

Samtal med Lydia Sandgren

Under de första höstmånaderna har Svenska Dagbladets boklista över ”Sveriges bästa bästsäljare” toppats av Lydia Sandgrens roman Samlade verk.

”Lydia Sandgren är debutant, men skriver roman som om hon inte gjort annat i decennier... en perfekt roman att sjunka in i”, skrev tidningens recensent i våras.

Själv dröjde jag en tid med att skaffa boken. 700 sidor är trots allt 700 sidor. Helt klart något att bita i. Men jag fastnade snabbt för berättelsen. Det finns en övergripande story som är gåtfull och engagerande. Huvudpersonerna skildras med stark inlevelse och känsla. Miljöer och situationer får med bara några enkla ord sin särskilda stämning och lyskraft. Våldigt pricksäkert. Jens Liljestrand i Expressen tycks precis som jag ha fascinerats av själva berättarkonsten: *”Det är framför allt en roman helt utan döda punkter, en roman som lever på varje sida.”*

Lydia Sandgren är psykolog, inte bara på papperet, utan faktiskt yrkesverksam på heltid på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Göteborg. För mig är det ju en bekant verklighet. Men under läsningen av romanen kom jag att undra över likheter och skillnader mellan rollen som författare och rollen som psykolog. I bägge fallen handlar det om relationer, men det finns naturligtvis skillnader. Det här var något jag skulle vilja prata med Lydia om.

Hon var mycket tillmötesgående när jag kontaktade henne. Kort sagt en okränklig person. Vi stämde träff på hotell Eggers, centralt i Göteborg.

*

Det lilla konferensrummet är möblerat i en stil som det anstår ett hotell med anor. I en skål på bordet inslagna bitar av ljus choklad. På väggen mitt emot mig ett stort svartvitt porträtt av James Dean bredvid ett lika stort svartvitt porträtt av Natalie Wood, hans kvinnliga motspelerska i filmen Ung rebell. Jag fick för mig att Ung rebell nämns någonstans i Samlade verk, men jag tordes inte fråga.

– Jag skrev att jag ville ha ett samtal med dig. Ja, det går bra med en intervju, svarade du. Låt oss börja där. Hur tänker du kring samtal versus intervju när du möter dina patienter?

– Den strukturerade intervjun är ett av våra arbetsredskap. När jag började var jag mer inne för ett fritt samtal. Men när det gäller diagnostik var det inte världens bästa metod. Så när min uppgift är att ställa diagnos behöver jag ta reda på en massa saker. Därför har jag haft en rörelse från det fria samtalet till de mer strukturerade modellerna.

- Den rörelsen kan nog sägas ha präglat svensk psykiatri under de senaste trettio åren, och inte utan skäl heller. Ser du några problem med det?
- Jag jobbar i ett neuropsykiatriskt team, och som alla andra är vi överhopade av remisser. Att göra en bedömning som resulterar i en eller annan psykiatrisk diagnos kan vara ett ganska komplicerat arbete. Hur mycket information behöver man för att kunna ställa diagnos? Hur ska man få fram den informationen, och hur mycket tid får det ta?

Lydia pausar. Tar en chokladbit. Jag har redan tagit flera.

- De nödvändiga intervjufrågorna ser jag som en ram, fortsätter hon. Inom den ramen försöker jag hitta ett sätt att hjälpa den jag talar med att formulera en berättelse om sitt liv, sin historia och sitt lidande. Jag hoppas det kan leda till en slags gemensam förståelse, och att jag ska kunna ge något tillbaka till patienten som i bästa fall gör livet lite lättare att leva. Det blir inte bra om diagnostiserandet så att säga industrialiseras och förenklas så att frågor om livet hamnar helt i skymundan.

Här råkar Lydia formulera sig kring ett av mina *särskilda teman*. Jag menar att alla människor, oavsett om de har psykisk problematik eller ej, lever i *upplevelsen* av sin verklighet inklusive sådant som personliga begränsningar, sårart, bekymmer och plågor. Väldigt relevant tema. Lydia instämmer och berättar vidare om sin arbetsvardag.

- Det är som om man motarbetas av realiteterna när man försöker föra in livet i samtalen. Jag är sektionsledare och teamsamordnare och sitter i mottagningens ledningsgrupp. Över 100 remisser har inkommit efter sommaren. Av dessa blir det kanske 15–20 personer som till sist kallas till utredning. Om utredningsarbetet i alltför hög grad präglas av ett strömlinjeformat fabriktänk finns det risk att ett mer existentiellt perspektiv inte får plats. Det är för mig etiskt komplicerat.

Vi resonerar vidare. Det är också etiskt problematiskt att sitta många timmar med en enskild patient när väntelistorna bara växer. Någon slags rättvis fördelning av resurserna måste ske. Men vi får inte hamna i någon *DSM-fördumning*. (*Lydias kommentar, sagt med emfas och göteborgsdialekt. Jag instämmer.*) Vi är eniga om nyckelfrågan som vi behöver ställa oss själva gång på gång: *Vad vet jag om vad han eller hon behöver för att klara av sitt liv?*

*

Vi spårar in på temat kärlek. Jag gör en utläggning om filosofen Martin Bubers tankar om mötet mellan två subjekt. Buber skildrar ett samtal med en person som han känner sig djupt oenig med. Men i stället för att debattera väljer han att lyssna och ge den andre stort utrymme. Det mynnar ut i ett ömsesidigt respektfullt

accepterande av åsiktsskillnaderna. Kalla det människokärlek. Jag funderar på vad det innebär att fullt ut bejaka en annan människa. Och vad händer när man tar avstånd från det man ogillar?

Lydia svarar eftertänksamt.

- Jag tror att det i längden är svårt att bedriva psykoterapi om inte arbetet präglas av omtanke, välvilja, nyfikenhet och intresse – kärlek, i någon vid bemärkelse.
- Du är inne på Carl Rogers' klassiska beskrivning av den terapeutiska hållningen som han anser bör präglas av värme, empati och äkthet.
- Ja så är det. Kärlek går inte att fejka. Då fallerar äktheten. Något jag har svårt för är allt det här pratet om bemötande som hörs så ofta i vården. Man försöker instrumentalisera mötet med patienten. *Nu ska jag gå på kurs och lära mig att bemöta borderlinepatienter och deprimerade patienter, och sen ska jag lära mig att bemöta autistiska personer.*

Än en gång har Lydia kommit in på ett av mina *särskilda teman*. Jag blir klart upplivad. Det här samtalet artar sig riktigt bra. *Bemöta* är förstås något helt annat än att *möta* en annan person. Jag nickar instämmande.

- Men om någon visar upp förskräckliga avigsidor, något mycket motbjudande eller rentav skrämmande, hur går det då med "kärleken" till patienten, undrar jag. Kärlek är ju en skapande aktivitet föreställer jag mig, det är inte ett tillstånd. Det kan ibland vara så jobbigt att terapeuten måste leta med ljus och lykta efter något att tycka om. Men jag antar att du måste relatera på ett annat sätt till dina romangestalter. För att stå ut med att möta dem så gott som dagligen under tio års tid måste du väl kunna omfamna också deras tillkortakommanden?

- I början ville jag att mina karaktärer skulle vara schyssta, snälla och moraliskt oantastliga. Deras tillkortakommanden skulle vara förståeliga och kunna förlåtas. Men jag själv är måttligt intresserad av sådana skildringar. Så under arbetet med romanen har de blivit allt värre, och det har blivit alltmer svärta i gestaltandet. När Gustav använder sitt vinnande leende som en fasad och avvisar Rakel som vill veta mer om Cecilia, då gjorde det ont i mig. När Martin har sin otrohetsaffär, ja det var jobbigt tyckte jag. För att inte tala om Cecilia och hennes sätt att överge människor. Det satt långt inne i mig att låta hennes hänsynslöshet få träda fram.

Jag blir överraskad när Lydia är så tydlig med att romangestalterna har ett eget liv. Filmen Truman show med Jim Carrey dyker upp i mina tankar. Truman Burbank växer upp och lever sitt liv i en låtsasvärld, men det har han ingen aning om. Allt sänds ut i TV, och tittarna kan följa hans öden och äventyr dygnet runt. Han agerar inte efter något manus. Vad åskådaren får se är rätt och slätt hans eget liv.

- Kan man lite tillspetsat säga att du betraktar dina karaktärers liv och leverne, men det är inte du som bestämmer vad som ska ske? Du beskriver bara det du ser.

– Ja så är det ju. Det finns en följdriktighet i det som händer. Så när dom ställer till det för sig, då är inte jag den som går in och ordnar upp deras liv åt dom. Dom är som dom är.

Jag funderar återigen kring temat kärlek. Jag förstår det som att Lydia hyser en slags accepterande kärlek till sina romangestalter. Hon tar inte ställning till vare sig deras tillgångar eller tillkortakommanden. Hon styr inte upp deras öden. I rollen som romanförfattare kan hon luta sig tillbaka och låta saker och ting ske. Även destruktiviteten får ha sin gång.

Som terapeut är det däremot hennes uppgift att ingripa och tillsammans med patienten försöka förändra något som inte fungerar och som orsakar lidande. Här förefaller det mig som om kärleken är selektiv. Terapeut och patient finner något hos patienten som inte kan bejakas, något som de enas om att förminska, kanske rentav eliminera. Jag tolkar det som att det som inte fungerar och som orsakar lidande hos patienten inte omfattas av den accepterande kärleken. Men hur tänker Lydia?

– Förändring måste komma som svar på en önskan hos personen själv, säger Lydia. Följdriktigheten finns där hela tiden. Finns det ingen önskan om förändring så blir det inte heller någon förändring. Jag kan inte förändra någon som inte vill förändras. Men där det finns en önskan finns det också ett hopp om att jag och patienten tillsammans ska kunna få till stånd en utveckling. Fast det handlar inte i första hand om att *göra sig av* med någonting utan snarare om att *söka sig fram till* någonting som gör livet lite lättare och kanske också mer meningsfullt för patienten. I visionen om ett bättre liv finns också möjligheten till en bejakande kärlek.

Jag kan instämma i det. Samtidigt tänker jag på det som brukar kallas patientens trefaldiga underläge inför terapeuten. Hon är för det första i dåligt skick, mår inte bra. För det andra har hon ett kunskapsunderläge, och för det tredje så har hon ett maktunderläge. Det blir en väldigt ojämlig situation. Hur ser Lydia på det?

– Det tycker jag ändå inte är så konstigt. Någon slags underordning är en förutsättning för att psykoterapeutiskt arbete ska vara möjligt. Patienten söker hjälp, vill må bättre, komma vidare, men klarar det inte på egen hand. Då behöver man ju en människa som är frisk nog att kunna göra en arbetsinsats, som kan mer än vad man själv kan och som har tillgång till resurser och makt att använda dem.

Där har onekligen Lydia en poäng. Att söka hjälp innebär att man behöver acceptera en underordning. Tar man inte emot det som erbjuds ointetgör man samarbetet.

– Men maktöverordningen förpliktigar förstås, säger Lydia. Att som patient bli utsatt för att träffa någon som verkar ointresserad, okunnig, som inte känns

närvarande och mest tycks ha tankarna på stundande lunch eller på sin egen prestigeagenda är såklart helt bedrövligt.

Jag kommer att tänka på det engelska psykologförbundets omfattande propå ”Power, Threat, Meaning Framework” (PTM Framework). Den betydelse som olika former av maktutövning har för våra relationer och vår personliga utveckling är ett bärande tema i skriften. Jag undrar ifall Lydia känner till arbetet. Men så är inte fallet. En kort sammanfattning är på sin plats.

Huvudtesen är en kritik av den snävt symtominriktade psykiatrin med dess dominerande biologiska syn på psykisk problematik. De skriver att sårbarhet för psykisk sjuklighet ska betraktas ur ett brett perspektiv, där temat maktunderordning spelar en betydande roll för oss alla ända från tidig barndom och uppåt i åldrarna. Ju mer destruktiva uttryck som maktutövningen tar sig, desto mer tvingas vi utveckla strategier som syftar till ren och skär överlevnad. Då kommer också vårt sätt att relatera till andra människor, till oss själva och till livets alla händelser och utmaningar att präglas av att vi ofta tillgriper försvarsstrategier som skapar distans till omgivningen. Behovet av distans kombinerat med bristen på egen inre trygghet innebär en sårbarhet som kan bidra till både ångest och depression när motigheterna hopas.

– Det låter förstås tänkvärt, säger Lydia. Det är inga enkla orsakskedjor som ligger bakom psykisk problematik. Sånt jag möter i vardagen är till exempel kris i familjen kombinerat med svårigheter att finna sig tillrätta på arbetsplatsen. Man är i konflikt, vill å ena sidan något och å andra sidan något annat. Symtomen döljer ju inte sällan en livsproblematik. Men det tycks svårt att bereda utrymme för att också ta hand om det själsliga lidandet.

Jag funderar om det dåliga mående som så många i Sverige verkar lida av idag kanske i inte så liten utsträckning handlar om själsligt lidande. Men livsproblem i sig är ju inte en huvudangelägenhet för vare sig husläkarvården eller psykiatrin. Däremot råder det väl inget tvivel om att även psykiatrins patienter har ett själsligt lidande. När tanken väl fått fäste i mig dyker den oundvikliga frågan upp: Om inte vården fångar in det själsliga lidandet, vad sker då i stället? Kan det vara så att problemen snarare pressas in under psykiatriska diagnoser?

*

I Samlade verk omnämns hotell Eggers vid flera tillfällen. Jag förstår på Lydia att hotellet har något av en omsusad särställning i Göteborg, ungefär som Grand Hotel i Stockholm, fastän inte lika överdådigt luxuöst. Vi gör en paus, och hotellets marknadsperson lånar henne för fotografering och frågor.

Jag går igenom frågelistan som jag skrev i mitt mail till Lydia. Fastnar för en punkt om drömmar och visioner som får inleda fortsättningen av vårt samtal.

– Jag uppfattar i din bok ett tema kring drömmar versus verklighet som centralt. Har du tankar kring just det temat i ditt patientarbete? I så fall, hur förhåller du dig till patientens drömmar, visioner och förhoppningar, hur viktigt är det att de inkluderas?

– Ja det är verkligen en intressant fråga. Som ny psykolog kunde jag nog ha alltför optimistiska idéer om folks möjligheter till förändring. Det berodde väl på en kombination av ungdomlig omnipotens och bristande erfarenhet. Ibland behöver man kanske i första hand försöka hitta fram till ett någorlunda uthärdligt och hanterbart liv. Man är inte hjälpt av att odla drömmar och förhoppningar som man har mycket små möjligheter att förverkliga. Men hur ska man kunna säga att den andre nog gör bäst i att släppa de där orealistiska fantasierna? Finns det något fint sätt att säga det på?

Jag hittar inget annat än några tafatta ord som svar på Lydias undran. I stället är jag tillbaka i tankar kring vad det egentligen har för konsekvenser när vi eftersträvar att diagnostisera bristen för att kunna skilja ut problemen från tillgångarna och för den delen också drömmarna. Det hela blir ju inte enklare av att det i praktiken inte finns något konkret att avgränsa och studera. Psykiska problem är till sin natur komplexa. Det handlar snarare om någon slags plågsam brist på adaptiv jämvikt som berör stora delar av hjärnan och som känns i hela kroppen.

Jag försöker skapa något vettigt ur de här tankeutsvävningarna för att få fart på samtalet igen. Men Lydia verkar trots min senfärdighet vara på gott humör. Jag passar på att ta några bilder. Hon tar sig en kopp kaffe. Jag sammanfattar så gott jag kan.

– I ditt arbete som psykolog är det förstås din uppgift att ingripa, säger jag. Men det är också då det blir svårt. Vad vägleds du av när du intervenerar? Riktlinjer? Manualer? Patientens drömmar? Dina egna visioner? Patientens preferenser?

– Ojoj. Det var en jättestor fråga. Var ska jag börja, det beror ju helt på omständigheterna. (*Kort paus.*) För mig handlar det i grunden om att se både personen och problemet. Jag hoppas ju att mina insatser ska göra livet lite lättare för patienten. Alldeles i början av en kontakt är det kanske symtomen som är det stora problemet. Något måste göras för att lindra plågan. Men vad är det som driver på symtomen? Ställer jag den frågan så dyker det alltid upp mycket mer. Det är då livet kommer in i bilden. Människor har det jobbigt. Olyckliga relationer, problem med barnen, konflikter på jobbet, illusioner som brister, drömmar som krossas. You name it. Jag tänker att psykiatrin behöver vara en systematisk verksamhet med rutiner och riktlinjer för hur vården bedrivs, men det

måste *också* finnas utrymme att undersöka individens specifika omständigheter, och tillsammans försöka göra så gott man kan utifrån det.

– Ja, men vad är då det? Vad är det bästa för patienten? Retorisk fråga från min sida. Vi blir tysta en stund.

Jag kommer att tänka på Carl Rogers igen. Han skrev att det hans patienter innerst inne ville ha ut av terapin var att finna fram till sitt genuina själv. De ville hitta hem i sitt inre. Då kanske någon säger att det är en lyx förunnad det välbärgade och välfungerande fåtalet. Men jag tänker tvärtom att ju mer bekymmersamt man har det, desto viktigare att finna ro någonstans i själen. En skyddande plats att söka sig till. Borde inte det vara en del av erbjudandet? Kanske kunde det också spilla över på vårdens alla medarbetare...

*

Det känns som att vi gång på gång återkommer till frågan om vad patienten egentligen behöver för att klara av sitt liv. Och hur ska vi kunna veta att vi är på rätt spår?

Mycket av dagens patientarbete handlar om symtombegränsning. KBT och piller. Räcker det? Ja det kan av och till räcka. Men många gånger räcker det faktiskt inte. En anledning är vår generella brist på kunskap om vad som drivit fram besvären. När vi söker svaren på det så hamnar vi omgående i ett hypotes- och teoriträsk. Felinlärning, problematisk informationsbearbetning, förvrängda antaganden, genetiskt betingad sårbarhet, inre konflikter, mellanmänskliga konflikter, förtryck, diskriminering, psykisk och fysisk misshandel, anknytningsstörningar, vanvård, relationella system i olag, för höga krav, för höga förväntningar, förluster av olika slag, trauman... Listan kan bli ännu mycket längre och bakom varje orsakshypotes finns ett synsätt, en teoribildning, några behandlingsmetoder och en uppsjö av interventionstekniker.

– Nu ska jag vara jobbig, säger jag. I och med att du som psykolog befinner dig i någon slags maktöverordnad position så påverkar du patienten. Jag tänker på det som brukar betecknas som informellt tvång. Alltså inte tvångsvård, utan olika former av påtryckningar. Också sådant som kan tyckas vara harmlös eller rentav önskvärd påverkan. Nu till min fråga. Är det inte så att du i rollen som psykolog i någon mån påverkar allt ifrån problemformulering, orsaksförklaring och konsekvensbeskrivning till hur patienten ska förhålla sig och agera för att åstadkomma en positiv förändring?

– Jo så är det förstås, säger Lydia. Det ligger i själva uppgiften. Men jag kan förstå att det inte är oproblemiskt. Nu märker jag att det är något du vill ha sagt, så jag lyssnar. Förklara hur du tänker.

Jag försöker formulera mina tankar kring den här påverkansprocessen. Det är ju så att värderingar kommer att ha inflytande på både utformning och målinriktning i behandlingen. Jag tänker mig också att en samtalsbehandling har något av förhandling över sig. Psykologen och patienten kompromissar sig fram till en samsyn. Här finns det förstås utrymme för påverkan. I slutänden kommer oundvikligen värderingar att spela en roll för de beslut som patienten fattar. Just på grund av maktöverordningen vilar det ändå ett särskilt ansvar på psykologen. Jag undrar hur Lydia hanterar det.

– Hmm. Jag vill välja mina ord. Det här är en viktig fråga. För det första menar jag att jag måste känna patienten lite mer än bara litegrann för att på allvar kunna gå in i det du kallar förhandling. Jag tycker, inom parentes, att dialog känns som ett bättre ord. Men för det andra måste jag ha ett gott omdöme för att klara av att ge patienten den huvudroll hon ska ha utan att göra mig själv alltför osynlig. Ett gott omdöme grundat på erfarenhet och empatisk förmåga. Du pekar på något som man riskerar att tappa bort om psykiatriskt behandlingsarbete instrumentaliseras i allt för hög grad, och det är omdömesutvecklingen.

Nu är det tredje gången som Lydia under vårt samtal lyfter fram ett av mina *särskilda teman*. Det blir jag förstås glad för! Systematisk omdömesutveckling har jag länge efterlyst. Utrymme för seriös reflektion kring psykiatriskt behandlingsarbete. Min oro handlar om att alltför många ska hamna så djupt i ett manualiserat och riktlinjestyrt arbetssätt att den humanistiska sidan av arbetet hamnar helt i skymundan.

*

Det börjar skymma nu. Känns som tid för avslut på samtalet, så jag stänger av inspelningen.

– Jag tror det är dags att vi sätter punkt här, Lydia. Ett stort och varmt tack från mig för att du kunde avsätta en hel eftermiddag för det här mötet.

– Det har varit ett rent nöje, säger Lydia inte. Vad hon sa har jag glömt.

Så skiljs vi åt. Somliga frågor har besvarats, och nya har tillkommit. Lydia traskar iväg i regnet. Bort över Drottningtorget, försvinner ur sikte.

Innan Stockholmståget ska gå har jag ett telefonprat med min gode vän neuropsykologen. ”Lydias beskrivning är väldigt intressant!”, utbrister han entusiastiskt. ”Det finns en likhet mellan hennes resonemang om romangestalterna som lever ett eget liv och kognitionsvetaren Jerry Fodor's teori om ’inkapslade modaliteter’. Jag blir så nyfiken på hur hon i så fall ’går in’ i personernas ’kapslar’. Det är ju inte dissociation, snarare något i stil med att gå in i en dröm, kanske som i en vakendröm...”

Vad vore världen utan nördar som min vän?

Jörgen Herlofson
Psykiater, leg psykoterapeut
Uppsala