

## **Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt–trussel–mening-rammeverket**

Marianne Therese Smogeli Holter , Tore Dag Bøe og Bård Bertelsen

Forfatterne har bidratt i oversettelsen av MTMR-kortversjon til norsk.

## Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt–trussel–mening-rammeverket

I 2018 lanserte en arbeidsgruppe i den engelske psykologforeningen The Power Threat Meaning Framework, oversatt til norsk som Makt–trussel–mening-rammeverket. Mandatet til gruppen, som besto av forskere, klinikere og personer med egenerfaring, var å gi en kritisk evaluering av bruken av diagnoser for psykisk lidelse, og utarbeide et mulig alternativ (Johnstone & Boyle, 2018b, s. 5). Det var ønske om en mer kontekstuell og multifaktoriell tilnærming til psykisk lidelse, og det var sentralt at brukere skulle være med på å utforme rammeverket, i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, der det stadfestes at slik praksis skal inkludere og integrere pasientens kontekst og preferanser. Makt–trussel–mening-rammeverket er basert på en grundig gjennomgang av teoretisk, empirisk og epistemologisk litteratur på feltet. Det tilbyr et alternativt perspektiv til idéen om at psykiske helseutfordringer er avgrensbare patologiske tilstander, som er det de rådende diagnosesystemene DSM-5 og ICD-10 bygger på (Johnstone & Boyle, 2018a/2018b/2023).

I Storbritannia har Makt–trussel–mening-rammeverket avstedkommet omfattende og til dels opphetet debatt, også internt i den engelske psykologforeningen (Johnstone et al., 2019; Morgan, 2023). Det har også kommet ulike reaksjoner på rammeverket i det kliniske miljøet i Norge. For eksempel har leder for Norsk psykiatrisk forening uttrykt at MTMR er for radikalt (Erfaringskompetanse, 2023a), mens fagsjef i Psykologforeningen håper det kan bidra som supplement og korrektiv til diagnosene (Erfaringskompetanse, 2023b). Fagsjef i brukerorganisasjonen Mental Helse Norge sier at MTMR bør være «en rettesnor for behandling av psykiske lidelser», men mener likevel ikke at diagnoser skal avskaffes innen psykisk helse (Erfaringskompetanse, 2023c).

Vi ønsker med artikkelen å presentere Makt–trussel–mening-rammeverket (MTMR) for norske psykologer. Formålet er å gi en fremstilling av kunnskapen bak MTMR og vise frem mulighetene for å integrere tenkningen i rammeverket i eksisterende psykologfaglig praksis. Vi håper artikkelen vil bidra til å åpne opp for en refleksjon om alternative måter å forstå og håndtere psykisk og emosjonell lidelse på. Vi innleder med å presentere rammeverkets problematisering av diagnosesystemene og gjennomgår deretter hovedtrekkene i MTMR. Vi foreslår deretter faktiske og mulige anvendelser av MTMR i en norsk kontekst. I MTMR tas det avstand fra et språk som er medisinsk fundert, og i stedet forstås psykisk lidelse som emosjonell smerte (*emotional distress*), uvanlige opplevelser (*unusual experiences*) og problematiske væremåter (*troubled or*

*troubling behaviour*). Vi vil i det videre holde oss til språket som anvendes i MTMR, heller enn det diagnostiske språket.

Forfatterne av denne artikkelen representerer både klinisk erfaring og forskningserfaring relatert til psykisk helse. To av oss har arbeidet klinisk i psykiske helsetjenester i både kommune og spesialisthelsetjenesten, for både barn og ungdom og voksne, og arbeider nå med utdanning og forskning ved Universitetet i Agder (Bøe og Bertelsen), mens en er forsker ved Universitetet i Oslo (Holter). Vi har alle fattet interesse for MTMR på grunn av rammeverkets kritiske inngang til psykisk helsearbeid og samfunnspsykologisk praksis. Vi har også sittet i en referansegruppe for den norske oversettelsen av kortversjonen av MTMR.

### **Kritikk av DSM- og ICD-systemene**

Forfatterne av MTMR gir en grundig redegjørelse for det de ser som problematiske aspekter ved diagnosesystemene ICD og DSM, fra et teoretisk, empirisk og erfaringsbasert perspektiv. Teoretisk peker forfatterne på at den medisinske forståelsesmodellen som diagnosesystemene bygger på og låner troverdighet fra, har alvorlige empiriske og teoretiske svakheter når det kommer til psykisk helse. Denne kritikken er langt fra ny, og har preget faglige kontroverser i psykisk helsefeltet i årtier (se for eksempel Pickering, 2006). Innen medisinsk behandling for somatiske sykdommer baserer diagnostikk seg som regel på verifisert kunnskap om sammenhenger mellom bestemte observerbare symptomer og underliggende biologiske prosesser og tilstander (selv om det selvsagt finnes unntak med symptomer og tilstander vitenskapen foreløpig ikke har forklaring på). Kunnskapen om de patologiske biologiske prosessene bak symptomene er, når de underliggende mekanismene er kjent, grunnlaget for behandlingen som foreskrives. For de fleste av tilstandene som beskrives av diagnoser for psykiske lidelser i DSM-5 eller ICD-10, mangler dette elementet av etablerte kausale mønstre mellom biologiske prosesser og symptomer. Diagnosene for psykisk lidelser baseres i stedet på ansamlinger av observerte væremåter og opplevelser, bundet sammen av det som ofte antas å være felles underliggende mekanisme med en tydelig biologisk komponent. I tråd med en slik medisinsk forståelse har man lenge forsket på biologiske kjennetegn for ulike former for psykisk lidelse, f.eks. schizofreni og bipolar lidelse. Gjennom slik forskning har det blitt dokumentert en rekke sammenhenger mellom ulike diagnosekategorier og bestemte mønstre i neurotransmittere, gener, hjernestruktur eller hjernefunksjon (Johnstone & Boyle, 2018a, s.150 - 181). Disse sammenhengene

avvises ikke i MTMR-kritikken: Mennesket forstås som like biologisk som det er psykologisk og sosialt, og biologi, psykologi og det sosiale vil alltid interagere med hverandre for å produsere ulike fenomener og tilstander. Men i det medisinske kunnskapparadigmet for forståelse og behandling av psykisk lidelse synes det å ligge en underliggende antakelse – noen ganger uttalt, andre ganger implisitt – om at biologiske forhold er den primære, eller grunnleggende, årsaken til psykisk lidelse. Forfatterne av MTMR peker derimot på at det, etter 50 år med høyfinansiert forskning, likevel ikke finnes empirisk grunnlag for å gi biologien status som primær årsaksforklaring.

Derimot er sammenhengen mellom sosiale forhold, livsomstendigheter og motgang på den ene siden, og følelsesmessige og psykiske problemer på den andre, godt dokumentert (Johnstone & Boyle, 2018, s.92 - 151). Denne forskningen vil mange klinikere med erfaring fra psykisk helsefeltet være godt kjent med. Innen diagnosesystemene får denne kunnskapen plass gjennom forståelsesmodeller som stress-sårbarhets-modellen eller den biopsykososiale modellen, men også i disse modellene snikes det inn en antakelse om at biologisk sårbarhet er den primære årsaken bak problemene: en patologi-logikk som antar en underliggende sårbarhet (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 34). Slik ledes blikket vekk fra de meningsbærende, sosiale, materielle og politiske sidene ved problematiske livshendelser og tilstandsbilder (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 34). Dermed blir også viktige aspekter som meningsinnhold og livsomstendigheter oversett eller utelatt. Problemer ristes løs fra sin kontekst. Underveis forsvinner aktørskapet til menneskene som er berørt av problemene.

### **Det diagnostiske språket**

Den biomedisinske forståelsen av psykisk lidelse står sterkt i helsevesenet, og forsterkes av diagnosesystemene og selve begrepet «psykisk sykdom». Som for somatisk sykdom blir psykiske lidelser i dagligtalen omtalt som noe man «har». Og selv om de fleste klinikere i psykisk helsefeltet vil hevde at de bygger på et langt rikere og mer nyansert tilfang av forståelser av lidelse, er arbeidet deres like fullt strukturert av begreper som «diagnose», «behandling», «tilfriskning», «terapi» og «prognose». Språket som brukes i helseadministrasjon, klinisk arbeid og på folkemunne, forvandler diagnoser til absolutte fenomener. Diagnosene, hvis opprinnelige hensikt var å navngi, blir feilaktig brukt som en forklaring: «Du har bipolar lidelse fordi du er disponert for det.» Det antas en underliggende sårbarhet eller patologi (biologisk eller psykologisk) som fører til lidelse, og i begge tilfeller skjules det faktum at de diagnostiske begrepene primært er deskriptive, tentative

merkelapper. Reifiseringen av diagnosene fører også til at den faglige argumentasjonen blir sirkulær: Du har depresjon fordi du er nedtrykt / du er nedtrykt fordi du har depresjon. Slik baserer diagnosen seg på de samme symptomene som den påstås å forklare (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 29).

I kjølvannet av det diagnostiske språket mener MTRM- forfatterne at det følger en forståelse av emosjonell smerte som i beste fall er sterkt mangelfull, i verste fall direkte misvisende. I stedet for å fortsette forskning og behandling innenfor rammer som først og fremst retter oppmerksomheten mot hva som er mangelfullt ved individet, er det ifølge forfatterne behov for «et fundamentalt og uforenelig annerledes tankesett» (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 32, vår oversettelse). Vi skal i det følgende gjennomgå hovedtrekkene i det alternative rammeverket som foreslås.

### **Makt–trussel–mening-rammeverket**

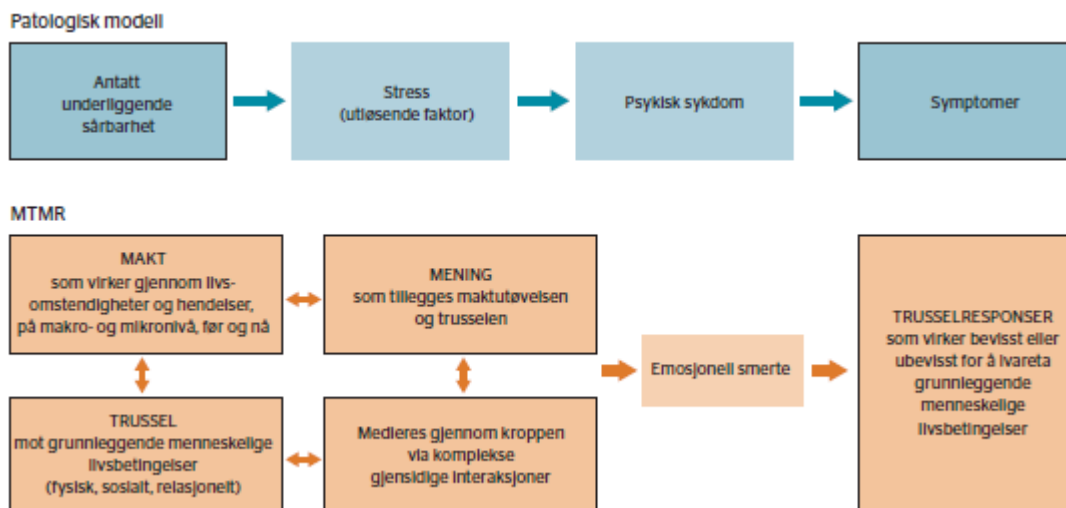
Makt–trussel–mening-rammeverket (MTMR) bygger på en rekke eksisterende teoretiske perspektiver og en betydelig mengde forskning. En gjennomgang av forskningen med tilhørende referanser kan man finne i Johnstone og Boyles rapport «The Power Threat Meaning Framework: Towards the Identification of Patterns in Emotional Distress, Unusual Experiences and Troubled or Troubling Behaviours, as an Alternative to Functional Psychiatric Diagnosis» (2018a). Blant perspektivene MTMR bygger på, finner man kognitive tilnærminger, læringsteori, traumeperspektiver, fenomenologi, åndelige og kultursensitive perspektiver samt erfaringsekspertise. Kjernen i MTMR er ideen om at emosjonell smerte, uvanlige opplevelser og problematiske væremåter bør forstås som reaksjoner på livsomstendigheter, ikke patologi eller individuell sårbarhet. For eksempel gjennomgår forfatterne sammenhengen mellom barndomsbelastninger og senere problemer som angst, paranoia, dissosiering og hallusinasjoner, som påvises i både retrospektive og prospektive studier, også når man kontrollerer for andre variabler (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 108–113), og kan forklares både på et psykologisk, sosialt og biologisk nivå (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 104). Dette, hevder de, gir grunn til å anse livshendelser og sosial kontekst som den primære årsaken til psykisk lidelse.

Begrepene som brukes for å operasjonalisere sammenhengen mellom livshendelser og psykisk lidelse, er makt, trussel og mening. Utgangspunktet for emosjonell smerte antas å være *maktutøvelse*, utøvd på mikronivå (f.eks. ved overgrep) eller makronivå (f.eks. ved marginalisering), og mange erfaringer kan ha virket sammen. Maktutøvelsen utgjør en *trussel* mot grunnleggende menneskelige livsbetingelser (f.eks. å føle seg trygg, verdsatt, akseptert og elsket i sine tidligste

relasjoner med omsorgsgivere). *Meningen* som personen tillegger trusselen, har betydning for den opplevde emosjonelle smerten (f.eks. tristhet, frykt, sinne) og er også sentral i påfølgende *trusselresponser*, hvis funksjon er å forsøke å gjenopprette de grunnleggende livsbetingelsene som står på spill, eller beskytte seg for makten som truer ens eksistens. Disse trusselresponsene kan være automatiske, kroppslige og førbevisste reaksjoner (f.eks. sterke kompenserende følelser eller uvanlige overbevisninger) eller mer bevisste mestringsstrategier (f.eks. suicidale handlinger eller perfektjonisme). Noen trusselresponser vil være mer skadelige enn andre, og noen responser vurderes av kulturen som «feil», men alle utgjør forsøk på å gjenopprette et godt liv. Det kan også være at en trusselrespons vedvarer selv om den utløsende trusselen er borte, noe som også vil forandre hvordan omgivelsene rundt oppfatter personen. Biologien har fortsatt en sentral plass fordi erfaringer og trusselresponser medieres gjennom sansende, delvis ulike, nevrobiologiske kropp. Blant de mange biologiske prosessene som antas å ha betydning, er stress, hukommelse, dissosiering fra overveldende opplevelser og opplevelser av indre tale (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 172). I figur 1 presenterer vi en forenklet versjon av MTMR sammenliknet med den rådende forståelsesmodellen.

### **Figur 1**

*En forenklet versjon av Makt–trussel–mening-rammeverket sammenliknet med patologi-modellen*



Det som er hovedprosjektet i MTMR, er å gjeninnsette kontekst og mening som grunnleggende for psykisk lidelse. Å gå fra «Hva feiler det deg?» til «Hva har skjedd med deg?».

Svaret på «Hva har skjedd med deg?» vil være en personlig historie, basert på særegne, meningsfylte opplevelser og unike sett av trusselresponses. Samtidig tilbyr rammeverket en rekke ressurser som kan hjelpe personer med å forstå sin egen historie og reaksjonene man har hatt til den: Et knippe grunnleggende behov oppsummeres i Johnstone og Boyle (2018b, s. 20 - 21), for eksempel å oppleve rettferdighet, å oppleve trygghet og tilhørighet i en familie og sosial gruppe samt å føle seg trygg, verdsatt, akseptert og elsket i sine tidligste relasjoner. Ulike trusler som mange opplever, er samlet og oppsummert i det som kalles hovedmønstrene, og inkluderer for eksempel «Å klare seg gjennom avvising, å føle seg fanget samt nedvurdering», «Å klare seg gjennom forstyrrede tilknytningsrelasjoner og belastninger i barndom eller ungdom» og «Å klare seg gjennom separasjon og identitetsforvirring» (s. 28–73). Andre mulige trusselresponses inkluderer hyperoppmerksomhet, fragmentert minne-innkoding og å overarbeide. I hovedmønstrene oppsummeres empirisk funderte sammenhenger mellom ulike typer makt, trussel, mening og trusselresponses. For eksempel skrives

det om «Å klare seg gjennom separasjon og identitetsforvirring» at det innebærer spenningen mellom behovet for tilhørighet på den ene siden og autonomi på den andre, som kan resultere i følelser av for eksempel å være forlatt eller å miste seg selv. Trusselresponsen kan innebære blant annet angst, utrolige antakelser, kroppshat eller ritualer. Forfatterne av MTMR angir at mønstrene er foreløpige og åpne for revisjon ettersom kunnskapsgrunnlaget utvikler seg, og enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i flere mønstre. Å sammenlikne sin egen historie med de foreslåtte hovedmønstrene kan bidra til validering og selvinnsett, samt åpne blikket for den konkrete livshistoriens plass i en bredere sosial kontekst.

MTMR er blitt kritisert både for å overdrive individets aktørskap og for å posisjonere mennesker som ofre for sine sosiale betingelser (Boyle & Johnstone, 2020, s. 125). En annen måte å se det på er at rammeverket rommer både individuell mening og betydningen av reelle levekår og maktmisforhold (Pilgrim, 2020), samt en tro på menneskers evner til å påvirke eget liv. I MTMR gjøres det derfor et nummer av at det ikke er grunn til å benytte andre former for å forstå livet til mennesker som har hatt omfattende kontakt med helsevesenet, og personer som ikke har det. Alle prøver vi å oppnå eller bevare en følelse av egenverd, mening og identitet – men for noen får disse prosessene uttrykk som per i dag betegnes som patologiske. Forståelsen forutsetter altså ikke at de som blir pasienter, er bærere av biokjemiske særegenheter som gjør dem ekstra sårbare, men heller at sårene hver av oss bærer på, kommer av at vi i ulik grad har vært, og er, gjenstand for maktutøvelse; erfaringene og identitetene våre er kommet til gjennom hvilke responser vi har valgt eller hatt tilgang på, og hvilke meninger vi har tillagt de opplevelsene vi har hatt.

### **MTMR i klinisk praksis**

Dersom forståelsene i MTMR hadde erstattet eller supplert forestillingen om psykisk lidelse som individuell patologi, tror vi at forskjellen på én måte ville vært radikal, på en annen måte nærmest umerkelig. Radikal fordi konstruksjonen «psykisk sykdom» og de medisinske formulerte diagnosene sitter tett ved inn i vår virkelighetsoppfatning, samfunnsstruktur og helseadministrasjon. Umerkelig fordi mye av det arbeidet som psykologer allerede gjør for å hjelpe personer med emosjonell smerte, uvanlige opplevelser eller problematiske væremåter, ville sett ut omtrent slik det er i dag.

Johnstone og Boyle (2018b/2023) presenterer flere eksempler på praksis som er i tråd med MTMR, og som er godt etablert i psykisk helsefeltet i Norge i dag. Eksempler er kasusformulering



i team, traumebevisste tilnæringer og narrative tilnæringer. Andre praksiser som kan sies å være i tråd med MTMR, er Åpen dialog i nettverk og «Hearing Voices»-nettverket (Hearing Voices Network, u.å.). I Norge gjennomføres Åpen dialog i nettverk blant annet ved flere psykiatriske sengeposter (Jacobsen et al., 2018) og i poliklinisk arbeid med barn og unge (Bøe et al., 2015). I tilnærmingen Åpen dialog i nettverk inviteres personer fra det sosiale nettverket til den det gjelder, med fra første stund, og både problembeskrivelsene og mulige løsninger blir til gjennom den flerstemte dialogen som oppstår i nettverksmøtene (Seikkula & Arnkil, 2014). MTMR er også godt forenlig med recovery-forskningen (Hennessy, 2017; Leamy et al., 2011) og recovery-orienterte tilnæringer (Slade, 2017; Tew, 2013). Recovery-perspektivet baserer seg på kvalitative undersøkelser av hva mennesker som har kommet seg etter psykiske vansker, selv sier var til hjelp, og tilsvarende baserer en recovery-støttende praksis seg på at den det gjelder, eventuelt sammen med sitt sosiale nettverk, gjøres til hovedressurs i et kontekstuelt og samarbeidsorientert bedringsarbeid. Innenfor institusjonsbarnevernet er traumebevisst omsorg etter hvert etablert som fundament for tjenesten, blant annet gjennom det nasjonale kompetanseprogrammet HandleKraft (Bræin et al., 2017). Videre er to av forfatterne (Bertelsen og Bøe) med i et samarbeidsinitiativ mellom Universitetet i Agder, RVTS Sør, Arendal, Grimstad og Kristiansand kommuner og Sørlandet Sykehus som handler om å se på eksisterende praksis i lys av MTMR. Tanken er at en MTMR-basert, kontekstualisert forståelse kan være et mulig utgangspunkt for å bedre samarbeid med og mobilisere ressurser rundt personen som trenger hjelp, og å gi hjelp som treffer.

MTMR er primært et overordnet, teoretisk rammeverk og ikke en behandlingsmetode. Likevel inneholder rammeverket en tydelig konkretisering av hvordan terapeutiske samtaler kan struktureres. En veileder for et slikt arbeid finnes i Johnstone og Boyle (2018b). Utgangspunktet for samtalen er et knippe spørsmål som munner ut i et narrativ («Min historie»; tekstboks). Disse spørsmålene vil langt på vei likne en kasusformulering som mange klinikere vil kunne kjenne seg igjen i.

### **Kjernespørsmål i Min historie**

Hva har skjedd med deg? (Hvordan opererer makt i ditt liv?)

Hvordan har det påvirket deg? (Hva slags trussel utgjør det for deg?)

Hvordan har du forstått det som har skjedd? (Hvilken mening tillegger du det som har skjedd med deg?)

Hva måtte du gjøre for å klare deg gjennom det? (Hvilke trusselresponser bruker du?)

Hva er dine styrker? (Hvilken tilgang til maktressurser har du?)

Og for å integrere alt det ovenstående: Hva er din historie?

*Hentet fra Johnston & Boyle (2018b)*

Et eksempel fra Norge på en klinisk praksis informert av tenkningen bak MTMR er et psykologisk lavterskeltilbud som i en tiårsperiode fra 2011–2021 ble tilbudt ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup) på Sørlandet sykehus. Tilbudet ble kalt Abup drop in, og besto i at to psykologspesialister fra Abup en dag annenhver uke befant seg på et kommunalt familiehus, der de var tilgjengelige for konsultasjoner i opptil 60 minutter av gangen for alle som ønsket det (Bertelsen, 2024; Bertelsen et al., 2015; Odden & Bertelsen, 2015). I motsetning til hvordan tjenester fra spesialisthelsetjenesten ellers er organisert, var det ingen begrensninger på hvem som kunne benytte tilbudet, eller hva det kunne benyttes til, så lenge tematikken gjaldt konkrete barn og unges psykiske helse. Praksisen var tuftet på ideen om at mennesker selv vet når de trenger hjelp, og at når folk oppsøker psykologer, er det fordi de erfarer å være forhindret fra å løse problemene sine på egen hånd. Men selv om de ofte vil være begrenset av sin nåværende kunnskap om, og forståelse av, situasjonen, har de likevel kunnskap, evner og ferdigheter som kan oppdages og utvikles på måter som kan hjelpe dem til å løse problemer de står overfor.

Prosjektet ble utviklet parallelt med arbeidet med MTMR i Storbritannia, inspirert av de samme perspektivene (se for eksempel Bentall, 2003; Johnstone & Dallos, 2006; Kinderman, 2014; Moncrieff, 2008) og i dialog med fagmiljøer i England som også var del av et utvidet miljø rundt utviklingen av MTMR. Abup drop in-tilnærmingen bygget blant annet på den samme forståelsen av psykisk helse som finnes i MTMR, der søkelyset flyttes fra en diagnosebasert til en erfaringsbasert forståelse av menneskers livsutfordringer. I Abup drop in var dette skiftet tvunget frem av selve arbeidsformatet, der psykologene var uten umiddelbar mulighet for verken forhåndsinformasjon, kontinuitet i oppfølgingen eller videre administrativ påvirkningskraft gjennom for eksempel å kunne påvirke senere inntak i spesialisthelsetjenesten, eller formell henvisning til andre tjenester. I stedet

la psykologene vekt på aktiv meningsdannelse gjennom å intervju frem menneskers personlige fortellinger om egen livssituasjon, og om de sosiale faktorene som kunne være kilder til fortvilelse. En følge av dette var at det som ellers ofte ville vært adressert som symptomer (som uro, tristhet og redsel), ble rekontekstualisert som meningsfulle reaksjoner på negative eller truende livserfaringer. Samtalene fulgte i utgangspunktet samme struktur som den som utgjør kjernespørsmålene i samtaler om personlige historier i MTMR (se Tekstboks 1 ovenfor), med en tydelig vekt på sosiale relasjoner som del av individers egne maktressurser.

Gjennom en brukerstyrt tjeneste der de som ønsket kontakt, var velkomne, og ved å oppfordre de som kom, til også å invitere med seg eventuelle støttespillere de allerede var i kontakt med fra privat eller profesjonelt nettverk, bidro praksisen til å gi brukerne kontroll over tjenesten ved å anerkjenne og verdsette deres forståelse og erfaringer av sine egne utfordringer. Slik støttet praksisen et demokratisert syn på psykisk helsehjelp, hvor profesjonelle og brukere sammen utforsker og anerkjenner den personlige betydningen av psykiske stressreaksjoner og utfordringer. Ved å tilby åpne og tilgjengelige konsultasjoner bidro praksisen også til en praktisk anvendelse av idégrunnet bak MTMR; den la til rette for en fleksibel og responsiv tilnærming til psykisk helsehjelp, tilpasset menneskers umiddelbare behov og livssituasjon fremfor å følge en standardisert behandlingsmodell tuftet på en klassisk biomedisinsk logikk.

### **MTMR i et samfunnsperspektiv**

En systematisk innføring av MTMR i klinisk praksis ville kunne innebære endringer i samfunnet ellers. På det kliniske plan er det verdt å merke seg at MTMR inviterer både til individuell vekst gjennom å skape nye narrativer og til endring av undertrykkende sosiale strukturer. En bevisstgjøring av skadelige maktforhold kan gi grunnlag for initiativ til å gjenoppbygge relasjoner og fremme sosial handling (Johnstone & Boyle, 2018b/2023, s. 27), som for eksempel skjer når mennesker går sammen i interessegrupper for å dele erfaringer og sammen stå opp mot marginalisering og andre urimelige samfunnsforhold. Dermed vil profesjonell hjelp også kunne inkludere engasjement i endringsarbeid som går ut på å stoppe krenkelser, maktubalanse og urettferdighet som den hjelpetrengende fremdeles utsettes for. For eksempel er det i Irland utviklet et tilbud til ungdom som, basert på MTMR, identifiserer problematisk makt/avmakt i ungdommenes liv og bruker dette som utgangspunkt for å utøve politisk innflytelse på utviklingen av lokalsamfunn (Aherne et al., 2019).

Samfunnsperspektivet er også en integrert del av Åpen dialog eller recovery-orienterte praksiser. Men rammeverket oppfordrer også politikere, borgere og samfunnsaktører til å fremme helse ved å bidra til mer rettferdige samfunn. For dem som trenger hjelp til å komme seg gjennom livsutfordringer, sidestiller MTMR langt på vei psykoterapi, praktisk hjelp, støtte fra familie, venner eller likepersoner og selvhjelpsintervensjoner. Andre elementer kan også bidra til helbredelse, som naturopplevelser, kunstuttrykk, trening og samfunnsaktivisme.

Vi mener bruken av MTMR i en norsk kontekst ikke bare ville være relevant for «lettere» psykiske lidelser, men også i møte med mennesker hvis responser og livssituasjon anses som mer alvorlig, som ved for eksempel vedvarende psykoser. Hvis personer som strever mest, fortsatt skulle regnes som syke, ville det risikere å opprettholde et unødvendig stort skille til dem som bærer den tyngste byrden, og bidra til en fremmedgjøring og kollektiv ansvarsfraskrivelse som fort følger i kjølvannet av sykdomsmetaforen. Vi tenker at hvis man skulle erklære rammeverket for gyldig og som førende for helsetjenestene, må det gjelde også for dem som sitter fast i trusselresponser som til en særlig grad ikke tjener dem eller bryter med vårt samfunns normer. Med andre ord ville det være en forutsetning at MTMR ble ansett som like gyldig i spesialisthelsetjenesten og akutt-tjenestene som i førstelinjen og lavterskeltilbud. I daglig klinisk praksis vil mange også her allerede jobbe etter prinsipper som er helt forenlige med MTMR, som å bygge relasjon, bli kjent med og forstå den utsattes historie og reaksjoner på omgivelsene, engasjere nettverk, skape mening sammen og se etter løsninger både i terapeutisk kontekst og i hverdagslivet.

### **Hemmes av helseadministrasjon**

Det paradoksale er at mens mye av det kliniske arbeidet i spesialisthelsetjenesten er i tråd med perspektivene vi finner i MTMR, eksisterer praksisfeltet innenfor en administrativ virkelighet der diagnoser utgjør et sentralt omdreiningspunkt. Rundt dette omdreiningspunktet har vi bygget en institusjonell virkelighet bestående av bestemmelser om tjenestestruktur, henvisnings- og vurderingsrutiner, definerte kjerneoppgaver og kompetanseområder, pasientrettigheter, ventelister og pakkeforløp. Fordi konvensjonelle diagnoser er så dypt integrert i helsetjenestens infrastruktur, kan diagnosene virke nærmest uunnværlige. Det blir vanskelig å se for seg en alternativ administrativ virkelighet. Vi tror det er mulig med alternativer, og de trenger heller ikke være så adskilt fra dagens praksis som man kunne tro. Vi tar i det følgende utgangspunkt i to funksjoner som konvensjonelle

diagnoser fyller i dag: Én er å gi en kortfattet beskrivelse av personens problemer. En annen er å gi grunnlag for prioritering mellom alvorlige og mindre alvorlige tilstander. Når det gjelder en kortfattet problembeskrivelse, kunne man med MTMR heller beskrevet hvordan personens emosjonelle smerte uttrykkes i emosjonelle responser eller trusselresponser (f.eks. «dyp tristhet», «overspising» eller «skremmende tanker»). Man kunne også valgt å henvise til ett eller flere av rammeverkets generelle mønster, eller en kombinasjon av disse («Dyp tristhet som følge av å klare seg gjennom avvising, å føle seg fanget og nedvurdert»). En slik beskrivelse ville ikke gitt en fullstendig oversikt over personens problembilde, men det gjør heller ikke konvensjonelle diagnoser. En slik deskriptiv, MTMR-basert problembeskrivelse mener vi bedre ville reflektere problemenes natur både som idiosynkratiske og sammensatte, og tror derfor at MTMR-baserte problembeskrivelser fremfor konvensjonelle diagnoser ville oppnådd større harmoni mellom problemforståelse, det kliniske arbeidet og begrepene man brukte i det administrative arbeidet.

Når det gjelder prioritering mellom mer og mindre alvorlig psykisk lidelse, er det heller ikke gitt at konvensjonelle diagnoser er sentrale i dagens system. Problemenes intensitet, varighet, samt grad av forstyrrelser i hverdagen er vel så viktige i vurderingen, og disse faktorene ville fortsatt kunne være grunnsteiner i prioriteringen mellom pasienter i en MTMR-basert psykisk helsetjeneste. Men i motsetning til i dagens system ville ikke personen måtte oppfylle kriteriene for en konvensjonell diagnose eller være «syk» for å ha rett til hjelp. Derimot ville personens subjektive opplevelse av smerte, eller fravær av smerte, være en viktig del av vurderingen. En person som hørte stemmer som hen ikke oppfattet som truende, ville derfor kunne bli prioritert lavere enn en person med sterkt inngripende helseangst, om alt annet var likt. I tillegg ville det være naturlig å inkludere en vurdering av hvordan personens situasjon påvirket omgivelsene, samt å gjøre en kartlegging av nettverk og andre hjelpealternativer. I den grad prioritering ville være nødvendig, kunne man altså basert denne vurderingen på problemenes intensitet, varighet, forstyrrelser i hverdagen og subjektiv lidelse, samt tilgang på ressurser i personens sosiale nettverk.

### **Oppsummering og slutt kommentarer**

Vi har presentert Makt–trussel–mening–rammeverket. Hensikten vår har vært å tilgjengeliggjøre rammeverket og kunnskapen det bygger på, for fagmiljøet i Norge. Vårt håp er at det vil bidra til refleksjon om hva slags helsetjeneste som er mulig og ønskelig. Vi har forsøkt å vise at selv om en

tilsidesetting av konstruksjonen «psykisk sykdom» og diagnosesystemene kan virke radikal, ville mye være uendret. Vi har også forsøkt å vise at heller ikke den administrative virkeligheten må basere seg på konvensjonelle diagnoser; selv om en omstilling til MTMR ville være omfattende og kreve en reformulering av lovverk, rutiner og kultur, mener vi at praksis ikke nødvendigvis ville sett så annerledes ut. Det som imidlertid antakelig ville merkes, var en redusert opplevelse av fremmedgjøring og en økt produktivitet – begge som konsekvens av at språket og innholdet i selve det kliniske arbeidet ville møtt gjenklang i det administrative språket. Ikke minst ville begge disse antakelig resonnert bedre med folks opplevelser av eget liv. Mange problemer ville dessuten kunne forebygges gjennom strukturelle endringer og at personer hjelpes tidligere og med utgangspunkt i deres livssituasjon, også utenfor helsevesenet og spesialisthelsetjenesten. Dette ville tatt ned trykket på de mest ressurskrevende helsetjenestene og frigjort ressurser til å hjelpe dem som trenger det der.

Vi mener at det grundige teoretiske, epistemologiske og empiriske grunnlaget som MTMR bygger på, gir gode grunner til å stoppe opp, se nærmere på og vurdere implikasjonene av det perspektivskiftet som rammeverket innebærer. Vi håper at fremtiden vil se mer forskning på og utprøving av dette rammeverket, også i en norsk sammenheng.

## Referanser

- Aherne, C., Moloney, O. & O'Brien, G. (2019). Youth mental health and the Power Threat Meaning Framework: Jigsaw's systems perspective. *Clinical Psychology Forum*, (313), 3–8. <http://dx.doi.org/10.53841/bpscpf.2019.1.313.3>
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. Penguin.
- Bertelsen, B. (2024). Otherwise in life. Thoughts on a minimalist psychotherapy. I G. Biesta, L. Skregelid & T.D. Bøe (red.), *Being Human Today. Art, Education and Mental Health in Conversation* (s. 173–186). Intellect. <http://dx.doi.org/10.2307/jj.13524414.16>
- Bertelsen, B., Johnsen, H., Lindemann, H. & Odden, E. (2015). Mange ganger skal det ikke sa# mye til: Lett tilgjengelig kompetanse til rett tid. I E. Ulland & A.B. Thorød (red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger* (s. 111–119). Universitetsforlaget.
- Boyle, M. & Johnstone, L. (2020). *A Straight Talking Introduction to the Power Threat Meaning Framework: An Alternative to Psychiatric Diagnosis*. PCCS Books.
- Bræin, M.K., Andersen, A. & Simonsen, A.H. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(10), 990 - 997.

- Bøe, T.D., Kristoffersen, K., Lidbom, P.A., Lindvig, G.R., Seikkula, J., Ulland, D. & Zachariassen, K. (2015). 'Through speaking, he finds himself... a bit': Dialogues Open for Moving and Living through Inviting Attentiveness, Expressive Vitality and New Meaning. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 167–187. <https://doi.org/10.1002/anzf.1092>
- Erfaringskompetanse.no (2023a). *PTMF-rammeverket er for radikalt*. Intervju. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/ptmf-rammeverket-er-for-radikalt/>
- Erfaringskompetanse.no (2023b). *Ambisjonen om å erstatte det eksisterende rammeverket er komplisert*. Intervju. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/ambisjonen-om-a-erstatte-det-eksisterende-rammeverket-er-komplisert/>
- Erfaringskompetanse.no (2023c). *Mental Helse er for en bred, god og helhetlig tilnærming*. Intervju. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/mental-helse-er-for-en-bred-god-og-helhetlig-tilnaerming/>
- Hearing Voices Network (u.å.). <https://www.hearing-voices.org/#content>
- Hennessy, E.A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349–360. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990>
- Jacobsen, R.K., Sørgård, J., Karlsson, B.E., Seikkula, J. & Kim, H.S. (2018). «Open Dialogue behind locked doors»—exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5, e5. <https://psykologisk.no/sp/2018/08/e5/>
- Johnstone, L. & Boyle, M. med Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018a). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. [https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/PTM%20Framework%20%28January%202018%29\\_0.pdf](https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/PTM%20Framework%20%28January%202018%29_0.pdf)
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society. (Tilgjengelig på <https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-10/PTMF%20overview.pdf>)



- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2019). Reflections on responses to the Power Threat Meaning Framework one year on. *Clinical Psychology Forum*, 47–54.
- Johnstone, L. & Boyle, M. med Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2023). *Makt–trussel–mening–rammeverket. En oversikt* (I.C. Goveia, oversetter). British Psychological Society (2018). <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2023/03/Makt%E2%80%93trussel%E2%80%93og-mening-2023.pdf>
- Johnstone, L. & Dallos, R. (Red.). (2006). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. Routledge.
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Springer. <http://dx.doi.org/10.7748/mhp.18.9.10.s11>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure* (s. 217–224). Palgrave Macmillan.
- Morgan, A (2023). Power, Threat, Meaning Framework: A Philosophical Critique. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 30(1), 53–67. <https://doi.org/10.1353/ppp.2023.0011>.
- Odden, E. & Bertelsen, B. (2015). Om a# løfte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 222–227. [psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/03/om-lofte-barn](http://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/03/om-lofte-barn)
- Pilgrim, D. (2020). A critical realist reflection on the power threat meaning framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 83–95. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773359>
- Pickering, N. (2006). *The metaphor of mental illness*. Oxford University Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2014). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell*. NAPHA.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360–374. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.687713>