

Ukulturen i teorispesifikk seleksjon og behandling

Rolf Sundet
rolf.sundet@usn.no

Hilde Thomsen

Å arbeide teorispesifikt fordrer et sterkt fagetisk ansvar, for å unngå at pasienten selv ender opp som forklaringen på manglende hjelp eller endring.

Et likeverdig helsevesen innebærer å forstå mangel på endring som en metodisk utfordring

I dette innlegget ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot hvilke konsekvenser det kan få dersom seleksjonsprosessene i spesialisthelsetjenestene baserer seg på teorispesifikke metoder. Å selektere pasienter som passer til metoden, kan etter min erfaring redusere mulighetene for et variert og likeverdig terapitilbud og øke risiko for etiske overtramp. I verste fall kan den psykiske helsen hos den som søker hjelp, forverres.

Problemet blir avvisningsgrunn

For en tid tilbake kom jeg i snakk med en person som hadde vært gjennom et opphold ved Modum Bad, som fortalte følgende: «Det var som å være med i et realityshow hvor jeg måtte konkurrere om en plass og leve med frykten for å bli slått ut.» Modum Bad oppgir på sine nettsider å ha behandlingstilbud ved sine døgnavdelinger for angstlidelser, depresjon, spiseforstyrrelser og traumer, i tillegg til å ha egne avdelinger for par- og familiebehandling. Tilbudet defineres med andre ord ut fra tilstand og problem pasientene måtte ha. Videre er pasientforløpet ved avdelingene delt i to, med unntak av tilbudet til par og familier. Første periode er en utrednings- og avklaringsinnleggelse. En rekke saksforhold utredes i denne perioden, blant annet spørsmål om pasientens motivasjon. I løpet av eller ved avslutning av denne første perioden, foretar personalet beslutninger om personen kan gå videre til neste periode i et fullt behandlingsopplegg (Modum Bad, 2024).

Personen jeg snakket med, fortalte at ti-elleve personer gikk inn i første periode og rundt halvparten av disse ble «slått ut», som vedkommende omtalte det. Personen opplevde at begrunnelsen Modum Bad brukte for å ikke gi et videre behandlingstilbud, var at pasienten ikke klarte å avstå fra et av sine problem. Min erfaring er at slike begrunnelser for ikke å gi eller for å trekke tilbake et tilbud, forekommer flere steder i spesialisthelsetjenesten: Den rusavhengige som mister sin plass ved «sprekk», den som sliter med et spiseproblem og som ikke spiser nok, den som unngår det man må eksponeres for, eller den som ikke ønsker å snakke om det som er vanskelig. Viser problemet seg, er pasienten ettsteg nærmere å bli «slått ut».

Viser problemet seg, er pasienten ett steg nærmere å bli «slått ut»

Ukultur i fagfeltet

Min erfaring fra å samarbeide med enkeltpersoner og familier som har blitt avvist gjennom slike seleksjonsprosesser, er at «manglende motivasjon» og varianter av «utilgjengelighet» går igjen som begrunnelse, selv om disse ikke nødvendigvis kommuniseres direkte. Fra mitt virke mener jeg å identifisere en gammel (u)kultur fra psykiatrien. Blir pasienten hjulpet, forklares det med metoden og dens teori. Får ikke pasienten hjelp, forklares det med pasientens manglende motivasjon eller nyere oppfinnelser som «manglende mentaliseringsevne» eller andre teoretiske begrep. Jeg har gjennom årenes løp erfart en sterk dominans av en slik (u)kultur i mange deler av fagfeltet. Håpet mitt har vært at dette er historiske holdninger som er forlatt. Spørsmålet jeg ønsker å stille, er om Modum Bads inntakspolitikk bare er en moderne form for denne (u)kulturen?

Andre teorispesifikke metoder hvor jeg finner noe av det samme, er for eksempel i «4-dagers behandling» for OCD-pasienter i Bergen. Klinikken skriver på sine nettsider at pasienten selv må «... ha tatt et valg om å bli kvitt lidelsen og gå fullt inn for dette» (Helse Bergen, 2024). Et annet eksempel er klinikker som tilbyr dialektisk atferdsterapi (DBT), hvor man i inntakssamtaler drøfter tema som «... motivasjon, praktiske hindre for å møte opp, hvilke symptomer du har og grad av funksjonssvikt» (Oslo universitetssykehus, 2024). Fra veiledningssammenhenger har jeg gjentatte ganger møtt på historier om at pasienter har blitt avvist innenfor DBT fordi de angivelig har hatt for svak motivasjon.

Etisk problematisk

Jeg har aldri møtt noen som ikke velger å bli kvitt sitt problem, ei heller personer som ikke er motiverte når de søker hjelp. Men jeg har møtt personer som ikke får til det de velger. Noen pasienter er motivert for noe annet enn meg. Begge er gode utgangspunkt for terapi. Min erfaring fra familier og enkeltpersoner som har vært utsatt for inntaksvurderinger som jeg har beskrevet over, kan eksemplifiseres med følgende utsagn: «Det er som om jeg mangler noe, at jeg ikke er tilstrekkelig god nok.» Spørsmålet blir hva slike seleksjonsmetoder gjør med pasienten? Psykiske lidelser angriper selvfølelsen. Derfor er det sterkt problematisk, både behandlingsmessig og etisk, å kommunisere at det er en mangel hos pasienten, der vi vet at metoder ikke hjelper. Ingen metode passer alle. All forskning som anvender randomiserte studier, har vist at det er en andel som ikke får hjelp. Teorispesifikke terapimetoder har denne skyggesiden som blir oversett i behandlingstilbudene. Vi trenger å ha et overblikk på hva vi gjør når vi bruker disse metodene, og hvordan vi formidler at en person ikke selekteres inn i tilbudet.

Pasientskadelige inntaksordninger

Jeg er ingen motstander av Bergens-modellen, dialektisk atferdsterapi, Modum Bads behandlingstilbud eller andre teorispesifikke metoder. De hjelper mange, og ofte flere enn de ikke hjelper. Hvis metodens teori danner grunnlaget for å avvise en pasient, derimot, står metoden i fare for å skape pasientskadelige effekter. Redusert selvfølelse og tap av håp er lite hjelpsomt for en fortvilet pasient med en psykisk lidelse som allerede fra for dominerer sterkt. Fra mitt ståsted er det derfor avgjørende å sette søkelys på mulige pasientskadelige effekter ved inntaksordninger som vektlegger pasientens påståtte mangelfulle motivasjon, at pasienten angivelig ikke har tatt et valg, eller andre

teorispesifiserte pasientaspekt som fører til avvisning. Mentaliseringsbegrepet tydeliggjør utfordringen her.

En tabloid forståelse av mentalisering er å se den andre innenifra og seg selv utenifra. Manglende mentalisering innebærer derfor å se den andre utenifra, for eksempel gjennom et teoretisk begrep som nettopp mentalisering, og seg selv innenifra, eksempelvis med frustrasjon over at pasienten ikke gjør det vedkommende burde, gitt teorien. Faren ved teori om pasienten som forklaring på manglende endringer er for det første at pasienten gjøres til et objekt. For det andre at alle andre sider ved personen og dennes livssammenheng lett ekskluderes og personen som subjekt reduseres til en kategori (mangler evne til mentalisering). Ironisk nok innebærer selvfølgelig mitt innspill om mentaliseringsbegrepet at jeg ender med å redusere de som anvender dette begrepet som seleksjonskriterium, på samme måte. Ingen av oss slipper unna.

Håp om likeverdige tilbud

Et likeverdig helsevesen innebærer å forstå mangel på endring som en metodisk utfordring

Teorispesifikke psykoterapier angir hvorfor problem og lidelse oppstår, og hva som må gjøres for å skape endring. De angir frampek på hva pasienten må gjøre for å oppnå endring. Kan ikke pasienten utføre det som kreves, vil pasienten selekteres ut. Dette synliggjør farene ved ensidig å vektlegge teorispesifisitet. Når metoden defineres som «virksom», er det lett å overse at metoden faktisk ikke alltid passer. I stedet identifiseres pasienten som grunn for metodens tilkortkommenheter. For psykisk helsevern er dette veien til et tilbud uten likeverd.

Et likeverdig helsevesen innebærer å forstå mangel på endring som en metodisk utfordring som må arbeides med, ikke som en mangel hos pasienten. Å arbeide teorispesifikt innebærer derfor et særlig etisk og faglig ansvar for at pasienten selv ikke ender opp som forklaring på manglende endring og for at hjelpen ikke hjelper. Utvikling av psykoterapifeltet er følgelig avhengig av å utvikle måter å forstå psykoterapi på som inkluderer både de som faller innenfor, og de som faller utenfor teorispesifikke metoder, hele tiden med øye for hva vi som terapeuter gjør med pasienten. Håpet er at vi i framtiden ikke bare kan snakke om et likeverdig tilbud, men også et mentaliserende tilbud.

Merknad: Personen som er omtalt, har samtykket til at teksten publiseres. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Referanser

- Helse Bergen (2024). *Klinikk for 4-dagers behandling (B4DT)*. www.helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/kronstad-distriktpsikiatriske-senter/klinikk-for-4-dagers-behandling-b4dt/
- Modum Bad (2024). *Hva behandler vi?* <https://www.modum-bad.no/behandling/>
- Oslo universitetssykehus (2024). *Dialektisk atferdsterapi (DBT) for voksne ved gruppepoliklinikken – Søndre Oslo DPS*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/dialektisk-atferdsterapi-dbt-for-voksne/>