

Irrasjonelle faktorer i lege-pasient-forholdet



Kommentar
og debatt

Lege-pasient-forholdet er ikke noe enkelt og utelukkende rasjonelt mellommenneskelig forhold. Enten vi arbeider i somatisk medisin eller psykiatri ligger det en fare for at en god behandlingsallianse blir hindret av irrasjonelle reaksjoner hos så vel pasient som lege. I denne kronikken er hovedvekten lagt på å gjennomgå de fem viktigste formene for irrasjonelle fenomener som kan opptre enten legen ønsker det eller ikke: ubevisste motiver, automatiske rollepar, overføring, motoverføring og motstand. Noen generelle prinsipper for hvordan man i vanlig legevirksomhet kan håndtere slike irrasjonelle fenomener, blir også omtalt.

Empirisk forskning har vist at kvaliteten på lege-pasient-forholdet har stor betydning for riktig diagnose, valg av behandling, pasientens etterlevelse (compliance) og dermed også for forløpet av mange somatiske og psykiatriske sykdommer (1, 2). Enten legen arbeider innen allmennmedisin, gynekologi, øre-nese-hals-sykdommer, indremedisin, kirurgi eller psykiatri er det derfor viktig å motarbeide faktorer som kan hindre en god terapeutisk allianse (3).

Vi liker kanskje å tenke på lege-pasient-forholdet som et rasjonelt forhold, altså et forhold utelukkende preget av fornuft og målrettethet. Slik er det ikke. Også irrasjonelle faktorer, som omfatter både tanker og følelser og ofte virker på en ubevisst måte, kan prege et lege-pasient-forhold i større eller mindre grad. Slike irrasjonelle faktorer kan være viktige hindringer for at forholdet kan fungere rasjonelt, og er ikke begrenset til behandling av pasienter med psykiske lidelser. De er mer eller mindre til stede i alle lege-pasient-forhold, enten man vil eller ikke. De unngås ikke ved å velge å jobbe med somatiske pasienter eller ved i psykiatrien å velge en annen faglig orientering enn den psykodynamiske (f.eks. kognitiv, systemisk, eksistensiell). I utdanningen av psykiatere legges det stor vekt på å utvikle kompetanse i å håndtere de irrasjonelle og rasjonelle hindringer i lege-pasient-forholdet. Det er overraskende at ikke det samme skjer i mange andre kliniske spesialiteter hvor behovet skulle være noe tilsvarende, f.eks. gynekologi, allmennmedisin, indremedisin eller nevrologi. Kanskje skyldes det en feil-

Per Vaglum

per.vaglum@basalmed.uio.no
Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo

Bearbeidet foredrag ved Nordisk psykoterapisymposium, Oslo, november 2001

aktig oppfatning av at irrasjonelle faktorer bare forekommer i psykiatrien?

Formålet med denne kronikken er kort å minne kollegene om kunnskaper om lege-pasient-forholdet sett fra et psykodynamisk perspektiv. Dette kan være svært relevant også i arbeidet med somatisk syke pasienter.

Hva slags «forhold» er lege-pasient-forholdet?

Lege-pasient-forholdet kjennetegnes ved at det er et mellommenneskelig forhold der begge parter gjensidig (og over tid) påvirker hverandre slik at det den ene part gjør, sier, tenker eller føler, påvirker og påvirkes av det den andre gjør, sier, tenker eller føler.

Forholdet består av to deler:

- En *rasjonell* del, dvs. den terapeutiske allianse.
 - En *irrasjonell* del, som formes av ubevisste og automatiske krefter i pasient og lege, og som kan være en hindring for en tilstrekkelig god terapeutisk allianse (eller et godt utgangspunkt for psykoterapeutiske intervensjoner).
- Disse to delene vil bli omtalt hver for seg.

Den rasjonelle delen av lege-pasient-forholdet

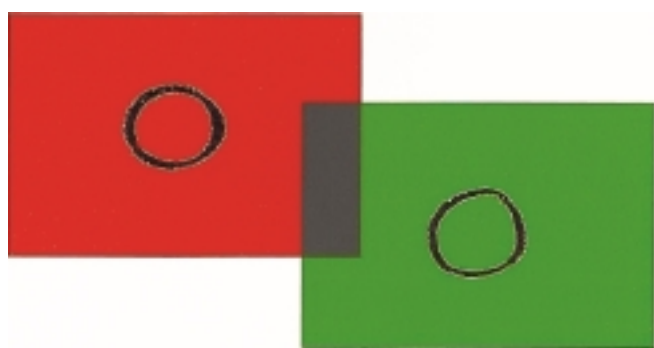
Denne består av to deler (4):

- *Kontaktforholdet* – dvs. det følelsesmessige båndet (tilknytningen) som utvikles mellom partene.
- *Samarbeidsavtalen* – dvs. enighet om den aktuelle behandlingens (og diagnostikkens) mål og hvordan man sammen skal nå målet.

Både pasienten og legen bidrar på hver sin måte til den rasjonelle delen av forholdet. De to delene kan imidlertid komme i konflikt. Man er enige om behandlingen, men kontaktforholdet blir ikke godt nok til at den lar seg gjennomføre. Pasienten ønsker psykote-

«Verden er grønn,» sa den grønne erten.

H.C. Andersen



Et subtraktivt møte mellom en rød og en grønn verden



Et additivt møte mellom en rød og en grønn verden

rapi, men trekker seg når følelsen av tilknytning til legen melder seg. Eller kontaktforholdet er godt nok, men pasienten følger likevel ikke samarbeidsavtalen. Diabetespasienter som kommer regelmessig til kontroll, men likevel neglisjerer sitt blodsukker-nivå, er et eksempel på dette.

Pasientens bidrag til *samarbeidsavtalen* er først og fremst motivasjon og vilje til innsats for å nå målet. Legens bidrag er ekspertise, engasjement og målrettethet.

Pasientens bidrag til å etablere et *adekvat kontaktforhold* er basal tillit, evne til tilknytning og mottakelighet for empati. Dette kan være forstyrret hos pasienter som ved siden av en somatisk lidelse også har psykiske lidelser, inkludert personlighetsforstyrrelser. Slike pasienter kan være mistenksomme eller skeptiske, ambivalente eller unnvikende i forhold til å knytte seg til legen. Legen kan oppleves som en forfølger eller angriper, og empatiske tilnærminger kan oppfattes som uttrykk for legens svakhet og upålitelighet eller som forsøk på å narre eller forføre. Legen skal likevel klare å opprette et kontakt- og samarbeidsforhold til disse pasientene.

Legens bidrag til å etablere kontaktforholdet er bl.a. autentisitet, varme, uforbeholden akseptering, empati, forutsigbarhet, utholdenhet, nøytralitet (dvs. ikke bruke pasienten til egne interesser), evne til å tåle å ta imot sterke følelser og ikke la seg avvise. Dette bidraget kan forstyrres av legens egne psykiske problemer og avvikende personlighetstrekk (5). Medisinstudentene og leger bør derfor tidlig søke hjelp for psykiske lidelser (6).

Den irrasjonelle delen av lege-pasient-forholdet

I somatisk medisin kan irrasjonelle faktorer vise seg ved at legen gjør alvorlige feil i diagnostikk eller terapi fordi pasienten på en

eller annen måte vekker utålelige følelser hos legen, f.eks. fiendtlighet eller hjelpeløshet. Legen kan komme til å unnlate viktig diagnostikk eller avvise eller la seg avvise av en pasient som faktisk trenger hjelp. Operasjonsindikasjoner kan påvirkes. Pasienter kan skrives ut tidligere enn de burde. Nødvendig oppfølging og kontroll kan neglisjeres.

Det er heller ikke slik at alle pasienter spontant kommer med de mest sentrale opplysninger som legen trenger for å stille riktig diagnose. Noen pasienter unnlater bevisst å nevne eller glemmer viktige symptomer eller tegn, og det kan være forskjellige motiver for det. Noen er redde for at den sykdommen de frykter at de har, skal bli oppdaget. Andre kan ha et ubevisst ønske om å sette legen på prøve eller å få ham/henne til å gjøre feil. Legen kan komme til å følge opp dette ved ikke å gjøre det som vanligvis gjøres i forhold til pasienter med slike sykdommer. Også enkelte leger kan ha ubevisste motiver for å gjøre feil og bli straffet. Heller ikke i somatisk medisin er det så uvanlig at leger med lav selvfølelse eller personlighetsforstyrrelser lar seg forføre eller blir en forfører.

Irrasjonelle fenomener er imidlertid ikke alltid bare noe negativt. De kan også gi en større forståelse for pasienten, legen selv og deres forhold. Og de kan brukes psykoterapeutisk. En anerkjent metode i allmenne medisin er de såkalte Balint-grupper (2, 7). I psykodynamisk psykoterapi legger man bevisst forholdene til rette for at de irrasjonelle faktorene kan vise seg tydelig, slik at man kan reflektere over dem (8–10). I andre typer psykoterapi, f.eks. kognitiv terapi, prøver man å redusere forekomsten av slike faktorer, men man må likevel kunne håndtere irrasjonelle fenomener på en rasjonell måte.

Det er fem viktige irrasjonelle faktorer (8–10).

Ubevisste motiver

Et sentralt poeng i psykodynamisk teori er at pasientens og legens atferd styres delvis av *ubevisste* motiver, ønsker og fantasier. Disse kan stå i kontrast til hva de bevisst ønsker å uttrykke eller bidra med i forholdet, og kan derfor lede til atferd som ikke er rasjonell, det vil si som ikke er adekvat i forhold til situasjonen eller sykdommen, og som i praksis kan virke selvødeleggende. Et eksempel er pasientene som bare kommer for å få oppmerksomhet fra legen og ikke for å få riktig diagnose og behandling. Er legen bare hyggelig, kan de finne seg i at legen faglig sett er svak. Kanskje er noen slike pasienter vant til fra oppvekstfamilien at de aldri måtte kritisere de voksne? Et annet eksempel er pasienten som stadig kommer og klager over kroniske smerter, men som ikke venter noen bedring, bare å bli hørt på. Hvis legen ubevisst krever av seg selv at alle pasienter skal bli friske, blir en slik pasient en provokasjon på selvfølelsen.

Pasient og lege er like når det gjelder ubevisste motiver. Legen kan ved å observere pasienten danne seg hypoteser om mulige ubevisste forhold hos vedkommende. Men skal legen komme på sporet av hvordan ubevisste faktorer påvirker egen atferd, kreves det fortløpende selvrefleksjon og i perioder veiledning og tilbakemelding fra en utenforstående.

Automatisk repetisjon av rollepar

Når vi starter opp i et nytt forhold til et annet menneske, har vi alle en sterk tendens til ubevisst og automatisk å forsøke å få den andre med på å etablere akkurat den type rollepar som vi er vant til og «kan», selv om dette skaper problemer. Det kan se ut som om denne automatiske atferden ligger lagret i den såkalte prosedurale hukommelsen, sammen med f.eks. kunnskapene vi har om å sykle, svømme, danse osv. (11). Atferds-

mønsteret kommer automatisk. En omfattende tilknytningsforskning viser at vi har sterk tendens til automatisk å repetere en type rollepar som vi lærte som barn (12). Når pasienten kommer til legen første gang, legger han/hun automatisk opp til en rollefordeling med legen som ikke nødvendigvis er adekvat. Hvis dette er problematiske roller av typen hjelpeløst barn/avvisende voksen, såret barn/fiendtlig voksen, engstelig barn/hjelpeløs voksen, forførende voksen/forført barn, kan det skape problemer. Jo mer dette rolleparet likner på et vanlig lege-pasient-rollepar, desto færre problemer vil oppstå. Ellers kan det raskt bli samarbeidsproblemer, særlig hvis legen ikke oppfatter situasjonen. Legen kan velge å gå inn i sin tildelte rolle for å skape kontakt, eller aktivt motsette seg den tildelte rollen for å hindre et problematisk lege-pasient-forhold. Det er en stor fordel om legen gjennom utdanningen er blitt seg bevisst egne automatiske rollepar og hvilke rollepar det er lett å bli dratt inn i av pasienter.

Overføring

Freud beskrev opprinnelig fenomenet overføring som det forhold at pasienter som møter legen over en viss tid, kan utvikle et følelsesmessig forhold til legen som er lite basert på hva som faktisk har foregått i samspillet mellom de to. Etter hvert er det blitt klart at overføringsfenomenet gjelder alle tette mellommenneskelige relasjoner som utvikles og vedvarer over tid, slik som ekteparforholdet, sjef-medarbeider-forholdet, elev-lærer-forholdet.

Freud beskrev opprinnelig overføring som det fenomenet at pasienten ubevisst tillata terapeuten holdninger og oppfatninger som gjorde terapeuten lik en viktig person fra pasientens barndom. Etter Freud har det vært en kontinuerlig diskusjon om hvordan overføringsfenomenet bør forstås. Sandler og medarbeidere definerer nå overføring som *en illusjon* som pasienten etter hvert utvikler om legen (9). Det kan nok ha trekk som minner om forholdet til en viktig person i fortiden, men kan bedre sees på som en eksternalisering av en internalisert relasjon som pasienten bærer med seg. Overføring er resultatet ikke bare av de reelle forholdene til foreldrene, men også av barnets kognitive og emosjonelle bearbeiding av disse forholdene. Det kan derfor bli ganske primitive og stereotyp relasjoner, med tilhørende følelser, som pasienten ubevisst prøver å gjenta i forholdet til legen. Det kan få store konsekvenser for samarbeidet, enten overføringen er positiv eller negativ.

Hvis overføringen er positiv, blir legen idealisert, og kan iblant bli gjenstand for nesegrus beundring. Dette behøver ikke å bli noe problem hvis legen erkjenner at dette er en overføringsillusjon og ikke utnytter pasienten økonomisk, seksuelt eller på annen måte. Legen må heller ikke overvurdere sin kompetanse og neglisjere nødvendig dia-

gnostikk eller behandling. For pasienten er fordelene ved en positiv overføring at det innebærer tillit til legen. Men pasienten kan dermed overse at legen i virkeligheten svikter faglig sett. I vanlig legevirksomhet er hovedprinsippet å la pasienten få være i fred med den positive overføringen dersom det ikke skaper problemer for vedkommende. Mange pasienter har også behov for å ha noen å idealisere, fordi det styrker selvfølelsen.

Overføringen kan også være negativ, og kan for eksempel innebære at legen uriktig oppfattes som en person som svikter, som ikke er til å stole på eller som vil pasienten vondt. Den kan vise seg som negativitet, urimelig skepsis eller mistro, aktiv eller passiv sabotasje av behandlingen, og gjennom at pasienten nedvurderer legens kompetanse. Når legen oppdager at en pasient har negative følelser, må han/hun først og fremst kontrollere sine egne impulser i retning av å gå til motangrep eller frenetisk forsvare seg. Deretter er det viktig å tenke igjennom om pasientens negative følelser er rimelig berettiget ut fra det som har skjedd. Det forutsetter at legen har et adekvat nivå av selvrefleksjon. Har han/hun gjort en faktisk feil, må dette straks erkjennes og beklages, og det må gis en klar forsikring om at man aktivt vil hindre gjentakelser. Pasienten vil ellers lett få følelsen av ikke å bli tatt alvorlig, og kan bli redd for at det samme kan skje med nye pasienter hvis det ikke reises sak (13).

Er pasientens negative følelser urimelig sterke eller ikke relatert til hva som har hendt i forhold til legen, dreier det seg om en negativ overføringsreaksjon. Nå må legen også straks signalisere tydelig at kritikken eller mistroen oppfattes, og be pasienten gi enda tydeligere uttrykk for sin negativitet. En påpeking eller tolking av at det dreier seg om negativ overføring, vil imidlertid som regel bli oppfattet som en krenkelse, og kan gjøre vondt verre. Legen bør heller møte dette empatisk, og uttrykke at når vedkommende opplever ham/henne eller situasjonen slik, er det forståelig at pasienten blir sint og føler seg avvist. Bare det å få gitt uttrykk for sin negativitet og bli møtt med en holdning som viser at legen oppfatter det og ikke går til motangrep, er for mange pasienter nok til at tryggheten og tilliten i kontaktforholdet blir bedre. Særlig i psykiatrien må legen også iblant tåle at en negativ overføring blir stående, fordi det kan gagne pasientens psykiske helse (14).

Hva kan legen gjøre for å redusere mulighetene for at en overføring utvikles? Den mest effektive måten er å ta det opp med pasienten straks det viser seg små tegn. Overføring utvikler seg oftest hos pasienter man følger over en viss tid, for eksempel fordi de har kroniske sykdommer eller hos pasienter der sykdommen (f.eks. AIDS, multippel sklerose), skaden (f.eks. i ansiktet) eller operasjonen (f.eks. hjerteoperasjoner, gynekologi, prostata, øye) utløser sterke følelser. Her bør man være særlig oppmerksom. Det

er også viktig å huske at overføring utvikles forttere og sterkere jo fjernere og mer upersonlig legen er. Noen kolleger tror de får et enklere forhold til pasientene ved å holde stor avstand. Det er da tvert imot lettere å utvikle en illusjon om legen. Å være personlig er imidlertid ikke det samme som å være privat. Det kan ødelegge lege-pasient-forholdet. Iblant blir pasienter lettet over å oppdage sin illusjon. Men også ved positiv overføring kan pasienter med lav selvfølelse oppleve overføringstolkninger som at de er dumme eller barnslige. Skal overføringstolkninger virke terapeutisk, må de doseres og times godt (15).

Motoverføring

Motoverføring ble i begynnelsen gitt samme innhold som overføring. Motoverføring forelå når legen overførte på pasienten tanker, følelser og fantasier som hørte hjemme i et tidligere forhold i legens liv og som var ubevisste for legen. I dag defineres motoverføring vanligvis som de psykologiske forhold (bevisste og ubevisste) hos legen som hindrer det terapeutiske arbeidet. Legen må følgelig være ute etter å oppdage sin egen motoverføring så tidlig som mulig. Feilhandlinger er et viktig alarmsignal. Glemmer man å sende en bestemt rekvisisjon på en undersøkelse av en pasient én gang, kan det tilskrives for mye å gjøre. Men neste gang bør man kjenne etter hva det er som provoserer en hos pasienten, og prøve å håndtere det på en bedre måte. Kjenner man et ubehag når en bestemt pasients navn står på dagens liste på poliklinikken, er det på tide å bruke noen minutter på å reflektere over sitt forhold til denne pasienten.

Legens motoverføring gir imidlertid ikke bare informasjon om legen selv. Den viktigste nye kunnskapen om motoverføring er at den også gir viktig informasjon om pasienten og hvordan pasienten forholder seg til andre. Hvis legen kjenner seg aggressiv i forhold til en pasient, kan det være at pasienten også er aggressiv i det skjulte eller prøver å få legen til nettopp å bli aggressiv. Hvis legen føler seg dum i forhold til pasienten, kan det være et tegn på at nedvurdering av andre er pasientens hovedstrategi for mestring, og at dette kanskje også brukes hjemme og på jobben. Hvis legen selv gripes av pasientens håpløshet, kan han/hun komme til å forsterke pasientens forestilling om at alt håp er ute.

Hvordan kan legen redusere eller forhindre motoverføring? Arbeidssituasjoner og kollegiale forhold som gjør legen stresset, øker tendensen til irrasjonell atferd. God kjennskap til egen personlighet og sårbare områder (5) samt evne til selvrefleksjon vil redusere tendensen til motoverføring. Kommunikasjonen med pasienten blir også lettere hvis legen kan bruke sin motoverføring som informasjonskilde. Ettersom en del av motoverføringen alltid er ubevisst, er vi imidlertid alle avhengig av at kolleger, andre medarbeidere og pasienter gjør oss opp-

merksom på at vi handler ut ifra vår motoverføring.

Motstand

At det oppstår fenomener hos pasienter som arter seg som motstand mot behandling og dermed mot å bli friskere og å motta hjelp, er et viktig, men paradoksalt fenomen i alt klinisk arbeid. Freud observerte sterke krefter i pasientene som motsatte seg både frie assosiasjoner og det å huske viktige hendelser eller følelser. Slike motstandskrefter finnes hos pasienter med alle slags somatiske sykdommer. Nå omfatter motstandsbegrepet all atferd hos pasienten som hindrer at man kommer videre mot behandlingens eller diagnostikkens mål. Motstanden kan vise seg ved at pasienter glemmer avtaler, kamuflerer viktige tegn, unnlater å gi sentrale anamnesticke opplysninger eller ikke følger opp behandling eller kontroller. Det er viktig at legen skiller mellom bevisst sabotasje fra pasientens side og en ubevisst (eller nærbevisst) motstand.

I forhold til pasienter som bevisst motsatter seg diagnostikk eller behandling, må legen straks ta dette opp og få klarlagt motivene. De kan spenne fra frykt for smertefulle undersøkelser og inngrep og redsel for å få en alvorlig diagnose til et ønske om en pause i arbeidet eller uføretrygd.

Når det gjelder den motstanden som pasienten ikke er seg bevisst, må man gå frem på en måte som tar hensyn til dette. Påpeking av ubevisst motstand kan lett føles krenkende. Man bør derfor gå varsomt frem. Første skritt er gjennom en ikke-moraliserende beskrivelse av pasientens atferd å prøve å få vedkommende med på at det synes å være krefter i ham/henne som motarbeider behandlingen, til tross for at pasienten helst vil bli frisk fortest mulig. Igjen er timingen svært viktig (16). Hvis motstanden erkjennes av pasienten som et problem, kan man gå videre og sammen undersøke hva det kan være som skaper hindringer for at pasienten skal følge behandlingen som avtalt.

Avslutning

En god behandlingsallianse er et meget potent middel til å påvirke forløpet av en rekke somatiske og psykiske lidelser (1). Desto viktigere er det at legen tidlig kan identifisere og håndtere irrasjonelle faktorer som kan ødelegge en slik allianse. Jeg har her kort omtalt noen generelle prinsipper for slik håndtering. Hvis man vil bruke irrasjonelle faktorer aktivt psykoterapeutisk, krever det en systematisk utdanning (17). Alle leger trenger imidlertid ferdigheter i å håndtere irrasjonelle fenomener slik at den terapeutiske allianse ikke blir truet, og for å unngå at pasient eller lege kommer i fare. Dette læres gjennom praksis under veiledning og selvrefleksjon (18). Slik læring bør utgjøre en viktig del av profesjonsutdanningen av alle leger fra første semester i medisinstudiet og til en relativt trygg profesjonell identitet er utviklet 10–15 år senere.

Litteratur

1. Ottoson JO. Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
2. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
3. Tasman A, Riba MB, Silk KR. The doctor-patient relationship in pharmacotherapy. New York: Guilford, 2000.
4. Hougaard E. Psykoterapi. Teori og forskning. København: Dansk psykologisk forlag, 1996.
5. Vaglum P. Pasienten din har en personlighet. I: Vaglum P, Ekeberg Ø, Finset A, Hauff E, Moum T. Innføring i medisinske atferdsfag. Oslo: Cappelen, 2000: 55–67.
6. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3527–32.
7. Johnson AH, Brock CD, Hamadeh G, Stock R. The current status of Balint groups in US family practice residencies: a 10-year follow-up study, 1990–2000. Fam Med 2001; 33: 672–7.
8. Sigrell B. Psykoanalytisk orienterad psykoterapi. En introduksjon. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.
9. Sandler J, Dare C, Holder A. Patienten og analytiker. Psykoanalysens kliniske struktur. København: Hans Reitzels forlag, 1994.
10. Thomä H, Kächele H. Psychoanalytic practice. 2. Clinical studies. Berlin: Springer, 1988.
11. Davis JT. Revising psychoanalytic interpretations of the past: an examination of declarative and non-declarative memory processes. Int J Psychoanal 2001; 82: 449–62.
12. Gullestad SE. Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. Scand Psychoanal Rev 2001; 24: 3–16.
13. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
14. Vaglum S. Kritikken mot psykiatrien: hva kan psykiatrien gjøre noe med? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1728–30.
15. Høglend P. Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy. J Psychother Pract Res 1993; 2: 297–306.
16. Opdal LC. Timing – the time for intervention. Scand Psychoanal Rev 2001; 24: 101–11.
17. Vaglum P. Do we still need to talk to every patient? On the basic psychotherapeutic skills and the possibility to learn them. Nord J Psychiatry 1998, 52 (suppl 41): 22–30.
18. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56–9.

Tro og tvil

Hume D

Om religion

186 s. Oslo: Humanist forlag, 2002.

Pris NOK 238

ISBN 82-90425-50-3

Dr.philos. Petter Nafstad skriver i innledningen at David Hume (1711–76) hevdet at sikker kunnskap verken gir grunnlag for å bekrefter eller avkrefter eksistensen av Gud.

I *Dialoger om naturlig religion* hevdet Hume at de to største og reneste gledene i menneskelivet er studier og sosialt samvær. I de 12 samtalen deltar Kleantes med sin nøyaktige filosofiske legning, Filos med sin skjødesløse skeptisisme og Demeas med sin stive og ubøyelige ortodoksi. Å lese alt dette krever stor oppmerksomhet, logisk evne og konsentrasjon. Her blir det opp til leserens smak og behag om hun vil gå inn i dette.

I bokens annen del om religionens naturhistorie hevdet Hume at polyteisme eller avgudsdyrkelse nødvendigvis var menneskehetens første og mest opprinnelige religion. Når det inntreffer kritiske hendelser, påkalles ofte gudene. Menneskehetens første religion oppstår i hovedsak på grunn av urolig frykt for fremtidige hendelser.

Den antikke verdens guddommer antas en gang å ha vært mennesker som er blitt guddommeliggjort på grunn av folkenes beundring og hengivelse. Menneskene har antatt at guddommene på samme måte som dem selv ser med tilfredshet på lovprising og smiger.

Polyteister har anerkjent andre nasjoners og sekters guder. Intoleransen til nesten alle religioner som har hevdet Guds enhet har vært slående. Når de kristne teologene har sluttet seg til toleranseprinsippet i religiøse spørsmål, skyldes denne utviklingen sivile myndigheters faste styre.

I samme grad som guddommens overvåking og autoritet øker, tiltar naturlig nok også menneskenes redsel for ham. De tror at Gud skuer til dypet av deres hjerter.

David Hume oppfattet det ikke slik at moral er basert på noen religiøse antakelser. Den moralske atferden er det som gavner andre mennesker, samfunnet og oss selv. I det store og hele er ingen livsvei så trygg som den avmålte og moderate, med måtehold og besinnelse i alle anliggender.

Boken anbefales alle som er opptatt av erkjennelsesfilosofi, etikk og religion.

Eystein Kaldestad
Vikersund