

var blitt enighet om at medisinen har både et natur- og humanvitenskapelig grunnlag. Wulff og Gøtzsche skrev godt om dette på 1990-tallet. Medisinen anvender både naturvitenskapelig og humanistisk tenkning. Disse to forfatterne nevner «den empatisk-hermeneutiske» og «den etiske komponent» som sentrale for kliniske beslutninger (3). Og i klinikken befinner den partikulære pasienten seg, det mest reelle av alt i helsetjenesten.

Positivismen ble overvunnet i vitenskapsfilosofien for flere tiår siden (4). Det er på tide at vi leger kommer etter.

Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr.med og forsker ved Forskningsenheten, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brean A. Myteknuserne. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1633.
2. Lübcke, P. Politikens Filosofi Leksikon. København: Politikens forlag, 2010; 571.
3. Wulff HR, Gøtzsche PC. Rationel klinikk: evidensbaserte diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 4. utg. København: Munksgaard, 1997.
4. Schurz G. Philosophy of Science. A Unified Approach. New York: Routledge, 2014.

A. Brean svarer:

Hans Magnus Solli har lest min nylige lederartikkel om å knuse grunnløse myter. Han påpeker at jeg også bør omtale at medisinen har et humanvitenskapelig perspektiv. Det er et viktig og fortjenstfullt perspektiv. Når han skriver at jeg er «ute i et vitenskapsfilosofisk ærend» må jeg imidlertid få protestere. Jeg forsøker heller å påpeke det rent praktiske gapet mellom hva vi faktisk vet at vi vet (dvs de innsikter den naturvitenskapelige metode kan gi oss) og de hundrevis av beslutninger vi klinikere daglig må ta. Dette gapet snakkes det sjelden om. Det er elefanten i det kliniske rommet – mangelen på relevant kunnskap i møte med det Solli kaller «den partikulære pasienten», og troen på at de store randomiserte studier skal kunne gi oss alle svarene vi trenger i dette møtet. For noen fremstår dette kanskje som teoretisk vitenskapsfilosofi. For oss klinikere er det hverdag. Jeg har vært inne på det før (1).

I et slikt perspektiv faller ståstedet Solli tillegger meg – «polemisk positivisme» – på sin egen urimelighet. Ingen som arbeider med det enkelte lidende menneske kan vel avfeie humanvitenskapene som kunnskapsgrunnlag? Behovet for et slikt perspektiv er kanskje den viktigste grunnen til at ingen retningslinjer noen gang vil kunne gi alle svarene vi trenger i møtet med den enkelte pasient. Det å ville grunnløse og skadelige myter til livs bør allikevel all vitenskap ha felles. Det er hverken polemisk eller positivistisk, men simpelthen begrunnet i en av våre fremste plikter: Plikten til å ikke skade.

Are Brean
are.brean@legeforeningen.no

Are Brean (f. 1965) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brean A. Hva er en medisinsk sannhet? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 381.

Re: Myteknuserne

Takk til Are Brean for klargjørende utdypninger av lederen «Myteknuserne». Vi er ganske enige når det gjelder forståelse av klinisk praksis. Men jeg skulle ønske at vi leger, Tidsskriftet inkludert, i større grad også kunne bruke vitenskapsfilosofi som faglig analyseinstrument. Brean benytter en god metafor, «elefanten i det kliniske rommet», om vanskelighetene med å fortolke generell kunnskap fra for eksempel store randomiserte studier inn i den spesifikke og konkrete pasientens situasjon. Jeg kjenner ingen bedre

kommentar til denne metaforen enn noe filosofen Stephen Toulmin skrev: Klinisk praksis viser at den menneskelige fornuft er praktisk så vel som teoretisk, «existential as well as universal; that is, reason is concerned not just with the abstract, but also with flesh and blood issues. [...] What, then, is this doctrina or mysterium – this «medical knowledge» – which paradoxically combines within itself pairs of characteristics (practical and theoretical, universal and existential, and so on) that have to be so sharply distinguished and separated in other contexts?» (1). Er det ikke både spennende, og ydmykende, å vite at medisinsk praksis skjuler en av de største vitenskapsfilosofiske «nøtter» som finnes? Skulle ikke vi leger være mer aktive med å utforske den?

Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr.med og forsker ved Forskningsenheten, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Toulmin S. Knowledge and art in the practice of medicine: Clinical judgement and historical reconstruction. I: Delkeskamp-Hayes C, Cutter MA, red. Science, technology, and the art of medicine. European-American dialogues. Dordrecht: Kluwer Academic, 1993: 231–49.

Re: Selvmord og psykiske lidelser

Denne artikkelen om sammenhengen mellom selvmord og psykiske lidelser plasserte et viktig tema på dagsordenen (1). Det er trolig altfor lett å bortforklare selvmord som et resultat av psykisk lidelse i tilfeller der det finnes en mulig sammenheng.

Jeg forstår ikke helt innvendingene kronikken har mot den biomedisinske modellen som sådan. Jeg trodde vi hadde beveget oss mot George Engel sin biopsykososiale modell fra 1977 for lenge siden (2). Hvor er alle psykiaterne som er uenig med artikkelforfatterne der de hevder: «I det selvmordsforebyggende arbeidet er det på høy tid å fokusere mer på kompleksiteten som alltid ligger bak et selvmord.»? Jeg tror det er lettere å appellere til å tenke komplekst, enn å faktisk håndtere et problem slikt.

Kommentaren Uldal har skrevet til denne kronikken bærer det samme preget (3). Elven som renner er sikkert en flott analogi, men hvis vi først skal understreke kompleksiteten bak det hele, så holder det trolig ikke med slike forenklinger. Det er altfor lett å kritisere behandlingen av psykiatriske lidelser når vår forståelse og metodikk er så begrenset som den er. Jeg synes verken Uldal eller kronikken bringer så mye nytt til vår forståelse eller metode. Uldal henviser til neurotapping, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), tankefelletterapi (TFT) og Emotional Freedom Techniques (EFT) som behandlingsformer med «gode resultater». For meg ser det ikke ut til at disse metodene skiller seg stort fra de mer tradisjonelle metodene (4), og for enkelte er de sannsynligvis dårligere (5). Dette gjelder spesielt TFT og EFT, der forskningen som støtter denne metoden har seriøse metodiske mangler og er blitt stemplet som pseudovitenskapelig (6, 7). Jeg tror ikke dårlig metodikk eller en new age-variant av akupunktur er veien å gå ved behandling av mennesker med selvmordstanker.

Andreas Wahl Blomkvist
andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist (f. 1989) er medisinstudent ved Aalborg universitet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K et al. Selvmord og psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1369–70.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.

>>>