

# Biopsykososial forståelse på tryk etisk grunn

Det er ingenting i en biopsykososial forståelse i seg selv som tilsier at CFS/ME er forårsaket av pasientens atferd eller tankemønstre.

## TEKST

Borrik Schjødt

Linn Breen Herner

Arnstein Finset

Nina Lang

Helene Høie

Tone Hansen

PUBLISERT 1. mars 2023

## EMNER

Biopsykososial modell

ME

102

ETIKKPANELET

103



FROVDIS LILLEVALEN, psykologspesialist og forfatter

MERKNAD Medlem i ME-foreningen, men skriver på vegne av seg selv

## En behandlingsmodell som utfordrer fagetikken

Vagheten i begrepet «biopsykososial» har vært brukt til å støtte en hvilken som helst psykososial hypotese eller intervensjon. Det er etisk problematisk.

Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten at han holder noe av dets liv i sin hånd. Det kan være lite, en forbigående stemning, en opplythet man får til å visne, eller som man velker, en lidelse man fordyper eller lindrer. Men det kan også være mye, slik at det simpelthen står til den enkelte om den andres liv lykkes eller ikke (Østруп, 1999).

Da jeg studerte teologi, og siden på det psykologiske profesjonsstudiet, engasjerte profesjonsetikk meg. Som behandler, og godt behandlet, var profesjonsetikk noe jeg stribet etter, og noe jeg møtte. Da jeg fikk Myalgisk Encefalomyelitt (ME), høstet jeg mye og kontrære erfaringer. I studier av ME-syke finner forskere lav livskvalitet, kortere estimeret levetid, høyt symptomtrykk og stor invaliditetegrad. Ved første øyekast fremstår ME som en sykdom som fordrer medisinsk, psykologisk og sosial omsorg og behandling – med andre ord en sykdom som beholder til min profesjon ville vært tross med en biopsykososial modell (BPSM). Hvorfor har da så mange ME-pasienter et vanskelig forhold til BPSM?

Den britiske psykososiale modellen (Falkum, 2008) ble lansert av indremedisinen Georg L. Engel på 1970-tallet. Modellen var en reaksjon mot en reduksjonistisk tankegang. BPSM skulle ivareta hele mennesket. Retorisk fremmer BPSM medisinske utfordringer, somatiske avvik, sosial kontekst og psykiske helseaspekt, og angir det diskontinuelle skille mellom kropp og sjel. BPSM var ifølge Engel ikke ment å brukes som argument for spesifikke prediktive hypoteser eller forklaringer om kausalitet og forløp.

Den britiske forfatteren, redaktøren og psykologen David Marks retter kritikk mot den biopsykososiale modellen i sin artikkel «The Rise and Fall of Psychosomatic Approach to ME/S/ME/CFS» (Marks, 2022). Her viser han hvordan implementering av BPSM i Storbritannia skulle brukes for å forhindre vanlig sykdom. Ved å forhindre å bruke insentiver som medisinske, omsorg, hvile og frihet fra plikter, skulle man utsette sykdomsutfordring. Samtidig skulle det oppfordres til helsebeinngende atferd gjennom positiv forsterkning og operant betingning ved bruk av sterke former for tilbake-meldinger i prosessen. Til grunn lå en idé om at ME/CFS og medisinsk uforklarte sykdommer (MUS) var konsekvenser av malad optiv læring. Holdninger og metoder er gjennomgående i dagens tilnæringer til ME gjennom kognitiv atferdsterapi (CBT), gradert trening (GET) og ligning process (LIP).

Marks mener at BPSM ikke er en vitenskapelig modell, da den verken kan forklares eller forutse. Han hevder at hypoteser utledet fra BPSM fremstår

© SHUTTERSTOCK/ANDREW HARRIS



vitenskapelige selv om de mangler evidens og plausibilitet. Samt at vagheten i begrepet biopsykososial har vært brukt til å støtte en hvilken som helst psykososial hypotese eller intervensjon, uten at det har vært krav til diskusjon eller avklaring av hva begrepene rommer, utover påstander om at det er «interaksjonen mellom faktorene».

I boka *Etikk i profesjonell praksis* (Aadland, 2018) skriver Aadland at felles for profesjonsnyttene er «ein profesjonsetikk som skal verne den svake parten i profesjonelle relasjonar og sikre tillit til profesjonen». Jeg vil gjennomgå fire punkter der jeg mener BPSM i møte med ME både utfordrer profesjonsetiske prinsippene og strider mot Engels opprinnelige intensjon.

1. **Sektiv forvaltning og formidling av forskning.** Ser man på forholdet mellom publikasjoner som fokuserer på BPS-hypoteser/ behandlinger, vs. biomedisinske studier på ME, er forholdet ca. 1:40 i perioden etter IOM-rapporten 2015 (Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, Board on the Health of Select Populations, & Institute of Medicine, 2015). Nyere studier finner somatisk patologi i flere kroppssystemer. Instansene som sitter med hovedansvaret for å spore kunnskap om sykdommen, som Folkehelseinstituttet (FHI) og Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME (NKCT), velger imidlertid ofte bort formidling av biomedisinsk forskning, eller trivialisere dens praktiske verdi. Forskning som ikke

”

Avslås tiltakene, risikerer man å holdes ansvarlig for uteblitt bedring og mulig bortfall av ytelser

I februarnummeret av Tidsskrift for Norsk psykologforening beskriver Frøydis Lilledalen hvordan bruk av en biopsykososial modell utfordrer fagetikken. Ifølge henne anvendes modellen på en måte som kan virke både krenkende og uetisk for personer med ulike plager, i dette tilfellet CFS/ME. Psykologiske tilnærminger i møte med pasienter med somatiske plager har vært gjenstand for debatt tidligere (Berg, 2021).

Vi er enig med Lilledalen i at bruk av modeller kan ha etiske implikasjoner. Våre fagetsiske prinsipper sier noe om respekt for den enkeltes rettigheter, verdighet og integritet, ansvar for kvaliteten av den enkeltes arbeid, og at man skal opprettholde høy faglighet i arbeidet. I dette ligger det både ivaretagelse av den enkelte pasient, en plikt til å holde seg faglig oppdatert, og et ansvar for at psykologiske modeller ikke brukes på en krenkende måte.

Lilledalen baserer sin kritikk blant annet på en artikkel av David Marks (2022). Han problematiserer en psykosomatisk tilnærming (the Psychosomatic School) som baserer seg på en biopsykososial modell i forståelse og behandling av tilstandene MUS (Medically unexplained symptoms), ME og CFS. Marks viser at det i denne tilnærmingen er innebygd en påstand om at MUS, CFS og ME er et resultat av maladaptiv læring. Dette forklares med utgangspunkt i atferdsmessige og kognitive forhold, og med henvisning til en biopsykososial modell. Vi er enige i at en slik tilnærming er problematisk.

### **Forståelse heller enn modell**

David Marks hevder at den biopsykososiale modellen ikke er en modell i vitenskapelig forstand. Den kan hverken brukes til å forstå eller forutsi oppførselen til objekter, levende vesener eller systemer. Psykiateren og indremedisinen George Engel presenterte en biopsykososial modell som et alternativ til den reduksjonistiske biomedisinske og dualistiske tenkingen som var rådende på 70-tallet (Engel, 1977). Med schizofreni og diabetes som eksempler beskrev han hvordan individet må inkluderes for å forstå og behandle sykdom.

#### **LES OGSÅ**

#### **En modell som utfordrer fagetikken**

Vagheten i begrepet «biopsykososial» har vært brukt til å støtte en hvilken som helst psykososial hypotese eller intervensjon. Det er etisk problematisk.

**«Problemet synes å ligge i utøvelsen av en biopsykososial tilnærming, ikke selve tekningen som ligger til grunn»**

Engel formulerte hverken en vitenskapelig modell eller et synspunkt som var banebrytende nytt. Hans forslag til en ny modell oppsummerte en tendens i tiden; en forståelse av at for å forstå et fenomen må vi ta hensyn til både biologiske, psykologiske og sosiale forhold, både enkeltvis og hvordan de samhandler.

Når vi bruker begrepet biopsykososial innenfor fagfeltet klinisk helsepsykologi, refererer det ikke til en vitenskapelig modell i ordets egentlige betydning, men noe som gir retning for hvordan vi forstår sykdom og symptomer hos et menneske. Det vil si en formaning om å utrede og behandle ut fra et helhetlig bilde, både biologisk, psykologisk og sosialt, og forsøke å se disse faktorene i sammenheng.

Marks har i sin kritikk av den biopsykososiale modellen tatt utgangspunkt i hvordan implementering av denne i Storbritannia har vært uheldig. Problemet synes å ligge i utøvelsen av en biopsykososial tilnærming, ikke selve tenkningen som ligger til grunn. Lilledalen hevder at «biopsykososial modell beskriver ME som en 'sykdomsopplevelse' forårsaket av pasientens atferd og tankemønstre», og hun omtaler «den biopsykososiale ME-hypotesen». Det ligger ikke noe i en biopsykososial forståelse i seg selv som tilsier at CFS/ME er forårsaket av pasientens atferd eller tankemønstre.

### **Betydningen av biologisk forståelse**

Det biopsykososiale perspektivet er grunnleggende i klinisk helsepsykologi. Helt sentralt i dette er betydningen av biologisk forståelse. For sykdommer der det biologiske grunnlaget ikke er fullt ut kjent eller utforsket, er det viktig å være ydmyk og søke videre etter biologisk kunnskap som kan hjelpe til å forstå tilstanden. En biopsykososial forståelse innebærer at alle tanker, følelser og handlinger har biologiske korrelater. Vi vet for eksempel at en forventning om at en smerte vil vare og forsterkes, kan føre til at pasienten faktisk opplever mer smerte. Det handler ikke om magi, men om biologi. Prosessering av forventning i hjernen henger sammen med prosesser med betydning for smerte (Koyama et al., 2005). Det er viktig med åpenhet for at samspillet mellom tanker, følelser og biologi påvirker sykdom, enten på en uheldig måte, eller på en måte som kan fremme mestring og i mange tilfeller også symptombedring.

### **Godt grunnlag for etisk praksis**

Ved ulike former for utmattelse, inkludert CFS/ME, vil alltid ulike biologiske mekanismer gjøre seg gjeldende. I tillegg er ulike faktorer sentrale i forløpet av sykdomsutviklingen. For å forstå og være til hjelp for en person med CFS/ME, er det nødvendig å kartlegge og utrede både fysiologiske, psykologiske og sosiale forhold for å kunne legge en plan for behandling sammen med pasienten. Når en person har somatiske plager, påvirker det personen, enten det er i form av opplevd tiltaksløshet, slitenhet, oppgitthet, tap, engstelse, tilbaketrekning eller andre reaksjoner. Tiltak må derfor rettes mot både de somatiske plagene og mot de psykologiske og sosiale konsekvensene av en somatisk tilstand, fortrinnsvis i en tverrfaglig sammenheng. På den måten ivaretar man hele mennesket og hele tilstandsbildet.

Vi mener at det å anlegge et biopsykososialt perspektiv i møte med mennesker med sykdom, danner et godt grunnlag for en god etisk praksis. Et biopsykososialt perspektiv er hverken etisk eller uetisk i seg selv. Men å forstå en problemstilling fra ulike perspektiver, å se på forklaringer og konsekvenser både på et somatisk, psykologisk og kontekstuel nivå, og å sette inn tiltak for å ivareta pasienten på flere områder samtidig, det er for oss nødvendig for en etisk praksis.

*Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 3, 2023, side 174-175*

#### **TEKST**

**Borrik Schjødt**

**Linn Breen Herner**

**Arnstein Finset**

**Nina Lang**

**Helene Høie**

**Tone Hansen**, alle medlemmer av Psykologforeningens fagutvalg for klinisk helsepsykologi

+ **Vis referanser**

Berg, S.H. (2021). Det er ikke farlig å ha vondt. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58(12), 1057-1059.

Marks, D.F. (2022). The Rise and Fall of the Psychosomatic Approach to Medically Unexplained Symptoms, Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome. Arch Epidemiol Pub Health Res, 1(2), 97-143.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Koyama, T., McHaffie, J. G., Laurienti, P. J. & Coghill, R. C. (2005). The subjective experience of pain: where expectations become reality. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102(36), 12950-12955. <https://doi.org/10.1073/pnas.0408576102>