

## Kronikk

# Medisin og psykiatri – stykkevis og delt?

Medisinen og legene blir hyppig utfordret på faglig ståsted og grunnholdninger, og dette gjelder særlig det psykiatriske fagfeltet. Utsagn som at den medisinske sykdomsmodell er maskinell, og at den begrenser seg til å rette opp kroppens maskinfeil med kirurgiske eller kjemiske intervensjoner, er dessverre vanlige. Et overveiende reduksjonistisk syn på medisinen hos leger eller ellers i samfunnet vil rokke ved noe av det mest sentrale og positive ved den tradisjonelle legerollen. Et holistisk syn på medisinen behøver ikke å stå i motsetning til nytten av biologisk reduksjonisme eller hermeneutisk analyse.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

Det kan se ut til at medisinfaget og legene av andre i flere sammenhenger blir forsøkt presset inn i en biologisk-reduksjonistisk posisjon (1, 2). De som ønsker å karakterisere legerollen på denne måten er ofte representanter for samarbeidende profesjoner i helsevesenet. Moderne sykepleiefaglig tenkning kan synes å hevde og inneha et slags monopol på helhetssynet (3), der legens tenkte plass kan sammenliknes med rollen til en spesialisert konsulent som kan påkalles ved behov. Enkelte fagpolitisk bevisste psykologer kan derimot ha en tendens til å understreke skillet mellom psyke og soma, og deretter plassere legene på den somatiske siden (1, 4). Slik argumentasjon er brukt til å argumentere for at psykiatrien ikke har noen fremtid (4). Det er ikke bare utenfor legenes rekke at en rent biomedisinsk forståelse av det medisinske fagfeltet kan komme til uttrykk. I en fersk undersøkelse fra SINTEF Helse gir fastleger uttrykk for at de har større ansvar for oppfølging av somatisk sykdom enn av psykisk sykdom hos barn og unge med psykiske plager (5). Det psykiatriske fagfeltet står trolig i en særstilling ved at det i flere tiår paradoksalt nok har vært klemt mellom resten av medisinske skepsis til en for svak empirisk og biologisk forankring og andre profesjoners tendens til å forstå psykiatri som avgrenset til biomedisin. I denne kronikken vil jeg argumentere for at medisinen er holistisk og at psykiatri ikke er vesensforskjellig fra resten av medisinen.

### Medisinen er holistisk

Man kan se på medisin som et fagfelt som først og fremst skal bidra til å lindre menneskelig lidelse. Legens rolle har fra de tidligste tider vært å forholde seg til alle aspekter av menneskelig lidelse, fra beinbrudd til depresjon, fra pustebesvær til perifere lammelser. Medisinen synes ideelt å ha hatt en klar og unik humanistisk forankring, med relasjonen mellom pasient og lege som det sentrale. Medisinen har ikke eksistert i et vakuum, men endret seg i takt med samfunnet og vitenskapen. Alle endringer har likevel ikke alltid gjort medisinen mer formålstjenlig, noe det er nok av eksempler på opp gjennom historien. Tilfanget av ny kunnskap og teorier som sammenfalt med den industrielle revolusjon, førte til en overdreven tro på fremskritt basert på empirisk og objektiv kunnskap. I første halvdel av forrige århundre kom banebrytende kunnskap om hygiene, vaksiner, ernæring, rønt-

genstråler og penicillin, samt en mer sammenhengende forståelse av den menneskelige fysiologi. Enkeltmennesker ble i flere sammenhenger utsatt for en paternalistisk og ukritisk implementering av nye metoder for diagnostisering og behandling.

I andre halvdel av 1900-tallet ble det en økende fornemmelse av at det moderne samfunn og vitenskapen hadde fjernet seg fra mennesket, og at moderniteten trengte en korleksjon. I kjølvannet av de ideologiske omveltningene, representert ved året 1968, kom en postmoderne kritikk mot positivismen og naturvitenskapene. Kritikken resulterte i enkelte miljøer i en kraftig skepsis til biologien (6), og denne holdningen påvirket også synet på medisinen.

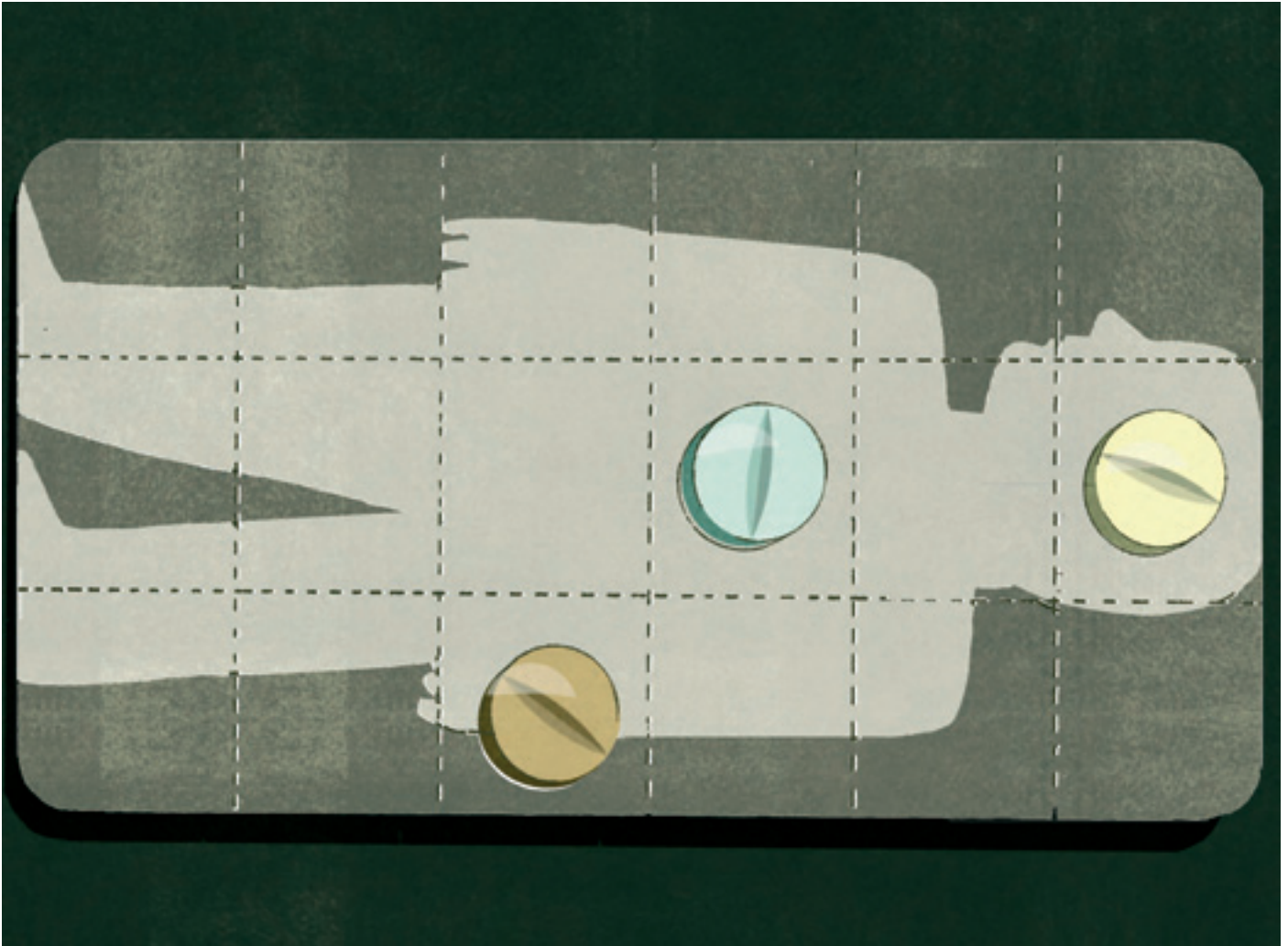
Store deler av medisinen har lenge hatt en positivistisk «slagside», men jeg tror denne posisjonen egentlig virker temmelig fremmed på de fleste leger. Den medisinske grunnutdanning vektlegger at mennesket er en biologisk organisme, men formidler samtidig at det å ha slik kunnskap alene ikke er tilstrekkelig for å virke som lege. I 1970-årene ble den biopsykosiale modell lansert (7). Modellen utgjør et rammeverk for å forstå mennesket og dets lidelser på en helhetlig måte, og ideen bak modellen er i hovedsak akseptert i medisinske kretser. Dens budskap er at det dreier seg om både-og snarere enn enten-eller i forholdet mellom helhet og del (8–10).

### Psykiatri og medisinen

Psykiatri er ikke vesensforskjellig fra resten av medisinen. En lege som møter et menneske med behov for hjelp kan ikke velge å se bort fra deler av dette individet dersom vedkommende ønsker å gjøre en god jobb. Legens oppgave er prinsipielt den samme innen alle medisinske spesialiteter. En ortoped bør danne seg et bilde av pasientens psykiske tilstand og sosiale forhold som kan ha hatt betydning for ulykken som førte til bruddet, om pasientens motivasjon til å følge opp viktig egentrening, om sosialt nettverk i pleietrengende fase etc. En allmennlege opplever daglig på sitt kontor at psykologisk kunnskap er nødvendig for å fange opp pasientens egentlige bestilling/hjelpønske, som godt kan være av fysiologisk natur. På samme måte må en psykiater ha et blikk for mulige «rene» patofysiolo-

**Petter Andreas Ringen**

p.a.ringen@medisin.uio.no  
Avdeling for forskning og undervisning  
Psykiatrisk divisjon  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo



Illustrasjon Kari Stai, Patron

giske faktorer som bidrar til de depressive symptomene pasienten presenterer og vite om hvilke eventuelle kroppslige effekter tilstanden kan ha eller behandlingen kan gi. Alle typer leger møter regelmessig utfordringer i kommunikasjonen med medmennsker som krever psykologisk innsikt og menneskekunnskap i videre forstand. Riktignok finnes det dessverre enkelte leger som oppfatter at deres verden og virke ville sett bedre ut om de kunne overlate alt som ikke var «rent biomedisinsk» til andre.

Psykatri er den medisinske spesialiteten som omhandler læren om psykens lidelser. Årsakene til psykiske lidelser er å finne i en komplisert samhandling mellom fysiologiske, psykologiske, sosiale og antropologiske faktorer – på lik linje med årsakene til somatiske lidelser. At alle psykiske funksjoner og fenomener har sine biologiske korrelater i hjernen, står ikke i motsetning til dette. Legen er verken farmakolog, fysiolog, psykolog, sosiolog eller antropolog, men må kunne benytte seg av kunnskap fra alle disse fagene for å utøve god medisin. Psykiatriseksjonen ved «Unionen av europeiske medisinske spesialiteter» har

beskrevet psykiaterrollen på en liknende måte (11). Den økende bruken av uttrykket «psykisk helsevern» kan medføre at begrepet psykiatri blir oppfattet som noe annet, eller som noe som dreier seg om mindre deler av det psykiske helsevernet. Dette vil i så fall være en reduksjonistisk groft – som man bør unngå å falle i.

### Diskusjon

Å skille mellom psyke og soma vil alltid være kunstig i medisinen, og ofte også svært uhensiktsmessig. Å begrense legegjerningen til noe rent biomedisinsk ville innebære en omdefinering av faget og legerollen som ville føre oss mot større grad av oppsplittelse av tjenestetilbudene, større kommunikasjonsbarrierer, mindre kontinuitet i behandlingsforløpene og mot fragmentering av ansvaret. Dette er i strid med den utvikling jeg tror samfunnet ønsker.

Jeg oppfatter mye av den negative publisiteten rundt medisinen og psykiatrien som uttrykk for at leger ikke alltid i like stor grad evner å integrere alle fasettene av sitt eget fag – og at de dermed egentlig ikke gjør jobben sin godt nok. Her er det selv-

følgelig også et essensielt spørsmål om rammebetingelser. Det er viktig å være oppmerksom på at bl.a. bedriftsøkonomiske modeller for ledelse av helsesektoren kan understøtte reduksjonistiske tilnærminger på bekostning av holistiske. Mitt poeng er imidlertid at vi bør feie for egen dør først. Det er mitt inntrykk at de fleste konflikter rundt for eksempel pasientklagesaker kunne vært forebygget dersom legen hadde vært flinkere til å ta hensyn til pasientens behov for informasjon og kommunikasjon.

I et helsevesen som blir stadig mer høyspesialisert, og der nye faggrupper kommer inn med spesialistfunksjoner, ser det ut til at legefunksjonen mest tydelig kan karakteriseres ved at legen i hver del av medisinen innehar generalistrollen, med unik evne til «holistisk» oversikt og ansvar. Dette står ikke i motsetning til at leger på flere arenaer fortsatt vil inneha den mest høyspesialiserte kompetansen, men innebærer at legene må respektere og forhåpentligvis ønske velkommen at andre faggrupper også utøver medisin, og på enkelte områder kan ha større spesialkompetanse enn legene.

Jeg tror helsevesenet trenger oppgående, medmenneskelige leger som ser hele pasienter, og evner å «finne dem der de er». Dette er, som jeg har argumentert for, relevant for leger i alle spesialiteter. Svaret må være å styrke bevisstheten rundt de ikke-biomedisinske delene av medisinen i enda større grad og fortsatt arbeide for å øke ferdighetene i kommunikasjon. Dette burde skje i alle deler av legeutdanningen, også i spesialisering og etterutdanning. I grunnutdanningen kunne pensum i normalpsykologi, antropologi, idéhistorie og sosiologi vært større, samtidig som elementer fra moderne filosofi og psykologi ble integrert i den kliniske undervisningen for å stimulere til kritisk vurdering av egne holdninger og væremåte. Leger må selv ta ansvar for å utforme og tydeliggjøre sin rolle i samfunnet.

#### Litteratur

1. Kolstad A. Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2004; 1: 13–27.
2. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Tano, 1989.
3. Heggen K. Romantisering av sykepleiefaget. Tidsskr Sykepl 2000; 1: 48–50.
4. Torgalsbøen AK. Jeg arbeider i psykiatrien... Impuls 2005; nr. 3: 34–7.
5. Anderson HW. Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Helse rapportnr. A199/2006. Trondheim: SINTEF Helse, 2006.
6. Vassnes B. Forskningens onde sirkel. Dagbladet 4.2.2004.
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.
8. Mysterud I. Mennesket og moderne evolusjonsteori. Oslo: Gyldendal akademisk, 2005.
9. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998; 155: 457–69.
10. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005; 162: 433–40.
11. Profile of a psychiatrist (Report). European Union of Medical Specialists, Section of Psychiatry. [www.uempsychiatry.org/section/sectionReports.htm](http://www.uempsychiatry.org/section/sectionReports.htm) (8.2.2006).

*Manuskriptet ble mottatt 5.1. 2007 og godkjent 13.2. 2007. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.*