

Kronikk

Trygve Braatøy i idéhistorisk lys

Denne artikkelen tar utgangspunkt i motsetningen som eksisterte mellom biologisk psykiatri og Trygve Braatøys humanistiske prosjekt og terapisynt. Vi analyserer sannsynlige årsaker til at dette motsetningsforholdet ble spesielt tilspisset like før Braatøys død. Samtidig skisserer vi noen problemområder med den moderne, humanistiske posisjon i medisinen. Vi påpeker trekk ved humanismen som kan representere trusler mot velferden til pasienter i vår samtid. Avslutningsvis presenterer vi i artikkelen moderne filosofiske forsøk på å forstå motsetningen mellom natur og bevissthet som komplementær. En slik komplementær forståelse er viktig for legers selvforståelse og evne til å gi hjelp.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1809

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Per Vollset

Odins veg 46
5222 Nesttun

John Nessa

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

I medisinsk praksis og tenkning har det helt siden antikken eksistert et spenningsforhold mellom sykdom som et objektivt fenomen på den ene side og som personlig opplevelse på den annen. Det førstnevnte kaller

vi det essensialistiske syn, det siste er det holistiske (1). Dette motsetningsforhold ble aksentuert med naturvitenskapens seierstog etter renessansen. Motsetningen ble ufor- enlig eller dualistisk (2). Denne dualisme preget i det forrige århundre forholdet mellom biologisk psykiatri og psykoanalytiske strømninger.

De store fremskritt i medisin og hygiene og et positivistisk vitenskaps- og menneskesyn var toneangivende i Trygve Braatøys (1904–53) samtid. Fremskrittene var så betydelige at det var lett å forestille seg at medisin og samfunn ville utvikle seg mot nye triumfer. Braatøys bok *Pasienten og lægen*, som utkom året før han døde, var ifølge forfatterens forord en advarsel mot denne fremtidstro (3).

Braatøy og tradisjonsbærerne etter ham bygde på erkjennelsen av at skillet mellom det biologiske og det psykiske var kunstig. Braatøy var en foregangsmann for en humanistisk og holistisk erkjennelsestradisjon i medisinen som integrerte det biologiske og psykiske (4). Denne tradisjon har nå fått fotfeste i så vel psykologi som klinisk medisin (5, 6), men posisjonen er motsetningsfull og ikke entydig i dagens medisin. Helsen synes ikke lenger, som på Braatøys tid, å være truet av det autoritære og begrensende, men av det ettergivende og grenseløse.

Trygve Braatøys kamp

Gabriel Langfeldt (1895–1983) var bærer av hovedstrømmingene i norsk psykiatri, og angrep blant annet den frembrytende psykoanalyse for ikke å være vitenskapelig fundert (7, 8). Braatøy argumenterte på sin side offentlig mot Gabriel Langfeldt og biologisk psykiatri. Spesielt ved elektro- sjokkbehandling advarte Braatøy mot ukritisk bruk og hevdet at en slik instrumentell tilnærming til pasientene som sjokkbehandling, kunne føre til at man overså menneskelige og kausale faktorer (9). Artikkelen illustrerer hvordan motsetningene mellom den biologisk og den psykoterapeutisk orienterte psykiatri var tilspisset i etterkrigstidens Norge. André Bjerke lar i *Skjult mønster* sin psykologhelt Kai Bugge, alias Trygve Braatøy, uttale: «Jeg har skrevet flere artikler om dette emnet og fremholder at de eneste som fortjener sjokkbehandling er legene på psykiatrisk klinikk» (10).

Striden spisset seg til med utgivelsen av *Pasienten og lægen* (3). Bokens tittel kunne ha vært «Pasienten, helsebyråkratiet og legene». Braatøy skrev om hvordan sykehuslegen ble disiplinert inn i et system hvor individuelt tilpasset behandling var umulig. Braatøys politiske siktemål var angrepet på det sosialhygieniske prosjekt: illusjonen om at hele folket kunne behandles friskt.

I ettertid kan man si at boken var for mye preget av Braatøys individualisme. Han angrep uhemmet alle som ikke var enig i hans syn, såret mange og hadde ikke alltid positive løsninger. Derfor ble han ensom og isolert, til tross for sin berettigede kritikk av samtidens hygieniske prosjekt.

Professor Hans Jacob Ustvedt (1903–1982) gav ham en viss støtte til å begynne med (11), men etter hvert ble tonen skjerpet betydelig. Høydepunktet var et offentlig møte i lokalene til Det norske medisinske Selskab: «Pasienten og legen sett i lys av professor Ustvedt». Møtet burde vært holdt i Sirkus Verdensteater, stod det i medisinstudentenes blad (12). Braatøy fikk nesten ikke støtte. Pasientens behov for å bli behandlet som en helhet, som et individ, var Braatøys hovedbudskap i *Pasienten og lægen*. Sunnhet og sykdom lar seg ikke skille, skrev han.

20 år senere videreførte sosialdemokraten, kringkastingssjef Ustvedt, mange av synspunktene til Braatøy i et intervju i Dagbladet. Kringkastingssjefens budskap var nå at det var på høy tid å avmytologisere legens heroiske rolle i samfunnet: «Pasienten er prisgitt mer eller mindre opphøyede individer, som flagrer hvitfrakket rundt på knappe visitter» (13). Disse innrømmelser fikk Braatøy aldri høre. Kritikken mot ham var minst like polemisk som Braatøy selv. I *Sykehusarbeideren* ble han omtalt som håndlanger for *Libertas*, preget av organisasjonsfiendtlighet, urett og usannhet (14).

Freudianisme eller helhetssyn

Frontene mot Braatøy var nok skjerpet av forbindelseslinjer mellom Braatøy og den østerrikske psykoanalytiker Wilhelm Reich. Braatøys interesse for og delaktighet i utviklingen av den psykomotoriske fysioterapi var inspirert av den tidlige Reich. Etter hvert utviklet imidlertid Reich teorier, spesielt om orgasme og livsenergi (orgon-energi), som var så useriøse og spekulative

at de antok form av metafysisk frelseslære (15). Braatøy tok avstand fra dette (16).

Freuds psykologi representerer en naturalistisk tenkemåte, naturvitenskapelig monisme (2, 4). Grunnideene i denne tenkemåten er at individets psykiske utvikling er biologisk fundert, våre handlinger styres av ubevisste psykiske prosesser og årsakene til menneskenes «skjebne» ligger i deres fortid (17). Implisitt i en slik betraktningssmåte er en determinisme som gir lite rom for moralske valg. Braatøy påpekte at med den freudianske tautologi kunne man bevise hva som helst (4). Pasientenes erfaringer og utsagn kunne uten videre fortolkes inn i det freudianske verdensbildet. Teorien var selvbe-kreftende og ikke avkreftbar (18).

Braatøys bestrebelser bestod i å forene det psykiske og det fysiske som to sider av samme sak. Blant annet i *De nervøse sinn* eksemplifiserer han hvordan psykisk energi har et fysiologisk substrat (19). Også Braatøy kalte seg «monist» (Sigrid Braatøy, personlig meddelelse). Braatøy benyttet imidlertid et videre perspektiv enn Freud ved at han la vekt på det humanistiske i relasjonen mellom behandler og pasient, pasientenes sosiale historie, de kroppslige erfaringene og viktigheten av kroppsterapi. Han bygde på læringspsykologi, behaviorisme og fysiologi. Dette er argumenter for å anerkjenne Braatøy som en foregangs-mann for et helhetssyn i medisinen (4).

Imidlertid er det også tydelig at Braatøy stod i en freudiansk tradisjon. Han delte Freuds syn på libido som den viktigste intrapsykiske energi og hadde en freudiansk nevroseforståelse. Han så på de kollektive normer som trusler mot den individuelle frihet og livsutfoldelse, og på legens rolle som en forløser av libido slik at denne ikke gav angst og muskulære spenninger, av

Braatøy kalt for baklåsfenomener (3, 4, 19). Braatøy ble derved del i den dualisme som var en del av hans samtid.

Medisinsk selvforståelse og medikalisering

Medisinsk og psykiatrisk virke er fortsatt preget av denne motsetningen (20, 21). I samfunnsvitenskapene har positivismen vært under sterk kritikk i minst tre decen-nier, og er blitt avløst av vitenskapelig epistemologi som synliggjør dialog og mennesket som relasjonelt vesen i samspill med kulturen (22). Braatøys kritikk av det sosialhygieniske prosjekt i etterkrigstidens Norge forutgikk tilsvarende modernitets-kritikk i sosiologien (23), men evnet lite å bygge bro mellom individet og det kollek-tive. En slik brobygging og komplementari-tetsforståelse er viktig ikke bare for medi-sinsk selvforståelse, men også for å forhindre at humanistisk individualisme blir en trussel mot fellesskapet og kulturen.

Vi deler Braatøys uro over et vitenskapssyn som ikke inkluderer mennesket som menings-, verdighets- og relasjonssøkende subjekt (3, 19). Imidlertid observerer vi at medisinen har fått et mer humanistisk preg de siste årtier. På mange måter har et men-neskesyn basert på Sigmund Freuds tenk-ning blitt en del av den folkelig forståelses-horison (24). Samtidig observerer vi at viktige mål på helse og førhet forringes i samfunnet. Stadig flere, spesielt unge, marginaliseres og støtes ut fra produktiv virksomhet i samfunnet med diagnoser som forteller om problemer med relasjoner og selvforståelse i vår kultur (25).

Vi frykter at de problemer medisinen var satt til å løse, forverres og aksentueres av medisinen selv (26). Medisinens ansvar for medikalisering er i de senere år blitt tyde-liggjort (27). Det er en gryende erkjennelse



Trygve Braatøy (1904–53). Foto utlånt av S. Braatøy

av at medisinen ved sin praksis kan komme i skade for å gi sin tilslutning til et ideal om perfekt helse som i seg selv er sykdomsska-pende. Stakkarsliggjøring i godhetens navn blir alternativet for dem som faller utenfor slike idealer (28). Vi ser faren for å anklage offeret, men stiller også spørsmål ved beret-tigelsen av å offerforklare alle lidende.

Årsakstenkning og godhetsregimer

Vi trenger en medisinsk og psykiatrisk selv-forståelse som ser på mennesket som inten-sjonalt i et kulturelt og språklig fellesskap (2). Enkeltindividet må ansvarliggjøres, det bør igjen bli legitimt å snakke om moralske aspekter ved menneskelig atferd. Den moralske fordring og samtale er et grunn-element i menneskers livsutfoldelse, men er blitt erstattet av offerforklaring og margina-lisering med de beste og mest humane hensikter. Denne utvikling har vært mulig i vår kultur fordi de rådende ideologier har hatt et uklart forhold til nestekjærlighet, samaritanisme og solidaritet. Arven fra den psykoanalytiske moralfrykt, arven fra Braatøy om man vil, har ført oss inn i et uføre.

De religiøse og politiske solidaritetsbeve-gelser som preget første halvdel av det forrige århundre, var basert på fellesskap med plikter og retter. Slike fellesskap ble mot slutten av det 20. århundre splittet i et profesjonalisert og ulikeverdige forhold mellom hjelpere tilhørende godhetsregimer og deres undersåtter: klientene (28, 29).

Det systemiske perspektiv i medisinen

Det har vært gjort mange forsøk på å erstatte kausale forklaringsmodeller med mer sirkulære modeller med anerkjennelse av mennesket som subjekt og moralsk



Psykiater og forfatter Trygve Braatøy i møte i Den norske forfatterforening i 1952, Inger Hagerup til høyre. Foto SCANPIX/Aktuell

aktør. Braatøy var en tidlig eksponent for bestrebelsene på å finne plass til et bredere helhetssyn i medisinen (4). Psykosomatikken til Braatøy og hans samtid var imidlertid preget av lineære og kausale tanke-modeller. Det var først etter at systemteori ble introdusert, at sirkulær forståelse har vunnet innpass i medisinen (1, 30–32).

Denne posisjon ble først utviklet på det amerikanske kontinent av indremedisinen og psykiateren George Engel. I den amerikanske psykiaterorganisasjon var det i midten av 1970-årene store indre motsetninger. Den psykosomatiske posisjon hadde ikke klart å forene den biologisk orienterte og den psykologisk orienterte psykiatri. Engel avviste skillet som irrelevant for psykiatrien og medisinen (30). I stedet foreslo han et sirkulært og systemisk perspektiv som både inkorporerte det biokjemiske, det språklige og det kulturelle nivå i det han kalte biopsykososial medisin. Senere har teoretikere som Foss og Rothenberg og klinikere som McWhinney og Stewart utviklet det systemiske perspektiv både filosofisk og klinisk (1, 6, 32).

Det er viktig å understreke at en slik systemisk forståelse ikke representerer noen summasjon av årsaksfaktorer eller organisasjonsnivå. Menneskelivet er karakterisert av forskjellige systemer fra biokjemiske prosesser via cellulære og organbaserte nivåer til individuelle og kulturelle. Disse nivåene er ikke kontinuerlige, men representerer kvalitative brudd, med forskjellige lovmessigheter fra ett system til et annet (30–33). Derfor vil det være ødeleggende for psykiatri og medisin å foreslå at nevrobiologien skal være grunnlag for alle psykiatriske forståelsesmodeller (20), eller biomedisinen grunnlag for all medisinsk virksomhet.

Hvis vi skal unngå endimensjonal biologi på den ene side og subjektiv fenomenologisme på den annen, trenger vi et dialogisk og systemisk perspektiv som forener og gir plass til begge uten å tillate noen av dem å bli dogmer (34).

I medisinen kan vi forene bevissthet, språk og kultur og kroppens biologi bare dersom vi aksepterer at det ene perspektivet ikke kan beskrives med det andre perspektivets terminologi og lovmessigheter. Antropologen Gregory Bateson kalte dette de mangfoldige versjonene av verden (33). Språk, relasjon og moralsk tilknytning i verden er viktig for å forstå en slik forståelsesmodell i vår samtid (1, 2, 24, 30–37).

Et nytt verdisyn

Et slikt språklig eller narrativt perspektiv plasserer ikke biomedisinen i skyggen. Medisinsk teknologi og vitenskapelig dokumentasjon hører tvert imot med blant

viktige narrativer i medisinen (36). Kompetansen i medisinen vil i et fortellerperspektiv være avhengig av i hvilken grad legen er i stand til å lytte og stimulere til det mangetydige i pasientens fortellinger, og hans følsomhet og autoritet til å skape nye fortellinger sammen med pasienten (35–37). I slike nye fortellinger kan biomedisin spille en større eller mindre rolle. Behandlingen må imidlertid være begrunnet i en felles forståelse, en felles fortelling som begge parter utvikler i ett eller flere møter, dersom den skal være virksom (38).

I et narrativt perspektiv er behandleren tydelig også som moralsk aktør (39). Lege-rollen i et slikt perspektiv vil få karakter av myndiggjørende befordre mer enn omsorgsperson og behandlingsyter. Nestekjærlighet og barmhjertighet trenger å redefineres i vår kultur. Som moralske aktører i konsultasjoner har vi et felles utgangspunkt med pasienter i at livet er skjenket oss, og vårt livsprosjekt er avhengig av at vår neste lykkes med sitt (40). Nestekjærligheten må derfor basere seg på respekt mer enn på medlidenhet (29). Å hjelpe betyr sjelden det samme som å behage (40). Hjelp fordrer interesse og tillit (24). Men tilliten trues ikke bare av mistillit. Den trues også av servilitet og forførelse. Det er denne tvetydighet og stadig skiftende komplementaritet som karakteriserer narrativt medisinsk arbeid og sirkulær forståelse i medisinfaget.

Også i et samfunnsmedisinsk perspektiv er medisinen avhengig av frimodig dialog. Fellesskapet er ikke individets fiende, men forutsetning for menneskelig liv. Vi er avhengige av en dialog der vi sammen kommer frem til berettigelsen av medisinske kategorier og omfanget av medisinsk virksomhet. Slik kan vi kanskje forene motsetninger som på Trygve Braatøys tid syntes å være uforenlige (41).

Litteratur

- McWhinney IR. Philosophical and scientific foundations of family medicine. I: McWhinney IR, red. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1989: 43–71.
- Skårderud F. Idéhistorier om kroppen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 177–84.
- Braatøy T. Pasienten og lægen. Med fragmenter av en polemisk selvbiografi. Oslo: Cappelen, 1952.
- Koch PM. Trygve Braatøy og endringer i det moderne menneskebilde. 1998. www.aviana.com/per/braatoy/braato04.htm (10.9.2003).
- Rogers CR. Client-centered therapy. I: Arieti S, red. American handbook of psychiatry. New York: Basic Books, 1959: 183–200.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
- Langfeldt G. Psykologiske misgjerninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1938; 58: 271–8.
- Langfeldt G. Psykoterapeutisk kursendring. Samtiden 1950; 59: 255–61.
- Braatøy T. Indikasjonene for sjokkbehandling i psykiatrien. Tidsskr Nor Lægeforen 1947; 67: 75–80.
- Borge B. Skjult mønster. Oslo: Aschehoug, 1950.
- Ustvedt HJ. Tre anmeldelser av Pasienten og lægen. Verdens Gang 16.10., 17.10., 18.10.1952.
- Lange J. Pasienten og lægen i skiftende belysning. Æsculap 1953; 33.
- Ustvedt HJ. Intervju med Hans Jacob Ustvedt. Dagbladet 13.10.1973.
- Referat fra Sykehusarbeideren Ullevål sykehus. Arbeiderbladet 17.12.1952.
- Faleide A, Grønseth R, Urdal B. Det levande muskelpanseret. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
- Alnæs R. Psykoanalyse mellom psykiatri og psykologi. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1996.
- Hammerlin Y, Larsen E. Menneskesyn i teorier om mennesket. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Popper K. Fornuft og rimelighet som tenkemåte. Oslo: Dreyer, 1982: 16–61.
- Braatøy T. De nervøse sinn. Oslo: Cappelen, 1947.
- Ringén PA, Dahl AA. Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2024–7.
- Kirkengen AL. Begrepet «funksjonelle lidelser» vitner om biomedisins dysfunksjonelle teorigrunnlag. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2647–9.
- Fürst EL, Nilsen Ø. Modernitet. Refleksjoner og idébrytninger. Oslo: Cappelen Akademisk, 1998.
- Slagstad R. De nasjonale strategier. Oslo: Pax, 1998.
- Nessa J. Medisin og eksistens. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretrygdede. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1452–6.
- Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. I: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, red. Why are some people healthy and others not? The determinants of health in populations. Berlin: de Gruyter, 1994: 27–64.
- Moynihan R, Heath I, Henry D et al. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886–91.
- Laga JM. Godhetsdiskursen. I: Berge KL, Meyer S, Trippstad TA, red. Maktens tekster. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 62–81.
- Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: WW Norton, 2003.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.
- Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Fam Syst Med 1996; 14: 425–33.
- Foss L, Rothenberg K. The second medical revolution. From biomedicine to informicine. Boston: Shambale Publications, 1987.
- Bateson G. Mind and nature a necessary unity. New York: Bantam Books, 1988.
- Rommetveit R. Outlines of a dialogically based social-cognitive approach to human cognition and communication. I: Wold AH, red. The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind. Oslo: Scandinavian University Press, 1992: 19–44.
- Frich JC. Medisin som litterær virksomhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2474–6.
- Launer B. Narrative-based primary care, a practical guide. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2002.
- Seikkula J. Öppna samtal. Från monolog till levande dialog i sociala nätverk. Stockholm: Bok-förlaget Mareld, 1996.
- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ 2001; 322: 444–5.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221–6.
- Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelen, 2000.
- Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1870–3.