

# Ulik forståelse for psykiske lidelser

Alle faggrupper er viktige i psykisk helsevern fordi vi besitter ulik kunnskap og erfaring om menneskers liv.

TEKST

**Taran Buran Nærdal**

PUBLISERT 2. mai 2024

EMNER

profesjonskamp

psykiater

Psykisk helsevern

forening

tverrfaglig



Taran Buran Nærdal (Foto: Privat)

Styret i Norsk psykiatrisk forening hevder i [Dagens Medisin 16. april 2024](#) at leger må få et overordnet ansvar for pasienters utredning og behandling i psykisk helsevern. I etterkant har det kommet flere reaksjoner, blant annet fra [Psykologtidsskriftets sjefredaktør](#), som mener styret tåkelegger implikasjonene ved løsningen de foreslår. Debatten føyer seg inn i en rekke av meningsytringer det siste året, både om pilleskam, hva psykiske plager er og ikke er, og hvilke faggrupper som vet best hva som er riktig vei for å løse den massive pasientstrømmen inn til våre tjenester.

## Ulik forståelse

Det vi kanskje kan være enige om, er at vår forståelse og våre holdninger vil prege vår arbeidsmetodikk. Dette gjelder uansett hva vi driver med, i de fleste jobber. Det vi tror på som gode løsninger, vil i de aller fleste tilfeller, i alle fall der det er vi som har makt og kontroll over situasjonen, prege valgene vi tar.

Det forundrer meg hvor lite oppmerksomhet dette får i de ulike debattene, enten de omhandler hva psykiske lidelser er og ikke er, medikamentell behandling eller bruk av

tvang i psykisk helsevern. Jeg tror vi må snakke mer om denne grunnleggende forskjellen i forståelse.

### **Overlegen fagkunnskap**

Hvis jeg tror at depresjon, angst eller psykoselidelser i hovedsak er biologisk baserte sykdommer, som kan avhjelpest med medisiner eller en konkret behandling, vil det være uetisk av meg å ikke gi denne behandlingen. Dette vil trolig også gjelde dersom jeg mener personen som er syk, i nåværende situasjon ikke forstår sitt eget beste. Om jeg mener det ikke er grunn til å vente med disse behandlingstiltakene, vil jeg bruke min faglige tyngde som lege til å begrunne overfor pasient og pårørende hvorfor dette er riktig og nødvendig å iverksette. Kanskje anser jeg det som skadelig å unnlate å gi denne behandlingen, noe jeg da vil gi uttrykk for. Og jeg vil tenke at jeg som lege er helt sentral i alle vurderinger og behandlingstiltak fordi min kunnskap og min evne til å beslutte og gi riktig behandling er overlegen andre faggruppers kunnskap.

### **Berikende tverrfaglighet**

Hvis jeg imidlertid tror at tristhet, engstelse eller stemmehøring og forestillinger om overvåkning er en form for smerteuttrykk, som en forståelig reaksjon på livskonteksten til dette mennesket, vil jeg være opptatt av å forstå denne konteksten. Da vil jeg være nysgjerrig og lyttende til hva personen bærer med seg av erfaringer, og hvordan vedkommende har blitt møtt og forstått i sine omgivelser gjennom et kort eller langt liv. Jeg vil møte foreldre eller øvrig omsorgs-, behandlings- og nettverkssystem med samme nysgjerrighet og undring, slik at vi sammen kan forstå hva som kan ligge bak smerteuttrykkene. Sammen kan vi finne en vei videre. I en slik tilnærming vil alle faggrupper være like viktige i både utredning og behandlingstiltak, fordi vi besitter ulike kunnskaper og erfaringer om menneskelige liv, og hvordan dette kan komme til uttrykk.

### **Mening og mestring**

Jeg tilhører den siste gruppen. I denne forståelsen lener jeg meg på egen klinisk erfaring, særlig møtet med ungdom med selvskading, selvmordsforsøk, voldsutøvelse og alvorlige psykosesyntomer gjennom de siste ti årene i psykisk helsevern for barn og unge. Jeg lener meg også på utviklingspsykologien og tilknytningsteorien, som beskriver hvordan vi mennesker er grunnleggende avhengige av våre omsorgspersoner. Mennesker utvikles gjennom relasjoner, og vår evne til å tåle og håndtere følelsesmessig ubehag og stress avhenger av at andre har tålt og håndtert dette for oss, og sammen med oss, i sped- og småbarnsalder.

Jeg lener meg på traumeforståelse, der symptomer forstås som naturlige reaksjoner på skremmende og truende opplevelser, og at andres toleranse for og validering av følelsesmessig smerte er avgjørende for at et såret menneske igjen skal bli i stand til å tåle smerten selv. Jeg lener meg også på en forståelse av menneskets behov for å finne mening og mestring i livet, for at det skal kjennes verdt å leve. Kunnskapen om

hjernens plastisitet og at det alltid finnes et potensial for endring gjennom nye livserfaringer, minner meg om den kraften som bor i alle mennesker.

Til sist vet jeg at ingen psykofarmaka på egen hånd så langt har vist seg å kunne kurere noen form for psykiske lidelser. Det er også kunnskap som gir mening for meg ut fra denne forståelsen.

### **Å gi et følelsesmessig rom**

Begrensningene ved biomedisinske forklaringsmodeller og behandlingstiltak er en viktig del av min legekunnskap.

Derfor kan jeg vanskelig forstå at legens stilling i dette faget er så mye viktigere enn alle mine kolleger i et tverrfaglig arbeidsmiljø. Jeg betviler at medikamentell behandling eller rask demping av symptomer kan bidra vesentlig til varig endring av disse tilstandene. Jeg tror ikke et menneske i et følelsesmessig sammenbrudd skal ha mer nytte av tvungen legemiddelbehandling enn av et menneske som tåler og rommer den følelsesmessige smerten sammen med dem.

Alle menneskene jeg har møtt med psykoselidelser, har vært følelsesmessig ensomme mennesker. Jeg tror min viktigste oppgave, også som lege, er å tilby et følelsesmessig rom og nysgjerrighet på hvem akkurat dette mennesket er, sammen med den lille eller litt større flokken som omgir dem. Dette tror jeg kan bidra til bedring og på sikt et liv som kjennes meningsfullt.

#### **LES OGSÅ**

#### **Psykiatere på full fart inn i fortiden**

At styret i Norsk psykiatrisk forening ønsker at psykiatere skal være enerådende i ledelse av psykisk helsevern, er ikke så overraskende. Men det er vanskelig å se hvilket problem et psykiaterhegemoni reelt skal løse

### **Håp for ny minister**

Uten en grunnleggende endring i vår forståelse av disse tilstandene og hva som kan bidra til endring, til økt følelsesmessig toleranse, til økt mening og mestring i hverdagen, tror jeg ikke vi får redusert medikamentbruk eller tvangsbruk i psykisk helsevern i dag.

Norge har den siste uka fått ny helseminister. Mitt håp er at han er interessert i å forstå hvordan disse grunnleggende forskjellene i forståelse fører til svært ulik behandling i psykisk helsevern i dag. Mitt håp er at han ønsker å legge andre føringer for vårt arbeid enn økt diagnostisk differensiering, rask symptomkartlegging og nedleggelse av medikamentfrie behandlingstilbud.

Velkommen i ny jobb, Jan Christian Vestre.

---

*Merknad:* Ingen oppgitte interessekonflikter.

**TEKST**

**Taran Buran Nærdal**

KONTAKT: [tarnae@siv.no](mailto:tarnae@siv.no)

+ **Vis referanser**

Reitan, S. K., Shagyani, S., Larsson, U., Weibell, M., Mork, E., Halvorsen, N., Lorentzen, K. N., Smetop, M. & Lien, L. (2024, 16. april). Oppgaveglidning i psykisk helsevern - behov for tydeligere oppgavefordeling. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/oppgaveglidning-i-psykisk-helsevern-behov-for-tydeligere-oppgavefordeling/628773>

Williams, K. C. (2024, 23. april). Psykiatere på full fart inn i fortiden.

<https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2024/04/psykiatere-pa-full-fart-inn-i-fortiden>