

# En triumf for pasientene eller for fagforeningen?

Jeg heier på normalisering av livssmerte. Men sykeliggjøring som normaliseringsstrategi kan understøtte et diagnosesystem med uheldige bivirkninger.



**MARIANNE  
MJAALAND,**

psykiater og forfatter

## SYKELIGGJØRING

**NORSK PSYKOLOGFORENING** er en fagforening. Det er klart den jubler over regjeringens forslag om å lovfeste psykologer i norske kommuner. Dette betyr økte jobbmuligheter for psykologene. Laugets fremste jobb er nettopp å bedre betingelsene for sine medlemmer.

Andreas Høstmælingens rolle som fagsjef i Psykologforeningen er mer utydelig. Er hans innspill først og fremst faglige eller fagforeningspolitiske? For å avgjøre dette må man som Robert Whitaker og Lisa Cosgrove (*Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury and Prescriptions for Reform*, 2015) følge pengestrømmen. Høstmælingen er ansatt av Psykologforeningen. Hans innspill skal altså først og fremst tjene lauget. Det betyr ikke at de skal avvises eller bagatelliseres. Tvert imot skal de tas med det største alvor. Han fronter en mektig fagforening.

Derfor er det dypt urovekkende at han i sitt innlegg i juniutgaven av Psykologtidsskriftet ikke bare unnlater å problematisere medikalisering som samfunnsfenomen, enten det gjelder psykiske eller kroppslige lidelser. Han forsvarer offensivt en sykeliggjøring. Han forsvarer også, uten en eneste kritisk kommentar, et diagnosesystem som med DSM 5 har svulmet opp til 400 adskilte diagnoser, til tross for at systemet mangler grunnleggende kvaliteter som validitet, reliabilitet og klinisk relevans. En rekke psykologer avviser systemet som ubrukelig, ja, som direkte skadelig for alliansebygging og den terapeutiske prosessen. En

av dem er fjorårets vinner av Psykologprisen, Birgit Valla. Og det er mange som med Gerdt Henrik Vedeler (Psykologisk.no, 2016) avviser en medisinsk modell.

Høstmælingen har selv slått fast: «Vi har ennå ikke klart å definere en eneste psykologisk sykdom» (Psykologforeningen.no, 2016). Han føyer til: det viktigste er å se «mennesket bak diagnosen». Men hva skal man med en diagnose som i beste fall låser tankegangen og bremser alliansebygging, i verste fall skygger for den man egentlig vil se: det lidende menneske?

### «PSYKISK LIDELSE», IKKE «SYKDOM»

Som offentlig ansatt plikter jeg å bruke det diagnosesystemet vi har. Men prinsipielt avviser jeg sykdomsbegrepet for psykisk uhelse. «Sann» eller «falsk» i medisinsk forstand er dermed irrelevant. «Psykisk lidelse» gir derimot mening. Ofte vil det dreie seg om normale reaksjoner på livsbelastninger som for den enkelte, gitt dennes psykologiske konstitusjon, er mer enn hun eller han kan tåle. Ved de alvorlige sinnslidelsene er forholdene mer komplekse. Hypotesene er mange, ingen av dem er bekreftet. Dette er «lidelser» i begrepets mest fundamentale forstand.

Her ligger en dobbel subjektivitet som involverer både pasient og behandler, dypt problematisk i et helsevesen som finansieres etter et medisinsk diagnosesystem der selve grunnkriteriet er evnen til å skille sykt fra friskt. Diagnosene definerer tilgang til helsetjenester og

er grunnlag for all finansiering og prioritering, dessuten grunnlaget for (naturvitenskapelig) forskning og (medisinsk) evidens. Men at dette er problematisk, kan ikke rettferdiggjøre å holde fast ved et system som ikke gir mening. Slikt skaper en usunn kognitiv dissonans.

Høstmølingen har rett i at jeg har stor tillit til menneskets evner til å mobilisere egne ressurser, personlig, men ikke minst, i sine private nettverk. For kriser fører ikke nødvendigvis til undergang. Kriser kan gi psykologisk vekst. Det er ikke fallet som definerer et menneskes kvaliteter, men evnen til å reise seg. Det får man aldri sjansen til å oppdage hvis det står noen klar til å fange en opp med det samme man snubler. Alternativet kan være nettopp å anvende prinsippet ved influensa: avvente mens kroppens immunsystem ordner opp. Og visst er det fellesskapets oppgave å støtte den som strever. Men ikke nødvendigvis et *profesjonalisert* fellesskap. Profesjonaliseringen kan tappe samfunnsfellesskapet for oppgaver og mening.

Sykeliggjøring av normale livsutfordringer har dessuten konsekvenser for dem med mer alvorlige tilstander og større lidelsespress: psykoselidelser, alvorlige traumelidelser og personlighetsforstyrrelser. For disse har svakere stemmer enn de ellers vel fungerende. Skal man prioritere kommunepsykolog til de friskeste eller FAC-team til dem med schizofreni? Hvor mange av sene-gene i de psykiatriske døgnavdelingene skal fjernes når medisinfrie alternativ trolig vil kreve lengre hospitalisering? Eller hva med ressurskrevende BET-behandling av de mest marginaliserte pasientene, som psykologspesialist Didrik Heggdal velfortjent fikk årets Psykologpris for? Slike prioriteringer må også fagforeninger forholde seg til, om de skal ha et skinn av faglig legitimitet.

Jeg håper ikke at det bare er en taktisk vurdering av finansiering som holder Psykologforeningen fra å skrote et ubrukelig diagnostesystem. For hvis man avskriver medisinske diagnoser og heller ikke finner seg til rette i en medisinsk modell, er det vel vanskelig å fortsatt definere seg innenfor medisinenes rammer. Kanskje på tide for psykisk helsevern å løsrive seg både fra medisinen og fra helsevesenet? ❌



## Moral og etikk i psykoterapi

Moralske og etiske spørsmål er svært sentrale i psykoterapi, og empirisk forskning er ikke tilstrekkelig til å belyse slike spørsmål.

**HENRIK BERG**, psykolog og stipendiat ved Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

### VITENSKAPSTEORI

**I JUNIUTGAVEN** av Psykologtidsskriftet går Krister W. Fjermestad hardt ut og kritiserer meg, etter tittelen å bedømme, for å ha et reduksjonistisk syn på klinisk forskning. Reduksjonisme er imidlertid et flertydig begrep, og det er vanlig å skille mellom to typer: Ontologiske reduksjonister hevder at virkeligheten består av enkle bestanddeler som må studeres som bestanddeler for å erverve genuin kunnskap om verden (for eksempel må vi skru en klokke fra hverandre for å kunne forstå den). Metodologiske reduksjonister mener at all vitenskap gir perspektivbundet og begrenset innsikt i en kompleks verden (dvs. begreper, metoder, analyseformer, osv. preger resultatene vi får). Å være ontologisk anti-reduksjonist og metodologisk reduksjonist, som jeg er, er relativt ukontroversielt blant både post-positivister, hermeneutikere og post-strukturalister.

Deretter kritiseres ordlyden i ingressen. Ingresser er imidlertid ofte hyperbolske og sammenfattede, men påstandene presiseres vitelig i brødteksten.

Er poenget mitt at det ikke finnes verdivurderinger i psykoterapiforskning? Nei – snarere tvert imot! Poenget mitt er at psykoterapeutisk praksis og forskning innehar en rekke verdivurderinger. Problemet jeg belyste, er at konseptualiseringen av psykoterapi i forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer (en del av evidensbasert praksis i psykologi) utelater denne normativiteten. Forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer tilsier at den eneste relevante forskjellen mellom psykoterapiskoler er hvorvidt de er empirisk støttede (av randomiserte kontrollerte forsøk og «single-subject design») eller ikke.

Innlegget mitt i maiutgaven er heller ikke en kritikk av psykoterapiforskning som sådan. Ironisk nok, med henblikk på anklagen, er det nettopp forankringen som metodologisk reduksjonist som gjør at jeg vil hevde at psykoterapiforskning utgjør en viktig del av bildet. Er teksten en kritikk av randomiserte kontrollerte forsøk? Nei, det er heller »