

# Fra kategori til kontekst



PSY  
KOL  
OGI

PETER KINDERMAN, *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker - i stedet for dagens psykiatri*,  
Oversatt av Jon Lund Hansen, Abstrakt forlag, 2016, 247 sider.

Peter Kinderman beskriver implikasjoner av å legge en psykososial modell til grunn for organiseringen av psykiske helsetjenester.

## TEKST

**Arvid Strand**

**PUBLISERT 3. mai 2017**

PETER KINDERMAN er professor i klinisk psykologi og president i den britiske psykologforeningen. I 2014 skrev han boka *A prescription for psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. I fjor kom den norske oversettelsen av boka med tittelen *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker*.

Utgangspunktet for Kindermans mange reformforslag er at den såkalte sykdomsmodellen ikke er et holdbart kunnskapsgrunnlag for psykiske helsetjenester. Kinderman postulerer at psykisk helsevern bør baseres på premisset om at psykisk nød hovedsakelig springer ut av sosiale forhold. En kontekstfri medisin der sykdommer behandles med objektive metoder uavhengig av behandler, situasjon og pasient, har dessverre vært et ideal for psykiatrisk praksis. Kinderman hevder at spesifikke beskrivelser av pasientens psykiske problemer er nyttigere ved vurdering av behandlingstiltak enn diagnosekategorier gitt ved klassifikasjonssystemer som DSM-5 og ICD-10, og argumenterer mot at diagnoser representerer et naturlig skille mellom normalt og unormalt. Det er ingen som beskriver en bilulykke med referanser til «abnormalfysikk». Hvorfor klassifisere for eksempel psykotiske tilstander som

«abnormalpsykologi»? Kinderman påpeker at det er de samme psykologiske prinsippene som ligger til grunn for alle menneskelige opplevelser og handlinger.

Forfatteren skriver at når psykofarmaka har en symptomdempende effekt, er ikke dette et bevis på at psykofarmaka korrigerer biologiske abnormaliteter. Det er mer sannsynlig at bruk av psykofarmaka skaper biologiske avvik. Foreskrivningen av psykofarmaka bør følgelig reduseres drastisk, det vil si ned mot 10 % av dagens praksis, og ikke presenteres som behandling i kurativ forstand, ifølge Kinderman. Når det gjelder psykoterapi, er Kinderman skolert innenfor kognitiv psykologi, men hevder det er dårlig psykologi å forskrive for eksempel kognitiv atferdsterapi som om begrepet var et medikament. Brede psykologiske tilnærminger er nødvendig både ved forebygging og behandling.

## **Omorganiseringer**

Jeg synes det mest karakteristiske ved boka er at reformforslagene handler om å ta de nevnte premissene på alvor, slik at psykiske helsetjenester organiseres i samsvar med et reelt og ikke et hypotetisk kunnskapsgrunnlag. Fokus på sosiale løsninger gjør det naturlig å la det psykiske helsevern inngå i den lokale forvaltningen, samkjørt med somatisk helsevern og integrert i sosialtjenesten. At dette er gjennomførbart, mener han er vist ved at ansvaret for folkehelsen i England nylig ble flyttet til kommunene.

Kinderman mener videre at en psykososial modell gir grunnlag for å redusere antall stillinger for psykiatere og sykepleiere i psykisk helsevern. Psykiatere vil fortsatt være viktige for helseteamene, men primært som konsulenter, ikke som ansvarlige for teamene. Han foreslår tittelen «psykososial terapeut» i stedet for «sykepleier». Kliniske psykologer bør utvide sitt engasjement til alle livsområder. Behovet for nye stillinger og opplæring er stort. For britenes del kreves et økonomisk løft på ca. 200 millioner pund pr. år gitt at medisnutgiftene ikke reduseres. Samtidig forventer Kinderman at samfunnets utgifter til psykofarmaka reduseres med minst 400 millioner pund årlig hvis man gjennomfører de foreslåtte omorganiseringene i psykisk helsefeltet. Dermed vil den nye overordnede modellen for psykisk helsevern også tjene til å frigjøre midler til ytterligere investeringer i psykisk helse og velvære, ifølge Kinderman.

## **Redigering og oversettelse**

Boka oppsummeres i siste kapittel med et manifest bestående av åtte artikler. Flere avsnittsoverskrifter og færre gjentakelser til fordel for flere kasuistikker ville gjort boka enda mer leservennlig og informativ, men jeg tror Kinderman har vært mer opptatt av å inspirere til diskusjoner om de foreslåtte reformene enn av å sikre en optimal redigering av hvert kapittel.

Jon Lund Hansens oversettelse fungerer bra, selv om tittelen *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker* ikke kan sies å være en direkte oversettelse av originaltittelen. Når sykeliggjøring innebærer befesting av hjelpeløshet og offerposisjoner, blir det ingen aktiv deltakelse. På den annen side har de fleste som tilbyr samtalebehandling erfart at

det blir heller ingen mobilisering av selvhelbredende krefter hvis bedring av (syke) sosiale forhold alltid ses som en betingelse for økt psykisk velvære.

## **Visjon og virkelighet**

Om helsetjenestene i England endres i den retningen Kinderman skisserer, vil det trolig gå en del år før de økonomiske gevinstene blir slik han forventer. Psykiatriprofessor Sigmund Karterud hevder at medikaliseringstendensen gjennom de siste 50 årene har bitt seg fast i folkedypet, og mange vil ha piller for sine livsproblemer. Det trengs langvarige holdningskampanjer for å endre dette.

Forfatteren er utvilsomt klar over at den betydelige reduksjonen av psykofarmakaforskrivning som hans utregninger er basert på, er et tidkrevende prosjekt. Jeg sikter her blant annet til fenomenet abstinensreaksjoner («withdrawal symptoms») i forbindelse med nedtrapping og seponering. De norske psykiaterne A.E. Vaaler og O.B. Fasmer hevder at antidepressive legemidler gir betydelig risiko for abstinensreaksjoner, men de representerer trolig ennå ikke en flertallsoppfatning blant psykiatere og allmennpraktikere. I Norge er eksempelvis foreskrivningen av antidepressive legemidler til tenåringsjenter blitt doblet i løpet av de ti siste årene.

Psykologiprofessor Tor-Johan Ekeland skriver i bokas etterord at de medikamentfrie behandlingstilbudene som nå finnes i spesialisthelsetjenesten, framkommet etter initiativ fra brukerorganisasjonene, har trange kår dersom ikke-medikamentell behandling skal tilbys i tradisjonelle medisinske institusjoner. Et mulig unntak er kanskje de seks døgnplassene som ble opprettet av Helse Nord 1. januar i år, det vil si et medikamentfritt behandlingstilbud der bruk av nevroleptika ikke er en betingelse for å få hjelp. Tiltaket er for øvrig en nyskapning også når det gjelder organisering, siden enheten inngår som en del av sykehusets (UNN) ordinære psykiatriske behandlingstilbud.

## **Anbefalinger**

Jeg deler Peter Kindermans utgangspunkt om at de psykiske helsetjenestene må søke sosiale framfor medisinske løsninger. Verken frivillig eller tvungen bruk av psykofarmaka kan lenger legitimeres ved henvisning til antakelser om kjemiske ubalanser i hjernen som korrigeres ved riktig dosering av piller og sprøyter. Å lytte til ulike brukerstemmer er en viktig del av evidensbasert praksis. Alle som ønsker å opprettholde sin bruk av eller vil prøve psykofarmaka, skal møtes med respekt. Det bør være like selvfølgelig at det samme gjelder for personer som ikke ønsker å benytte psykofarmaka i sine forsøk på selvregulering og mestring av vanskelige følelser.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 5, 2017, side 500-1*

**TEKST**

**Arvid Strand**, avtalespesialist, Oslo

