

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr. med. og trygdemedisinsk forsker ved Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Nordenfelt L. The concepts of health and illness revisited. Med Health Care Philos 2007; 10: 5–10.
3. Solli HM, Barbosa da Silva A, Egeland J. Usefulness of an ability-based health model in work ability assessments provided by psychiatrists and psychology specialists writing social security certificates. Disabil Rehabil 2014; Jul 2: 1–8. . epub ahead of print.
4. Solli HM. Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper i NAV-systemet. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1097–9.

## Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

Tveråmo og medarbeidere foreslår å kombinere den biopsykososiale modellen fra Engel og teorier om homøostase og allostase med stress- og mestringsteorier (1). Ved hjelp av gode illustrasjoner vil de vise hvordan medisinen bedre kan favne forsømte flekker på lidelsens kart. Kronikken er et spenstig og spennende bidrag, selv om lite er nytt. Teorier om helse som balanse og sykdom som ubalanse går tilbake til hippokratikerne (2). Sykdom forstått som reaksjon på stress eller stimuli var godt kjent blant annet i 1795 (3), og helse som margin er glimrende beskrevet av legen og filosofen George Canguilhem (4). Biologiske, mentale, og sosiale perspektiver på sykdom er godt forankret i eksisterende sykdomsteorier (2). Det som gjør bidraget interessant, er forsøket på å kombinere ulike tankesett til en helhetlig teori om helse og sykdom.

Tillat meg kort å kommentere noen av utfordringene ved tilnærmingen. For det første gir kronikken oss ikke bedre innsikt i pasienters subjektive opplevelse av lidelse. Det skyldes nok at forfatterne er opptatt av årsakene til at lidelsen vedvarer. Men med sin modell står de i fare for å se homøostase, allostase og «narrative skript» der pasienten opplever smerte, fortvilelse, skam og svikt. Bringer det oss nærmere pasienters lidelse? Erstatte man ikke laboratorisvar og røntgenbilder med nye abstraksjoner? For det andre, baserer den integrerte modellen seg på en (ny) reduksjonistisk forståelsesramme. Gir det en mer helhetlig forståelse av menneskets lidelse eller forsøker man å fange subjektive lidelser med objektive teorier? For det tredje, reiser modellen spørsmål om menneskets autonomi. Siden identitet og lidelse forklares ut fra fysiske, mentale og sosiale forhold, kan man undre seg over om det er plass til et bestemmende selv.

Tveråmo og medarbeidere oppfordrer riktignok leger til å interessere seg for pasientens verdier og plagsomme tanker, symptomer og handlinger som «hjelper eller hindrer dem i å nå sine mål i livet»(1). Men her møter vi en fjerde utfordring: Hvor langt skal leger gå i å hjelpe pasienter med å nå sine mål i livet? Hvor dypt skal man grave i deres «narrative skript»? Hvor går medisins grenser mot det personlige og det sosiale? Integrerer man så mye at man favner alt og evner intet?

Alle disse spørsmålene kan Tveråmo og medarbeidere selvsagt ikke svare på i en kort kronikk. Jeg håper de utvikler modellen. Medisinen trenger å utvide sine forståelsesrammer, men også å se sin egen begrensning.

#### Bjørn Hofmann

b.m.hofmann@medisin.uio.no

Bjørn Hofmann (f. 1964) er forsker ved The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Hofmann B. Hva er sykdom? Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.

3. Hufeland CW. Ideen über Pathogenie und Einfluss der Lebenskraft auf Entstehung und Form der Krankheiten. Jena: In der Academischen Buchhandlung, 1795.
4. Canguilhem G. The Normal and the Pathological. New York: Zone Books, 1949/1991.

## E. Meland og medarbeidere svarer:

Hans Magnus Solli og Bjørn Hofmann kommer med svært konstruktiv kritikk av vår kronikk om subjektive lidelser i Tidsskriftet nr. 22/2014 (1). Vi er enige i at en todeling mellom helse og sykdom kan innebære inflasjon i sykdomsbegrepet. Vi beskrev dette som et kontinuum, og synes Nordenfelts begrep om «uhelse» som et mellomstadium kan være en akseptabel måte å illustrere dette på. Solli anerkjenner det som var kronikkens hovedintensjon: Et perspektiv som kan ha større behandlingsmessig og samfunnsmedisinsk relevans enn eksisterende diagnostiske merkelapper.

Bjørn Hofmann introduserer fire hovedutfordringer for oss. For det første er han redd for at homøostase, allostase og narrativt skript blir nye objektiverende og fremmedgjørende kategorier for lidende mennesker med subjekterfaringer som ikke kommer til orde. Vi påstår ikke at vårt perspektiv er det eneste. Vi tror at det kan gi større relevans i det kliniske møtet enn dagens diagnostiske forvirring og ofte kontraproduktive rådgivning. Vi har som intensjon å gjøre pasientens biografi og narrativ mer sentralt i pasientmøtet, og derved bemyndige pasienten og legen til å utvikle mer helsefremmende narrative skript.

Vi må gi Hofmann rett i hans andre utfordring: Vi forsøker å fange subjektive erfaringer i nye objektiverende kategorier. Vi er ikke fenomenologiske totalindividualister. Vi prøver å fremme en diagnostisk og behandlingsmessig praksis med plass til individets historie, men tror at det er felles trekk ved slike historier som ofte handler om kronisk stress og manglende mestringsevne. Dette er ingen deterministisk modell. Vi tar utgangspunkt i at legen og pasienten kan skape større rom for selvbestemmelse, personlig vekst, mestring og læring.

Hofmann utfordrer oss i en påstand om at å interessere seg for pasientens verdier og mål med livet, representerer grenseløs graving i pasientens privatsfære og narrative skript. All medisinsk praksis er truet av å havne i én av to grøfter: det tekniske og instrumentelle overgrep på den ene siden, og det sentimentale og stakarsliggjørende overgrep på den andre. Vi må utvikle praksis og beredskap mot begge disse utskielser i medisinen. Hvis den nye sykdomsbølgen handler om meningstap, krenkelser og maktesløshet, er det malplassert ikke å vise interesse for slike sider ved pasientens livsverden.

Solli har rett i at det ikke er enkelt å fremstille hva det biopsykososiale perspektiv i medisinen handler om. Engel la i et intervju med Tidsskriftet vekt på gjensidig språklig interesse. Han avviste at hans bidrag åpnet for grenseløshet. «Det dreier seg om å forstå pasientens perspektiv, men også å sette pasienten i stand til å løse sine problemer», uttalte han (2).

#### Eivind Meland

eivind.meland@igs.uib.no

#### Aksel Tveråmo

#### Ine Baug Johnsen

Eivind Meland (f. 1950) er spesialist i allmenntilleg, fastlege og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Aksel Tveråmo (f. 1963) er spesialist i allmenntilleg og fastlege i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ine Baug Johnsen (f. 1966) er psykolog og driver egen praksis ved Nevropsykologisk Helsetjeneste, Paradis.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Meland E. Vi intervjuer George. En inspirasjonskilde til humanisme i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 568–9.

## Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

Objektivitetsproblemet kommer fram i debatten etter Tveråmo og medarbeideres kronikk (1). Forfatterne beskrev det velkjente misforholdet mellom objektive funn og symptomer ved noen helseplager. Dette skyldes at objektive funn hører til den biomedisinske sykdomsmodellen. Biopsykososial helhetstenkning trenger også andre måter å forstå objektivitet på. I debatten har Hofmann gjort oppmerksom på at forfatterne integrerte teori ikke bringer oss nærmere pasientens opplevelse av egen lidelse. I forfatterne siste innlegg gis Hofmann mye rett i dette. Spørsmålet er: Hvordan bør vi tenke objektivt i helsetjenesten på en måte som inkluderer det subjektive? Her er tre innspill i denne debatten:

Filosofen Martin Buber påviste at ekte dialog trenger både avstand og nærhet. Avstand skapes i helsetjenesten ved at pasienten blir gjort til gjenstand for faglig kunnskap og erfaring. Dette er en form for objektivisering (i kunnskapsteoretisk forstand). Men det skapes en relasjon til pasienten som et «du». Det kan oppstå en nær dialog om subjektive spørsmål (2).

Mellom 1913 og 1957 utarbeidet psykiateren og eksistensfilosofen Karl Jaspers syv utgaver av psykiatriens vitenskapsfilosofiske hovedverk: *Allgemeine Psychopathologie*. Hans objektivitetsbegrep favner tre perspektiver: a) det fenomenologiske, som anerkjenner subjektiv opplevelse og mål, b) det faglige, som handler om det som kan beskrives, utforskes og lages nyttige teoretiseringer om mht sykdomsprosesser og behandling, c) det kontekstuelle: forståelse mellom pasient og behandler for den aktuelle situasjons formål og mening (3).

I norsk trygdemedisinsk fagdebatt er det påvist en økende anerkjennelse av pasientens subjektive opplevelse fra 1950 til vår tid (4). Debatten gir grunnlag for å tolke inn et nytt kriterium på objektivitet i medisinsk praksis. Det erstatter ofte objektive funn. Kriteriet er «faglig beskrivelse og vurdering av pasientens opplevelse, kropp og omgivelser». Det uttrykker det jeg betegner som et holistisk objektivitetsbegrep: et begrep som anerkjenner det subjektive, det objektive og det som er vevet sammen av begge deler (i ontologisk forstand) (4).

Det finnes altså praktisk baserte muligheter for å tenke objektivitet på nye måter, og som til og med anerkjenner og gir rom for det pasienten opplever av «smerte, fortvilelse, skam og svikt» (Hofmann). Det er et objektivitetsbegrep som forøvrig ligger nær opp til upartiskhet (4).

**Hans Magnus Solli**

hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er trygdemedisinsk forsker ved Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Buber M. *Distance and Relation*. I: Buber M. *The Knowledge of Man*. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press International, 1988: 49–61.
3. Jaspers K. *General Psychopathology*. Vol 1. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1997.
4. Solli HM. *Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførhetsvurderinger*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2007, 387–403.

## Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

I Tveråmo og medarbeideres kronikk i Tidsskriftet nr. 22/2014 presenteres en modell for subjektive lidelser med relevans også fra den kliniske psykologens ståsted (1). Jeg fester meg i denne forbindelse ved begrepet «lidelse». Vår måte å forholde oss til, forstå og mestre tilstander av lidelse kan bringes inn i en videre eksistensiell og sosiokulturell kontekst.

Eksistensielt betraktet er lidelse en uunngåelig del av å være menneske. Vi ønsker alltid mer enn vi oppnår, vi lider tap, både av relasjoner, livsmuligheter og etter hvert kroppslig fungering og helse. I vår tids konsumkultur er dette underkommunisert. I denne kulturen ligger et implisitt løfte om at forbruk, bekreftelse og anerkjennelse skal heve oss opp over lidelsen. Dette skaper ikke bare nye typer av ytre krav, slik som vi ser i arbeidslivets økende krav til endringstilpassning og de sosiale mediens krav om markedsføring av selvet (2) – vi får også en ny type indre strenghet. Særlig yngre årskull rammes av indre krav om å fremstå som «enestående», eller om ikke annet, være over gjennomsnittet både med hensyn til kropp og kreativitet. Dette beskrives også som en «narsissismeepidemi» (3): Narsissistiske trekk synes å tilta, samtidig som en større del av befolkningen blir deprimerte enn tidligere når de får urealistiske forventninger og krav til seg selv om hvordan livet skal være. Behov for tilhørighet og restitusjon nedprioriteres på bekostning av mellommenneskelig konkurranse og driv etter belønning gjennom en «konkurrerende sosial mentalitet» (4). Denne disponerer i seg selv for kroppslig stress og depresjon.

Den sosiokulturelle konteksten rundt forholdet til menneskelig lidelse trenger et større drøftingsrom. De samfunnsmessige utviklingstrekkene er ikke entydig bare problematiske, og det finnes parallelt alternativer. Kjernen i den ikke-kommersielle versjonen av mindfulness, er å kunne være nærværende med det som er i livet. Dette innebærer med nødvendighet også å forholde seg til lidelse. En prøver å møte lidelse, både egen og andres, med nærvær, vennlig oppmerksomhet og anerkjennelse (5). Dette er en motsats til at psykisk smerte kapsles inn som noe skamfullt og tegn på mislykkethet. I psykoterapi er selvmedfølelse en vesentlig målsetting; å kunne behandle seg selv med vennlighet ved nederlag og tap, og å se det allmennmenneskelige ved det smertefulle. Modellen for subjektive lidelser trenger perspektiv på den sosiokulturelle konteksten med rom for mer omfattende samtididiagnose, og da også et bredere repertoar for lidelsens mulige mestringsveier.

**Per-Einar Binder**

per.binder@psykp.uib.no

Per-Einar Binder (f. 1967) er professor ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Bauman Z. *Consuming Life*. Cambridge: Polity Press, 2007.
3. Twenge JM, Keith Campbell W. *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. New York: Free Press, 2009.
4. Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychol Psychother* 2011; 84: 9–25, discussion 98–110.
5. Binder P-E. Den som vil godt. Om medfølelsens psykologi. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.