

Mot eit nytt paradigme

PSYKOLOGI



Faksimile av juliutgaven av Psykologtidsskriftet.

Alv A. Dahls kritikk av den kontekstuelle modellen for psykisk helse skyt over mål. Den vidare utviklinga av fagfeltet vårt vil neppe byggje på ei medisinsk forståing av psykiske vanskar og rusproblem.

TEKST

Trond Fjetland Aarre

PUBLISERT 1. september 2020

EMNER

Den kontekstuelle modellen

psykiatri

paradigme

Med utgangspunkt i boka mi *En mindre medisinsk psykiatri* (Aarre, 2018) kritiserer Alv. A. Dahl i juliutgåva av Psykologtidsskriftet den kontekstuelle modellen for psykiske lidningar og rusproblem. Eg er takksam for at Dahl har lese boka mi grundig og tek seg bryet med å fremje kritikk. Men kritikken hans yter ikkje den kontekstuelle modellen full rettferd og skyt difor over mål.

«Dahl si avvising av den kontekstuelle modellen byggjer på ei karikert framstilling»

Utgangspunktet mitt er at det finst ein del heilt reelle problem i psykisk helsevern. Dette vonar eg at Dahl er samd i, jamvel om han har ein tendens til å tone dei ned.

Sivilombodsmannen dokumenterer lovbrøt, pasientorganisasjonar er kritiske, og resultatane av innsatsen er ikkje så gode som me skulle ynskje. Me opplever fagleg stagnasjon, til dømes i psykofarmakologien, der det er langt mellom nyvinningane og nye medikament ikkje er stort meir effektive enn dei gamle. Eg trur ikkje at me kjem oss vidare med dei same tankane og handlingane som har styrt fram til no. Me lyt tenkje annleis om dei me skal hjelpe, og dei tenestene me gir. Eg meiner at ei kontekstuell forståing av psykiske vanskar og rusproblem er meir fruktbar.

Dahl si avvising av den kontekstuelle modellen byggjer på ei karikert framstilling av den. Føremålet med denne artikkelen er ikkje å overtyde Dahl, men å rydde unna tilsynelatande usemje og gjere det klårt kva det faktisk er strid om. For det er nok avstand mellom oss til å halde liv i faglege ordskifte i lang tid framover. Eg vil gå punktvis gjennom Dahl sine seks tesar om den kontekstuelle modellen. Så vil eg slutte, som Dahl, med å drøfte om det er eit paradigmeskifte det her er snakk om.

LES OGSÅ

Bakom løgnene

Jeg frykter at folk flest vil bli negativt påvirket av denne amerikansk-pregete hangen til polarisering i Løgn eller Sannhet og derav følgende lettkjøpte løsninger.

«Den «medisinske modellen» er eb stråmann»

I boka mi gjer eg det klårt kva eg forstår med «den medisinske modellen» (s. 36). Denne modellen er høgst aktuell, slik Dahl sin eigen argumentasjon viser. Komponentane i modellen er 1) definisjon av lidinga, problemet eller plaga, 2) ei teoretisk forståing av lidinga, 3) ei teoretisk forståing av mekanismar for endring, 4) terapeutiske tiltak i samsvar med teorien og 5) tru på at dei spesifikke tiltaka gjev effekt (Wampold, 2015, s. 26). Modellen nyttast både i psykiatrisk og psykologisk forskning. Påstanden om at den er ein stråmann, er difor ei mistyding.

Eg påstår ikkje at moderne psykiatri ikkje tek høgde for psykologiske eller sosiale tilhøve, men at den tek utgangspunkt i ei medisinsk forståing av dei plagene folk har. Denne tenkjemåten fører til stor interesse for diagnostikk, og den «kunnskapsbaserte» behandlinga byggjer på diagnostikken. Det er ingen grunn til å tru at dagens psykiatriske diagnostikk er gyldig, og det er aldri vist at diagnosane er uttrykk for noko sikkert patologisk. Etter mitt syn er dette akilleshælen til den medisinske modellen. Det hadde vore nyttig om diskusjonen kunne dreie seg meir om desse fundamentale problema, der det er reell usemje og rom for fruktbare ordskifte.

«Psykopatologi og personlig sårbarhet finnes ikke»

Den kontekstuelle modellen avviser ikkje at folk er individuelt sårbare. Tvert om: Ulike individ utviklar forskjellige plager når dei er utsette for dei same påkjenningane, og det må skuldast individuelle skilnader. Skilnadene kan ha med genetikk, levekår, livssoge,

traume og andre psykologiske tilhøve å gjere. Den kontekstuelle modellen er skeptisk til å kalle desse variasjonane patologiske, unormale eller uttrykk for sjukdom eller defekt før det er uomtvisteleg vist at dei faktisk er patologiske.

«Den medisinske modellen nærmar seg vegs ende»

Spørsmålet om patologi er truleg sentralt i usemja mellom Dahl og meg. Eg er skeptisk til påstandar om at andre menneske sine opplevingar er sjuklege i seg sjølv og har til denne tid ikkje kome over argument som kan overtyde meg om at diagnosane våre, eller symptoma dei byggjer på, avgrensar patologiske tilstandar. Bevisbøra bør kvile på dei som vil kategorisere andre som sjuke.

Dahl skriv at «helsetjenesten arbeider med somatisk og psykisk patologi. Om det ikke foreligger patologi, trengs heller ikke helsetjenesten.» Det er ikkje rett. Fødselsomsorga i Noreg byggjer på helsetenesta, både i kommunane og sjukehusa. Det ligg ikkje i dette at graviditet er eit uttrykk for patologi. Helsetenesta, også den som rettar seg mot psykiske plager og rusproblem, kan godt ta seg av normalitet. Innsatsen kan grunngjevast med at folk treng hjelp, og det treng ikkje å feile dei noko.

LES OGSÅ

Overeksponert

Mangelen på tilbud i psykisk helsevern diskuteres ofte. Men min fortelling om egen innleggelse på et DPS viser at vi også må rette søkelyset på kvaliteten på hjelpen som tilbys.

«Ikke diagnoser, men problemer»

Det er uklårt kva ein diagnose eigentleg er for noko, anna enn eit omgrep som femnar om kliniske karakteristika som nokre menneske har felles. Men dei nyttast ofte som namn på postulerte underliggjande patologiske prosessar, som når me seier at Per eller Pål «har» schizofreni. Etter hundre års forskning er det framleis uklårt om det er råd å «ha» noko slikt. Det som er sikkert, er at det går an å ha dei opplevde eller observerte problema som førte til diagnosen. Det er råd å drive kunnskapsbasert behandling for desse problema.

Dahls kritikk av Kinderman si tilnærming til psykiske problem byggjer på ei mistyding. Problema som Kinderman omtalar, er ikkje idiosynkratiske, men velkjende kliniske problem som til dømes plagsame hallusinasjonar, angst og unngåing, overforbruk av rusmiddel, m.m. Poenget til Kinderman er at me ikkje oppnår noko med å patologisere dei. Sjølv om me oppfattar dei som normale reaksjonar, veit me meir om korleis me skal behandle desse problema enn korleis me skal behandle dei postulerte psykiske

lidingane. Reint vitenskapleg veit me kanskje meir om å lindre hallusinasjonar og vrangtankar enn om å behandle «schizofreni».

Dahl skriv vidare at «Diagnoser er kommet for å bli», og at WHO pålegg oss å bruke ICD-klassifikasjonen. Diagnosane vert ikkje meir gyldige eller nyttige av slike argument.

Diverre er det mange pasientar som fortel at dei ikkje får kome fram med saga si fordi psykisk helsevern er for oppteke av å stille diagnoser. Dei opplever det gjerne som om det er diagnosen det gjeld, ikkje kva liv du lever, eller kva problem du har. «Mens de misfornøyde brukerne ofte mener at de sliter med skader etter traumer og krenkelser (...) kan personalet arbeide etter en modell som at pasienten har en sykdom (angst, depresjon, psykose) som skyldes arvelig sårbarhet» (Norvoll & Husum, 2011).

«Skepsis til forskning og kunnskapsbasing»

Problemdiagnostikk kan sameinast med kunnskapsbasert medisin fordi effekten av intervensjonar ikkje avheng av at medmenneske blir definerte som sjuke, avvikande eller defekte. Effekten av medikament og psykoterapi let seg undersøke vitenskapleg uavhengig av om dei rettar seg mot tilstandar som er normale eller patologiske. Me veit mykje om korleis me skal hjelpe folk med problema deira. Dei fiktive lidingane dei vert diagnostiserte med, veit me ofte langt mindre om.

Før årsskiftet var transseksualitet ei psykisk liding (F64.0 i ICD-10). No er det ikkje lenger ei psykisk liding, og namnet er endra til kjønnsinkongruens (HA60 i ICD-11). Pasientane er dei same, problema dei same, innsatsen den same. Effekten av tiltaka er også den same, sjølv om problemet – som før var definert som patologi – no vert sett på som uttrykk for normal variasjon.

I den grad eg er skeptisk til forskning, er det val av forskingsprogram og -metodar eg er kritisk til. Eg trur Kuhn har rett når han skriv at paradigmet sine prosedyrar og apparat «innsnevrar det fenomenologiske feltet som er tilgjengeleg for vitenskapleg utforsking» (Kuhn, 1970, s. 60). Eit av problema med den paradigmatru forskinga, til dømes innanfor den medisinske modellen for psykiske lidingar og rusproblem, er at den fører til «an immense restriction of the scientist's vision» og til betydeleg motstand mot paradigmeskifte (Kuhn, 1970, s. 64).

Kontekstualistane ynskjer endring. Me ynskjer at helsestyresmaktene tek inn over seg problema med den medisinske modellen og gjer dei endringane, også i faglege retningsliner, som skal til for å utvikle feltet i tråd med deira eigne signal om auka vekt på meistring, myndiggjering og *recovery*.

«De avmektige pasientene»

Dahl meiner visst at lovheimla brukarmedverknad automatisk fører til maktutjamning. Elles verkar det som om han i dette avsnittet har meir omsorg for dei tilsette enn for pasientane. Og det er jo nettopp det eg meiner er ein utilsikta konsekvens av den medisinsk orienterte psykiatrien sitt ekspertvelde. Trengst det dokumentasjon for

korleis makttilhøva kan framstå i norsk psykiatri, vil eg vise til NOU 2011:9, NOU 2019:14 og rapportane frå Sivilombudsmannens forebyggingsenhet.

«De maktkåte ekspertene»

Dahl verkar lite viljug til å gå inn på dei openberre problema som makttilhøva i psykisk helsevern fører til. Eg får talrike telefonar og e-postar frå fortvila pasientar og pårørende som har avskrekkande røynsler med tenesteapparatet. Dei psykiatrikritiske pasientorganisasjonane er ikkje til å misforstå. Eg mistrur ikkje fagleg dugleik, men ser korleis ein del fagfolk ter seg. Det er ein observasjon det ikkje har vore råd å lukke auga for etter snart tretti år i norsk psykiatri.

«Et paradigmeskifte?»

Diskusjonar om vitskaplege paradigme byggjer oftast på Kuhns klassikar *The Structure of Scientific Revolutions* (Kuhn, 1970). Kuhn viser korleis paradigmeskifte oppstår frå innsida: Fagfolk tvinger fram endring fordi det gamle paradigmet ikkje lenger kan forsvarast på sine eigne premiss. Eller som Kuhn seier det: Naturen bryt med dei forventningane paradigmet har skapt (s. 52–53). Det er dette eg prøver å vise i bøkene mine. Paradigmet gjev vitskapleg stagnasjon. Forskinga finn stadig fleire bitar av puslespelet som ikkje passar inn, for å nytte Kuhn sin metafor. Eg meiner at den medisinske modellen nærmar seg vegg ende og ikkje lenger tilbyd eit freistande og fruktbart forskingsparadigme. Difor vil den vidare utviklinga av fagfeltet vårt neppe byggje på ei medisinsk forståing av psykiske vanskar og rusproblem. Ei kontekstuell tilnærming kan vere frigjerande for oss alle.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 9, 2020, side 679-682

TEKST

Trond Fjetland Aarre, psykiater

+ Vis referanser

- Dahl, A.A. (2020). En blindgate. *Psykologi Tidsskrift*, 57, 510–514.
- Kuhn, T.S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*, 2. utg. University of Chicago Press.
- Norvoll, R. & Husum, T.L. (2011). *Arbeidsforhold og arbeidsrett*. ? AFI-notat 9. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *Psykiatri og psykoterapi*, 2. utg. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Aarre, T.F. (2018). *Psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.