

Den kontekstuelle modellen

Lenger inn i blindgata

Alv A. Dahl

psykiater, Ressursklinikken AS, Lillestrøm

Den kontekstuelle modellen gjør virkelig «døren høy og porten vid» for en allerede overbelastet spesialisthelsetjeneste.

Om diagnoser er statistiker Helena C. Kraemer min talskvinne: «De som tror på vond sirkel, anser både psykiske lidelser og tilhørende diagnostikk som et håpløst prosjekt, som jakten på det sunkne Atlantis. Andre tror på forbedring og sammenlikner utviklingen med jakten på Nordvestpassasjen. Man lette etter den uten noen garanti for at den fantes; det tok mange år, og man hadde mange mislykkede forsøk før man nådde målet. Utforskningen i seg selv hadde stor betydning for vitenskap, navigasjon og handel. Tilsvarende vil arbeidet med å bedre diagnostikken fremme forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser» (Kraemer, 2014). Aarre tror på Atlantis, og jeg på at psykiatriens Roald Amundsen melder seg.

Som Aarre skriver, har jeg lest boka hans grundig, men uten å finne et ord om pasienters sårbarhet. Når Aarre innrømmer at «individuelle skilnader» finnes, starter han tilbaketoget, men tror ikke på sårbarhet «før det er uomtvistelig vist». Holder følgende: 325 ungdommer som overlevde Utøya, ble intervjuet 4 - 5 måneder etterpå. Å være jente og tilhøre en etnisk minoritet var signifikante sårbarheter for høyt posttraumatiske stressnivå (Dyb, Jensen, Nygaard, Ekeberg, Diseth, Wentzel-Larsen, & Thoresen 2014).

Eller trenger han mer? «*De fleste har symptomer og plager som er normalfordelt i folket*», skriver han (Aarre, 2018, side 39). Selvrapportert depresjon «i folket» (HUNT-3 undersøkelsen) viser noe helt annet. På en depresjonsskala fra 0 til 21, skårer 91 % fra 0 til 7 og 9 % høyere enn 7 (Grav, Stordal, Romild, & Hellzen, 2012). Dette er ikke normalfordeling. Den lille andelen med høy skår mistenkes for patologi. Patologi defineres som statistisk eller normativt avvik i symptomintensitet og/eller funksjonssvikt. Benekter man det, avviser man sykdomsdefinisjonene i ICD-10 og DSM-5.

Aarre påstår også at «*helsetenesta som rettar seg mot psykiske plager og rusproblem, kan godt ta seg av normalitet*». Den kontekstuelle modellen gjør virkelig «døren høy og porten vid» for en allerede overbelastet spesialisthelsetjeneste.

Når det gjelder problemene med kontekstualistenes monokausale tenkning, takker jeg Hillestad for et godt innspill. Han viser at den biopsykososiale modellen har det kontekstuelle innbakt. Det virker som Aarre ikke vil forstå det.

Nok en fundamental svakhet hos Aarre og andre kontekstualister er alle de udokumenterte påstandene. Som: «*Sjølvs om me oppfattar dei (psykiske problem, min tilføyelse) som normale reaksjonar, veit me meir om korleis me skal behandle desse problema enn korleis me skal behandle dei psykiske lidingsane.*» Hvor har han det fra? Slik Aarre slår om seg med udokumenterte synginger, oppfyller han utsagnet: «Without data, you are just another person with an opinion.»

At Aarre, med sitt offentlige ståsted, hører fra de misfornøyde pasientene, er rimelig, men jeg er skuffet når han ikke reflekterer over mulig utvalgsskjevhet. At den kontekstuelle modellen skal gi oss en klagefri psykiatri, ser jeg som ønsketenkning. Misfornøyde, skuffede og klagende psykiatriske pasienter vil vi alltid ha. Og her har vi tall, som ellers er mangelvare hos Aarre. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandlet i 2017 15 154 saker, hvorav 828 (5 %) innen psykiatri, langt

bak 38 % for ortopedi. Psykiatri-klagerne kom på bunnplass med 19 % medhold, mens snittet var på 33 % (NPE, 2017). Den lave klage- og medholds-prosenten, burde mane kontekstualistene til ettertanke.

Aarres svar skuffer meg ellers ved ikke å ta opp om kontekstuell psykiatri hører hjemme i helse- eller i sosialvesenet.

Til Kjølstads orientering ble påstandene til Allen Frances knust av professor Ole Jacob Madsen i 2017 (Madsen, 2017). Selv skriver jeg i 2018: «Siden 2014 er det kommet iallfall fire bøker (Whitaker, Gøtzsche, Kindermann og Davies) oversatt til norsk med klart antipsykiatrisk innhold, alle utgitt av Abstrakt forlag. [...] Etter min vurdering har forfatterne det til felles at de har bestemt seg for sine antipsykiatriske konklusjoner på forhånd. Deretter har de lagt argumentasjonene og kildene selektivt til rette for å bygge opp under disse konklusjonene» (Dahl, 2018, s. 138). Dette er ideologiske skrifter. Når Kjølstad reklamerer for dem til forsvar for Aarres bok, er det fordi den tilhører samme kategori.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 10, 2020, side 774-775.

Referanser

- Dahl, A.A. (2018). Antipsykiatrien før og nå. I: Dahl, A.A. & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser. Forståelse, diagnostikk og juss*. Oslo: Universitetsforlaget, side 126 - 140.
- Dyb, G., Jensen, T.K., Nygaard, E., Ekeberg, Ø., Diseth, T.H., Wentzel-Larsen, T., Thoresen. (2014). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *British Journal of Psychiatry*, 204, 361 - 367. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.133157>.
- Grav, S., Stordal, E., Romild, U.K., Hellzen, O. (2012). The relationship among neuroticism, extraversion, and depression in the HUNT study: in relation to age and gender. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 777 - 785. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.713082>
- Kraemer, H.C. (2014). The reliability of clinical diagnoses: state of the art. *Annual Review of Clinical Psychology* 10, 111 - 130. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153739>
- Madsen, O.J. (2017). Medikaliseringens begreps kolonisering av forskerverdenen. I: Bondevik, H., Madsen, O.J., & Nyheim Solbrække, K. (red.), *Snart er vi alle pasienter*. Oslo: Scandinavian Academic Press, side 25 - 62.
- Norsk pasientskadeerstatning. Årsrapport 2017. https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/npe_arsrapport_2017_web.pdf
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.