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 alløstase med stress- og mestrings teorier (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, alløstase og «narrative skript» der pasienten opplever smerte, fortvilelse, skam og svikt. Bringer det oss nærmere pasienters lidelse? Erstatte man ikke laboratorievar 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 pasientenes 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, alløstase 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 totalindivider. 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 mestringssevne. 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 utsekelser 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 allmennmedisin, fastlege og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Aksel Tveråmo (f. 1963) er spesialist i allmennmedisin 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.