverkan som nämnts mer diffus; det finns inte direkt något förbud mot att använda andra behandlingsformer än de rekommenderade men riktlinjerna kan ändå innebära att remiss om behandling företrädesvis kommer att landa hos terapeut med viss inriktning och även där blir konsekvenser för klienten i praktiken ett smalare behandlingsutbud; mindre möjlighet till individuella val än om individen själv inledningsvis fick välja behandlingsmetod utifrån egna preferenser. Den subtila påverkan kan även innebära upplevelse av att annan behandlingsmetod än den rekommenderade innebär ett slags avsteg från en norm. Även brist på professionellt samarbete i form av handledning och fortbildning då detta tillgodoses och prioriteras för den behandlingsmetod som rekommenderas. På det sättet kan de i förlängningen leda till ett osynliggörande av de behandlingsformer som inte rekommenderas. Om en viss behandlingsmetod ses som överlägsen andra är det den som kommer att efterfrågas och prioriteras vad gäller anställningar och rekrytering i stort.

Ytterligare en fråga gällde om riktlinjerna kan ses som exempel på tänkande som i sig utgör ett hindrande eller försvårande av de processer som psykoterapi ska eller bör befrämja. I genomgången av litteraturen och remissvaren nämns ofta att psykoterapi eller psykologisk behandling i mycket bygger på en förutsättningslös och undersökande hållning. Instrumentet

eller det redskap som används är själva samtalet där förståelsen för problemställningen växer fram hos bägge parter. Terapeuten bidrar med sin teoretiska kunskap och erfarenhet men av patienten krävs även beredskap för förändring som ofta förutsätter smärtsamma känslor och upplevelser. Inte sällan är dessa upplevelser sammanflätade till komplicerade problemställningar där det är svårt att avgränsa känslor av ångest gentemot nedstämdhet; det tillstånd som brukar benämnas som komorbiditet eller samsjuklighet.

Ett tänkande som grundas i ett biologiskt/medicinskt synsätt tenderar att förbise detta vilket riskerar att försvåra eller rentav hindra en gynnsam behandling. Att dela in de frågeställningar individen söker hjälp med i diagnoser kan leda till att vissa områden förbises eller utlämnas. Jag ser även en risk att frågeställningar eller problem som har med strukturella faktorer att göra ses som ett individuellt problem istället för att behandlaren kan bidra till ökad förståelse för att individen befinner sig i ett problematiskt sammanhang. I den praktiska kliniska verkligheten finns inte finns så tydliga eller skarpa gränser mellan behandlingsformer som riktlinjerna förutsätter; istället ses som väsentligt att uppmärksamma vilka insatser som kan vara behjälpliga under olika perioder i behandlingsprocessen. I den psykoterapeutiska processen behöver perspektiven växla mellan förståelse i mening av inkännande, och förklaring i mening av att lämna en tidigare förståelse för ett nytt perspektiv.

I syftet ingick inte att göra någon värdering av behandlingsmetoder eller dess relevans för olika tillstånd. Mer att ställa frågor kring den vetenskapssyn och även människosyn som kan anas i riktlinjerna. Genom tillämpning av litteratur har jag tyckt mig se att riktlinjernas innehåll utgår från ett tänkande som skulle kunna benämnas som positivistiskt; ett tänkande där biologiska och medicinska åtgärder prioriteras och där prioriteringen grundats på forskning inom naturvetenskaplig tradition. Riktlinjerna anger en noggrannhet med att stödja sig på vetenskap och där den evidensbaserade kunskapen förs fram som ett riktmärke. Den kritik som bland annat i remissvaren riktas mot kriterierna för vilken forskning som ska användas, utgår mycket från antagandet att psykoterapi inte är liktydig med medicinsk behandling och att resultaten från den forskning som riktlinjerna grundas på med nödvändighet blir vilseledande. I den diskussionen framträder två vetenskapstraditioner där tyngdpunkten antingen ligger på att förklara eller förstå. I vetenskapsteoretiska sammanhang finns olika beteckningar på de bägge synsätten men där perspektivet att förstå anses vara det mest användbara inom området vård och behandling. I en fenomenologisk och hermeneutisk vetenskapssyn finns även utrymme för ett förklarande perspektiv och där en pendelrörelse mellan förklara och förstå kan vara nödvändig. Det är även det perspektiv som flera av

riktlinjernas kritiker framför. Det är inte den positivistiska inriktningen på naturvetenskaplig vetenskap som kritiken riktas mot utan att den ensidigt tillämpas på psykoterapi och vilken inte bör inordnas under den medicinska disciplinen.

Ett intryck av riktlinjerna är att de genom ensidig prioritering av en behandlingsform företräder ett tänkande där möte mellan olika vetenskapssyner inte förekommer och att de även därigenom skiljer sig från ett förhållningssätt där en dialog mellan olika vetenskapliga perspektiv borde ses som det önskvärda och vilket även skulle kunna leda till utveckling av tänkande. Då en behandlingsform så entydigt länkas till vissa diagnoser ser jag en risk för förenkling vilket skulle kunna var drabbande för dels vårdsökande och behandlare i det praktiska arbetet, men även för den teoretiska utvecklingen vad gäller behandling. Riktlinjernas uppdelning av metoder i en slags hierarki skulle kunna leda till en ökad motsättning mellan olika behandlingsmetoder; i en polarisering istället för en förståelse som kan ge öppning för dialog och samarbete.

Under slutfasen av arbetet med denna uppsats har en världsomspännande pandemi inträffat som upptar en stor del av tankar och verksamhet inom vårdverksamheterna och där de fysiska såväl som de psykosociala insatserna sker mot dess bakgrund. Svårigheter såväl som lyckade insatser har kastat ljus på hur vård och omsorgsverksamhet är organiserad och där vikten av att inflytande från professionella och aktivt verksamma ges företräde och tyngd. Genom kombinationen av praktisk och teoretisk kunskap förenat i omdöme har många problem kunnat lösas. I det fortsatta arbetet med att möta människor i olika former av kris ser jag den kombinationen som en vägledande hållning.

Käll- och litteraturförteckning

Aristoteles, *Den Nikomachiska etiken,* Göteborg: Daidalos, 2012, övers. Mårten Ringbom

Alsterdal, Lotte, ”Essäskrivande som utforskning”, *Konst och lärande, essäer om estetiska läroprocesser,* red. Anders Burman, Stockholm: Södertörns högskola 2019

Bateman, A., Fonagy, P. *Handbook of mentalizaton in mental health practice,* Washington and London: American Psychiatric Publishing, 2012

Below von, Camilla, *When psychotherapy does not help… and when it does; Lessons from young adults expericene of psychoanalytic psychotherapy*, Stockholms universitet psykologiska institutionen, doktorsavhandling i tillämpad psykologi 2017

Bergsten, Katja, (red) *Affektfokuserad psykodynamisk terapi*, Stockholm: Natur och Kultur, 2015

Bohlin I., Sager M., ” Evidensens öde avgörs i detaljerna” *Evidensens många ansikten*, *Evidensbaserad praktik i praktiken,* red. Bohlin I. Sager M. Lund: Arkiv, 2011

Bornemark J., Svenaeus F., *Vad är praktisk kunskap?* Stockholm: Södertörn Studies in Practical knowledge, 2014

Bornemark, Jonna, *Det omätbaras renässans, En uppgörelse med pedanternas herravälde*, Stockholm: Volante, 2018

Dahlgren, Göran, *När sjukvården blev en marknad, effekter och alternativ,* Stockholm: Premiss förlag, 2018

Danielsson, Ulf, *Världen själv,* Stockholm: Fri Tanke, 2020

Eriksson, Johan, *Psykoanalysens filosofi En essä om psyke, vetenskap & klinisk praxis*, Simrishamn: Tankekraft förlag, 2020

Falkenström, Erica, *Vårdchefens etiska dilemman, Strategier för en bättre praktik* Stockholm: Natur & Kultur, 2014

Gadamer, Hans-Georg, *Den gåtfulla hälsan*, Ludvika: Dualis, 2011,övers. Jim Jakobsson

Gadamer, Hans-Georg, *Förnuftet i vetenskapens tidsålder*, Göteborg: Daidalos, 1989, översättning, Thomas Olsson

Gadamer, Hans-Georg, *Sanning och metod i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997, översättning, Arne Melberg

Gilje, Nils, *Hermeneutik som metod En historisk introduktion,* Göteborg: Daidalos, 2020, översättning, Sten Andersson

Gunnarsson, Martin, ”Samarbetets kollaps” *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden*, red. Carl Cederberg, Stockholm: Södertörn Studies 2019

Gustavsson, Bernt, *Kunskapsfilosofi, Tre kunskapsformer i historisk belysning* Smedjebacken: Wahlström & Widstrand, 2009

Hasselbladh, Hans, De problematiska professionerna, *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden,* red. Carl Cederberg Stockholm: Södertörn Studies 2019

Hjertström-Lappalainen, Jonna, ”När hälsan blev norm” *Existens och psykisk hälsa – om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa,* red. Dan Stiwne, Lund: Studentlitteratur, 2018

Holmqvist R., & Philips B., *Vad är verksamt i psykoterapi*, Stockholm: Liber, 2008

Jemstedt, Arne, red. *Den skapande impulsen, Winnicott, psykoanalytiska skrifter i urval* Stockholm: Natur och Kultur, 1993, översättning, Margareta Wentz-Edgardh i samarbete med Arne Jemstedt

Kristensson, Uggla Bengt, *En strävan efter sanning,* Lund: Studentlitteratur, 2019

Kåver, Anna, *KBT i utveckling En grundbok i kognitiv beteendeterapi,* Stockholm: Natur och Kultur, 2016

McWilliams, Nancy, *Psykoanalytisk diagnostik: Att förstå personlighetsstrukturer,* Stockholm: Wahlström & Widstrand, 2015, översättning, Eva Björkander-Mannheimer

Mol, Annemarie, *Omsorgens logik, Aktiva patienter och valfrihetens gränser,* Lund: Arkiv förlag, 2009, översättning, Sven-Erik Torhell

Nilsson, Christian, ”Fronesis och den mänskliga tillvaron” *Vad är praktisk kunskap* red. Bornemark J.& Svenaeus F. Södertörn Studies in Practical knowledge, 2014

Nussbaum Martha, *Känslans skärpa, tankens inlevelse, essäer om etik och politik,* Stockholm: Symposion, 1995, översättning, Zagorka Zivcovic

Mårtensson Blom K., & Wrangsjö B., *Intersubjektivitet, det mellanmänskliga i vård och vardag*, Lund: Studentlitteratur, 2013

Olsson, Gudrun, *Berättelsen som utgångspunkt,* Stockholm: Natur och Kultur, 2008

Olsson, Gudrun, ”Psykoterapi och forskning, två praxisformer i ett spänningsfält” *Psykoterapeutens och psykoanalytikerns praktiska kunskap,* Södertörn Studies in practical knowledge, Stockholm: 2009

Svenaeus, Fredrik, ”Psykiatrins hermeneutik, Om samtalets möjligheter och diagnosens makt”, *Hans-Georg Gadamer och hermeneutikens aktualitet*, red A. Burman, Stockholm: Axl Books, 2014

Thomassen, M., *Vetenskap, kunskap och praxis, Introduktion i vetenskapsfilosofi*, Malmö: Gleerups, 2017, översättning, Joachim Retzlaff

Widmalm, Sten, ”Om NPM som överideologi och vad den gör med oss” *Yrkesmänniskan i den kapitaliserade välfärden*, red. Carl Cederberg, Södertörn Studies in practical knowledge, Stockholm 2019

Winnicott, D.W. *Lek och verklighet,* Stockholm: Natur och Kultur, 1981, översättning Ingeborg Löfgren

Wånge, Tomas, *Relationell psykoterapi, Introduktion & idéhistoria* Stockholm: Books on Demand, 2019

Tidskriftsartiklar

Eriksson, Johan, ”Psykoanalysen är absolut ett alternativ till kbt”, *Dagens Nyheter*2020-02-06

Hedensjö, Björn,”Vården ska inte lägga patienterna på divanen”, *Dagens Nyheter*2020-02- 04

Philips, Björn, ”Psykodynamisk terapi i ett framtidsperspektiv – ny kunskap och nya möjligheter”, *Insikten* 2014-1

Svenaeus, Fredrik ”Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics” *Medicine Health Care and Philosophy,* 17, 293-299 2014

Svenaeus, Fredrik ”The phenomenology of empathy: a Steinan emotional account” *Phenomenology and the Cognitive Sciences,* vol 15 nr 227-245 2016

Övrigt tryckt material

Förbundet S:t Lukas, *Yttrande,* 2017-03-28, Socialstyrelsen Dnr 3.3-40073/2013

Förvaltningsrätten I Stockholm, avd 32, *Beslut* 2018-01-19, meddelat i Stockholm

JO, Riksdagens ombudsmän, *Uttalande om saklighet och opartiskhet i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* Beslut-2020-09-07 Dnr 4141-2018

Proposition, *Prioriteringar I hälso- och sjukvården* Prop. 1996/97:6

Remissvar, *Synpunkter på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* Åsberg M., Holmqvist R., Sandahl C., Wilczek A. Lilliengren P., Bäck M., Stockholm 2017-03-23, Socialstyrelsen, Dnr 3.3-40073/2013

Remissvar, *Synpunkter på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och åmgestsyndrom,* Ankarberg P., Bergsten., Bohman G., Bäck M., Falkenström F., Klingström A., Lilliengren P., Philips B., Werbart A. Stockholm 2017-03-28, Socialstyrelsen, Dnr 3.3-40073/2013

Remissvar, *avseende Socialstyrelsens Riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom Remissversion* Eva Mari Eneroth Säll, Stephan Hau, Gunnar Bohman, Socialstyrelsen, Dnr 3.3-40073/2013

Remissvar, Nätverket för forskande socionomer i hälso- och sjukvård *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom,* Socialstyrelsen, Dnr 3.3-40073/2013

Riksföreningen Psykoterapicentrum, *Anmälan avseende Socialstyrelsens nationella riklinjer för vård av depression och ångestsyndrom* till JO- Riksdagens ombudsmän, 2018- 06-13

Riksföreningen Psykoterapicentrum, *Överklagande av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom,* till Förvaltningsrätten i Stockholm2018-01-15

RSMH, *Yttrande över nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning,* Socialstyrelsen, Dnr 3.3-40073/2013

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer, vård vid depression och ångestsyndrom, stöd för styrning och ledning,* 2017

Socialstyrelsen, *Yttrande till Riksdagens ombudsmän (JO) i ärende 4141-2018,* 2019-03-18

Socialstyrelsen, *Yttrande till Riksdagens ombudsmän (JO) i ärende 4141-2018 efter förnyad remiss* 2019-09-02

Sveriges Psykologförbund, *Synpunkter på remissversion: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*, 2017-03-31, Socialstyrelsen, Dnr 3.3-40073/2013

,