

Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern?

P psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/

21. mar. 2016

Psykologisk hjelp handler om å finne ut av fremtidens muligheter. Det er ikke en søken etter hva som «egentlig» feiler den som søker hjelp, skriver Gerdt Henrik Vedeler.

TEKST: Gerdt Henrik Vedeler

Gjennom mange år som terapeut, underviser og veileder i psykisk helsevern har jeg ikke funnet meg til rette med den medisinske modellen som ramme for arbeidet. Gjennom samtaler med kolleger har jeg fått inntrykk av at misnøyen er utbredt. Det medisinske tenkesettet og ikke minst de rutinene og strukturene som følger med, oppleves i mange sammenhenger som hindre for god praksis.

Det kan derfor være grunn til å se nærmere på hva som skiller medisinsk/somatisk helsevern fra det som kjennetegner god praksis i psykisk helsevern. Dette skillet er selvfølgelig ikke absolutt. Somatiske forhold spiller inn ved mange psykiske lidelser og vice versa, men mitt anliggende her er å synliggjøre forskjeller som kan skape problemer for det psykiske helsevernet når man følger en somatisk/medisinsk modell.

Angående skillet mellom somatisk og psykisk helsevern, er det spesielt tre aspekter jeg vil trekke frem:

1. Hvordan *forstår* man et presentert problem?
2. Hvor stor vekt legger man på *forholdet* mellom hjelper og hjelpesøkende?
3. I hvilken grad interesserer man seg for den hjelpesøkendes *sosiale kontekst*?

Hvordan oppfattes et problem? I somatisk helsevern forstås en lidelse som en objektiv realitet, en sykdom som kan måles, kategoriseres og forklares ved å benytte naturvitenskapelige metoder. I medisinsk behandling dreier det seg om å *oppdage* objektive fakta.

En slik forståelse gjelder ikke uten videre i møtet med psykososiale problemer. De er subjektive, unike, mangetydige og flytende. De blir beskrevet på varierende vis av dem som opplever dem, det være seg klienter eller behandlere. Man kan si at slike problemer på sett og vis blir oppfunnet i det språket man bruker for å uttrykke dem. Tenk på hvor ulikt psykososiale problemer blir, og har blitt, forstått opp gjennom historien. Det finnes også store variasjoner mellom ulike fagmiljøer og mellom kulturer.

Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende

Som pasient med en legemlig sykdom ønsker man først og fremst en sikker diagnose og en behandling basert på kunnskap. Hvis legen er en person man har et godt forhold til, er dette selvfølgelig en stor fordel, men ikke en absolutt betingelse for vellykket hjelp. I psykososial hjelpevirksomhet er derimot samarbeid og alliansebygging en *absolutt forutsetning* for virksom hjelp.

Det foreligger forskning på ulike områder som alle peker på den avgjørende betydningen sosial relasjon har når det gjelder menneskelig utvikling og endring. Jeg vil nevne eksempler fra fire slike områder, hentet fra filosofi, biologi, utviklingspsykologi og psykoterapi:

1. *Deltaker og tilskuer*. Filosofen Hans Skjervheims distinksjon mellom *deltaker og tilskuer* (Skjervheim, 1976) kan si oss noe om forskjellen mellom et medisinsk tenkesett som handler om objektive funn – sett fra «tilskuerplass» – og deltakelse i form av samarbeid og innlevelse, som kjennetegner god psykososial hjelpevirksomhet. Som tilskuer stiller man seg utenfor i forholdet til den andre. Som deltaker engasjerer man seg i forholdet og søker å forstå ut fra den andres perspektiv. Å basere praksis på relasjon vil da si å gå inn som deltaker i et mellommenneskelig møte.

2. *Et flokkdyr*. Menneskebarnet er avhengig av omsorg over lenger tid enn andre pattedyr. Vi forblir i ulike former for avhengighet livet ut. Medlemskap i et fellesskap er nødvendig for overlevelse. Mennesket som art er kalt et *sosialt flokkdyr* (Ladberg, 2006). Det gir derfor god mening å betrakte psykososiale problemer som vanskeligheter med å forholde seg til andre, til et fellesskap – «flokken» – og at hjelp bør utformes deretter.

3. *Tilknytning*. Psykoanalytiker John Bowlby (1951) skapte begrepet *tilknytning* om båndet mellom omsorgsgiver og barn. Forskning på ulike former for tilknytning har vist at disse kan ha avgjørende betydning for personlighetsutviklingen og for senere funksjon som foreldre og som partnere. Hvis man ser psykososial hjelp som et tilbud om en alternativ mellompersonlig erfaring, gir dette en grunn til å se på kvaliteten på forholdet mellom hjelper og hjelpesøkende.

4. *Psykoterapeutisk forskning*. Forskning på effekten av psykoterapi viser at *forholdet* mellom terapeut og klient er av avgjørende betydning (Wampold, 2014). Et slikt forhold vil si en dialog som anerkjenner klientens egne utviklingsmuligheter. Det er i klienten endringsarbeid skjer, ikke i hva terapeuten gjør og sier. Psykoterapi er i sin essens hjelp til selvhjelp.

Betydningen av sosial kontekst

Medisinsk behandling er i det store og hele rettet mot pasienten som *enkeltindivid* og organisert deretter; diagnoser og behandling er altså stort sett individbasert. Følgene av å benytte denne individrettede modellen på psykososial hjelpevirksomhet er kanskje det mest synlige eksempelet på den problematikken som her diskuteres.

Psykososiale problemer bør sees i et kontekstuellt helhetsperspektiv uansett deres antatte årsak. De kan ikke sees uavhengig av familie, sosialt nettverk og kultur, og de henger sammen med hvordan dette systemet som *helhet* fungerer. Hjelpevirksomhet som ikke tar hensyn til dette, blir ufullstendig. Man unngår å ta opp hvordan familie, andre nære andre relasjoner og kultur virker inn, og, ikke minst, man går glipp av de *ressursene* disse elementene kan representere (Vedeler, 2011; 2012). Samarbeid og alliansebygging med den enkelte klient forutsetter i mange tilfeller at man inkluderer familie og nettverk i en *felles* innsats.

Kontrasten mellom de to tenkesettene kommer kanskje tydeligst frem hvis man sammenlikner en kirurgisk operasjon med en psykoterapeutisk prosess. Det kirurgiske teamet gjør jobben, og følgelig kan de med rette ta æren for en vellykket operasjon. Pasientens oppgave er tålmodig å motta behandlingen, være *patient*. Klienten i en vellykket psykologisk behandling er derimot en aktiv deltaker i et felles prosjekt som blir til i samarbeid. En eventuell endring er noe klienten selv «utfører». Æren for et tilfredsstillende utfall tilfaller klienten, mens terapeuten har vært tilrettelegger, særlig ved å skape en trygghet som oppmuntrer utforskning av alternative muligheter.

Dilemmaer oppstår

I somatisk medisin dreier *profesjonalitet* seg om objektiv kunnskap, teknisk ferdighet og den rette holdningen. En slik holdning innebærer at man ikke lar personlige impulser og interesser komme i veien for behandlingen. Behandleren holder sine følelser og private meninger i tømme, noe som innebærer en viss avstand til pasienten.

Hvis denne oppfatningen blir overført til psykisk helsevern, kan det oppstå et dilemma. En profesjonell holdning i denne sammenhengen vil ikke først og fremst bety avstand, men snarere å ha trygghet til å vise empati og mot til å la seg berøre. Profesjonell kompetanse innenfor psykisk helsevern bør vurderes ut fra fagpersonens evne til emosjonell nærhet og til å sikre trygge forhold for utforskning av alternativer.

Det oppleves stort sett som fornuftig og forståelig at man i det somatiske helsevernet *mottas* med formaliteter som registrering, vurdering og sortering – og dermed venting. Dessuten er det vanlig at de som «sitter i mottaket» er andre enn de/den som senere overtar. En tilsvarende ordning kan ha uheldige konsekvenser når det dreier seg om psykososiale problemer. Her kan den første henvendelsen være kritisk. Å bli mottatt med varme og interesse av dem man møter i *det øyeblikk man er i krise*, kan være

avgjørende for et senere behandlingsforløp. Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende som da lett oppstår, kan ikke uten videre erstattes når man «blir sendt videre» til en annen behandler.

Det er ofte slik at undersøkelser under en utredning blir utført som rutine, besluttet over hodet på klienten. I det somatiske helsevesenet er dette som regel greit fordi man som pasient hverken kan eller vanligvis ønsker å sette seg inn de faglige begrunnelsene for de undersøkelsene som forordnes.

I det psykiske helsevernet bør man ta hensyn til hvordan en utredning *oppleves*: meningsfull eller uforståelig, betryggende eller truende. Her blir det et spørsmål om *når* i prosessen utredningen finner sted og hvordan utredningen begrunnes. Hvis en hjelpesøkende blir møtt med en utredningsprosedyre *før* en tillitsfull relasjon har blitt etablert, vil hjelpeapparatet kunne oppleves som en uimotsigelig premissleverandør med overveldende definisjonsmakt.

Fremmer diagnosespråket samarbeid?

Også for *diagnoser* får sykdomsmodeller en rekke følger. Diagnoser i psykisk helsevern kan være berettigede som dokumentasjon ut fra forvaltningsmessige hensyn. De kan være nødvendige i kommunikasjon mellom fagfolk, og praktiske og økonomiske ressurser kan avhenge av dem. Men hva er konsekvensene av diagnostisering for *forholdet* mellom den som blir diagnostisert og den som setter diagnosen?

Et betimelig spørsmål er om det *språket* diagnostisk begreper inngår i, fremmer et samarbeid mellom behandler og klient. I mange situasjoner vil den som søker hjelp for psykososiale problemer, være mer opptatt av å føle seg forstått enn å få seg *forklart* hva man feiler.

En diagnose handler om sykdom og mangler – hva man ikke kan, *ikke* hva man kan. Å bli møtt med en diagnose kan oppleves som en ufullstendig beskrivelse av hvem man er.

Hvis det er slik at psykososiale problemer først og fremst foreligger som språklige konstruksjoner skapt i en relasjon mellom klient og fagperson, bør en diagnose sees som en *meningsytring*, ikke en stadfestelse av en objektiv sannhet. Hjelp med psykososiale problemer er primært en utforskning av fremtidens muligheter, ikke en søken etter hva man «egentlig» feiler.

Et annet aspekt handler om virkningen av diagnostisering på *den som stiller diagnosen*. Jeg har personlig opplevd, spesielt der etablering av en samarbeidsrelasjon har vært vanskelig, at jeg blir mer opptatt av diagnosen enn hvordan jeg skal komme i kontakt med klienten (og med meg selv). Jeg tenker at dette

er en defensiv reaksjon fra min side, en dreining av fokus fra «vårt forhold» her og nå til fokus på «den «andre». Det kan føles tryggere å være tilskuer enn deltaker.

Det finnes lyspunkter

På flere områder ser man en tendens til at psykisk helsevern endrer seg mot en stadig mer relasjonsorientert forståelse. Det er derfor viktig å identifisere denne tendensen på hvert enkelt område slik at den kan bli oppmuntret og videreutviklet.

Åpenhet om hva fagfolk mener om sine klienter, at de er transparente, er en trend i helsevesenet generelt. Fra et relasjonsperspektiv er denne trenden spesielt viktig innenfor psykisk helsevern. Et eksempel er *reflekterende prosesser* (Andersen, 1987). Her diskuterer man ikke klientene *bak deres rygg*, men snakker om dem direkte, mens de hører på. En konsekvens av dette er at fagpersoner formulerer seg mer respektfullt. Hører og ser klientene hva deres behandlere sier og mener, legger det en bremse på behandleres eventuelle tendens til å snakke om klienter i negative ordelag – noe som videre kan befeste holdninger som hindrer respekt og innlevelse.

Man må også vurdere *hvor* i hjelpeapparatet hjelp bør være tilgjengelig. I somatisk helsevern er det rimeligvis slik at stadig mer spesialiserte tjenester høyere opp i systemet avhenger av hvor alvorlig eller komplisert tilstanden er. I psykisk helsevern har et tilsvarende tenkesett rådet, men man har i den senere tid stilt spørsmål ved dette prinsippet. På førstelinjenivå er det lettere å unngå omstendelige henvisningsprosedyrer; man har mulighet til å møte sin behandler direkte, får kortere ventetid og behandlerne står friere enn i spesialisthelsetjenesten med sine høye krav til formell dokumentasjon.

Forebygging og tidlig intervensjon

To eksempler på dette er *kommunepsykologtjenester som lavterskeltilbud* med vekt på forebygging og tidlig intervensjon (Schjødt, Hoel & Onsøien, 2012) og terapimetoden «*åpne samtaler*» i behandlingen av psykoser (Seikkula, 2000) som innbefatter kort ventetid, nedtoning av diagnostisk fokus og *åpenhet* i et samtaleforum der alle berørte – klienter, pårørende og behandlere – deltar og blir gitt muligheten til å si sin mening.

Vi har i dag en pågående diskusjon vedrørende hvilke profesjoner som bør kvalifisere til hva innenfor helsevernet vårt. Stort sett er det udiskutabelt at legen er den ledende innenfor det somatiske helsevernet. I psykisk helsevern er dette ingen selvfølge, og leger har måttet dele denne rollen med psykologer. Disse to profesjonene har tradisjonelt hatt den klart høyeste status på dette området.

I lys av argumentet om relasjonskompetanse som det primære, begynner man nå

å revurdere legers og psykologers selvfølgelige status innenfor psykisk helsevern. Det er ikke gitt at disse tradisjonelt ledende hjelperprofesjonene uten videre er de mest kompetente. Alle relevante yrkesgrupper med samme akademiske nivå i psykisk helsevern bør derfor stille likt i vurderingen av hvem som er mest skikket til hvilken oppgave.

Konklusjon

Denne analysen er ikke er en kritikk av det somatiske helsevesenet. Tvert imot, menneskekroppen bør behandles som det naturfenomen den er. Problemer oppstår når det psykiske helsevernet *ureflektert* følger tenkesett og praksisformer fra det medisinske området. Psykososiale problemer handler primært om *relasjoner*, i fortid og nåtid, mellom klient og signifikante andre. Av disse er behandlere spesielt viktige. Dette er psykisk helseverns *egenart*. Å erkjenne dette betyr å forme tjenestene ut fra deres egne premisser og ikke ta den medisinske modellen for gitt.

Kilder

- Andersen, T. (1987). The reflecting team. Dialog and meta-dialog in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415–428. doi: [10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x).
- Bowlby, J. (1952). Maternal care and mental health. *Journal of Consulting Psychology*, 16(3), 232.
- Ladberg, G. (2006). *Den mänskliga hjärnan – en upptäcktsfärd*. Stockholm: Prisma.
- Schjødt, B. R. H., Hoel, A. K. & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehaug.
- Vedeler, G. H. (2011). [Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 1](#). *Fokus på familien*, 39(4), 263–282.
- Vedeler, G. H. (2012). [Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 2](#). *Fokus på familien*, 40(1), 27–48.
- Wampold, B. E. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten*. Oslo: Gyldendal.

Gerdt Henrik Vedeler

Gerdt Henrik Vedeler er spesialist i klinisk psykologi og familiepsykologi. Han har jobbet i barnepsykiatri og familierapi i mange år og har undervist og veiledet innenfor ulike områder av psykososialt arbeid.