

Psykologen i «psykiatrien» - fra veloppdragen gjest til myndig entrepenør

All virksomhet innenfor psykisk helsevern - med unntak av medisinerer - kan defineres som psykologisk virksomhet. Da må psykologer ta den plass som faget gir grunnlag for, slik at behandlingstilbudet preges av psykologfaglig kompetanse.

TEKST

Anne-Kari Torgalsbøen

PUBLISERT 5. juli 2009



FORTIDSSPØKELSE: Verken politikere, helsemyndigheter eller brukere ønsker at psykisk helsevern igjen skal underordnes en liten gruppe psykiatere som kun besitter én relevant kompetanse: den medikamentelle, skriver Anne-Kari Torgalsbøen. Foto:

Flickr

Ivaretagelsen av pasienten som «et helt menneske med kropp, sjel og ånd», slik det står nedfelt i Opptrappingsplanen for psykisk helse, forutsetter psykologifaglig baserte tjenester og en større vektlegging av psykologisk tenkning. Men det skal mer til enn politisk vedtatte handlingsplaner for å endre kunnskapsgrunnlaget i «psykiatrien». Likevel er arbeidet påbegynt, og stadig flere psykologer artikulere ubehaget de opplever ved å arbeide under «psykiatriens parasoll» (Bergland et al., 2009). Denne bevisstgjøringsprosessen har ikke minst skjedd som en følge av psykologenes styrkede rolle gjennom den nye helselovgivningen. Og nettopp faget psykologi kan ivareta den ønskede endring for psykisk helse-feltet. Den medisinske disiplinen psykiatri har fått en plass innenfor dette tjenestefeltet som den ikke ser ut til å kunne fylle. En frittalende bruker uttrykte seg slik i et leserinnlegg i Dagsavisen den 28. januar 2009:

Ulykken i psykiatrien skyldes psykiaterne. Dette er somatiske leger som har fått den ulykksalige tvangstanken at de også kan helbrede det vi kan kalle et menneskes sinn. (...) Men en somatisk lege kan ikke forholde seg til stemninger og tilstander, derfor leter han (det er nesten alltid en «han» – kvinner vet som oftest bedre) etter lokalisasjoner i hjernen, ubalanser, væskeansamlinger og for sikkerhets skyld foreskrives piller som virker på forntallappen. (...) Min overbevisning er at psykiatri som fag må avvikles. Somatiske leger må holde seg til somatikken, mens sinn og sjel og alle tilliggende immaterielle områder må overlates til de fagområder som steller med slikt, nemlig psykologien.

Vi må derfor diskutere hvilken plass psykiatri, et fag uten teoriforankrede begreper om sjel og ånd, skal ha i et moderne psykisk helsevesen. For det er psykologene som forvalter de psykologiske metodene som er effektive i behandlingen av psykiske forstyrrelser, og vårt fag gir oss en teoriforankret forståelse av psykisk lidelse. Likevel setter vi ikke dagsorden, en debatt som igjen har blitt reist i Tidsskriftet. Oddli og Kjøs (2009) etterlyser psykologene som faglige premissleverandører i psykisk helsevern, og påpeker at vi har innordnet oss den medisinske retorikken, hvor vi som veloppdragne gjester aksepterer andres regler og definisjoner. Jeg deler langt på vei denne virkelighetsbeskrivelsen, men er også på linje med Kennair (2009) når han skriver at psykologene må ta en del av ansvaret for manglende innflytelse fordi vi ikke flagger godt og høyt nok at våre metoder er de andres overlegne.

Supplementsprofesjonen

Dagens tilstand bør også ses i lys av vår profesjonshistorie. Som profesjon har vi alltid måttet søke innpass på andre yrkesgruppers territorium. På legenes felt fremsto vi som en blanding av gjest og inntrenger, noe som har krevd at psykologene hele tiden har måttet legitimere sin tilstedeværelse. Og ved å fremstå som faglig dyktige har psykologene sikret seg en legitimitet som nyttige medarbeidere (Havik, 2001). Det er mot denne bakgrunnen at man kan omtale psykologprofesjonen som en

supplementsprofesjon, en profesjon som har utfordret andre yrkesgruppers jurisdiksjon og gjort det til sitt fagområde.

Vi finner særlig klare spor av dette innenfor psykisk helsevern. Jeg undrer meg stadig over at mange psykologer omtaler sitt tjenestefelt som psykiatrien (se også Torgalsbøen, 2005). Dette viser hvilke historiske spor asylutbyggingen har satt. For det er dette antikvariske systemet som har gitt psykiatere identitet og prestisje, og som til tross for 10 år med Opptrappingsplan fortsatt gjør seg gjeldende i det nåværende psykiske helsetjenestefeltet. Når psykologer da sier de arbeider i «psykiatrien», viser det oss at psykologene fortsatt fremstår med en yrkesidentitet knyttet til å være et supplement til «psykiatrien», ikke som et fag og en profesjon som brukes til å sette dagsorden i et moderne psykisk helsevern. For formelt er det ikke lenger noe som hindrer oss: Tidligere leder i NPF, Turid Vogt Grinde, forteller at psykologene var i en marginal posisjon før psykologloven kom i 1973. Med de nye helselovene fra 2001 fikk psykologene formell myndighet og posisjon. Nå gjenstår arbeidet med å endre psykologers holdninger slik at de samsvarer med de forventningene helsemyndighetene har til psykologene som behandlere, som ledere og som ansvarsbevisste aktører i utformingen av tjenestene. Da er det av stor betydning at psykologene – gitt at de ønsker et psykisk helsevern som baserer seg mer på psykologifaget – ikke viderefører en begrepsbruk som avspeiler den tidligere underordningspraksisen. Dette blir spesielt viktig nå da psykologene faktisk har myndighet og ansvar i psykisk helsevern. Da må språkbruken bringes i samsvar med denne nye myndigheten, og langt tydeligere avspeile den kliniske psykologiens menneskesyn. Ikke minst må utdanningsinstitusjonene og spesialistutdanningen i regi av NPF ta et klart ansvar for å bidra til endring av psykologers selvforståelse, slik at de kan legge premissene for det psykiske helsevernet. Videre må våre sentrale tillitsvalgte i NPF sette en psykologifaglig dagsorden utad. Men i tråd med supplementsprofesjonens forsiktighet er man mer tilbøyelig til å kommentere dagsordenen, en dagsorden som settes av noen få, men svært aktive psykiatere.

Psykologi som nødhjelp

At psykiatri som fag fungerer imperialistisk, ser vi også i dag. Vi ser for eksempel hvordan kognitiv psykologi forsøkes innlemmet i psykiatrien. Nancy C. Andreasen, en av verdens mest innflytelsesrike psykiatere, sier at målet for en vitenskapelig psykopatologi er «to identify neural mechanisms of normal cognitive processes and to understand how they are injured in mental illness» (Andreasen, 1997). Videre sier hun at den medisinske tenkningen om sykdomsprosesser som diskontinuerlige fra det normale er uhensiktsmessig, og at man ved å studere symptomene snarere enn kategoriene øker sannsynligheten for å kartlegge mekanismene. Schizofreni omtaler hun som «a disruption in a fundamental cognitive process».

Alt dette og mer til er gode psykologiske resonnementer som i mange år har vært fremført av internasjonalt anerkjente schizofreniforskere med psykologbakgrunn. Schizofreni som en kognitiv forstyrrelse har bidratt til en radikal endring av forståelse

og behandling av denne alvorlige psykiske lidelsen, og dette burde inspirere flere psykologer til å se tyngre psykopatologi som et sentralt nedslagsfelt for psykologisk behandling. Men tenkningen har ikke gjennomslagskraft blant psykiatere før en psykiater utgir den for å være en del av deres fag.

«Når psykologer sier de arbeider i «psykiatrien», viser det oss at psykologene fortsatt fremstår som et supplement til «psykiatrien», ikke som et fag som setter dagsorden i et moderne psykisk helsevern»

Fortsatt er det altså slik at psykiatriens menneskelige ansikt avhenger av at den «livnærer seg» på den kliniske psykologien, et sjelden tematisert fenomen. Fordi faget psykiatri mangler teorier, må begrepene hentes fra psykologien. Slik blir den kliniske psykologien benyttet som nødhjelp og fremstilt som psykiatri, noe som illustreres godt ved hvordan noen høyt profilerte norske psykiatere bruker klinisk psykologi. På redaksjonsplass i Tidsskriftet (Karterud, 2008) får vi vite at nå har psykiaterne oppdaget mentaliseringsbegrepet. Samtidig introduseres vi for et nytt begrep, nemlig personlighetspsykiatri – som ikke defineres nærmere. Eller som når «Psykiatrikonferansen 2009» i en annonse i Tidsskriftet inviterer til to dager med positiv psykologi og mestring. Misforholdet mellom konferansens innhold og dens overskrift viser psykiatriens og legenes lange tradisjon for å ta seg til rette innenfor vårt fag – men beholde jurisdiksjonen selv. En nærmere gransking ville vise at det dreier seg om god vin (psykologi) tappet på en uegnet flaske (psykiatri). Samtidig er det selvsagt positivt at andre yrkesgrupper bruker psykologisk kunnskap, og man bør være varsom med å påberope seg et eiendomsforhold til et fag som så mange finner nyttig.

Heller ikke psykologene har vært særlig opptatte av å trekke grenser for andre yrkesgruppers bruk av vårt fag. Snarere synes det viktigere for sentrale tillitsvalgte i NPF å understreke at psykologene ikke eier psykologien. I et historisk perspektiv har dette trolig vært klokt, fordi det har vært viktigere å få innpass i «psykiatrien» enn å markere revir, noe som lett oppfattes som proteksjonisme. Men tidene forandrer seg, og for mange psykologer skurrer det når man i vårt eget tidsskrift leser om psykiatere som har sett lyset gjennom et begrep som er pensum i vår grunnutdanning, som med mentalisering. For meg blir dette en reprise på alle psykologer som i stillhet har lidd seg igjennom introduksjonskursene ved Institutt for psykoterapi, en utdanning som ikke representerer noen reell videreutdanning for psykologene. Men i tråd med supplementsprofesjonens servile holdning sier man i liten grad ifra.

Til tross for 8 år med ny lovgivning og ny terminologi hevder Legeforeningen fortsatt at psykisk helsevern er et medisinsk system, og at legene derfor må inneha funksjonen som medisinsk systemansvarlig. Men lite i psykisk helsevern er ren medisinsk

virksomhet, med unntak av medisiner og somatiske undersøkelser. Det er den psykologiske virksomheten som dominerer feltet. Og det er psykologien, med sin normalpsykologi, som kan levere i tråd med Opptrappingsplanens krav om sterkere fokus på mestring i psykisk helsevern-tjenestene. Psykiatri som «læren om sinnsykdommer og neuroser» – slik det står å lese i bokmålsordboka – kan det ikke.

Psykiatri på hell?

Ettertraktet medisinsk personell velger ikke psykiatri når de kan velge mellom 42 andre medisinske spesialiseringer som ligger nærmere den grunnutdanningen de har fått i studiet. Den svake rekrutteringen til spesialisering i psykiatri skyldes særlig to forhold: Psykiatri har lav faglig status innenfor medisin, kanskje ikke underlig siden det er den disiplinen som i minst grad bygger på medisinstudiets biologiske grunnutdanning. Dessuten, studenter som vet at de vil arbeide klinisk i psykisk helsevern, bruker ikke seks år pluss turnustjeneste før de kan ta fatt på det de er interessert i; de begynner heller på psykologutdanningen som gir seks års grunnutdanning i psykologi, samt omfattende klinisk praksis i psykisk helsevern før de eventuelt går videre og spesialiserer seg. For spesialiteten i klinisk psykologi er en reell videreutdanning som gir reell spisskompetanse.

I 2005 forsøkte daværende leder i Norsk psykiatrisk forening, Bjarte Stubhaug, både å øke fagets status og øke rekrutteringen til det. Han var bekymret over at tilbudene i psykisk helsevern stadig oftere var ledet av ikke-medisinere, og over at psykososiale tiltak fremsto som viktigere enn medisinske utredninger og behandlingstiltak. Ved å løfte «psykiatrien» tilbake til skolemedisinen skulle arbeidsfeltet gjøres mer lekkert for legene. Med Legeforeningen i ryggen og Statusrapporten «Psykkiske lidelser – Faglighet og verdighet» forsøkte han å tilpasse tjenestefeltet til legenes behov for igjen å komme i posisjon. Men verken politikere, helsemyndigheter eller brukere ønsker at psykisk helsevern igjen skal underordnes en liten gruppe psykiatere som kun besitter en relevant kompetanse: Den medikamentelle. Og nettopp ved å endre sin rolleidentitet i retning av å bli dyktige psykofarmakologer ville de kunne fylle en viktig rolle. For det er et stort behov for adekvat medisiner og monitorering av medikasjonens virkninger og bivirkninger. Men mitt inntrykk fra klinikk er at dette snarere betraktes som venstrehåndsarbeid av psykiaterne.

Legene argumenterer altså for at den faglige virksomheten som drives i psykisk helsevern, er medisinsk, og påberoper seg et medisinsk systemansvar. Men den rene medisinske virksomheten innenfor psykisk helsevern er beskjedent i forhold til den psykologiske virksomhet som drives. En mer rimelig konklusjon er da at all virksomhet unntatt medisiner kan defineres som psykologisk virksomhet. Da bør alle tilløp fra psykiatere til å marginalisere klinisk psykologi møtes med en motmarginalisering der psykiatri defineres som et rent biomedisinsk fag. Jeg mener derfor at *psykkisk helsevesen* bør være den offisielle betegnelsen på dette fagfeltet, og at ulike psykologiske disipliner representerer det faglige premissgrunnlaget.

Blir man psykolog av å praktisere psykiatri?

Den nye helselovgivningen markerer at tiden for psykiaternes eierskap til psykisk helsevern er over, og da kan heller ikke faget psykiatri fortsette med å fremstå som den viktigste premissleverandør for psykisk helsevern. Fagets begrensninger har med all tydelighet vist at det bør spille en langt mer beskjeden rolle hva angår viktige helsepolitiske utfordringer innenfor psykisk helse. Faget psykologi kan psykologene selv best forvalte, og vårt fag står støtt på egne bein. Men kanskje har vi i større grad enn vi er villige til å innrømme, blitt påvirket av den medisinske sykdomsmodell. Martin Seligman hevder i et intervju i Tidsskriftet at det er en fare for at psykologer som arbeider innen psykisk helsevern, overtar den medisinske modellen som forståelsesramme for sitt arbeid, og at de derfor kun leter etter salver som kan lindre sår. Ved å overta sykdomstenkningen har vi gitt fra oss vår fødselsrett som psykologer, hevder han, en fødselsrett som inkluderer både å hele det som er skadet og utvikle det som er sterkt (Berge & Selvik, 2005).

For å unngå at vi ender opp som dårlige kopier av psykiaterne, er det av stor betydning at vi som psykologer tar den plass som vårt fag gir grunnlag for i psykisk helsevesen, og gir behandling i tråd med en evidens som passer for de komplekse psykologiske fenomenene som vi står overfor. Som Kennair (2009) er inne på i sitt debattinnlegg, må vi våge å si at dette er noe vi kan bedre enn dem, vel vitende at bordet fanger. Det er den unike kombinasjonen av kompetanse innenfor normalpsykologi og abnormalpsykologi/klinisk psykologi som bør være psykologenes varemerke i det psykiske helsevesen, og som representerer en kraftfull motvekt til psykiaternes patologiforståelse. Likeledes vår dialogkompetanse og vår grunnholdning i all terapeutisk virksomhet: Pasienten er ikke passivt offer for sykdom. Vår oppgave er å sette i gang en endring slik at livet kan mestres.

Den nødvendige omstilling og forandring i psykisk helsevesen vil neppe skje dersom ikke psykologene blir mer offensive og bistår planleggerne i organiseringen av tjenestene og sørger for at psykologfaglig kompetanse i større grad preger behandlingstilbudet til mennesker med psykisk lidelse. Her har psykologene i kraft av sine kunnskaper et samfunnsansvar.

a.k.torgalsboen@psykologi.uio.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 7, 2009, side

TEKST

Anne-Kari Torgalsbøen, professor og spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk institutt, UiO