

En blindgate



BLINDVEI Kontekstualistene angriper «den medisinske modellen» og tar avstand fra evidens og ekspertise. Psykiatrien har beveget seg inn i en blindgate, mener artikkelforfatteren. Foto: Plainpicture / Peter Franck

Norsk psykiatri er på ville veier med en kontekstuell modell som ønsker å erstatte diagnoser, årsaksforklaringer, evidens og ekspertise med problembehandling.

TEKST

Alv A. Dahl

PUBLISERT 1. juli 2020

EMNER

Medisinsk modell

psykiatri

I de senere år er den kontekstuelle modellen for psykiatri blitt presentert av psykologer og psykiatere. Modellen hevdes å være mer pasientvennlig og ha bedre behandlingsresultater enn den etablerte biopsykososiale modellen. En samlet fremstilling av det kontekstuelle standpunktet finner vi i boka til psykiater Trond F. Aarre (Aarre, 2018). I psykologtidsskriftet anmeldes den slik:

«Psykopatologi finnes ikke ifølge kontekstualistene»

Men selv om Aarre altså tidvis blir i overkant polariserende, oppfordrer han oss – godt begrunnet – til å tenke nytt om arbeidet vårt. En mindre medisinsk psykiatri er derfor et helt sentralt innlegg i en debatt der det trengs flere uredde fagstemmer som Aarres (Lunde, 2018).

Jeg vurderer boka helt annerledes og skal begrunne det i seks punkter.

LES OGSÅ

Virksomme elementer

Vi trenger å vite mer om hvilke elementer i en behandling som er virksomme. Først da kan terapien tilpasses den enkelte klients behov på en effektiv måte.

Den «medisinske modellen» er en stråmann

Kontekstualistene påstår at den «medisinske modellen» er uegnet for å forstå og hjelpe folk med psykiske problemer. Aarre sier det slik: «Valget står, etter mitt syn, mellom å fastholde den medisinske modellen for psykiske lidelser og rusproblemer, eller å gå i motsatt retning og forfekte et kontekstuel perspektiv med større interesse for levekår og hvilke liv folk har levd» (Aarre, s. 22). Modellen som kontekstualistene kaller «medisinsk», kalles vanligvis «biomedisinsk». Den forklarer sykdom som avvik i målbare somatiske funksjoner og omfatter ikke psykologiske og sosiale forhold (Engel, 1977). Modellen er bare aktuell for den lille kurative delen av medisinen. Derfor er den «medisinske modellen» for lengst erstattet av *den biopsykososiale modellen*. For at kontekstualistenes modell skal få monopol på psykologiske og sosiale forhold, fortier de dette faktum. Psykolog Gert Henrik Vedelers (2016) briljante slakting av den «medisinske» modellen er således rettet mot en stråmann. Somatikk og psykiatri har den biopsykososiale modellen felles. Den ivaretar både somatiske, psykologiske og sosiale forhold.

Psykopatologi og personlig sårbarhet finnes ikke

Ifølge kontekstualistene har ikke pasientene psykiske symptomer, men problemer.

«Psykopatologi finnes ikke ifølge kontekstualistene»

Den andre fortellingen, den kontekstuelle, er mindre opptatt av de konkrete plagene folk har og mer opptatt av sammenhengen de oppstår i. Folk kan utvikle mange forskjellige problemer når de blir traumatisert eller lever under vanskelig kår. Vi bør forstå plagene som i bunn og grunn normale og rimelige reaksjoner på det de har opplevd, ikke som symptomer på noen underliggende psykisk forstyrrelse. Siden reaksjonene er normale, er det ikke plagene i seg selv vi bør være mest opptatt av, men de omstendighetene som førte til at de oppsto eller som nå opprettholder dem. Det er ikke snakk om å helbrede et individ

for plager som kommer innenfra, men å gjøre det i stand til å leve et godt liv til tross for vanskene det har eller har hatt (Aarre, s. 22-23).

Kontekstualistene avviser *beskrivende psykopatologi*, som er «den presise beskrivelsen, klassifiseringen, og definisjonen av unormale psykiske erfaringer fortalt av pasienten eller observert ved hans atferd» (Oyebode, 2018). Psykopatologi finnes ikke ifølge kontekstualistene, bare normale reaksjoner på ytre påkjenninger. Den sentrale utfordringen her er at helsetjenesten arbeider med somatisk og psykisk patologi. Om det ikke foreligger patologi, trengs heller ikke helsetjenesten. Normalreaksjoner håndteres av personen selv, eventuelt med bistand fra familie, nettverk eller empatiske godtfolk.

Stress-sårbarhet-tenkningen er en integrert del av den biopsykososiale modellen. Sårbarheten kan være av genetisk, biologisk, psykologisk og/eller sosial natur. Den kontekstuelle modellen avviser individuell sårbarhet. Alt handler om ytre påkjenninger og normale reaksjoner uten noen mellomliggende sårbarhet. Ubevisste konflikter, utviklingsvikt, tilknytningsvansker, feilaktig læring og negative automatiske tanker er irrelevante for kontekstualistene.

Ikke diagnoser, men problemer

Mange psykologer er kritiske til bruken av psykiatriske diagnoser (Torgalsbøen & Vaskinn, 2014). Kritikken har både filosofisk og praktisk karakter (Dahl & Løvlie, 2018). Psykolog Birgit Valla, tidligere leder av Stangehjelpa, hevder:

Psykisk helsefeltet handler ut ifra en forståelse om at jorda er flat, altså ut fra et paradigme som ikke stemmer med virkeligheten. Psykiske problemer forstås som sykdommer, navngitt ved hjelp av diagnoser. Diagnosene settes etter utredninger og kartlegginger utført av fagekspertisen – svært hierarkisk med psykiaterne og psykologene på toppen – som i neste omgang iverksetter behandling. Selv om mange som jobber i det psykiske helsefeltet ikke tror på dette paradigmet og til dels handler annerledes, er tjenestene bygd opp etter dette tankesettets språk og logikk (Valla, 2017).

Hun fremmer et kontekstuellt alternativ:

Det går også an å jobbe med en forståelse om at jorda er rund. Stangehjelpa i Stange kommune er en tjeneste for familiehjelp, psykisk helse og rus for alle aldre og alle typer problemer uansett alvorlighetsgrad. Vi er en tverrfaglig sammensatt gruppe der alle er likeverdige, uten profesjonshierarki. (...) Folk forteller selv hva de ønsker hjelp med, og de beskriver sine vansker. Vi lytter til deres historie, for så i samarbeid å komme frem til hvordan vi kan hjelpe dem best mulig. Vi diagnostiserer ikke, og vi bruker ikke kartlegginger som er laget for å komme frem til en diagnose (Valla, 2017).

Etter tilsyn hos Stangehjelpa sier Fylkesmannen (2017): «Det å sette en diagnose utelukker ikke å utforske og tillegge pasientens eksistensialistiske oppfatning av sin livssituasjon vesentlig verdi, snarere tvert imot. Dette er dimensjoner som utfyller hverandre, det ene utelukker ikke det andre.» Den vurderingen er jeg helt enig i.

Kontekstualistene vil erstatte diagnoser med pasientbaserte problembeskrivelser. Jeg har tre innvendinger: 1) *Norge er med i Verdens helseorganisasjon (WHO) og lovmessig forpliktet til å bruke ICD-klassifikasjonen. Skal vi gå over til problembeskrivelser, må Norge enten melde seg ut av WHO eller be om dispensasjon fra ICD-10/11.* 2) *Diagnoser er kommet for å bli.* Danske psykologer forsker på «diagnosekulturen» og beskriver hvordan diagnoser brer seg i offentligheten, mediene og blant legmenn for å forklare avvik og fremme rettigheter (Brinkmann & Petersen, 2015). 3) *Problemer må også klassifiseres.* Den britiske psykologen Peter Kinderman (2016) krever problemer fremfor diagnoser. Trond Aarre følger opp: «Kindermann og medarbeidere peker på at diagnostikk som tar utgangspunkt i psykiske problemer, og ikke i oppdiktete psykiske lidelser, vil ende opp med langt færre overskrifter enn en diagnosemanual. Kanskje finnes det ikke mer enn noen og seksti problemer, mens det i dag finnes 400 psykiske lidelser» (Aarre, s. 77).

Individet er utfordringen for problemtenkningen. Siden alle har individuelt utformete problemer, kan vi ikke samle inn generell kunnskap om dem. Jobbproblemet til Per er forskjellig fra Pål's. Erfaringene fra ett individ er ikke overførbare til det neste. Generell kunnskap oppstår bare fra det pasienter har felles. Dessuten må kontekstualistene vise at problemer har bedre reliabilitet og validitet enn diagnoser. En utfordring er også påstanden deres om at problembehandling gir bedre resultater enn den diagnosebaserte. Jeg har ikke sett en eneste sammenlignende studie som viser det.

Skepsis til forskning og kunnskapsbasing

Trond Aarre holder også fram skepsisen til psykiatrisk forskning:

Den medisinske tilnærmingen vil være mer interessert i hjerneforskning og psykologiske teorier, mens den kontekstuelle modellen vil fremme undersøkelser av levekår og andre samfunnsforhold. (...) Dersom det er individet det er noe i veien med, er det kanskje fornuftig med en presis diagnostikk på bakgrunn av de plagene folk presenterer. Dersom det er kontekstuelle problemer vi arbeider med, er det mindre sikkert at fagfolkens oppgave skal være å «oppdage» eller «påvise» sykdommer i hjernevevet eller i sjelens dyp (Aarre, s. 23).

Helsevesenet vårt er tuftet på kunnskapsbasert medisin (KBM), en biopsykososial ideologi med krav om dokumentert effekt av behandlinger. KBM forankrer medisinske avgjørelser i forskning, klinisk erfaring og pasientenes ønsker (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2015). KBM krever at fagfolk har viten om grunnlaget for behandlingene de tilbyr, og KBM ordner slik viten i et hierarki fra randomiserte kontrollerte studier til pasienterfaringer.

Behandlingsanbefalingene i den biopsykososiale modellen, nedfelt i de nasjonale retningslinjene, bygger på at pasienter har noe felles som gjør at effektiv behandling kan generaliseres. Det motsier ikke at fagfolk fokuserer på unike forhold hos hver pasient. Ved fokusering på problemer fremfor diagnoser avviser kontekstualistene

KBM, og de er påfallende tause angående kravet fra helsemyndighetene om at fagfolk skal følge nasjonale retningslinjer.

I denne sammenheng er Aarres anbefaling av «Recovery» relevant:

Istedenfor kontekstfri forskning med randomiserte, kontrollerte forsøk og systematiske oversiktsartikler, vil recovery være utpreget kontekstuell og preget av rollemodeller. Forståelse får større betydning enn beskrivelse, oppmerksomheten rettes mot personen og ikke diagnosen, tiltakene tar utgangspunkt i ressurser istedenfor symptomer, bygger på håp og drømmer og har selvstendig mestring som mål. Recovery er ikke en metode for å bekjempe sykdom, men for å fremme helse, egne valg og mestring. Målet er ikke å bli frisk, men å leve et meningsfullt liv og å fungere i verdsatte roller (Aarre, s. 173).

Beskrivelsen viser at Recovery unndrar seg de kravene til dokumentasjon som kreves av KBM og nasjonale retningslinjer.

De avmektige pasientene

Kontekstualistene fokuserer på pasientenes maktesløshet: «Makten i psykisk helsevern og rusbehandlingen er svært asymmetrisk fordelt mellom de overmektige ansatte og de avmektige pasientene» (Aarre, s. 139). Jeg mener at påstanden er uriktig fordi lov og forskrift klart hjemler brukermedvirkning. Pasientene har klagerett til en rekke instanser, og kan ramme fagfolk hardt. Klage utløser tilsyn med tilhørende langvarig uvisshet om sanksjoner og konsekvenser. Begrepet «defensiv psykiatri» beskriver en kultur preget av fagfolks frykt for klager, slik at de blir mer opptatt av å ha juridisk ryggdekning enn å gi pasientene optimal hjelp (Reuveni, Pelov, Reuveni, Bonne, & Canetti, 2017).

Informasjonssamfunnet gir også pasientmakt. Flere helsepolitiske styringsdokumenter oppfordrer til å ansette folk med egenerfaring, såkalte *erfaringskonsulenter*, i psykisk helse- og rustjenester. I tråd med den kontekstuelle modellen støtter Aarre slik praksis: «Vi trenger medarbeidere med brukererfaring, vel å merke dersom de tør å være åpne om disse erfaringene.» (Aarre, s. 132). Den biopsykososiale modellen fokuserer mer på likemannsarbeid, selvhjelpsgrupper og lærings- og mestringssentre. Etter min vurdering er nytten av erfaringskonsulenter dårlig dokumentert, og hva de kan tilby av effektiv helsehjelp er uklart (Ibrahim, Thompson, Nixdorf, Kalha, Mpango, Moran & al. 2020).

De maktkåte ekspertene

Generelt har pasientene to krav til helsepersonell: 1) Å bli møtt med interesse, varme og respekt, og 2) at fagfolk er håndverksmessig kyndige slik at sykdom ikke blir oversett eller feilbehandlet. Kontekstualistene er skeptiske til slik fagkyndighet, som de hevder blir brukt av fagfolk til å hevde egen maktposisjon på pasientenes bekostning (Aarre, s. 135). Påstanden om at profesjonene (leger og psykologer) er mer opptatt av egen posisjon enn av å hjelpe pasientene, mangler imidlertid dokumentasjon.

Aarre hevder at den kompetansen som gir makt er mest ettertraktet blant fagfolkene, og han setter kunnskapskompetanse opp mot relasjonskompetanse. Kontekstualistene og de biopsykososiale er dermed helt uenige om kravet til *håndverksmessig kyndighet*. De første mener at kyndighet er uten betydning fordi pasientene selv har løsningen på problemene. Siden de er eksperter på seg selv, trengs det bare behandlere med relasjonskompetanse. De biopsykososiale, derimot, hevder at fagfolk har en kyndighet som trengs for forståelsen og behandlingen av noe som pasientene ikke har greid å løse selv.

Slik mistror Aarre faglig kyndighet:

Men fra mitt perspektiv er ekspertrollen et problem i seg selv. Dersom du er passe god, skal det godt gjøres at du ikke – i egne eller andres øyne – blir viktigere enn den du skal hjelpe. Kompetansen gir makt, og makta brukes for det den er verd. Vi ser ofte hvordan det blir tatt urimelige store hensyn til leger og psykologer, selv når det går på bekostning av dem det var meningen de skulle hjelpe (Aarre, s. 123).

Igjen hadde det vært fint med dokumentasjon av påstanden.

Til tross for at de nasjonale retningslinjene er laget av tverrfaglige grupper med brukerrepresentanter, hevder Aarre:

Profesjonene definerer hva som skal gjelde som forsvarlig behandling, og dernest hevder de at disse behandlingene bare kan gjennomføres forsvarlig av dem selv. De metodene som profesjonene bygger sine privilegier på, blir gjerne fremstilt som uvurderlige og uunnværlige. Men ved nærmere ettersyn er de vanligvis ikke spesielt effektive (Aarre, s. 127).

Som tilhenger av den biopsykososiale modellen virker disse påstandene helt urimelige for meg.

Et paradigmeskifte?

Paradigmer handler om tidens gjeldende tenkemåter. Psykiatri-historikeren Edward Shorter slår fast:

Most medical specialties do not periodically scrap their entire knowledge base to rebuild it again from zero. In the retrospect of time, as we look back over the past hundred years, this is exactly what has happened in psychiatry, leaving the field vulnerable to bad ideas along with good as psychiatry slowly rebuilds (Shorter, 2013, s. 555).

Er den kontekstuelle modellen et nytt paradigme? Modellen kan oppsummeres i fem punkter: 1) *Problemforståelsen* handler om at folk får normale reaksjoner på stress. Ut fra individuell problembeskrivelse skal hver pasient ha sin unike hjelp. 2) *Sårbarhet* er et irrelevant begrep. 3) *Kunnskapsbasert medisin og nasjonale retningslinjer er ikke til hjelp* siden de bygger på en modell som er fremmedgjørende og til skade for pasienten. 4) *Dagens psykiatri skaper avmektige pasienter* fordi fagfolk ignorerer brukermedvirkning. 5) *Profesjonene er ikke på pasientenes side*, men opptatte av makt og å tre sine løsninger ned over pasientene.

Kontekstualistene vil erstatte den biopsykososiale modellen med sin egen. Siden så mye er ulikt, anser jeg det som et paradigmeskifte i psykiatrien. Den biopsykososiale modellen står for sekvensen utredning, diagnostikk og behandling i nært samarbeid med pasienten. Diagnostikk er nødvendig for at pasientene skal få riktig omsorgsnivå, behandling og trygderettigheter. Biologi er viktig for at relevante somatiske forhold ikke overses. Forskning på psykisk sårbarhet, behandling og prognose trengs for å øke kunnskapsbasen. Behandlingen er kunnskapsbasert og følger nasjonale retningslinjer. Empati, brukermedvirkning og sosial forståelse er selvsagte i møtet med pasientene. Det er store forskjeller mellom de to paradigmene. Dersom den kontekstuelle modellen innføres, er det rimelig å flytte psykiatri fra helse- til sosialtjenesten fordi den vesentlig bygger på sosiale forhold. Om modellen innføres i helsetjenesten, er den så avvikende fra somatikken at psykiatri risikerer å bli en særomsorg igjen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 7, 2020, side 510-514.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 7, 2020, side

TEKST

Alv A. Dahl, psykiater, Ressursklinikken AS, Lillestrøm

+ Vis referanser

Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2015).
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinkmann, S., & Petersen, A. (red.) (2015).
Klim forlag.

. Århus:

Dahl, A.A., & Løvlie, A. (2018).
Universitetsforlaget.

Oslo:

Engel, G.E. (1977). The need for a new medical model: A challenge to biomedicine.
, 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Fylkesmannen i Hedmark. (2017).

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/hedmark/2017/stange-kommune-tjenester-til-pasienter-med-psykisk-lidelse-og-mulig-samtidig-ruslidelse-2017/>

Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., & al. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems.
, 285-293.

<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>

Kinderman, P. (2016).

Oslo: Abstrakt forlag.

Lunde, C. (2018). En medisinsk klimakrise.
1055.

1050-

Oyebode, F. (2018).
Edinburgh: Elsevier.

Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O., & Canetti, L. (2017). Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviors among Israeli psychiatrists. *BMJ Open* e014153. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014153>

Shorter, E. (2013). Psychiatry and fads: Why is this field different from all other fields. 555-559. <https://doi.org/10.1177/070674371305801003>

Torgalsbøen, A.-K., & Vaskinn, A. (2014). Diagnostisering: Norske psykologers unnlåtelsessynd? , 753-758.

Valla, B. (2017). Tid for et paradigmeskifte. 26.02.2017
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/02/26/tid-for-et-paradigmeskifte/>

Vedeler, G.H. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern.
(<https://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>)

Aarre, T.F. (2018). Oslo: Universitetsforlaget.