

Omtale og diskusjon av boken

“Psykiske lidelser” (Hagen & Kennair (Red.) (2016))

Berit Aanesen

Boken “Psykiske lidelser” (Hagen & Kennair, 2016) er en del av pensum i siste del av terapeututdanningen. Dette er refleksjoner basert på lesningen – refleksjoner farget av min dobbeltrolle som student i integrativ terapi og samtidig naturvitenskapelig akademiker med tradisjonell reduksjonistisk forståelsesramme. Boken ble bevisstgjørende i forhold til hvordan sykdomsmodellene påvirker diagnosemanualene, og samtidig på hvordan diagnoser og diagnosesystemene i seg selv påvirker terapeutens, klientens og allmennhetens forståelse av sykdom - og dermed også behandlingstilnærmingene. Hva betyr dette for individet som søker behandling? Integrativ terapi sin prosessuelle diagnostikk ble et interessant utfyllende perspektiv.

Innledning

Redaktørene tar sikte på å formidle en forståelse av psykiske lidelser ut fra en biopsykososial forståelsesmodell. Og allerede i første kapittel pekes det på at man med fordel kan “... være kritisk til diagnosesystemer og arbeide for stadig bedre forståelse, samtidig som man er pragmatisk i å bruke dem så godt som mulig” (Kennair & Kleppestø, 2016, s. 23) (referanser til boken er i denne teksten markert med understrekning av årstallet). Selve anslaget fanger min interesse: for selv om jeg kulturelt og gjennom akademisk naturvitenskapelig utdanning og praksis kjenner en slags trygghet og tilhørighet til den medisinsk-baserte, reduksjonistiske, tradisjonelle tilnærmingen som utøves gjennom standardiserte kategoriserende kriterier og spørre- og evalueringsskjemaer, er jeg også i økende grad blitt bevisst på det begrensede og mangelfulle ved dette perspektivet - særlig når det gjelder psykisk helse. Derfor opplever jeg denne boka, og den biopsykososiale vinklingen, som et positivt bidrag til en diagnose- og sykdomsforståelse som i større grad ser hele mennesket, og som dermed forhåpentligvis kan utløse riktigere hjelp til hver enkelt. For det er klart at vår kunnskap om og forståelse av årsaksfaktorer til psykisk sykdom, er med på å forme diagnosesystemene. Og manglende (anerkjennelse av) kunnskap er nødvendigvis hemmende og begrensende for faglig utvikling, og påvirker selvfølgelig også behandlingstilbudet (Røssberg & Andreassen, 2018).

Idealet om å forstå den hjelpesøkendes behov gjenfinner vi blant annet indirekte i Kierkegaards utsagn om at all hjelpekunst forutsetter at vi møter den hjelpesøkende der hvor han eller hun er (Pedersen, 2007), og også f.eks. hos Jung og hos Yalom i tanken om at terapi må oppfinnes på nytt for hver nye pasient (Skårderud, 2006). Vi gjenfinner det også eksplisitt i integrativ terapi som en bio-psyko-øko-sosial psykoterapi som understreker behovet for et nytt og mer helhetlig syn på diagnostikk (Petzold, 2001; Vatnøy, 2017): med større bevissthet på individets sosiale nettverk, livssituasjon, historikk og ressurser (uten å avvise ICD eller DCM systemene). Nettopp denne

flerperspektiviteten tror jeg er en vesentlig styrke. Jeg registrerer også med glede at et mer helhetlig perspektiv får stadig større fokus i media og i faglitteratur, f.eks. var hele første nummer av Tidsskrift for psykisk helsearbeid i 2017 dedikert til psykiatriske diagnoser som tema, og i lederen står det blant annet at *“Den største faren med diagnoser er objektiviseringen gjennom å miste personen bak diagnosen av syne. Hvilken kunnskap går vi glipp av når fokuset handler om symptomer og diagnoser?”* (Sjøløe & Fugletveit, 2017, s. 2).

Behovet for diagnostikk

Diagnostikk i en eller annen form er en nødvendig forutsetning for å kunne yte noenlunde relevant hjelp. I offentlige hjelpetjenester er det også et formelt krav (Ryum, Vogel & Hjemdal, 2016), og en formalisert manualbasert diagnose er der et kriterium for rett til - og for mange dermed også tilgang til - ulike ytelser. Dette i seg selv kan bli en utfordring som medfører risiko for å sykeliggjøre normale reaksjoner og variasjoner, selv om det også finnes studier som peker på at de fleste med vanlige psykiske lidelser faktisk ikke får den hjelpen de trenger - enten fordi de ikke oppsøker lege, fordi legen ikke fanger opp sykdommen, eller fordi de faktisk tross diagnose ikke får et reelt tilbud om hjelp (Torvik et al, 2017). Med utgangspunkt i en utvidet, helhetlig helse- og sykdomsforståelse vil det være store individuelle forskjeller på hva en til enhver tid opplever som god helse og på hva som eventuelt er nødvendige og hensiktsmessige behandlingsforløp, og det er fortsatt en utfordring å fange dette opp gjennom det tradisjonelle diagnosesystemet. Vedeler (2016) uttrykker en generell bekymring for det problematiske ved at det psykiske helsevernet følger tenkning og praksisformer fra det medisinske området. Sundet (2017) peker eksplisitt på hvordan det å måtte arbeide ut fra en (manualbasert) diagnose kan oppleves direkte begrensende. Dette har også vært poengtert i debatten rundt pakkeforløp i psykisk helse (Hofgaard, 2018). Hofmann (2017) taler i den forbindelse for en løsning i retning av pragmatisk diagnosebruk, når han sier at *“Midlene, diagnosene og pakkene, er bare relevante om de hjelper mennesker. Da bør vi bruke dem - ellers ikke. For de former oss.”* I en biopsykososial forklaringsmodell blir de individuelle forskjellene og den gradvise overgangen mellom helse og sykdom mer synliggjort. En god anvendelse av en slik forståelse, i retning av å bruke diagnosesystemene “så godt som mulig”, må ikke nødvendigvis innebære å gå bort fra dem: men å utfylle bildet med flere perspektiver - slik Integrativ terapi etterstreber.

For selv i en situasjon der alle som ønsket det kunne få hjelp når en trengte det, ville en fortsatt trenge - og bruke - diagnostikk. Dette gjelder ikke bare i forhold til hver enkelt klient, men også på et overordnet nivå, noe som adresseres svært godt i kapitlet om spiseforstyrrelser: Skårderud (2016) peker her på at nettopp det at behandlingsresultatene generelt ikke er tilfredsstillende, indikerer et behov for bedre beskrivelser, teoretiske modeller og klinisk kompetanse. Her poengteres også behovet for diagnostikk for å gi ulike lidelser forskningsmessig oppmerksomhet: og også i den sammenheng er det sentralt å ha et helhetlig biopsykososialt perspektiv. På samme måte som reduksjonistiske, avgrensede årsaksmodeller ikke kan forklare en lidelse, kan de heller ikke gi et fullstendig bilde av behandlingsmuligheter og deres potensiale (Røssberg & Andreassen, 2018). Dette kapitlet er kanskje den delen av boka som går lengst i å peke på individet bak diagnosen: Skårderud sier her at *“Vi kjenner ikke spiseforstyrrelsen før vi*

kjenner den konkrete personen” (Skårderud, 2016, s. 178). Her er han også på linje med f.eks. Rogness (2003) og Løkke (2014) som påpeker risikoen for at likhetsprinsippet blir fremmedgjørende og at den biomedisinske diagnosekulturen kan usynliggjøre enkeltindividene og deres historie og behov.

Hva slags diagnostikk trenger vi?

Bidragsyterne i bokas ulike kapitler støtter langt på vei den innledningsvise refleksjonen om en mer pragmatisk og prosessuell tenkning innen både diagnostikk og behandling (Kennair & Kleppstø, 2016), med fokus på hele mennesket i hele sin biopsykososiale og historiske kontekst. Ideelt sett bør også diagnostikken være i stand til å skille mellom adekvate og prinsipielt sunne reaksjoner og patologiske / problematiske tilstander ut fra et helhetlig, utvidet helsesyn der enkeltindividets subjektive oppfatning av sin egen situasjon og fungering står sentralt, og samtidig identifisere individuelle ressurser og potensialer som kan adresseres som helsefremmende faktorer gjennom behandlingen. Dette innebærer imidlertid en potensiell risiko for å bli for her-og-nå fenomenologisk fokusert, og miste av syne det strukturelle aspektet som ligger implisitt i historikken - den utviklingspsykologiske betydningen av potensielt skadelige såvel som helsefremmende hendelser over et tidsforløp. Det påpekes (Fors, Stiles & Jacobsen, 2016) at nettopp det å forstå historikken bak lidelser og syndromer, kan være med på å forbedre eksisterende behandlinger også for lidelser vi per idag ikke forstår fullt ut. Samtidig er det nok likevel slik at de mer “organiske” lidelsene med en viss grad av riktighet kan sies å “tåle” den tradisjonelle biomedisinske tenkemåten noe bedre enn de som i mindre grad - ihvertfall foreløpig - har en organisk forklaringsmodell. Det er også min erfaring at noen opplever en konkret, reduksjonistisk basert diagnose som forenklende, avklarende og paradoksalt nok som en helsefremmende intervensjon i seg selv.

Den prosessuelle diagnostikken som står sentralt i integrativ terapi (Petzold, Leuenberger & Steffan, 1999; Vatnøy, u.å.), har et fenomenologisk strukturelt utgangspunkt for praksis. I de inter-kroppslige møtene mellom terapeut og klient gjøres observasjoner på det fenomenale planet, gjennom f.eks. holdning, mimikk, verbalt og emosjonelt uttrykk, i dialog og også gjennom samhandling i kreative aktiviteter som f.eks. bevegelse, musikk eller maling. Et bredt utvalg av strukturerende teknikker - inkludert diagnosemanualer - kan trekkes inn etter behov, med sikte på å få en mest mulig helhetlig observasjon av alle klientens livsområder. Observasjonene danner en skisse av en helhet som er mer enn summen av aspektene, og som danner grunnlag for hypoteser om strukturer / skjemaer dannet gjennom klientens historie, ettersom disse uvegerlig vil aktiveres og manifestere seg fenomenologisk også i nåtid. Det å gjenkjenne slike strukturer er av sentral betydning. En slik helhetlig diagnostikk danner dermed utgangspunkt for et felles bilde av terapeutisk mål, og derfra behandlingsmetoder og -forløp, i en kontinuerlig interaktiv prosess. Dette støttes også av at observasjonene er rettet mot ikke bare mangler og skader, men også mot hva som faktisk fungerer, ressurser og potensialer. Slik er kanskje integrativ terapi sin tilnærming svært nær et svar på det Roksund (2017, s.88) etterlyser når han peker på at inflasjonen i bruk av psykiatriske diagnoser er med på å sykeliggjøre selve livet, og spesifikt på at det er mulig å “... hjelpe folk med psykiske lidelser uten først å gå veien om bruk av de diagnostiske manualene slik psykiatrien vanligvis gjør.” Ved å bevisstgjøre seg et helhetlig ressursperspektiv blir det mulig å se ut over patologi- og

symptomsentreringen, og rette fokus også mot meningsdannelse, tilhørighet og mestring, som er vesentlige aspekter av et utvidet helsebegrep.

Det biopsykososiale perspektivet på diagnostikk har opplagt også et potensiale for innflytelse på behandlingen, både generelt gjennom hvordan sykdomsforståelsen påvirker diagnosemanualene og dermed behandlingsperspektivene, og også konkret ved at det åpner for relevante innfallsporter for intervensjoner rettet mot alle tre aspektene: både det biologiske, det psykiske og det sosiale, med utgangspunkt i det enkelte individets forutsetninger og behov. Dermed er man på vei over mot den flerperspektivitet som jeg både gjenkjenner fra integrativ terapi (Hömann-Kost, 1991; Petzold, Leuenberger & Steffan, 1999), og som jeg også er overbevist om er av stor nytteverdi for klientene. Mens bokas ulike kapitler, riktignok - og tildels forståelig - i noe varierende grad, viser hvordan en biopsykososial tilnærming gir nye perspektiver og muligheter i forhold til den tradisjonelle biomedisinske forklaringsmodellen, er det likevel fortsatt mer å hente i retning av flerperspektivitet. Min oppfatning er at integrativ terapi går dette ekstra steget, i og med det eksplisitte fokuset på både historikk og på det prosessuelle, dialogiske og intersubjektive både i diagnostikken og i behandlingen, på et bredere metateoretisk fundament. Og ikke minst ved at diagnose og behandlingsmål ikke bare settes ut fra en rutinebasert kategorisering i forkant av terapien slik idealet i offentlige helsetjenester fortsatt er (Myklebust & Jordal, 2003; Ryum, Vogel & Hjemdal, 2016; Vedeler, 2016), men faktisk i intersubjektivt samråd og ko-respondens mellom klient og terapeut, i en gjensidig og kontinuerlig interaksjon der terapeutiske intervensjoner samtidig bidrar til den prosessuelle diagnostikken, og målstrukturen er i bevegelse underveis i terapiforløpet. Dette er et klientorientert aspekt som i for liten grad diskuteres i boka.

Jeg opplever at det innledende sitatet fra Kennair og Kleppstø (2016) om å bruke diagnosesystemene så godt som mulig og basert på en kritisk og pragmatisk tilnærming, gir god gjenklang i det jeg har lært om den integrativ-terapeutiske fenomenologisk strukturelle tilnærmingen (Petzold, Leuenberger & Steffan, 1999; Vatnøy, u.å.): der inkluderes f.eks. manualene der det er relevant som ett av flere kartleggingsverktøy. Nettopp det at denne prosessuelle diagnostikken bevisst går ut over, men ikke forkaster de tradisjonelle diagnosesystemene, og fokuserer på dannelse av en helhetlig oppfatning basert på både symptomer, stress-, risiko- og beskyttelsesfaktorer på alle klientens livsområder, er noe jeg gjennom innledende praksiserfaringer oppfatter som godt og nyttig både for meg selv og klientene.

Litteratur

- Fors, E.A., Stiles, T.C. & Jacobsen, H.B. (2016). I R. Hagen & L.E.O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 157-176). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hagen, R. & Kennair, L.E.O. (Red.). (2016). *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hofgaard, T.L. (2018, 23.01). Grenser for standardisering, *Aftenposten*, *Kort sagt*. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/qnRxyg/Kort-sagt_-tirsdag-23-januar

- Hofmann, B.M. (2017, 28.10). Når mennesker blir pakker merket med diagnoser, *Morgenbladet, Debatt*. Hentet 260118 fra <https://morgenbladet.no/ideer/2017/10/nar-mennesker-blir-pakker>
- Höhmman-Kost, A. (1991). *Bevegelsesterapi*. Oslo: Tano AS.
- Kennair, L.E.O. & Kleppstø, T.H. (2016). Hva er psykopatologi? Risikofaktorer, forskningsmetoder og behandling. I R. Hagen & L.E.O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 13-45). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Løkke, P.A. (2014). Jenters stumme raseri - i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 767-772.
- Myklebust, I. & Jordal, H. (2003). Pasienters rett til å få sin helsetilstand vurdert. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(11), 1558-1559
- Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(2), 209
- Petzold, H.G. (2001). Integrative therapy in a nutshell - Integrative Therapie kompakt. "Integrative therapy": history, development and concepts of an innovative approach to "biopsychosocial" psychotherapy and body oriented intervention. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für "Integrative Therapie"* (01). Hentet fra http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_nutshell_polyloge_01_2001.pdf
- Petzold, H.G., Leuenberger, R. & Steffan, A. (1999). Terapeutiske målsetninger i integrativ terapi. I H. Ambühl & B. Strauss (Red.). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Rogness, W. (2003). Klassifikasjonssystemer og diagnostisk praksis. *Impuls*, (1), 36-49
- Roksund, G. (2017). En psykiatrisk hengemyr? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 87-90. DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2017-01-10
- Ryum, T., Vogel, P.A. & Hjemdal, O. (2016). Utredning og diagnostikk. I R. Hagen & L.E.O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 46-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Røssberg, J.A. & Andreassen, O.A. (2018). Hva vet vi om årsakene til psykiske lidelser? *Aftenposten, kronikk*. Hentet 25.01.2018 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/zLgBOO/Hva-vet-vi-om-arsakene-til-psykiske-lidelser--Rossberg-og-Andreassen>
- Sjølie, H. & Fugletveit, R. (2017). Leder. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 2-3
- Skårderud, F. (2006). Eksistens og psykoterapi - og Schopenhauers trøst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(3), 248-259
- Skårderud, F. (2016). Spiseforstyrrelser. I R. Hagen & L.E.O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 177-197). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sundet, R. (2017). *Diagnostikk som selvpåført blindhet: Et kompetanseproblem i psykisk helsevern?* Hentet 210118 fra <https://forskning.no/blogg/psykisk-helse-og-rus/diagnostikk-som-selvpafort-blindhet-et-kompetanseproblem-i-psykisk>
- Torvik, F.A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T.H., Bramness, J.G., Gillespie, N., ..., Reichborn-Kjennerud, T. (2017). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 54-64. DOI: 10.1111/acps.12829
- Vatnøy, I. (u.å). *Prosessuell diagnostikk*. Hentet 23.01.2018, fra <http://www.integrativ-terapi.no/informasjon/nyheter/vis/?T=Litteratursamling&ID=10643>

Vatnøy, I. (2017). *Hva er integrativ terapi?* Hentet 23.01.2018, fra

<http://www.integrativ-terapi.no/ekstra2/Integrativ%20terapi/>

Vedeler, G.H. (2016). *Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern?* Hentet 21.01.18 fra

<https://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>