

Feilslutning å forkaste BPSM

Linn Breen Herner

Trond H. Diseth

Helene Helgeland

Stein Førde

Solveig Gjems

alle Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Ingrid B. Helland

Barneavdeling for nevrofag, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus Rikshospitalet

Frøydis Lilledalen vil forkaste en helhetlig, biopsykososial sykdomsforståelse (BPSM). Det er problematisk.

Frøydis Lilledalens artikkel i februarnummeret av Psykologtidsskriftet (Lilledalen, 2023) er en påminner om at det biopsykososiale perspektivet stiller krav til alle som jobber ut fra denne tilnærmingen. Vi mener imidlertid at hennes beskrivelser og eksempler illustrerer noe helt annet enn et biopsykososialt perspektiv.

Når vi møter barn og unge med langvarig utmattelse, smerter eller andre somatiske symptomtilstander og spør hva de opplever som aller vanskeligst, svarer mange at det er «å ikke bli trodd», som om plagene skulle være innbilte eller ikke reelle. Verre enn å ha invalidiserende smerter eller utmattelse, gå glipp av bursdager, bli sliten av et kvarters skole, måtte slutte med favorittaktiviteten eller ikke få være russ med sitt kull, er altså opplevelsen av å bli mistrodd. Også pårørende beskriver belastninger ved ikke å bli tatt på alvor eller forstått.

Sten til byrden

Vi kan kjenne igjen Lilledalens beskrivelser av at helsevesenet strever med å ivareta personer med sammensatte kroppslige symptomer, inkludert medisinsk uforklarte symptomer (MUS) og kronisk utmattelsesessyndrom / myalgisk encefalomyelitt (CFS/ME). Pasienter som blir sendt mellom somatikk og psykisk helsevern uten å få tilstrekkelig hjelp noe sted. Dette legger sten til byrden for pasientene og deres familier. Og det representerer i seg selv en faktor som bidrar til opprettholdelse og forverring (Kozłowska et al., 2021). Det er fagetisk utfordrende.

Lilledalen gir den biopsykososiale modellen skylden for disse utfordringene. Med støtte i en artikkel av Marks (2022) kritiserer hun anbefalinger om psykososiale behandlingsstrategier ved tilstander som MUS og CFS/ME. En biopsykososial sykdomsforståelse rommer imidlertid alle disse perspektivene.

Vi kan kjenne igjen Lilledalens beskrivelser av at helsevesenet strever med å ivareta personer med sammensatte kroppslige symptomer

At man finner avvik i fysiologi hos mennesker med langvarig smerte og utmattelse, står heller ikke i motsetning til en biopsykososial forståelse. Lilledalen legger dermed uriktige premisser til grunn for sine synspunkter. Hennes slutning om å forkaste en helhetlig, biopsykososial sykdomsforståelse blir en feilslutning. Det er problematisk.

BPSM i klinisk praksis

Den biopsykososiale modellen har vært gjenstand for kritikk siden Engel presenterte den på 70-tallet (Engel, 1977), blant annet for ikke å møte kravene til en vitenskapelig modell (McLaren, 1998). Det er i dag mer vanlig å referere til modellen som et perspektiv eller rammeverk (Førde et al., 2022). Dette perspektivet er relevant og viktig fordi det sier noe overordnet og grunnleggende om betydningen av et helhetlig perspektiv for forståelse av helse og sykdom. Det gir rammer for å favne ny vitenskap. Eksempler på dette er kunnskap om betydningen av vekselvirkninger mellom gener og miljø, mellom biologi, følelsesmessige og sosiale faktorer, og betydningen av traumer og andre belastninger for utvikling av sykdom og helseplager.

Modellen må imidlertid brukes med kyndighet og ydmykhet og reflekteres i god klinisk praksis (Helgeland et al., 2022; Førde et al., 2022). Dette er i tråd med retningslinjer fra nasjonale og internasjonale fagmiljøer, som basert på stadig økende kunnskap, anbefaler en helhetlig, biopsykososial forståelse og tilnærming i utredning og behandling av sammensatte somatiske symptomtilstander (Helgeland et al., 2022; Førde et al., 2022; Kangas et al., 2020; Kozłowska et al., 2021; Walker, 2019).

Pasientsentrert behandling

Sentralt for Engel var individets rolle og plassering i hierarkiet av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Engel, 1992). Helsepersonell kan påvirke disse faktorene og prosessene både positivt og negativt, gjennom utredning og behandling (Førde et al., 2022). Når en pasient opplever å ikke bli trodd, forstått eller møtt på en god måte av helsevesenet, vil de ofte oppleve fremtidige møter med helsevesenet som belastende og ikke-hjelpsomme. Så hvor starter vi, og hvor går vi når pasienten har opplevd møter med helsevesenet som krenkende og vanskelige?

Som i all god «hjelpkunst» må vi starte der pasienten befinner seg. Hvis pasient og familie ikke er tilstrekkelig motivert for en helhetlig tilnærming, kan vi heller ikke hjelpe. Slike prosesser tar tid. Vi tar utgangspunkt i at pasient kan ha plager som han/hun opplever at andre ikke har forstått.

Som i all god «hjelpkunst» må vi starte der pasienten befinner seg

At andre kanskje har mistenkt at han/hun «faker» symptomene, eller at de har møtt personer i helsevesenet som ikke har vært til hjelp. Vi formidler med tydelighet at vi vet at han/hun er sliten eller har smerter, og at vi vet at plagene er helt reelle.

Vi beskriver hvordan vi jobber i tverrfaglige team med andre somatiske leger, fysioterapeut og sykepleiere, at vi møtes jevnlig for å drøfte symptomene, hvordan de kan forstås og hva som kan

være riktig behandling (Førde et al., 2022; Helgeland et al., 2022). I mange tilfeller avdekkes ikke somatisk sykdom som skal behandles med medisiner eller kirurgi. Pasienten kan derimot ha nytte av behandlingstiltak som f.eks. fysioterapi, redusert og tilpasset timeplan, samtaler og veiledning. En familie- og foreldretilnærming står ofte sentralt. Hvis pasient og foreldre fortsatt ønsker å forfølge somatiske spor, formidler vi betydningen av på et tidspunkt å sette strek for videre utredning, som er en kjent opprettholdende faktor i seg selv (Helgeland et al., 2022).

Håp i handlingsrommet

Fortsatt finnes biomedisinske mekanismer og sammenhenger som vitenskapen ikke kjenner fullt ut. Vi imøteser forskning som kan vise vei til ny biomedisinsk behandling som kan benyttes i kombinasjon med annen virksom behandling. Ut fra dagens kunnskap har vi imidlertid et ansvar for å gi gode diagnostiske forklaringer på kjente biologiske mekanismer som blant annet involverer sentralnervesystemet, immunsystemet og hormonsystemet, og som sammen bidrar til utmattelse og smerter. Vi har et ansvar for å formidle at tiltak som adresserer fysiske, psykologiske, sosiale og skolemessige belastninger, har vært avgjørende for andre i lignende situasjon, og kan føre til varig bedring. Vi har ansvar for å formidle at det finnes håp i pasientens handlingsrom, slik at han/hun ikke blir sittende på venteværelset i påvente av et medikament.

Helsevesenet har potensial for forbedring av tverrfaglig, helhetlig arbeid med sykdom og helseplager. En helhetlig, biopsykososial forståelse gir rammer for å møte pasienter med sammensatte somatiske symptomtilstander ut fra oppdatert vitenskapelig kunnskap og i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer for utredning og behandling.

Vi vil fortsatt forsøke å møte pasient og familie der de er, lytte til deres historier, bruke tid på somatisk avklaring, og bidra til at pasient og pårørende er trygge på at somatiske, psykologiske og sosiale faktorer er ivaretatt i oppfølging og behandling.

Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter

Referanser

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1–2), 3–16. <https://doi.org/10.1159/000288568>
- Førde, S., Herner, L. B., Helland, I. B. & Diseth, T. H. (2022) The biopsychosocial model in paediatric clinical practice – An interdisciplinary approach to somatic symptom disorders, *Acta Paediatrica*, 111(11), 2112–2124. <https://doi.org/10.1111/apa.16517>
- Helgeland, H., Gjone, I. H. & Diseth, T. H. (2022). The biopsychosocial board – A conversation tool for broad assessment and identification of effective treatment of children with functional somatic disorders. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 2(3). 144–157. <https://doi.org/10.1177/26344041221099644>
- Kangas, M., Kallesoe, K. H. & Rask, C. U. (2020). Functional somatic syndromes (FSS) in children and adolescents: conceptual, measurement and treatment issues. *Zeitschrift für Psychologie*, 228(2), 81–92. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000401>

- Kozłowska, K., Sawchuk, T., Waugh, J. L., Helgeland, H., Baker, J., Scher, S. & Fobian, A. D. (2021). Changing the culture of care for children, adolescents with functional neurological disorder. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100486>
- Lilledalen, F. (2023). En modell som utfordrer fagetikken. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2). <https://psykologtidsskriftet.no/etikspanelet/2023/01/en-modell-som-utfor...>
- Marks, D. (2022). The rise and fall of the Psychosomatic Approach to MUS, Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome, *Archives of Epidemiology & Public Health Research*, 1(2), 97–143.
- McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86–92. <https://doi.org/10.3109/00048679809062712>
- Walker, L. S. (2019). Commentary: understanding somatic symptoms: from dualism to systems, diagnosis to dimensions, clinical judgement to clinical science. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(7), 862–867. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz050>