

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

## Psykiatrien mellom reduksjonisme og biopsykososial helhetstenkning

Per Vaglum beskrev i Tidsskriftet nr. 15/2009 psykiatrisk teori som reduksjonistisk: «Den er ikke ment å kunne totalforklare eller å forstå hele livet ellet mennesket» (1). Når psykiateren bruker «stress-sårbarhetsmodellen», erkjenner han/hun at den ikke kan totalforklare eller forstå hele pasientens liv. Vaglum bruker her «reduksjonistisk» i metodologisk betydning. Det er vanlig å hevde at metodologisk reduksjonisme er nødvendig og uunngåelig i vitenskap (2).

Men «reduksjonisme» har også en ontologisk betydning, som sier noe om hvordan man ser på pasienten (studieobjektet).

I denne forstand betyr reduksjonisme at et fenomen x, f.eks. en psykisk lidelse, hevdes ikke å være noe annet enn y, f.eks. en hjernetilstand (2). Dette synet dominerer fortsatt i naturvitenskap og medisin. Det er interessant at Vaglum ikke hevder ontologisk reduksjonisme. Tvert imot hevder han at psykiatrien «må aktivt arbeide for å *integrere* all ny kunnskap fra biologisk, psykologisk og miljørettet forskning til en *helhetlig* biopsykososial modell for *forståelse* av psykiske lidelser» (min kursivering) (1). Biologiske, psykiske og miljømessige forhold skal føyes sammen til en helhet. Dette er ontologisk helhetstenkning.

La oss ta synet på bevisstheten for å gjøre tydelig hva som står på spill. Der som man avviser at bevisstheten ikke er noe annet enn en hjernetilstand (ontologisk reduksjonisme), eller at den er helt atskilt fra kroppen (substansdualisme), står følgende helhetlige syn til disposisjon (dualaspekt monisme):

Bevisstheten er reell og gjør det mulig for mennesket som et jeg å oppleve direkte a) den sosiale og naturlige omverdenen, b) den egne kroppens fornemmelser og bevegelser og c) tanker, følelser og vilje. Bevisstheten skaper en rik og mangfoldig subjektiv virkelighet og uttrykker mål og mening. Til opplevelser finnes det nevralt korrelater. Informasjon uttrykkes altså både som opplevelse og nevralt korrelat (3).

Grunntrekk ved psykiatriens vitenskaps-teori kan nå presiseres. Psykiatrien er reduksjonistisk i metodologisk forstand. Men den bør være helhetlig i ontologisk forstand. Et slikt syn på psykiatrien legitimerer utforskning av psykisk lidelse med både humanvitenskapelige og naturviten-

skapelig metoder. De utfyller hverandre. Både menneskets opplevelse og fortolkning, og dets kropp og hjerne – i interaksjon med sine naturlige og sosiale omgivelser – er viktige for et fag som psykiatrien.

**Hans Magnus Solli**  
Forskningsenheten  
Psykiatrien i Vestfold

### Litteratur

1. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1478–80.
2. Barbosa da Silva A. Etik og menneskesyn i helsetjeneste og sosial arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: 35–38.
3. Velmans M. Understanding consciousness. 2. utg. London: Routledge, 2009.

## P. Vaglum svarer:

Jeg takker for en god og viktig kommentar og presisering fra Hans Magnus Solli. I artikkelen *Hva er en psykiater?* (1) skriver jeg at en av kjernekompetensene hos psykiateren er forståelsen av at psykiatrisk teori er reduksjonistisk i den betydning at den er formulert for å diagnostisere og å løse konkrete problemer hos hjelpetrengende mennesker, og ikke for å totalforklare menneskelivets kompleksitet. Det er også viktig å huske på at diagnosesystemet reduserer den store variasjonen mellom pasientene, for også innen den samme diagnosegruppen er det til dels store variasjoner. Psykiateren må derfor i hvert enkelt tilfelle supplere diagnosen med en individuell vurdering i et biopsykososialt perspektiv. Pasienter med samme diagnose skal ikke nødvendigvis ha samme behandling.

**Per Vaglum**  
Universitetet i Oslo

### Litteratur

1. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1478–80.

## Sykehus før og nå

I 1973 kom jeg til Sandnessjøen sykehus som turnuslege. Jeg var der i ett år. Det siste året har jeg begynt å tenke på at det aldri var snakk om hvem som var direktør der. En forvalter tok seg av diverse praktiske ikke-medisinske saker. Kanskje var en av overlegene direktør? Etter turnustjenesten var jeg vel ett år ved Rønvik psy-

kiatrisk sykehus i Bodø, som hadde ca. 500 pasienter. Min nærmeste overordnede var overlegen, som også var direktør.

Så er årene gått. Jeg er seksjonsoverlege ved en nevrologisk avdeling. Min nærmeste overordnede er avdelingsoverlegen. Han er underlagt en administrerende lege for medisinsk klinikk. Over der er det en klinikkssjef og så på toppen av det en rekke direktører. Nylig leste jeg at norske sykehus har flere administrativt ansatte enn de har leger.

I gamle dager i Sandnessjøen het overlegen Bakke. Så sterkt var overlegen forbundet med sykehuset i folks bevissthet at pasientene sa at de hadde vært innlagt hos Bakke. Tilsvarende var ikke uvanlig ved andre sykehus. Overlegene hadde navn og rykte og hele sin personlige prestisje knyttet til arbeidet, og lojaliteten til sykehuset var selvsagt hevet over enhver tvil.

I dag er direktørens første bud å holde budsjettet og være lojal overfor overordnet myndighet. Det kan selvsagt være slik at direktøren oppriktig står på for sitt sykehus slik at det skal være bra for pasienter og ansatte, men det er ikke selvfølgelig på samme måte som før. I gamle dager gikk sykehusledelsen rundt og ønsket god jul til dem som var til stede – ansatte og pasienter. Slik er det ikke nå. Det ville vært rart om det kom noen rundt som ingen hadde sett før.

Verken i Sandnessjøen eller i Bodø var det mye oppmerksomhet rundt budsjettet. Noen hadde kanskje med budsjettet å gjøre, men det må ha vært lite snakk om det. Her jeg nå er og har vært i 22 år, kan jeg ikke huske annet enn at det har vært snakk om penger og budsjett hele tiden. Alltid har det vært sparepakker og omorganisering. Styrene har kommet og gått. De har gjort vedtak, som stort sett ikke er blitt satt ut i livet, eller de har gjennomført omorganiseringer og ofte gjort vondt verre. Nye data-systemer er det tydeligvis også greit å innføre før de virker som de skal.

Min ellers fredelige kollega, som er enda eldre enn meg, sier at ledelsen har kuppet sykehusene. I stedet for pasientbehandling har de opphøyet støttefunksjoner til å være det viktigste. Symptomatisk nok er det innført permisjonsnekt for medisinskfaglige kurs ved Helse Sør-Øst ut året. Det er imidlertid tilbud om datakurs, og jeg antar at ledelsen har sine samlinger som før.

Siden min turnustid i Sandnessjøen i 1973 er den medisinske verden blitt mer og mer kompleks og krevende. Det er da et