
Eksistensiell krise i den biopsykososiale modellen

INVITERT KOMMENTAR

LARS LIEN

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er spesialist i samfunnsmedisin og psykiatri, professor ved Høgskolen i Innlandet og leder av Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDERS MALKOMSEN

Anders Malkomsen er lege i spesialisering i psykiatri ved Seksjon for behandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus. Han har nylig utgitt boken *Hva er poenget?* om eksistensielle samtaler.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Livets eksistensielle spørsmål blir ofte aktualisert i møte med sykdom, men får lite oppmerksomhet i helsevesenet. Derfor er det på tide å utvide den biopsykososiale modellen med et eksistensielt perspektiv.

Den biopsykososiale modellen er på tross av kritikk fortsatt den klart dominerende forståelsesmodellen blant leger (1). Modellens premiss er at de fleste medisinske tilstander har flere potensielle årsaker og konsekvenser, både biologiske, psykologiske og sosiale. Hvilket aspekt man tillegger størst vekt, vil variere fra pasient til pasient, og ha stor betydning for hvilke løsninger man foreslår. Dessverre er det slik at hvis modellen som man legger til grunn er mangelfull, blir forklaringene og løsningene også mangelfulle.

Noen ganger kan eksistensielle utfordringer være en del av forklaringen på medisinske tilstander, for eksempel ved utbrenthet, der eksistensielle aspekter som frihet, ansvar og mening kan ha stor betydning (2). Andre ganger kan sykdom ha eksistensielle konsekvenser. Da en forskergruppe skulle kartlegge hvordan atrieflimmer påvirket

pasientene, så de seg nødt til å utvide modellen med en eksistensiell dimensjon for å få med at mange pasienter slet med å finne ny mening i tilværelsen, som følge av at de måtte slutte å jobbe eller kutte ut aktiviteter som tidligere hadde gitt dem mening (3).

«Denne typen spørsmål har tidligere hørt presteskapet til. Det må vel være grenser for hva helsevesenet skal ta ansvar for?»

Sykdom gir ofte en skakende påminnelse om vår egen alminnelighet og forgjengelighet. En uventet kreftdiagnose kan etterlate pasienter med en følelse av eksistensiell usikkerhet – som kan være livet ut (4). Sykdom kan også utfordre vår identitet, være en trussel mot det vi opplever som meningsfullt i livet og kreve reorientering mot nye verdier. Grenseoppgangen mellom de eksistensielle og psykologiske aspektene kan virke uklare, men gjøres tydeligere med følgende forenkling: Det psykologiske handler om de tanker, følelser og opplevelser som er unike for den enkelte, mens det eksistensielle handler om de store spørsmålene som er felles for oss alle, og som ikke har noen endelige svar.

Denne typen spørsmål har tidligere hørt presteskapet til. Det må vel være grenser for hva helsevesenet skal ta ansvar for? Ja, selvsagt, men det å overse eksistensielle aspekter kan ha negative konsekvenser for behandlingseffekten (5). I en studie av smertepasienter fant man at helsepersonells håndtering av eksistensielle aspekter var det pasientene opplevde som minst tilfredsstillende, noe som gjorde behandlingen mindre effektiv enn den kunne ha vært (6). Fra andre studier vet vi at opplevelsen av mening i livet, eller en aksepterende holdning til meningsløsheten, er viktig for både somatisk og psykisk helse (7).

«Det underliggende problemet synes heller å være at den medisinske modellen ikke gir plass til samtaler om eksistensielle temaer. Altså bør den biopsykososiale modellen utvides»

Vi mener flere leger bør tar dette på alvor. En studie ved norske somatiske sengeposter viste at legene aktivt unngikk eksistensielle tema i konsultasjonene (8). Forskerne konkluderte med at denne unnfallenheten ikke kan løses med bedre kommunikasjonstrening. Det underliggende problemet synes heller å være at den medisinske modellen ikke gir plass til samtaler om eksistensielle temaer. Altså bør den biopsykososiale modellen utvides.

Pasienter vil ofte kommunisere sine eksistensielle utfordringer ved å presentere somatiske bekymringer, noe som lett kan overses hvis man ikke er oppmerksom på underteksten i det som sies (9). Også leger i allmennpraksis unngår samtaler om eksistensielle tema med sine pasienter (10). Ifølge denne forskningen unngår de det, ikke fordi de mener det er uviktig, men fordi det kan være skummelt å innlede en slik samtale hvis man ikke opplever å ha den nødvendige kompetansen. Vi tror imidlertid ikke man trenger så mye «kompetanse» for å gi god eksistensiell omsorg.

Eksistensiell omsorg handler nemlig ikke om at man selv må ha alle svarene, slik leger er vant til. På eksistensielle spørsmål finnes det ingen klare svar. Snarere må man tre ut av rollen som allvitende ekspert, og inn i rollen som nysgjerrig medvandrer. Dessuten er det viktig at den som skal være der for andre i eksistensielle kriser, selv har reflektert rundt temaer som ansvar, frihet, døden og livsmening.

Vi tror at en eksistensiell samtale er et godt alternativ til unødvendige undersøkelser og overbehandling. I stedet for å la pasientene gjennomgå flere utredninger fordi de er redde for sykdom, bør man kanskje heller invitere til en samtale om dødsangst? Vi tør også hevde at en god eksistensiell samtale i noen tilfeller kan forhindre smertefull livsforlengende behandling som pasienten egentlig ikke ønsker. Vi vet i alle fall at ubearbeidet dødsangst hos leger selv, gjør det vanskeligere å ta krevende kliniske beslutninger for pasienter i livets slutfase (11).

Vi mener det bør undervises i det eksistensielle perspektivet ved de medisinske fakultetene, med fokus på individuell og felles refleksjon. I tillegg bør dagens forståelsesmodell utvides, slik at vi heretter kan snakke om en biopsykososial-eksistensiell forståelse når vi skal forklare og behandle medisinske tilstander. Dette tillegget løser ikke alle utfordringer med den biopsykososiale modellen, men forbedrer en av dens største svakheter.

De endelige svarene på eksistensielle spørsmål finner vi aldri, men heldigvis tror vi at pasientene sjelden er ute etter svar. Det de oftere ønsker, er et trygt rom hvor de kan dele sine eksistensielle kvaler, og noen å dele dem med. Det gjør det også mer givende å være lege. Sammen blir vi mindre eksistensielt ensomme.

LITTERATUR

1. Roberts A. The biopsychosocial model: Its use and abuse. *Med Health Care Philos* 2023; 26: 367–84. [PubMed][CrossRef]
2. Tabatabaei Barzoki S, Rafieinia P, Bigdeli I et al. The Role of Existential Aspects in Predicting Mental Health and Burnout. *Iran J Psychiatry* 2018; 13: 40–5. [PubMed]
3. Wang J, Liu S, Bao Z et al. Patients' experiences across the trajectory of atrial fibrillation: A qualitative systematic review. *Health Expect* 2022; 25: 869–84. [PubMed][CrossRef]
4. Kvaale K, Lian OS, Bondevik H. 'Beyond my Control': Dealing with the Existential Uncertainty of Cancer in Online Texts. *Illn Crisis Loss* 2022; 0. doi: 10.1177/105413732211228. [CrossRef]
5. Moore LJ, Goldner-Vukov M. The existential way to recovery. *Psychiatr Danub* 2009; 21: 453–62. [PubMed]
6. Dezutter J, Offenbaecher M, Vallejo MA et al. Chronic pain care. *Int J Psychiatry Med* 2016; 51: 563–75. [PubMed][CrossRef]
7. Roepke AM, Jayawickreme E, Riffle OM. Meaning and Health: A Systematic Review. *Appl Res Qual Life* 2014; 9: 1055–79. [CrossRef]
8. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R et al. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics* 2011; 37: 650–4. [PubMed][CrossRef]
9. Larsen JH, Kirkegaard HT, Nordgren G et al. Identifying existential concerns as an analytical tool: an eye-opener for the doctor. *Educ Prim Care* 2020; 31: 180–5.

[PubMed][CrossRef]

10. Assing Hvidt E, Søndergaard J, Ammentorp J et al. The existential dimension in general practice: identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark. *Scand J Prim Health Care* 2016; 34: 385–93. [PubMed][CrossRef]
11. Draper EJ, Hillen MA, Moors M et al. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 266–74. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 14. mars 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0839

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.