

## Peter Währborg

### A. Kommentarer och frågor till Jens Allwood

Det första som slår mig när jag läser ditt bidrag är att naturvetenskap och humaniora/samhällsvetenskap skiljer sig åt i flera avseenden. Inom den medicinska forskningen undergår nästan alla studerade begrepp någon form av *operationalisering*, dvs vissa kriterier måste vara uppfyllda för att begreppet skall kunna användas och studeras vetenskapligt. Ett exempel är begreppet hjärtinfarkt. För att beslås med denna diagnos skall den studerade uppfylla ett antal subjektiva och objektiva villkor. Ett specifikt antal av dessa kriterier måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas. Detta är kriterier som i flera tillförlitliga studier visat sig ha en mycket hög grad av specificitet. Denna typ av begreppsbestämningar torde väl utgöra en egen kategori, eller?

En annan grupp av begrepp i klinisk medicinsk vardag utgör vanligen stora svårigheter för undersökaren. Jag syftar då på "omätbara" symtom som trötthet, nedstämdhet, olust osv. Tror du att man kan åstadkomma någon form av begreppsbestämning i sådana fall och som kan vara till gagn för den medicinska vetenskapen? Hur menar du att man skall förhålla sig till denna typ av begrepp; strävan mot objektivisering (t.ex. skattningsskalor) eller skall man förhålla sig enbart till den subjektiva uppfattning patienten meddelar?

Ett problem som verkligen är reellt och svårhanterat är den *betydelseglidning* som många hänvisar till för att modifiera begreppens innebörd. Exempel på detta är begrepp som deprimerad, trött, sliten, hjärntrött osv. Dessa subjektiva upplevelser uttalas ofta av dem som söker sjukvård i vår tid. I ditt avsnitt "begreppsbestämning med fördjupad betydelsebestämning" diskuterar du bl.a. språkets sociala ursprung och vårt "kollektiva medvetande". Är det din uppfattning att detta har med kontextuella och "kulturella" förhållanden att göra eller är det helt enkelt en slags språklig inflation som uppstått? Kan problemet förfinas genom ökad förståelse för begreppsbestämning/begreppsanalys och i så fall hur?

En annan fråga gäller huruvida begreppsbestämning, t.ex. vid upprättande av *taxonomier*, kan eller bör ha interventionella inslag. Jag menar helt enkelt kan/bör/vågar en begreppsteoretiker ge sig i kast med de taxonomier som återfinns t.ex. inom psykiatrin? Ett exempel på ett sådant juridiskt begrepp är allvarlig psykisk störning som föranleder rättspsykiatrisk vård i stället för fängelse.

Så till sist en omfattande men väldigt konkret fråga. Flera böcker som diskuterar sjukdom ur ett socialt, psykologiskt eller annat än medicinskt perspektiv börjar ofta med att utvidga *sjukdomsbegreppet* och gärna i form av en fyrfältstabell med verbala ankare som subjektiv sjukdomskänsla i relation till objektiva medicinska fynd. I flera juridiskt betydelsefulla sammanhang (t.ex. rätt till sjukpenning) har sjukdomsbegreppet en avgörande betydelse. Det finns således många olika definitioner av sjukdom vilket påverkar statistiken över sjukdomar och dess utbredning, enskildas rätt till lagfäst kompensation vid sjukdom samt alla de dispyter som utspelar sig på olika plan med avseende på vad som skall avses med sjukdom. Är det omöjligt att definiera detta begrepp? Bör det finnas flera olika definitioner av fenomenet? Hur kan begreppsbestämning/analys bidra till att lösa denna vanliga, vardagliga och betydelsefulla förvirring som råder i detta avseende?

### B. Jens Allwood (JA) – Svar till Peter Währborg(PW)

**PW Fråga 1:** Tack för ett mycket angeläget och informativt bidrag. Det första som slår mig när jag läser ditt bidrag är att naturvetenskap och humaniora/samhällsvetenskap skiljer sig åt i flera avseenden. Inom den medicinska forskningen undergår nästan alla studerade begrepp någon form

av *operationalisering*, dvs vissa kriterier måste vara uppfyllda för att begreppet skall kunna användas och studeras vetenskapligt. Ett exempel är begreppet hjärtinfarkt. För att beslås med denna diagnos skall den studerade uppfylla ett antal subjektiva och objektiva villkor. Ett specifikt antal av dessa kriterier måste vara uppfyllda för att diagnosen skall kunna ställas. Detta är kriterier som i flera tillförlitliga studier visat sig ha en mycket hög grad av specificitet. Denna typ av begreppsbestämningar torde väl utgöra en egen kategori, eller?

**JA Svar 1 på PW. fråga 1:** Ja, operationaliseringar är en egen kategori, som jag inte diskuterade. Inom lingvistik (som väl är en del av humaniora/samhällsvetenskap) är operationaliseringar vanligt förekommande när man kodar textkorpusar, inspelningar eller experimentresultat. Jag tog inte med dem eftersom jag inte var säker på att de finns med i alla vetenskaper, t ex matematik eller filosofi.

**PW Fråga 2:** En annan grupp av begrepp i klinisk medicinsk vardag utgör vanligen stora svårigheter för undersökaren. Jag syftar då på "omätbara" symtom som trötthet, nedstämdhet, olust osv. Tror du att man kan åstadkomma någon form av begreppsbestämning i sådana fall och som kan vara till gagn för den medicinska vetenskapen? Hur menar du att man skall förhålla sig till denna typ av begrepp; strävan mot objektivisering (t.ex. skattningsskalor) eller skall man förhålla sig enbart till den subjektiva uppfattning patienten meddelar?

**JA Svar på PW. fråga 2:** Jag har faktiskt gjort en begreppsbestämning av begreppen "smärta", "värk" och "ont" (tillsammans med Fanny Gaston Johansson). Vad vi gjorde var att utifrån en korpus av transkriberade patientintervjuer och andra relevanta texter bl.a. klassificera de egenskaper och relationsuttryck som attribuerades till de tre begreppen, t ex *skärande smärta, molande värk, ont i magen*. De gjorda analyserna användes sedan ihop med en rankning av graden av obehag för att konstruera en s k "painometer", som kanske i någon form fortfarande används.

På liknande sätt tror jag man skulle kunna klassificera de egenskaper, relationer eller processer som i en lämplig korpus attribueras till "trötthet", "nedstämdhet" och "olust". Detta skulle sedan kunna användas för att konstruera en skattningsskala. Enligt min uppfattning kan en sådan skala dock endast vara ett komplement till en mer personförankrad, samtalsbaserad bedömning av en patient och får helst inte ersätta en sådan bedömning.

**PW Fråga 3:** Ett problem som verkligen är reellt och svårhanterat är den *betydelseglidning* som många hänvisar till för att modifiera begreppens innebörd. Exempel på detta är begrepp som deprimerad, trött, sliten, hjärntrött osv. Dessa subjektiva upplevelser uttalas ofta av dem som söker sjukvård i vår tid. I ditt avsnitt "begreppsbestämning med fördjupad betydelsebestämning" diskuterar du bl.a. språkets sociala ursprung och vårt "kollektiva medvetande". Är det din uppfattning att detta har med kontextuella och "kulturella" förhållanden att göra eller är det helt enkelt en slags språklig inflation som uppstått? Kan problemet förfinas genom ökad förståelse för begreppsbestämning/begreppsanalys och i så fall hur?

**JA Svar på PW fråga 3:** Fenomenet "betydelseförändring" eller som du skriver "betydelseglidning" är intressant. Ofta handlar det om värderingar, t. ex ett visst jobb är inte så högt värderat men man försöker genom att byta språkliga beteckningar byta perspektiv. (t ex *tjänarinna, tjänstekvinna jungfru, husa, hemhjälp*) Som exemplet visar är det emellertid svårt att enbart med språkets hjälp ändra underliggande värderingar. Jag tror att en eventuellt ökad användning av de ord du nämner, *trött, sliten, hjärntrött*, också har att göra med en värderingsförändring. Idealet är inte längre att vara tuff och motståndskraftig utan nästan motsatsen Detta leder till en mer frekvent användning av orden. Frågan är också om *trött* och *sliten* betyder något annat idag än tidigare. Här är jag mer tveksam. Eventuellt krävs det en lägre grad av trötthet eller slitenhet för att kalla sig trött

eller sliten. Det kan också vara så att läkares villighet att använda "trötthet" och "slitenhet" som sjukdomsindikatorer ökat. Hur gammal metaforen "sliten" är vet jag inte, men jag tror att den har funnits rätt länge. Beträffande "hjärntrötthet" kan det vara en översättning av engelska "brain fog" som blivit populärt de senaste 10 åren i USA.

Så för att svara på frågan: Jag tror att kontextuella och kulturella faktorer är de mest avgörande och att språkförändringar oftast avspeglar dess. Det är svårt att genomdriva en språkförändring som går emot kulturella värderingar, men det finns också språkliga modetrender som så länge de är i harmoni med kulturen kan ha en självständigt pådrivande roll. T. ex. är *spännande* ett positivt modeord som länge ökat i popularitet och nu möjligen nått sitt apex. En annan typ av exempel på språkligt mode är bruket att inleda svar i en radio- eller TV-intervju med *ja men* eller *nej men* i stället för som tidigare bara *ja* eller *nej* etc etc. I brist på en mer noggrann kulturell analys är det svårt att se någon annan förklaring än en eventuell påverkan av en positiv rollmodell.

**PW Fråga 4:** En annan fråga gäller huruvida begreppsbestämning, t.ex. vid upprättande av *taxonomier*, kan eller bör ha interventionella inslag. Jag menar helt enkelt kan/bör/vågar en begreppsteoretiker ge sig i kast med de taxonomier som återfinns t.ex. inom psykiatrin? Ett exempel på ett sådant juridiskt begrepp är allvarlig psykisk störning som föranleder rättspsykiatrisk vård i stället för fängelse.

**JA Svar på PW fråga 4:** Ja, jag tror det vore möjligt för en begreppsteoretiker att ge sig i kast med psykiatriska begrepp, men man skulle nog riskera att mötas av ganska mycket motstånd grundat i psykiatriskt revirtänkande, så man får vara starkt motiverad.

**PW Fråga 5:** Så till sist en omfattande men väldigt konkret fråga. Flera böcker som diskuterar sjukdom ur ett socialt, psykologiskt eller annat än medicinskt perspektiv börjar ofta med att utvidga *sjukdomsbegreppet* och gärna i form av en fyrfältstabell med verbala ankare som subjektiv sjukdomskänsla i relation till objektiva medicinska fynd. I flera juridiskt betydelsefulla sammanhang (t.ex. rätt till sjukpenning) har sjukdomsbegreppet en avgörande betydelse. Det finns således många olika definitioner av sjukdom vilket påverkar statistiken över sjukdomar och dess utbredning, enskildas rätt till lagfäst kompensation vid sjukdom samt alla de dispyter som utspelar sig på olika plan med avseende på vad som skall avses med sjukdom. Är det omöjligt att definiera detta begrepp? Bör det finnas flera olika definitioner av fenomenet? Hur kan begreppsbestämning/analys bidra till att lösa denna vanliga, vardagliga och betydelsefulla förvirring som råder i detta avseende?

**JA Svar på PW fråga 5:** Ja, det är åtminstone möjligt att ge förslag på hur man ska definiera "sjukdom". Givet vad du skriver är det också troligt att det kan finnas flera olika förslag. Om dessa definitioner fokuserar på olika egenskaper/aspekter av sjukdom kan en lösning vara att införa kvalificerande egenskaper, som t ex "mental sjukdom", "fysisk sjukdom", "bakteriell sjukdom", "virussjukdom", "lungsjukdom". Alla dessa mer specifika sjukdomar kan ges definitioner och istället för att använda ett oprecist och ospecifikt sjukdomsbegrepp kan man räkna upp de mer specifika begrepp som är relevanta, t ex man har rätt till en tids vistelse på Kanarieöarna bara om man har en viss typ av reumatisk sjukdom, men inte om man bara allmänt känner sig trött, sliten eller hjärntrött.