
Psykiatrien – hvor står du, hvor går du?

ESSAY

PETTER ANDREAS RINGEN

p.a.ringen@medisin.uio.no

Petter Andreas Ringen (f. 1969) er ph.d., spesialist i psykiatri og avdelingsoverlege ved Avdeling døgnbehandling, Psykisk helsevern voksne, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Han var leder av Utvalg for grunnlagsproblemer i psykiatrien i perioden 2009–17.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

Her drøftes grunnlagsforståelse og tendenser 15 år etter artikkelen *Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?*



Rorschach-kort, 1921. Rorschach-testen er en psykologisk dybdeundersøkelse der pasienten blir presentert for «blekkflekker» og skal fortelle hva disse minner om. Den utføres vanligvis av kliniske psykologer for kartlegging der tradisjonell psykiatrisk

diagnostikk ikke har gitt nok informasjon til å tilrettelegge for optimal behandling. Navn etter Hermann Rorschach (1884–1922), sveitsisk psykiater. Foto: The Granger Collection/NTB scanpix

I 2002 skrev jeg i en artikkel sammen med Alv A. Dahl at nevrobiologien kunne danne en felles basis for psykiatrifaget (1). Dette var på et tidspunkt da psykiatrien i flere tiår hadde lidd under spliden mellom forskjellige leire av sosialpsykiatriske, psykologiske og rent biomedisinske retninger, med lite gjensidig dialog og anerkjennelse leirene imellom.

Hovedanliggendet var at ny biologisk innsikt burde kunne nyansere en reduksjonistisk biomedisinsk sykdomsforståelse og styrke en integrerende biopsykososial tilnærming – og dermed gi muligheter for en felles plattform for alle nyttige retninger i psykiatrien. Tankene var blant annet inspirert av nobelprisvinner Eric R. Kandels funn av molekulære mekanismer for læring og hans artikler om biologi og psykoanalyse i *American Journal of Psychiatry* (2).

Jeg er blitt invitert til å skrive om hvordan psykiatriens fundament ser ut 15 år etter.

Det er i dag mindre kontroversielt å hevde at biologi er et sine qua non ved psykiske lidelser. Fagfolk i feltet har stort sett forlatt den gamle dikotomien «psyke eller soma», om ikke alltid i praksis, så i hvert fall i teorien. Kandels spådommer om at psykoterapi kunne føre til hjerneendringer, ser ut til å ha slått til (3).

Hjerneforskningen har gitt oss betydelige innsikter i hvordan hjernen fungerer og mange nye metoder for å undersøke den, her til lands tydelig illustrert ved nobelprisen til hjerneforskningsmiljøet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Nevrovitenskap er blitt et stort og selvstendig fagområde i skjæringspunktet mellom biologi, psykologi og medisin.

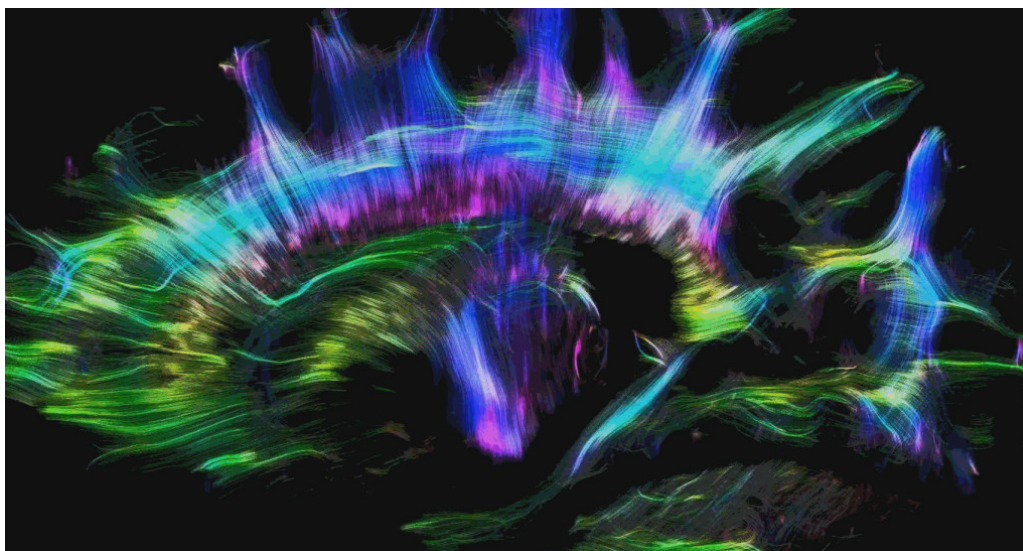
Den økende biologiske kunnskapen i faget begrenser seg imidlertid ikke til hjernefunksjonene. De siste 15 årene har vist at det ved psykiske lidelser også finnes endringer i kroppens immunsystem og tarmflora. Biologisk sett kan derfor psykiske lidelser ses som tilstander som affiserer hele organismen – ikke bare hjernen (4).

Flere større psykiatriske forskningssatsinger med en biopsykososial tilnærming har vokst frem i denne perioden. Eksempelvis undersøker man ved landets største psykiatriske forskningsmiljø, NORMENT-senteret, sammenhenger mellom biologiske forhold som hjernemorfologi, hjerneaktivitet, genetikk og immunfaktorer på den ene side og psykososiale forhold som barndomstraumer, migrasjon, kognitive funksjoner og sosial fungeringsevne på den annen. Ny biologisk innsikt har også bidratt til nye og viktige diskusjoner om grunnlagsforståelsen av faget, kanskje nå mer inkluderende og balansert enn tidligere (5).

Imidlertid har det ikke skjedd noe gjennombrudd i *den kliniske psykiatrien*. Diagnosesystemene har fortsatt vesentlige mangler. De nyeste medikamentgruppene som har fått bred anvendelse ble introdusert i 1990-årene (selektive serotoninreopptakshemmere, SSRI, og «andregenerasjonsantipsykotika»). Parallelt med dette er det psykiske

helsevernet utsatt for økende kritisk offentlig diskusjon. Det blir rettet kritikk mot bruken av tvang og medikamenter, men også mot bruken av diagnoser og, i noen tilfeller, mot selve synet på mennesket og dets autonomi.

Usikkerhet om hva slags fenomen *sinnen* er, og hvordan sinnslidelser dermed egentlig skal forstås, kan ligge bak en stor del av disse forholdene. Et supplerende perspektiv på psykiatri er at forstyrrelser i menneskets eksistensielle og relasjonelle fungering er selvstendige årsaksfaktorer for sykdom, og at tilgjengelige biologiske tilnærminger er utilstrekkelige for både forståelse, forebygging og behandling. Om denne utilstrekkeligheten kun er av praktisk art eller er av prinsipiell art, har lenge vært et fundamentalt filosofisk spørsmål som det også forskes empirisk på.



Man kan bruke en tredimensjonal modelleringsteknikk for å fremstille nervebanene i hjernen. Da brukes en MR-metode hvor diffusjon av hydrogen måles i mange retninger, opptil 30. Retningen med størst diffusjon blir basis for et bilde, kalt traktografikart eller bare traktografi. Et slikt bilde gir en indirekte indikasjon på nevronal konnektivitet og avvik i denne ved eventuell sykdom som berører hvit substans. Illustrasjon: Alfred Anwander/wikimedia (CC-BY-SA-4.0)

Til tross for vitenskapelige fremskritt er det dermed flere større utfordringer som psykiatrien og norsk psykisk helsevern ikke har funnet gode svar på i årene som er gått siden 2002. Hvilke områder er av særlig betydning for å forstå fagets fundament og utviklingstrender i 2017?

Grunnlagskunnskap

Psykiatri er faget om hvordan psykiske lidelser forstås, forebygges og behandles. Ved en psykisk lidelse har det oppstått uønskede endringer i psykens eller *sinnets* fungering. Et menneskesinn er kanskje det mest komplekse fenomenet vi kjenner til i naturen, og det er vanskelig å enes om en klar definisjon.

Endringer i sinnet kan ikke måles objektivt på samme måte som endringer i andre deler av kroppens fysiologi (i hvert fall foreløpig). Sinnet er dessuten også nettopp det *subjektive*, det dypt personlige, som ens tanker og følelser,

personlighet og identitet. Dette stiller spesielle utfordringer til en vitenskapelig tilnærming og til etikken i utøvelsen av faget.

Holisme og biopsykososial modell

Ny kunnskap understreker nødvendigheten av et integrerende, biopsykososialt perspektiv i behandlingen av psykiske lidelser (6, 7). «Helhetstenkning» er et vagt honnørord. På den annen side er en holistisk tilnærming vanskelig å komme unna når det dreier seg om fenomener som må forklares av delfenomener på flere nivåer av kompleksitet og som igjen er avhengig av og påvirker hverandre – der «alt henger sammen med alt».

Interaksjonene er sammensatte, og det er fagets oppgave å identifisere de sammenhengene som gir best forståelse av årsaker og muligheter for prediksjon. En lite gjennomtenkt «helhetstilnærming» kan også ha sine fallgruver det er verdt å være oppmerksom på. Overmedikalisering er én risiko (8).

Kategorier og dimensjoner

For mange av lidelsene er man uenige om hva som kan sies å være hensiktsmessige kategorier av funksjonsreduksjon/-svikt (diagnoser). For flere sykdomskategorier er det dokumentert behandlingseffekt for flere typer intervensjoner, men når det gjelder den enkelte pasient, er det ofte lite sikker forhåndskunnskap om hva som vil være de beste behandlingstiltakene.

De psykiatriske diagnosesystemene, DSM-5 og F-kapitlet i ICD-10, er hovedsakelig deskriptive. Den tydeligste skillelinjen i DSM/ICD-debatten er nok om man skal tenke kategorisk eller dimensjonalt om tilstandene.

Den kategoriske tenkningen har vansker med å fange opp overlapping og variasjoner som finnes i randsonene og gir derfor store begrensninger i møtet med den enkelte pasient. Det er derfor sagt om diagnosesystemene at man har ofret validitet for å oppnå høy reliabilitet (9). På den annen side har forkjemperne for en dimensjonal tilnærming ikke kommet opp med et godt alternativ som er både kunnskapsbelagt og klinisk nyttig. Det økte biologiske søkelyset kan derfor ikke sies å ha ført til noe som kan kalles et gjennombrudd for den psykiatriske diagnostikken.



Arnold Juklerød i sitt telt utenfor Gaustad sykehus. Juklerød var tvangsinnlagt med diagnosen paranoia fra 1974. Han ble utskrevet i 1985, men nektet å flytte fra sykehusområdet i protest mot diagnosen og det han oppfattet som skadelig psykiatrisk behandling. Juklerød-saken førte med seg en styrking av rettsvernet for psykiatriske pasienter, blant annet gjennom lettere adgang til journalinnsyn. Foto: Ivar Aaserud/VG

Uansett vil et kategori- eller dimensjonsbasert system alltid bli ufullstendig i møtet med enkeltmennesket. Formell diagnostikk er og blir et hjelpemiddel som supplerer den personlige historien.

Intermediære fenotyper og fenomenologi

Om diagnosene ikke er spesielt valide, er symptomer ofte heller ikke særlig nyttige for å forstå det grunnleggende ved tilstandene. Såkalte intermediære fenotyper eller «endofenotyper» er identifiserbare «biologiske trekk» som plasserer seg et sted på veien fra det basalt nevrobiologiske (f.eks. gener) til symptomer. For eksempel kan endret fungering i et kognitivt subdomene fungere som en avgrensbar og identifiserbar intermediær fenotype – mellom endringer i visse nevrongrupper og et sett av psykosesymptomer. Beskrivelse og identifisering av slike mellomliggende fenomener er blitt en viktig tilnærming i psykiatrisk forskning.

På samme måte har man forsøkt å finne sentrale fenomenologiske aspekter ved lidelsene og bruke disse som utgangspunkt for å fange essensen av hva som skiller én spesiell tilstand fra andre tilstander. Biologi blir i økende grad integrert i psykiatrisk fenomenologisk forskning, for eksempel ved å koble problemer med å oppfatte omgivelsene korrekt til endringer i lokaliserte hjerneområder (10).

Research Domain Criteria

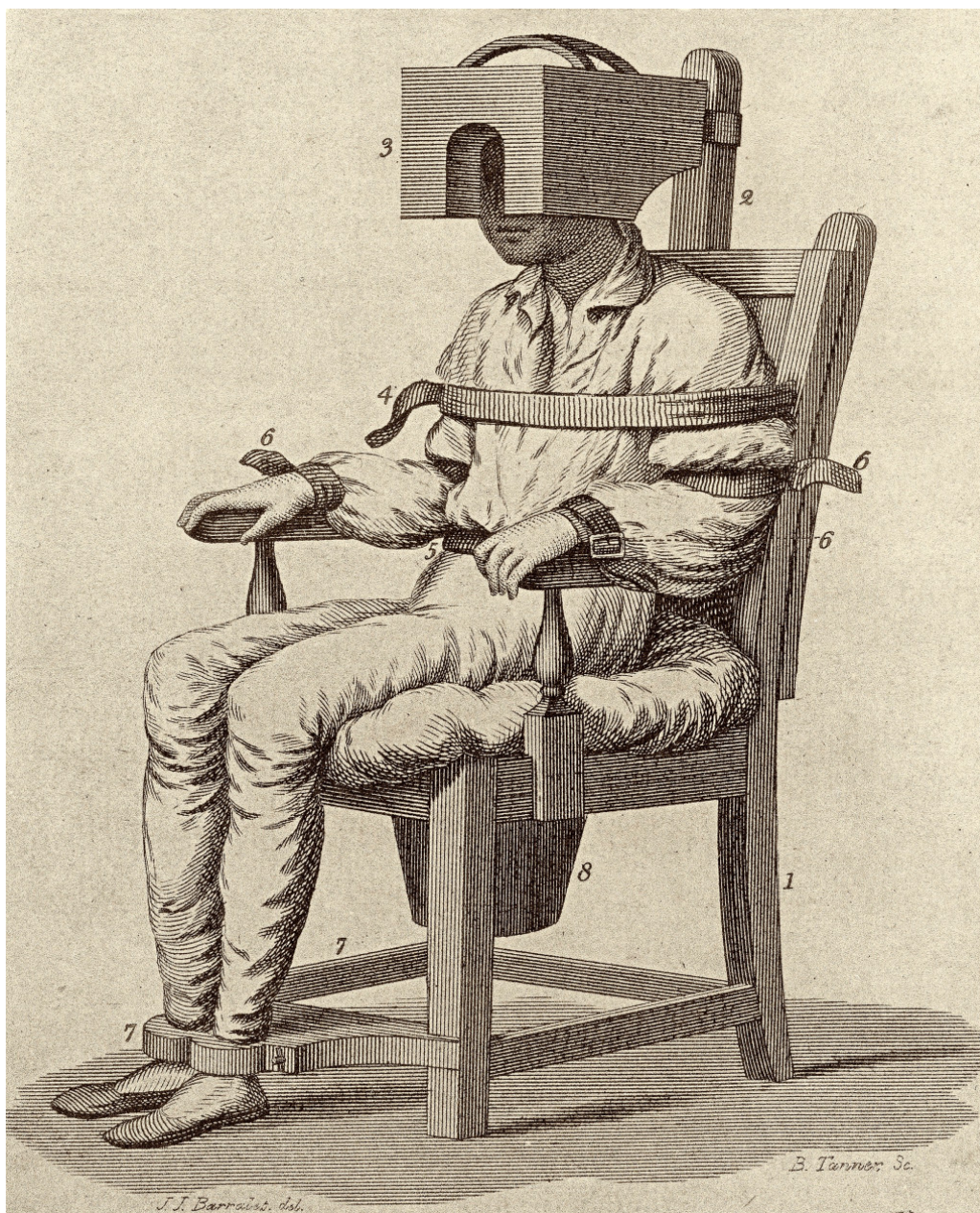
I tidligere diagnosesystemer (DSM-I og DSM-II) opererte man med mer etiologibaserte kategorier, men da var reliabiliteten dårlig og validiteten i disse var neppe beviselig bedre enn i dag. Det mest omfattende forsøket på å tenke nytt i psykiatrisk klassifisering er antagelig Research Domain Criteria (RDoC) ved USAs National Institute of Mental Health (NIMH). Prosjektet er et

rammeverk for å organisere forskning på en alternativ måte, der man uavhengig av eksisterende diagnosesystemer systematisk forsøker å integrere kunnskap fra genetikk og hjernefungering med sosiale og atferdsmessige forhold. Utvikling av et nytt diagnosekriteriesett er ett av målene.

Med økende kunnskap om kompleksiteten i sammenhengene blir det stadig vanskeligere for psykiateren å holde seg oppdatert på alle deler av fagområdet. Andre faggrupper kommer til, med tilsvarende eller høyere fagkompetanse på deler av feltet. Dette stiller viktige spørsmål ved hva psykiaterens oppgaver og ansvar skal være. Denne type «grenseoppgangsproblemer» ser imidlertid ut til å øke i omfang i medisinen generelt.

Etikk og brukermedvirkning

Sinnets subjektive kvalitet og betydning gir som nevnt spesielle utfordringer. Det kan oppleves som truende dersom en psykiater eller en psykolog forteller deg noe om din person som du selv ikke vet noe om, ikke liker eller ikke er enig i.



Benjamin Rush (1746–1813) regnes som den amerikanske psykiatriens far. Han mente at mange mentale sykdommer skyldtes sensorisk overstimulering og konstruerte en «beroligende stol» – «Rush's tranquiliser chair» – for å frembringe sensorisk deprivasjon. Illustrasjon: Science Photo Library/NTB scanpix

For å beskytte pasient og samfunn har lovgiverne gitt fagfolkene rett og plikt til under visse omstendigheter å vurdere om en person er tilregnelig slik at han/hun kan ta ansvar for sine egne handlinger eller skal behandles mot sin vilje. Samfunnet gir her psykiatrien et dobbelt budskap – på den ene side kreves trygg og effektiv ivaretagelse av personer med potensial for farlige handlinger, på den annen side kreves respekt for autonomi og fravær av maktmisbruk.

Tvangsbruk og lokal behandlingskultur

Hvilke situasjoner som prinsipielt skal gi grunnlag for å bruke tvang, er et politisk spørsmål. Det er opp til faget å utforme en praksis med tilstrekkelig høy faglighet som begrenser tvangsbruken til et minimum. Uforklarlige variasjoner i omfanget av tvangsbruk og vellykkede tvangsreduserende intervensjoner gjør

det rimelig å tenke at det enkelte steder brukes for mye tvang. Uansett er det for mange historier fra enkeltpasienter som forteller om maktmisbruk. Vi mangler forskning på årsaker til maktmisbruk i helsevesenet, men lokal behandlingsskiltur er en god kandidat.

Utgangspunktet for all helsehjelp er «å finne vedkommende der vedkommende er». Det vil si at første del av hjelpearbeidet er å forsøke å ta pasientens perspektiv og forstå det subjektive behovet før man starter et samarbeid om utredning og behandling.

I akutte og dramatiske situasjoner kan det nok ofte være en utfordring å se mennesket bak atferden, men mange av ydmykelsesopplevelsene som pasienter rapporterer at de sliter med i ettertid, har oppstått i slike situasjoner. Det er nærliggende å tenke seg at reell innlevelse i pasientens behov vil virke forebyggende på unødige maktbuk. Derfor er det antagelig mye å hente på å gjøre en innsats for å lage bedre møter, også når det stormer.

Brukermedvirkning

Det profesjonelle idealet om å hjelpe ut fra pasientens perspektiv kan naturlig videreføres til det feltet som kalles brukermedvirkning. Formalisert brukermedvirkning skal sikre at pasientenes og pårørendes erfaringer brukes til å forbedre tjenestene, både på individ- og systemnivå. Fagmiljøer inspirert av brukerperspektivet er i økende grad blitt profesjonalisert.

Økende brukermakt utfordrer etablert fagkunnskap og stiller spørsmål om hva som skal være beslutningsgrunnlaget i utformingen av tjenestene. Den politiske bestemmelsen om opprettelse av egne, separate medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern er et aktuelt eksempel. Det psykiske helsevernet strever med å finne gode strukturer for nyttig brukermedvirkning, men feltet er i rask endring.

Behandlingstiltak og tjenesteutforming

Trolig vil mulighetene for kartlegging av individuell genetisk sårbarhet øke og få større klinisk betydning. Vi har allerede kunnskap om at mange kan unngå å utvikle en alvorlig lidelse dersom de rette tiltakene kommer tidlig nok. Økt kunnskap om sårbarhetsgener kan derfor gi grunnlag for mer effektive individuelt målrettede primærforebyggende intervensjoner.

Det er i dag stor individuell variasjon når det gjelder behandlingsrespons og bivirkninger av psykofarmaka. Det er forventet at fremtidige genanalyser vil kunne hjelpe til med å forutsi hvilke preparater som bør anbefales eller unngås for den enkelte. Nye og lovende behandlingstiltak, for eksempel kognitiv trening, former for fysisk hjernestimulering og bruk av psykoaktive peptider, er blitt utviklet med samtidig anvendelse av både ny biologisk og ny psykologisk kunnskap.

For de aller fleste psykiske lidelser vil enkle, men målrettede psykososiale tiltak kunne gjøre en vesentlig forskjell. Suksesshistorier fra flere steder med gjennomførte endringer underbygger en forventning om at økt lokal og såkalt

arenaflexibel innsats skal kunne forebygge en vesentlig andel av bruken av den mer tradisjonelle «lukkede» døgnbehandlingen.

Blant de aller sykeste er det likevel noen som vil ha vedvarende behov for ressurskrevende solide rammer og tilgang på spesialisert kompetanse. Budsjettmidler flyttes imidlertid årlig fra sentrale til lokale tilbud, uten at det er bestemt når det er «nok». Få spesialister i et fagmiljø vil kunne hindre viktig fagutvikling, både for spesialistene og for miljøet som helhet.

Pasienter med en etablert alvorlig lidelse som er skrevet ut etter et sykehusopphold, kan savne aktiviseringstilbudet og tryggheten de hadde mens de var innlagt. Livet i egen bolig er ikke bare rosenrødt. Det kan være ensomt og det kan være vanskelig å fylle tiden med mening. Terskelen for deltagelse i arbeidslivet er høy, noe som hindrer viktige muligheter for tilhørighet, mestring og anerkjennelse. Utviklingen av tiltak i lokalmiljøene er dessverre de fleste steder mangelfull.

Pakkeforløp

Tilfeldig variasjon i behandlingstilbudet er ikke uvanlig, og det er en retning mot større grad av standardisering. Det tydeligste eksemplet er den pågående satsingen på «pakkeforløp» – beskrivelser av nasjonale anbefalinger av behandlingsforløp med minstestandarder. Overdreven standardisering kommer imidlertid i konflikt med behovet for mer persontilpasset medisin.

De stadige bruddene i mange behandlingsforløp gjør det vanskelig å opprettholde relasjoner og reduserer muligheten for «de gode møtene». Harmonisering av rutiner og standarder på tvers i systemene kan gi tryggere og mer effektiv kommunikasjon, men tilpasning til individets unike behov fordrer også stor grad av fleksibilitet. Helhetsperspektiver på pasient og fag er krevende å ivareta i et stort system med mange aktører på flere nivåer. På dette området er det fortsatt et stort potensial for bedre organisering av tjenestene.

Ny teknologi

Informasjonsteknologien gir nye og uante muligheter for interaksjon mellom pasient og behandler og muligheter for fortløpende datainnsamling og -analyse, til nytte for forskning, fagutvikling og styring – og for enkeltpasienten. De siste årene er det kommet et mylder av apper der pasienten kan bli minnet på avtaler og medisintider, registrere tankeinnhold og stemningsleie eller måle søvn- og aktivitetsmønster. Noen av disse programmene kan kobles til sykehusets journalsystem og brukes til toveiskommunikasjon. Dette gir nye muligheter for pasientmedvirkning og til å tilpasse behandlingen til den enkelte.

Biometriske data kan brukes til å gjenkjenne aktivitetsmønstre som kan varsle om forverring og slik gi mulighet for intervensjon til rett tid. Det er også kommet dataprogrammer som kan gi enkle former for terapi via PC eller smarttelefon, i interaksjon med en simulert terapeut. Dette gir blant annet muligheter for bedre tjenester i perifere områder, men peker også mot større endringer i tjenesteutformingen (11).

Utviklingen av systemer for maskinlæring og kunstig intelligens henter inspirasjon fra kunnskap om sentralnervesystemet, og denne utviklingen skjer raskt. Slike systemer vil kunne effektivisere kliniske dataprogrammer

betraktelig og vil kunne dra nytte av all tilgjengelig informasjon, både genetisk og hjernemorfologisk, også ved å analysere fortløpende aktivitetsdata fra pasienten. Kunnskap som innhentes gjennom slike systemer, vil kunne være et nytt og kanskje avgjørende bidrag til økt forståelse av hvordan sinnet fungerer.

Dette området peker mot noen av de mest spektakulære visjonene for menneskeheten, der det blant annet spekuleres i om man kan simulere menneskets mentale fungering i et dataprogram. I dag kan dette for mange virke som en skremmende sciencefictionfortelling, og en slik mulighet vil ha vide implikasjoner for forståelsen av mennesket i de fleste sammenhenger.

Veien videre

Psykiatrien har kritiske oppgaver for samfunnet og for individene som må løses selv om kunnskapsgrunnlaget kan være mangelfullt. Det er sannsynligvis et spørsmål om tid før ny kunnskap fra nevrovitenskapene vil bli til hjelp i det kliniske arbeidet.

Påvisning av samspillet mellom gener, miljø og nervesystem vil kunne forsterke rasjonalitet også for «rent» sosiale og psykoterapeutiske intervensjoner og gi grunnlag for mer persontilpasset behandling, ikke minst forebyggende. Ny informasjonsteknologi vil få betydelige konsekvenser både i forskning og klinisk. Et integrert fagperspektiv gjør skillet mellom psykiatri og somatikk mindre relevant.

De profesjonelle hjelperne bør være godt forberedt på å stå i etiske dilemmaer og må stimuleres til å utvikle et metaperspektiv på sin egen rolle og hjelper-pasient-relasjonen. Vi bør få helsetjenester som støtter opp under den primære relasjonen mellom den hjelpsøkende og hjelperen. Det er et potensial for å nytte mer av samfunnet, fra familie og nabolag til bedrifter og etater, i arbeidet med forebygging, behandling og rehabilitering.

Utviklingen av nye behandlingstilbud bør imidlertid også veiledes av en mer målrettet involvering av brukerne. Brukermedvirkning vil kunne bedre praksisen på sentrale områder, for eksempel behandlingsmål, opplevelsen av de enkelte personlige møtene og organisering av tjenestene rundt kontinuitet og helhet for den enkelte.

Kanskje bør vi snakke om «standardisert individualisering»? Med det mener jeg en praksis der kvalitetssikrende minstestandarder for utredning inkluderer kunnskap om den personlige livshistorien og der man i vurderingen av behandlingsbehov bruker oppdaterte og kunnskapsbaserte logaritmer som beslutningstøtte, men der det gjøres en fri og individuell profesjonell vurdering og man sammen med den ideelt sett godt informerte pasienten bestemmer mål og midler.

LITTERATUR

1. Ringen PA, Dahl AA. Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2024 - 7. [PubMed]

2. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505 - 24. [PubMed]
 3. Kumari V, Fannon D, Peters ER et al. Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: a longitudinal study. *Brain* 2011; 134: 2396 - 407. [PubMed][CrossRef]
 4. Kirkpatrick B, Miller B, García-Rizo C et al. Schizophrenia: a systemic disorder. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2014; 8: 73 - 9. [PubMed][CrossRef]
 5. Bhugra D, Tasman A, Pathare S et al. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 775 - 818. [PubMed][CrossRef]
 6. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1: 15067. [PubMed][CrossRef]
 7. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 377 - 88. [PubMed][CrossRef]
 8. Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Med Health Care Philos* 2016; 19: 307 - 23. [PubMed][CrossRef]
 9. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007; 33: 108 - 12. [PubMed][CrossRef]
 10. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S et al. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophr Res* 2014; 152: 12 - 9. [PubMed][CrossRef]
 11. Giacco D, Amering M, Bird V et al. Scenarios for the future of mental health care: a social perspective. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 257 - 60. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 5. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0936

Mottatt 20.10.2017, første revisjon innsendt 14.11.2017, godkjent 20.11.2017.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. mars 2026.