

INNLEDNING

Flere pasienter enn noensinne

Aldri tidligere har så mange her i landet blitt behandlet i psykiatrien. Og aldri har så mange stått på «venteliste». I underkant av 20%, nærmere 900.000 nordmenn, har så dårlig mental helse at de ifølge psykiatere bør behandles. Årlig er drøyt 200,000 mennesker innom den psykiatriske helsetjenesten og mange hundre tusen venter, – om psykiatriens anslag skal tas for god fisk.

Etterspørselen etter helsetjenester på grunn av dårlig mental helse har aldri vært større. Det betyr ikke nødvendigvis at helsa svekkes i befolkningen. Det økte antallet som ber om hjelp og får det, er delvis en følge av økt behandlingstilbud. Ved flere tilbud og «reklame» for helsetjenester informeres folk flest hvordan de skal forholde seg til følelssvingninger, angst, avvikende atferd, problemer på jobb og i familie: psykiatrien har løsningen. Nye behandlingstilbud med lavere terskel og bedre tilgjengelighet, skaper økt etterspørsel, og indikasjonene utvides. Antall diagnoser har økt fra 60 i 1952 til 350 i 1994. Folk følger etter med å få løst sine problemer ved hjelp av psykoterapi. Den sterke økningen i etterspørsel etter behandling er samtidig uttrykk for noe generelt: den psykologiske forståelsesmåtenes utbredelse og funksjon i det nyliberale, kapitalistiske samfunn.

Dette heftet av Vardøger beskriver utviklingen av den institusjonaliserte psykiatrien: hvordan legene i sin tid overtok ansvaret for de «gale», hvilke konsekvenser det fikk at behandlingen ble basert på medisinsk vitenskapelighet, og hva den aktuelle «Opptrappingsplanen» bidrar til. Men vi starter med begynnelsen.

Psykiatriens historie

Mennesker med tanke- og følelsesforstyrrelser med tilhørende nedsatt funksjonsevne er møtt på ulike måter gjennom historien. I dette Vardøger-heftet ser vi nærmere på behandlingen og omsorgen de har fått, fra før legene overtok ansvaret og fram til dagens psykiske helsearbeid. Forfatterne ser kritisk på innholdet og utformingen av det hjelpeapparatet, spesielt etter at legene overtok for å basere behandlingen på vitenskapelig erkjennelse. Det er en urovekkende historie.

Som Joanna Moncrieff skriver, oppsto psykiatrien som institusjon i det 19. århundre sammen med framveksten og konsolideringen av den industrielle kapitalismen. Oppgaven var å behandle unormal og merkelig ikke-kriminell atferd som brøt med atferdskravene til den nye sosiale og økonomiske orden. Psykiatriens forbindelse med medisinsk behandling ga den et slør av vitenskapelig objektivitet og nøytralitet. Dette skjulte psykiatri-

ens politiske funksjon som administrator av sosial kontroll. Den medisinske modellen for mentale forstyrrelser har siden da tilslørt de sosiale prosessene som skaper og definerer avvik ved å knytte disse prosessene til individuell biologi. Dette heftet av Vardøger gir mange eksempler på det.

Utskillingen av de «gale» i samfunnet skjedde før legene tok ansvaret for dem og bygde sinnssykehospital. Midt på 1800-tallet var de som trengte hjelp og støtte, mennesker med navn og kjente særegenheter. Fra å være et ørlite mindretall har bl.a. markedsføringen av psykiatrien og den psykologiske tenkemåten bidratt til å gjøre hver femte nordmann behandlingstrengende. Det er ingen dårlig profesjonsinnsats. I dag er pasientene ikke hele mennesker, men diagnoser. Og det er blitt så mange av dem at de ikke er kjent med navn, såfremt det ikke dreier seg om statsministeren, justisministeren, stortingspresidenten, andre kjendiser, eller dem vi har i vår egen familie.

Hvorfor overtok legene, og hva tok de ansvaret for?

Wenche Blomberg har studert omdanningen fra en mer tilfeldig drevet oppbevaring av de «gale» til et regime styrt av et medisinsk kunnskapsunivers. Som Blomberg skriver, ble orden og system framstilt som medisinsk kunnskap. Råd villhet overfor det uforståelige førte da som før til enkle, repressive tiltak, uansett om det ble kalt vitenskapelig aldri så mye. Legens definisjonsmakt var så stor at han kunne omtolke korreksjonen – eller torturen – til en terapeutisk nødvendighet, skriver Blomberg.

Det har vært vanlig å framstille legenes inntog som at lys ble kastet inn og jaget ut det middelalderske mørket. En moderne humanisme berget de gale: «Pinel løser de sinnssykes lenker». Primærkildene som Blomberg har sett på sier imidlertid noe annet. Det var nye merkelapper og en ny sjargong, men praksis endret seg lite. Betegnelsen «vitenskapelig basert terapi» er ofte brukt om det vi i dag vet er humbug og mishandling. Å si at man baserer seg på vitenskapelig eller evidensbasert kunnskap innebærer ingen garanti for virksom eller etisk praksis.

Behandlingsoptimismen havarete allerede på slutten av 1800-tallet, som Blomberg skriver, og ble ikke styrket av at det medisinsk-psykiatriske establishment serverte stadig nye vitenskapelige forklaringer på galskapens årsak og opphav. Legene stilte heller ikke så mange kritiske spørsmål ved for eksempel sjokkterapiene og lobotomeringen på midten av det 20. århundre.

Legevitenskapen har ikke hatt særlig suksess med å behandle verken psykotiske eller nevrotiske pasienter, men har lyktes i å dempe symptomene og pasifisere dem. Som alltid i den medisinske psykiatrien er framtida lysere enn på lenge: «Nå skjer en rivende utvikling i psykiatrien», sier for n'te gang overlegene i en psykiatri som har hatt 150 år på seg til å finne årsaker og botemidler med vitenskapens hjelp.

Vi kan ikke, som Wenche Blomberg skriver, se bort fra den mulighet at det medisinske monopolet har vært et blindspor: Kanskje hører galskapen ikke hjemme i psykiatrien i det hele tatt.

Mishandling og tallrike overgrep, i vitenskapens navn

Overgrep mot mennesker med psykiske lidelser er det tallrike eksempler på. Noen av dem er beskrevet i dette heftet. De som vil vite mer om den brutale «behandlingen» av de sinnssyke gjennom hele 1900-tallet kan lese boka *Mad in America* som vi har utdrag fra i artikkelen «Hjerneskode som behandling».

I artikkelen ser vi nærmere på tre måter å passivisere pasienter på, under påskudd av å behandle dem, og som alle fører til skader i hjernen. Den nedverdiggende og brutale behandlingen av sinnssyke ble ikke begrenset til sjokkbehandling. Et nytt kapittel i legevitenskapens eksperimentering med mennesker ble innledet med «Det hvite snitt», eller lobotomi, som ble tatt i bruk for bokstavelig talt «å fjerne sinnssykdommen» i hjernen. Man skar et snitt eller boret et hull i hodet på pasienten og gravde litt på *følelsen* for å kutte over nervebaner som man trodde hadde med tanker og følelsesliv å gjøre. De lobotomerte ble ofte veldig rolige og følelsesmessig forflatet etterpå. Hensikten med behandlingen var oppnådd.

Lobotomi - vitenskapelig rettferdiggjøring

Lobotomering ble introdusert i november 1935 da den portugisiske nevrologen Antonio Egas Moniz foretok inngrepet ved et psykiatrisk sykehus i Lisboa. Han boret to hull i kraniet på en 63-årig kvinnelig pasient ved hjelp av et vanlig bor og helte deretter alkohol direkte inn i hjernens frontallapper. Egas Moniz fikk i 1949 Nobelprisen i medisin for sin vitenskapelige innsats.

Norge var først ute i Norden med å lobotomere sinnssyke. Det var i 1941. De neste 18 år ble inngrepet utført på minst 2500 personer her i landet. Lobotomiens store utbredelse i Norge henger sammen med at datidas psykiatri bagatelliserte skadene på følelseslivet og kognitive funksjoner. Pasienter og andre som advarte og viste til skadevirkninger ble overhørt. Troen på at Nobelprisen garanterte human behandling og effekt, gjorde mange leger døde for pasientenes vitnesbyrd om skadevirkningene. Det overordnede hensyn var å gjøre pasienten medgjørlig nok til anstaltforbedring eller utskrivning. Den siste lobotomeringen i Norge ble utført i 1974. Da ble en ny æra innledet i den psykiatriske helsetjenesten, den psykofarmakologiske.

Antidepressiva og lykkepiller – forbruk i Norge

I 1990 ble en ny type antidepressive medikamenter lansert i Norge, såkalte serotoninopptakshemmere (SSRI-preparater) eller «lykkepiller». Årlig har salget økt med over 5% hvert år etter at SSRI-preparatene ble introdusert. I

2004 ble det solgt antidepressive medikamenter for 680 millioner kroner her i landet. Omlag 5% av befolkningen bruker antidepressive medisiner hver dag.

Robert Rosenheck som skriver om «Psykofarmakologiens vekst i 1990-åra», mener den irrasjonelle optimismen om psykofarmakologiske midler skyldes positive fortolkninger av forskningsfunn basert på legemiddelindustriens skjeve forskningsdesign, analyser og rapportering. Pilleprodusentenes forenklete informasjon sprer oppfatningen om at psykiske lidelser skyldes kjemisk ubalanse. Økt bruk av antidepressiva skyldes bl.a. forbruket til befolkningsgrupper som tidligere ikke ville tatt medisiner for psykiske lidelser i det hele tatt. Det gjelder også mennesker medikamentene ikke har dokumentert effekt overfor.

I en tid da den farmasøytiske industrien i stadig større grad kontrollerer forskningen, får pillefabrikantene større makt til å bestemme hvordan «psykiatri» skal oppfattes, hva behandling er og hvordan helsetjenesten skal drives. Joanna Moncrieff skriver om «medisineringen av det moderne liv» og hevder at psykiatrien aldri har vært mer selvsikker og respektabel enn nå. Den farmasøytiske revolusjonen i 1950- og 60-åra gjorde det mulig for psykiatrien å tilnærme seg den fysiske medisinske paradigme som er basert på å forordne spesifikke kurer for spesifikke sykdommer. Psykiatrisk omsorg kunne flytte ut av de diskrediterte asylene til allmennsykehus med tettere kontakt til den øvrige medisinske profesjonen. Relokaliseringen var et fysisk uttrykk for psykiaterprofesjonens forsøk på å distansere seg fra sin tidligere rolle som omsorgshaver for de kronisk sinnssyke og å utvikle en ny rolle som helbreder av akutte sinnslidelser på nevrobiologiens grunnlag.

Biologi som ideologi?

Tor-Johan Ekeland viser hvordan biologisk kunnskap blir utlagt som kunnskap om psykiske lidelser. Nevrobiologi gir skinn av *hard science* og skaper dermed forventninger om biologiske løsninger på komplekse menneskelige mysterier. I behandling av menneskelige problemer er biologiske feilslutninger farligere enn andre feilslutninger. Biologisk objektivisering gjør at den sykes livsytringer tolkes som «maskinfeil». Psykiatrihistorien gir mange sørgelige eksempler på dette, og spørsmålet er hva slags villfarelser ettertida vil klandre oss for.

Det er som Ekeland skriver, de kjemiske signalstoffene i hjernen som får skylda; ikke bare for psykiske lidelser, men også for normale variasjoner i personlighet og atferd. En kjemisk ubalanse blir utlagt som årsak til depresjon, schizofreni, angst og tvangslidelser, men også til spiseforstyrrelser, vold, alkoholisme, spillegalskap og tvangskonsum. Personlighetstrekk som sjenanse, selvsikkerhet, aggressivitet, konfliktvegring og spenningsøking, samt manglende evne til behovsutsetting, forklares med noen få signalstoff.

«At signalstoffene *dopamin* og *serotonin* har stått sentralt i denne forskninga skyldes i utgangspunktet ikke teoribaserte hypoteser med grunnlag i akkumulert kunnskap, men at disse stoffene er blitt syntetisert og (nærmest tilfeldig) viste seg virksomme på tilstander som schizofreni og depresjon.»

Grunnforskningen viser nå at det fins over 100 signalstoff (så langt), og det er påfallende at en har konsentrert seg om nettopp de få signalstoff farmakologien kan manipulere med. Psykisk aktivitet innebærer koordinert funksjon av mer enn tjue milliarder nerveceller (der noen igjen påvirkes av opp til ti tusen synapser). Det er usannsynlig at noen få signalstoff skulle være stabile markører for så sammensatte og komplekse fenomen det her er tale om.

Det er ille nok at psykiatrien bidrar til å kamuflere kulturelle feil som biografiske og individuelle feil – langt verre blir det når slike også blir utlagt som biologiske feil. Vi har den biologien vi har. Språket i den biomedisinske psykiatrien sier implisitt at denne biologien ikke er bra nok – og så sant vi finner metoder bør vi gripe korrigerende inn og forbedre den. En slik tanke gjør at eugenikk ikke lenger bare er et skjellsord om fortida.

I dagens kulturelle situasjon rår et sterkt behov for lette løsninger. Enkle biologiske forklaringer passer i en avpolitisert tid med en individualiserende diskurs. Margaret Thatcher's mantra «there is no such thing as a society» har blitt selvoppfylt profeti i nyliberalismen. Etterspørselen etter enkle teorier øker, særlig de som gir håp om å skape «effektive mennesker».

Kritisk psykiatri

Kritisk psykiatri utfordrer den kliniske nevrovitenskapens dominans ved å trekke fram pasientenes erfaringer og sosiale situasjon, og samtidig politisere spørsmål som gjelder psykiske lidelser, deres årsaker og behandling. David Ingleby skisserer den kritiske psykiatriens hovedideer og hvordan den utviklet seg i 1960 og 70-åra, og forsvant i 90-åra. Et kjernebegrep i 1960-åra var «frigjøring». Målet var å frigjøre psykiatriske pasienter ved å gjenetablere deres humanitet. Kritisk psykiatri som var et verdensomspennende fenomen, handlet også om en maktkamp innen den psykiske helsesektoren. Ingleby konkluderer med at temaene som den kritiske psykiatrien satte på dagsordenen for femti år siden igjen er sentrale.

Hva med pasientenes erfaringer?

Hva om resultatene fra laboratorieforskningen om medikamentenes fortrefelighet ikke stemmer overens med pasientenes erfaringer om hva som er god behandling? Hvilken kunnskap skal en da stole på og legge til grunn for behandlingen? Dette er et aktuelt spørsmål. Pasientene selv mener de er best hjulpet av noe annet enn det som fremgår av de eksperimentelle effektstudiene gjennomført til dels på bestilling av den farmasøytiske industri. Et typisk utsagn fra dem som bruker medisiner, er at «Jeg fungerer OK, men er

ikke helt frisk.» Medisinering godtas av mange pasienter som en skjebne uten at det oppfattes som middel til helbredelse. Da er det nødvendig å se nærmere på hva psykiske lidelser i virkeligheten er og på den måten komme på sporet etter årsakene til dem. Prøve-og-feile metoden, riktignok i vitenskapens navn, som har kjennetegnet psykiatrien i 150 år bør avsluttes. Til det har hjerne-skadene og mishandlingen vært for omfattende. Det er på tide å nærme seg psykologiske dysfunksjoner, det vil si tanke- og følelsesforstyrrelser, på en annen måte enn den tilnærmingen (nevro)biologisk medisin representerer.

Arnulf Kolstad presenterer et alternativ til den nevro-biologiske forståelsesmodellen ved å holde fast på at de psykiske lidelsene skyldes følelser, tanker og atferd som er «forstyrret», uhensiktsmessige eller dysfunksjonelle. Problemer og lidelser ytrer seg gjennom høyere psykologiske funksjoner: gjennom språk, tanker, følelser og atferd, og kan ikke reduseres til biologiske defekter. Høyere psykologiske funksjoner, utviklet og formet av kulturen og av de sosiale betingelsene vi sosialiseres i og lever under, er kjernen i psykologiske dysfunksjoner. Grensen mellom psykiske funksjoner og dysfunksjoner kan ikke trekkes absolutt eller på grunnlag av biologiske forskjeller. Det er glidende overganger, avhengig av hva kulturen tolererer av avvik fra det «normale». Hva som er psykiske lidelser konstrueres sosialt og kulturelt.

Sykdomsbudskapet spres tynt ut over

De store psykiatriske asylene dominerer ikke lenger «psykiatrien». I løpet av 25 år har pasienttallet i psykiatriske institusjoner sunket fra 15000 til 4000 her i landet. Målsettingen er «aktiv behandling» og ikke passiv institusjonsoppbevaring. Men «aktiv behandling» i form av medisinering og sløving av kognitiv og emosjonell kapasitet er ikke noe fremskritt. Symptomdempingen er som oftest til større nytte for institusjonene enn til glede for pasientene. Ved å sjokkbehandle, lobotomere og medisinere ble pasientene lettere å handskes med, og de kan bo utenfor sykehusene.

«Opptrappingsplanen» for psykiatrien som ble vedtatt i 1998, og som er kritisk omtalt i dette heftet, har slutført en dramatisk omlegging av det psykiske helsearbeidet. Men mange nisser fulgte med på lasset. Selv om den langvarige innesperringen nå er et unntak, har psykiatrien som forståelsesmåte og praksisform ikke forsvunnet. Den stopper ikke lenger ved institusjonsmurene og er ikke begrenset til det som foregår bak lukkede dører, men har trengt inn i lokalsamfunnet, i dagliglivet og blitt alminneliggjort. Tersklene for behandling er blitt lavere, tilgjengeligheten lettere, og den forståelsesmåten psykiatrien og «psyfagene» representerer siver inn overalt. Det skriver Ole Jacob Madsen om.

Fattigdom, «erhvervsevne» og mental helse

Sosiale forhold som fattigdom, arbeidsløshet, dårlige boforhold, stigmatisering og sosial isolasjon anses ikke som årsaks- eller utløsende faktorer i en biologisk orientert psykiatri. Diagnosesystemene legger ikke vekt på pasientenes egen forståelse eller situasjon. En sosial forståelse av psykiske lidelser med vekt på at problemene er sosiokulturelt betinget eller formidlet, har dårlige kår når pilleprodusentene får makt.

At dårlig mental helse i de fleste tilfelle skyldes den påvirkning folk utsettes for fra unnfangelsen, er imidlertid godt dokumentert i undersøkelser som ser på sammenhengen mellom folks levkår og deres mentale helse. Det er en overhyppighet av lidelser blant de fattige og ressursvake, de som har minst å rutte med og stå imot med. De fattige har ikke nødvendigvis alvorlige lidelser hyppigere enn andre, men helsa deres er dårligere. Ved å utjevne økonomiske forskjeller kan helsa bedres betraktelig. Men i Norge går det som kjent i motsatt retning, større forskjeller og flere med helseproblemer.

Kjell Underlid minner om at de fattige også har dårligere mental helse. Knappheten har en psykologisk pris. Negative følelser intensiveres i møte med materiell overflod. Resultatet er truet selvbilde og redusert selvtilit. Økonomiske problemer forverrer fryktrelaterte plager: Bekymring, angst, indre uro og plutselig frykt uten grunn. Økonomiske problemer gjør at en kjenner seg nervøs, blir skjelven og skremt. Fattigdom er en viktigere, men mer banal årsak til dårlig mental helse enn overskudd av *serotonin* eller underskudd av *dopamin*.

Sosiale og samfunnsmessige årsaker til svekket mental helse finnes tilsynelatende også i arbeidslivet. Den store og økende andel av befolkningen som uførepensjoneres p.g.a. psykiske lidelser er tegn på det. Bare i 2003 ble nesten 7000 uførepensjonert med en psykiatrisk primærdiagnose. Betingelsen for å få uførepensjon avhenger ikke kun av helsa, men av situasjonen på arbeidsmarkedet og de kravene arbeidslivet stiller til «erhvervsevne». Hvorvidt «evnen» er tilstede endrer seg med produksjonsforhold og arbeidsbetingelser. Kravene til arbeidskraften øker med intensiveringen av arbeidet i konkurranseøkonomien, og er strengere i dag enn for 20-30 år siden, for ikke å snakke om for 100 år siden. Folks helse er ikke forverret i denne perioden. Forventet levealder har for eksempel steget betraktelig. Men «erhvervsevnen» er svekket som følge av økte krav i produksjon og arbeidsliv.

De skjerpede kravene til arbeidskraften og til «erhvervsevnen» er uttrykk for kapitalismens krav til produktivitetsøkning, noe ingen kan stanse uten at kapitalismen avskaffes. Dette er systemtrekk ingen statsmakt eller noe politisk parti kan få dispensasjon fra, men bare redusere og eventuelt tilsløre virkningene av ved å stemple ofrene som syke og uten ervervsevne. Dermed omskrives slitasjen i arbeidslivet til individuelle psykiatriske og somatiske sykdomstilfeller. De ødeleggende arbeidsforholdene som utestenger hundre-

tusener, opprettholdes ved å sykdomsstemple og medisinere ofrene med oppfordring til individuell, privat mestring. På denne måten svekkes mulighetene for å gripe virkningsfullt inn overfor problemets årsaker.

I en gjennomgang av Opptappingsplanen stilles spørsmålet om opptrappingen har ført til bedre behandling eller bare flere pasienter. Antall pasienter som behandles har økt kraftig, i poliklinikkene fra 40.000 i 1990 til over 100.000 i 2003. Også utgiftene til denne delen av helsetjenesten har økt sterkt, med nesten 40% i tiårsperioden mellom 1990 og 2000. Fra 2000 til 2003 økte utgiftene med 16% i voksenpsykiatrien og 64% i barne- og ungdomspsykiatrien, og i 2003 ble det brukt 11,1 milliarder på spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. Men det er fortsatt alvorlige svakheter i tilbudet. Ventetida er lang mange steder. Det er store mangler når det gjelder akutt-funksjoner og boliger i kommunene. Tilbudet synes aldri å være på høyde med den økende etterspørselen. «Gapet» mellom antallet som sies å ha et behandlingsbehov og antallet som faktisk behandles har aldri vært større. Til tross for at det behandles tre ganger så mange i dag som for 10 år siden.

Økt produktivitet

Den farmasøytiske industrien og lederne av helseforetakene møtes i ønsket om effektive og symptomdempende terapiformer/teknologier: ECT og medikamentell behandling. Standardiserte behandlingsprogrammer og manualer vil også gjøre styring, ledelse og kontroll enklere i et helsevesen som avskaffer profesjonsledelse til fordel for profesjonelle ledere.

En målsetting med Opptappingsplanen og den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten var å øke «produktiviteten» Ved å opprette *Helseforetak* med nye styringsformer skulle driften effektiviseres og gjennomstrømmingen av pasienter økes. Slike krav bidrar til å nedprioritere langvarig terapi til fordel for symptomdempende behandling. Inngrep direkte i hjernen er billigere og fører til at antall pasienter som behandles per ansatt per år, øker. Liggetida har blitt kortere og det behandles langt flere pasienter. Produktiviteten har økt. Spørsmålet er om kvaliteten på behandlingen er blitt bedre. Økt produktivitet, at hver pasient får kortere behandlingstid, betyr som regel det motsatte av god kvalitet. Hvis flere enn før får mangelfull behandling, har «opptappingen» gjort vondt verre.

Hva skyldes etterspørselsøkningen?

At etterspørselen etter psykiatriske helsetjenester øker kan skyldes at viktige mekanismer i det sivile samfunn ikke lenger fungerer, og at det profesjonelle, offentlige apparat må trå til der familie, venner og arbeidskamerater tidligere stilte opp. Isolasjon og ensomhet er utbredt. Mange har ikke lenger nær familie eller venner når det røyner på. Det er ingen i det «sivile samfunnet» å snakke med eller søke trøst hos når følelsene blir vonde og livet vanskelig.

Den psykiatriske helsetjenesten er blitt en erstatning for den utvidete familien og nære relasjoner. Ved å tilby helsetjenesten også i nabolaget eller lokalsamfunnet, med lett tilgang for de fleste, har helsetjenesten blitt et surrogat for stadig flere mennesker som opplever livet vanskelig og som ikke har den «livskvalitet» de ønsker og tror andre har. Når folk lider under sine tanker og følelser oftere enn før er det dels et resultat økte jobbkraav, vaklende sosiale nettverk og få solidariske støtteordninger når problemene fårner seg opp. Et samfunn gjennomsyret av konkurransetenkning og vekt på en vellykket fasade legger tunge bærer på alle, og skaper også outsiders eller tapere som ikke holder ut i rotteracet, presses ut av arbeidslivet og får problemer med selvspekt og selvbilde.

Spørsmålet er om dagliglivets vanskeligheter og den samfunnsskape misnøye skal repareres av den psykiatriske helsetjenesten? Eller om mer politisk aktivitet, større motstand fra fellesskapet, økt fagforeningsaktivitet er en mer effektiv måte å rette opp uhelsa til de mange på.

Psykoboomen

Ole Jacob Madsen skriver ikke om psykiatrien eller psykologien som kliniske disipliner, men om hvordan «psyfagene» dresserer folk flest og dermed har en manipulerende funksjon under nyliberalismen. Han påviser hvordan 1980-åras thatcherisme varslet om det sosiales død og overlot menneskelige relasjoner til markedets krefter. Enkeltmennesket ble overlatt mer til seg selv og ble følgelig mer sårbart. I dette markedet får et fag og en institusjon som psykologien en særlig aktualitet.

Den nyliberale regjeringrasjonaliteten forventer at hver enkelt skal regjere seg selv nærmest som en bedrift hvis mål er å realisere og øke sin menneskelige kapital. Madsen spør om psykologien bare skyver folk tilbake i konsumkarusellen uten noe kritisk potensial og om psykologene, eller psyeksperterne som Madsen kaller dem, kan betraktes som reparatørene av modernitetens vrakgods, hvis mål er: «å gjenopprette selvet som moderniteten har splintret».

Du skal regjere deg selv

Sosiale, økonomiske og politiske problemer forstås ut ifra et terapeutisk utsyn: Tony Blair hevder at hovedproblemet med sosiale ulikheter ikke er materiell fattigdom, men de destruktive følger dette har for selvbildet. Han mener lavt selvbilde er en vesentlig faktor i barneprostitusjon, hjemløshet, tenåringsgraviditeter, stoffmisbruk og antisosial atferd. Sosiale problemer tolkes i tiltagende grad som om årsakene finnes i psykopatologi som krever individuell behandling.

Livshendelser tilskrives i stadig mindre grad sosiale eller samfunnsmessige årsaker: Aspekter ved individet selv trekkes frem, som valg, kapasiti-

tet, manglende ressurser, nederlag og mestring. Individualiseringen bryter ned grunnlaget for tradisjonelle sosiale sameksistenser. Det som tidligere ble forstått politisk, sosialt eller ideologisk, forstås som individuelle anliggender. Systemet og språket innbyr til individuell forfølgelse av seg selv som sitt eget prosjekt eller foretak. Intimitetsideologien forvandler politiske kategorier til psykologiske. Bevegelsen fra det politiske til det psykologiske virker selvforsterkende ettersom alt som ikke berører en personlig avvises: man er bare mottagelig for narsissistisk gratifikasjon. Resultatet er da at man tror psykologisk-terapeutiske intervensjoner er svaret på alle problem.

«Terapi er for bra til bare å begrenses til de syke» skrev to amerikanske psykologer i 1973. Tre tiår senere har deres bønn utvilsomt blitt hørt. Psykologisk kompetanse er høyt etterspurt i mange sfærer tidligere ukjent med psykologisk viten. Dette gjelder fra felt som fotball hvor «den mentale biten» blir stadig viktigere, til næringslivet hvor arbeids- og organisasjonspsykologien lærer oss hvordan vi kan bli mer effektive og humane på samme tid: «lykkelige mennesker er bedre ansatte».

Hva må gjøres?

Omfanget av psykiske lidelser reduseres mest virkningsfullt ved å avskaffe produksjonsforhold og sosiale praksiser som skaper psykologiske dysfunksjoner i underprivilegerte folkegrupper. Dysfunksjonelle og plagsomme tanker, følelser og relasjoner har sine røtter i produksjonsforhold og måten folk forholder seg til hverandre på. Under kapitalismen blir det stadig vanskeligere å etablere og opprettholde sunne og likeverdige forhold mellom mennesker. Vareforholdet og konkurransen gjennomsyrrer de fleste menneskelige forhold, med skadelige konsekvenser for folks mentale helse.

Løsningene på samfunnsskapt problemer må være politiske, ikke medisinske, og de må gå til roten av den kapitalistiske produksjonsmåte. Først da er det håp om å finne botemidler som har varig effekt. Hvis vi ikke griper dypt inn i den måten samfunnet er organisert på og avskaffer den destruktive sosiale praksisen, vil omfanget av psykologiske problemer fortsette å øke.

Wenche Blomberg

DA LEGENE OVERTOK DE GALE

Innledning

Ved å studere ivaretagelsen av de gale og utstøtte i tida fra den eldste, primitive *dårekista*, over *dollhuset*, og til den institusjonstypen som oppsto parallelt med det store moderne gjennombruddet på 1800-tallet – det medisinske ledede *asylet*,¹ er det mulig å få et inntrykk av hva omdanningen fra en mer tilfeldig drevet oppbevaringsavdeling til et regime styrt av et helt nytt medisinsk kunnskapsunivers innebar i praksis.

Det psykiatriske feltet har vært sterkt dominert av myter og dårlig belagte overleveringer om denne perioden. Det skyldes at man i liten grad har gått til primærkildene og ukritisk har bygd på tidligere framstillinger.²

Inspirasjonskilder

Det meste av den revideringen av psykiatriske historier som har foregått i den vestlige verden de siste tiåra har kommet i kjølvannet av Michel Foucaults skrifter. Hans *Overvåking og straff* (norsk utgave 1977 og 1995) representerte et vannskille i forståelsen av tvangsinstitusjonene (i vid betydning) og det maktapparatet som utviklet seg sammen med dem. Det er særlig hans påpeking av disiplinering som hersketeknikk og sammenhengen mellom kunnskap og makt som har hatt betydning for det perspektivet som er anlagt her. Ved å skape ny viten om mennesket, skapte de nye vitenskapene også det de skulle undersøke, som for eksempel mentale sykdommer, og slik viten etablerte nye former for makt. Asylene inngikk i det store apparatet som skulle foredle individene ved «en teknisk-medisinsk metode med helbredelse og normalisering».³ Hans beskrivelse av «det fengselsaktige nettet» som avløser for «den klassiske tidsalders vilkårlige, massive og slett integrerte innesperring»⁴ gir en nøkkel til forståelsen av den transformasjonen som *dollhuset* inngikk i. Den andre av hans publikasjoner som i sin tid vakte stor oppmerksomhet og virket inspirerende på en hel forskergenerasjon på galskapens område, *Galskapens historie*, er vitenskapshistorisk sett av stor betydning, men begynner å bli utdatert som historisk framstilling og som sådan har den vært utsatt for økende kritikk.⁵

Arbeidene til senere psykiatriske historikere som Roy Porter (død 2002) og Andrew Scull, samt sosiologen Stanley Cohen, har gjort det lettere å se at institusjonsutviklingen på galskapens område ikke bare ble styrt av filantropi, men også i høy grad hang sammen med profesjonsinteresser, en stor tiltro til

den naturvitenskapelige framgangen, og den generelle samfunnsøkonomiske utviklingen.

Ved innføringen av et medisinsk regime fra 1850-årene er det ikke faktisk *viten* om galskapen som preger virksomheten, men en tilnæringsmåte og en praksis som er hentet fra et annet kunnskapsunivers. Hierarkisk system, byråkrati og en sinnrik positivistisk vitenskapelighet er de nye kjennetegnene på det praksisfeltet som ennå ikke hadde fått navnet psykiatri.

Dollhuset (fra tysk *toll* = gal) oppsto i siste halvdel av 1700-tallet som et svar på utskillingskravet og som en refleks av et mer ømskinnet borgerskaps voksende forestillinger om humanisme og helbredelse.⁶ Gale oppsto som sosial kategori utover 1700-tallet. Man begynte å oppbevare flere av samme slag fra et større omland under samme tak og samme oppsyn, og forventet ingen større produktivitet hos klientene. Disse innretningene var det lokale fattigvesenets ansvar.⁷ I hovedstaden ble *Christiania dollhus* opprettet som en avdeling ved arbeidsanstalten Prinds Christian Augusts Minde i 1829.

Dette dollhuset, som må antas å ha vært rimelig representativt, var ikke en *medisinsk* institusjon. Folk ble passivt oppbevart – det var dette som var «Cuuren». Roet de seg og førte en rimelig forstandig tale, ble de utskrevet. Mange ble skrevet ut igjen etter kortvarige opphold, og det er ikke svært mange gjengangere. Dette er et interessant funn, tatt i betraktning at de medisinske asylene som kom seinere, i minst like stor grad som dollhusene utviklet seg til overfylte oppbevaringsanstalter.⁸

Det var bare de *mest* avvikende som ble plassert i dollhusene. Enhver hjelpetrengende eller nødlidende var i utgangspunktet slektas ansvar. Det var en del av en urgammel rettsordning, der også skade forårsaket av en som var gått fra vettet, måtte bøtes av familien. De ble i slike tilfeller holdt ansvarlig for at en utagerende var under tilfredsstillende kontroll. Det var først der familie ikke fantes at sosiale ordninger som legd og almisser kom på tale for den harmløse fattige, og innesperring for den farlige. Samfunnet grep inn dersom det var begått alvorligere handlinger som var straffbelagte.

Dessuten ble det reagert med administrative sanksjoner mot visse typer atferd – som uautorisert tigging, løsgjengeri og kvinnelig lettlivethet. Det var slik livsførsel tukt- og arbeidshusene var rettet inn mot. Der havnet en spraglet fattigbefolkning av utstøtte og handikappede av mange slag.

Kurmidler

I arkivene fra *Christiania dollhus*' første år finner man praktisk talt ikke et ord om hva slags behandling klientene fikk, og om og i hvilken grad den rettet seg spesifikt mot galskapen. Legene ved dollhuset har formodentlig konsentrert seg om fysiske skavanker og ellers ikke hatt så mye å bidra med utover tidas tradisjonelle teknikker.

Sist på 1820-tallet ble melankolikere, epileptikere og hysterikere behandlet ved Rikshospitalet med beroligende valerianapulver, belladonnaekstrakt (inneholder atropin, brukt mot kramper, nevrologiske lidelser, astma), årelating (veneseccio), grøtomslag (cataplasma) og «affusio frigida capiti»: kaldt vann over hodet.⁹ Det siste kan henge sammen med forestillinger om en opphetet hjerne. I den grad galskapen ble medisinsk definert, henhørte den i disse tider under indremedisinen.¹⁰

Rundt 1820 benyttet det svenske Danvikens dårhus seg av den såkalte «svingstolen», en variant av Joseph Mason Cox' oppfinnelse, beskrevet i hans «Practical Observations on Insanity» fra 1806. Man antok at dette roterende torturinstrumentet hadde en positiv effekt på galskap.¹¹ På Danviken fant man ut at apparatet ikke hadde en slik effekt, bortsett fra at det forsterket virkningen av brekk- og laksermidler, så det ble i stedet benyttet som straffemetode.¹²

I tillegg var isolering og tvangstrøyer i bruk. På denne tida var fremdeles humoralteorien om balanse mellom kroppsvæskene en vesentlig del av grunnlaget for vanlig medisinsk praksis.¹³ Derfor var *tømming* et vanlig terapeutisk grep. Metodene var flere: Klystér og andre avføringsmidler, vann-drivende midler, årelating, framkalling av brekninger osv. Årelating var en relativt brutal metode som var begynt å gå ut av bruk, men blodigler var en god erstatning. De var apotekervare og ble kjøpt inn i små kvanta rett som det var, og oppbevart på spesielle glass. Fattigsygehuset som også holdt til på anstalten, kjøpte inn fersk grønnsåpe til «Sæbekuren» – antakelig klystér – og sennep, som var et godt og billig brekkmiddel. Overskylling med kaldt vann – om Rikshospitalet brukte – er en av vannkurmetodene som var mye brukt i andre land på denne tida,¹⁴ der «overraskelsesbadet» er en av de mest kjente tidlige formene for sjokkbehandling. Overlege Peter Winge ved Prinds Christian Augusts Minde skrøt senere av hvor effektivt «koldt styrtebad» var som disiplinærmiddel, etter at dollhuset var blitt omgjort til medisinsk-vitenskapelig sinnssykeasyl i 1850.¹⁵

Det er ellers ingen spor etter terapeutisk fornyelse. I Europa for øvrig var humoralmedisinen på vikende front, og gjennom lang tid hadde det både i England og andre steder foregått mye eksperimentering med mekaniske, elektriske og magnetiske metoder.¹⁶ En gjennomgang av det første norske medisinske tidsskriftet *Eyr*, som utkom i årene 1826-35, gir ingen treff for artikler vedrørende galskapen og dens behandling skrevet av norske leger, bortsett fra de som ble levert av Frederik Holst.¹⁷

Nå er det ikke noe spesielt at det finnes lite av vitenskapelige skrifter produsert av praktikere i den pre-psykiatriske perioden. Ved det tradisjons-tunge Bethlem i London¹⁸ ble det ikke skrevet en linje på mange hundre år fram til godt utpå 1700-tallet. Porter har dem mistenkt for å ville holde behandlingsmetodene for seg selv, som private profesjonshemmeligheter på et konkurranseutsatt område. Ledelsen ved Bethlem var mer opptatt av

administrasjon – holde disiplin blant personalet og få regnskapene til å stemme – enn med terapi, mener han.¹⁹

I Norge var Frederik Holst den første medisineren som trådte ut i offentligheten som historisk aktør med sine anstaltbetragtninger og sin rolle i Dollhuskommisjonen. Kommisjonens terapeutiske grunnidé var at nye, moderne medisinerledede anstalter i seg selv var et helbredelsesmiddel. Fram til Herman Major trådte fram i rampelyset midt på 1840-tallet, var det ingen medisinerere, verken i det akademiske miljøet eller blant klinikerne, som holdt reformtankene varme i offentligheten.

Overgangen til asyl 1850-51

Selv om det lå et tydelig element av helbredelseshåp i dollhusbevegelsen fra siste del av 1700-tallet, da gale ble skilt ut fra de eksisterende tvangsanstaltene og samlet i egne avdelinger, var ikke forventningene rundt århundreskiftet store til at disse institusjonene i seg selv skulle ha noen særlig helbredende virkning. Oppbevaringen av gale var en praktisk foranstaltning, og dollhusene ble ansett som mer humane enn tukthus o.l. Om folk av og til kunne komme til fornuft igjen i disse innretningene, ble det sett på med en viss forundring.²⁰ Å havne på dollhuset var skjebne, og å komme ut igjen noe bortimot et mirakel som man ikke hadde noen forklaring på.

Allerede tidlig på 1800-tallet fantes det også i Norge en forståelse av at dollhusene ikke var noen tilfredsstillende innretninger i en opplyst tid. Først etterat Frederik Holst hadde vært ute i verden rundt 1820 og plukket opp Jeremy Benthams panoptiske system for masseovervåking av internerte problembefolkninger ble retningen lagt for det framtidige asylet: redningen lå i *orden og system*. Da han kom hjem, ble disse idéene framstilt som *medisinsk* kunnskap. Terminologien gikk inn i det kunnskapsuniverset som ble forvaltet av det medisinske fakultet.

Om reformtida tidlig på 1800-tallet i England skriver Porter at det var enighet i tida om at galskapen økte og at den var «epidemisk». Han påpeker imidlertid at om galskapen ble mer synlig, behøver det ikke bety at den faktisk økte. Sosiale forhold gjorde galskapen stadig mer umulig å håndtere med tradisjonelle og stort sett uformelle metoder. Han var uenig med Foucault/Dörner i at industrialiseringa fremmet galskap og ufornuft, og forklarer den økte synligheten med at den private engelske galehusvirksomheten skapte et *marked*, en spesialisert nisje i kost- og losjibransjen. Tilgjengeligheten på alternativer til plassering i heimen skapte behov, mente han.²¹

Nå er det ikke sikkert at vi står overfor et enten-eller. Overført til norske forhold – slik vi finner dem utover i 1840-åra – tyder mye på at vi har å gjøre med et både-og. Befolkningspresset mot byene – særlig hovedstaden Christiania – var i rask økning. Boligforholdene var dårlige, for mange svært

miserable. Smittsomme sykdommer florerer, koleraepidemiene kom og gikk med noen års mellomrom. Arbeidslivet var hardt og autoritært. Summen av slike sosiale faktorer har betydning for antallet som støtes ut, som faller av lasset, krakelerer. Dollhusene må i økende grad ha blitt oppfattet som et mulig alternativ, eller iallfall en siste utvei, både for lokale fattigkommisjoner som fikk ansvaret for folk som ikke klarte seg sjøl, og for familier som manglet ressurser til å ta seg av sine egne.

Ny orden og nye menn

Den nye Sinnssykeloven – *Lov om Sindssyges Behandling og forpleining* – ble sanksjonert 17. august 1848. Herman Major hadde utarbeidet forslag til loven etter en studiereise til Tyskland og Frankrike i 1845. Han overtok legestillingen ved Oslo Hospital i 1847. Loven stilte strenge autorisasjonskrav. Kommuner, institusjoner eller privatpersoner som heretter ville ta imot gale måtte oppfylle en rekke betingelser både av bygningsmessig, terapeutisk og administrativ art, og planene måtte sendes inn for godkjenning av Kongen.²²

Peter Emanuel Winge var bare 28 år da han i 1846 overtok legestillingen ved Prinds Christian Augusts Minde, inkludert dollhuset. Noen spesialerfaring med galskap ser det ikke ut til at han hadde. Dollhuset fikk autorisasjon som asyl 17. mai 1850. Med autorisasjon fra 7. mars 1851 kunne også det gamle hospitalsdollhuset i Gamlebyen kalle seg «syl».²³

Medikalisering og diagnoser. Rådsvillhetens tid

Da Winge begynte i stillingen i 1846 skulle han bringe orden, fornuft og vitenskapelighet inn i en uoversiktlig gammel anstalt der de innsattes kropper mer eller mindre fløt sammen i en trangbodd, kaotisk masse. Det var ikke gjort over natta.

Ett av grepene var å fange individene i et nett av skrift, for å bruke en Foucault-vending. Winge innførte *den medisinske journalen* etter at dollhuset var oppgradert til asyl. Ofte åpner journalene med en beskrivelse av pasientens framreden: *Blikket* kan være «vildt», «mørkt», «nedslaaet» eller «stikkende», *kroppen* «sammensunken» eller «hulbrystet», og «spæd» eller «stærk». (Seinere begynte de også å måle skallene.²⁴) I mange tilfeller kommer lange, sammenhengende fortellinger om hva som har gått forut for innleggelsen. Disse livshistoriene inneholder alle varianter av menneskelig ulykke – tap, avmakt, traumatiske hendelser, fattigdom, sykdom og elendighet. Det legges særlig vekt på atferdsendringer, som «urigtige idéer», syns- og hørselshallusinasjoner, delirier og epileptiske anfall, når de inntraff og hva som ble gjort i den anledning. Den ferdigtrykte protokollen hadde også rubrikker for opplysninger om sinnssykdom og kriminalitet i familien, og om tilstandens antatte årsak.

I sin medisinalinnberetning for 1849²⁵ opererte Winge med flere diagnostiske kategorier: Dementia, Mania, Melancholia. Ti av de 22 som ble liggende over til 1850 var klassifisert som demente. Seks var melankolske og fem maniske.

Journal-skjemaet har egen rubrikk for sykdommens antatte årsaker. En rask gjennomgang av de 50 første innførlene av 1850-pasientene viser at i 18 tilfeller er rubrikken tom, eller det står «Ubekjendt» eller tilsvarende. I seks av tilfellene refereres det til forskjellige kroppslige tilstander: «Apoplexie», «Hjernelesion», «Organisk Hjertefeil», «Epilepsie» eller «Syphilitisk eller mercuriel Hjerneaffection» (dvs. forgiftning etter kvikk-sølvbehandling mot syfilis). I fem tilfeller antas onani å være årsak, og like mange ganger nevnes sosiale sammenhenger som «Næringsсорger», «Religiøst Sværmerie» og «Uordentligt Levnet». Men de to dominerende årsaks-kategoriene er drikkfeldighet (11 ganger) og arvelig disposisjon (13).

Det er et påfallende gap mellom skildringene av sosiale omstendigheter og fokuseringen på kropp og arv. Det er som om man aner at livserfaringene har en betydning, men ikke om de kan brukes til noe. I 1850-journalene er et naturvitenskapelig ståsted bekreftet, og det mottatte menneskematerialet tolkes ut fra en forståelse av det mentale avviket som symptom på skjulte kroppslige funksjonsfeil og mangler. Som leger var det dette Winge og Major hadde kompetanse på. I 1854 skrev Major at

«enhver Sindssygdом fra Begyndelsen udgaaer fra en reent legemlig Lidelse, der enten directe eller indirecte afficerer det centrale Nerve-system»,²⁶

og i 1857 skrev Winge:

«...Sygebehandlingen er ledet efter en somatisk Opfatning af Sindssygdommene, idet jeg altid er gaaet ud fra, at disse fra Begyndelsen af, ere Reflexer af en eller anden legemlig Anomalie, til hvis Oprindelse igjen en psykisk Aarsag kan være mulig, og at de psykiske Phænomener kun gennem deres organiske Betingelser kunne blive Gjenstand for den lægevidenskabelige Betragtning og Behandling.»²⁷

Her åpner Winge riktignok for at det bakenfor en «legemlig anomali» også kan ligge en psykisk årsak (en mulighet han ikke utdyper nærmere), men det er «de organiske betingelser» som interesserer.

Etter en første somatisk undersøkelse etter innkomsten, var det svært ofte en eller flere av de klassiske tømmeteknikkene som ble tatt i bruk: brekk- og avføringsmidler, blodigler i tinningene, og mer sjelden en årelating. En syfilittisk Christianiakjøpmann som ikke bare hadde utviklet et mentalt avvik, men også hadde flere legemlige plager, fikk ved innleggelsen hasjpiller morgen og kveld, og det ble i over en uke arbeidet iherdig med å få ham til å avgi tilfredsstillende avføring.

Mot søvnmangel og uro ble det særlig benyttet opium i stigende doser, deretter synkende; dessuten varme bad, eller lunkne med kalde overskyllinger av hodet. Dette var enkle adferdsregulerende midler som ble brukt i stort

omfang. Den gravide Karen Christine fikk klystér etter ankomst, men først og fremst fikk hun opium i varierende doser både før og etter fødselen for at hun skulle roe seg. Lunkent bad, valeriana og laudanum ble også brukt. Det forhindret ikke at hun av og til ble satt i tvangstrøye. Om en gardsgutt fra Lom noteres det at

«Pas. har et par ganger fått styrtebad, hvorover han er blitt meget forskrekket. Således ville han i dag slett ikke spise sin mat (...) han ønsker å forlate sitt nåværende oppholdssted».

Noen dager etter prøvde han å rømme.

Tvang og straff

Man hadde også skarpere metoder, både tvangstrøye og «eneværelse» – sannsynligvis en eufemisme for isolat i kjelleren. Bruken av slike tvangsmidler skulle i henhold til loven rapporteres i en egen protokoll. Men det framgår av journalene at Winge etablerte et dobbeltsporet system: han skilte mellom legale, protokollerte tvangsmidler som ble benyttet for å forhindre skade, og «Correctionsmidler» brukt i den interne disiplinen:

*«Som Correctionsmiddel anvendes undertiden Eneværelse, undertiden, og i Almindelighed da med udmærket Virkning, et koldt Styrtebad».*²⁸

Man kan forundres over at Winge her likefram skryter av at han bryter §4 i Sinnssykeloven der det heter: «*Legemlig Revselse maa ikke finde Sted*».

I reglementet for det nye asyllet forsvinner personen inn i sykdommen – det er sykdommen som handler, ikke mennesket. Individet er visket ut. Men i det fysiske møtet med Winge står det likevel en person der med egen vilje, en som kan stille til faenskap og dermed er kvalifisert for korreks.

Det er en viss rådvillhet som kommer til syne her. I møtet med det uforståelige, tyr man til enkle, repressive midler. Det er en «mismatch» mellom regulativets klare normative intensjon og den kliniske hverdagens mangfoldige realiteter som indikerer at forestillingene om framskrittet ble endret raskere enn praksisen. Til gjengjeld var legens definisjonsmakt så stor at han kunne omtolke korreksjonen – det ligger egentlig nærmere å kalle det tortur – til en *terapeutisk* nødvendighet, iallfall passende for et velvoksnet menneske som brøt med forestillingene om passende kvinnelighet (og som under enhver omstendighet ikke fikk snakke til *ham* på den måten).

Men dermed er også dollhusets gamle direkte og spontane metoder, som ikke var ledsaget av filantropiske erklæringer, men var en del av hustukten fra arbeidsanstalten, blitt opphøyet, raffinert og medikalisert. Gjort til noe annet, ikledd et nytt språk. Winge skrøt åpent av at han hadde funnet et middel som virket («i Almindelighed»). Det etiske imperativ som var satt opp for vokterne, kunne han heve seg over og utvise eget skjønn – og skjule sin rådvillhet. Medisinsk definisjonsmakt og hierarkisk plassering høyt over

ufornuften legitimerede vilkårligheten. Det er spiren til en moderne, omnipotent asylsjef som trer fram.

Da kvinnene rykket inn igjen i Christianias nye asyl 15. september 1851 etter midlertidig plassering i Oslo hospital under ombyggingen, ble det også bruk for tvangsmidler. Denne dagen og den neste ble fire kvinner satt i isolat – den ene fikk dessuten tvangstrøye på, og ble isolert to ganger. Tvangsmidlene ble brukt fra 18 timer til 10 dager, mens én ble sittende i isolatet ut året – i 117 dager. Begrunnelsen var hovedsaklig uro. Av 15 tilfeller av tvangstrøyebruk, er de ti ganger anvendt mot kvinner, som oftest på grunn av «Ødelæggelseslyst».

Den nye filantropiske sinnssykeloven og normene i asyls reglement var ikke noe hinder for repressive metoder og mishandling. Da den nye vitenskapeligheten skulle omsettes i praksis ble mange av dollhusnissene åpenbart med på lasset. Fra en relativ frihet i det gamle anstaltskaoset, åpnet den nye loven for en systematisk tilgang til de innsattes kropper og en langt mer sofistikert individuell kontroll. Der man tidligere nok hadde få sperrer mot fysiske virkemidler for å få innsatte til å folke seg, fikk overgrepene nye former og terminologi, og foregikk i pene og rene omgivelser. Med nye merkelapper kan man skjule det som foregår. I sin undersøkelse av Bjerketun behandler Kjersti Ericsson²⁹ dette fenomenet og viser til striden om isolasjonen der: var den et «hygienisk tiltak», et ledd i pedagogikken – eller straff og overgrep? Ericsson sier at et viktig trekk ved fagsjargongen som politisk språk, er at den bidrar til å dra en grense mellom den profesjonelle og klienten. Sosial avstand kan bidra til å gjøre uakseptable handlinger akseptable.

På samme måte gir Joar Tranøy en lang rekke eksempler på hvordan opposisjon mot regimet på Gaustad i tida etter krigen ble straffet med drastiske behandlingsmetoder³⁰ som cardiazol-, insulin- og elektroshokk, og opptil flere hjernekirurgiske inngrep på samme person. Det er påfallende mange eksempler på journalformuleringer som viser hvordan konformitets- og disiplinkrav dirigerte medisinerens intervensjon.

Tiltakene ved asylet i Storgata ble rettet mot pasientenes bevissthet og samvittighet for å øke deres selvkontroll – et autoritært og moralistisk prosjekt som ingen kontrollkommissjon hadde innvendinger mot. Det rettet seg da også mot fattigfolk som man fant det helt naturlig å oppdra til konformitet og å innordne seg sine roller. Det hadde formodentlig vært en større skandale om en representant for overklassen var blitt tvangsverskyldt med 32 bøtter kaldt vann, slik en av kvinnene opplevde hos Major på Oslo hospital.

Hygieniske framstillinger

Winge og Major lette etter kroppslige anomalier. Hvert eneste gram opium, hasjisj og andre medikamenter, samt hver eneste vellykkede avføring, er omhyggelig redegjort for i journalen. Winge obduserte alle som døde i anstalten,

så sant ingen pårørende satte seg imot det. Objektene for denne forskertrang hadde ikke mye de skulle ha sagt. Mange av dem ble framstilt offentlig som identifiserbare kasus i Norsk Magazin for Lægevidenskaben i artikler av de to. Disse presentasjonene er imidlertid hygieniske i den forstand at de ikke forteller noe om asyllets interne disiplineringspraksis, tvangsanvendelsen og straffemetodene. Det er en tydelig avstand mellom den akademiske tidsskrift-rapporteringen og de daglige journalnotatene om medisinsk intervensjon og hverdagspraksis.

Det har vært helt vanlig å framstille Sinnssykeloven og legenes inntog som at lys ble kastet inn og jaget ut det middelalderske mørket. En moderne humanisme brøt med de gamle redsler og berget de gale: «Pinel løser de sinnssykes lenker»³¹ er tittelen på ett av den tradisjonelle psykiatrihistoriens fremste ikoner. Men slike fortellinger viser tydelig svakheten ved å tolke ordensregler og annet normativt materiale som praktisk virkelighet. Den praktiske virkeligheten framstår nok som atskillig mer reell i arkivmaterialet. Lovteksten sa at *legemlig refselse ikke måtte finne sted*. Det er ikke komplisert formulert, og var rimeligvis heller ikke komplisert tenkt. Men i journalene fins altså spor etter en annen praksis. På dette punktet er det ikke samsvar mellom idealer og realiteter. Det minner om hvordan mange har sluttet fra 1736-reskriptet, som beordret hovedhospitalene til å innrede dårekister, til at de faktisk gjorde det. Men primærkildene sier noe annet. Likevel synes denne forståelsen å være uutryddelig, noe som må henge sammen med en forelskelse i tanken på en forbindelse mellom galskap og filantropisk medisin så langt tilbake³² – og en tilsvarende forelskelse i Sinnssykeloven som den nye tids lysende fakkell.

Slike framskrittsoptimistiske fortellinger er typiske for profesjonenes historieskriving om seg selv, og er ikke spesielle for medisinerne. De inngår blant de større moderne grunnfortellingene om den vitenskapsbaserte sakkunnskapens utvikling på alle samfunnsområder, og har etablert mytene om den moderne rasjonalitetens seier over fordommer og kunnskapsmangel, forstokket ortodoksi og middelaldermørke.

Historiografisk forskjønnning innebærer at noe utelates. Nedenfra sett kan historien fortone seg annerledes. Selv i maktens etterlatte papirer fins det spor som åpner for andre tolkningsmuligheter.

Mishandling av gale sprang ut av forakt for ufornuften, og ydmykelser og straff kan heller ikke ses uavhengig av en tilsvarende forakt for underklasse og filleproletariat. Holdninger utryddes ikke med en lovtekst, et reglement og materiell oppgradering. Journalenes formuleringer er helt annerledes positive i tilfeller der pasienten føyer seg, er blid og medgjørilig, og går med iver til sin daglige beskjeftigelse. Andre som manglet denne selvkontrollen blir omtalt i tildels sterkt negative vendinger. Ordene er Wingses, det er han som fører journalene, og det var altså dette han mente seg å se. En lovtekst sier bare noe om hvordan lovgiveren ønsker at noe *bør* være. Og det er paradok-

salt at Major, som skrev lovutkastet, selv synes å ha brutt loven med sine 32 vannbøtter.³³

Inntil det foreligger ytterligere kunnskap om praksisen i de eldste asylene, må det iallfall være berettiget å reise spørsmålet om Sinnssykeloven kanskje fungerte best (om enn langsomt) som *omstrukturingsverktøy for det offentlige* og som *fullmaktslov for legene*.

«Den opprinnelige transformasjon» – Endringene i sosial kontroll

Innenfor kriminologi og avvikkssosiologi snakker man om «den opprinnelige transformasjon» av den sosiale kontrollen i denne perioden. Stanley Cohen har satt opp en punktvis framstilling av kjennetegnene ved denne opprinnelige forandringen:

- Statens rolle styrkes, kontrollen sentraliseres, rasjonaliseres og byråkratiseres
- Differensiering av klientell, klassifisering av nye avvikergrupper med tilhørende monopoliserende profesjoner og «vitenskapelighet»
- Utslusing til flere slags lukkede, formålsbestemte institusjonstyper
- Mindre fysisk straff. Påvirkning av sjelen i stedet for kroppen, fulgt av positivistiske teorier som rettferdiggjør fokus på individet.³⁴

Det er generell enighet om disse historiske trekkene, men forklaringene på *hvorfor* og *hvordan* går i flere retninger og vektlegger ulike forhold. En dominerende teori har vært *framskrittsoptimismen*: humanismens seier over barbariet – et relativt enfoldig historiesyn. Med Cohens ord: «*De gode viljer tages fuldt og helt for pålydende og holdes helt og aldeles skilt fra deres konsekvenser.*»³⁵ En slik retorikk har f.eks. kjennetegnet medisinerens forsøk på å beskrive sinnssykevesenets utvikling.

En annen teori – «*gode viljer og katastrofale konsekvenser*» – har betraktet institusjonsbyggingen som et svar på en borgerlig angst for ukontrollerbare masser, farlige klasser og bekymring for sedenes forfall. Avvikerne måtte derfor fjernes fra dårlig innflytelse og sluses inn i asylet, «en mikroutgave af den perfekte sociale orden».³⁶ Og selv om anstaltene fra slutten av 1800-tallet degenererte og ikke innfridde noen av de opprinnelige løftene, er systemet stadig vedlikeholdt på grunn av sin funksjonalisme og støttet av en velvillig retorikk som sikrer «mer av det samme».

En tredje teoritype baserer seg på den politiske økonomien som historiens drivkraft. Marxistisk inspirerte analyser har ifølge Cohen sett på institusjonssystemene som en suksess for kapitalismen – i det at de oppfyller *andre* formål enn de erklærte:

«Det nye kontrolsystem tjente den fremvoksende kapitalismens krav om konstant undertrykkelse af de genstridige elementer i arbejderklassen – men fortsatte samtidig med at mystificere alle (herunder reformatorerne

selv), så de troede, at disse forandringer var retfærdige, humane og fremskridtsvenlige»³⁷

Foucault er en kategori for seg selv, mener Cohen. Hans forståelse har også utspring i en marxistisk, dialektisk materialisme, men han vektlegger også immaterielle størrelser som viten og makt, og forklarer mye av institusjonsutviklingen med maktapparatet som en selvstendig virkende kraft, sprunget ut av kunnskapsutviklingen. Særlig i «Overvåking og straff» fra 1975 utvikler han sin teori om fengslenes funksjon og straffen som et middel til å kontrollere menneskekropper. De disiplinære metodene – herunder det panoptiske overvåkingssystemet³⁸ – kom også til å prege asylene og andre innesperringsanstalter. De store forandringene som fulgte hverandre på flere samfunnsområder ble drevet fram av industrialismen og den moderne kapitalismens gjennombrudd.

Hvilken betydning hadde reformene – var de entydig til fordel for alle involverte? Hva slags fordeler? Hva slags framskritt var det egentlig snakk om?

Den første utskillingen

Historien om dollhuset i Mangelsgården er representativ for utviklingen innenfor sinnssykepleien. På galskapens område ser vi fra denne tida en tydeligere vektlegging av mentalt avvikende som egen sosial kategori. De begynner å framstå som noe mer enn én og én. De tilfeldige, pragmatiske utveiene avløses av differensiering og utskilling til egne sosiale rom – lere «av samme slag» samles under ett tak.

Utskillingen i 1829 innebar ikke at det ble etablert noe eget medisinsk regime for dollhusavdelingen. Arrangementet innskrenket seg til oppbevaring og uskadeliggjøring, og tilbød lokale myndigheter og private et deponi for menneskemateriell som ingen andre ville ha. Det var det samme som man gjorde med tiggere og løsgjengere: satte dem ut av sirkulasjon.

Differensieringen la grunnlaget for utvikling av nye profesjonsgrupper. Positivistiske vitenskapsidealer (ledsaget av filantropiske erklæringer) preget reform- og ryddearbeidet. Dette er Herman Majors skrifter det mest kraftfulle (for ikke å si lidenskapelige) eksemplet på. Hans retorikk går i Frederik Holsts fotspor. Men de hadde også en annen agenda, en interesse for å styrke profesjonens anseelse og virkeområde innenfor det nye institusjonsarkipe-laget som skulle oppstå.

Den totale kontrollen

Den som trådte inn i asyllets nye orden, forlot samfunnet. Regulativet som inngikk i den kongelige autorisasjonen av anstalten, trekker opp et bilde av en nokså sterk isolasjon, og peker – overraskende nok – i retning av trekk vi kjenner igjen fra Goffmans «totale institusjoner»³⁹ et århundre seinere:

- *Barrierene mot sosialt samspill med omverdenen.* Ingen uvedkommende hadde adgang, brev ble kontrollert, og bare på skriftlig tillatelse fra legen kunne pasientene treffe slektninger eller andre. Anstalten framstår langt på vei som et hemmelighetsfullt sted.
- *Klar over-og underordning mellom personale og pasienter.* Asylet var strengt hierarkisk oppbygd med legen på toppen og tjenestejenta nederst, men under alle disse befant pasientene seg. De ble hele tiden overvåket av alle de andre. Goffman antar at isolasjonen i seg selv bidrar til å vedlikeholde fiendtlige stereotyper mellom de to lagene.⁴⁰
- *Personlighetskrenkelser.* Vi ser at det har fulgt noen innrullingsprosedyrer ved ankomsten. Man bades, fratras klær og andre effekter og får institusjonstøy, blottes ved forskjellige slags undersøkelser, og «kodes til et objekt som kan puttes inn i institusjonens administrative maskineri».⁴¹ Ritualet fastslår nykommerens status som underordnet objekt. Denne innskrenkede rollen vil man ha døgnet rundt under hele oppholdet. Iallfall legen får uinnskrenket rett på den innkomnes fulle biografi, og kan hente komparentopplysninger hvor som helst fra (dette framgår av journalene).

Diskresjon utad skulle imidlertid være en selvfølge, i henhold til reglementet:

Til alle uvedkommende Personer derimod skulle Vogterne iagttage en ubrødelig Taushed angaaende Alt hvad Patienterne gjøre eller sige i deres Sygdom. Enhver Vogter som forseer sig herimod og derved foranlediger, at de Syges Ytringer eller Opførsel bliver bekjendt for Fremmede, erholder strax sin Afsked. Den største Strængighed er nødvendigt i dette Punct, da de fleste Syges Fortællinger om deres egen og Slægtningers Handlemaade før og under Sygdommen, som oftest ere aldeles urigtige og fordreiede, og da de ofte i deres Sygdom ytre Lyster og Lidenskaber, der aldeles ikke ere fremherskende hos dem i deres naturlige Tilstand. Sladderagtige Meddelelser herom til Ukyndige kunne derfor lettelig stille angjældende Personers Charakter i et falskt Lys og paa forskjellig Maader skade deres gode Navn og Rygte. (Vokterreglementet, § 3)

Medisinsk behandling

Porter hevder at det er for lettvint å si at det har gått en lineær utvikling der forståelsen av galskap gradvis endret seg fra en overnaturlig forklaring (demoner) til en naturalistisk tilnærming. I middelalderen ble galskap like ofte tilskrevet naturlige årsaker (ulykker, pasjoner og personlighet) som til onde ånder eller forbannelser. «Som med hekseri i det 16. og 17. århundre, la de lærde sannsynligvis mer vekt på galskapens guddommelige og diabolske dimensjoner enn hva folk flest gjorde.»⁴² En medisinsk interesse for fenomenene har vært til stede siden de gamle grekeres tid, men det var særlig oppmerksomheten (markedsinteressen) utover i 1700-tallets England som

førte til nye behandlingsformer. Dette igjen genererte nye krav på ekspertise både i og utenfor medisineres rekke, og en økende skriftproduksjon på området.⁴³

Rikshospitalets indremedisinere brukte f.eks. tømme- og vannbad tidlig i århundret. Kalde bad ble tatt i bruk ved Bethlem fra 1680 og en bok om emnet ble utgitt i 1702.⁴⁴ Norske leger kan godt ha kjent til dette. Etter omdanningen tar Winge sterkere midler i bruk, særlig opium, samt forskjellige vannkurteknikker. Tradisjonelle urtepreparater ble stadig brukt, og hasjpill er kommet til. Av journalene framgår det at svært mange av pasientene fikk opium. Middelet ble administrert som en kur der agiterte pasienter over en tid fikk økende daglige doser til de roet seg, deretter synkende. Winge hadde stor tro på dette og beskrev kuren i en tidsskriftartikkel.⁴⁵ Men middelet hadde opplagt også en praktisk side for *anstalten* ved at det ble mindre bruk for tvangsmidler. At administrative og pleiemessige behov opp gjennom tida har vært forsøkt løst med repressive «terapeutiske» midler for å disiplinere innlagte fins det et ekstra tydelig eksempel på fra Trondheims-asylet Østmarka i 1948, der overlegen lettet konstaterte at det ble mye roligere på kvinneavdelingen etter at de verste urokråkene var lobotomert:

«Sommeren og høsten 1947 var den urolige kvinneavdelingen ved Østmarka et rent mareridt, og jeg tror ikke jeg har opplevd den så slem i de år jeg har vært her. Utover høsten tok vi ut den ene etter av urokråkene og fikk dem operert, slik at avdelingen nå er helt annerledes.»⁴⁶

Gutten fra Lom som er nevnt tidligere da han ble skremt av å dusje, fikk prøve en kur som trolig har vært en variant av tømning: han fikk gnidd noe inn i et sår nakken som etter et par uker ga «et rikelig pussfylt utslett».⁴⁷ Her har tømningen foregått fra et punkt nær hodet og synliggjør hvordan enkle forestillinger fra fortida ble tatt med inn i «vitenskapelig» behandling. Det kan kanskje ha dreidd seg om en variant av den metoden som Eva Eggeby omtaler som å «sette hank», dvs. at man tredder en trådstump gjennom huden i nakken og holdt såret åpent. Hennes eksempel er fra 1749 og det blir nevnt at dette på den tida mest ble brukt på hester.⁴⁸ Ifølge Eggeby har det:

«tydlig utvecklat olika praxis för fysiska och psykiska sjukdomar. Om man antar att hanken minskade i betydelse för att den ansågs smärtsam och inhuman, så har man tydligen haft olika värdeskalor för dessa bägge kategorier.»⁴⁹

Hvis man godtar at vitenskap overtok for erfaring i den prosessen som skulle knytte behandlingen av gale til medisinen, var det ikke først og fremst nye *metoder* som karakteriserte virksomheten, men heller måten den ble administrert på, innenfor et sykehusregime som ga legen ubegrenset adgang til kroppene, til å eksperimentere fritt og til å utvikle en terminologi som styrket profesjonsmakten.

Den uskarpe grensen mellom behandling og straff har fulgt med asylenes praksis videre opp i vår egen tid. Moralske holdninger har vært en viktig

basis for vurdering av tiltak mot pasienten. Men har repressive tiltak videre opp gjennom årene og inn i vår tid kanskje også vært forårsaket av en tilsvarende rådvillhet som den vi aner hos Winge i hans møte med respektløse pasienter? Det spørsmålet må inntil videre få bli hengende i lufta.

Vitenskapeliggjøring

Økende medisinsk involvering i behandlingen av internerte gale førte til at regimet som ble lagt opp ved Christiania Kommunale Sindssygeasyl skiller seg fra det gamle også ved sin økende vekt på *skrift*. Dette var hjemlet i lovens § 5 som ga detaljerte pålegg om alt som skulle skriftfestes.

Flere typer standardiserte protokoller ble tatt i bruk. Dette var et ledd i forsøkene på å gi virksomheten et vitenskapelig preg. Den kunnskapen som manglet, skulle erverves ved at aktiviteten ble dokumentert og analysert ut fra positivistiske idealer. Det var en måte å etablere nye sykdommer på. (Et århundre seinere tok overlege Gjessing på Dikemark lærdom av meteorologen Bjerknæs' metoder med store dataserier og innstilte bl.a. seismograf ved senga til sine katatone pasienter.⁵⁰)

Også observasjon var viktig. I 1812-innstillingen fra Trondheimskommissjonen⁵¹ som skulle foreslå en ny og forbedret galeanstalt der i byen, ble det foreslått at noen av rommene skulle være utstyrt med takluker slik at man kunne se ned på de innsatte uten at de merket det. En slik vertikal overvåking ser faktisk ut til å ha blitt en realitet ved Christiania kommunale Sindssygeasyl noe seinere i Winges tid, ifølge en illustrasjon i en samtidig avisartikkel:

«I Cellerne paa Kvindeafdelingen falder Lyset ned fra Taget, hvor Gange fører saaledes at man ovenfra kan iagttage Patienterne. (Afb. Nr. 1.)»⁵²

Asylet hadde da gjennomgått sin siste store utbygging i 1862 og hadde fått 120 plasser, og Winge foreleste om galskapens behandling for medisinerstudentene.⁵³

Vinnere og tapere

Omformingen av galeanstalten i Christiania er uten tvil et godt eksempel på den store transformasjonen i den sosiale kontrollen, og den bærer i seg viktige trekk fra Cohens sammenfatning av kjennetegnene ved overgangen:

- Sinnssykeloven av 1848 innebar en styrking av statens rolle og økt sentralisert kontroll. Loven fikk (langsomt) normativ funksjon for lokaladministrasjonen, og Christiania kommune måtte reorganisere sinnssykepleien.
- Klassifisering av nye avvikergrupper sammenfalt med etableringen av dollhusene på 1700-tallet og utover, og 1848-loven åpnet for en ny monopoliserende profesjon og «vitenskapelighet», slik vi ser det praktisert av Winge (og Major). Det er et underliggende premiss at det nye sykehusregimet i seg selv virker helsebringende.

Det skjedde en endring også innenfor medisinerfaget selv i denne perioden som kan belyse asyllets sterke preg av laboratorium:

«Medisinen, sa den nye generasjonen leger, var en høyst empirisk disiplin, en «positiv» vitenskap. De representerte den nye tids medisin der naturvitenskapen for alvor kom til å prege faget og der eksperimentelle metoder ble det store mantra. (...) Med økende tiltro til at framskritt skjer gjennom eksperimentell vitenskap, kom mange leger til å betrakte medisinen som en ren anvendt vitenskap. Biblioteket ble erstattet med laboratoriet som den sentrale institusjon for medisinsk kunnskap.»⁵⁴

I tillegg til denne generelle vendingen innenfor medisinen, kom også det faktum at galskapen ble skilt ut som et nytt arbeidsfelt med egne institusjonelle rammer. Man hadde lite å bygge på fra før – den medisinske erobringen skjedde i stor grad ved at legene framsto som spesielt *samfunnssakkyndige* og gjorde seg uunnværlige, slik bl.a. Dowbiggin har formulert det:

«Ved å framstille seg som spesialister med unik innsikt i sosialpolitiske temaer, håpet de at tjenestene deres skulle vise seg uunnværlige for en stat som i økende grad bekymret seg for klassemotsetninger, kriminalitet, og forsvar av familien.»⁵⁵

Cohen trekker fram, som en av de selvnlysende påstander, at «reformatorenes motiver og prosjekter ikke bare var basert på enkel avsky for grusomhet, utålmodighet med administrasjonens inkompetanse, eller plutselige vitenskapelige oppdagelser». Nei, ikke bare. Major var nok en glødende idealist, og Frederik Holst i generasjonen før hadde ambisjoner på nasjonens vegne og betraktet åpenbart seg selv som samfunnsspesialist, men profesjonsinteressene er også et styrende element i reformframstøtene. Det ble viktig å plassere galskapen innenfor et positivistisk medisinsk kunnskapsunivers og å samle kunnskap, som igjen kunne generere større innflytelse og utvide imperiet. Stemningen var optimistisk, slik man kan lese den ut av Winge og Majors artikler fra 1850-årene. Det skulle gå flere tiår før stemningen snudde – da det viste seg at den medisinske tilnærmingen ikke førte til at legene klarte å levere de helbredelsene de hadde lovet, og degenerasjonsteoriene overtok som forklaringsmodell.

Overgangen til asyl innebar en materiell oppgradering. Rene klær og sengetøy, tilstrekkelig og mer variert mat, noe sysselsetting (selv om den kanskje ikke alltid var så attraktiv). Noen kunne nok også føle seg *sett* og fikk noe hjelp med å ordne sine liv.⁵⁶ Kanskje forsvant veggelusa også. Det var opplagt en betydelig forbedring. Men hva var egentlig prisen? Det ble neppe opplevd som noen ubetinget fordel at disiplineringen ble ikledd et nytt språk. Loven satte forbud mot fysisk straff. Vi må kunne anta at den også avtok betydelig, og iallfall gradvis, men den forsvant ikke.

Repressive trekk kunne overleve og framstå i nye, mer subtile former som kan forstås f.eks. i et makt/avmakt-perspektiv. Gale skulle oppdras til å internalisere ønskede normer for atferd i et stramt klassesdelt samfunn. Dette

var asylregimets oppgave og den opprinnelige transformasjonens innhold for dem som ble utsatt for den. Transformasjonen innebar et paradigmeskifte der mer eller mindre tilfeldige historiske forhold ga én profesjon monopol på et sosialt felt hvor deres forutsetninger sannsynligvis ikke var så spesielt mye bedre enn andres.

NOTER

- 1) Et slikt historisk utviklingsforløp er søkt sannsynliggjort i Wenche Blomberg, *Galskapens hus: internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Universitetsforlaget, Oslo 2002.
- 2) Eksempler på dette kan man finne i den nye artikkelsamlingen *Asylet: Gaustad sykehus 150 år* Aschehoug, Oslo 2005, som f.eks. fortsetter den hagiografiske tradisjonen i omtalen av Herman Major helt uten kildekritiske betraktninger.
- 3) Michel Foucault, *Galskapens historie*, Gyldendal, Oslo 1991; og samme forf., *Overvåking og straff: det moderne fengsels historie*, Gyldendal, Oslo 1995.
- 4) Foucault, 1995, op.cit: 264
- 5) Arthur Still and Erving Velody (red.), *Rewriting the history of madness: studies in Foucault's 'Histoire de la folie'*, Routledge, London-New York 1992.
- 6) Mer inngående om dette i Blomberg, *Galskapens hus*, op. cit.
- 7) Slike dollhus ble etablert i Bergen 1762, ved Oslo hospital i 1766, Trondheim 1779, Kristiansand 1812, i Vang i Hedmark 1820, og Stavangers «kombinerede Indretning» kom så seint som i 1846. De var innredet med enkeltceller og hadde som oftest 5-10 plasser.
- 8) Fredrik Holsts og Herman Majors skrifter har gitt nyttige indikasjoner på den ideologiske dreiningen som fant sted på første del av 1800-tallet i retning av en medikalisering av mentale avvik, som også innbar en styrking av profesjonen.
- 9) RA. Rikshospitalet. Med. avd. F – Journaler og protokoll 1826-juni 1828. Det finnes noen få pasienter i dette materialet som synes å ha vært behandlet for mentalt avvik av forskjellig slag.
- 10) Professor i indremedisin Nils Berner Sørenssen – også medlem av Dollhus-kommisjonen – foreleste over emnet på medisinerstudiet.
- 11) Sitert i Andrew Scull, *Social order/mental disorder: Anglo-American psychiatry in historical perspective*. University of California Press, Berkeley-Los Angeles, 1989, s. 71-73.
- 12) Eva Eggeby, *Vandringsman, här ser du en avmålning av världen: vårdade, vård og ekonomi på Danvikens dårhus 1750-1861*. Almqvist og Wiksell. (Stockholm studies in economic history), Stockholm 1996, s. 135.
- 13) Takk til Yngve Torud i Farmasihistorisk selskap som har gitt verdifulle kommentarer til dette temaet.
- 14) Se f.eks. Roy Porter, *Mind-forg'd manacles: a history of madness in England from the Restoration to the Regency*. Penguin, London 1990, s. 30 og 221.
- 15) P.E.Winge: «Beretning om Christiania Sindssygeasyls Virksomhed i Aarene 1850-1856», i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1857.
- 16) Roy Porter anser dette som forsøk på frigjøring fra transsynte uttømmings-teknikker. Porter, *Mind-forg'd manacle*, op. cit, s. 10-11.

- 17) Holst skrev f.eks. om tvangstrøyer og rettspsykiatriske kasus i 1827-årgangen. Reisebrevene fra hans store utenlandstur ble publisert i *Budstikken*, 1820-årgang, og en større artikkel om Oslo hospitals dollhus samme sted i 1821-22.
- 18) Et av Europas eldste galehus, opprettet som klosterhospital for Betlehemsordenen i 1247, rundt 1400 åpnet i økende grad for mentalt avvikende (Jonathan Andrews, Asa Briggs, Roy Porter, Penny Tucker and Keir Waddington, *The history of Bethlem*. Routledge, London-New York 1997: s. 81).
- 19) Porter 1990, op. cit. s., 127.
- 20) En slik forundring framkommer i Dollhuskommisjonens innstilling ved beskrivelsen av forholdene i Arendal. Blomberg 2002, s. 156, note 206.
- 21) Porter 1990, op.cit., kap. 3,
- 22) Loven er i sin helhet tatt med som vedlegg i Blomberg 2002, op.cit.
- 23) OBA. Oslo Hospital. Journal Brev fra Inspectionen for Oslo Hospital 8. 4. 1851.
- 24) Se Wenche Blomberg, *Karoline og vitenskapen: et psykiatrihistorisk eksempel*. Gyldendal, Oslo 1993.
- 25) RA.Medicinalkontoret. Medisinalinnberetninger. Kristiania. Pakke 23, 1842-59.
- 26) H.W.Major: «Oversigt over Oslo Sindssyge-Afdelings Virksomhed i Tidsrummet fra 1847 til 1852» *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, bind 8, 2. rekke, 1854, s. 26-59. Sitert s. 27.
- 27) P.E. Winge 1857, op.cit., s. 593.
- 28) Winge, op.cit., s. 591.
- 29) Kjersti Ericsson , *Drift og dyd: kontrollen av jenter på femtitallet*. Pax, Oslo 1997s. 121.
- 30) Joar Tranøy, *I sinnssykehusets vold: innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Pax, Oslo 1993. Se artikkelen «Hjerneskode som behandling» i dette nummeret av Vardøger
- 31) Se Elaine Showalters lesning av det berømte maleriet i *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Virago Press, London 1988. Også referert i Blomberg, 1993. op.cit.
- 32) Se Wenche Blomberg: «Some traits of Norwegian pre-medical social reactions to madness», *History of Psychiatry*, mars 2005, s. 104.
- 33) Oslo Hospitals arkiver er deponert i Oslo byarkiv og tilgjengelige for forskning – her vil man sannsynligvis finne førstehånds materiale om Majors praksis.
- 34) Stanley Cohen, *Den sociale kontrolls nye former: kriminalitet, straf og klassifisering*. Hans Reitzels forlag, København 1994: 1. kapitel. Cohen vedgår sin gjeld til Foucault her.
- 35) *ibid.*, s. 32.
- 36) *ibid.*, s. 34
- 37) *ibid.*, s. 36. Han viser til Rusche og Kirchheimers «Punishment and the social structure» fra 1938 som den tidligste versjonen av denne modellen.
- 38) Norsk utg. Gyldendal 1977 og 1994-95.
- 39) Erving Goffman, *Anstalt og menneske: den totale institution sosialt set*. Paludan, København 1985.
- 40) *ibid.*, s. 15.
- 41) *ibid.*, s. 20.

- 42) Porter, 1990, op.cit., s. 30.
- 43) Porter gjengir noen råd fra midt på 1700-tallet, hentet fra John Wesleys *Primitive Physick*, blant annet dette: «*For de splitter gale*: 1. Det er en god regel å gå ut fra at alle gale er noen feiginger og at de kan bekjempes bare ved å binde dem fast, uten å banke dem. (Dr Mead). Han oppdaget også at avkjøling gjorde dem godt. Hold hodet snauklipt og vask det ofte med eddik. 2. Svøp hodet i håndklær dyppet i kaldt vann. 3. Eller, plasser pasienten med hodet under en rennende vann så lenge han klarer det, eller hell vann over hodet hans fra en tekanne. 4. Eller, la han ikke spise annet enn epler i en måned. 5. Eller, bare brød og melk. Dette har jeg prøvd.» Porter, 1990, op.cit., s. 30.
- 44) Jonathan Andrews, «Hardly a hospital, but a charity for pauper lunatics? Therapeutics at Bethlem in the seventeenth and eighteenth centuries», *Medicine and charity before the welfare state.*: Routledge, London and New York 1994s. 73.
- 45) Winge, 1857, op.cit..
- 46) Nissen, Diskusjon: Bør lobotomioperasjonene sentraliseres? *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, bind 11, 1949, s. 162.
- 47) Yngve Torud i Farmasihistorisk Selskap foreslår at sennep eller spansk flue kan ha blitt brukt på denne måten bl.a. mot hodepine (personlig meddelelse).
- 48) Eggeby, 1996, op.cit., s. 65 og 137.
- 49) Eggeby, 1996, op.cit., s. 65.
- 50) Blomberg, 1993, op.cit., s. 152.
- 51) Fra protokoll nr. 2 for Trondhjems Hospital: Kommissjonsakt om Dårkisten 1809-1812. <http://www.ub.uio.no/ujur/publikasjoner/andre_publicasjoner/>
- 52) *Illustreret Nyhedsblad* nr. 4, 1863, s. 18.
- 53) *Norges leger*, bind 5, s. 669-70
- 54) Aina Schjøtz, *Fra heltehistorien til det postmoderne: medisin- og helsehistoriens historiografi 1800-2004*. Upubl. manus, des. 2004.
- 55) Ian R. Dowbiggin, *Inheriting madness: professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France*. Univ. of Calif., Berkeley 1991, s. 10.
- 56) Materialet gir eksempler på at Winge gjorde noen ettervernsframstøt for enkelte pasienter, men det synes å ha vært mer tilfeldig enn noe ledd i asylets rutiner.

HJERNESKADE SOM BEHANDLING

Et utsnitt av bestialitetenes historie

I denne teksten inngår det utdrag fra Robert Whitakers bok: Mad in America, utgitt på Perseus Publishing i 2002. Dessuten er det tatt med bearbejdede avsnitt fra Joar Tranøys tekster om lobotomering i psykiatrien. Oversetting og sammenstilling er gjort av Arnulf Kolstad.

Etter opprettelsen av de psykiatriske asylene, – i Norge fra midten på 1800-tallet, ble pasienter som var innlagt under en dårlig fase av «sykdommen», ofte innestengt i mange år fremover. De ble der også i perioder med få symptomer og god funksjonsevne, tilpasset seg etter hvert livet på institusjonen, utviklet sekundærlidelser og ble gradvis mer uegnet til å leve utenfor sykehuset. Ikke alle ble sløve og lette å ha med å gjøre. En god del ble ansett som plagsomme og vanskelige for andre, både for medpasienter og personale. Noen ble oppfattet som farlige. Innsperringen bedret selvsagt verken forholdet til andre eller evnen til å leve utenfor asylet. De fleste fikk *større* problemer med et normalt liv etter langvarig innesperring. Og mange ble så vanskelige å ha med å gjøre også innenfor sykehusmurene at de måtte passiviseres og tvangsbehandles med dramatiske metoder basert på samtidas medisinske vitenskapelighet. Ikke så mye av hensyn til pasientene selv og lidelsen de var innlagt for, men av hensyn til ro og orden på sykehuset. I denne artikkelen skal vi se nærmere på tre måter å passivisere pasienter på, under påskudd av å behandle dem. Alle de tre pasifiseringsteknikkene: sjokkterapi, lobotomi og kjemisk påvirkning av nevrotransmittere eller ionebalansen, fører til skader i hjernen.

Sjokkbehandling¹

I 1920-åra oppdaget man tilfeldig at malariafeber kurerer *general paresis*, en sinnssykdom i endestadiet av syfilis. Den østerrikske psykiateren Julius Wagner-Jauregg hadde i 1880-åra undret seg over om høy kroppstemperatur kunne kurere schizofreni, og de neste tre årtier ble det eksperimentert med denne ideen ved å bruke tuberkulosevaksiner og andre sykdommer for å fremprovosere feber. Under 1. verdenskrig ble en mann tilført malaria-infisert blod og han ble kvitt sin syfilis. Det var kjent at syfilis var en infeksjonssykdom, og at høy temperatur eller feber, drepte bakterien. Wagner-Jauregg fikk i 1927 Nobelprisen i medisin for denne oppdagelsen.

Mange prøvde etter dette å finne en feberterapi for schizofreni og manisk-depressive lidelser. Men resultatene var ikke imponerende til tross for stor fantasi når det gjaldt å fremprovosere høy feber, – eller lav kroppstemperatur.

For eksempel ble pasienter diagnostisert med schizofreni nedkjølt slik at kroppstemperaturen sank til mellom 6 og 12 grader Celsius. Pasientene ble holdt nedkjølt i tre dager, og selv om en pasient døde, påsto forskerne at også denne kuren virket.

I de medisinske tidsskriftene ble det til stadighet bedyret at det var funnet effektiv behandling mot psykiske sykdommer. Denne optimismen sto i skjærende kontrast til situasjonen på asylene der motløsheten økte i takt med pasienter som ikke ble bedre av behandlingen. Der rådet pessimismen sammen med forakten overfor plagsomme pasienter som ikke ble friske uansett. Situasjonen åpnet veien for sjokkbehandlingen.

Insulinsjokk

Først kom insulinsjokk terapien. Pioneren var en østerriksk psykiater, Manfred Sakel. På slutten av 1920-tallet oppdaget Sakel at små doser insulin hjalp morfinavhengige med tilbaketrekningssymptomer. Pasientene hadde også erfart farlig lavt blodsukker, en komplikasjon som kan være dødelig. Men da de våknet til bevissthet igjen ved hjelp av glukose, oppdaget Sakel at pasientene hadde endret seg. Morfinavhengige som hadde vært rastløse og oppspilte før de falt i koma, var blitt rolige og lydhøre. Sakel spekulerte på hva som ville skje om han med vilje ga psykiatriske pasienter et insulinsjokk. Ville de også våkne med endret personlighet, lettere å ha med å gjøre?

I 1933 satte han den dristige ideen ut i livet. For å oppnå et varig resultat måtte han utsette pasienten for mange dype sjokk, kanskje seksti ganger i løpet av en to måneders periode. Men da ble resultatene oppsiktsvekkende, ifølge Sakel: Sytti prosent av de 100 psykotiske pasientene ble friske, ytterligere 18% merkbart bedre. De friske var «blitt symptomfrie», hevdet Sakel, «med full innsikt i sykdommen og klare til å gjenoppta tidligere arbeid.»²

Sakel strevde litt med å forklare hvorfor gjentatte insulinsjokk hadde denne helbredende virkningen på schizofreni. Det var imidlertid kjent at lavt blodsukker kunne skade hjernen, noe som antydte at selve traumet var det som «helbredet» sykdommen. Obduksjon av mennesker som hadde dødd av lavt blodsukker avslørte «utstrakt ødeleggelse og vevsvinn i nerveceller», særlig i *cerebral cortex*, den delen av hjernen som er ansvarlig for høyere psykologiske funksjoner.³ Kunne det være slik at hjernecelledød var en fordel for dem som nylig var rammet av en psykose? Sakel så for seg at sjokket drepte eller utryddet «de (hjerne)cellene som allerede var så ødelagt at de ikke kunne repareres». Ved å drepe de dårlig fungerende hjernecellene kunne de friske igjen bli aktive og pasienten kunne «gjenfødtes» med friske hjerneceller.

Andre psykiatere i Europa fortalte om tilsvarende oppløftende behandlingsresultater. På et møte i Sveits i 1937 ble det fremlagt resultater fra sjokkbehandlingen som viste at 70%, 80%, til og med 90% av pasientene var blitt

friske. Det var vel å merke pasienter diagnostisert med schizofreni, den aller vanskeligste gruppen blant de sinnssyke.

Behandling med insulinsjokk ble «eksportert» til USA der det ble fortalt om tilsvarende bedring hos 2/3 av schizofrene pasienter. De fleste var blitt utskrevet. Ett år etter at behandlingen var introdusert i USA ble erfaringene oppsummert slik: «Verdien av insulinbehandling er nå endelig fastslått: Alle institusjonene der den har vært utprøvd hevder at den er effektiv.»⁴

Amerikanske tidsskrifter og aviser feiret den nye vidundermedisinen. *New York Times* fortalte at insulinsjokk «gjorde tidligere håpløst gale mennesker friske igjen.»⁵ *Readers Digest* hevdet at etter gjentatt koma oppførte «pasientene seg som om de var kvitt en stor byrde. De forsto at de hadde vært sinnssyke og at tragedien lå bak dem.»⁶

Psykiaterne solte seg i suksessen. De hadde funnet en terapi som forandret atferden til psykotiske pasienter. Nyinnlagte pasienter gikk gjennom et intensivt insulinsjokk-program og ble rutinemessig skrevet ut til familien. Men behandlingen virket på en meget spesiell måte som media ikke hadde fått med seg i begeistringsrusen.

Insulin er et hormon som overfører sukker fra blod til muskler. De store dosene under et insulinsjokk fjerner så mye sukker fra blodet at hjernecellene «sultet» og sloknet når de ikke fikk drivstoffet sitt. Opphøret av hjerneaktivitet skjedde i en slags kronologi etter hjernens alder. De sist utviklede delene av hjernen, der de høyere intellektuelle funksjonene befinner seg, sjaltes ut først. De settes helt ut av funksjon som følge av sukkermangelen, og bare de mest primitive hjernefunksjonene som åndedrettet fungerer fortsatt. Pasientene ble holdt i denne tilstanden i opp til to timer og brakt tilbake til livet ved hjelp av en sukkeroppløsning. Når pasientene våkner etter sjokket oppfører de seg på en hjelpeløs og barnslig måte. De spør med sorg i stemmen lege og sykepleiere hvem de er, ofte strekker de hånden ut som barn for å holde fast i et annet menneske. De suger på fingrene, roper ofte på «mamma» og oppfører seg som om de kjemper for livet. Her er Sakel's egen beskrivelse:

«En voksen pasient vil for eksempel kunne si at han er 6 år gammel. Han oppfører seg barnslig, stemmen og toneleiet er infantilt. Han gjenkjenner ikke legen og forveksler han med legen han hadde som barn. Han spør ham i en barnslig og gretten tone når han skal på skolen. Han sier at han har 'vondt i magen', etc.»⁷

Dette var atferden Sakel og andre tolket som tegn på pasientens tilbakevending til klarhet og et normalt liv.

Atferdsendringene som følge av insulinsjokket ble av andre stemplet som hjerneskode. En lege sammenliknet det med «atferden til en hengt person etter gjenopplivingen... eller former for forgiftning.»⁸ Likevel var det slik at et enkelt sjokk ikke førte til varige endringer. Pasientene ville gå fra gjenopplivingsfasen da de oppførte seg som barn, til at *cortex* igjen begynte å fungere

og de plagsomme fantasiene gjenoppsto. Men hvis «behandlingen» ble gjentatt mange ganger ville det ta lengre og lengre tid før en falt tilbake til gamle synder. De klare øyeblikkene varte lengre. Pasientenes egne tanker ville ikke interessere dem, følelsene ville bli utflatet og pasientene fremstå vennligere, mer utadvendt og «sosiale».⁹

Flere studier avslørte hjerneskader bak denne endringen i atferd og emosjoner. Eksperimenter med katter, hunder og kaniner viste at insulinsjokk forårsaket hjerneblødning, ødela nervevevet i *cortex* og førte til «irreversible strukturelle forandringer i sentralnervesystemet».¹⁰ Jo flere insulinsjokk jo mer alvorlig patologi, hevdet Solomon Katzenelbogen, en psykiater ved John Hopkins Medical School. Obduksjon etter insulinsjokk dødsfall avslørte «områder der hjernen er ødelagt».

Insulinsjokk terapi var en vanlig terapi for schizofreni helt fram til midt på 1950-tallet, til tross for stadige advarsler om at det gjorde mer skade enn gagn. Men den ble fortsatt fremstilt som eksempel på moderne, vitenskapelig medisin. Et «problem» var imidlertid den høye dødeligheten. I 1941 påviste U.S. Public Health at 5% av pasientene som var blitt behandlet med insulinsjokk terapi på de offentlige sykehusene døde av det. Og 80% ble innlagt på nytt. Stadig flere mente at insulinsjokk terapien hindret at pasientene ble bedre og mange begynte å snakke om «insulin myten».

Krampeterapi

For sykehusene var den største ulempen ved insulinsjokk terapien at den var dyr og tidkrevende. Derfor dukket alternative sjokkterapi opp. En av dem var *metrazol* krampeterapi som kunne gjennomføres raskt og effektivt: en lege kunne behandle mer enn femti pasienter i løpet av en morgen. Metrazol¹¹ utløste et eksplosivt krampeanfall like etter injeksjonen. Vanlige bivirkninger var beinbrudd, muskelforstreknings, tenner som løsnet og andre fysiske skader. Obduksjon av dyr injisert med metrazol for å utløse kramper, viste blødninger i mange indre organer som lunger, nyrer, milt og hjerne. Den ungarske legen Ladislav von Meduna som introduserte metrazol terapien i 1935, måtte etter hvert innse at terapien førte til «alvorlige ødeleggelser av indre organer.»¹² Metrazol-sjokk medførte også en rekke andre plager for pasientene, oppkast og kvalme var vanlig. Den samme barnslige atferden som etter insulinsjokk viste seg også når pasientene kom til seg sjøl etter metrazol kramperne. Mange ropte på «mamma», tryglet leger og pleiere om ikke å forlate dem, ba om å bli klemt og kysset. Andre ville onanere, noen blottet seg eller lekte med avføringen sin. Alt dette ble sett på som en ønsket regresjon til et barnslig stadium, som et «tap av kontrollen over de høyere, intellektuelle sentra i hjernen», tolket som tegn på at sykdommen var beseiret.

En svakhet ved metrazol var riktignok den sterke motstanden fra pasientene. De måtte tvangsbehandles, i hvert fall etter første injeksjon. Da gråt, tryglet og ba de om å få slippe «behandlingen». De «ville ikke dø» og

ba legene i «humanismens navn» om å slippe å bli behandlet med metrazol. Nesten alle pasientene følte en «forferdelig angst, som om de skulle tortures og at døden var nært forestående,» hevder Katzenelbogen.¹³

Selv om ingen studier viste gunstige langtidsvirkninger, så ble metrazol standardbehandling i psykiatrien i USA. Der brukte 70% av sykehusene denne behandlingen, og mellom 1936 og 1941 ble nesten 37,000 mennesker sjokket gjentatte ganger ved hjelp av metrazol. «Hjerneskadeterapi», en betegnelse som ble brukt av en tilhenger av terapien i 1941, var blitt rutine på institusjonspasienter, mot deres egen vilje.¹⁴

Den utbredte bruken av metrazol ga psykiatrien grunn til å se optimistisk på framtida. Sykehuslegene hadde nå to behandlingsmåter som forandret pasientenes personlighet og atferd. Det var etter hvert enighet om at insulinsjokk var å foretrekke som behandling av schizofreni, og metrazol av manisk-depressiv lidelse. Kanskje kunne de to behandlingsmåtene kombineres i framtida: pasienten kunne først settes i koma ved hjelp av insulin for så å utløse kramper ved hjelp av metrazol. Framtida så lys ut for psykiatrien, optimismen blomstret.

Elektrosjokk

Det var elektrosjokket, oppfinnelsen til den italienske psykiateren Ugo Cerletti, som realiserte fremtidsdrømmen om å kombinere de to behandlingssuksessene. Cerletti som var instituttleder ved Psykiatrisk institutt, Universitetet i Roma, var dypt imponert av Sakels og von Medunas vitenskapelige triumfer, og i sin egen forskning forsøkte han å forbedre metrazol terapien. I mange år hadde han som ledd i studiene av epilepsi brukt elektrisitet for å utløse krampeanfall hos hunder. Andre hadde også brukt elektrisitet for å skape kramper hos dyr. Hvis denne teknikken kunne overføres til mennesker vil krampeanfallene bli mer pålitelig, lød forskerens ide. Problemet var å finne en pålitelig metode. Under hundeeksperimentene – Cerletti plassert en elektrode i munnen og en i anus – døde halvparten av dyrene av hjertestans. I USA ble kriminelle til og med henrettet ved hjelp av elektrisitet, og Cerletti tok en pause. «Ideen om å utsette mennesker for elektriske støt», innrømmet han seinere, ble ansett som «barbarisk og livsfarlig; alle tenkte på den elektriske stol.»¹⁵

Men pausen varte ikke lenge. I sin forskning studerte Cerletti nå de skader som ble påført nervesystemet ved å sende strøm gjennom hunder og slik utløse krampeanfall. Cerlettis assistent, Lucio Bini, oppdaget at det førte til «akutt skade på nervecellene», spesielt i de «dypere lag av *cerebral cortex*». Men Bini så ikke på disse skadene som nødvendigvis noe negativt. Det var heller bevis på at «anatomiske endringer kan bli fremprovosert», hevdet han. Insulinsjokk førte til «alvorlige og uopprettelige endringer i nervesystemet», og «akkurat disse endringene var ansvarlige for den positive forvandlingen av

det makabre sykdomsbildet hos de schizofrene. Derfor mente vi at eksperimentene skulle fortsette.»¹⁶

«Aha»-opplevelsen fikk imidlertid Cerletti da han besøkte det lokale slaktehuset og oppdaget at grisene ble avlivet ved elektrosjokk, ganske enkelt ved å føre elektrisk strøm direkte inn i hjernen på dyrene. Etter å ha prøvd det samme på dyrene i laboratoriet, fastslo Cerletti, «Jeg mente vi kunne våge å gjøre dette eksperimentet også på mennesker, og jeg ba assistenten min gjøre alt klart for utprøving på en egnet pasient.»¹⁷ Metoden gikk ut på å lede vekselstrøm gjennom pasientens hjerne ved hjelp av elektroder plassert ved tinningene, noe som medfører øyeblikkelig bevisstløshet og kramper.

Den høvelige pasienten viste seg å være en 39 år gammel forvirret uteligger som var plukket opp på jernbanestasjonen av politiet i Roma og sendt til Cerlettis klinikk for undersøkelse. «S.E.» som Cerletti kalte ham, var fra Milano og hadde ikke familie i Roma. Seinere fikk Cerletti vite at S.E. hadde vært behandlet med metrazol. Men han kjente lite til S.E.s historie da han gjennomførte sitt vågale eksperiment i april 1938. Innledningsvis gikk det ikke så bra. Ingen av de to første elektrosjokkene, på 80 og 90 volt, fikk S.E. i bakken. Han begynte til og med å synge etter det andre. Skulle spenningen økes? Da Cerletti og medarbeidere diskuterte hva de skulle gjøre, og noen mente en høyere dose ville være dødelig, reiste S.E. seg plutselig og ropte: «Non una seconda! Mortifera!» («Ikke et til! Da dør jeg!»). Det avgjorde saken. Cerletti ville ikke høre på den slags «overspent nonsens» og skrudde spenningen opp til 110 Volt, noe som umiddelbart utløste et krampeanfall hos S.E. Senere utbasunerte Cerletti sin bragd, «At vi kan utløse epileptiske anfall i mennesker ved hjelp av elektrisitet, uten risiko, er et dokumentert faktum.»¹⁸

Da elektrosjokk ble tatt i bruk på amerikanske sykehus i 1940 ble det ikke ansett som en radikal ny behandlingsform. Som Cerletti hadde antydnet var metoden bare en forbedring i måten krampeanfall ble utløst på. Elektrisitet var hurtig, enkel, pålitelig og billig, – alt som skulle til for å gjøre den populær på sykehusene. Etter hvert ble det også klart at elektrosjokk brakte «hjerneskode terapien» et skritt videre ettersom elektrisitet sammenliknet med metrazol førte til mer dyptgående og varige traumer. Sakel, som mente traumene ved elektrosjokk ble for ekstreme, pekte på forskjellen mellom elektrosjokk og hans egen insulinsjokk metode: «Ved den bevisstløsheten som følger av elektrisk støt er hele intellektet redusert... desto tyngre bevisstløshet desto større skade på hjernen.»¹⁹

Etter hver behandling tok det uker før pasientens hjerneaktivitet ble normal. I denne perioden viste pasienten ofte tegn på *nevrasteni* (nerve-svekkelse), og alle høyere psykologiske funksjoner som hukommelse og kritisk sans var redusert. Pasientene var trøtte, kunne ikke orientere seg i tid og rom, og opptrådte på en hjelpeløs måte.

Tidlig ble det fastslått at det nettopp var svekkelsen av de intellektuelle funksjoner som var den egentlige terapeutiske mekanismen. Psykosen remitterte fordi pasienten ble ribbet for de høyere kognitive funksjonene og de følelsene som var opphav til fantasier, forvirring og paranoia. Som en lege uttalte om hjerneskadeterapiene: «Jo større skade, desto større reduksjon i psykotiske symptomer.»²⁰

Hukommelsestap ble dessuten sett på som fordelaktig for mennesker med psykiske lidelser. Legene mente at pasienter som ikke lenger kunne huske det som tidligere hadde ført med seg så mye smerte, var helbredet. «Det som fører til bedring og helbredelse er at de høyere psykologiske funksjoner slås av, og på den måten skades hukommelsen som lagrer de patologiske erindringene,» som psykiateren Abraham Myerson formulerte det på årsmøtet til den amerikanske psykiatriforeningen i 1934.²¹

Det ble etter hvert klart at den «helbredende virkning» avtok med tida. Når pasientene frisknet til etter traumet vendte psykosen tilbake. Den erkjennelsen førte til et logisk neste skritt: Hvis fjerning av symptomene var det ønskede utfall, og hvis symptomene kom tilbake når pasienten frisknet til etter hjerneskaden; hva da med å gjenta elektroshokket flere ganger, kanskje daglig så pasienten kunne bli grundigere svekket? Denne løsningen, som også ble kalt «forvirringsbehandling», gikk deretter inn i lærebøkene i psykiatri, og enkelte steder ble pasientene rutinemessig utsatt for elektroshokk flere ganger i uka.

Når sykehuslegene på den tida skrev i journalene om hva som skjedde ved elektroshokkbehandling var de åpenhjertige og innrømmet at det var en form for hjerneskading. Men sånn ble det ikke ble fremstilt for offentligheten. Der ble det tvert imot påstått at metoden var trygg, effektiv og uten smerter, og at hukommelsestapet var kortvarig og forbigående. Bak denne fasaden av «medmenneskelig omsorg» var imidlertid situasjonen paradoks: Pasientene motsatte seg elektroshokk behandlingen på samme måte som de hadde kjempet imot metrazol injeksjonene. Det skyldes ikke minst at mange pasienter faktisk fikk alvorlige skader av elektroshokkene, bl.a. brudd på ryggspylen. Nesten 40% opplevde beinbrudd, en bivirkning som riktignok ble redusert da *carare* ble brukt for midlertidig å lamme pasienten før elektrodene ble festet og strømmen skrudd på. Andre pasienter forsøkte å flykte fra sjokkene ved å hoppe ut av vinduet. De fleste «skalv og svettet voldsomt og ropte fortvilet om hjelp», som Thelma Alper ved Harvard University skrev.²² Pasientene selv sa at elektroshokk var som «å få en bombe i hodet», «å bli satt fyr på og brenne opp», og «å eksplodere.» Forskerne hadde merket seg at pasientene oppfattet behandlingen som «straff» og at legene som gjennomførte den var «grusomme og hjerterå.»²³

Og pasientene var nok ikke helt på jordet. Som så mange andre somatiske, medisinske behandlingsmåter overfor mennesker med psykiske lidelser ble elektroshokk også brukt til å skremme, kontrollere og straffe pasienter.

Braslow påviste at i California brukte legene på sinnssykehusene elektro-sjokk overfor pasienter som var «stridbare», «rastløse», «støyende», «kranglete», «stae» og «halsstarrige». Behandlingen gjorde slike pasienter «rolige» og «ikke så aggressive.»²⁴ Mange sinnssykehus brukte elektro-sjokk for å skape ro på avdelingen. Skading av hjernen hadde erstattet pisk og lenker for å kontrollere de psykisk syke.

Å utsette pasienter for sjokk var altså et av de virkemidler legene tydde til overfor urolige og såkalt vanskelige pasienter. I Norge hadde sjokkterapiene sin blomstringstid på 1940 og 50-tallet, og var hyppig brukt i tida etter 2. verdenskrig. Sjokkbehandlingen styrket merkelig nok psykiatriens prestisje og legitimitet også her i landet, ettersom metoden førte til ønskede endringer i pasientenes tanke- og følelsesliv, og ikke minst i atferden. Professor Ørnulv Ødegård, som var overlege på Gaustad sykehus, forklarte at sjokkbehandlingsmetodene kunne sette nervesystemet ut av spill «slik at innarbeidede sykelige funksjonsformer løsnes, gamle mønstre strykes ut som når svampen går over en tavle.»²⁵ Mye av det han skrev om behandlingen av sinnslidelser røpet at han så på psyken som et kroppslig fenomen: «Skal sjelelige funksjoner, enten de nå er normale eller sykelige, behandles naturvitenskapelig, ligger det nå å ta utgangspunkt i det kroppslige grunnlaget.»²⁶

Og hvis «sykdommen» satt i hjernen kunne den kanskje fjernes med mer håndfaste virkemidler enn elektrisk strøm?

Skalpell og kjemi

Den nedverdiggende og brutale behandlingen av sinnssyke ble ikke begrenset til sjokkbehandling. Et nytt kapittel i legevitenskapens eksperimentering med mennesker ble innledet med «Det hvite snitt», eller lobotomi, som ble tatt i bruk for bokstavelig talt «å fjerne sinnssykdommen» i hjernen. Man skar et snitt eller boret et hull i hodet på pasienten og gravde litt på *feelingen* for å kutte over nervebaner som man trodde hadde med tanker og følelsesliv å gjøre. De lobotomerte ble ofte veldig rolige og følelsesmessig forflatet etterpå. Hensikten med behandlingen var oppnådd.

Lobotomi – vitenskapelig rettferdiggjøring²⁷

Introduksjonen av lobotomi/prefrontal leukotomi²⁸ skjedde i november 1935 da den portugisiske nevrologen Antonio Egas Moniz (1874-1955) foretok inngrepet ved et psykiatrisk sykehus i Lisboa. Han boret to hull i kraniet på en 63-årig kvinnelig pasient ved hjelp av et vanlig bor og helte deretter alkohol direkte inn i hjernens frontallapper. Etter kort tid gikk Moniz over til fysisk å ødelegge nervefibre ved leukotomi istedenfor alkohol. Egas Moniz fikk i 1949 Nobelprisen i medisin for sin vitenskapelige innsats i forbindelse med lobotomi og utviklingen av angiografi²⁹.

Den umiddelbare bakgrunn for Moniz' forsøk var etter alt å dømme John F. Fulton og Carlyle Jacobsens eksperimenter på sjimpanser. Resultatene ble lagt fram på en internasjonal nevrologikongress i London i 1935.³⁰ Fulton og Jacobsen hadde observert atferdsendringer hos to sjimpanser som hadde fått fjernet den bilaterale delen av *orbitale frontale cortex*. Dyrene viste ikke lenger vanlig funksjon i sin framferd. De «glemte» fort sin skuffelse når de ikke fikk belønning. De ble mer underkastende og reagerte med mindre engstelse.

Moniz mente disse erfaringene kunne overføres til mennesker med plagsomme psykiatriske symptomer. Symptomer ble oppfattet som unormale nevrale mønstre i frontallappene i hjernen som forårsaket en følelsesmessig «hakk-i-plata»-atferd. Moniz hevdet at frontallappene var setet for menneskets «psykiske aktivitet», og at tanker og ideer i virkeligheten var nerveforbindelser mellom hjernecellene. For å bryte de syke følelsene måtte de frontale nervebanene kuttes.

Det var med nevrologen Walter Freeman og nevrokirurgen John Winston Watts bok *Psychosurgery* fra 1942³¹ at interessen for alvor ble vakt og metoden fikk masseutbredelse i USA og Vest-Europa. Freeman trodde at *thalamus* inneholdt tankenes patologiske følelser, og ved kirurgisk inngrep måtte nervefibrene ødelegges. Freeman og Watts debuterte 14. september 1936 med leukotomi (lobotomi) etter at Moniz hadde gjennomført sine 20 første operasjoner. I 1951 var indikasjonene betraktelig utvidet og Freeman mente det var viktig å operere tidlig for å hindre at sykdommen ble kronisk. Professor John F. Fulton bidro i særlig grad til utbredelsen. Fulton var en anerkjent akademisk kapasitet og forsker. Han satt dessuten i redaksjonen for det velrenommerte medisinske tidsskriftet *New England Journal of Medicine*, som allerede i desember 1936 ga redaksjonell tilslutning til lobotomi.

Moniz bygget sin argumentasjon for lobotomi på en pseudovitenskapelig begrepsbruk, med løse antakelser og uprøvbare påstander. Han påsto for eksempel at alle alvorlige psykiske lidelser var resultat av «fikserte tanker», opprettholdt gjennom sykkelig fikserte nervebaner i frontallappen. Moriz påstander var ikke bare udokumenterte, men hypotesene var allerede tilbakevist av den amerikanske nevropsykologen Karl Lashley.³²

Rapportene om utfallet av de første operasjonene var ufullstendige. Resultatene ble i vage ordelag fremstilt som overveiende gode av psykiatere og leger. De første pasientene som var lobotomert ble beskrevet som veldig rolige og normale etter operasjonen. En psykiater konkluderte med «klinisk helbredelse». Fravær av symptomer like etter inngrepet ble forvekslet med helbredelse, og det ble sjelden vurdert om pasientene for eksempel kunne leve utenfor sykehuset etter operasjonen. Ifølge Moniz var det pasienter som led av angst og depresjon som profiterte mest på inngrepet. Pasienter med diagnosen schizofreni hadde liten symptombedring av lobotomi.

Lobotomien kommer til Norge

Selv om Moniz og lobotomien fikk vitenskapelig prestisje gjennom Nobelprisen, og mange ville være like vitenskapelige som han, så var det først med lobotomiens gjennombrudd i USA at inngrepet ble tatt i bruk i de nordiske land. Norge var først ute i Norden med en operert pasient i 1941. I de neste 18 år ble inngrepet utført på minst 2500 personer i Norge. De fleste ble operert mellom 1947 og 1956. Omlag 70% av de lobotomerte i den vestlige verden hadde en eller annen schizofreni-diagnose. I Norge var det forholdsvis enda flere med denne diagnosen.

Introduksjonen i Norden gikk ikke helt smertefritt. Den danske nevrokirurgen Bent Broager skrev i 1952:

«Lobotomien ble de første årene betraktet med en viss skepsis; men etter hvert fikk en øynene opp for de gode resultater metoden ga, og operasjonen blir nå utført på alle nevrokirurgiske avdelinger.»³³

Det var åpenbart mange som fikk «øynene opp», og Skandinavia var ved siden av USA og England, de land hvor lobotomi fikk størst utbredelse. Det totale omfang av lobotomerte i skandinavisk psykiatri var minst 9,300 i perioden 1941 til 1959. I USA ble ca 40,000 lobotomert, og i England ca. 17,000 i perioden 1942-1960.

Den ledende autoritet på lobotomi i norsk psykiatri, overlege Ørnulv Ødegård, formulerte seleksjonskriteriene på et møte i Norsk Psykiatrisk Forening i Trondheim 1948. Han mente lobotomi ga psykiatrien økt medisinsk legitimitet. Dette kom fram i et foredrag som Ødegård holdt i 1949, og med helsedirektør Karl Evang som deltager i debatten.³⁴ Også i andre skandinaviske land finner en de samme oppfatninger av somatiske behandlingsmetoders betydning for psykiatrien som medisinsk spesialitet:

«Shockbehandlingen, kirurgiske og medikamentelle behandlingsformer har i adskillig henseender bragt psykiatrien på linie med lægevitenskapens øvrige specialer» (Nordisk Medicin, 1956)

Psykiatrien gikk fra å være den mest isolerte disiplin blant medisinske spesialiteter, til å bli et respektert medlem av det medisinske selskap.

Lobotomiens tre store myter

Fortidas psykiatriske behandlingsmetoder, også *standard lobotomi*, må vurderes ut fra datidas forhold både i og utenfor psykiatrien. Tidligere behandlingspraksis må ikke forstås ahistorisk, men i datidas lys. Tidas faglige, ideologiske og materielle forutsetninger må legges til grunn. De som i dag forsøker å forstå og forklare fortidas grove og uopprettelige hjerneinngrep mot forsvarsløse pasienter, viser gjerne til at psykiatrien var i krise både når det gjaldt ressurser og behandlingseffekt i 1940- og 1950årene, da lobotomien var mest utbredt.

Tre myter lever fortsatt i forsøket på å forklare og indirekte legitimere psykiatriens praksis på denne tida. Den ene myten er at mangel på ressurser og stort overbelegg tvang fram drastiske tiltak for å avhjelpe situasjonen, – en «materialistisk forklaring». Den andre myten er «humanistisk»: Lobotomi var i virkeligheten en human behandling ettersom den førte til endring i tilværelsen for pasientene og var dermed til hjelp. Den tredje er kunnskapsmyten: psykiaterne kjente ikke til at inngrepet skadet hjernen.

Overbelegg og ressursmangel

Selv om den psykiatriske helsetjenesten også her i landet var preget av overbelegg og underbemanning i 1940- og 50-åra, så presset det ikke fram lobotomi overalt. Tvert imot ble den vanskelige situasjonen på institusjonene mange steder løst på annen måte. Lobotomi var derfor ikke et nødvendig resultat av overbelegg og kaotiske forhold på institusjonene, men en valgt og prioritert løsningsstrategi ved noen sykehus.

Operasjonstall i årsberetninger fra norske og svenske sinnssykehus viser at overbelegg (og eventuelt underbemanning) ikke var avgjørende for om lobotomi ble tatt i bruk. En sammenlikning mellom Gaustad sykehus og Dikemark sykehus viser for eksempel at overbelegget på Dikemark ikke var mindre enn på Gaustad. Likevel opererte man ikke pasienter på Dikemark før etter at overlege Rolf Gjessing sluttet i 1952. Gjessing oppfattet standard lobotomi som kvakksalveri. Et liknende svensk eksempel er Frösö ved Østersund. Sykehuset opererte ikke i perioden 1950 til og med 1952. Overbelegget var ikke økende i årene 1953-1955, i den perioden man lobotomerte. Flere slike eksempler fra norsk og svensk psykiatri er dokumentert.³⁵

Operasjonsdata fra sykehus som opererte mange pasienter viser at operasjonene ikke kom som umiddelbar reaksjon på overbeleggssituasjonen. Valen sykehus opererte i alt 263 pasienter før 1954. Den store økning i overbelegg kom først etterpå.³⁶ Sykehuset brukte lobotomien til å «ruske kolossalt opp i belegget» for å gjøre «noe med basismassen.»³⁷ Overbelegget var medvirkende årsak til at man ønsket å foreta seg noe drastisk, men det var ikke overbelegget alene som avgjorde frekvensen på lobotomiene. Det var heller ønsket om å «passivisere» de største bråkmakerne. Årsberetningen for gjennombruddsåret 1950 er opplysende i så måte: «Pasienter som før var mellom dei mest vanskelege og urolege, er no rolege og lette å omgåast. (...)For personalet er det også ein stor lette.»³⁸

Uviklingen på Gaustad viser det samme som på Valen. I 1953 ble det operert 43 pasienter mot 29 i 1950, selv om overbelegget da var større. Data fra svenske sykehus viser samme mønster.³⁹ To nabosykehus i Trondheim med omtrent samme overbelegg: Østmarka og Rotvold, hadde helt ulik holdning til bruk av sjokkbehandling og lobotomi. Ved Rotvold var det kun 9 lobotomier mot 84 på Østmarka. Av i alt 18 institusjoner, derav 17 sinnssykehus, stod fire sykehus: Gaustad, Lier, Valen og Nevengården for ca. 60%

av lobotomiene i norsk psykiatri i perioden 1941-1959.⁴⁰ Disse fire sykehusene var også mest somatisk orientert i sin pasientbehandling, med flest sjokkbehandlinger som elektroshokk, cardiazolsjokk og insulinsjokk.

Forskjellene i lobotomifrekvens mellom sykehus med samme overbeleggsproblem svekker påstanden om at lobotomering var en nødløsning fordi asylene var overbefolket.

Behandlingsmyten

Den andre myten er at lobotomi egentlig var til «pasientens beste.» Gjennomgang av datidas tidsskriftartikler og lobotomertes pasientjournaler⁴¹ viser imidlertid at inngrepet først og fremst var begrunnet med behovet for kontroll, pasifisering og disiplinering. Kontrollaspektet er også poengtert av Elliot Valenstein⁴². Det var forpleiningsvanskene som ifølge personalet bestemte utvelgelsen til lobotomi og ikke pasientenes subjektive plager. Derfor oppsummeres resultatet av lobotomiene slik: «Hos de fleste dreier det seg om rent forpleiningsmessig bedring, større eller mindre. De er blitt roligere, greier seg med ingen eller lite medisin. Tvangsmidler og isolasjon har kunnet innskrenkes. De urolige avdelinger har skiftet karakter. Flere pasienter kan beskjeftiges.»⁴³

Overlegen ved Østmarka sykehus la enda større vekt på disiplinering av innlagte pasienter «Sommeren og høsten 1947 var den urolige kvinneavdelingen ved Østmarka et rent mareridt, og jeg tror ikke jeg har opplevet den så slem i de år jeg har vært her. Utover høsten tok vi ut den ene etter den andre av urokråkene og fikk dem operert, slik at avdelingen nå er helt anderledes.»⁴⁴

Pleievansker som indikasjonsgrunnlag bekreftes i et foredrag som Christofer Lohne Knudsen holdt i det *Medisinske Selskab* i Oslo i februar 1948: «En har fortrinnsvis valgt tilfelle hvor disse sykdomsutslag var ledsaget av sterk affektivitet, og hvor tilstanden medførte store pleievanskeligheter, kort sagt, kroniske sykdommer som var en plage for pasienten selv, for medpasientene og for sykehuset».⁴⁵

Hensynet til medpasienter og sykehus – det vil si leger og pleiepersonale – er oppført som legitime indikasjoner for hjerneoperasjon. Enhver sinnsykdrom må regnes som «en plage for seg selv» og denne indikasjonen vil alltid være oppfylt. Dermed vil hensynet til «medpasientene og sykehuset» bli den utslagsgivende indikasjon. Dette kommer klart fram hos Lohne Knudsen. Han understreker videre at «pasientene er valgt ut blant de vanskeligste, uroligste eller dårligste i sykehuset.»⁴⁶

Indikasjonsgrunnlaget var altså symptomer som var besværlig for omgivelsene. Mot kvinner kunne det fortone seg slik i følge en Gaustadlege i 1945: «Hennes atferd er gradvis blitt mer sosial, hun er nå helt ordnet og naturlig på passiv vis. I stedet for det oppjagede, forskremte og lidende sinn som gjorde seg gjeldende før operasjon i alle tre, er det kommet en stabilitet

og ro over deres gemytt, som til dels har et islett av en viss mangel på interesse for alle foreliggende problemer. Således synes det ikke vanskelig for dem å gjenoppta syarbeid, veving og lignende.»⁴⁷

Kunnskapsmyten

Den tredje myten som skal rettferdiggjøre lobotomien for 50 år siden er at psykiaterne ikke visste om lobotomiens skadevirkninger. Det stemmer ikke. Skadevirkningene ble tidlig drøftet av foregangsmannen Walter Freeman i USA⁴⁸. Også i Skandinavia ble de hyppig diskutert, bl.a. på den Skandinaviske Psykiatrikongressen i 1946. Der ble det påpekt at lobotomerte mistet mange av sine følelser, og at evnen til initiativ, planlegging, kreativitet, til å forutse konsekvensene av egne ord og handlinger etc., ble svekket. En svensk psykiater, Snorre Wohlfahrt, uttalte at det var «opplagt hasardiøst å lobotomere schizofrene».⁴⁹

På samme kongress ble det lagt fram erfaringer med de første opererte pasientene. De viste at lobotomerte hadde mistet evnen til å planlegge: «Disse pasientene bryr seg ikke lenger om framtiden, de lever i nuet».⁵⁰ En annen svensk psykiater, Gösta Rylander uttalte ved samme kongress i 1946 at lobotomerte mistet følelsesregisteret – de ble avflatet i sitt følelsesliv. Rylander ga eksempler på subjektive utsagn fra lobotomerte: «eg opplever ikke lykke, glede og sorg som jeg pleide. Ingenting gleder meg mer, ikke en gang kryssord(...)Jeg kan ikke le som jeg pleide. Jeg kan smile, men jeg kan ikke føle noen virkelig glede.»

Også norsk psykiatris ledende skikkelse og banebryter på lobotomi-området, Ørnulv Ødegård, var godt orientert om lobotomiens skadevirkninger. I et foredrag i forum for nevrologer i 1945 redegjorde han for det såkalte postlobotomisyndromet. Her oppsummerte han skadevirkningene «Reduksjonen av evnen til samvittighet, interesseavstumpningen, tapet av evnen til å drømme, å sette seg fjerne mål, å fantasere, planlegge osv.»⁵¹

Lohne Knudsens tidligere omtalte gjennomgåelse omfattet også det såkalte «postoperative forløp». Han opplyste forsamlingen av leger om de vellykkede resultatene for lobotomerte kvinner som etter operasjonen var kommet i arbeid: «En som hushjelp i et gamlehjem, en som husmor og en steller huset for sin mor.»⁵² Den sistnevnte pasienten ble imidlertid omtalt annerledes av nære venner som hadde møtt henne på jubileumsfest: Hun som hadde vært den mest spirituelle og sjarmerende i hele klassen i gymnasiet, var nå blitt «falmet og fargeløs og tykk, åndelig og legemlig lat.»⁵³

Tilbakeblikk

I ettertid er lobotomi fordømt også av psykiatere. Men sjelden i offentlighet. Et unntak er den danske overlegen Joseph Welner:

«Men det er en annen ting som jeg syntes rammet oss alle sammen, selv om vi var unge den gangen, og det var verdenspsykiatriens skandale. Det

var lobotomien. Den operasjon hvor man på et fullstendig spinkelt, urimelig grunnlag i psykiatrien i alle land, grep inn i hjernefunksjonen til individer. Det som virkelig rammer, er at dette kunne finne sted år etter år slik som det gjorde.⁵⁴

Stort overbelegg og underbemanning på de psykiatriske sykehusene i 1940- og 50-åra bidro til at terskelen ble mindre for drastiske inngrep i hjernen. Men ressursmangel og overbelegg presset ikke fram lobotomi av seg selv. På mange sykehus med overbelegg og en profesjonell ledelse som var opptatt av en human behandling ble kirurgiske inngrep i hjernen avvist som egnet behandlingsform.⁵⁵ Men lobotomien ga paradoksalt nok psykiatrien prestisje, status og makt i en kriseperiode. At lobotomiens opphavsmann, Egas Moniz, fikk Nobelprisen i medisin i 1949 var en av årsakene til dette og viser hvordan vitenskapelig forføring kan forblinde humane mennesker.

Lobotomiens store utbredelse, ikke minst i Norge, henger sammen med at datidas psykiatri bagatelliserte skadene på følelseslivet og kognitive funksjoner. De som advarte og viste til skadevirkninger, både pasienter og fagfolk, ble overhørt. Troen på medisinsk vitenskapelighet og at Nobelprisen i medisin til lobotomiens far, Egas Moniz, garanterte både forsvarlig human behandling og effekt, gjorde mange leger døde for pasientenes vitnesbyrd om skadevirkningene. Det viktige for psykiatrien var inngrepets pasifiserende effekt på brysomme mennesker. Det overordnede hensyn var å gjøre pasienten medgjørlig nok til anstaltsforbedring eller utskriving. Hvorvidt pasienten fikk et bedre liv var ikke avgjørende.

Den siste lobotomeringen i Norge ble utført i 1974. Da ble en ny æra innledet i den psykiatriske helsetjenesten, den psykofarmakologiske. Kjemien erstattet skalpellen.

Psykofarmaka

En mengde psykofarmaka (medisiner mot psykiske lidelser) er utviklet etter 1950. De kjemiske preparatene er fremstilt av en mer enn villig farmasøytisk industri, og gjør sitt til å flytte den sosiale kontrollen fra institusjonene til pasientenes egen hjerne. Flertallet av de sinnssyke er ikke lenger spent fast i senger eller bak låste dører. De går ute blant oss andre med den sosiale kontrollen inne i hodet.

Den biologiske trenden i psykiatrien bidrar til økt medikamentbruk og til svimlende fortjeneste for pilleprodusentene. I et slikt økonomisk, kulturelt og mentalt klima blir tidkrevende og pasientorientert behandling nedprioritert. Kritiske røster maner til måtehold og enkelte fagfolk protesterer på den økende medikaliseringen av psykiske lidelser. De ønsker å ta seg av pasientene på andre måter. Det advares mot å overfokusere på kroppslige symptomer. Folk må ikke sløves ned, men bli sterke ved hjelp av egne krefter og få selvinnsikt med på kjøpet. De som hevder dette taler stort sett for døde

ører. Problemet er at slike behandlingsmetoder tar tid og koster mer. I et helsevesen opptatt av høy produktivitet prioriteres «effektive», kortvarige behandlingsmåter som ikke beslaglegger senge- og behandlingsplasser unødig.

Den moderne alkymi⁵⁶

Tidspunktet for starten på den moderne æra for medisinsk schizofreni-behandling er mai 1954. Denne måneden ble chlorpromazin lansert på det amerikanske markedet under navnet *Thorazine*. Dette legemiddelet var den første «antipsykotiske» medisinen som ble utviklet og oppfattes i dag som noe dramatisk annerledes enn lobotomi og andre hjerneskadelig inngrep. I boka *A History of Psychiatry* fra 1997 skriver Edward Shorter at «Chlorpromazine innledet en revolusjon i psykiatrien tilsvarende den penicillin hadde medført i generell medisin,» og at pasienter med schizofreni nå «kunne leve relativt normalt og ikke være innesperret i institusjoner.»⁵⁷ Men det var ikke slik chlorpromazin ble oppfattet i 1954. Den gang ble det ansett som en pille som satte hjernefunksjoner ut av spill omtrent på samme måte som lobotomi gjorde. Det tok ti år før de moderne alkymistene fikk omvandlet den til et «antipsykotisk» legemiddel.

Da chlorpromazin ble utviklet i USA i 1950-årene ble fortsatt mange pasienter lobotomert (i 1950-51 ca 10,000), selv om det var færre enn i 1940-årene. Elektrosjokk var i utstrakt bruk. Heller ikke steriliseringen av psykiatriske pasienter var over, ca 4,000 ble sterilisert i 1950-åra i USA.⁵⁸

Chlorpromazin som ble syntetisert i 1950 av et fransk legemiddelfirma, Rhone-Poulenc, tilhørte en type kjemiske forbindelser som gikk under navnet phenothiazin, fremstilt på slutten av 1800-tallet som et syntetisk fargestoff. I 1930-årene brukte det amerikanske Landbruksdepartementet phenothiazin som middel mot insekter for å drepe parasitter på griser. I 1940-årene ble det påvist at phenothiazin førte til reduksjon i bevegelsesevnen hos pattedyr, men uten at de sovnet. Denne oppdagelsen inspirerte franske forskere til å undersøke om phenothiazin kunne brukes under operasjoner, for eksempel til å lamme sentralnervesystemet på en annen måte enn barbituratene som den gang ble brukt ved anestesi. I 1951 ble chlorpromazin testet ut på kirurgiske pasienter i Frankrike med godt resultat. En oppdaget også en annen virkning, nemlig at de kirurgiske pasientene ble emosjonelt «flate» og uinteressert i alt omkring dem, men fortsatt i stand til å besvare spørsmål. En av dem som registrerte denne virkningen sammenliknet den med en «veritabel medisinsk lobotomi», og antok at den vil ha interesse for psykiatrien.⁵⁹

Et år seinere fortalte to franske psykiatere at de hadde brukt chlorpromazine til å roe ned pasienter ved et sykehus i Paris.

«Pasientene ble liggende uten å røre seg i senga, med øynene igjen. De holdt munn mesteparten av tida. Hvis de ble spurt, svarte de etter en stund

med en monoton stemme, men så ble de tause igjen. Pasientene tar ikke initiativ og uttrykker ingen ønsker eller preferanser. Den likegyldige holdningen, den emosjonelle og affektive nøytraliteten, svekkelsen av tiltakslust er alt sammen et resultat av behandlingen». ⁶⁰

De franske psykiaterne kalte den nye behandlingen for «vinterdvaleterapi». Andre europeiske psykiatere fant legemiddelet nyttig til andre formål. Noen hevdet at chlorpromazine frembragte et «vegetativt syndrom», at pasienter på chlorpromazine ble «fullstendig urørlige» og kunne «flyttes som dukker» ⁶¹. Den britiske psykiateren D. Anton-Stephens fant at de neddopede pasientene «ikke brydde seg om noe» og ville ligge «stille i senga si, stirrende rett fremfor seg», – og ikke være til bry for noen i deres neddopede tilstand. ⁶²

Nervesystemet bedøves

Heinz Lehmann, som spekulerte på om chlorpromazin «kunne være en farmakologisk erstatning for lobotomi» var den første psykiater som testet det ut i USA. Neddopede pasienter ble «dorske», «apatiske», hadde et tomt blikk og snakket monotont. Mange pasienter klaget over at chlorpromazine fikk dem til å føle seg tomme innvendig, som om hjernen var vasket ren. ⁶³ Flere amerikanske psykiatere bemerket etter hvert de samme virkningene, og i 1955 brukte Deniker og Delay betegnelsen «nevroleptika» for å beskrive effekten av chlorpromazine og andre phenothiaziner. Ordet kommer fra gresk og betyr «undertrykkelsesmiddel for nervesystemet eller de høyere psykologiske funksjoner».

Både i Europa og i USA oppdaget legene tidlig at chlorpromazin utløste symptomer som minnet om Parkinsons sykdom. En sveitsisk psykiater, Hans Steck, hevdet i 1954 at 37% av de 299 psykiatriske pasientene han hadde behandlet med chlorpromazine viste tegn på Parkinsons. Det samme ble påvist i USA. Over 100 psykiatere som møttes i Philadelphia i 1955 snakket mye om denne bieffekten som noen mente at 2/3 av de medisinerte pasientene led av. Enkelte tok til orde for at psykiatriske pasienter burde påføres Parkinson sykdom ettersom det kunne hindre schizofreni.

På denne tida snakket ingen om at chlorpromazine hadde «antipsykotiske» egenskaper. «Det er viktig å understreke at psykosen ikke endrer seg eller blir behandlet», skrev Joel Elkes i 1954. Chlorpromazine «virket» fordi det hindret hjernen i å fungere normalt. «Det undertrykker de lavere funksjoner i sentralnervesystemet uten å skade *cortex* nevneverdig.» ⁶⁴ Forskerne konkluderte med at nevroleptika «modifiserte» pasientene på en måte som gjorde dem mer akseptable for andre, og at de kunne brukes til «å oppnå en nevrofarmakologisk effekt, men ikke kurere en sykdom». ⁶⁵

Etter hvert ble det også oppdaget at nevroleptika utløste noe som minnet om søvnfremmende hjernebetennelse (*encephalitis lethargica*). Denne lidelsen rammet 5 millioner i en verdensomspennende epidemi mellom 1916 og

1927. Selv om det høres rart ut i dag at medisiner som beskrives på denne måten kunne få innpass i psykiatriske sykehus, så må vi huske at slike effekter var etterspurt og ønskelige. I de tidlige 1950-åra ble insulinsjokk, elektroshokk og frontal lobotomi alt sammen sett på som nyttige terapier. Et medikament som kunne berolige og dope ned vanskelige og bråkete pasienter ble hilst velkommen. Personalet følte med de pasientene som var brakt til taushet ved hjelp av chlorpromazine, slik de hadde vært vennlige overfor pasienter som ble barn etter insulinsjokk. Når pasientene ble gjort ordentlig syke og hjelpeløse økte sympatien hos dem som skulle ta vare på dem.

Den farmasøytiske industrien

I USA fikk den farmasøytiske industrien stadig større innflytelse over lansering og kontroll med medikamenter beregnet på pasienter i psykiatrien. Tidligere hadde den amerikanske legeföreningen (AMA) vært en vaktbikkje overfor industrien, bl.a. med eget testlaboratorium og med et tidsskrift der industrien ikke hadde lov til å annonsere for legemidler. I løpet av 1950-åra endret dette seg. AMA stengte laboratoriet, frasa seg godkjenningsretten og åpnet for pengestøtte fra industrien. Markedsføringsavdelingene til industrien fikk fritt spillerom og informasjonen om legemidler endret seg radikalt. Annonsene i de medisinske tidsskriftene overdrev fordelene ved nye medisiner og tåkela bivirkninger og risiko. I tillegg ble det påvist at mange medisinske tidsskrifter, som var blitt avhengige av annonseinntekter fra industrien, nektet å publisere artikler som kritiserte medikamenter og testmetoder. Til gjengjeld skrev industrien artikler selv og fikk utvalgte psykiatere til å stå som forfattere. Samtidig ble øvrige medier manipulert av industrien. Mye av det som sto i populærvitenskapelige tidsskrifter, var plassert der av industriens PR folk. Den gang som nå ble det som sto i en tidsskriftartikkel ansett som selve sannheten, uansett om det samme innholdet før publiseringen ble sett på som det rene nonsens. På denne måten ble både leger og folk flest ført bak lyset om medikamentenes virkninger og bivirkninger av den farmasøytiske industriens markedsavdelinger. Dette ser vi tydelig når nevroleptika nå blir fremstilt som et sikkert antipsykotisk medikament spesielt for pasienter med en schizofrenidiagnose. Nå er det ikke lenger snakk om kjemisk lobotomi eller hjernebetennelse når medisinenes virkninger blir omtalt. Det legges vekt på effektiv behandling av sykdommen og at skattebetalerne sparer penger på reduserte offentlige utgifter til helsevesenet. Chlorpromazine har endret seg gradvis både i offentligheten og i fagtidsskriftene. *TIME Magazine* slo den opp som «Vidunderpillen» i 1954, og *New York Times* skrev om chlorpromazine 11 ganger i 1955 der gjennomgangstemaet var at «legemiddelet var et av de største fremskritt i psykoterapiens historie». Det var en «mirakelpille» som gjorde det mulig for en familiedoktor å behandle psykisk sykdom på legekontoret og at bare de aller mest alvorlige tilfellene trenger innleggelse. Chlorpromazine bragte

pasienten «fred i sinnet» og «hindret forvirring». Men det sto ingenting om bivirkninger. Helsepolitikere og forskere deltok i lovprisningen og to psykiatere som ville ha større forskningsbevilgninger fra Kongressen, hevdet at «takket være disse beroligende midlene kunne pasienter som tidligere ikke kunne behandles, i løpet av noen uker eller måneder bli sunne og friske og fornuftige mennesker.»⁶⁶

I 1953 da Smith, Kline og French lanserte chlorpromazine, var kirurgisk lobotomi sett på som noe positivt. Det var denne terapien chlorpromazine skulle måles mot og ble sammenliknet med. «Legemiddelet har samme effekt som frontal lobotomi.» lød argumentet ved lanseringen. Det gjorde pasientene «ubevegelige», «voksaktige» og «emosjonelt uberørt». Men fire år seinere fikk pipa en annen låt: Motoriske handikap a la Parkinsons sykdom var ikke lenger noe problem, nå ble håpløse eller kroniske pasienter plutselig helt friske, og det som tidligere ble lansert som et bedøvelsesmiddel forårsaket ikke lenger sykelig sløvhetstilstand.

Mer skadelig enn morfin og heroin

Det fantes psykiatere og psykologer som reagerte på denne kuvendingen og fremstillingen av chlorpromazine som er antipsykotisk middel. Gregory Zilboorg, en prominent psykoanalytiker i New York, sa at offentligheten var systematisk ført bak lyset og at den virkelige hensikten med medikamentet var å gjøre det lettere å handskes med institusjonspasientene. «Hvis jeg slår deg i hodet og du svimer av,» spurte han retorisk, «vil du da forstå meg bedre?»⁶⁷ Andre fagfolk mente nevroleptika var «fysisk mer skadelige enn morfin og heroin»⁶⁸.

Ny utprøving av medikamentene førte til oppsiktsvekkende resultater. En undersøkelse fra 1961, gjennomført av National Institute of Mental Health (NIMH), konkluderte at chlorpromazine og to andre nevroleptika reduserte apati, bedret motorikken og gjorde pasientene mindre forvirrete, akkurat det *motsatte* av virkningene fremhevet ti år tidligere. Bivirkningene var nå «milde og sjeldne.. mer et spørsmål om pasientens velvære enn den medisinske sikkerhet.» Mest overbevisende var det at NIMH påsto at medisinen virket helbredende: «Nesten alle symptomer og manifestasjoner som kjenner seg schizofrene psykoser ble redusert med legemiddelet, noe som viser at phenothiasinene må anses som antischizofrene medisiner».⁶⁹ Forvandlingen av nevroleptika var nå fullbragt. Et legemiddel som ble introdusert som kjemisk lobotomi, egnet til å slå ut pasientene og gjøre dem ufølsomme, var blitt et trygt og effektivt middel mot schizofreni. Den farmasøytiske industrien fikk psykiaterne til å bruke medisinen ikke bare til å roe ned maniske og vanskelige pasienter for en kortere, manisk periode. Nevroleptika var blitt medisiner som måtte tas kontinuerlig for å virke effektivt.

I denne solskinnshistorien var det en stemme som knapt ble hørt, nemlig pasientens. Det sto lite om hvordan de opplevde vidundermedisinen. Spurte man om deres erfaring, tydet ingenting på at man hadde funnet en sikker behandling mot schizofreni. Men det hadde heller ikke vært den farmasøytiske industriens formål å utvikle. Og produsenten tjente store penger uansett.

Legemiddelfirmaet Smith, Kline og French, som hadde kjøpt rettighetene til chlorpromazine i USA, var i 1952 beskjedent, med en omsetning på 50 millioner dollar. Selskapet brukte 350,000 dollar for å utvikle og lansere medikamentet på det amerikanske markedet. Det var en god investering. I 1958 ble Smith, Kline og French av *Fortune* rangert på andreplass blant 500 amerikanske selskaper når det gjaldt høyest «netto overskudd etter skatt.» Overskuddet steg fra 35 millioner dollar i 1953 til 347 millioner dollar i 1970. *Thorazine*⁷⁰ alene bidro med 116 millioner dollar til eierne. Men noen måtte ta kostnadene og betale gildet. Psykisk betalte pasientene med dårligere helse, økonomisk tok skattebetalerne regningen. I enkelte stater i USA brukte de statlige sinnssykehusene 5% av utgiftene på *Thorazine*.

Antidepressiva eller lykkepiller – Forbruk i Norge

I 1990 ble en ny type antidepressive medikamenter lansert i Norge. Det var de såkalte serotoninopptakshemmere (SSRI-preparater), eller såkalte «lykkepiller». Disse pillene mot depresjon har vært hyppig diskutert i massemedia og blant fagfolk. Det skyldes det etter hvert meget høye forbruket og at det ikke alltid har vært opplyst om bivirkningene. Blant annet har det kommet fram at lykkepillene kan forårsake selvmord og at de har vært gitt til barn og unge. Da den amerikanske psykiateren Peter Breggin⁷¹ ble intervjuet i norsk fjernsyn på 1990-tallet, kritiserte han den store forskrivningen av «lykkepiller», og hevdet at god psykiatrisk behandling først og fremst dreier seg om mellommenneskelig psykologisk hjelp uten kjemiske midler. Det vakte motstand. Mange mente han ikke burde slippe til med «uansvarlige synspunkter». Forsøk på å hindre kritikk av økende medikalisering av psykologiske funksjoner er ikke noe nytt, men hittil har den farmasøytiske industrien lykkes med bagatelliseringen. Nye antidepressive medikamenter selger enormt i hele verden. «Det årlige salg var i 1996 over 4,5 milliarder dollar. Bare Eli Lillys medikament Prozac solgte for over 2,5 milliarder, og Pfizers Zoloft for en milliard dollar.»⁷²

I Norge økte det totale forbruket av psykofarmaka med ca 30% i perioden mellom 1991 og 2000.⁷³ Den årlige økningen i salget av antidepressiver i Norge har vært over 5% i alle år etter at SSRI-preparatene ble introdusert.⁷⁴ I perioden 1994-1996 var den årlige økningen på over 20%. Det økte forbruket reflekterer både flere behandlede pasienter og lengre behandlingsvarighet. I 2004 ble det solgt antidepressive medikamenter for ca 680 millioner kroner

her i landet. Salget oppgis i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn. I 2004 var det et salg som tilsvarte at 5,2% av den norske befolkningen brukte antidepressive medisiner hver dag. For alle aldre bruker kvinner mer antidepressiva enn menn gjør. I aldersgruppen 20 til 69 år brukte 5% av mennene og 9.3% av kvinnene antidepressiva. For både menn og kvinner økte forbruket klart med alderen. Men også mange unge ble medisinert for depresjon. I aldersgruppen under 20 år fikk 6,096 personer utlevert et antidepressivum. Omtrent dobbelt så mange jenter som gutter bruker disse medikamentene. Over 2% av jentene i Norge i alderen 15-19 år fikk foreskrevet et SSRI-preparat. Det er advart mot bruk av «lykkepiller» hos barn og unge på grunn av selvmordsfare, og i Norge advares det nå mot bruk av disse preparatene for pasienter under 19 år.

Delvis på grunn av negativ medieomtale og påvisning av bivirkninger flatet salget av SSRI-preparatene i 1997/98, men salget skjøt fart igjen i 1999 da nye merker ble markedsført. SSRI-preparater brukes ikke bare mot depresjoner, men også mot andre lidelser. Det gjelder så forskjellige sykdommer som andre stemningslidelser, angst- og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, premenstruell dysfori og enkelte personlighetsforstyrrelser.

Det som lå bak suksessen med SSRI, var bl.a. den feilaktige teorien om depresjon som serotoninsvikt. På samme vis som en diabetiker trenger insulin, må en deprimert ha Prozac, var omkvedet. Men denne teorien er altfor enkel.

Einar Kringlen er en av de få norske psykiaterne som har satt et kritisk søkelys på den farmasøytiske industrien og legenes ukritiske holdning. Han hevder at den farmasøytiske industrien har fått god hjelp av psykiatere i USA og Europa til å markedsføre SSRI-preparatene.⁷⁵ I 1992-97 kjørte den britiske psykiaterforeningen sammen med de allmennpraktiserende leger en kampanje til bekjempelse av depresjon, som hadde til hensikt å forklare hva depresjon var, og få deprimerte mennesker til å søke behandling. Man omtalte verdien av medikamentene, og det ble også hevdet at dosene ofte var for små og vedlikeholdsbehandlingen for kortvarig. Alt dette gledet selvsagt industrien.

Lignende støtte fikk industrien i Norge ved avisoppslag der psykiatere uttalte hvor viktig det var at pasienter med depresjon fikk medikamentell behandling. Industrien har hatt stor innvirkning på de medisinske tidskriftene og har truet med å stoppe sin annonsering hvis redaksjonen publiserte artikler som var kritiske til medikamentene. Industrien har også støttet utgivelsen av tidsskrift-supplementer om medikamenter, men disse er ofte ikke gjennomgått kritisk av eksperter (såkalt fagfelle-vurdering). Likevel blir de anvendt kritikkløst i reklamen.

I 1960- og 70årene var mange psykiatere kritisk innstilt til den nære forbindelsen mellom legestanden og medisinindustrien, men seinere har kritikken stilnet. I USA og Sør-Europa er psykiatrien i dag i stor grad

dominert av den farmasøytiske industri, som gjennom de siste tiår har fått en økende innflytelse også i Norden.

«Myndighetene, staten og universitetene har kapitulert overfor en velstående industri som i stigende grad har overtatt mye av etterutdannelsen av leger. Legenes uavhengighet av industrien går dermed tapt. Ved å konsentrere seg om bestemte preparater vil legene også lett kunne glemme de generelle psykofarmakologiske prinsipper som de lærte i sitt studium. Legenes tette bånd til industrien kan i neste omgang føre til ukritisk forbruk av medikamenter.»⁷⁶

Dette er situasjonen i dag, over 150 år etter at legene overtok ansvaret for de gale og skulle gi dem en behandling basert på vitenskapelige, dokumenterte fakta, og mer human omsorg enn tidligere tiders ivaretakelse.

NOTER

- 1) Basert i stor grad på Robert Whitaker, *Mad in America*, Perseus Publishing, Cambridge, MA, 2002, Kapittel 4, s. 73-106.
- 2) Manfred Sakel, «The Origin and Nature of the Hypoglycemic Therapy of the Psychoses,» *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 13, 1937, s. 97-109; Manfred Sakel, «A New Treatment of Schizophrenia,» *American Journal of Psychiatry* 93, 1937, s. 829-841; og Manfred Sakel, «The Methodical Use of Hypoglycemia in the Treatment of Psychoses,» *American Journal of Psychiatry* 94, 1937, s. 111-129. Whitaker, op.cit.
- 3) Lothar Kalinowsky og Paul Hoch, *Shock Treatments and Other Somatic Procedures in Psychiatry*, Grune and Stratton, 1950. Whitaker, op.cit.
- 4) Benjamin Malzberg, «Outcome of Insulin Treatment of One Thousand Patients with Dementia Praecox» *Psych Quarterly* 12, 1938, s.528-553. Whitaker, op.cit.
- 5) «Mind Is Mapped in Cure of Insane» *New York Times*, 15. May, 1937. Whitaker, op.cit.
- 6) «Bedside Miracle» *Reader's Digest* 35, 1939, s. 73-75. Whitaker, op.cit.
- 7) Manfred Sakel, *Schizophrenia*, Philosophical Library, 1958. Whitaker, op.cit.
- 8) Ch. Palisa, «The Awakening from the Hypoglycemic Shock» *American Journal of Psychiatry*, Supplement, 94, 1938. Whitaker, op.cit.
- 9) Se Whitaker, op.cit., s. 89.
- 10) Solomon Katzenelbogen, «A Critical Appraisal of the Shock Therapies in the Major Psychoses and Psychoneuroses, III-Convulsive Therapy.» *Psychiatry* 3, 1940, 211-228. Whitaker, op.cit.
- 11) Metrazol er et kommersielt navn på et medikament som brukes til å stimulere kretsløpet og åndedrettet. Store doser forårsaker kramper.
- 12) Ladislaus von Meduna, «General Discussion of the Cardiazol Therapy,» *American Journal of Psychiatry*, Suppl., 94, 1938, s. 41-50. Whitaker, op.cit.
- 13) Solomon Katzenelbogen, «A Critical Appraisal of the Shock Therapies in the Major Psychoses and Psychoneuroses, III-Convulsive Therapy.» *Psychiatry* 3, 1940, 211-228. Fra Whitaker, op.cit.
- 14) Walter Freeman, «Brain-Damaging Therapeutics», *Diseases of the Nervous System* 2 (1940): 83. Fra Whitaker, op.cit.

- 15) Sitert i Max Fink, «Meduna and the Origins of Convulsive Therapy.» *American Journal of Psychiatry*, 141, 1984. Fra Whitaker, op.cit.
- 16) Lucio Bini, «Experimental Researches on Epileptic Attacks Induced by the Electric Current.» *American Journal of Psychiatry*, supplement 94 (1938): 172-174. Whitaker, op.cit.
- 17) Sitert etter Frank, *History of Shock Treatment*, 9. Fra Whitaker, op.cit.
- 18) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 98.
- 19) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 98.
- 20) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 99.
- 21) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 100.
- 22) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 103.
- 23) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 103.
- 24) Sitert etter Whitaker, op.cit., s. 106.
- 25) Ørnulv Ødegård, «Behandling av sinnssykdommer med prefrontal levkotomi.» *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 1947, 67, s. 80-83.
- 26) Ørnulv Ødegård «Psykiatrien og dens utvikling» i *Nervøse lidelser og sinnets helse*, 1955, s. 14.
- 27) Basert på Whitaker, op.cit., kap. 5, s. 107-138 og Joar Tranøy, «Lobotomien mer enn en parentes i norsk psykiatri». *Materialisten*, 1989, 3/4, 33-66; Joar Tranøy, «Lobotomi og elektrosjokk i Skandinavisk psykiatri.» Rapport, Nordisk Samarbeidsråd for kriminologi. Stockholm, 1991; Joar Tranøy, «Lobotomi i Skandinavisk psykiatri», KS-serien nr.1-92, Institutt for Kriminologi og strafferett, Oslo 1992; Joar Tranøy, *I sinnssykehusets vold*. Pax, Oslo 1993; Joar Tranøy, «Lobotomy in Scandinavian Psychiatry», *The Journal of Mind and Behaviour*, vol 17, no 1, 1996, s. 1-20.
- 28) Betegnelse lobotomi og leukotomi brukes om hverandre.
- 29) Angiografi er en undersøkelse av hjertets kransårer.
- 30) C.F. Jacobsen, «Studies of cerebral function in primates: I. The functions of the frontal association areas in monkeys» *Comparative Psychology Monographs*, 13, 1936, 3-60.
- 31) Walter Freeman and John Winston Watts, *Psychosurgery*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois 1942
- 32) Karl S. Lashley, *Brain Mechanisms and Intelligence*. University of Chicago Press, Chicago, Ill 1929.
- 33) Broager, Fra Tranøy, 1991, op.cit.
- 34) På møtet i Norsk forening for Sosialt Arbeid 16. mars 1949, uttalte Ødegård: «Ved siden av denne opprinnelige, elementære behandling ved våre sinnssykehus, har vi også fått mer aktive helbredelsesmidler i de siste år, for eksempel den moderne sjokkbehandlingen... osv. den nyeste metoden er den operasjon vi kaller leucotomi. Denne metode ble oppfunnet i Portugal, senere bygd ut i Amerika, og her hjemme har den vært brukt siden 1941. Det ser ut som vi her er kommet inn i en lovende utvikling. Det er naturligvis ikke så svært mange tilfelle ennå, men man kan se ganske forbløffende resultater. Pasienter som har vært syke i årevis, kan nå etter en operasjon være ute, gjøre nyttig arbeid, og føle livsglede.»
- 35) Tranøy, 1991, op.cit.; Tranøy, 1992, op.cit. og Tranøy, 1996, op.cit.

- 36) Fra 46.1% i 1953 til 51.2% i 1954 og 57.6% i 1955. Fra Ørnulv Ødegård, «Psykokirurgi: indikasjoner, psykologiske undersøkelser og resultater» *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, 1948, 3, 65-74.
- 37) Intervju med ass. lege Søren Rimestad ved Valen (Tranøy, 1989, op.cit.)
- 38) Lege og operatør Per Wendelbo understreket at «sykehussituasjonen ble utrolig lettet, og det var en befrielse.» (Tranøy, 1989, op.cit.)
- 39) Långbro og Beckomberga var store svenske sinnssykehus. Førstnevnte utførte 1 lobotomi med overbelegg på 20%, mens det på Beckomberga var 119 operasjoner og overbelegg på 9%. Forskjeller i lobotomeringsfrekvens mellom europeiske land viser det samme. I land som Vest-Tyskland, Sveits, Nederland, Østerrike og Frankrike ble det utført få eller ingen operasjoner selv om overbeleggssituasjonen ikke var bedre der enn for eksempel i Norge. I Nederland kunne store sinnssykehus med opptil 1500 innlagte og like stort overbelegg som de største norske sinnssykehus begrense operasjonene til 13 i løpet av et år (Ørnulv Ødegård, Psykokirurgi: Indikasjoner, psykologiske undersøkelser og resultater. *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, 1949, 3, 65-74).
- 40) NOU 1992, Tranøy 1991, op.cit. Tranøy 1992, op.cit..
- 41) Joar Tranøy, Analyse av lobotomiutfall, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 1993, 982-992.
- 42) E.S. Valenstein, *Great and Desperate Cures*. Basic Books, New York, 1986.
- 43) Lederartikkel i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* i 1952.
- 44) I et foredrag i Norsk Psykiatrisk Forening i Trondheim 1948. (A. Nissen, Diskusjon: Bør lobotomioperasjonene sentraliseres? *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, 11, 1949, s.162)
- 45) C. Lohne Knudsen, Levkotomi-resultater, *Nordisk Medicin*, 40, 1948, 1821-24.
- 46) Lohne Knudsen, lege på Gaustad sykehus, senere leder for kontoret for psykiatri i Helsedir. Var helsedirektør Karl Evangs høyre hånd på psykiatrifeltet.
- 47) Torkildsen, 1945:1236.
- 48) W. Freeman, and J. Watts, *Psychosurgery in the Treatment of Mental Disorders and Intractable Pain* (2nd Ed). Thomas, Springfield, Ill 1950.
- 49) «It is distinctly hazardous to leucotomize Schizophrenics.» *Acta psychiatrica & neurologica*. Suppl. 47, 1947:351)
- 50) Oversatt fra *Acta psychiatrica*, 1947:253.
- 51) Ørnulv Ødegård, Behandling av sinnssykdommer med prefrontal levkotomi, en oversikt. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1947, s. 82)
- 52) Lohne Knudsen, 1948, op.cit. 1822.
- 53) Lohne Knudsen, 1948, op.cit, 1822.
- 54) Sitert fra E. Kringlen, *Psykiatri og historie*, 1977:97
- 55) Ikke alle land aksepterte lobotomi. I Sovjet foreslo Josef Stalin lovforbud i 1944. Det ble vedtatt i 1951. Stalin oppfattet lobotomi som kvakksalveri. E. S. Valenstein, *Great and desperate cures: The rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*. Basic Books, New York 1986.
- 56) Fra Robert Whitaker, op.cit. Kapittel 6, s. 141-159.
- 57) Edward Shorter, *A history of Psychiatry*, 1997
- 58) Sterilisering og eugenikk hadde et langt større omfang blant psykiatriske pasienter i USA i 1930- og 40-årene enn folk er klar over. I Europa fokuserer vi

gjørne på hvordan Nazi-Tyskland forholdt seg til mennesker med psykiske lidelser og handikap, men omfanget av sterilisering var minst like omfattende i USA, med psykiaternes aktive medvirkning. Se Whitaker, op. cit. s. 41-72

- 59) Fra Judith Swazey, *Chlorpromazine in Psychiatry*, MIT Press, 1974, s. 105.
- 60) *ibid.*
- 61) Whitaker, op.cit., s. 144
- 62) D. Anton-Stephens, «Preliminary Observations on the Psychiatric Users of Chlorpromazine», *J. of Mental Science* 199, 1954: 543-557. Whitaker, op.cit.
- 63) H.E. Lehmann, «Chlorpromazin: New Inhibiting Agent for Psychomotor Excitement and Manic States» *Arch. of Neurology and Psych*, 71, 1954: 227-37.
- 64) H.E. Lehmann, «Neurophysiologic Activity of Chlorpromazine in Clinical Use». *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 17, 1956: 129-41
- 65) «Chlorpromazine and Mental Health» Proceedings 86.
- 66) Whitaker, op.cit., s 153.
- 67) «Analyst Hits Use of Calming Drugs» *New York Times*, March 11, 1956.
- 68) «Tranquilizer Drugs Are Held Harmful» *New York Times*, Dec. 19, 1956. Whitaker, op.cit., s. 156.
- 69) The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group, «Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia.» *Archives of General Psychiatry* 10, 1964, s. 246-261. Whitaker, op.cit., s. 158.
- 70) Chlorpromazine ble lansert på det amerikanske markedet under navnet *Thorazine* av Smith, Kline og French.
- 71) Peter Breggin regnes i USA for å være den «tyngste» motstanderen til den farmasøytiske industrien når det gjelder medikamentell behandlingspraksis. Bl.a. har han skrevet om bruk av lykkepillen Prozac.
- 72) E. Kringlen, «Medisinindustrien, legestanden og staten» *Aftenposten*, 6.11. 2001
- 73) Forbruket av antidepressiva økte med 234%, smertestillende med 134% og følelsesstabiliserende medisiner med 77%, mens forbruket av antipsykotiske midler gikk ned med 19% og medisiner mot Parkinsons sykdom med 49%.
- 74) J.G. Bramness, A.M. Hausken, S. Sakshaug, S. Skurtveit og M. Rønning, «Forskrivning av selektive serotoninopptakshemmere 1990-2004.» *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 18, 2005, 125: 2470-3. Tallene for det norske forbruket er hentet fra denne artikkelen.
- 75) Einar Kringlen, 2001, op.cit.
- 76) Einar Kringlen, 2001, op.cit.

Robert Rosenheck

PSYKOFARMAKOLOGIENS VEKST I 1990-ÅRA¹

Ny og dyrere farmakoterapi for mentale lidelser

Den dramatiske veksten i salget av medisiner for psykiske lidelser fra slutten av 1980-tallet og videre gjennom 90-tallet reflekterte den meteoraktige økningen av to distinkte grupper av medisiner: serotoninopptakshemmere (SSRI-preparater) utviklet for depresjon, og atypiske antipsykotiske midler mot schizofreni. Ved slutten av 2001 utgjorde det hjemlige salget (i USA) av nyere antidepressive midler mer enn 12 milliarder dollar mens salget av atypiske antipsykotiske midler utgjorde 4,1 milliarder dollar², for så å øke til 8,5 milliarder dollar i 2004. Til sammen utgjør disse medikamentgruppene mer enn 10% av alle kostnader ved reseptbelagte legemidler i USA. (...)

Den økte bruken av disse nye medisinene reflekterer både at eldre medikamenter erstattes av nye, og en utbredelse av forbruket til befolkningsgrupper som tidligere ikke ville tatt medisiner for psykiske lidelser i det hele tatt. Økningen var dramatisk for antidepressive midler, særlig blant dem med mindre alvorlig sykdomsbilder, og til og med blant pasienter disse medikamentene ikke hadde dokumentert effekt overfor.³

Entusiasmen rundt disse medisinene fant populært uttrykk gjennom 1997-bestselleren *Listening to Prozac* som hevdet at SSRI-preparatene kunne gjøre folk «bedre enn bra».⁴ Også fagfolk delte optimismen, noe som ble uttrykt mest autoritativt av Steven Hyman, lege og direktør for Det Nasjonale Instituttet for Mental Helse (National Institutes of Mental Health, NIMH, o.a.), ledende nevrologisk forsker og professor ved Harvard. I et vidt publisert brev koplet han de to gruppene av legemidler og uttrykte bekymring over at kostnadene kunne være en bremse for deres bruk:

«Gjennom det siste tiåret har serotoninopptaks-inhibitorene (SSRI) stort sett erstattet de eldre og mer problematiske trisykliske antidepressiva i stor grad på grunn av deres sikkerhet og effektivitet. Det er nå klar dokumentasjon på at en liknende endring i 'vitenskapelig status' med hensyn til behandling av schizofreni finner sted.»

Seks år etter Hymans brev fortsetter salget av disse midlene å stige, selv om mange av de optimistiske vurderingene har blitt utfordret både i den vitenskapelige litteraturen og i rettssalen. Det er derfor på tide å se nærmere på eksisterende informasjon om midlenes kliniske og økonomiske verdi og å reflektere over årsakene til den entusiasmen de skapte innledningsvis. Utviklingen av disse medisinene kan også gi innsyn i samspillet mellom nøkkelinstitusjoner som den farmasøytiske industrien, akademisk psykiatri, profe-

sjonsorganisasjoner, forbrukerinteresser og FDA (Food and Drug Administration, det amerikanske tilsynet for mat og medisiner, o.a.). (...)

Nyere antidepressiva – behandling av barn og unge

Tidlig i 2004 havnet mange akademiske oversiktsartikler med fokus på behandling av barn og ungdom i de internasjonale nyhetene. I april 2004 kritiserte en oversiktsartikkel i det prestisjefylte *British Medical Journal* metodene som var brukt i mange industri-finansierte studier av behandling av barn og unge med antidepressiva og hevdet at konklusjonene i disse studiene hadde skjevheter.⁵ Artikkelen pekte også på det faktum at det amerikanske FDA's nettsted bemerket at 8 av 9 studier som legemiddelindustrien hadde latt være å publisere tydet på at det ikke fantes gevinster av behandling av unge med antidepressiva. En liknende artikkel publisert i *Lancet* som benyttet seg av upubliserte data fra britiske myndigheter, fant at man ved å legge upubliserte data til en mer omfattende meta-analyse kunne konkludere med at resultatene i de opprinnelige analysene ble reversert.⁶ Analysen tydet på at risikoene ved depresjonsbehandling av unge var større enn fordelene for alle medikamenter bortsett fra ett. Bare to måneder senere saksøkte statsadvokaten i New York en av antidepressiva produsentene, GlaxoSmithKline PLC, for svindel ved å tilbakeholde informasjon fra egne studier, og i august hadde selskapet gått med på et forlik der det betalte en sum på 2.5 millioner dollar uten dermed å innrømme å ha gjort noe galt.⁷

I tillegg til spørsmålet om disse medisinene kunne tilby deprimerte barn og ungdom særlige gevinster, begynte man nå også å fokusere på det ulmende stridspunktet om preparatene paradoksal nok kunne øke selvmordsrisikoen. I 2003 kom det britiske tilsynet for medisiner og helseprodukter med et forbud som i sin kjerne forbød alle bortsett fra ett av disse antidepressive midlene for bruk hos barn fordi de skapte en uakseptabel risiko for selvmord. Sent i oktober 2004 krevde det amerikanske FDA at produsentene av SSRI legger til en advarsel i svart ramme i deres markedsføring, den mest alvorlige form for offentlig advarsel, som inkluderer en advarsel om at «mens 2% av pasientene på sukkerpiller ble suicidale, så ble 4% dette av nyere antidepressiva».⁸ (...)

SSRI-behandling av voksne

Nylige oversiktsartikler har reist spørsmål rundt fordelene ved nyere antidepressiva også for voksne. Det er ikke noen effektivitetsgevinster ved nyere antidepressiva i forhold til eldre medisiner, og 10%-fordelen ved antidepressiva i forhold til placebo er beskrevet som «ikke særlig imponerende». Medikamentene gir små fordeler med diskutabile kliniske gevinster.

For å se nærmere på skjevheter i publikasjonene, ble alle 42 studier som ble sendt til Sveriges medisinkontroll mellom 1983 og 1999 som del av

søknader om godkjenning av nye anti-depressiva gjennomgått.⁹ En sammenlikning av studier sendt til myndighetene og deres versjoner publisert i internasjonale tidsskrift viste at gunstige studier ofte ble publisert alene (tre av studiene hadde til og med blitt publisert flere ganger), mens data fra ugunstige studier ofte ble maskert ved oppblanding med data fra gunstige studier. Halvparten av de 42 innsendte studiene fant at antidepressive midler var mer effektive enn placebo. Av de 21 studiene som ikke viste noen fordeler ved nye antidepressive ble bare 6 (29%) publisert som enkeltstående artikler. Elleve (52%) ble blandet med data fra studier med mer positive konklusjoner og 4 (19%) ble ikke publisert i det hele tatt.

(...) Industristøttede studier av nye antidepressive både for voksne og barn har kommet under økende mistanke om manipulasjon, selv om ingen medikamenter har blitt trukket tilbake fra markedet. Mens publikasjoner med skjvheter kan bli brukt til å støtte farmasøytiske produkter ved å utnytte fagfelle systemets autoritet, ser det ikke ut til at de produktene som promoterer er mangelfulle i forhold til minimumsstandarder for sikkerhet og virkning. Men gevinstene ser ut til å være *små*, særlig i lys av deres høye kostnader.

Data fra store, uavhengige undersøkelser av virkningene av antidepressive midler i «virkelig praksis» gir blandete resultater. (...) Nyere medikamenter ser ikke ut til å ha bedret yrkesdeltakelsen blant deprimerte amerikanere, selv om det også er mulig at disse opplysningene reflekterer endringer i rapporteringspraksis, for eksempel ved at arbeidsledige amerikanere i økende grad forklarer depresjon som årsak til deres manglende arbeid, kanskje på grunn av avstigmatiseringen av psykiske lidelser.

Mens både nyere og eldre antidepressiva fremdeles oppfyller regulerte standarder for sikkerhet og effektivitet og blir betraktet som uvurderlige behandlingstilbud av mange psykiatere og pasienter, er det begrenset empirisk støtte for at det finnes betydelige folkehelsegevinster som konsekvens av de 12 milliardene dollar som årlig brukes på disse legemidlene. Reduksjonen i selvmordsrisiko ved overdose kan faktisk bli kompensert for ved økt risiko for utvikling av selvmordsideer.

Mens SSRI er sikre og effektive, ser det likevel ut til at publikasjoner med støtte fra industrien har presentert dem i et uforholdsmessig heldig lys hvis styrke har blitt økt ved hjelp av aggressiv markedsføring overfor både leger og forbrukere. Mellom 1997 og 2000 ble 8,8 millioner dollar brukt på direkte forbrukerfokusert annonsering av seks SSRIer som var blant de femti medikamentene som ble sterkest markedsført overfor forbrukerne.¹⁰ I tillegg ble store kjendiser rekruttert i mange annonser som fremmet bruken av psykoaktive medikamenter overfor almenheten.¹¹

Atypiske antipsykotika

I 1988 viste en studie som er en milepæl at *clozapine*¹², det første atypiske antipsykotiske middelet, ga en 30% responsrate hos pasienter med tidligere refraktær (dvs ikke-behandlbar) schizofreni, til sammenlikning med 4 % for et eldre medikament, haloperidol.¹³ Tiljublet som det første store steget framover i psykofarmakologisk behandling av schizofreni i løpet av mer enn tre tiår, skapte denne studien håp om at nyere atypiske legemidler ville bringe framskritt uten sidestykke, og en bok varslet en *Retur fra galskap: Psykoterapi med folk som tar nye antipsykotiske medikamenter og vender tilbake fra alvorlig, livslang og invalidiserende schizofreni*.¹⁴ Som dr. Hyman antyder i sitt brev ser de nye midlene ut til å være praktisk talt uten bivirkninger og til å være så mye mer effektive enn eldre medikamenter at de reduserte behovet for sykehusinnleggelse tilstrekkelig til å betale for sin egen bruk og i tillegg gi en nettogevinst. En ledende forsker og psykiater ved NIMH bedyret i et brev fra 1996 til *American Journal of Psychiatry* at «mellom 1990 og 1994 har *clozapine* spart USA for omtrent 2,5 milliarder 1993-dollar».¹⁵

Men i 1993 fortalte Erica Goode i sin rapport til årsmøtet i *American Psychiatric Association* en ganske annen historie: «De ble lansert som noe nær mirakelmedisiner, mye sikrere og mer effektive i behandling av schizofreni enn noe annet som tidligere hadde eksistert....I mange år så det ut til at denne begeistringen var fullt begrunnet...Det kom bemerkelsesverdige historier om bedring...Men 14 år etter at de første legemidlene kom på markedet, spør forskere om de er like mirakuløse eller godartede – som man i utgangspunktet hevdet».¹⁶

Kostnadsreduksjoner

Kanskje den første av mytene som ble avlivet var at medisinene ga høye nok innsparinger til å oppveie kostnadene ved deres bruk. (...) Totale behandlingstkostnader økte faktisk jevnt mens de atypiske midlene kom i bruk. Det fantes ingen dokumentasjon på kostnadsreduksjoner fra mindre bruk av tjenester for innlagte pasienter eller polikliniske behandlede.

Metaboliske bivirkninger

Nye studier har foreslått at selv om noen bivirkninger, særlig ekstrapyramidale (skjelvinger og andre nevrologiske symptomer), er sjeldnere med nye antipsykotika, er andre mer utbredt. De fleste av de atypiske antipsykotiske midlene er assosiert med betydelige vektøkninger (...), en betydelig helserisiko i seg selv.¹⁷ Men nye data fra en rekke studier har også vist at bruk av disse medikamentene er forbundet med utbrudd av diabetes mellitus og hyperlipidemi (økt fettholdighet i blodet) med økt risiko for hjertesykdom som resultat. Som reaksjon på disse funnene beordret FDA alle

produsentene til å legge til en advarsel om at disse midlene ga økt risiko for diabetes.¹⁸ Foreningen for Kliniske Endokrinologer offentliggjorde nylig en konsensuserklæring som støttet denne vurderingen og oppfordret til grundig metabolisk overvåkning av pasienter som tar disse medisinene.¹⁹

To store og uavhengige studier (studier der analyse av data og rapportering ikke ble kontrollert av produsenten) som sammenliknet andre atypiske midler enn clozapin og konvensjonelle medisiner kunne ikke finne noen gevinst i form av reduserte symptomer, bedret livskvalitet, ja selv ikke reduserte ekstrapyramidale bivirkninger, ved bruk av atypiske midler.²⁰ (...)

Tardiv dyskinesi

Tardiv dyskinesi (TD) er en alvorlig lidelse som arter seg som ufrivillige bevegelser. Lidelsen forekommer hos så mye som 5% av pasienter som bruker konvensjonelle antipsykotiske medisiner regelmessig.²¹ Fordi de atypiske midlene gir mindre risiko for ekstrapyramidale symptomer har man håpet at de også ville gi mindre risiko for TD. Men det har vist seg vanskelig å dokumentere denne fordelingen fordi TD først viser seg etter mange års behandling. En nylig oversiktsartikkel med fokus på TD-forskning identifiserte bare tre godt kontrollerte studier som tydet på lavere risiko for TD med atypiske antipsykotiske midler.²² (...)

Kunnskapsbasert praksis eller irrasjonell optimisme

Oversikten over det vitenskapelige grunnlaget for 20-milliarder-dollar økningen i salg av psykotropiske medisiner på 90-tallet har vist at nye anti-depressive og antipsykotiske medisiner møter FDAs minimumskrav for sikkerhet og bedre effektivitet enn placebo-medisiner, og slik fortjente å bli inkludert i de legitime, kunnskapsbaserte praksisformene. Men akkumulerte data har vist at deres fordeler sammenliknet med eldre medikamenter kan være mer begrenset enn det som hevdes i bøker som: *Listening to Prozac*, i anslagspregete regnestykker som hevder milliardbesparelser, eller for NIMH-direktør Hymans fremkastede «betydelige fordelaktige virkninger for helsepleien til det amerikanske folket». Entusiasmen som gjorde disse medikamentene til salgssuksesser i milliardklassen ble bare delvis rettfærdiggjort av vitenskapelig dokumentasjon, og ser i virkeligheten ut til å ha reflektert en viss grad av «irrasjonell optimisme» av den samme typen som Alan Greenspan forutseende fryktet hadde inflatert aksjekursene i 90-åra, og som Robert Schiller i boka med samme navn fant var kjernen i «boblepsykologien» som ledet fram til aksjemarkedsboomen og den følgende nedgangen.

Schillar argumenterer med at optimistiske «bobler» vokser fram når mange stemmer forsterker hverandre og gir falsk troverdighet til ønsketenkning og til troen på at man er i en «ny æra», der gamle begrensninger ikke gjelder. De faktorene Schiller identifiserer som drivkreftene bak den

irrasjonelle optimismen i aksjemarkedet kan ha vært et kulturelt bakteppe som lettet den psykofarmakologiske boblen til tross for avstanden mellom disse to verdenene: Vestlig næringsliv hadde triumfer over kommunismen, informasjonsteknologien ga løfter om tilgang til ubegrenset informasjon, næringslivets superstjerner ble idolisert som trollmenn som ikke kunne tape, og risikoen for inflasjon i en voksende økonomi så ut til å ha blitt eliminert.

De mer nærliggende kildene til irrasjonell optimisme om psykofarmakologiske midler var, som vi har sett, sterkt positive fortolkninger av forskningsfunn basert på medisinprodusentenes skjeve forskningsdesign, analyser og rapportering – funn som ble spredt gjennom intense markedsføringskampanjer. Det akselererte salget av medisiner var ikke begrenset til psykotropiske medisiner. Fra 1997 til 2001 økte detaljomsetningen av reseptbelagte medisiner med et *årlig* gjennomsnitt på 19%, omtrent 6 ganger den generelle økningen i medisinske kostnader.²³ Ved slutten av århundret hadde de farmasøytiske selskapene blitt den dominerende sponsoren av psykofarmakologiske kliniske utprøvinger. Siden hovedansvaret for et hvilket som helst børsnotert aksjeselskap er å maksimere aksjeeiernes inntekter, ble selskapene lovmessig forpliktet til bruke sin innflytelse over forskningen til å øke inntektene på alle mulige lovlige måter. I 1991 ble 80% av kommersielt støttet forskning i 1991 utført av universitetsforskere som hadde en uavhengig rolle i utformingen, analysen og publiseringen av kliniske utprøvinger av nye medisiner.²⁴ I 2002 var dette bildet fullstendig reversert; 80% av støtte til kliniske utprøvinger kom da fra selskaper hvis økende kontroll over forskningsprosessen resulterte i overdrevent salg av fordeler ved produktene gjennom medisinske tidsskrifter. Den første medisinske forskningsartikkelen som var forfattet utelukkende av ansatte i et selskap ble trykket i 1991 – en studie utført av Eli Lillys forskere om selvmordsrisikoen ved Prozac.²⁵ I 2001, bare et tiår senere, proklamerte redaktørene for 12 ledende medisinske tidsskrifter at «bruken av kliniske utprøvinger i hovedsak for salg... latterliggjør klinisk forskning» og representerer et svik overfor pasienter som deltar i slike studier med altruistiske motiver.²⁶

Som for aksjemarkedet ser boblepsykologien i psykofarmakologien ut til å stamme fra selvforsterkende samhandling mellom mange interesser. Medisinindustriens påstander fant et velvillig publikum blant psykiatere, en profesjon som var i gang med å remedikalisere seg selv, delvis som en respons på sterk konkurranse fra mindre kostbare ikke-medisinske behandlere og delvis som en respons på sterkere restriksjoner på psykoterapi fra tilbyderne av helsestell. En ny generasjon av psykotropiske vidundermidler tilbød psykiaterne en unik nisje innenfor de overbefolkede helseprofesjonene som forvaltere av en verdifull ressurs som bare de alene kunne foreskrive.

Profesjonelle organisasjoner for psykiatere, som mottok omtrent en tredjedel av sin finansiering fra industrien, og hvis årsmøter nesten ble et karneval av markedsføringsaktivitet, ble også aktive forsvarere av det

medisinske forvaltningsansvaret til sine medlemmer. Organisasjoner for pårørende til folk med mentale lidelser, som også fikk mye penger av industrien, støttet ivrig ideen om at mental sykdom var en hjernesykdom. Dette lettet dem for den byrden av skyld som hadde blitt belastet dem av tidligere, psykososiale teorier om mental sykdom. Optimismen ble videre forenklet på grunn av de relativt lave standardene for sikkerhet og effektivitet som man påkrevder FDA å evaluere nye medisiner etter. Selv om en prominent FDA-tjenestemann som vi har sett hadde trukket helt forskjellige konklusjoner om verdien av atypiske antipsykotika enn forskere sysselsatt av industrien, fantes det ikke noe forum for denne viktige forskjellen i den offentlige debatten.

Som Schiller observerer blir irrasjonell optimisme til slutt konfrontert med realiteten og kan til og med stimulere et irrasjonelt tilbakeslag i motsatt retning. Selv før de senere studiene ble publisert kom det kritiske bøker som beskrev toksiske virkninger av SSRI og reduserte virkningene mer enn fortjent.²⁷ Disse studiene hadde begrenset virkning på den offentlige mening, psykiatrisk praksis eller medisinalsetet.

Men i begynnelsen av det nye århundret kom det en rekke mye publiserte rettssaker med utbetalinger i hundre-millioner-dollar-klassen som tydet på at en del av de mest uforskammede utbetalingene fra legemiddelselskapene til legene faktisk var brudd på føderale anti-korrupsjonslover og at noen markedsføringsforsøk brøt med Loven mot falske påstander (False Claims Act, o. a.), som gir interne ansatte som varsler offentligheten («whistle blowers», o. a.) muligheten til å tjene store pengesummer ved å avsløre informasjon som fører til domfellelse av deres arbeidsgivere.²⁸ Produsenten av et middel mot prostatakreft, Lupron, betalte for eksempel 900 millioner dollar i 2001 for å tilby leger lukrative belønninger for å foreskrive deres medikament, og en ansatt som varslet offentligheten utløste en bot på 430 millioner dollar mot et selskap som fremmet salg av Neurontin (et anti-epileptisk legemiddel) for formål som ikke var godkjente av FDA.²⁹

I tillegg til kollapsen på aksjemarkedene i 2000 skapte avsløringen av selskapskandaler hos Enron, Tyco og andre i det nye århundret et klima der kritisk vurdering av praksis hos legemiddelselskapene hadde større sjanser for å bli tatt alvorlig. Mellom april og oktober 2004 ble det publisert fem bøker³⁰ som hånte eksessene i industriens fremming av sine legemidler og skjevhetene i industristøttet forskning.³¹ Disse fem kritiske bøkene beskjeftiget seg ikke spesielt med psykotropiske midler, men fokuserte på villedende markedsføring av og forskning rundt medisiner mot høyt blodtrykk, statiner, slankemedisiner, ikke-steroid anti-inflammatoriske midler, hormonerstatninger og medisinske apparater. Irrasjonell optimisme rundt farmasøytiske midler ser ut til å ha vært utbredt i 1990-årene, på samme måten som vendingen mot mer negative synspunkter i det nye århundrets første år.

Verken den beste eller verste forskningen kunne ha skapt grunnlag for salg uten aggressiv markedsføring. Gaver fra selskaper til legene som inkluderte pinner, krus, bøker, måltider på fine restauranter, reiser til kjente turistnål og konsulentonorar for å være tilstede under promosjons-forelesninger har alle blitt vist, uten hensyn til deres verdi i form av penger, å kunne forme legenes forskrivningspraksis og således bryte med rettesnorene som sier at en leges eksklusive lojalitet i beslutninger av medisinsk betydning må være til pasienten.³² Som en forsker konkluderte, er det ikke nødvendig at legene ble betalt for å fremme eller foreskrive et spesifikt produkt gjennom et eksplisitt bytte.³³ Høye honorarer og smiger er i seg selv nok til å stimulere en gjengjeldelsesimpuls – en naturlig tilbøyelighet til å betale tilbake til de som viser en aktelse eller yter en tjeneste.³⁴

Ifølge Marcia Angel, tidligere redaktør for *New England Journal of Medicine*, brukte legemiddelselskapene i 2001 11 milliarder dollar på gratis prøver som ble utlevert til legene gjennom 88.000 salgsrepresentanter (til en kostnad av 5,5 milliarder dollar), og ble fremmet ved hjelp av reklame rettet direkte mot forbrukerne verdt 2,7 milliarder dollar og i tillegg annonser i medisinske tidsskrifter til 380 millioner dollar. Dessuten betalte legemiddelselskapene ifølge rapporter 60% av all videreutdanning av leger, utdanning som ofte var dreid mot å støtte deres produkter.

Som et svar på de vellykkede rettssakene og økende negativ publisitet har industrien sammen med AMA (American Medical Association, den amerikanske legeföreningen, o.a.) og flere andre grupper etablert etiske retningslinjer utformet med sikte på å eliminere de mest ekstreme markedsføringseksessene og slik unngå reaksjoner fra myndighetene.³⁵ Men kontrollen over forskningen forblir fremdeles hos industrien, særlig i de første årene etter lanseringen av et produkt, før uavhengige utprøvinger kan bli utformet, finansiert og publisert. Etablering av kunnskap er derfor fremdeles mer preget av hensynet til fortjeneste hos industrien enn av hensynet til å bedre folkehelsen.

Politiske perspektiver

Et institusjonelt korrektiv til denne tilstanden ville være et uavhengig vitenskapelig organ, enten drevet av eller finansiert av regjeringen, som ville ha ansvar for a) lede de innledende vurderingene av sikkerhet og virkning for FDA-godkjenning, b) gjennomføre rigorøse studier av kostnadseffektivitet over lang tid tidlig i den kommersielle løpebanen til de mestselgende medisinene og c) å ta kontinuerlig ansvar for å overvåke sikkerheten etter markedsføring. Selv om ingen barrierer mellom kommersielle interesser og forskningsinstitusjoner kan være fullstendig ugjennomtrengelige, ville et slikt organ kunne bidra til å svekke forbindelsen mellom vitenskapelig vurdering og selskaperens hensikter og kanskje bedre tjene offentlighetens interesser.

Et slikt organ kunne delvis bli finansiert av skatteinntekter, slik som dagens FDA, og i tillegg av avgifter betalt av industrien for å få gjennomført grunnleggende vurderinger av virkningen og sikkerheten til deres produkter. Dyrere langtidsstudier av kostnadseffektivitet ville man ha fullmakt til å gjennomføre bare for legemidler med stor suksess og kunne finansieres ved å ilegge en særlig skatt på medisiner med særlig stort salg.

En slik skatt ville ikke være vanskelig å begrunne, selv om den ville kunne være vanskelig å få politisk støtte for. Verdien av salget av *Zyprexa* bare til Medicaid utgjorde i de første to årene 900 millioner dollar, hinsides de høyeste anslagene for kostnaden ved utvikling av det nye middelet (inkludert direkte utgifter til pre- og post klinisk forskning og forskning etter markedsføring; kapitalkostnader; og kostnaden ved sviktende medikamenter som aldri ga fortjeneste).³⁶ Slik ble hele utviklingskostnaden ved *Zyprexa* dekket av salg til den føderale regjeringen etter bare to år på markedet. En skatt på 1% på profitten i følgende år kunne gitt 5-40 millioner dollar årlig, nok til enkelt å finansiere den uavhengige kostnadseffektivitetsforskningen rundt dette medikamentet og uten tvil mange andre, og på ingen måte nok til å dempe framtidige investeringer i utvikling av legemidler.

(...)

Det vil aldri bli universell enighet om den «rette» plasseringen av linjen mellom offentlig forvaltning og privat eiendomsrett i utvikling av farmasøytiske midler. Å gi større ansvar til regulerende regjeringsorgan kan motarbeide visse typer innovasjon, kommersielt basert læring og valgfrihet hos forbrukerne. Å gi høyere prioritet til den private sektoren øker risikoen for at profittmotive vil gi skjevheter til utvikling og presentasjon av medisinske data nødvendig for å treffe medisinske beslutninger. Materialet presentert i denne oversiktsartikkelen tyder på at vi har vært gjennom en periode da ulempene ved å stole på den private sektoren som et middel til å styre farmasøytiske vurderinger har vist seg med all mulig tydelighet. En korrektiv bevegelse av pendelen i retning av mer uavhengig basert utvikling av medisinsk kunnskap ser forlengst ut til å være nødvendig.

Oversatt av Sjur Kasa

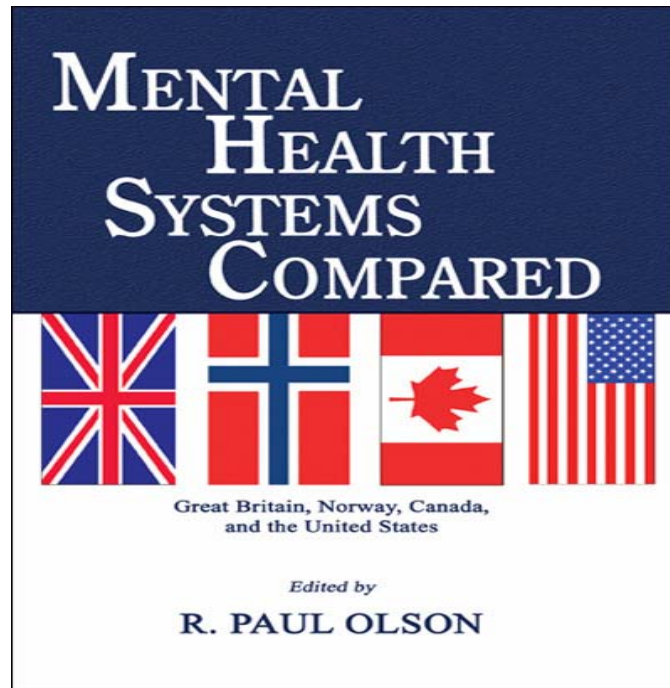
NOTER

- 1) Artikkelen som sto i *International Journal of Law and Psychiatry*, Volume 28, (5), September-Oktober 2005, ss. 467-483, er noe forkortet. Utelatelser er merket (...). Fullstendig referanseliste finnes i originalartikkelen.
- 2) National Institute of Health Care Research and Education Foundation, 2002
- 3) M. Olfson; S.C. Marcus; B. Druss; L. Elinson; T. Tanielian and H.A. Pincus, «National trends in the outpatient treatment of depression,» *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287 (2) ss. 203-209.
- 4) P. Kramer, *Listening to Prozac*, Penguin, New York, 1997.

- 5) J.N. Jureidini, C.J. Doecke, P.R. Mansfield, M.M. Haby, D.B. Menkes and A.L. Tonkin, «Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents», *British Medical Journal*, 2004, bd.328, nr. 7444, ss. 879–883.
- 6) C.J. Whittington, T. Kendall, P. Fonagy, D. Cottrell, A. Cotgrove and E. Boddington, «Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data», *Lancet*, 2004, bd. 363, nr. 9418, pp. 1341–1345.
- 7) Se (<http://www.technewsworld.com/story/36159.html>)
- 8) Se (<http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRI/labelChange.htm>)
- 9) H. Melander, J. Ahlqvist-Rastad, G. Meijer and B. Beermann, «Evidence based medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: Review of studies in new drug applications», *British Medical Journal*, 2003, bd. 326, nr. 7400, ss. 1171–1173.
- 10) R. Frank, E.R. Berndt, J. Donohue, A. Epstein and M. Rosenthal, «Trends in direct-to-consumer advertising of prescription drugs» (http://www.kff.org/rxdrugs/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm_and_PageID=4881) (2002).
- 11) R. Moynihan, «Celebrity selling – part two», *British Medical Journal*, 2002, 325, s. 286.
- 12) Clozapine er et antipsykotisk medikament som endrer kjemiske stoffer i hjernen. Clozapine brukes ved behandling av schizofreni symptomer som hallusinasjoner og forvirringstilstander. Ettersom clozapine kan forårsake alvorlige bivirkninger brukes det fortrinnsvis på pasienter som ikke responderer på andre medisiner.
- 13) J. Kane, G. Honigfeld, J. Singer and H. Meltzer, «Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine», *Archives of General Psychiatry*, 1988, bd. 45, nr. 9, ss. 789–796.
- 14) K. Deegan and E. Nasper, *Return from madness: Psychotherapy with people taking the new antipsychotic medications and emerging from severe, lifelong, and disabling schizophrenia*, Jason Aronson, New York, NY, 1996.
- 15) R.J. Wyatt and I. de Saint Ghislain, «Economic savings and clozapine» ([Letter]), *American Journal of Psychiatry*, 1995, bd. 152, nr. 4, ss. 650–651.
- 16) E. Goode, «Leading drugs for psychosis come under new scrutiny», *New York Times*, New York, N.Y. (2003, May 20), s. A.1.
- 17) M.M. Simpson, R.R. Goetz, M.J. Devlin, S.A. Goetz and B.T. Walsh, «Weight gain and antipsychotic medication: Differences between antipsychotic-free and treatment periods», *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (9), ss. 694–700.
- 18) Se (<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/psn/printer.cfm?id=229>)
- 19) Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity, Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes, *Diabetes Care*, 2004, 27, ss. 596–601.
- 20) R.A. Rosenheck, D. Perlick, S. Bingham, Liu-Mares, J. Collins, S. Warren *et al.* and for the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on the Cost-Effectiveness of Olanzapine, «Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia», *Journal of the American Medical Association*, 2003, 290, ss. 2693–2702.
- 21) H. Morgenstern and W.M. Glazer, «Identifying risk factors for tardive dyskinesia among long-term outpatients maintained with neuroleptic medi-

- cations. Results of the Yale Tardive Dyskinesia Study», *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50 (9), ss. 723–733.
- 22) C.U. Correll, S. Leucht and J.M. Kane, «Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: A systematic review of 1-year studies», *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161 (3), ss. 414–425.
 - 23) National Institute of Health Care Research and Education Foundation, *Management Prescription Drug Expenditures in 2001: Another Year of Escalating Costs*, 2002.
 - 24) J. Abramson, *Overdosed America: The broken promise of American medicine*, Harper Collins, New York, NY, 2004.
 - 25) D. Healy, *Let them eat prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*, New York University Press, New York, 2004.
 - 26) F. Davidoff, C.D. DeAngelis, J.M. Drazen, M.G. Nicholls, J. Hoey and L. Hojgaard *et al.*, «International committee of medical journal editors. Sponsorship, authorship and accountability», *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286, ss. 2132–2134.
 - 27) P. Breggin and G.R. Breggin, *Talking back to prozac: What doctors won't tell you about today's most controversial drug*, St. Martin's Press, New York, 1995. J. Glenmullen, *Prozac Backlash: Overcoming the dangers of prozac, zoloft, paxil, and other antidepressants with safe, effective alternatives*, Simon and Shuster, New York, 2001.
 - 28) D.M. Studdert, M.M. Mello and T.A. Brennan, «Financial conflicts of interest in physicians' relationships with the pharmaceutical industry—self regulation in the shadow of federal prosecution», *New England Journal of Medicine*, 2004, 351 (18), ss. 1891–1900.
 - 29) M. Angel, *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*, Random House, New York, NY, 2004.
 - 30) To av bøkene var skrevet av nylig avgåtte redaktører for *New England Journal of Medicine*, to av ansatte ved Harvards medisinske fakultet, og en av en reporter fra *Wall Street Journal*.
 - 31) J. Abramson, *Overdosed America: The broken promise of American medicine*, Harper Collins, New York, NY, 2004. M. Angel, *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*, Random House, New York, NY, 2004. J. Avorn, *Powerful medicines: The benefits, risks, and costs of prescription drugs*, Knopf, New York, NY, 2004. M. Goozner, *The \$800 million pill: The truth behind the cost of new drugs*, University of California Press, Berkeley, CA, 2003. J. Kassirer, *On the take: How medicine's complicity with big business can endanger your health*, Oxford University Press, New York, NY, 2004.
 - 32) D. Blumenthal, «Doctors and drug companies», *New England Journal of Medicine*, 2004, 351 (18), ss. 1885–1890.
 - 33) J. Kassirer, *On the take: How medicine's complicity with big business can endanger your health*, Oxford University Press, New York, NY, 2004.
 - 34) A. Wazana, «Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift?», *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283 (3), ss. 373–380.

- 35) D.M. Studdert, M.M. Mello and T.A. Brennan, «Financial conflicts of interest in physicians' relationships with the pharmaceutical industry—self regulation in the shadow of federal prosecution», *New England Journal of Medicine*, 2004, 351 (18), ss. 1891–1900.
- 36) J.A. DeMasi, R.W. Hansen and H.G. Grabowski, «The price of innovation: New estimates of drug development costs», *Journal of Health Economics*, 2003, 22, ss. 325–330.
-



Utgitt 2006 av Charles C. Thomas Publisher Ltd.
books@ccthomas.com

1. INTRODUCTION (R. Paul Olson)
 2. MENTAL HEALTH DELIVERY SYSTEMS IN GREAT BRITAIN (John N. Hall)
 3. MENTAL HEALTH SERVICES IN NORWAY (Arnulf Kolstad and Haldis Hjort)
 4. HEALTH AND MENTAL HEALTH IN CANADA (John L. Arnett)
 5. MENTAL HEALTH CARE IN THE UNITED STATES (Danny Wedding, Patrick H. DeLeon, and R. Paul Olson)
 6. CONVERGENCE AND DIVERGENCE IN MENTAL HEALTH SYSTEMS (R. Paul Olson)
 7. MEETING THE NEEDS, CONCLUSIONS, AND RECOMMENDATIONS (R. Paul Olson)
-

Tor-Johan Ekeland

BIOLOGI SOM IDEOLOGI?

Ei nødvendig presisering: Dette innlegget er ikkje ein kritikk av biologisk kunnskap i seg sjølv. Slik kunnskap har sjølvsagt sin rettmessige plass, og kan på fornuftig vis skape realisme i vårt syn på oss sjølve. At psykiatrien no blir biologisert heng sjølvsagt saman med ei eksplosiv kunnskapsutvikling i biologifaga. Biologi ser ut til å ha erstatta fysikken som *master science*. Det handlar m.a. om genforskning på ulike nivå, og ikkje minst om hjerneforskning. Den amerikanske regjeringa erklærte 1990-talet som hjernen sitt tiår, og illustrerte på sitt vis også dei formidable forventningar ein set til nye fagfelt som nevrobiologi og nevrovitenskap. Utviklinga skuldast framfor alt ny teknologi (PET, fMRI og MEG) som har gitt vindu inn til hjernen slik at hjerneaktivitetar kan observerast på heilt nye måtar. Det som skal drøftast her er ikkje denne forskinga i seg sjølv, men korleis den blir utlagt som kunnskap på psykiatrien sitt gjenstandsfelt, kva den tek mål av seg til å forklare – og korleis slik kunnskap spreier seg i ulike samanhengar, m.a. som bidrag til folk og fagfolks sjølvforståing, livsforståing og praksisforståing. Visseleg kan ein finne mykje god og spanande nevrobiologisk forskning; men tenkinga om kva den tyder er ofte dårleg. Slik har det også vore i tidlegare tider. I følge Steven Rose, som sjølv er biolog, er dette forskning som er rik på data, men fattig på teoriar.¹ Gamle problem vil difor umerkeleg kunne opptre i nye fasongar. Men dårleg tenking kan dessverre vise seg funksjonell av ideologiske grunnar: forståingsmåtane vever seg inn i institusjonelle ordningar som legitimering av hegemoniske diskursar og praksisformer (sjå også Ekeland²). Nettopp fordi den nevrobiologiske kunnskapen gir eit skinn av hard science og skaper forventningar om biologisk løysingar på komplekse menneskelege problem, er det nødvendig å setje den under kritisk søkelys.

Historisk bakteppe

Om perspektivet var historisk ville spørsmålet i tittelen vere unødvendig. Biologiske forklaringar og perspektiv på mennesket og menneskeleg variasjon har vore eit dominant episteme i vår vitskapshistorie, og har gitt opphav til grandiose mistydingar, både i psykiatrien og i den allmenne antropologien, med politiske så vel som sosiale og behandlingmessige konsekvensar. Eit overtydelig døme er omgrepet *rase*: ei førestilling om at det til kategoriar av menneske basert på ulik fysisk fenotyp finst ein essensiell ulik genotyp som kan gjere greie for variasjon i alt frå intellektuelle kapasitetar til sinnelag og handlingsmønster. At denne førestillinga i neste omgang både har skapt og

legitimert politiske handlingar er dessverre velkjent. Men sjølv om t.d. rasehygien vart diskreditert av nazismen, var førestillinga om ein antropologisk biopolitikk og rasjonell menneskeavl (jf steriliseringslovgivinga) stovrein i mellomkrigstida. Læra om degenerasjon, ein forfeila biologisk teori basert på den franske legen og biologen *Benedict Augustin Morel* (1809-1873), var populær i psykiatrien. Her fann ein eit felles biologisk prinsipp (degenerasjon) som kunne forklare dei psykiske lidingane. Faren for degenerasjon og opphoping av dårleg arv var også eit viktig motivasjonsgrunnlag for eugenikken og den innverknaden den hadde i sosialpolitikken fram til midten av førre hundreår, ikkje minst i skandinaviske land. Likeeins hadde den fysiske antropologien gjort seg gjeldande eit hundreårstid, og med sine velutvikla empiriske metodar (biometri) underbygd vestleg etnosentrisme³, bl.a. førestillinga om det nordiske herremennesket⁴. Ein variant som fengde i psykiatrien var frenologien: studiet av personlegdom og psykologisk habitus på bakgrunn av skallefasong. Snarare enn ein kuriositet i vitenskapshistoria var frenologien etablert som ein sjølvstendig og empirisk orientert vitenskap som gjorde seg gjeldande i ca 150 år (ca 1790 – 1920). Det siste vitenskaplege tidskriftet vart nedlagt så seint som i 1962.

Mens biometrien (måling av fysiske skilnadar mellom menneske og grupper av menneske) etter kvart vart diskreditert, kom utviklinga av psykometri (måling av mentale eigenskapar) til å vedlikehalde same tankegangen. Når Darwin hadde vist at dei best tilpassa overlevde gjennom evolusjon av fysiske karakteristika, kvifor skulle ikkje dei same lovene gjelde for mentale karakteristika? Denne tesen er no gjenfødd i moderne evolusjonspsykologi. Og psykometriens fremste produkt var intelligensen. Intelligens-testing var sterkt involvert i utvikling av eugeniske program og velkjende statistikarar som *Charles Spearman* og *Karl Pearson* var framtrekande medlemmar av «The Eugenics Education Society», etablert i 1883 av Darwin sitt søskenbarn, *Sir Francis Galton*. Måling av intelligens var ein viktig ingrediens ikkje berre i eugenisk praksis, men også for biopolitisk sortering i arbeidsliv, fengsel og militærvesen så vel som skule og helsevesen, og bidrog til empirisk underbygging av både vestleg etnosentrisme og maskulin sexism. Overtyinga om at intelligens i hovudsak er ein arveleg eigenskap har blitt nytta som argument både for sosial og pedagogisk apartheid. Så seint som i 1973 argumenterte *Henry Grant*, tidlegare president for den amerikanske psykologforeininga (APA), mot raseintegrering ved å hevde at svarte var mindre intelligente enn kvite, og at svarte studentar ikkje hadde nok intellektuell kapasitet til å ta kursa i sosialpsykologi.⁵ Endeleg, i denne lista over biologisk grunngeving for tvilsame politiske synsmåtar, kan nemnast sosialdarwinismen og fløyer innanfor sosiobiologien der biologisk reduksjonisme om «menneskenaturen» har understøtta reaksjonære politiske standpunkt.⁶

Som ein del av medisinen har psykiatrien naturlegvis alltid også vore biologisk orientert, og påverka av dei trendane som her er nemnt. I psykia-

trien si første fase, med *Philippe Pinel* (1745-1826) og «moral treatment» som historisk døme, var det likevel ikkje jakta på galskapens biologiske «natur» som dominerte. I byrjinga var behandlinga som vaks fram i dei nye institusjonsregima under ein medisinsk diskurs dominert av det vi frå ein moderne ståstad kan kalle sosiale metodar. Ambisjonen om biologiske forklaringar på psykiske lidingar har likevel alltid vore ein del av psykiatriens identitet. Hevda ein noko anna sette ein seg på sett og vis utanfor medisinen som paradigme. Det må minnst om at sjølv Freud nærte ein visjon om at hans teoriar eingong ville kunne verifiserast nevrologisk. Likevel kan nemninga «biologisk psykiatri» vere relevant for å avgrense ei meir eksplisitt orientering både i forskning og behandling. Den finn vi starten på i den tyske psykiatrien med *Wilhelm Greisinger* (1817-1868) som fremste talsmann. Han klårgjorde det paradigmatisk: mentale lidingar var somatiske lidingar – psykiatri var nevrologi. Sjølv om den biologisk orienterte psykiatrien ikkje lukkast i sitt strev med å påvise biologiske årsaker til mentale lidingar, legitimerte paradigmet ei rad ulike behandlingsmetodar som hadde biologien som intervensjonsdomene, t.d. feberterapi, insulinsjokk, krampeterapiar, elektroshokk og psykokirurgi med lobotomering som det fremste dømet. I tillegg kjem sjølvstapt psykofarmaka, særleg etter introduksjonen av nevroleptika tidleg på femtitalet (Chlopromazin) – av psykiatrien sjølv ofte omtala som ein behandlingsrevolusjon. Det same bilete forsøker ein i dag å skape av dei nye preparata (t.d. SSRI); at dei er uttrykk for at ein vitskapleg sett kjem stadig nærare ei biologisk «løysing» på dei tilstandane medikamenta skal virke mot. Dette trass i at det er godt dokumentert at det er tilfeldige oppdagningar meir enn systematisk og teoribasert forskning som har styrt utviklinga av psykofarmaka, og at dei kommersielle, profesjonspolitiske og paradigmatisk interessene i dette feltet har ført til selektiv publisering, datamanipulering, bagatellisering av biverknader og iatrogene fylgjer – og ei generell overdriving av dei terapeutiske verknadane.⁷

Historia skal ikkje utdjupast her. Den er likevel nødvendig som eit bakteppe. Grunnane er fleire. I ettertid ser vi at t.d. omgrepet rase er eit reint ideologisk omgrep, fullstendig uinteressant frå ein biologisk synsvinkel i fylgje moderne genetikk.⁸ Ideologisk bruk av den biologiske determinismen i intelligensomgrepet har vore meir seigliva og dukkar med jamne mellomrom opp i forskinga. Kjente bidrag frå to ulike periodar i nyare tid er *Arthur Jensen*⁹, og seinast *Herrnstein og Murray*¹⁰ og den framleis pågåande debatten kring boka deira *The Bell Curve*. Men heile historia om den vitskaplege legitimeringa av intelligens og biologisk determinisme har vist seg som eit lærestykke om korleis ei ideologisk basert tru på ein bestemt hypotese fører med seg metodiske feil, mistydingar og både medveten og umedveten manipulering av data der grensa for forskingsjuks ikkje berre har vorte strekt, men også overskrede¹¹. Det mest kjende dømet er historia om *Sir Cyril Burt* (1883-1971), den respekterte og adla engelske psykologi-

professoren som fabrikkerte data for å underbygge overtydinga si om intelligensen sitt arvelege grunnlag. Det avgjerande er likevel at sjølve omgrepet intelligens er ideologisk – det har i seg sjølv ingen ontologisk essens utanom dei verdsette dugleikane som definerer det. Empirisk dokumentasjon av intelligensskilnadar med omsyn til t.d. etnisitet, kjønn og klasse, er såleis alt definert inn i omgrepet intelligens.

Når det gjeld psykiatrien har den ei sørgjeleg historie med omsyn til overgrep og inhumanitet legitimert som vitskap. Det skal den biologiske psykiatrien ikkje ha skulda for åleine, men det er liten tvil om at grunngevingane nettopp i biologi har legitimert dei mest drastiske overgrepa (t.d. lobotomi). I behandling av menneskelege og mellommenneskelege problem er biologiske mistydingar farlegare enn andre mistydingar. Det kjem av at ei biologisk objektivering fører med seg at den sjuke sine livsytringar vert tolka som «maskinfeil», som tome handlingar som ikkje kan vere utrykk for noko som har med det menneskelege å gjere (ønske, vilje, håp, overtydingar, begjær osv). Implikasjonen er at vi då fråtek pasienten nettopp dei eigenskapane som definerer han som eit *med*menneske, og det blir vanskelegare å vere *med*lidande. Slik står vi i fare for å gjere den gale til eit ikkje-menneske og dermed auke faren for inhumane tiltak. Om psykiatrien si historie diverre gir oss mange sørgjelege døme på dette, er det heilt feil å sjå dette berre som moralske villfaringar hos aktørane, eller ei kunnskapsmessig villfaring som no er reparert. Eit slikt syn impliserer den overveldande arrogansen at vi er slutten på historia. Det utfordrande spørsmålet blir kva villfaringar ettertida vil klandre oss for. Og aktuelt i samtida er nettopp ei fornya biologisk determinisme – ei rebiologisering av psykiatrien. I 1858 heitte det til dømes i ein leiar i *British Journal of Psychiatry*: «Insanity are purely a disease of the brain.» I 1989 er budskapet frå ein leiar i *Psychological Medicine*: «Ein psykiatri som er for biologisk, kan ikkje finnast»¹².

Ideologi

Omgrepet ideologi er glatt og mangetydig, men likevel nyttig¹³. I klassisk marxistisk tyding som «falsk lære» gjer det seg godt som opposisjon til vitskap. Men kunnskapsososiologiske innsikter og forskning på forskning tilseier at vi i dag skal vere varsam med denne opposisjonen¹⁴. Vitskapen vil som oftast også vere ideologisk infisert slik at vi ikkje lenger kan oppretthalde noko klart skilje. Ideologikritikk bør difor vere ein nødvendig del av vitskapen sin sjølvkorreksjon. Å reinske vitskapen for ideologiske villfaringar var til dømes sentralt i kritisk teori med utspring i Frankfurterskolen. Allment kan ein knytte ideologi om system av førestellingar, oppfatningar, vurderingsmåtar og diskursar som råder grunnen innan bestemte samfunnsgrupper. Sidan desse førestellingane er knytt til interesser og handlingsutøving, vil funksjonane stenge for ei sanningsorientert erkjenning. Dette er også eit

poeng i Berger & Luckman¹⁵ sine analysar av korleis profesjonar skaffar seg makt og kontroll over visse praksisdomene gjennom å legge vekt på teknisk og instrumentell kunnskap som kan legitimere denne kontrollen. Maktaspektet ved ideologi gjer det naturleg å relatere det til *Michel Foucault* sitt diskursomgrep. Og nettopp Foucault har i sine genalogianalysar vist korleis kunnskap uunngåeleg er innvove i makt, og både spring ut av sosiomaterielle maktrelasjonar, og formar slike. Det inneber ein vri på det gamle munnhellelet om at «kunnskap gir makt»: Makt gir også høve til å definere kva kunnskap som skal gjelde.

Men ideologiar høyrer også praksis og dagleglivet til. Augoustinos og Walker¹⁶ har i ei drøfting av dette knytt ideologi til *Serge Moscovici* sitt omgrep «sosiale representasjonar». Moscovici¹⁷ var mellom anna oppteken av korleis kunnskapsbidrag frå vitskapsfeltet, t.d. psykoanalysen, diffunderer i ulike versjonar, nedfeller seg i daglegtalen og blir ein del av folks sjølvfortolkning. Og det er nettopp dette som er Augoustinos sitt poeng: at ideologi også gjer seg gjeldande som common sense – som meiningssystem vi tek for gitt. I eit slikt perspektiv er det ikkje vanskeleg å legge merke til ei implisitt biologisme i allmennkulturen i vår tid, t.d. at helse og kropp har blitt livsorienterande mål i seg sjølv. Distinksjonen sunt og usunt har ete opp skilnaden mellom det gode og det vonde slik at stadig fleire livsområda, også det åndelege, blir ein del av det helsefaglege feltet. Religiøs praksis har eg no sett grunngeve med at det er godt for helsa. Noko liknande peikar Jon Hellesnes¹⁸ på når han viser til eit ressurshefte for norskfaget for den vidaregåande skule der det blant anna står at det er viktig å finne ei meining i livet og å vere glad, fordi det styrkjer immunforsvaret. Helserelaterte tema er framtreidande i det moderne mediebilete og, som vi skal sjå, blir psykiske lidingar ofte formidla knytt til ei biologisk forståing.

Den nye biologiske psykiatrien

Vendepunktet for den nye biologisk orienterte psykiatrien i moderne tid blir av mange, t.d. Einar Kringlen¹⁹, tidfest til kring 1980 då det amerikanske diagnosesystemet DSM (versjon II) skulle reviderast. Kunnskapssosiologane Kirk og Kutchins²⁰ har studert denne prosessen og viser til at det i denne situasjonen oppstår ein maktkamp i den amerikanske psykiaterforeininga (APA) som endar med at dei biologisk orienterte psykiatrane får kontroll over prosessen. DSM III blir difor ikkje berre ein revisjon av tidlegare versjonar, men ein revolusjon tilpassa eit neokrapelinske manifest som vart utarbeidd nokre år tidlegare av ei gruppe biologisk orienterte psykiatrar. I dette manifestet er det lagt til grunn at psykiske sjukdomar ontologisk sett er som somatiske sjukdomar, og at psykiatrien bør ha eit eksplisitt fokus på dei biologiske aspekta ved desse lidingane²¹. Gjennom DSM-revolusjonen gjen-erobra den biologisk orienterte psykiatrien dei fleste maktposisjonane (or-

ganisasjonar, tidsskriftredaksjonar, forskingsråd mv.) i amerikansk psykiatri – og etterkvart også i Europa. Dette er eit nødvendig bakgrunnstappe for å skjønne motivasjonsprosessane i formidling av biologisk orientert psykiatrikunnskap. Grunnen er enkel. Dei biologisk orienterte hadde ei overtyding meir enn ein kunnskapsbase – ein var i eit desperat behov for eit paradigme. Det er ein no i ferd med å skape seg gjennom den nye nevrobiologien. I det følgjande skal eg først gi ein del eksempel på korleis denne nye biologiske psykiatrien blir utlagt, kommunisert og fortolka. Eit blick på mediebiletet har relevans i høve til tidlegare drøfting av ideologiomgrepet. Deretter skal eg prøve å vurdere noko av denne kunnskapen utifrå sine eigne premisser: kva er hypotesar og spekulasjonar og kva kan halde som vitskapleg evidens. Vidare vil eg spørje kva denne kunnskapen tyder – m.a.o kvar tolkingsgrensene går, og kva tolkingsfeil som vanlegvis gjer seg gjeldande.

Biologi og psykiatri i media

Ein treng ikkje gå langt for å finne empiriske medieeksempel på oppslag over kva hjernen er ansvarleg for. Avisoverskrifta «*Kan forutsi selvmord*»²² er bygd på forskning som viser at ein del av dei som tek livet sitt har betydeleg mindre av stoffet 5-HIAA (og dermed mindre serotonin) i viktige nervesentra enn andre. Det heiter i artikkelen «Personer med lavt serotonin har mindre sperre for hva de gjør. Resultatet kan være at noen begår selvmord, mens andre tyr til vold.» Det blir deretter lagt til at SSRI-preparat (lykkepillen) kan balansere dette. I mediasamanheng har særleg ADHD- diagnosen fått særleg mykje merksemd dei siste åra. «Fengsla er fulle av slike», kvar tredje fange i fylgje ein professor i psykologi – og Aftenposten (03.11.02). Hovudtyngda av mediediskursen om ADHD impliserer samstundes at dette er ei biologisk lidning (t.d. *Genfeil kan gi hyperaktivitet*, Aftenposten 24.10.02). Svært mange oppslag handlar om kriminalitet. Eit knippe av slike er samla nedanfor:

«Gutt (9) tilstår tre branner» (VG, 06.09.2004). «Pisket 18-åring – frikjent» (VG, 07.11.2003). «For farlig for sykehuset» (VG, 21.06.2001). «Syv års fengsel for drap på Strømmen» (Aftenposten, 01.09.2004). «19-åring fikk åtte år for drag» (Aftenposten, 26.05.2004). «Innesperret på ubestemt tid» (Aftenposten, 15.06.2003). «Ut av fengsel og rett på kjøret» (Aftenposten, 21.02.2003). «Fengslene er fulle av sånne som meg» (Aftenposten, 03.11.2004). «Kastet kniver i tak og gulv» (Aftenposten, 04.05.2001). «Fikk syv år for drag» (Dagbladet, 01.09.2004). «Jeg spår at han kan bli en trussel for både seg selv og andre» (Dagbladet, 24.08.2004). «Hver tredje fange har ADHD» (Dagbladet, 03.11.2002). «Gjengangeren» (Dagbladet, 28.11.2002). «Viggo Kristiansens rystende livshistorie» (Dagbladet, 26.04.2002). «Fritidsklubleder dømt for overgrep» (NRK, 0603.2003).

I alle desse oppslaga er det anten direkte eller indirekte argumentert for at ADHD kan vere årsaka til dei dramatiske handlingane. Og koplinga mellom biologi og kriminalitet, eller tesen om «den fødde forbrytar», er gamal, m.a.

sentral hos den italienske legen *Cesare Lombroso* framsett på slutten av 1800-tallet. Han meinte å ha biologiske bevis for at forbrytarar biologisk sett var primitive og umodne menneske. Biologiske forklaringar på kriminalitet blir no gjenfødd²³, og ADHD er i den samanhengen sentral. At det er slik i media er neppe til å undrast over, heller ikkje at medisinalfirma hevdar at «ADHD er ikke et resultat av miljøet hjemme, men har biologiske årsaker.. (..) en ordentlig sykdom, en hjernesykdom».²⁴ Leiande forskarar på området har skapt denne oppfatninga. I 2002 forfatta ei internasjonal gruppe på 74 forskarar det dei kalla «International Consensus Statement on ADHD»²⁵. Denne erklæringa vender seg m.a. mot media og korleis ADHD bør omtalast. Det blir slått fast at dette er ei nevrologisk lidning, og ubehandla kan følgjene vere mange, t.d. skuleavbrot (32-40 %), ingen eller få vener (50-70 %), underying i arbeid (70-80 %), antisosiale aktivitetar (40-50 %), røyking og bruk av illegale stoff. ADHD-barn blir også oftare gravide som tenåringer (40 %), får seksuelt overførte sjukdomar (16 %), er oftare innblanda i bilulukker, og som vaksne oftare ramma av depresjonar (20-30 %) og personlegdomsforstyrningar (18-25 %). Og om ikkje dette var nok blir oppramsinga avslutta med «...og på hundrevis av andre måter forkludre og true livene deres».²⁶ Konsensusgruppa slår fast at ADHD er ei nevrologisk lidning, at deira framstilling av ADHD byggjer på vitskapelege fakta, og hevdar at einkvar opposisjon og kritikk av dette synet er jamgodt med å hevde at jorda er flat. Både i tone og innhald finn vi dette igjen i den norske debatten. I Aftenposten slår to framtrekande norske ADHD-forskarar fast, under tittelen «Fakta om ADHD», at dette i hovudsak er ei genetisk betinga lidning som fører til «en nevrokjemisk ubalanse» og «dårlig signalbehandling i hjernen», og at signalsubstansen dopamin er noko av problemet.²⁷ Dette er altså «fakta», og dei skræmer med at fornektning av fakta kan føre til underbehandling og konsekvensar som nemnt ovanfor. Kritiske motførestillingar kan altså vere farleg.

Men biologiseringa gjeld ikkje berre problematferd. Der er genar i det meste, og Dagbladet (7. mai 2002) melder om at dei også kan føre til overeting, vitna av ein norsk psykiater. Truleg er det andre genar som gjer at nokon mest ikkje et i det heile tatt. I *Psykisk Helse* (nr 4/2005) blir det frå forskinga si verd meldt at «En feil I hjernen kan vere en viktig årsak til at noen utvikler anoreksi». Det er forskarar ved S. Georges´ Hospital i London som har påvist at anoreksipasientar har unormal blodgjennomstrømming i ein del av hjernen som styrer sjølvbiletet, og at dette truleg skuldast ein genfeil.

Meir vanleg er det at alvorlege lidningar som schizofreni blir omtala som ei hjerneorganisk lidning. I mange nye lærebøker blir dette slått fast nærast utan diskusjon, slik det også blir gjort i brosjyrane frå medisinfirma. I web-sida «HealthGuide Online!» er informasjonen til publikum meir pedagogisk: «På samme måte som hjertelidelser er sykdom i hjertet og atsmå er en sykdom i lungene, så er schizofreni en sykdom i hjernen»²⁸. Depresjon, som

har hatt ein dramatisk auke i dei vestlege landa, blir også heftig biologisert. I medisinalfirmaet Eli Lilly`s brosjyre står det: «*På samme måte som diabetes og leddgikt, er depresjon en fysisk sykdom*» og «*krever umiddelbar medisinsk behandling*». ²⁹ Kanskje kan ein skjøne det når forskarar også hevdar at: «*mens du kanskje kan riste av deg det dårlige humøret og ta deg sammen etter å ha mistet jobben, så forsvinner ikke en klinisk depresjon. Den er forårsaket av kjemisk ubalanse. Og du trenger piller for å rette opp feilen, akkurat som diabetikere trenger insulin*». ³⁰ Om tvangslidingar (OCD) heiter det tilsvarande i eit informasjonsskriv frå Eli Lilly: «*...en helt vanlig medisinsk sykdom, ...like vanlig som astma eller sukkersyke*», og som skuldast «*en biokjemisk ubalanse som påvirker måten hjernen virker inn på tanker, følelser og atferd*» ³¹. Andre eksempel kan knytast til misbruk av rusmiddel: «*Avhengighet er en sykdom i hjernen på samme måte som andre former for mental sykdom*», ³² og til vektproblem, sosial angst etc. Det er påfallande, men også forståeleg, at dei store pasientorganisasjonane (i allfall i USA) no omfamnar den nye biologien. Pasientorganisasjonen NHMA (National Mental Health Association) hevdar å hente sitt faglege grunnlag frå det føderale forskingsinstituttet for mental helse (NIMH) når dei ikkje berre klassifiserer dei vanlege psykotiske lidningane, alvorlege depresjonar, tvangs- og panikkforstyringar som «*biological brain diseases*», men også legg til: [*Likevel*] så avslører all den biomedisinske og atferdsorienterte forskningen som er utført av NIMHealth at et økende antall psykiske lidelser har en biologisk eller genetisk årsak. ³³ På heimesida til «*American association for marriage and family therapy*» (AAMFT) blir det, under seksjonen «*Consumer Update*» (Konsument informasjon), gitt følgjande informasjon til foreldre: «*Barn, ungdom og voksne i alle aldre kan oppleve en MS. Mentale sykdommer er biologiske, det vil si at kjemiske eller strukturelle forhold i hjernen ikke fungerer som de skal. MS resulterer ofte i ustabile og mislykkede liv. Symptomene på MS omfatter problemer med tenkning, atferd og følelser (humør og sinnsstemning)*» ³⁴.

Eksempla kunne ha vore fleirfaldige. Og oppslaga og tolkingane er ikkje tekne ut av lufta. Dei er alle i ein viss forstand forankra i forskning. Særleg er det dei kjemiske signalstoffa i hjernen som får skulda; ikkje berre for psykiske lidingar, men også for normale variasjonar i personlegdom og atferd. Ein kjemisk ubalanse blir utlagt som sannsynleg årsak til depresjon, schizofreni, angst og tvangslidingar, men også til spiseforstyringar, vold, alkoholisme, spelegalskap og tvangsshopping. Vidare blir det hevda at personlegdomstrekk som sjenanse, sjølvsikkerheit, passivitet så vel som aggressivitet, konfliktvegning og spenningssøking, samt manglande evne til behovsutsetting kan forklarast med nokre få signalstoff. ³⁵

Det vitenskaplege grunnlaget

Når alt dette er forankra i forskning er det vel sant? Før vi vurderer det trengst ei avklaring. Denne forskinga gjeld kor vidt der er korrespondanse mellom atferd og mentale storleikar slik dei er avgrensa utifrå konvensjonell diagnostikk, og biologiske markørar som dei kjemiske signalstoffa. Det første spørsmålet blir då om der er haldbar vitenskapleg empiri for ein slik korrespondanse. Deretter blir spørsmålet kva denne korrespondansen tyder. Til spørsmålet om korrespondanse kan det trygt seiast at påstandane er store, men empirien svak. Det tyder ikkje at det ikkje finst eit vell av studiar som hevdar å ha påvist slike samanhengar. Det blir ikkje utan vidare vitenskap av det, og mykje av påstandane vert vedlikehalden av selektiv fortolking av enkeltfunn, forskning som seinare har blitt tilbakevist og korrigert, eller forskning som det viser seg umuleg å kunne generalisere til heile den diagnostiske kategorien ein uttalar seg om. Det er ikkje muleg å gå inn på alt dette, men når det gjeld forskinga på signalstoffa er den historiske framveksten av denne interessant. Den er nemleg nært knytt til farmakologisk forskning, ei forskning som er motivert av å utvikle produkt som kan løyse praktiske problem, og difor utviklar seg meir etter prøving og feiling, enn rettleia av teoridanning. At signalstoffa dopamin og serotonin har stått sentralt i denne forskinga skuldast i utgangspunktet ikkje teoribaserte hypotesar med grunnlag i akkumulert kunnskap, men at desse stoffa har vorte syntetisert og (nærast tilfeldig) viste seg verksame på tilstandar som schizofreni og depresjon. At ein av dette utlegg dei same stoffa som muleg årsak byggjer på slutningsprinsippet *ex juvantibus*: å gjere ei slutning på bakgrunn av om metoden verkar eller ikkje. Men dette er ei feilslutning, og medisinen si historie er full av eksempel på medisin som har virka utan å ha den fjernaste etiologiske kausalitet til lidinga den kurerer.

Når det gjeld schizofreni blir det i dag hevda at tilstanden skuldast overskot av signalstoffet dopamin; og at depresjon kjem av eit underskot av serotonin. Tidlegare var det serotonin som også var skulda til schizofreni. Dopaminteorien om schizofreni var nær knytt til oppdaginga av dette signalstoffet si rolle ved Parkinsonisme. Ein visste nemleg at svært mange nevroleptika skapte ekstrapyramidale biverknader tilsvarande symptoma ved parkinsonisme, og at denne lidinga førte med seg mangel på dopamin. Nevroleptika virka gjennom å blokkere dopaminaktiviteten – og schizofreni kunne derfor skuldast unormal dopaminaktivitet. Imidlertid er der ingen forskingsresultat som viser at schizofreni skuldast overdriven dopaminaktivitet. På grunnlag av obduksjon av hjernane til schizofrene trudde ein lenge det, fordi ein fann unormalt tal på dopaminreseptorar. Seinare har ein innsett at desse funna skuldast behandlinga. Gir ein dopaminblokkerande medikament set hjernen i gang kompensierende aktivitetar ved å auke talet på reseptora. Seponering av nevroleptika kan då føre til psykose – altså ein

biverknad av medikasjonen og ikkje eit prov på effekten av dei, slik det feilaktig har blitt framstilt.³⁶ Dette kan minne om ei gamal historie. Nevropatologar studerte i mange tiår hjernane til avlidne schizofrene for å finne strukturelle avvik i høve til normale. Dette tok jamt slutt i 1940 då det viste seg at det vesle ein hadde funne var ein konsekvens av korleis desse preparathjernene var lagra.³⁷

Påstanden om at depresjon kjem av eit lågt nivå av serotonin heng nøye saman med marknadsføringa av SSRI-preparata, utlagt som spesifikke for serotonin. Den empiriske situasjonen er at ein finn høgt serotoninnivå hos enkelte deprimerte, lågt hos andre – og ein finn både høgt og lågt hos personar som ikkje er deprimerte. Det er også eit interessant poeng at SSRI preparata gir maksimal auke av serotonin i løpet av ein dag eller to, mens det kan ta opp til fleire veker før ein finn verknad på stemningsleiet.³⁸ Samstundes som preparata blei utvikla og marknadsført som spesifikke for depresjon, har verknadsområda gradvis blitt utvida til eit vidt spekter av ulike plager; frå angst til for tidleg sædavgang. Også serotonin har fått eit auka «ansvar»: aggressivitet, stress, mangel på sjølvtilitt, mangel på suksess, lav impuls kontroll, stoffmisbruk – og som nemnt tidlegare: sjølv mord. Serotonin kan ikkje målast direkte, og i granskinga som var grunnlag for medieopplaget om sjølv mord, var det ein metabolitt (5-HIAA) frå cerebrospinalvæske som var variabelen.³⁹ Studien har låge korrelasjonar, og som det viser seg, slike metabolittar blir også produsert av stress – og mange som tek livet av seg har gjerne erfart sterke livshendingar. La meg også nemne at ein hos Rhesusaper som blir skilt frå mor og veks opp blant jamnaldrande også finn låge verdiar av denne metabolitten.

Signalstoffa si forklaringskraft

Det er påfallande at ein i den nevrobiokjemiske psykiatrien har konsentrert seg om nokre få signalstoff i hjernen, nettopp dei som farmakologien kan manipulere med, mens grunnforskninga no viser at det finst over 100 slike (så langt), og mange av dei blir også produsert og er aktive utanom hjernen. Dessutan er det påvist at der til mange av desse finst ulike type reseptorar. Psykisk aktivitet impliserer ein koordinert funksjon av meir enn tjue milliardar nerveceller (der nokre igjen blir påverka av opp til ti tusen synapsar). Det er ei svært så enkel og gamaldags tenking at nokre få signalstoff skulle kunne være stabile markørar for så samansette og komplekse fenomen det her er tale om. I så måte har teoretiseringa endra seg lite frå tidlegare argumentasjon for lobotomi, insulinsjokk og andre biomedisinske behandlingar. Dei biokjemiske teoriane om psykiske lidningar er ikkje lenger i samsvar med grunnforskninga på signalstoff (eller aminer). Det er gode grunner til å rekne med at samanhengen mellom serotonin og atferd/personlegdom er fjern, indirekte og ikke-kausalt. *Elliot Valenstein*,⁴⁰ som sjølv er

neurobiolog, har oppsummert korrespondanshypotesen og seier rett ut, at i motsetning til det som blir hevda, har ein ikkje funne nokon sikre kjenneteikn ved psykisk lidande sine hjernar, korkje biokjemisk, anatomisk eller funksjonelt. Ein kan sjølvsagt ikkje sjå bort i frå at ein gong i framtida vil finne ein slik korrespondanse mellom ein biologisk markør og ei psykisk lidning. Men så var det spørsmålet om kva det i så fall tyder.

Årsak eller verknad?

Tradisjonelt har ein i forskning som dette lagt til grunn ein reduksjonistisk tankegang som tilseier at eit biologisk nivå (lågare nivå) har kausal status i forhold til eit mentalt nivå (høgare nivå). Nyare hjerneforskning viser at på ei rekkje område kan hypotesen stillast motsett. Når det gjeld forskning på signalstoffa, for eksempel serotonin, er det altså etterkvart mykje forskning som viser at ulike livsrøynsle kan påverke serotoninnivået – forskning som i langt mindre grad blir marknadsført. Eg har alt nemnt at langvarig behandling med antipsykotiske midlar kan gi permanente endringar i hjernen (risiko på 25-40%). Men også erfaring i seg sjølv, ikkje minst tidlege opplevingar, kan endre hjernen sin kjemi og struktur – og hjernen sin anatomi er langt meir plastisk enn ein før har trudd. Evidensen er omfattande på dyr, og den menneskeleg hjernen er truleg langt meir plastisk enn hos andre arter. Psykologen Marc Breedlove⁴¹ ved Berkeley fant til dømes at der var forskjell i storleiken i visse strukturar i hjernen hos rotter som hadde hatt høve til hyppig seksualferd samanlikna med dei som ikkje hadde det. Eit argument for eit aktivt seksualliv. Det er også vist at rotter som blir trena til aktiv problemløysing i løpet av eit par månadar aukar både vekta på hjernen og talet på synapsar – eit av etter kvart mange studiar som viser at erfaringar kan gi strukturelle endringar av hjernen.⁴² Særleg vil relasjonelle røynsler kunne påverke hjernen si utvikling, slik at vi kan snakke om ein interpersonleg neurobiologi. Ein del evolusjonsbiologar vil hevde at det nettopp er den kommunikative kompetansen som har vore seleksjonsmekanismen, at hjernen har evolvert som eit sosialt organ.⁴³ Den adaptive fleksibilitet ligg i at hjernen er biologisk programmert til å programmere seg sjølv. Ein del hevdar samstundes at hjernen primært fungerer narrativt, og dermed skulle det være bevist det vi alle veit: at alle kulturar skaper forteljingar. Kva slags forteljingar kan biologien likevel ikkje seie oss noko om. Eg kunne ha gjort lista lang av eksempel frå til dømes den rikhaldige litteraturen om placebo, fenomenet voodoo-død, psykososialt indusert dvergvekst – og ikkje minst anoreksi der ei kulturelt betinga lidning gjennom nedskruing av kroppslege funksjonar kan gi dødeleg utgang.

Nytale

Summen av dette, kunnskapsteoretisk utlagt, tilseier først og fremst at ein ikkje kan slutte frå ei beskriving av eit fenomen på eit biologisk nivå til eit kausalt og determinert forhold. At årsakspila kan gå andre vegen (enn det reduksjonistane hevdar) har no med entusiasme blitt omfamna av dei som praktiserer ikkje-biologiske behandlingsmetodar. Eit nytt språk er i ferd med å utvikle seg, eit språk som freistar å legitimere psykoterapi som hard science ved tilvising til nevrobiologi. Nye boktitlar som *The neuroscience of psychotherapy* (Louis Cozolino) og *A users Guide to the Brain* (John Ratey) er eksempel på denne trenden. *Paul Mohl*, leiar for psykoterapeutisk avdeling ved University of Texas, seier entusiastisk: *Psykoterapi er en biologisk behandling, som gjennom biologiske mekanismer virker på biologiske problemer. (...) Moderne utviklinger i den grunnleggende neurovitenskap er ved at afdække psykoterapiens underliggende medicinske natur.*⁴⁴ Når psykoterapi er verksam er det altså fordi den korrigerer signalstoffa. Tenkinga er i visse kretsar i ferd med å føre til ein ny psykoterapeutisk språkbruk, også når det gjeld parterapi. I artikkelen *Brain to brain* framstiller forfattern⁴⁵ terapeuten som ein slags nevralkiropraktor, «som foretar finjusteringer i samtalepartnerens usynkroniserte hjerne» (s. 42). Terapeuten si oppgave blir t.d. å hjelpe paret til å «...skru på hjernecellene som produserer intimitet» (s. 42). Målet er å gi dei reiskapar slik at dei kan «...skifte fra en hjernetilstand til en annen helt ved egen hjelp». I ein kasusanalyse for å illustrere psykoterapi som «Gjenopptrening av hjernen», peikar forfattern på at paret ikkje sjølv visste korleis dei skulle stimulere dei ulike emosjonelle kretsane (kretsar for einsemd og intimitet). For som han seier «Hvis de ønsker å redde ekteskapet så må jeg å lære dem hvordan de kan kople om i deres emosjonelle hjerner» (s. 44). Dessutan får vi vite at mange klientar blir letta når dei får vite at det ikkje er dei, men hjernane som gjer samlivet vanskeleg. Det er lett å forstå når ein intervensjon på mannen sitt raseri kan vere at han får opplyst at det skuldast dårleg kontakt mellom prefrontallappen og det limbiske systemet.

Tyding og mistyding

Eg har så langt prøvd å illustrere korleis biologi (nevrobiologi) er i ferd med å bli ein dominerande diskurs om psykiske problem av ulikt slag. Det er fleire problem med dette, og eg skal forsøke å peike på nokre. For det første handlar det om klassiske feilslutningar: at epistemologi (kart) blir utlagt som ontologi (terreng), og at delar av heilskapen (t.d. ei biologisk mekanisme) blir generalisert som heile heilskapen (den psykiske lidinga). I botnen for dette problemet ligg den gamle decartianske dualismen mellom kropp og sjel som har plaga vestleg tenking gjennom fleire hundreår. Det er ikkje uvanleg at biologiske orienterte psykiatrar med litt filosofiskulering viser til denne, og fortel oss at forskinga no viser at Descartes tok feil: sjela kan reduserast til

biologi. Dermed viser dei etter mitt syn at dei heng fast i den same dualismen, og impliserer ein substansdualisme. Dei prøver å kome seg ut av denne ved å fornekte den eine sida (det mentale) som ontologisk fenomen sidan dette ikkje kan vere noko anna enn det som kan gjerast greie for på eit substansielt nivå.

Mykje av denne forskinga er basert på korrelasjon mellom psykologiske variablar og biologiske variablar. Korrelasjon føreset at fenomenen ein studerer samvariasjonen til ontologisk sett er uavhengige av kvarandre. Men, kropp og sjel er samtidige fenomen i den tyding at alt som går føre seg i sjela nødvendigvis også må gå føre seg i kroppen (hjernen). Å gjere greie for ei oppleving (psykologisk nivå) ved å korrelere den med mekanismen som gjer opplevinga muleg (biologisk nivå) er eigentleg berre å erstatte ei beskriving med ei anna. Sannsynet for slike feilslutningar spring eksemplarisk ut av ei dominerande orientering i nevrofilosofi som gjerne omtalast som «eliminativ materialisme». Her har ein som ambisjon at vi skal kvitte oss med mentalistiske vokabular for tru, viljestyring, intensjon, emosjon og liknande fordi det føreset noko som ikkje er reelt. I staden treng vi eit vokabular som viser til harde fakta, for eksempel slike som gjeld nevrofysiologi og biokjemiske prosessar. Men, som filosofen Jon Hellesnes seier,⁴⁶ er dette ikkje spesielt vitenskapleg. Ein vitenskapleg påstand refererer til noko, for eksempel til nevrofysiologiske forhold. Men ein nevrofysiologisk prosess i hjernen refererer ikkje til noko, og den er like lite sann eller falsk som det som skjer i magen etter eit godt måltid. Om tenkinga om mennesket kan førast tilbake til det biologiske nivå inneber det at også teorien om dette berre er biologi, med mindre ein gjer unntak for seg sjølv. Oppleving av medvit og rasjonelle val blir illusorisk (sjølvreferansen). Å tilskrive hjernen psykologiske eigenskapar eller personkarakteristika har Bennet og Hacker⁴⁷ karakterisert som «the mereological fallacy», altså ei feilslutning om tilhøvet mellom heilskap og delar.

Biologisk kunnskap har sjølv sagt sin rettmessige plass, men heile tanken om å forstå seg sjølv som biologi er å misforstå seg sjølv. Biologi på dette viset er ikkje berre ein forfeila tanke, men også potensielt farleg. Det som gjer mennesket til menneske er berre *føreset* av vår biologi. Genetisk sett er vi 40-50 000 år gamle og designa til å overleve i naturen. Det spesielle for vår art er fristillinga til å skape oss sjølv, sjølv sagt innan biologiske grenser. Slik kan vi seie at mennesket er eit instinktsvakt og institusjonssterkt vesen. Vi er ikkje bore oppe av livet slik andre dyr er, men må sjølv føre det utan at der eksisterer noko oppskrift på korleis det skal gjerast. Mennesket er uferdig frå naturen, det blir slik det blir blant anna i kraft av den måten det sjølv definerer seg på. Og livsførsla skjer gjennom institusjonar og artifakt (kultur). Det å vere kunstig eller artifiisiell er naturleg for vår art, vi formar og omformer oss sjølve gjennom endringar av dei samanhengar vi til ei kvar tid eksisterer innanfor. Eit syn som vil seie noko konstituerande om mennesket

kjem ikkje utanom dette særeigne: vi oppfører oss intensjonalt, gjer val og har ulike grunnar for våre val. Men intensjonaliteten kan ikkje sporast i biologien – den gjeld mellom biologiar, altså mellom menneske. Å vere menneske er difor grunnleggjande sett å vere medmenneske. Hovudmangelen med den reduktive tilnærminga er at røyndomen berre blir oppfatta som objekt eller hendingar, ikkje som konkret menneskeleg verksemd, subjektivitet og praksis. Korkje gener eller signalstoff har intensjonalitet, difor kan dei heller ikkje vere moralske aktørar. Når ein t.d. byrjar å omtale genene som subjekt (jfr. Boktittelen *The selfish genes*) blir mennesket eit objekt, fråteken subjektivitet og dermed også ansvar. Alt blir hendingar, ikkje noko handlingar – det som har med grunnar, vilje, ønskjer og håp å gjere – med andre ord dei eigenskapar som konstituerer det menneskelege, forsvinn. Det problematiske og potensielt farlege i dette er at ein truar det som ein kvar sivilisasjon er avhengig av: å oppretthalde oppfatninga av mennesket som eit moralsk ansvarleg vesen som er forplikta overfor sin omgjevnad. Sivilisasjonen er eit tynt ferniss og reduserer ein mennesket til eit biologisk objekt legg ein til rette for ein sosialhygienisk totalkontroll over folks livsstil, grunngeve som vitskap.

Den store mistydinga

I høve til psykiske lidningar er den store mistydinga denne: I naturen og i biologien finst ikkje problem, avvik, sjukdomar, lidningar eller diagnosar. I biologien finst berre variasjon. Vår biologi kan vere med på mykje, men ikkje alt og ikkje utan kostnad – og kostnaden er ulikt fordelt. Men det er i vår *fortolking* av denne variasjonen i høve til individuelle og samfunnsmessige funksjonskrav at noko blir eit problem. Med andre ord: ikkje noko er avvikande med mindre nokon oppfattar noko som avvikande. La meg minne om at ingen psykiatridiagnosar vert gitt på bakgrunn av blodprøver eller andre biologiske markørar. Input til alle desse diagnosane er ei vurdering av atferd, kjensler og tankar. Når desse storleikane er i samsvar med den konsensus som psykiatrien sjølv har skapt, kan diagnose setjast. Men vurdering av atferd, tankar og kjensler er normative vurderingar, uansett stor eller liten konsensus. Det er avgrensingar vi berre kan gjere gjennom språket vi nyttar sidan det vi beskriv ikkje har objektkarakter. La vi prøve følgjande resonnement. Sett at vi har etablert stor konsensus innanfor eit fagfelt om eit knippe problematiske veremåtar som vi kallar X. Når mange fagfolk uavhengig av kvarandre kan gjenkjenne X, seier vi at reliabiliteten er høg. Fordi det er tale om veremåtar, er dette ei normativ avgrensing – ei avgrensing som høyrer kulturen til. Når X på dette viset er normativt avvikande i samfunnet vil det samstundes vere slik at det er statistisk avvikande i samfunnet. Når noko (som handlar om veremåtar) er statistisk avvikande i samfunnet, må det nødvendigvis også i prinsippet vere statistisk avvikande i hjernane til dei som

er inkludert i X (med mindre vi godtek ei substansdualisme). Men at noko er statistisk avvikande i hjerner, er ikkje det same som at det er *normativt* avvikande i hjerner, dvs. patologisk. Kva som er patologisk i hjernen kan berre avgjerast i høve til biologiske normer og ikkje i høve til sosiale normer. Trass i alle framstillingane av mentale lidingar som biologiske betinga, slik eg har vist, er det så langt ikkje påvist ei einaste psykisk lidning som speglar ein biologisk patologi. At dei speglar ein særskild biologisk variasjon er noko anna. Og det ville vere rart om så spesielle vere- og tenkjemåtar ein finn hos t.d. einskilde schizofrene ikkje samstundes var spegla i særskilde mønstre av hjerneaktivitetar.

Desse innvendingane tilseier sjølvsagt ikkje at biologi er uvesentleg, også som ein muleg del av etiologien. Problemet er at ein ikkje utan vidare kan gå frå eit sosialt og normativt nivå til eit biologisk nivå som om førstnemnte ikkje eksisterte. La vi erstatte X med ADHD for ei konkret drøfting. Input til denne diagnosen er vurdering av ulike former for adferd i relasjon til skule og heim, tolka som konsentrasjonsvanskar, hyperaktivitet og impulsivitet. Det er ingen testar som kan avgjere diagnosen, berre observasjon og tolking. Korkje «konsentrasjon», «hyperaktivitet» eller «impulsivitet» er fakta om verda lausreve frå ein sosial samanheng – ein er alltid konsentrert *om* noko, aktiv *i* noko eller impulsiv *i høve til* noko eller nokon. Dette er sosiale data, og ADHD-diagnosen er i utgangspunktet ein sosial diagnose. At atferda som inngår i diagnosen kan ha ulike grunnar og bakgrunnar, skal eg i denne omgangen la ligge – også at eventuelle nevrologiske problem som er involvert kan vere av ulikt slag.⁴⁸ I ADHD-diskursen er det no ein genetisk «svikt» som ser ut til å vere hovudforklaringa. Samanhengen mellom genar og atferd er eit komplekst interaksjonstilhøve som sjeldan kan leggst ut på ein slik enkel og kausal måte – og mykje av retorikken om slike samanhengar er vitskapleg sett overdrivne forenklingar.⁴⁹ Men generelt sett er det genar i det meste, og om vi for resonnementet si skuld godtek at det til fenotypen ADHD finst ein adhd-genotyp, blir spørsmålet kvifor denne fenotypen blir så tydelig som problem i dag? Kvar var den i eldre tider, og kvar er den i ikkje-vestlege kulturar? Genar opererer alltid *i* miljø, og det er ulike miljøutfordringar som triggar genetisk betinga reaksjonar. Difor kan vi framleis spørje kva det er med livskrava og oppvekstvilkåra til barn i den vestlege verda som gjer denne biologiske varianten synleg som eit problem? At ein sosial diagnose som ADHD kan knytast til genar gjer den difor ikkje til eit medisinsk problem eller peikar eintydning mot medisinske intervensjonar. I mange andre samanhengar vil vi tvert om vere opptekne av å korrigere dei aktuelle miljøfaktorane. Problemet med ADHD-retorikken er at den insisterer på ein medisinsk diskurs – ein diskurs som ikkje berre gjer ein blind for fokus på slike kontekstuelle tilhøve, men samstundes gjer det fagleg og politisk ukorrekt å stille spørsmål om dei. Følgjeleg blir også forskinga einsidig. Difor kan eg i denne samanhengen berre stikkordsmessig peike på eit sett av

samfunnsmessige og kulturelle endringar i etterkrigstida som høgst sannsynleg heng saman med både ADHD-problematikken og atferdsproblem generelt. Den overordna samanhengen er ei nedsmelting av ulike former for korrigerande fellesskap til fordel for individuell fridom og autonomi. Ikkje berre foreldreautoriteten har blitt demontert, men også vaksenverda som ein tydeleg og solidarisk korrigerande vegg i sosialiseringa. Utan ytre veggar vil mange ha problem med å etablere indre veggar. Vaksne grip sjeldnare korrigerande inn overfor andre barn, knapt nok sine egne. Ytre disiplinering er heller ikkje normativt lenger: forventningane om sjølvkontroll har auka både i arbeidsliv og skule. Dette profitterer dei sosialt kompetente på. Dei sekundære sosialiseringarenaane som barnehage og skule har blitt feminisert, der er knapt mannfolk igjen i desse institusjonane. Truleg har eit vedvarande fokus på problematiske maskuline væremåtar også svekka viktige positive maskuline verdiar og fremjing av desse i sosialiseringa. Vi har fått lenger skulegang – og ein skulegang som har blitt meir teoretisk og mindre motorisk. Dei pedagogiske strukturane har blitt lausare og føreset meir indre disiplinering. Ein skal kunne arbeide utan truslar om sanksjonar eller overvaking. Arenaane for fysisk utfolding og eksperimentering i dagleglivet har blitt mindre frie, meir vaksenstyrte, tilrettelagde og risikovurderte. Erfaring av grenser blir vanskelegare når ein sjeldnare får møte dei. Sosial og geografisk mobilitet har gjort relasjonane mellom folk meir skiftande, kortvarige og ustabile – og ei kommersielle og hyperaktiv elektronisk tid skaper støy og krav om merksemd som kan forvirre dei fleste. Om ikkje disiplineringa er andre stadar, er den i marknaden: den vellukka karakteren i den nyliberale ideologien er konsumenten som er fleksibel, endringsvillig og omsetteleg.

Ideologiske føringar

Det er påfallande at drøftingar av slike perspektiv omtrent er fråverande - ikkje berre når det gjeld ADHD, men i det meste som den nye psykiatrien steller med. Mens livskrava ser ut til både å bli skjerpa og endra på mange vis i vår tid, svarar psykiatrien på dette ved å utvikle stadig fleire diagnosar (auke på 300% i DSM sidan 1960) som kan fange opp dei individuelle konsekvensane av dette. Samfunnsmessige og kulturelle endringar blir usynleggjort i ein medikalisert diagnostisk diskurs om individuell patologi. Spesielt har depresjon og personlegdomsforstyrningar auka, samt ulike former for spiseforstyrningar og sjølvskading. Det er ille nok at psykologien bidreg til å kamuflere kulturelle feil som biografiske og individuelle feil – langt verre blir det når slike også blir utlagt som biologiske feil. Vi har den biologien vi har. Språket i den biomedisinske psykiatrien seier implisitt at denne biologien ikkje er bra nok – og så sant vi finn metodar bør vi gripe

korrigierende inn og forbetre den. Ein slik tanke gjer at eugenikk ikkje lenger berre er eit skjellsord om fortida.

Makt og interesser

Så til spørsmålet: kvifor blir biologisk kunnskap, spesielt i psykiatrien, no utlagt og tolka slik eg har gjort greie for? Kva er motivasjons- og seleksjonsmekanismane? Eg har to hypotesar om dette. Den første er overordna den andre og handlar om lange røter i den vestlege epistemologien. Den andre handlar om makt, både økonomisk makt og legitimeringsmakt. Kort om begge. Teoretiske utsegner vil alltid vere uttrykk innan ein «teori» om teorian, og slike teorian er ikkje produkt av ein nøytral og objektiv vitskap, men spring ut av sjølve samfunnsformaasjonen som historisk prosess. I det vestlege epistemet har ein ureflektert lagt til grunn at ein kan forbetre «det menneskelege» ved å objektivisere framtreddingsmåttane slik at prediksjon og kontroll blir muleg. Kunnskap som gir von om instrumentelle og teknologiske løysingar blir difor verdsett og gitt status som objektiv vitskap, mens kritisk kunnskap blir oversett så lenge den set grenser for slike ambisjonar. Difor ser det ut til at samanblandinga av deskriptive og normative framstillingar framleis har gode vilkår. Når det gjeld (mis)bruk av biologisk kunnskap har dette, som det historiske bakteppet omtalar, lange tradisjonar. Og tradisjonen lever vidare i den nye psykiatrien, og den lever truleg godt også fordi vår vitskapstradisjon, slik t.d. tenkjarar som Anthony Wilden⁵⁰ og Gregory Bateson⁵¹ har gjort greie for, lid av økologisk ignoranse eller mangel på kontekstuelle omgrep og modellar. Reduktive og monokausale forklaringar «sel betre» i høve til vitskapen sine eigne normer. Og dagens kulturelle situasjon er truleg slik at det rår eit sterkt behov for enkle løysingar på komplekse problem. Heilskapen har blitt så kompleks at den nærmast spottar ideen om ein samlande refleksjon. I ei kompleks verd speglar biologiske forklaringar eit ønske om reine og enkle liner og grenser. Slik er den også ein diskurs som passar i ei avpolitisert tid der det meste blir tilbakeført til ein individualiserande diskurs. Margaret Thatcher's mantra «there are no such thing as a society» har blitt ein sjølvoppfylt profeti i nyliberalismen – ein dominerande ideologi i vår tid som har effektivitet som sin høgste verdi. Slik aukar etterspørselen etter enkle teorian, også dei som gir von om å skape «effektive menneske».

I ein slik samfunnsmessig situasjon vil det oppstå konkurranse mellom aktørar som kan selje løysingar – og då er vi ved den andre hypotesen. På vårt felt er t.d. psykofarmakaindustrien ein slik aktør. Den er mektig, har store økonomiske ressursar, og har naturlegvis sine forretningsmessige interesser i å utvikle ein biologisk diskurs på området psykiske lidningar. Det gjer dei aktivt og nærast propagandistisk, dokumentert av fleire.⁵² Men profesjonane er også aktørar på marknaden «mental helse». Dei konkurrerer m.a.

om status, posisjon og hegemoni – og i det stykket er legitimering i form av vitenskap avgjerande.

Når det gjeld dette spørsmålet har eg referert til vendinga i psykiatrien kring 1980 i USA og behovet for relegitimering i eit medisinsk paradigme. No treng ein ikkje gå dit for å underbygge dette empirisk. I ein artikkel i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* tek to leiande norske psykiatrar for seg den problematiske situasjonen at det er så mange profesjonar og så mange ulike kunnskapssyn i psykisk helsevern. Korleis skal ein kunne bli tatt på alvor av samfunn og styresmakter med eit slit rot, spør dei. Deira svar er at det må ryddast opp: «*Psykiatri har over lang tid lidd under mangelen på et enhetlig forklaringsparadigme. Vi mener at tiden er inne til å hevde nevrobiologi som grunnlag for alle psykiatriske forståelsesmodeller*». ⁵³ Det oppsiktsvekkjande er at hovudargumentasjonen ikkje er vitenskapleg, men profesjonspolitisk. Legitimeringsbehovet er så framtrudande at ein utan vidare feiar vitenskapleg argumentasjon til sides. Omtrent slik ein i fjerne tider heldt kyrkjemøte, inviterer desse til å «vedta» eit paradigme som kan styrke psykiatriprofesjonen sitt behov for legitimitet overfor resten av medisinen, overfor styresmaktene, politikarar og helsebyråkratar – og distanserer seg frå alle andre obskure fagfolk som no blandar seg opp i psykisk helsevern. Min konklusjon er at det psykiatrien steller med er alt for viktig til å overlata til denne profesjonen åleine – og at kritisk og uavhengig forskning på utsida av desse interessene er viktigare enn nokon sinne. Kanskje burde det også handle meir om kva vi brukar våre hjernar til.

NOTER

- 1) Steven Rose, «Introduction: the new brain sciences», i: D. Rees and S. Rose, *The new brain sciences – Perils and prospects*. Cambridge University Press, Cambridge 2004, s. 1-3.
- 2) Tor-Johan Ekeland, «Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs», *Fokus på Familien*, bind 29, 2001, s. 308-323.
- 3) R.V. Guthrie, *Even the rat was white. A historical view of psychology*, Allyn and Bacon, Boston 1998.
- 4) J.R. Kyllingstad, *Kortskaller og langskaller: fysisk antropologi i Norge og striden om det nordiske herremennesket*, Scand. Academic Press, Oslo 2004.
- 5) Guthrie, *Even the rat was white*, op.cit.
- 6) C.D. Dennet, *Darwin's Dangerous Idea*, Penguin Books Ltd, London 1995.
- 7) Se til dømes M. Angell, *The truth about the drug companies*, Random House, New York 2005. J. Cornwell, «The Prozac story», i: D. Rees og S. Rose, *The new brain science*, Cambridge University Press, Cambridge 2004. D. Healy, «Psychopharmacology at the interface between the market and the new biology», i: D. Rees og S. Rose, *The new brain sciences. Perils and prospects*, Cambridge University Press, Cambridge 2004. R. Whitaker, *Mad in America*. Basic Books, New York 2002. P.R. Breggin, *Toxic psychiatry: drugs and*

- electroconvulsive therapy: the truth and the better alternatives*, HarperCollins Publishers, London 1993.
- 8) R. Lewontin, *It ain't necessarily so. The dream of the human genome and other illusions*, Granta Books, London 2000.
 - 9) A.R. Jensen, «How much can we boost IQ and scholastic achievement?», bd. 33, 1969, s. 1-123.
 - 10) R.J. Herrnstein, and C. Murray, *The Bell Curve: the reshaping of American life by difference in intelligence*, Free Press, New York 1994.
 - 11) J.G. Gould, *The mismeasure of man*, Norton&Company, New York 1996.
 - 12) R. Bentall, *Why there will never be a convincing theory of schizophrenia. From brains to consciousness*, Penguin Books, London 1999, s. 110.
 - 13) Se D. McLellan, *Ideology*, Open University Press, Milton Keynes 1986.
 - 14) Se til dømes W.R. Shadish and S. Fuller, *The social psychology of science*, The Guilford Press, New York 1994.
 - 15) P. Berger, og T. Luckmann, *The Social Construction of Reality*, Allan Lane, London 1966.
 - 16) M. Augoustinos, og I. Walker, *Social cognition. An integrated introduction*, Sage, London 1995.
 - 17) S. Moscovici, «The phenomenon of social representation», I R. M. Farr and S. Moscovici, *Social representations*, Cambridge Univ. Press, Cambr.1984, s. 1-32
 - 18) J. Hellesnes, *Maska bak andletet: om veremåtar, ideologi og filosofisk antropologi*, Det norske samlaget, Oslo 2002.
 - 19) E. Kringlen, *Psykiatriens samtidshistorie*, Universitetsforlaget, Oslo 2001.
 - 20) S.A. Kirk, og H. Kutchins, *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*, Aldine de Gruyter, New York 1992.
 - 21) Sjø R.P. Bentall, *Madness explained. Psychosis and human nature*, Penguin Books, London 2003
 - 22) *Bergens Tidende* 23/10 2002
 - 23) Sjø t.d. *Crime Times*, 2001, vol. 7, no. 4.
 - 24) I brosjyre frå medisinfirmaet Alza Corporation
 - 25) R.A. Barkley, et. al, «International consensus statement on ADHD», *Clinical Child and Family Psychology Review*, bind 5, nr. 2, 2002, s. 89-111.
 - 26) *ibid.* s. 90.
 - 27) T. Sagvolden, og P. Zeiner (2006), Fakta om ADHD *Aftenposten*, 28.02.06.
 - 28) HealthGuide (1998), «Schizophrenia: Illness of the brain», *HealthGuide Online!* <http://www.healthguide.com/schiz/illness.html>
 - 29) Eli Lilly and Company, «Facts about Prozac» *Leaflet* No. 60-FL-2260-0, 1995.
 - 30) Staff, «The legend and the fall», *Men's Health*, June, 1997, s. 42.
 - 31) J. Seidel, *Empirical evidence disconfirms the biopsychiatric ontology of mental disorders*. Doctoral thesis, University of Denver, Denver 1999.
 - 32) J.M. Nash, «Addicted», *Time*, May 5, 1997, pp. 68-76.
 - 33) M.M. Faenza, og A. Guida, «Mental health parity is moving forward! NMHA advocates parity measures that serve all people with mental disorders», *The Bell: The Newsletter of the National Mental Health Association*, bind 2, nr. 1, 1996, <http://www.nmha.org/the.bell/v2.1/bell6.html>

- 34) Crim & Fitzpatrick, www.aamft.org
- 35) Sjø E.S. Valenstein, *Hjernen som syndebruk*, Hans Reitzels Forlag, Kbhvn, 2002.
- 36) Sjø Valenstein, op. cit., og Whitaker, op. cit.
- 37) F. Plum, «Neuropathological findings – Prospects for research on Schizophrenia», *Neuroscience Progr. research bulletin*, bd. 10, 1972, s. 384-8.
- 38) Cornwell, *The Prozac Story*, op.cit.
- 39) M. Asberg, L. Träsberg, et al., «5-HIAA in the cerebrospinal fluid: Abiochemical suicide predictor?» *Archives of General Psychiatry*, bind 33, 1976, s. 1193-97.
- 40) Valenstein, op.cit., s. 163.
- 41) M. Breedlove, «Sex on the brain.» *Nature*, bind 23 (oktober), 1997.
- 42) W.T. Greenough, J. E. Black og C.S. Wallace. «Experience and brain development», *Child Development*, bd. 58, 1987, s. 539-59.
- 43) N. Humphrey, *A history of the mind*, Chatto and Windus, N.Y. 1992.
- 44) I Valenstein, op.cit., s. 196,
- 45) B. Atkinson, «Brain to brain», *Psychotherapy Networker* (sept/okt), 2002.
- 46) Hellesnes, op.cit.
- 47) M.R. Bennet, og P. M. S. Hacker, *Philosophical foundations of neuroscience*, Blackwell, Oxford 2003.
- 48) R.H. Wright, «Attention Deficit Hyperactivity Disorder: What it is and what it is not», i: R. H. Wright og N. A. Cummings, *Destructive trends in mental health. The well-intended path to harm*, Routledge, New York 2005, s. 129-143.
- 49) Sjø J. Joseph, *The gene illusion. Genetic research in psychiatry and psychology under the microscope*, Algora, New York 2004. Og Lewontin, op.cit.
- 50) A. Wilden, *System and structure. Essays in communication and exchange*, Tavistock Publications, London 1972.
- 51) G. Bateson, *Mind and Nature: A necessary Unity*. Dutton, N.Y. 1979.
- 52) Angell, op.cit. og Whithaker, op.cit.
- 53) P.A. Ringen, og A. A. Dahl, «Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?», *Tidsskrift Norske lægeforening*, bd. 122, 2002, s. 2024-2027.

David Ingleby

OPPRINNELSEN TIL DEN KRITISKE PSYKIATRIEN

Hva er kritisk psykiatri?

Med «kritisk psykiatri» forstår jeg simpelthen det som ligger i dens navn; aktiviteter som omhandler psykiatri fra et kritisk synspunkt. Betegnelsen viser ikke til en enhetlig og homogen teoribygning med klare intellektuelle opphavsrettigheter. I 1960- og 1970-åra blomstret den kritiske psykiatrien og utviklet en rekke synspunkter. Den hadde selvfølgelig røtter tilbake til tidligere perioder, til det 19. og begynnelsen av det 20. århundre. Den mest innflytelsesrike tidlige representanten var kanskje Clifford Beers med boka *A Mind That Found Itself* (1908).¹ Desuten later det til at den kritiske psykiatrien igjen har vært på frammarsj det siste årtiet, selv om det fortsatt er vanskelig å vurdere hvor stor innflytelse den vil få.

Den kritiske psykiatribevegelsen som startet i 1960-åra vokste kraftig, men avtok like raskt i løpet av 1970-åra. I 1980 redigerte jeg en bok om den.² Beklageligvis brukte jeg selv, forfatterne og forlaget så lang tid på å bli ferdige at bevegelsen allerede hadde skrumpet inn da boka ble utgitt. Heldigvis ble boka gjenutgitt i 2004.³ Her vil jeg forsøke å plassere den kritiske psykiatriske bevegelsen i dens kontekst og beskrive dens opprinnelse og den arven den etterlot.

R.D. Laings posisjon

Det er ikke mulig å komme utenom Laing i en diskusjon av den kritiske psykiatriske bevegelsen, i hvertfall i Storbritannia. Imidlertid brukte han så vidt jeg kjenner til ikke selv betegnelsen «kritisk psykiatri». (Laing tok klart avstand fra betegnelsen «anti-psykiatri», selv om mange fortsatt kleber denne merkelappen på den bevegelsen som han var en del av.)

Laings hurtige oppstigning til berømmelse ble etterfulgt av et like dramatisk tap av ære. Han fikk alkoholproblemer og ble fjernet fra lege-registret. Tittelen på en film som ble laget om han mot slutten av hans liv oppsummerer hans skjebne: *Did you used to be R.D. Laing?* Fra 1980-åra var Laings arbeide blitt fulstendig avskrevet av det psykiatriske etablissementet. Han ble overhodet ikke nevnt i lærebøkene. (Man minnes Stalins retusjering av kolleger han var blitt misfornøyd med fra gruppebilder.) I de siste åra har det imidlertid vært en regelrett Laing-renessanse med en lang rekke av bøker og artikler.⁴ Det er til og med blitt opprettet en forening for Laingstudier med en svært informativ hjemmeside.⁵ Oppmerksomheten er vel fortjent, og det er på høy tid at den kommer.

Laings betydning for den kritiske bevegelsen var en følge av hans store intellektuelle appetitt og evne til å komme fram med de rette begrepene til rett tid, det var ihvertfall sånn det fortonte seg da. Dette betyr ikke at han manglet originalitet: Han hadde simpelthen en enestående evne til å kommunisere sine egne og andre menneskers ideer, og å anvende disse ideene på nye og originale måter. Med hans voksende berømmelse forsvant imidlertid de intellektuelle kildene ut av syne, og han ble i stigende grad framstilt som en ensom pioner, både av seg selv og av andre.

Den kritiske psykiatriens program i 1960- og 1970-åra

I denne perioden rettet den kritiske psykiatrien sitt angrep mot den kliniske psykiatrien, særlig Kraepelins versjon⁶. De sentrale kritikkpunktene er velkjente, og kan oppsummeres på følgende vis:

- Bevegelsen forkastet kategoriseringen av psykiske lidelser som sykdommer og argumenterte for at det ikke fantes noe vitenskapelig grunnlag for en slik antagelse.
- Den betraktet den kliniske psykiatriens metoder for å samle inn data som umenneskelige og ensidige. Kliniske presentasjoner var groteske «degraderingsseremonier»; Kraepelins diagnostiserende terminologi var en «fornedrelesretorikk».
- Denne kritikken gikk sammen med en særlig historisk fortolkning av psykiatrien som var inspirert av Foucaults *Galskapens historie i fornuftens tidsalder* (1961). Middelalderen var preget av en pågående «dialog med ufornuften». Ettersom det europeiske samfunnet i stigende grad ble allergisk mot det ikke-rasjonelle opphørte denne dialogen. Isteden kom innesperringer, som framfor alt var en form for sosial utelukkelse (ute av syn, ute av sinn).
- Pinel⁷ var ikke en opplyst revolusjonær, og den medisinske modellen av galskap var ikke et humanitært gjennombrudd. Det handlet i stedet om en ny måte å utdrive ufornuften på.

Alternativene som Laing og hans kolleger satte opp er også velkjente:

- Psykiatriske kategorier er *etiketter* for uakseptable former for adferd.
- «Psykopatologier» kan betraktes som logiske menneskelige reaksjoner på bestemte situasjoner.
- Vi bør bruke hermeneutiske metoder for å lære mennesker å kjenne; ved å lytte til dem og oppfatte dem som aktører med egne synspunkter kan vi forstå deres atferd. I dag er det vanskelig å forstå at dette var en revolusjonær målsetning innen datidas britiske psykiatri. Oxford-behaviouristen B.A. Farrel beklagde seg over at Laing lot til å være forelsket i sine pasienter. Implikasjonen var at bare en som var blind av kjærlighet kunne finne på noe så tåpelig som å vise respekt eller varme følelser overfor en schizofren! I *Critical Psychiatry* argumenterte jeg for

at det grunnleggende spørsmålet var hvordan forståelse dannes. Siden opplysningstida har to store tradisjoner eksistert side om side i europeisk tenkning, en positivistisk og en fortolkende retning. Den første av disse retningene betraktet mennesker som objekter, den andre så dem som subjekter, den første la vekt på prosesser, den andre på praksiser. Den kritiske psykiatrien argumenterte for et paradigmeskifte: Vi skulle forstå mentale pasienter som subjekter, forsøke å forstå deres praksis og søke menneskelig fornuft bak deres handlinger og følelser. Jeg kalte dette for en «normaliserende» tilnærming.

- Kampen mot den klassiske psykiatrien inngikk i en bredere kamp mot autoritære og undertrykkende former for makt. Disse maktforholdene hvilte på uproblematiskerte forutsetninger som ble beskyttet og opprettholdt av «den sunne fornuft». De som hadde «mistet virkelighetskontakten» hadde kanskje oppdaget usunne trekk ved denne fornuften.

Hvordan oppsto den kritiske psykiatriens forståelse?

Den mentalhygieniske bevegelsen

Selv om det kanskje ikke virker opplagt, tror jeg den viktige faktoren bak utbredelsen av disse ideene var den mentalhygieniske bevegelsen. Denne reformbevegelsen som oppsto i begynnelsen av det 20. århundret hadde som målsetting å rette opp svakhetene ved den klassiske kliniske psykiatrien. Den argumenterte for det første for at sinnslidelser skulle forstås ut fra et kontinuum (i tråd med freudiansk teori) i stedet for å oppfattes rigidt og dikotomisk ut fra et skille mellom «dem» og «oss». For det andre anså den sosiale forhold som viktige årsaker til psykiske lidelser og sammenbrudd. For det tredje betonte den at den psykisk syke skulle behandles humant og med respekt.

Bevegelsen la grunnlaget for kritisk psykiatri, men det er selvfølgelig absurd å sette likhetstegn mellom de to. For mentalhygienikerne var sinnslidelser sykdommer, ikke merkelapper som brukes for å marginalisere folk. De anså ikke psykiske lidelser som rimelige reaksjoner på bestemte situasjoner. For mentalhygienikerne kunne ikke psykiske lidelser fullt ut forklares med sosiale årsaker, individuelle predisposisjoner var minst like viktige.

Likevel var den mentalhygieniske bevegelsen en av drivkreftene bak forvandlingen av det psykiske helsevernet i det 20. århundret, og ga et viktig bidrag til framveksten av ambulante og polikliniske tjenester.⁸ Psykoterapi, heller enn medisinsk behandling var modellen for disse intervensjonene. Denne utvidelsen av det mentalhygieniske paradigmet gjorde det mulig å utvikle sosiale teorier om sinnslidelser og ikke-medisinske former for psykoanalyse. Disse nydannelsene ble først for alvor satt ut i live etter Den andre verdenskrigen da en rekke nye fagdisipliner ble opptatt av spørsmål vedrørende psykisk helse. Mange nye tilnærminger ble fremmet, deriblant fortolk-

ende og sosiologiske. I 1960-åra hadde den klassiske kliniske psykiatrien derfor allerede blitt trengt i bakgrunnen.

Hermeneutikk og fenomenologi

Fra Freud og utover hadde terapeuter lyttet til pasientene sine og fortolket det de sa, men dette var primært forbeholdt nevrotiske pasienter fra overklassen. Laing var utdannet som psykoanalytiker innenfor den temmelig eklektiske britiske tradisjonen, men han gikk snart sine egne veier. Han utvidet den psykoanalytiske fortolkningen til marginaliserte psykotikere som utgjorde klientellet på psykiatriske sykehus. Freud hadde ansett dette for å være fåfengt, men med Melanie Kleins⁹ tilnærming ble det teoretisk mulig. (I følge Melanie Klein, er det en grunnleggende menneskelig disposisjon å betrakte sine omgivelser fra et paranoid-schizoidt perspektiv.)

Fenomenologien var imidlertid en viktigere inspirasjonskilde for Laing. Han var en ivrig leser av kontinental filosofer som Merleau-Ponty, Binswanger og Jaspers. Med støtte fra vennen Joe Schorstein oppdaget han at det i den store verden var en rekke folk som diskuterte «menneskelig erfaring» og «intensjonalitet». Laing holdt på å reise ut for å studere under Karl Jaspers i 1950-åra, men arbeidsgiveren (den britiske hæren) satte en stopper for disse planene.

Det intellektuelle klimaet i etterkrigstidas britiske etablissement var grunnleggende provinsielt og ukultivert, dette gjaldt særlig for psykiatrien. Da jeg studerte filosofi på Cambridge i 1960-åra ble studentene fortalt at kontinental filosofi var tankespinn som de trygt kunne overse. I Nederland appellerte den kritiske psykiatrien derimot til utøverne siden det psykiatriske etablissementet delvis hadde konvertert til saken. Sosial psykiatri og fenomenologiske tilnærminger – de myke sidene ved den tyske psykiatrien – hadde allerede fått et sterkt fotfeste innen det psykiatriske etablissementet (Abma & Weijers, 2005).¹⁰ Dette var en viktig grunn til at den kritiske psykiatrien var en mere vellykket bevegelse i Nederland enn Storbritannia.¹¹

Sosiologi

Den kritiske psykiatrien var også inspirert av amerikans sosiologi. Med utgangspunkt i Talcott Parsons hadde amerikanske sosiologer fra 1950-åra og utover oppdaget emner som sykdom, helse og medisinsk makt. Det meste av forskningen tok utgangspunkt i et hermeneutisk paradigme og anvendte symbolsk interaksjonisme eller etnometodologi. I sær Erwin Goffmans arbeide var et framtrædende og innflytelsesrikt eksempel. Amerikanske familierapeuter introduserte også systemteori og en «pragmatisk» tilgang til kommunikasjon. Alle disse tilnærmingene trakk på elementer av europeisk humanvitenskap som hadde blitt eksportert over Atlanterhavet til Den nye verden i det 19. århundret.

Generelle samfunnsendringer: Det ideologiske klimaet

Den viktigste drivkraften den for kritiske psykiatrien var imidlertid ikke noen bestemt teori, men en felles, utbredt stemning. 1960-åra var preget av store sosiale endringer i de vestlige landene. Tradisjonelle institusjoner som tidligere var blitt tatt for gitt ble utfordret, etablerte autoriteter ble foraktet og gamle sannheter vendt opp ned. Nesten alle ble på et eller annet vis påvirket av dette opprørsklimaet.

Den kritiske psykiatrien føyde sin stemme til protestbevegelsen ved å framstille klassisk psykiatri som en slags politistyrke som håndhevet uskreve regler og forvaltet sanksjoner uten dommer eller jury. Psykiatrien ble derfor primært ansett som et sosialt kontrollredskap. Psykiatrien reduserte avvikende erfaringer og handlinger til patologier. Dens «tingliggjørende» bruk av det positivistiske paradigmet bidro til å avmektiggjøre og ugyldiggjøre individer.

Et kjernebegrep i 1960-åra var «frigjøring» og den kritisk psykiatrien hadde som mål å frigjøre psykiatriske pasienter ved å gjenetablere deres humanitet. Den framhevet også behovet for å frigjøre «normale mennesker», ikke bare fra ytre undertrykkelse, men også fra en indre fremmedgjøring i forhold til deres egne følelser, tanker og virkelighetsoppfatninger.

Begrepet pasientrettigheter hadde også vært viktig for den mentalhygieniske bevegelsen, og menneskerettighetsargumentasjon ble ofte brukt i 60-åra mot den sosiale utstøtelsen av de psykisk syke. Det var en bølge av rettssaker mot innesperringer, særlig i USA. Kanskje var dette i siste instans en følge av utbredelsen av psykisk helsepleie til høyere sosiale lag. Det gjorde at institusjonspsykiatrien som var blitt utviklet for sosialt utstøtte grupper ikke lenger var akseptabel for middelklassen. Clifford Beers var tross alt utdannet på Yale og sønn av en rik familie.

Jeg har forsøkt å gi en kort skisse av den kritiske psykiatriens hovedideer og opphavet til disse ideene. Ideene ble tatt svært alvorlig av en stor gruppe mennesker innen psykisk helsevern. Det er viktig at det var tale om «psykisk helse» og ikke simpelthen psykiatri. Det handlet i stor grad om en maktkamp innen den psykiske helsesektoren. Fra 1950-åra hadde ambulante og polikliniske tjenestetilbud økt kraftig i omfang. Den kliniske psykiatrien mistet sitt tidligere monopol på psykisk helsepleie. Andre disipliner trengte på for å få sin del. Den ødeleggende kritikken fra den kritiske psykiatrien var søt musikk for rivalene til institusjonspsykiatrien.

Kritisk psykiatri var et verdensomspennende fenomen og i boka mi forsøkte jeg å vise de forskjellige måtene den utviklet seg på mellom land. Utvalget inkluderte italiensk «demokratisk psykiatri», amerikanske sosio-logiske tilnærminger og «radikal psykiatri» samt den særskilte franske tilnærmingen som kombinerte Foucault, Lacan, Deleuze og Guattari. I Storbritannia hadde den terapeutiske samfunnsbevegelsen vist at det var

andre ting man kunne gjøre på en psykisk helseinstitusjon enn å forvandle mennesker til zombier.

Nedgang og fall

Som før nevnt, så hadde den kritiske psykiatrien i Storbritannia skrumpet inn som bevegelse rundt 1980. Hva var det som gikk galt?

I 1970-åra hadde allerede betydningsfulle personer i bevegelsen oppgitt forsøket på å påvirke den psykiske helsepolitikken. Da jeg første gang møtte Laing i 1964 fikk jeg inntrykk av at han ønsket å bli tatt på alvor av det britiske psykiatriske etablissementet. Jeg tror det var en enorm skuffelse for ham at ideene ble behandlet uforstående, respektløst og med forakt. Etter noen år forlot han yrket sitt og oppdaget et nytt kall. Eller snarere var det det samme kallet han hadde fulgt tidligere som nå ble overført til en global arena – kampen mot fremmedgjøring fra seg selv og mot den sosiale ekskluderingen av dem som våget å være annerledes.

Den kritiske psykiatrien utviklet stadig mere ekstreme standpunkter opp i gjennom 1970-åra, og fjernet seg fra den dominerende progressive opinionen innen psykisk helsevern. Som Colin Jones skriver «konstruerte den et sterkt fiendebilde av sine oppponenter».¹² Dens ekstreme budskap fordrev de moderate. Laing og hans allierte var ikke interessert i å etablere en bred front for psykisk helsereform. Bevegelsen ble splittet opp i revolusjonære, moderate og mystikere, mulighetene for en bred allianse ble forspilt. Dette var svært forskjellig fra situasjonen i Italia hvor Basaglias «demokratiske psykiatri» skapte en mektig koalisjon av leger, sykepleiere, skribenter, kunstnere og politikere.

Den kritiske psykiatriens begrensninger

I etterpåklokskapens klare lys tror jeg det er mulig å forstå hvordan kritisk psykiatri generelt og Laing spesielt mislyktes i å legge fram en effektiv analyse av problemene.

Psykiatri i stedet for mental helse

Den kritiske psykiatrien angrep en reduksjonistisk, organisk tilnærming som satte opp vanntette skott mellom «dem» og «oss». Diagnosemetoder og behandling ble betraktet som *overgrep*. Men dette var et slag som den mentalhygieniske bevegelsen allerede hadde utkjempet og langt på vei vunnet. Som vi har sett var institusjonspsykiatrien allerede på retrett.

Moderne psykisk helsevern handler om mye mer enn institusjonspsykiatri og inkluderer en rekke sektorer, disipliner og paradigmer. «Kontinuitets-tilnærmingen» til psykiske lidelser har blitt den nye ortodoksien. Her må kritikken settes inn, for «kontinuitetstilnærmingen» har vist seg å være en trojansk hest. Det autoritative verket *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders (DSM) begrenser seg ikke lenger til teoretiske årsaker til sykdom, begrepet «patologi» kan utvides til å dekke enhver tenkelig menneskelig aktivitet. Du trenger ikke å være videre gal for å «ha behov for behandling». For tida pågår det en hard kamp mellom «ekspansjonister» og «konservative» om hvorvidt såkalte «milde forstyrrelser» skal inkluderes i den neste utgaven av DSM.

Det handler ikke så mye om sosial kontrol som sosialt *management*. Begrepet «overgrep» er ikke lenger dekkende siden behandlingen vanligvis er frivillig. I sine senere arbeider utviklet Foucault et viktig skille mellom «repressiv» og «produktiv» makt. Det meste av det psykiske helsevernet faller i den siste kategorien. Produktiv makt skaper sin egen virkelighet. En befolkning vil med stor iver internalisere psykiatriske termer og disiplinere seg selv. Kritikken av psykisk helse trenger derfor et bredere fokus og nye teoretiske redskaper.

Overdrevne påstander

Den kritiske psykiatrien overtok den klassiske psykiatriens beklagelige hang til monokausale forklaringer. Schizofreni måtte enten ha biologiske eller sosiale årsaker, begge forhold kunne ikke virke inn. Dette førte til en form for sosial reduksjonisme og vidtrekkende påstander som lett kunne tilbakevises.

Fokus på schizofreni

Den kritiske psykiatriens orientering mot institusjonspsykiatri medførte forståelig nok at den la sterk vekt på schizofreni. Imidlertid er det svært vanskelig å gjøre schizofreni forståelig i hverdagstermer og å sette den i forbindelse med sosiale forhold. Det er mye lettere å vise at for eksempel depresjoner og angst henger sammen med forhold som fattigdom, arbeidsløshet, urbanisering og sosial ekskludering.

Den nye middelalder

Den sosiale forståelsen av psykisk helse stagnerte etter 1970-åra. Overalt var de sosiologiske forståelsene på retrett, mens de mere ekstreme påstandene til den kritiske psykiatrien ble diskreditert. I Storbritannia har sporene etter den kritiske psykiatriske bevegelsen nærmest blitt utslettet. Innen psykisk helsevern har makten gradvis vendt tilbake til psykiatrien.

Disse forandringene fant sted innenfor rammene av en pågående statsfinansiell krise. Etterspørselen etter psykiske helsetjenester økte, mens oljekrisa i 1973/74 startet en resesjon i de vestlige økonomiene. Fra slutten av 1970-åra innledet Margareth Thatcher en nyliberal økonomisk politikk i Storbritannia med kraftige reduksjoner i helse- og sosialbudsjettene.

Helse- og sosialsektoren gikk nå inn i en ny periode med «management-omsorg» som ble sterkt mislikt av såvel behandlere som pasienter. Denne nye

kloningen av postivism og bedriftsøkonomisk ledelse skapte noen merkelige allianser av motstandere. Managementomsorgen angrep behandlerprofesjonens autonomi uansett om behandleren var en fenomenolog eller en hjernekirurg.

I den samme perioden fikk den tidligere så utskjelte organiske psykiatrien et come-back, og dens prestisje økte voldsomt. 1990-åra var «hjernenes tiår». Psykiatrien inngikk i en allianse med legemiddelindustrien og oppdaget et enormt marked. David Healys beskrivelse av denne utviklingen er bare en mild overdrivelse: «Både psykiatrien og antipsykiatrien er blitt utradert og erstattet med en ny a/s-psykiatri.»¹³ I kombinasjon med managementomsorgen har dette fullstendig endret landskapet for psykisk helsepleie og skapt en ny dagsorden for kritikere.

Et lysglimt i enden av tunnelen

Historien viser at den psykiske helsepolitikken følger en pendelbevegelse. De følgende observasjonene tyder på at pendelen nå er i ferd med å svinge tilbake.

Reaksjoner mot medisinsk behandling

Medisinsk behandling av avvik og psykisk ubehag ser ut til å ha løpt løpsk. Det er ikke nødvendig med en diagnostisert sykdom som grunnlag for medisinerer. Alt som avviker litt fra normen er potensielt behandlingsgrunnlag. I 2002 ble det satt av et helt nummer av *British Medical Journal* (BMJ) (13. april) til å drøfte dette problemet. Reaksjonen mot en overdreven orientering mot medisinsk behandling går sammen med en vending tilbake til det jeg kalte «den normaliserende tilgangen». Frank Furedi er en representant for denne retningen.¹⁴

Debatten om «traumatiserte flyktninger» har vært viktig for den nye kritiske psykiatrien. Dens kritikk rettes mot psykiatriens avpolitisering og individualisering av organisert vold. («Forfølgelse, tortur og voldtekt er usunt for din helse».) Arbeidene til Derek Summerfield utfordrer på et sterk og elegant vis dette utilbørlige fokuset på patologier og medisinsk behandling.

Utfordringer mot legemiddelindustrien

Takket være noen få, modige «fløyteblåsere» har publikum fått øynene opp for legemiddelindustriens uetiske og asosiale aktiviteter. Noe av det mest foruroligende som har kommet fram med disse avsløringene er at selv publiserte forskningsresultater manipuleres i samsvar med interessene til denne store og mektige industrien. Dette har bidratt til å svekke den blinde tiltroen til kjemiske løsninger på menneskelige problemer.

Problematisering av schizofrenibegrepet

Diagnosen av schizofreni som en hjerneskade var den klassiske psykiatriens flaggskip, det var nettopp grunnen til at Laing valgte å angripe denne oppfatningen. Men letingen etter en biokjemisk årsak har vedvart. Parallelt med dette har kritikken av psykiatriens monokausale diagnose fortsatt.¹⁵ «Hører stemmer»-bevegelsen¹⁶ har vist at skillelinjen mellom det normale og unormale er svært uskarp.

Mer makt til brukere av psykiske helsetjenester

De mest åpenbare former for overgrep som den kritiske psykiatrien rettet sin skyts mot forekommer sjeldent i dag. Dagens psykiatere er uvillige til å ta på seg den rollen de tidligere hadde som «psykisk helsepoliti» som administrerer tvangsinnleggelser, til tross for press fra offentlige myndigheter som er opptatt av ro og orden. I mellomtida har brukere av psykiske helsetjenester fått nye maktmidler. I samsvar med slagordet «behovsorientert omsorg» har de nå en langt sterkere innflytelse på tjenesteytingen enn for tre år siden. Det legges mere vekt på deres tilfredshet, selv om dette ofte bare er et middel for å frammanipulere deres «enighet» med behandlingen. Denne økte «forbrukermakten» innen psykisk helsevern er en av de få gode effektene av de markedsorienterte tilnærmingene som er på mote. Til tross for disse forbedringene er det fortsatt en viktig oppgave å bekjempe den sosiale ekskluderingen av psykiatriske pasienter.

Multikulturell mental helse som utfordring

Som tidligere nevnt har de teoriene som brukes til å regulere atferd i moderne samfunn en selvbekreftende karakter, med Foucaults ord skaper de sin egen virkelighet. Det er vanskelig å overbevise folk om det manglende holdet i diagnoser som ADHD/«hyperaktiv»¹⁷ når foreldre står i kø for å få behandlet barna sine for det, og barna selv bruker begrepet i sin egen innbyrdes slang. Imidlertid medfører såvel migrasjonsstrømmen til Vesten som eksporten av psykiske helsetjenester til utviklingsland at den psykiske helseomsorgen kommer i kontakt med befolkningsgrupper som ikke på forhånd har internalisert dens grunnbegreper og arbeidsmetoder.

En respons på denne utfordringen består simpelthen i å forsøke å assimilere de nye brukerne i det etablerte systemet, for eksempel ved hjelp av «psykoudannelse». En annen respons er å revidere de grunnleggende premissene for psykisk helseomsorg på en måte så de bliver bedre egnet for nye befolkningsgrupper.

Transkulturell psykisk helseomsorg stiller sterke krav til tilnærminger som lytter til brukernes stemmer heller enn å diagnostisere dem med kategorier og begreper som er definert på forhånd. Slike tilnærminger er i stor grad blitt utviklet innen disiplinen medisinsk antropologi.

Konklusjonen er at de temaene som den kritiske psykiatrien satte på dagsordenen for førti år siden igjen er i ferd med bli sentrale i dagens psykiske helsevern. Kanskje er det best å slutte her med disse optimistiske ordene.

Oversatt fra engelsk av Kristen Nordhaug.

NOTER

- 1) Clifford W. Beers (1876-1943) var en av grunnleggerne av den mental-hygieniske bevegelsen i USA. Boka *A Mind that Found Itself* var basert på hans opplevelser under en treårig innleggelse på et psykiatrisk sykehus. (o.a.)
- 2) D. Ingleby, *Critical psychiatry: the politics of mental health*. Pantheon, New York 1980 / Penguin Books, Harmondsworth 1981.
- 3) D. Ingleby, *Critical psychiatry: the politics of mental health*. Free Association Books, London 2004.
- 4) Se især N. Crossley, «R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis», *Social Science and Medicine*, bd. 47, 1998, s. 877-889; B. Mullan, R.D. Laing: *A personal view*. Duckworth, London 1999; G. Miller, R.D. Laing. Edinburgh University Press, Edinburgh 2004; S. Raschid, R.D. Laing: *Contemporary perspectives*. Free Association Books, London 2005.
- 5) <http://laingsociety.org/>
- 6) Emil Kraepelin (1856-1926), tysk psykiater, grunnleggeren av det moderne diagnosesystemet og åndelig far til DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ambisjonen hans på vegne av medisinen gikk også lenger ettersom han både var sosialdarwinist med sans for degenerasjonslære og eugenisk tenking. Læreboka hans i psykiatri kom i 8 utgaver fra 1883 til 1915. (o.a.)
- 7) Philippe Pinel (1745-1826), fransk lege og psykiater som opprettet de første asylene i Frankrike. Har fått æren av å ha befridd de gale fra opplysningstidas internering. Men det som for ettertida skulle bli stående som frigjøring av de gale, innebar også en ny moralsk fordømmelse av galskapen. (o.a.)
- 8) Se R. Abma, «Madness and mental health» s. 93-128 i J. Jansz & P. van Drunen (eds.) *A social history of psychology*. Blackwell, Oxford 2004.
- 9) Melanie Klein (1882-1960), østerrisk psykoanalytiker med viktige bidrag til betydningen av interpersonlige relasjoner, særlig mor-barn forholdet. (o.a.)
- 10) R. Abma & I Weijers, *Met gezag en deskundigheid: historie van het beroep psychiater in Nederland*. SWP, Amsterdam 2005.
- 11) D. Ingleby, «The view from the North Sea», s. 295-314 i M. Gijswijt-Hofstra & R. Porter (eds.), *Cultures of psychiatry and mental health care in post-war Britain and the Netherlands*, Rodopo, Amsterdam 1998.
- 12) C. Jones, «Raising the Anti: Jan Foudraine, Ronald Laing and Anti-Psychiatry», s. 283-94 i M. Gijswijt-Hofstra & R. Porter (eds.), *Cultures of psychiatry and mental health care in post-war Britain and the Netherlands*. Rodopo, Amsterdam 1998.
- 13) D. Healy, «Psychopharmacology and the government of the self», forelesning University of Toronto, 2001, <http://www.nature.com/nm/voting/lecture.html>.

- 14) F. Furedi, *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an anxious age.*: Routledge, London 2003.
- 15) Se for eksempel M. Boyle, *Schizophrenia: A scientific delusion?* Routledge, London 2002; J.D. Blom, *Deconstructing schizophrenia. An analysis of the epistemic and nonepistemic values that govern the biomedical schizophrenia concept.*: Boom, Amsterdam 2004.
- 16) Det er organisert et «Hører stemmer» nettverk der fagfolk og stemmehørere arbeider sammen for å forstå sammenhengen mellom livsopplevelser og stemmehøring. Hva utløser stemmehøring? Hva sier stemmene? Hvilken identitet har de? Hvordan påvirker de ens liv? Sentralt i «Hører stemmer» nettet er at stemmehøring ikke er et symptom på en genetisk/biologisk psykisk sykdom. Mange stemmehørere har en annen forståelse av stemmehøring enn den tradisjonelle psykiatriske forståelsen og oppfatter det som et metaforisk og symbolsk språk. (o.a.)
- 17) ADHD er forkortelse for *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, en betegnelse som brukes på nærmere 5 % av barn i førskole- og tidlige skolealder. ADHD ble første gang beskrevet av amerikaneren Heinrich Hoffman i 1845. (o.a.)



abstrakt forlag

Arne Overrein
Kampen om folkeretten
Krig, makt og rett i verdenssamfunnet

Boka handler om folkeretten, dens historiske utvikling og dens forhold til makt og politikk. Forfatteren drøfter erfaringene fra krigene i Irak, Kosovo og Afghanistan, terrorismen og USAs særegne forhold til FN og folkeretten.

297 sider. Kr 298,-



www.abstrakt.no abstrakt@abstrakt.no

Arnulf Kolstad

ALTERNATIVT SYN PÅ PSYKISKE LIDELSER

Hva er psykiske lidelser? De ytrer seg gjennom de høyere psykologiske funksjoner: gjennom språk, tanker, følelser og atferd. Men ligger det noe annet bak? Skyldes lidelsene en ubalanse, svikt eller feil i den biologiske kroppen: i nervesystemet, hormonsystemet eller i den genetiske utrustning? Mange mener det, og særlig nevrobiologiske årsaksforklaringer er blitt populære.

I denne artikkelen skal jeg presentere et alternativ til den nevrobiologiske forståelsesmodellen som nå er utbredt ikke bare blant psykiatere, men i stigende grad også blant psykologer. Det er viktig for psykologene å holde fast på det som skiller deres profesjonskunnskap fra medisinere med en legevitenskapelig utdanning. Psykiatrien er en medisinsk spesialitet med vekt på å forstå mennesket som biologisk organisme. I psykologien er tanker, følelser, bevissthet og atferd, i en sosial eller kultur kontekst, det egentlige gjenstandsområdet. Dette perspektivet må forsvares når psykiske lidelser skal forstås og forklares. Også lidelsene fremstår gjennom følelser, tanker og atferd som er «forstyrrete», uhensiktsmessige eller dysfunksjonelle.

Det var lenge en arbeidsdeling på grensen til konflikt mellom psykiatri og psykologi. Mens psykiatrien var en kroppsfiksert spesialitet, var psykologien primært opptatt av bevissthet, underbevissthet, av følelser, tanker og utvikling. Psykologiske funksjoner, det som kom til syne i tanker og følelser ble forstått som noe vesentlig i seg selv, et eget forskningstema. I dag har deler av psykologien kapitulert for psykiatrien og representerer ikke lenger et alternativ. Mange psykologer er opptatt av nevrobiologiske forklaringer, samtidig som de forsøker å etterligne legene i deres praksis. Blant annet ønsker de å foreskrive medisiner. Motsetningene mellom de to profesjonene utviskes. Psykologene nærmer seg psykiaterne som samler seg om nevrobiologien.

Jeg vil vise hvordan den kulturhistoriske tradisjonen i psykologien, representert ved Lev Vygotskij og Carl Ratner, er et alternativ til en nevrobiologisk forståelse, og kan kaste lys over viktige sider ved de psykiske lidelsenes karakter og årsak. Dessuten skal jeg referere fra Roger Sperry's drøfting av forholdet mellom *mind* og *brain*, eller bevissthet og hjerne: hva «kommer først»: tanken, følelsen eller aktiviteten i hjernen? Dette er et sentralt spørsmål ettersom de aller fleste i dag vil mene at det ved all psykologisk aktivitet også foregår aktivitet i (mellom) hjernecellene. Men hva «kommer først»? Og er det en kausal determinisme eller et dialektisk, interfunksjonelt forhold?

Svar på spørsmålet om hva psykologiske funksjoner og herunder lidelser er, og hva de primært skyldes, har selvsagt også betydning for terapeutisk praksis. Hvis årsaken er dysfunksjonell tenkning, språk og følelsesforvirring vil den mest adekvate terapien være å gjenopprette psykologiske funksjoner gjennom dialog og samtale. Hvis den primære årsaken er ubalanse i nevrotransmitterne eller feil i den kjemiske sammensetting av ioneopløsninger i hjernen, som så påvirker tenkning og følelser, vil kjemoterapi kanskje være et adekvat virkemiddel.

Den biologiske og somatiske trenden som nå preger tenkning om årsaksforhold og behandlingsmetoder, bidrar utvilsomt til økt medikamentbruk. Mer tidkrevende og pasientorienterte behandlingsmetoder blir nedprioritert og får trange kår. Men mye taler for at psykologene bør konsentrere seg mest om det de er utdannet til og kan mye om, i motsetning til legene: de høyere psykologiske funksjonene. Selv om dialog og åpne samtaler for å bearbeide språklige og emosjonelle dysfunksjoner ikke oppfattes like effektivt i et helsevesen som etterspør høyere produktivitet.

Lavere og høyere psykologiske funksjoner

Kulturpsykologien som Lev Vygotskij grunnla i 1920-årenes Russland, var en reaksjon på Pavlov's klassiske betinging og på den reaktive/refleksive tradisjonen i russisk psykologi, datidas fysiologiske og biologiske «psykologi». Vygotskij lanserte *bevisstheten* og de høyere psykologiske funksjonene som psykologiens egentlige gjenstandsområde, nødvendig for å forstå og forklare menneskers væremåte.

Vygotskij skiller prinsipielt mellom «lavere» eller primitive, det vil si naturlige, biologiske, funksjoner som alle høyere arter har i varierende grad, slik som sansing, instinkter, reflekser, persepsjon og oppmerksomhet, og de *høyere psykologiske funksjonene*. Disse siste er enestående for mennesket. Ingen annen art har evnen til å kombinere språk med tenkning.¹ De primitive, biologiske funksjonene deler *homo sapiens* med andre arter, og de forsvinner ikke med tilegnelsen av språk, evnen til tenkning og andre kulturelle verktøy, men de «oppheves» og inkorporeres i disse funksjonene.²

Psykologi er først og fremst vitenskapen om de høyere formene for menneskelig bevissthet og emosjonelt liv, og ikke bare den elementære, «primitive» atferd eller de nevrobiologiske strukturer eller prosesser som representerer de psykologiske funksjonene i hjernen. Dette er essensen av Vygotskij's kulturhistoriske psykologi.³

De høyere psykologiske funksjonene er innholdsmessig bestemt av og består av psykologiske «redskaper» utviklet i en bestemt kultur. Det finnes trekk og egenskaper som er felles for alle artsindivider og uavhengig av kulturen og de sosiale betingelsene. Men disse fellestrekkene får mindre betydning for voksne menneskers tenkning og atferd. Til forskjell fra alle andre

arter har *homo sapiens* psykologiske funksjoner som opphever den direkte innflytelsen fra og betydningen av det biologiske, instinktive eller dyriske grunnlaget.

Å være menneske innebærer å frigjøre seg fra tvangen fra instinktive mekanismer. Dette er også et hovedpoeng hos Freud og i psykoanalysen. Instinktene eller refleksene utgjør riktignok grunnlaget for atferden, men betinging, gener, reflekser og instinktiv atferd er forskjellig fra de høyere psykologiske funksjonene, som er det byggverk som reiser seg på biologiens fundament. Det kjennetegner menneskenes psykologi til forskjell fra dyrenes instinktive, genetisk bestemte atferd. Bevisstheten er heller ikke en refleks av miljøet. Bevisstheten utvikler seg og får en kulturell egenart i individets møte med omverdenen. Den tilegnes og formes gjennom virksomhet. De høyere psykologiske funksjonene formes altså av kulturen, av de sosiale betingelsene vi sosialiseres i og lever under. Ved individets møte med «de andre» overleveres kulturens særtrekk og får en individuell utforming.

De funksjonene vi tilegner oss i kulturen gjør at vi kan oppheve den umiddelbare innflytelsen fra instinkter, drifter, dvs. elementære psyko-biologiske drivkrefter. I virkeligheten er sosial bevissthet bare mulig i den grad de biologiske mekanismer løsner noe av grepet, svekker sin umiddelbare innflytelse og trer i bakgrunnen som et generelt grunnlag eller fundament. En viktig oppgave for psykologien er å forklare tilblivelsen eller utviklingen av de høyere psykologiske funksjonene, både når det gjelder artsutviklingen, altså *fylogenetisk* og for hvert individ: *ontogenetisk*. Denne klargjøringen har Vygotskij og hans etterfølgere bidratt til. Interessen rettes ikke bare mot enkeltmennesker, men også konteksten de er i, dvs. mot kulturen, de samfunnsmessige forhold og de konkrete betingelser som utvikler de spesifikke funksjonene og dysfunksjonene.

Språk og tenkning

Vygotskij ble spesielt opptatt av språkutvikling og språkets relasjon til tenkningen. Språk og tenkning er selv psykologiske verktøy og bidrar til å forme andre psykologiske verktøy som får betydning for utformingen av den psykologiske egenart. I boka *Tenkning og språk* gjør han rede for hvordan språket og tenkningen, som har ulike røtter, vokser sammen og blir en enhet og som utvikler seg som en interfunksjonell relasjon. Hans opprinnelige begrep om høyere psykologiske funksjoner fokuserte på omformingen av naturlige eller elementære funksjoner til kulturelle eller høyere funksjoner under innflytelse av kulturen og psykologiske verktøy. Forbindelsen mellom tenkning og språk, det at språket ble brukt til å tenke med og at tanken uttrykte seg gjennom språket, utviklet begge de to høyere funksjonene og skapte nye forhold mellom dem i løpet av individets utvikling.

Språket, tenkningen og følelsene er det sentrale også ved psykiske lidelser, det som kan kalles psykologiske dysfunksjoner. De begrepene vi bruker for psykologiske funksjoner, som frykt, angst, glede, velvære, oppmerksomhet, hukommelse, humør, osv. er ikke biologiske begreper men sosiale og psykologiske begreper. De er knyttet til måten folk opplever seg selv og forholder seg til hverandre på, og de varierer i innhold og form med kulturelle og samfunnsmessige forhold. Kultur er ikke noe «der ute», en slags uavhengig variabel, men noe som er internalisert og former det psykologiske, det vil si menneskenes tenkning og følelser. Kulturen er noe alle bærer med seg i sin psykologiske utrustning og egenart.

Sosiale og kulturelle krefter omformer psykologiske funksjoner og hjerneaktivitet

Det er godt dokumentert at motorisk aktivitet influerer på nevralt funksjoner, synapseforbindelser og neurotransmittere. Tilsvarende endringer skjer på det psykologiske nivået, med nevrobiologien ved mental aktivitet. Også mental aktivitet etablerer nye synapseforbindelser og samarbeidsmønstre mellom hjerneceller. Vygotskij konkluderte at en persons «psykologiske natur representerer et aggregat av sosiale forhold som har blitt transformert internt og blitt personlighetens funksjon og danner strukturen». ⁴ De psykologiske funksjoner finnes igjen i den nevralt hjernestrukturen. Alexander Luria ⁵ viste at ikke bare innholdet, men også formen på de psykologiske prosessene, herunder «høyere og spesifikke menneskelige former for psykologisk aktivitet, slik som frivillig oppmerksomhet, aktiv hukommelse, og (spesielt) abstrakt tenkning» endrer seg med endringer i sosiale strukturer og kulturelle forhold, ⁶ og i det individuelle utviklingsforløp.

Grensen mellom psykiske funksjoner og dysfunksjoner kan ikke trekkes absolutt eller på grunnlag av objektive biologiske eller psykologiske forskjeller. Det er i virkeligheten glidende overganger, også avhengig av hva kulturen tolererer av avvik fra det «normale». Grensene må derfor trekkes analytisk og språklig. Hva som er psykiske lidelser konstrueres sosialt og kulturelt.

Psykiatri som nevrobiologi

En bestemt profesjon, nemlig legene og de som praktiserer den medisinske spesialiteten *psykiatri*, konsentrerer seg mest om den biologiske kroppen. De har oppfattet de høyere psykologiske funksjonene annerledes og i overensstemmelse med hva de profesjonelt kan. Profesjonen har fått makt og innflytelse til å definere hva de psykologiske funksjonene bør forstås som, og å legge denne forståelsen til grunn ved behandling av dem som har avvikende «unormale» tanker og følelser. Det er forståelig at legevitenskapen konstruerer også uvanlig atferd og tanke- og følelsesforstyrrelser som uttrykk for

«maskinfeil». Det er en naturlig sammenheng mellom profesjon, faglig bakgrunn, forståelsesform og praksis.

Moteretninger

Oppslutningen om trender i psykologi og psykiatri svinger som moteretninger. Historisk sett har andre forståelsesmåter enn de som er mest populære i dag dominert forståelsen av psykologiske fenomener og behandlingspraksis.⁷

I en periode hadde psykoanalysen stor tilslutning, i en annen periode dominerte sosial læringsteori og behaviorisme. I øyeblikket svinger pendelen i retning av nevrobiologi, den mest populære trenden for tida.⁸ Nevrobiologiens popularitet de seinere år skyldes bl.a. teknologiske nyvinninger i molekylær genetik og billeddiagnostikk samt den massive støtten fra den farmakologiske industrien som pusher psykofarmaka.

Store deler av psykiatrien har utviklet seg som en nevrobiologisk spesialitet. Noen mener at nevrobiologien bør være grunnlaget for alle psykiatriske forståelsesmodeller, at altså bevisstheten og de høyere psykologiske funksjoner ikke lenger skal være psyfagenes gjenstandsområde, men at hjernen og det som foregår der skal være grunnlaget.⁹ Ifølge psykiaterne Ringen og Dahl kan psykiatriens troverdighet blant medisinere bedres ved at den vender tilbake til et biologisk fundament. Det vil også gi psykiatrien troverdighet i allmennheten. Rekrutteringen av leger til psykiatri har i flere år vært et problem, spesialiteten har beskjedne prestisje blant andre medisinere. Det oppfattes som et fag uten klar forankring i empiri, med få vel-dokumenterte årsakssammenhenger, behandlingsformer med svakt dokumenterte effekter, en stor andel kronisk syke pasienter, uklare ansvars- og ledelsesforhold og med betydelige profesjonsmotsetninger. Dette er psykiaternes selvbilde for øyeblikket.¹⁰

Nevrobiologisk perspektiv

Biologiske, til dels genetiske, forklaringer knyttet til hjernens biokjemiske funksjon og sammensetningen av neurotransmitterne, samt den kjemiske balansen i kroppen, spesielt hormonsystemet, har stor oppmerksomhet og prestisje i forskningen på psykiske lidelser. Den nevrobiologiske modellen er kjennetegnet ved at forstyrrelser i biologiske prosesser i hjernen blir sett på som årsaker til forstyrrelser i tanker og følelser. Mye av den kliniske forskningen i dag består i å utvikle medikamenter som skal gjenopprette (ione)-ubalansen i neurotransmitterne og internt i hjernecellene slik at «normalt» elektrokjemisk potensiale opprettholdes. Men denne gjenopprettingen skjer ikke uten til dels betydelige bivirkninger. De kompliserte prosessene som foregår i hjernen er langt fra forstått og bivirkningene er både uforutsette og uforklarlige.¹¹ Dessuten fører hjerneinngrepet heller ikke til at pasientene

føler at de blir «friske». Den kjemiske påvirkningen av hjernen demper først og fremst symptomer og gjør det lettere å ha med pasientene å gjøre.

Til tross for en gedigen forskningsinnsats siden 1950-åra fra den farmasøytiske industri er det fortsatt uklart hvordan og hvorfor en eventuell ubalanse og unormal hjerneaktivitet oppstår. Kan det for eksempel tenkes at (langvarig) eksponering (eller det motsatte: manglende eksponering), for miljøgifter og kjemiske stoffer i drikkevann, luft og mat har bidratt til kroppens/hjernens ubalanse?

Eller kan de høyere psykologiske funksjonene, bevisstheten, språklig bearbeiding, tenkning og følelser endre den kjemiske sammensetning av neurotransmitterne eller andre bestanddeler av det usedvanlig kompliserte og finstemte sentralnervesystemet?

Identitetsproblem

Forsøket på å gjøre psykiatri og psykologi til nevrobiologi henger også sammen med at legene føler seg truet av andre og bedre kvalifiserte profesjonsutøvere dersom psykiske lidelser defineres som tanke- og følelsesforstyrrelser, med støtte, psykoterapi, samtale og sosial trening som hjelpe-tiltak. I slikt psykisk helsearbeid får psykiateren problemer med identiteten,¹² Ringen og Dahl forklarer hvorfor:

«Ferske assistentleger kan ofte mindre psykiatri enn (erfarne) miljøterapeuter. Som leger har vi en generell modellplattform som i hovedsak er biolog-empirisk. Det er lett å føle seg fremmed i en verden hvor samarbeidende profesjoner legger andre modeller til grunn for virksomheten. Leger har i løpet av studiet fått relativt lite innblikk i psykologi, statsvitenskap eller hermeneutiske tradisjoner. Dermed blir ofte den biologiske behandlingen/medisinering legenes hovedoppgave i den kliniske hverdagen.»¹³

Ringen og Dahl foretar også en nærmere presisering av hva nevrobiologi som grunnlag for psykiatrien innebærer. «Det skulle», som de skriver, «være åpenbart at alle mentale funksjoner har fysiske (biologiske) korrelater i hjernen. Den tradisjonelle kartesiansk-dualistiske verdensanskuelsen, der sjel og legeme ble oppfattet som to atskilte forhold, er foreldet. De hjerneforskere som av overbevisningsgrunner holder på forestillingen om en sjel, vil sannsynligvis være enige i at 'grensesnittet' vil være hjernens nevroner. En slik erkjennelse (av hjernen som sinnets substrat) innebærer at alle forklaringsmodeller om psykopatologi må ha et ledd om nevrobiologi for å være fullstendige. Ingen psykiatrisk forståelsesmodell kan lenger se bort fra nevrobiologi som grunnlagsteori.» Den største utfordringen fremover er ifølge Ringen og Dahl «at psykiatrifaget rotfestes i nevrobiologi.»¹⁴

Hvorvidt nevrobiologi skal være psykiaternes «grunnlagsteori» eller om utgangspunktet for legene skal være at «sjel er hjerne», som Eric Kandel

hevder, er ikke temaet her.¹⁵ Spørsmålet er hvilken grunnlagsteori psykologien skal ha for å forstå og forklare psykiske lidelser. Det er ingen grunn til å konkurrere med legene om kunnskap og kompetanse om hjernens struktur og funksjon. Psykologien må bidra med annen kunnskap og forståelse av psykiske lidelser. Den nevrobiologiske forståelsesmåten er tilstrekkelig etablert, selv om det fortsatt er uklart hva som menes med å «rotfeste» psykiatrien i nevrobiologi. At «nevrobiologiske prosesser spiller en rolle», at alle modeller om psykopatologi «må ha et ledd om nevrobiologi for å være fullstendig», at «mentale prosesser har nevro-biologiske korrelater», osv. vil neppe noen i dag være uenige i. Striden dreier seg om hva som igangsetter og som karakteriserer de psykologiske funksjonene hos mennesker med psykiske lidelser.

Tankene, følelsene og språket er primære bærere av de psykiske funksjonene så vel som av dysfunksjonene, og behandlingen bør av flere grunner, også etiske og moralske, holde fast på dette utgangspunktet og beholde det som forklarings- og forståelsesområde. Å erstatte bevisstheten og psykologiske funksjoner med hjernens strukturer og med biologiske, nevrologiske og fysiologiske prosesser betyr å objektivisere mennesket, snakke et helt annet språk enn det som gir pasientene mulighet til å forandre seg selv ved å regulere tanker og følelser gjennom dialog.

Det er nemlig slik, som også Ringen og Dahl viser til, at verbal, språklig og tankemessig påvirkning, enten fra en selv eller andre, forårsaker endringer i hjernen. Det reiser spørsmålet om hva som kommer først av tanken/følelsen og det som skjer i den «materielle» hjernen. Er det nevrotransmitterne som bestemmer hva vi tenker, føler og sier, eller har vi en vilje som påvirker også nervesystemet? Er det den psykologiske aktiviteten som setter i gang aktiviteten i den biologiske hjernen, eller er kausaliteten den motsatte? Det har Robert Sperry vært opptatt av.

Roger Sperry: Mentale krefter setter i gang aktiviteten i hjernen.¹⁶

Den amerikanske nobelprisvinneren i medisin, Roger Sperry, har fra sin posisjon som en av verdens ledende nevropsykologer diskutert forholdet mellom bevisstheten og den biologiske hjernen. Hans påstand om at psykologiske krefter igangsetter og er årsak til etterfølgende nevrologiske, biologiske og fysiologiske reaksjoner i hjernen og dermed i kroppen, er et radikalt oppgjør med det medisinske normalparadigmet, der bevisstheten ses på som underordnet, som et resultat av biologiske prosesser, hvis bevisstheten overhodet blir omtalt.

Innenfor nevropsykologien, nevrofysiologien og andre nærstående fagfelt har det lenge vært god latin å ignorere bevisstheten eller de mentale krefter og energier. Indre følelser og tanker kan ikke måles eller veies, de kan ikke fotograferes, gjøres til gjenstand for spektrografi eller kromatografi, eller på

annen måte behandles objektivt med en anerkjent naturvitenskapelig metode. Dermed ekskluderes slike fenomen fra vitenskapelige forklaringer i medisinen.

Roger Sperry etterlyser det humanistiske perspektivet i den moderne hjerneforskningen, der mennesket, og ikke bare nevronene, står sentralt. Folk flest har en oppfatning basert på egenerfaring at de kan bestemme seg for å gjøre noe, for å tenke og si noe. Den såkalte moderne, objektive nevrovitenskap vil bidra til at hjernen kvitter seg med en slik fantasiforestilling og vil overflødiggjøre ikke bare den bevisste tanke, men de fleste andre åndelige egenskaper og krefter i menneskenaturen. I førvitenskapelig tid trodde folk de var åndelig frie individer, at de hadde en fri vilje. Vitenskapen i dag forteller oss at fri vilje er en illusjon og erstatter det med kausal determinisme. Der det tidligere var hensikt og mening i menneskelig atferd, har nevrovitenskapen konstruert en kompleks biofysisk maskin, sammensatt av materielle elementer som alle adlyder fysikkens og kjemiens ubønhørlige og universelle lover.

Sperry hevder at hans egen erfaring fra hjerneforskningen bringer ham til helt andre konklusjoner enn den reduksjonistiske oppfatningen av menneskenaturen og bevisstheten. Hans uenighet illustreres av følgende spørsmål: «Er det mulig, i teorien eller i prinsippet, å konstruere en fullstendig og objektiv forklaringsmodell av hjernens funksjon uten å inkludere bevisstheten i årsakskjeden?» Hvis bevissthet og mentale krefter generelt kan ignoreres, ender det med ren (vulgær)materialisme. I motsatt fall, hvis det viser seg at bevisste mentale krefter faktisk styrer og dirigerer nerve impulsene og andre biokjemiske og biofysiske hendelser i hjernen, ender vi ikke da i den motsatte ytterlighet, med mentalisme eller idealisme? «Nei», svarer Sperry.

Dagens hjerneforskere mener de har ganske god innsikt i hva som stimulerer hjernens nerveceller. Cellemembran endringer, ioneflyt, kjemiske transmittere, pre- og post synaptiske potensialer, natrium pumpa osv, er på lista over akseptable kausale påvirkninger. Men bevisstheten vil ikke være der. Bevisstheten er i dette paradigmet noe annenrangs, noe den objektive kausalmodellen ikke kan vedkjenne seg. De psykologiske kreftene har i beste fall en underordnet rolle som f.eks. et inkonsistent biprodukt, et epifenomen, eller mest vanlig, et indre produkt av den materielle hjerneprosessen. Forskere kan akseptere hjernen som et komplekst, elektrokjemisk kommunikasjonsnettverk, fylt med nerveimpulser og andre kausale kjemiske og fysiske fenomen, der alle elementene beveger seg etter aksepterte vitenskapelige lover i fysikken, kjemien og fysiologien. Men få forskere tolererer at det i dette kausale maskineriet finnes noe sånt som mentale eller bevisste krefter, psykisk energi.

Dette er den aktuelle situasjonen i den delen av medisinen som tar for seg menneskets viktigste organ, og dette understøtter det rådende og gammel-dagse objektive, vulgærmaterialistiske og reduksjonistiske synet på tankens og psykens natur og betydning.

Ifølge Roger Sperry er de mest sentrale prosesser i hjernen, der bevisstheten spiller en rolle, ganske enkelt ikke forstått, og de kan heller ikke forstås innenfor det normalvitenskapelige paradigmet i medisinen. De er så langt utenfor vår fatteevne innenfor dette paradigmet at svært få kan forestille seg de virksomme mekanismene overhodet. Og det er heller ingen aksept for å utvikle tenkning omkring dem. Vi snakker ifølge Sperry om selve hjernens kode, om det fysiologiske språket til hjernen, og på dette feltet er det reduksjonistiske biologiske paradigmet håpløst forlagt.

Å konkludere med at bevisstheten, mentale eller psykiske krefter ikke hører hjemme som forklarings- eller årsaksfaktorer for aktiviteten i hjernen er ifølge Sperry å se bort fra fakta, og holde seg rigorøst til en foreldet forståelse der disse kreftene nærmest per definisjon skal utelates. Sperry ser svakhetene og anomalierne ved det rådende paradigmet. I hans hypotetiske hjernemodell har bevisstheten en kausal og aktiv betydning som igangsetter av mekanismene i hjernen. Tanker og bevissthet er satt i førersetet, der de engang var. De gir ordre, de driver og igangsetter de fysiologiske, fysiske og kjemiske prosesser i samme, eller endog i større grad enn de påvirkes av dem. Denne modellen setter tanken over materien, ikke under, på utsiden av eller utenfor det biologiske og materielle. Psyken får en forrang fremfor de fysiske og kjemiske koblingene, nerveimpulsene og DNA. Det er en modell av hjernevirksomheten der bevisste psykiske krefter anerkjennes som karakteristisk for mennesket etter millioner av år med evolusjon.

Egentlig handler det om hvem som gir ordre til hvem i den mengden av kausale faktorer som okkuperer kraniet og kroppen. Oppgaven er på en måte å finne fram til hierarkiet blant alle kontrollørene og bidragsyterne. På det laveste nivået finnes subnukleare partikler som interagerer med stor energitveksling, men disse enhetene har lite å si når det gjelder styring og årsak. De er kontrollert av atomene, og atomkjernen og elektronene er også kontrollert eller bundet til molekylene. Molekylene selv er knyttet til deres respektive celler og vev. Selv hjernecellene med deres lange fibre og impuls-overførende egenskaper har ikke så mye de skal ha sagt når det gjelder når impulsene skal fyres av, eller hva slags tidsrekkefølge de skal ha. Med andre ord så er avfiringen og *timing*en av impulstrafikken gjennom en hjernecelle styrt i hovedsak av egenskaper ved hele eller andre deler av nettverket. Fortsetter vi å stige i kommandohierarkiet finner vi ifølge Sperry på toppen de kreftene og dynamiske egenskapene til de store mønstre av cerebral utløsning som er korrelert med mental tilstand eller psykisk aktivitet. De psykiske kreftene som vi kjenner fra oss selv, persepsjon, oppmerksomhet, følelser, tanker, tro, innsikt, bedømmelser osv. påvirker hverandre gjensidig, setter i gang og dirigerer den indre impulstrafikken, herunder de elektro-kjemiske og biofysiske prosesser. For overføring av nerveimpulsene gjelder alle vanlige elektriske, kjemiske og fysiologiske lover, og en feilfri funksjon av de øvre nivåer avhenger av en normal funksjon i de lavere.

Sperry peker på at inkluderingen av det psykiske, som styrende for biologiske og fysiologiske prosesser, ikke betyr at man forkaster vitenskapens objektive tilnærming til sin gjenstand. Uenigheten gjelder ikke om vitenskap skal være objektiv eller subjektiv, men om de mentale kreftene, psykiske egenskapene og bevisste kvalitetene skal utelukkes fra en vitenskapelig forklaring. Sperry's fortolkning av hva som foregår i kroppen vil gjeninnføre psykiske krefter som styrende for hva som foregår i hjernen. Den vil også kunne eliminere de gamle dualistiske forvirringene, dikotomiene og paradoksene, og erstatte dem med et forent system som går fra de subnukleare kreftene i bunnen av hierarkiet til ideene og bevisstheten på toppen. Det vil også bety en brobygging over til humanistiske vitenskaper, og en start på en samlet fremstilling av natur og mennesker, som ikke bare er materialistisk og naturvitenskapelig, men som også inkluderer psykiske, ikke materielle egenskaper og forhold.

For den hierarkiske orden av kausale enheter stopper ikke innenfor individet, men omfatter kontrollinstanser som involverer samfunn og kultur.

Det gamle materialistiske og naturvitenskapelige paradigmet, som har undertrykt eller utelatt bevisste, mentale krefter har muligens vært nyttig for å rendyrke en vitenskapstradisjon. Men det er ikke noe paradigme å bygge framtida på. Innføringen av det psykiske i forståelsen av også menneskenes kropp er innebygd ingen fornektelse av det biologiske eller dyriske i den menneskelige natur. Det tilbakeviser imidlertid at de høyere psykologiske funksjoner kan reduseres til biologi og materie. De må tvert imot ses i en kulturell og sosiale kontekst, og som styrende for menneskelig aktivitet.

Lidelsene abstraheres

I et nevrobiologisk og reduksjonistisk perspektiv sees psykiske lidelser som uavhengig av personen som subjekt med vilje og bevissthet. Nevrotransmitterne, den kjemiske sammensetningen av synapseforbindelsene, fremstilles som galskapens eller følelsesblokkeringenes egentlige årsak. Menneskenes problemer med å leve i et samfunn beskrives i et stadig mer abstrakt og pseudovitenskapelig medisinsk språk. Sosiale relasjoner, som utgjør kjernen i enhver tanke og følelse, også der tankene eller følelsene er «forstyrret», abstraheres fra den kulturelle og sosiale sammenhengen de inngår i, og omdefineres til anomalier eller abnorme tilstander i hjernen. Behandlingen blir deretter: Det gjelder å gjenopprette den kjemiske ubalansen eller å kortslutte de elektrokjemiske nerveforbindelsene som også følger med tanker og følelser. Dermed er veien åpen for symptombehandling ved hjelp av lobotomi, sjokk- og kjemoterapi.

Sykdom eller tankeforstyrrelser, språkforvirring og følelsesmessige fastfrysninger?

Ikke alle psykiatere er enige i at psykiske lidelser først og fremst er «maskinfeil» i hjernen. Thomas Szasz hevder at de fleste psykiske lidelser som har med følelseslivet å gjøre, ikke er sykdommer, at det er en myte å oppfatte dem på den måten.¹⁷ Scheff sa det slik: «den medisinske synsvinkel tilslører systematisk viktige psykologiske og sosiale prosesser når den anvendes på psykisk sykdom»¹⁸.

Følelsesmessige blokkeringer

Også den norske psykiateren Svein Haugsgjerd diskuterer hvorvidt psykiske lidelser egentlig er sykdommer. Hans standpunkt er at «psykiske lidelser skiller seg på avgjørende måter fra legemlige sykdommer.»¹⁹ Han underslår ikke at mange hevder noe annet, og at dette er spørsmål av vidtrekkende vitenskapsteoretisk og også moralsk/etisk karakter. Men etter en grundig drøfting av ulike posisjoner hevder han at de psykiske lidelsene ikke kan ses på «som sykdommer av samme type som de vi møter i andre medisinske grener», og at psykiatrien i vårt århundre har «vokst seg ut av medisinen»²⁰.

Men hva er så psykiske lidelser, når det ikke er «sykdommer i sjelen»? Haugsgjerd svarer slik:

«Det er følelsesmessige fastlåsnings eller fastfrysninger. De følelsesmessige konfliktene er selve kjernepunktet i alle psykiske lidelser. Når slike konflikter ikke finner noen løsning, hopper de seg opp og vokser. Dette kan skape tilstander hvor også tenkning og virkelighetsoppfatning kan bli rammet. Men kjernen i en psykisk lidelse er altså konfliktrammede følelser som ikke er erkjent, og dermed ikke uttrykt og delt med andre.... Psykiatrisk behandling er derfor i sitt vesen kommunikasjon omkring følelsesmessige viktige temaer.»²¹

I Haugsgjerd's perspektiv har det ingen mening å operere med de medisinske kategoriene «syk» og «frisk». Det handler om den psykiske «smerten ved å være til», det at vi alle mer eller mindre føler oss rastløse, engstelige, nedtrykte, osv. i perioder, og at for noen er disse periodene lengre og kraftigere enn hos andre. Iblant hopper de følelsesmessige problemene seg opp på en slik måte at vi ikke lenger greier å fungere slik vi selv ønsker det, sosialt, mellommenneskelig eller arbeidsmessig, hevder Haugsgjerd.

Symptomene har ifølge Svein Haugsgjerd alltid en følelsesmessig mening og betydning, de er en meddelelse om noe: «Av dette følger det at det ikke er mulig å forstå psykiske lidelser uten at de sees i sin virkelige sammenheng, med andre ord i den livshistoriske, familiemessige og sosiale sammenheng de er skapt i. Vi må altså se forbindelsen mellom lidelser og livsvilkår, og fremstille lidelsen som et resultat av livsvilkårene i bred forstand og ikke som en sykdom i hjernen eller i nervene.»²²

Ifølge Haugsgjerd er det uholdbart å snakke om uheldredelige psykiske lidelser så lenge det ikke er tale om noen fremadskridende kroppslig sykdomsprosess, men «*en lammende resignasjon overfor det å være et ønskende, følende, handlende menneske i verden.*» Fremfor å se psykiske lidelser som genetiske eller nevrobiologiske defekter primært, må vi se forbindelsen mellom lidelsene, kulturen og livsvilkårene.

De forstyrrede psykologiske funksjonenes sosiale karakter og grunnlag

Forbindelsen mellom kulturelle og samfunnsmessige forhold, konkret sosial praksis, mental helse og psykiske lidelser er gjentatte ganger påvist i epidemiologiske studier.²³ Den amerikanske kulturpsykologen Carl Ratner mener psykiske lidelser, også psykoser, er uttrykk for en destruktiv konkret sosial praksis under bestemte sosiokulturelle betingelser, og at de særlig rammer de ressursvake.²⁴

Psykoser er ikke bare ukonvensjonell atferd eller brudd med normer for mellommenneskelig omgang. De er uttrykk for manglende tillit til den felles sosiale orden de fleste av oss opplever. Psykosen er på mange måter en forstyrrelse av sosialitet i seg selv, et sammenbrudd i kommunikasjonen og interaksjonen med andre, som Carl Ratner sier.²⁵ Den sosiale grunnen svikter og gjør folks tenkning sosialt desorientert og dysfunksjonell. Alt dette forsterker det *sosiale* avviket. Den som lider under slike tanke- og følelsesmåter opplever det selv som ubehagelig og forstyrrende for forholdet til andre, og det er vanskelig å realisere praktiske aktiviteter og mål. Eksistensen er i perioder dominert av merkelige tanker, et spesielt humør og ikke minst av angst. Situasjonen er utholdelig og opprørende, en blir oppgitt over seg selv, over tapet av virkelyst og av manglende evne til å forstå eller forandre seg. Han eller hun føler seg alene og forvirret, som i en drøm.

Psykosene er sånn sett en *psykologisk* reaksjon. Det er spesielle tanker og følelser som genererer en spesiell form for ubehag og uro, oppstått og med røtter i en konkret sosial eller kulturell kontekst. Oppgaven for den som skal forstå røttene må finne fram til den kontekst de er skapt i. Bakenfor de abstrakte beskrivelsene av psykosenes årsaker som «sårbarhet», «stress» eller «dårlig kommunikasjon», av kategoriseringen av symptomer som depresjoner, paranoia, vrangforestillinger eller upassende atferd, så er det viktig å avsløre den konkrete sosiale og kulturelle opprinnelsen.

Psykiske lidelser er ikke kjennetegnet ved en *spesiell* atferd. Irrasjonell bedømmelse, hallusinasjoner, transer er ikke i seg selv psykotiske. Ungdom utvikler ofte fantasiforhold til kjente og populære popmusikk- eller sportsidoler, uten at slike fantasier ses på som sykdomstegn. Irrasjonell tro på Gud, eller på Guds undre er heller ikke tilstrekkelig bevis på psykotisk galskap. Den institusjonaliserte galskapen vi finner f.eks. i mye religionsutøvelse skjer i kontrollerte og sosialt akseptable former, uten varig forvirring. Det fører

heller ikke til stempling som sinnssyk, men som sterkt troende. Ikke all irrasjonell eller dysfunksjonell tenkning blir karakterisert som sinnssyk. Det avhenger bl.a. av sammenhengen det irrasjonelle inngår i, hvilken mening det har i kulturen og hvordan andre reagerer på det.

Meningsfulle reaksjoner

Konsekvensene av å være fattig eller arbeidsløs kan uttrykkes gjennom ulike psykologiske reaksjoner eller symptomer, som depresjon, bekymring, vold, paranoia, stoff- eller alkoholmisbruk. Symptomet er individets svar eller forsøk på å mestre og å gi mening til et psykologisk problem, skapt eller utløst i en sosial kontekst. Symptomer er ikke uttrykk for meningsløs fantasi-flukt iverksatt av en syk hjerne, men representerer et aktivt forsøk på å forstå og å skape orden i virkelighetens verden. Symptomene er i prinsippet ikke annerledes enn andre måter folk prøver å definere verden og seg selv på. «Forvirringen» er i en forstand en like meningsfull reaksjon som det å være «normal». Psykologiske dysfunksjoner er underlagt de samme mekanismer som normale psykologiske funksjoner. Forstyrrelser i sansing, persepsjon, følelser, hallusinasjoner og somatiske symptomer, stammer fra kognitiv og emosjonell formidling av sosial praksis ved hjelp av kulturelle verktøy, og forankret i de høyere psykologiske (dys)funksjonene, og ikke primært i en syk hjerne. Eksempler på former for destruktiv sosial praksis som skaper store emosjonelle og psykiske belastninger er: krig, arbeidsløshet, skilsmisse, immigrasjon, destruktiv konkurranse, fattigdom og diskriminering.

Betingelser for brukermedvirkning og en god terapeutisk relasjon

Ved å ta utgangspunkt i de høyere psykologiske funksjonene, altså i pasientenes språklige og følelsesmessige ytringer, kan pasientene delta på en annen måte i «behandlingen av seg selv». Dermed blir «brukermedvirkning» ikke bare et honnørord, men noe som kjennetegner relasjonen mellom terapeut og pasient. Denne relasjonen er avgjørende for et godt terapeutisk resultat.²⁶

Bruce Wampold, som har undersøkt hva som virker i psykoterapi skriver i boka «*The Great Psychotherapy debate*»:

«Den medisinske modellen hevder det er terapeutens medisinske ekspertise som betyr noe for utfallet av terapien: Hvor nøye følges manualen, behandlingsprotokollen og representerer manualen et valid og nyttig teoretisk perspektiv? Forskningsresultatene viser at behandling basert på denne logikken er irrelevant og at det å følge en manual er en dårlig løsning. Hvem terapeuten er betyr mer for resultatet. At terapeuten tror på behandlingen er viktig, og at det er en god relasjon eller allianse er avgjørende for resultatet. Alt dette støtter den kontekstuelle modellen.»²⁷

Pasientens stemme – hvor interessert er vi i den?

Den beste måten å beskrive psykiske lidelser på er kanskje å gi ordet til den gale selv? Dette er blitt mer og mer vanlig innenfor bestemte vitenskaps-tradisjoner, blant annet som en reaksjon på den nevnte reduksjonistisk beskrivelsen av lidelser som sykdommer i nervesystemet, hormonsystemet, som organ- eller maskinfeil der pasienten som helt menneske i en sosial og kulturell kontekst ikke (lenger) eksisterer.

De som er opptatt av pasientenes stemme mener den lidende snakker autentisk om sin opplevelse, mens andre snakker om lidelsen eller sykdommen i konstruerte allmennbegreper, for eksempel som diagnoser. Foucault var en av dem som etterlyste de gales egen stemme, og mente den var viktig for behandlingen. Når pasientene selv beskriver hva lidelsene skyldes og hva som har hjulpet dem i behandlingsapparatet fokuserer de ikke på sykdom og patologi, medisiner og terapi, men på dagligliv, jobb og ressurser, terapeuter med tålmodighet og tid, som også hjelper med å løse dagligdagens små problemer, og som «stiller opp».²⁸ Ord og uttrykk pasientene ofte bruker for å beskrive opplevelsen av å være hjulpet er:

Føle seg trygg, Få oppmuntring, Bli akseptert, Få bekreftelse fra andre, Være til nytte, Ikke være alene, Mulighet til å åpne seg, Sjanse til å tie og bli forstått, Hjelp til arbeide seg gjennom det vanskelige.

Pasienter med gode terapeutiske erfaringer opplever et menneske som gir dem tillit og bekreftelse, og har tid og tålmodighet til å være hos dem over lang tid, og som skaper en atmosfære av åpenhet.

I pasientenes fortellinger spiller medisineren en beskjeden rolle ved positive opplevelser. Ekspertkulturenes bidrag til bedring er overvurdert, skal vi tro disse pasientene. Noe tyder på at terapeuter blir så opptatt av å praktisere sin spesialiserte ekspertkunnskap at de glemmer eller unnlater å være medmennesker overfor pasienter med lidelser som kanskje ikke trenger medisinsk spisskompetanse, men holdninger og tid til å gi trøst, støtte og oppmuntring. Som også Habermas sier, må det ikke-profesjonsorienterte språket oppvurderes i møtet og i samtalene med pasientene, bare slik kan en nå fram og få i gang en dialog om det pasientene har på hjertet, og på den måten påvirke de høyere psykologiske funksjonene som i neste omgang etablerer nye synaptiske mønstre i hjernen.

Ved kommunikasjon på pasientens språklige premisser påvirkes de psykologiske funksjonene og dysfunksjonene. Det ikke-profesjonelle så vel som det profesjonelle språket er verktøy for dialogen der en konstruerer virkeligheten på hver sin måte. For å nå fram til pasientenes konstruksjon av seg selv og sin verden må utgangspunktet for konversasjonen tas i hans eller hennes virkelighetsoppfatning og språklige fremstilling av den. Pasientens hverdags-språk må derfor prioriteres dersom en skal nå fram til deres psykologiske funksjoner og dysfunksjoner. Profesjonalitet handler om å forstå den andre,

deres psyke og sjelsliv, fantasier, tankemønstre, impulser og reaksjoner, kort sagt deres høyere psykologiske funksjoner. Det er kanskje vanskelig å forene spisskompetanse og langvarig profesjonsutdannelse med noe så hverdagslig og selvsagt som trygg relasjon, oppmuntring, tillit og bearbeiding av traumer.

Mange pasienter og tidligere pasienter mener psykoterapien har hjulpet dem. Særlig det å bli behandlet med respekt, empati, forståelse, at noen hørte etter og interesserte seg for dem trekkes fram som terapeutens bidrag til bedringsprosessen. Det var ikke først og fremst teknikkene eller metodene som var viktig, men konversasjonen og dialogen med et lyttende menneske som forsto dem. De som opplevde en genuin interesse for dem selv som person, at noen forsto dem, opplevde oftere enn de øvrige starten på en god prosess. For å forstå andre mennesker må vi lytte til hva de sier, føler og tenker og ta utgangspunkt i de høyere psykologiske funksjonene som endres med kulturelle verktøy gjennom aktivitet.

Terapeutiske forsøk

Også i Norge har psykiatere og andre medisinere i mer enn 150 år forsøkt å finne sinnssykdommenes årsaker. Tallrike forskningsprosjekter er gjennomført, og et utall vitenskapelige forklaringer er lansert. Men fortsatt er de viktigste spørsmål ubesvart: Hva er årsakene til psykiske lidelser? Hva er egentlig psykiske lidelser?

Legevitenskapens jakt på årsaker har vært kronet med hell i ett tilfelle. I 1917 kom et gjennombrudd for en bestemt, men atypisk sinnslidelse, nemlig syfilis. Den hadde en bakteriologisk årsak og kunne behandles med antibiotika. Dette medførte stor optimisme for medisinske løsninger. En rekke remedier for å kurere «sykdommene» ble utprøvd på sinnssykehusene i Norden, blant annet feberfremkallende kjemikalier, matsalter, hormoner, vitaminer og blodtransfusjon. Andre steder var det mange som tenkte seg at sinnssykdom satt i en kroppsdel. På leting etter giftens utspring fjernet man både eggstokker, blindtarmen og tenner.

Forestillingen om en «psykisk sykdom» henter støtte hovedsakelig fra sykdommer som syfilis eller forgiftninger. De forårsaker også forstyrrelser i tenkning og atferd, men er «egentlig» sykdommer i hjernen. Fremdeles tror noen at alle psykiske lidelser og dysfunksjoner er av denne typen, at det vil bli funnet en biologisk/nevrologisk defekt for alle tanke- og følelsesforstyrrelser. Mange har klokketro på at patologiske mekanismer vil bli avslørt gjennom medisinsk forskning samtidig som medisinalindustrien vil finne botemiddelet i form av nye piller. Hittil er mange blitt skuffet.

NOTER

- 1) Lev Vygotskij, *Thought and Language*. (Edited by A. Kozulin.), The MIT Press, Cambridge, MA 1986.
- 2) Vygotskij brukte Hegels begrep *oppheve* for å betegne omformingen av de lavere, biologiske funksjonene til kulturelt bestemte funksjoner. Den betingede refleks, for eksempel, «kopieres» i intellektuell virksomhet, og er samtidig både tilstede og ikke tilstede.
- 3) Se også A. Kolstad, *Psykologiens Mozart. Impuls*, 59, (1), 2005, s. 45-48.
- 4) Lev Vygotsky, *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1978.
- 5) Alexander Luria (1902-1977), en innflytelsesrik russisk psykolog, møtte Lev Vygotskij i 1924. Sammen med Alexei Leontiev utformet de en ny tilnærming til psykologien som gjorde det mulig «å oppdage hvordan naturlige prosesser som fysisk modning og sansing ble forbundet med kulturelt bestemte prosesser og skapte høyere psykologiske funksjoner hos voksne mennesker» A. Luria, I R. A. Luria, *The making mind: A personal account of Soviet psychology*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1979, s. 43.
- 6) A. Luria, *Cognitive Development. Its Cultural and Social Foundations*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1976
- 7) Noen hovedoppfatninger:

Biologiske forklaringer: Psykiske lidelser skyldes en hjerneskade, kjemisk ubalanse i transmittersubstansene, altså de stoffene som overfører informasjonen mellom hjernecellene/nevronene. Der er det elektrokjemiske prosesser, og mye avhenger av den kjemiske sammensetningen av de stoffene som overfører informasjon. Også hormonsystemet kan både direkte og indirekte antakelig ha betydning for hvordan vi tenker og føler og handler. Et spørsmål er imidlertid om disse biologiske endringene/anomaliene er primære, eller om de er et resultat av tankeprosesser og følelsesblokkeringer. Det spørsmålet er det stor uenighet om. Uenigheten handler ikke om tankene og følelsene, altså de høyere psykologiske funksjonene, nødvendigvis viser seg også gjennom aktivitet i hjernen.

Psykologiske forklaringer: Psykiske lidelser er primært knyttet til de høyere psykologiske funksjonene, til bevisstheten med alle dens lag, til tanker, språk og følelser. Bevisstheten og de høyere psykologiske funksjonene er det ikke-materielle motsvar til hjerneaktiviteten. Den masse/energi som finnes i de høyere psykologiske funksjonene er like reell som de materielle hjernestruktur-ene og den kjemiske aktiviteten naturvitenskapene konsentrerer seg om. Virksomheten i bevisstheten, de høyere psykologiske funksjonene har mange navn: sjel, ånd, sinn, sjelsliv, følelser, intensjoner, fornemmelser, tanker.

Miljømessige forklaringer: Psykiske lidelser skyldes ytre omstendigheter mennesket lever under, sosiale, samfunnsmessige, fysiske, natur og estetikk. Vær og vind, forurensning, miljøgifter. Kan forstyrre den kjemiske balansen i kroppen, eks. med blyforgiftning som påvirket barns lære- og konsentrasjons- evne, tynnere og maling som løser opp fett i hjernen og endrer transmittersubstansene.

Arvelige forklaringer: Psykiske lidelser skyldes i stor grad genetiske feil og disposisjoner. Gener disponerer for spesielle hjernestrukturer/funksjoner, for hormonsystemet, altså den «kjemiske balansen i kroppen». I forbindelse med arvelighetens betydning har det vært reist spørsmål om arv har like stor

betydning for patologiske som for normale personlighetstrekk, med andre ord om arv har mest betydning for trekk innenfor normalområdet, mens psykososiale belastninger kan være avgjørende for utvikling av trekk av mer patologisk karakter.

- 8) Den biologisk eller nevrobiologiske tradisjonen i psykiatrien har hatt varierende tilslutning. En lederartikkel i *Psychiatric Bulletin* fra 2000 (24, 1-3) tar for seg motesvingingene i det 20. århundrets psykiatri:

I årene før første verdenskrig flyktet mange psykoanalytikere til USA, og i 1940-årene bodde de fleste psykoanalytikerne der. En ny æra og optimisme ble innledet. Oppfatningen var at psykiske lidelser ble skapt av samfunnsforholdene og at de også kunne avskaffes ved å endre sosiale og samfunnsmessige forhold. Freuds reservasjon om at psykoanalysen ikke kunne behandle psykoser mistet snart betydning, og mange trodde verdens ondskap kunne utryddes ved psykoterapi, at personligheten kunne «reskulptureres» og styrke folks mentale helse.

Psykoanalytisk orienterte terapeuter hadde kontroll over amerikansk psykiatri i tiåret før introduksjonen av psykotrope medikamenter. I 1962 var 59 av 82 psykiatriske instituttet ledet av en psykoanalytiker. Alle videreutdanningsprogrammer tok utgangspunkt i analytiske prinsipper og 13 av de 17 mest anerkjente lærebøker var psykoanalytiske. Lederen for the National Institute of Mental Health skrev: «Mellom 1945 til 1955 var det omtrent umulig for en ikke-analytiker å bli instituttleder eller professor i psykiatri». Reaksjonen på denne dominansen kom utover i 1960- og 70-årene. DSM III, som kom i 1980, er sett på som triumfen til en neo-Kraepelinsk revolusjon i amerikansk psykiatri, og åpnet for en klar favorisering av en biologisk psykiatri, på bekostning av en analytisk. Budskapet var at psykiatriens «business» var å behandle sykdommer, i motsetning til den psykoanalytiske agenda som par preg av et korstog for at psykiaterne skulle forandre verden. Utover i 1990-årene var psykofarmakologien og biologisk psykiatri på full fart fremover, og dominerer nå amerikansk psykiatri. Muligheten for at en ikke-nevrobiolog skal bli instituttleder i USA i dag er liten, og ikke særlig mye større i England. Lærebøkene har en nevrovitenskapelig tilnærming til psykiatrien. Mens APA engang var dominert av psykoanalytikere, så er det nå den farmasøytiske industri som sponser store deler av virksomheten. I England har utviklingen vært den samme.

- 9) P.A Ringen, og Alv Dahl, «Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?» *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr 20, 2002;122: 2024-7.
- 10) Ringen og Dahl, op. cit.
- 11) Hjernen er fantastisk kompleks og det er arrogant å tro at vi forstår så mye. Det er uendelig mange frihetsgrader. Det er 20 milliarder nevroner (nerveceller) i menneskets hjernebark. Hver nervecelle kontaktes av mange tusen andre, og kontakter selv mange tusen. (Synapser: Stedet hvor 2 nerveceller forbinder seg med eller påvirker hverandre. Nerveblærer med transmittersubstans frigjøres ved kontakt mellom nevroner. Transmittersubstansene endres ved medisiner. Det er flere koplinger enn det er stjerner på himmelen eller sandkorn i Sahara. Forbindelsene mellom hjernecellene endrer seg ved aktivitet, og dermed endrer hjernens struktur seg.
- 12) Se A. Kolstad, «Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt?» *Psykisk helsearbeid*. 2004, 1, 1, 13-27.
- 13) Ringen og Dahl, op.cit.
- 14) Ringen og Dahl, op. cit.

- 15) Blant psykiatere er dette et stadig vanligere standpunkt. I en lederartikkel i *American Journal of Psychiatry*, med tittelen «Hva er psykiatri» defineres psykiatri som den medisinske spesialiteten som behandler forstyrrelser i bevisstheten (*mind*), og der *mind*, eller bevissthet er beskrevet som «et uttrykk for aktiviteten i hjernen». Tilsvarende har Eric Kandel, i samme tidsskrift skrevet at «alle psykiske prosesser... skriver seg fra aktivitet i hjernen.» Selv om disse forfatterne ikke nødvendigvis har ment det sånn, så understreker deres måte å formulere seg på at bevisstheten (*mind*) i hovedsak er en refleksjon av hva som foregår i hjernen. Det sosiale innholdet i bevisstheten er utelatt. Tilsvarende har psykiatrien utviklet seg i en biomedisinsk retning både når det gjelder diagnostisering og behandling. Enkelte har derfor villet omdøpe psykiatrien til «klinisk nevrovitenskap».
- 16) Sammenraget av Roger Sperry's posisjon er fra R. Sperry, *Science and Moral Priority*. Basic Blackwell, Oxford 1983.
- 17) T.S Szasz, *The Myth of Mental Illness*. *The American Psychologist*, Febr., 1960, 113-8, og T.S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (revised Edition). Harper and Row Publ, New York, 1973.
- 18) T.J. Scheff, *Being mentally ill: A sociological theory*. Aldine, Chicago 1966.
- 19) Svein Haugsgjerd, *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Pax forlag, Oslo 1990.
- 20) Haugsgjerd, ibid.
- 21) Haugsgjerd, ibid.
- 22) Haugsgjerd, ibid.
- 23) Se f. eks. A. Kolstad, «Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske dysfunksjonenes sosiokulturelle grunnlag.» I A..J.W. Andersen og B. Karlsson (red) *Psykiatri i endring*, Gyldendal, Oslo 1998.
- 24) Carl Ratner, *Sociohistorical Psychology and its Contemporary Applications.*, Plenum Press, New York 1991.
- 25) Ratner, ibid.
- 26) Se M.J. Lambert, «Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration» I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (eds). *Handbook of Psychotherapy Intergration*. Basic, New York 1992.
- 27) B.E. Wampold, *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*, Lawrence Erlbaum Ass., London 2001.
- 28) Ragnfrid Kogstad har sett på hva 1000 medlemmer av Mental Helse synes om behandlingen de har fått. Pasientene har skrevet «vendepunktshistorier»: en positiv og en negativ opplevelse de har opplevd i møtet med den psykiatriske helsetjenesten og som har bidratt til at de hadde fått det betydelig bedre eller verre. Se R. Kogstad, *Turning points – medical cure or steps closer to the experience of meaning?* U publ. manus. Høgskolen i Telemark, 2002

Marit Borg har studert pasientenes egne beskrivelser av bedringsprosesser («recovery»), basert på intervjuer med tidligere pasienter. De fleste beskrev bedringsprosessen som en slags reise som hadde vært både lang og tøff, med frykt, kaos, ensomhet, håpløshet og angst i perioder. Mange ville tidligere blitt kalt kronikere, pasienter som måtte finne seg i sin sykdomsskjebne. Se M Borg, & K. Kristiansen, «Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services». *Journal of Mental Health*; 2004, 13(5): 493 – 505.

Kjell Underlid

FATTIGDOM OG HELSE – REFLEKSJONAR OG EMPIRISKE FUNN

Innleiing

Tittelen på denne artikkelen, *Fattigdom og helse*, er uvanleg ambisiøs. Det kan skrivast tjukke bøker om fattigdomsogrepet, om helseogrepet og om samanhengane mellom fattigdom og helse, og likevel risikerer ein at framstillingane vert overflatiske og ufullstendige.

Det er påvist dramatiske helseskilnader mellom ulike sosioøkonomiske grupper, i Noreg¹ og internasjonalt². Sjølv om dette er ein gradient som gjer seg gjeldande for heile folket, representerer dei fattige den ytterpolen som vert hardest ramma. I *Oslo-undersøkelsen* viste det seg til dømes at fattige menn på Oslo austkant i gjennomsnitt døydde 7,2 år tidlegare enn velstående menn på vestkanten i same by. Dei var også overrepresentert i nesten alle sjukdomskategoriar.

Avdi dette emnet er så viktig og relevant – fattigdom er det største og eldste av dei sosiale problema, og dei helsemessige konsekvensane av fattigdom er omfattande – er det eit markert behov for ytterlegare forskning og teoribygging på området. Eg skal i det følgjande gjere greie for ståstad, utviklingsposisjon, strategiske val og avgrensingar i mitt eige forskingsprosjekt.

Som sosialpsykolog var eg oppteken av *fattigdommens psykologi*, dvs. korleis fattigdom vert *opplevt* av dei fattige sjølve. Avdi eg forstår fattigdom som eit materielt fenomen – fattige er dei som mottek minst i den samfunnsmessige fordelinga av materielle gode – er eg ikkje oppteken av opplevingar som er frikopla og lausrivne frå den materielle situasjonen ved fattigdom; det er tale om *fattigdomsrelaterte* opplevingar. Difor vart materielle levekår kartlagt inngåande i studien, og desse vart relatert til opplevingar og vice versa. Men opplevingar ved fattigdom er også viktige i seg sjølv; fattigdommen sine menneskelege kostnader i eit land som Noreg er i stor grad av psykologisk karakter.

Det finst ulike måtar å få tilgang til opplevingar av fattigdom – ein kan (som i denne studien) t.d. samtale med fattige og få dei til å fortelje om opplevingane sine. Men ein kan også granske historisk litteratur, språk, skjønnlitteratur og ordtak og munnhell for å få ei forståing av den subjektive meining som fattigdom har hatt og har.³

Opplevingane av eigen fattigdom rører ved mental eller psykisk helse, og særleg kjensleladde opplevingar (som eg er spesielt oppteken av). Fokuset på mental helse inneber *ikkje* at eg ser bort frå fysiske helseproblem ved fattig-

dom; det er meir eit uttrykk for eigen fagleg bakgrunn. Det er elles kjent frå faglitteraturen at det er nære samanhengar mellom psykisk og fysisk helse. Sjølv om temaet for denne artikkelen er fattigdom og helse, må ein vakte seg mot eit syn som går ut på at fattigdom i seg sjølv er eit helseproblem. Fattigdom er eit sosialt problem som primært må forståast økonomisk, samfunnsmessig, sosialt, kulturelt og ikkje minst politisk, og kan ikkje reduserast til eit medisinsk, psykiatrisk eller psykologisk fenomen, sjølv om fattigdommen har medisinske, psykiatriske og psykologiske konsekvensar. I forståinga av og i møtet med dei fattige må ein også unngå medikalisierende, psykiatrisierende, patologiserande og psykologiserande perspektiv og praksisar – sjølv om fattige sine helseproblem må diagnostiserast og behandlast (på same måte som for alle andre). Difor må helsefokuset vere berre eitt av mange andre perspektiv og tilnærmingar i fattigdomsforskinga.

Opplevingar må heller ikkje forståast som det einaste legitime og relevante forskingstemaet i fattigdommens psykologi; frå ein sosialpsykologisk synsvinkel kunne ein like gjerne teke for seg t.d. verksemd eller *praksis* (individuell og kollektiv). Det var likevel opplevingar som vart valt som primær innfallsvinkel i dette forskingsprosjektet.

Med dette utgangspunktet – fokus på opplevingar av fattigdom – vert det naturleg å vende seg direkte til dei fattige sjølve – som på eit vis er dei eigentlege fattigdomseksperterane i så måte. I studien føretok eg lange og inngåande intervju med *langtidsmottakarar* av økonomisk sosialhjelp ved eit sosialkontor i ein bydel i Bergen. Dei fleste av intervjuja, som strekte seg over eit halvt år ved overgangen til dette hundreåret, føregjekk i heimane til dei fattige. Til saman 25 sosialhjelpsmottakarar vart intervjuja. Levekåra vart og kartlagt kvantitativt. Det er tale om eit djupneddykk i fattigdommens psykologi, med stor tematisk breidde, men med eit relativt lite antal respondentar.

Studien innebar også ein freistnad på å etablere *nærleik* til dei fattige og til fattigdommens «lukt og smak». Eit slikt nærleiksperspektiv og ein slik nærleikspraksis bør vere eit sentralt element i fattigdomsforskinga, men denne forfattaren vil også forsvare meir distanserte perspektiv og praksisar. Igjen bør det ikkje vere tale om anten – eller, men både – og. For nærare omtale av metodisk tilnærming, sjå Underlid⁴.

Den typen fattigdom som er granska i dette forskingsprosjektet kan kallast *relativ fattigdom i eit rikt velferdssamfunn*. Det er ein annan type fattigdom enn den absolutte og ekstreme fattigdommen som vi kjenner frå tidlegare tider og frå u-landa⁵. Slik fattigdom skil seg også frå den fattigdommen som ein kan observere i ghettoane i storbyar i rike kapitalistiske land som t.d. USA og Storbritannia. Slik fattigdom har blitt kalla «den moderne fattigdommen» eller «nyfattigdom»⁶. Generelt må fattigdom alltid forståast konkret – ut frå historisk, samfunnsmessig, politisk og kulturell kontekst. Dette gjeld også når ein skal analysere samanhengen mellom fattigdom og helse.

Empiriske funn

I analysen av det rikhaldige datamaterialet frå intervjua var det fire tema som utkrystalliserte seg, og som kan oppfattast som *essensar* i fattigdommens psykologi, i alle fall når det gjeld den typen fattigdom som vart studert og dei aktuelle kontekstane som slik fattigdom kan relaterast til.

Opplevd utryggleik

Respondentane kjende seg utrygge med tanke på framtida, og rapporterte at dei økonomiske problema medverka til slik utryggleik. Det var ein markert sprik mellom faktisk situasjon og slik dei gjerne skulle ønskt at det var på dette området. Dei økonomiske problema forverra fryktrelaterte plageområde: Bekymring eller uro, redsle eller angst, nervøsitet, indre uro og plutselig frykt utan grunn. Dei økonomiske problema medførte at mange kjende seg meir nervøse, redde, skjelvne og skremde. Respondentane sleit med økonomiske bekymringar.

Opplevd utryggleik ved fattigdom kan bli aktivert av *konkrete hendingar og livsrøynsler*. Det kan til dømes gjelde avslag på søknader om hjelp frå sosialkontoret. Kritikkk og irettesetjing frå sosialkontoret si side kan også skape utryggleik, og særleg når dette vert opplevt som urimeleg. Andre hadde fått tryggleikskjensla skaka av di dei hadde blitt offer for nitid kontroll. Sosialkontoret har til dømes tilgang til klientane sine kontoutskrifter. Fleire hadde opplevt å bli «straffa» for ekstraintekter ved at dei vart trekt tilsvarande frå sosialkontoret. Slik «byråkratisk logikk» vart ofte ikkje forstått av respondentane, og kunne verke skremmande, særleg når slikt kom uventa. Det er nesten noko bibelsk over dette – at dei som har lite, skal bli fråteke det vesle dei har.

Ymse forslag frå sosialkontoret, som kunne liggje i ei gråson mellom råd, krav, vilkår, direktiv og trugsmål, kunne skremme respondentane – til dels veldig. Dette kunne til dømes gjelde framlegg om å selje husvære, bil eller anna. Særleg for dei som hadde mindreårige barn kunne dette opplevast særst traumatisk. Somme fortalde om opplevingar av utryggleik i tilknytning til at dei hadde måtte kvitte seg med gjenstandar, til dømes musikkanlegg, fjernsyn, pynteting og arvegods. Å få telefonen avstengd på grunn av manglande betaling kunne vere ei skremmande oppleving. Inkasso og kreditorar var ord som hadde om lag den motsette effekten av ein Valium-tablett.

Opplevd utryggleik var også knytt til *utryggleiksskapande trekk ved livssituasjonen*. I motsetning til vanlege lønsmottakarar, som får løna si til faste tider utan å måtte føreta seg noko spesielt, er sosialstønadens behovsprøvd og noko som ein stadig må be og søke om. Og søknader om slik hjelp vert til dels vurdert ut frå skjøn, og dei kan bli avslått, redusert eller knytt til vilkår. Det vert mykje uviss venting og usikker «runddans». Respondentane fortalde om redsle for kontroll, ettersyn og for å bli «tatt». Andre kjende

seg rettslaus på sosialkontoret. Møtet med eit uoversiktleg, komplisert, fragmentert og til dels motstridande hjelpeapparat kan også gje opphav til at ein opplever utryggleik. Ofte kjendest sakshandsamarane lite tilgjengelege. Det er difor ikkje til å undrast over at mange kvir seg for å gå på sosialkontoret. Mykje vert opplevd som uføreseieleg i møte med sosialkontoret. Somme var redde for å møte kjende på sosialkontoret. Andre fekk aktivert skjemaskekk, som kunne vere basert på ei kraftig emosjonell overbygning over eigen dysleksi, i samband med denne klientrolla.

Det er noko paradoksalt over all denne utryggleiken som respondentane fortel om i møtet med sosialkontoret. Denne instansen skulle jo nettopp skape tryggleik. Likevel opplevde mange av respondentane sosialkontoret som ei utrygg sone og som eit ringt tryggingsnett. På same tid er dei avhengige av sosialkontoret, dei må nytte dei tenestene som kontoret yter, og konsekvensane av å ikkje få hjelp herifrå kan vere fatale.

Som langtidsmottakar av økonomisk sosialhjelp er det vanskeleg å få låne pengar, dei har ikkje lov til å eige og sparing er uaktuelt av fleire grunner. Dei har såleis ikkje nokon pengereserve å møte ein «regnfull dag» med. Fleire var inne på kva pengane har å seie for tryggleiken. Men også materielle eigneluter, og særleg husvære, kan vere ei viktig kjelde til tryggleik. Busituasjonen til respondentane var ofte særst utrygg; huseigarane risikerte å måtte kvitte seg med husværet og leigebuarar hadde i mange tilfelle eit usikkert leigeforhold. Men også bumiljøa kunne vere prega av mykje utryggleik, til dømes kriminalitet. Somme hadde dessutan farlege buforhold. Også andre materielle eigneluter enn husvære kan vere ei viktig kjelde til tryggleik, og mangel på slike eigneluter, eller at ein risikerer å misse dei, kan avle utryggleiksopplevingar. Mange frykta at dei måtte kvitte seg med gjenstandar som dei var glad i. Formuessituasjon vart ofte trekt fram i samband med barna sine behov og interesser – på kort og på lang sikt.

Respondentane sleit også med gjeld – gjeld som uansett storleik praktisk talt var uhandterbar på grunn av dei små inntektene og fordi dei hadde vondt for å få utgifter og inntekter til å gå i hop. Gjelda kunne kaste lange skuggar og kjendest som ein «klamp om foten».

Dei levde under det som vart opplevd som eit knappleikstyranni. Det vart ein balansegang mellom utgifter og inntekter, og det var mange små «tuver» som truga med å velte «lasset», til dømes ei uventa rekning. Det er lite å «gå på» og livet vert som ein linedans. Slik økonomisk knappleik gjev opphav til «tankekøyr», utryggleik, sut og engstelege kjensler. Det kan også vere knytt utryggleiksopplevingar til sut for det daglege brød og for matmangel. Det tomme kjøleskåpet var tidvis ein realitet for somme. Kosthaldet vert lett skrøpeleg og usunt. Mange hadde vanskar med utgifter til helsevesen og medisin. I lys av slike tilhøve er det ikkje underleg at somme var inne på den tanken at fattigdommen kunne verke undergravande på deira eigne objektive interesser på lengre sikt.

Somme gav uttrykk for meir generelle og samansette utryggleiksopplevingar, og desse kunne bli omtalt i eit rikt metaforpråk, som symjetur med drukningsfare og fjellklatring der underlaget brått sviktar.

Svekt autonomi

Det var mangt respondentane heilt eller delvis ikkje hadde råd til: *a)* Erstatte utslitne møblar; *b)* ei vekes ferie utanfor heimen; *c)* gå på teater, konsert eller ballett; *d)* ete på restaurant, kafé e.l. minst éin gong i månaden; *e)* abonnere på ei dagsavis; *f)* reise på besøk til familie, vener og slektningar i andre kommunar; *g)* drive med hobbyar/fritidssyslar (ikkje i lags- og organisasjons-samanheng); *h)* utføre nødvendige reparasjonar eller vedlikehald; *i)* delta i lags- og organisasjonssamanheng; *j)* halde barna med like mykje lomme-pengar som jamaldringar; *k)* gå på kino; *l)* kjøpe nye, ikkje-brukte klede; *m)* bruk av alkohol eller tobakk; *n)* ha vener med heim til eit måltid eller selskap; *o)* ete fisk eller kjøt kvar andre dag; *p)* feire jul; *q)* ete ein skikkeleg sundags-middag kvar sundag; *r)* feire fødselsdagar; *s)* ete varm middag kvar dag; *t)* gje gåver ved fødselsdagar eller ved andre høve, *u)* halde bustaden passe varm. Det var variasjon her; somme hadde i større grad råd til slikt enn andre.

Respondentane vart såleis i stor grad hindra frå å ta del i aktivitetar, skikkar og gode som elles er vanleg i det norske samfunnet. Det er tale om mangelfull *sosial deltaking*, sosial *marginalisering* og *ekskludering*. Dei vart ofte hindra frå å gjere ting som dei likte, og måtte ofte gjere ting som dei mislikte, av økonomiske grunner. Dei økonomiske problema verka i stor grad passiviserande.

Respondentane opplevde også at dei økonomiske problema medverka til sprik mellom faktisk og ønskt situasjon på ei rekke ulike livsområde av psykososial karakter som rører ved autonomi. Slik økonomisk betinga *ideal-rolledeprivasjon* vart i større eller mindre grad identifisert på følgjande område: *a)* Oppleving av å komme vidare i livet; *b)* oppleving av å kunne planleggje livet sitt; *c)* oppleving av å drive med interessante ting; *d)* opplevd høve til å drive med ting som gjev ein glede; *e)* opplevd høve til å realisere livsmåla sine; *f)* oppleving av at ein i dagleglivet står fritt til å gjere som ein vil; *g)* kor stor del av tida som er fylt med ulike gjeremål; *h)* kunne gjere ting på sin eigen måte; *i)* opplevd høve til å lære nye ting eller tileigne seg nye dugleikar; *j)* kor fysisk aktiv ein er; *k)* oppleving av å få bruk for sine beste evner og dugleikar på det ein no driv med; *l)* oppleving av at det ein driv med er meningsfullt og nyttig; *m)* oppleving av at ein no gjer viktige ting, slik at andre legg merke til ein og respekterer ein for det ein gjer; *n)* oppleving av at verksemda som ein driv med, gjev resultat av verdi for ein sjølv eller andre; *o)* opplevd høve til å snakke med andre menneske og nyte samværet med dei; *p)* opplevd høve til å innverke på sin eigen og medmenneske sin livssituasjon; *q)* opplevd høve til diskutere problema sine med folk rundt seg når ein kjenner seg nedfor eller når noko plagar ein. Desse resultatane, som er

basert på faste spørsmål med faste svaralternativ, viser korleis pengemangel ved fattigdom rører ved psykososial behovstilfredsstilling over eit breitt spekter. Ein skulle dvele ved kvart punkt, og reflektere over den djupe menneskelege meininga som fattigdommen får; til dømes rapporterte samtlege bortsett frå éin at den vanskelege økonomiske situasjonen reduserte det opplevde høvet til å realisere egne livsmål. Frå ein mellomklassesynsvinkel kan det sikkert vere vanskeleg å fatte dei menneskelege implikasjonane.

Respondentane rapporterte om *konkrete hendingar* og viste til *spesifikke røymsler* i kontakten med sosialkontoret som vart opplevt som lite autonomistøttande eller beint fram autonominedbrytande. Til dømes vart mange søknader om hjelp avslått, stundom med fatale konsekvensar for livsutfolding. Avslaga kunne gjelde hjelp til å realisere livsprosjekt og å komme seg vidare i livet. Andre hadde blitt bedt om å kvitte seg med eigneluter som var viktige for sosial deltaking. Også mangelfull informasjon om rettar kan svekke sjølvstendet til sosialklientane. Mange opplevde avmakt, ulikeverd og audmjuking i møtet med sosialkontoret, som kan gjelde kontroll, avhengigheit og invadering av privatlivet. Somme trekte fram diagnostisering, klientifisering, patologisering og psykologisering som trugsmål mot autonomi og som eit slags disiplineringsmiddel. Sosialklientane vart også pressa inn i verksemdsformer som dei mislikte. Å måtte «slåst» mot eit stort og «firkanta» byråkratisk system kan vere døme på uønskt åtfærd som dei helst ville vore forutan. Sosialklientrolla inneber dessutan tiltak, arbeid for trygd og arbeidsmarknadskurs. Dette kan forståast som velmeinte hjelpetiltak, men vert ikkje alltid opplevt slik av brukarane av di det ofte er noko som dei ikkje har valt sjølve, men som er blitt pålagt som eit vilkår for å få sosialstønad. Tiltaksarbeidet kunne opplevast som meiningslaust, som urettferdig underordning og som utbytting. Også konsumentrolla, og uønskt åtfærd i samband med den, kan bli influert av sosialklientrolla. Å måtte handle på rekvisisjon vart opplevt som audmjukande.

Det vart også rapportert om opplevd autonomisvekking med omsyn til *inntektssituasjon og kjøpekraft*. Sosialstønaden er behovsprøvd og er av ulike grunner ei sær usikker inntektskjelde. Ein vanleg lønsmottakar kan leggje planar for framtida basert på ein nokså føreseieleg inntektssituasjon; sosialklientar er langt verre stilt i så måte. Dei har derfor langt mindre styring over sitt eige liv; dei er mindre autonome når det gjeld framtidsorientering. Sosialklientar kan nær draumar om ei lysare framtid, og har sjølv sagt sine ønske, voner og mål. Men slikt kan lett fordampe ved fattigdom, og resultatet kan bli motløyse.

Eit hovudkjenneteikn ved sosialstønaden er at inntektsnivået er sær lågt. Av di respondentane også levde i eit av dei dyraste landa i verda, som likevel bognar av eit veldig utval av varer i butikkane, opplevde dei knappleikstyranniet, som inneber ein økonomisk linedans der fallhøgda kan vere stor og marginane små; det er ei hårfin grense. Dette betyr innsnevra økonomisk

handlingsrom, eller autonomisvekking. Dette manglande handlingsrommet vart omtalt som ei oppleving av å kjenne seg «låst» eller «bunden på hender og føter». Det er eit liv med konstant «spinking og sparing» og nitid langtidsplanlegging der det vert investert mykje energi og kløkt. Alle forbrukarar, uansett inntektsnivå, må i større eller mindre grad prioritere. For respondentane i denne studien gjekk prioriteringa føre seg på eit særst lågt nivå, og kunne såleis få ei anna meining enn andre former for prioritering.

Slikt knappleikstyranni inneber mange konkrete aktivitetsavgrensingar (noko vi alt har vore inne på), som vil ha ulike subjektive meininger. For Ole (i 50-åra), med bakgrunn i borgarskapet, er det hardt å ikkje kunne nytte seg av kulturtilbod. Trine (i 30-åra) tykkjer at det verste er å ikkje kunne betale rekningane sine. Marit (i 40-åra) har helst dottera sine behov i tankane. For Steinar (i 30-åra) er det særst vondt at han ikkje har råd til å drive med sine gamle friluftaktivitetar. Martin (i 30-åra) er flink kunstmålar, men pengemangelen hindrar han i slik kunstnarleg utfolding.

Økonomien kunne jamvel bli så dårleg at dei ikkje hadde råd til å bruke dei materielle eignelutene som dei hadde. Fleire opplevde at dei ikkje kunne unne seg skikkeleg mat. Andre hadde ikkje råd til å bruke helsetenester eller kjøpe medisin. Den økonomiske knappleiken ramma også sosial deltaking over eit breitt spekter. Pengemangelen ser ut til å vere ein passiviseringsfaktor, men også ikkje-materielle faktorar av psykologisk karakter, som i større eller mindre grad er forbunde med fattigdommen, kan spele ei viktig rolle i ein slik samanheng. Handlingsbarrierar eller passiviseringsfaktorar av slik natur kan vere mangel på overskot, at alle kreftene vert brukt til å overleve økonomisk, dårleg helse, låg sjølvtilit, depresjon, angst, tap av inspirasjon, manglande tru på eiga meistringsevne no eller i framtida, sosial isolasjon, tvil eller ambivalens. Det kan lett bli ein vond sirkel, der ein ikkje ser utveggar, får «tunnelsyn» og ikkje orkar å tenkje på alt det vanskelege. Ein kjem inn i ein spiral og vert «låst» i sitt eige elende. Respondentane opplevde det uansett slik at ein ikkje kjem langt utan pengar i dagens samfunn. I den grad lags- og organisasjonsaktivitetar vert ramma, kan fattigdommen jamvel utgjere eit demokratisk problem.

Knappeleikstyranniet har ein psykologisk pris. Dei negative kjenslene som er knytte til knappleikstyranniet, kan bli kraftig intensivert i møte med materiell overflod og økonomisk meir heldigstilte personar. Refleksjonar over årsaks- og ansvarstilskrivning kunne influere på den kjenslemessige reaksjonen; om fattigdommen vert forstått som uttrykk for eigen svikt eller ei følge av samfunnsmessige tilhøve.

Sosialklientar har altså ikkje pengeformue, dei har ikkje høve til å spare og det er i praksis ofte uråd å skaffe seg pengar via låneopptak. Den økonomiske autonomien deira er såleis vesentleg svekt samanlikna med folk flest. Ein konsekvens av dette er at det vert vanskeleg å planleggje for framtida når det gjeld sentrale livsmål. Når dei mangla mange av dei gjenstandane som

folk flest har i det norske samfunnet, kunne dette hemme dei i livsutfoldinga deira og vanskeleggjere innfriing av sentrale rolleforpliktingar, t.d. som foreldre. Dette kunne til dømes gjelde bil og datamaskin.

Sosialklientane opplevde også autonomisvekking med omsyn til *buisituasjon*. Dei eigde vanlegvis ikkje bustaden sin, og dei som var hus-eigarar kunne gå i konstant otte for å misse husværet. Som leigetakarar hadde dei ofte ein usikker buisituasjon, og buforholda kunne ofte vere så skrøpelege at dette avgrensa høvet til sosial interaksjon og sosial utfolding. Det var mange forhold som sette grenser for autonom sjølvutfolding i heimen. Dei kunne vere prisgjevne rigide reglar, eller det kunne vere særst lydt. Det var smått med hage og romslege verandaer, hobbyrom eller kjellarstove å trekke seg tilbake til, eller gode rom der dei kunne lese i fred og ro eller more seg saman med kameratar utan at andre i hushaldninga vart innblanda i dette. Det er her tale om strukturelle barrierar som avgrensar utfolding i heimen. Også den «negative formuessituasjonen», gjeldsbøra, kunne svekke den personlege autonomien. Dei opplevde i mange tilfelle at dei ikkje hadde kontroll over gjeldssituasjonen sin – at dei ikkje hadde styring over sitt eige liv i så måte. Gjeldssituasjonen og gjeldshistoria kunne gje lite spelerom for dei i framtida. Gjelda kunne opplevast som eit «blylodd».

Somme av respondentane skildra opplevinga av autonomisvekking i generelle og samansette vendingar, og enkelte nytta metaforar for å kaste lys over opplevingane sine. Den tidlegare fjellklatraren samanlikna dette med ei steinhard rute i bratt fjell – med skrøpelege feste og dårleg klatretstyr. Fattigdommen vart også samanlikna med fengselsliv.

Sosial devaluering

Respondentane opplevde at dei vart sett ned på som fattige/sosialklientar; dei meinte at andre vurderte dei negativt. Dei kjende seg lite verdsett og respektert. Denne opplevinga bygde på ulike sosiale røynsler og slutningar.

For det første: Inntrykk av rådande syn på fattige som sosial kategori i samfunnet og direkte observasjon av kategorisk devaluering. Dei var medvitne om at dei hørde til ein sosial kategori som vert negativt evaluert av folk flest. I dagleglivet vart dei stadig mint om sin låge og lite verdsette sosiale posisjon, t.d. i møte med sosialkontoret og i forbrukssituasjonar. Det vart vist til ein historisk arv kjenneteikna av eit negativt syn på fattige. Fleire var blitt kjent med slike negative holdningar i sin eigen barndom og oppvekst, og via direkte og førstehandsobservasjon har dei blitt kjent med negativ omtale av sosialklientar som sosial kategori. Fleire var medvitne om fattige si sosiale plassering nedst i klassehierarkiet. Dei hadde eit relativt godt kjennskap til rådande skjema og sosiale representasjonar i det samfunnet og den kulturen som dei var ein del av.

For det andre: Andre menneske sin trulege kjennskap til respondenten sin fattigdom. For at den enkelte respondenten skal kjenne seg negativt vurdert

som fattig/sosialklient, er det ikkje tilstrekkeleg at andre har ei negativ evaluering av fattige/sosialklientar som sosial kategori; andre må også ha kjennskap til at vedkommande høyrer til denne kategorien. Sjølv om mange prøvde å løyne kategorimedlemskapen sin, til dømes ved at dei kunne gje seg ut for å vere studentar, pensjonistar e.a., vil mange likevel ha kjennskap til fattigdoms- og klientsituasjonen deira. Tilsette i helse- og sosialtenesta vil vite om det, likeins andre i dei primærgruppene som dei høyrde til. Andre vil vite det eller lett kunne slutte seg til det ut frå det dei er blitt fortalt av respondentane sjølv eller andre, informasjon om at ein ikkje er i arbeid eller under utdanning, men likevel må ta imot ei eller anna form for inntekt ut frå forbruket som ein har, at ein er blitt observert på veg til eller frå sosialkontoret, har openberr livsstilsdeprivasjon, bur i kommunalt husvere el.a. Andre menneske sine aktuelle skjema, sosiale representasjonar, fordommar og stereotypiar vil kunne støtte opp under slike slutningar; dei vil også hente si næring frå andre prosessar knytt til sosial kognisjon og tenking, nemleg sosial kategorisering og tilskrivning av årsak og ansvar (attribusjonsteori).

For det tredje: Makt og avmakt, ulikeverd, ressursallokering, relativ deprivasjon og sosial marginalisering. Dette gjeld respondentane sin sosiale situasjon, slik han vert opplevd av dei sjølve. Respondentane opplevde avmakt i møte med tilsette på sosialkontoret, og fleire meinte at dei vart utsett for vilkårleg skjøn. Dei visste ikkje kva som vart utfallet av søknaden, og stønad vart ofte avslått, redusert eller knytt vilkår til. Det vart også rapportert om manglande resiprositet i møte med sosialkontortilsette, og enkelte opplevde ulikeverd i samband med arbeid for trygd. Dei vart pålagt å utlevere seg, dei kunne oppleve at privatlivet deira vart invadert, og dei kunne kjenne seg utsett for detaljkontroll. Enkelte opplevde at dei legitime rettane deira som samfunnsborgarar vart krenkt i møtet med sosialkontoret, og også meir allment – i roller som låntakar, sparar og eigedomseigar. Meir allment opplevde dei at dei hadde mindre tilgang til gode enn andre samfunnsmedlemmer. Respondentane kunne også oppleve at dei ikkje hadde råd til aktivitetar som kunne gje vørndnad. Fleire var medvitne om at heimen og strøket kanskje ikkje var av beste slag. Dei var også generelt merksame på pengane si rolle i samband med vørndnad i vårt samfunn. Personlege eigner har ein viktig sosial og symbolsk framvisingsfunksjon som definerer kven ein er sett i forhold til den sosiale omverda og er del av det utvida sjølvet.

For det fjerde: Eiga åtferd som er uønskt, og som impliserer låg sosial posisjon og lite vørndnad. I motsetning til vanlege lønsmottakarar og trygda må sosialklientar søke om behovsprøvd stønad via det dei ofte opplever som ein audmjukande kanossagang der dei må vere i kontakt med eit komplisert og ofte lite imøtekommande byråkrati. Dei opplevde at dei ofte måtte be, tryggle, kanskje truge, og enkelte kjende seg som tiggjarar. Den låge sosiale posisjonen deira kunne også bli kommunisert via urimeleg mykje venting på

sosialkontoret. Handling på rekvisisjon vart opplevd som audmjukande, og dei kjende seg sett i ei sosial knipe. Dei opplevde ofte rolla som konsument som sosialt degraderande, og dei opplevde at dei kom til kort i forhold til vanlege forbruksstandardar. Fleire opplevde audmjuking i samband med handtering av inkassokrav og mislikte å måtte utlevere seg på offentlege kontor. På same måte som vi i følge Bem⁷ sin teori om sjølvpersepsjon har ein tendens til å slutte oss til våre eigne holdningar ved å sjå på vår eiga åtfærd, kan ein også tenkje seg at vi sluttar oss til kva slags holdningar andre har til oss ut frå sjølvobservasjon av vår eiga åtfærd og omstenda kring denne, anten andre faktisk er til stades eller ikkje.

For det femte: Åtfærd frå andre som impliserer devaluering. Fleirtalet av respondentane kjende seg dårleg behandla på offentlege kontor, særleg sosialkontoret. Dei rapporterte om ei ovanfrå-og-ned-holdning der dei kjende seg behandla som eit null og som sosialt mindreverdige, og dei opplevde ein gniarmentalitet, maktdemonstrasjonar, spydige, flåsete og sårande merknader, strengheit, mistenkjeleggjering, manglande engasjement, motarbeiding, låtteleggjering, klagemål, stakkarsleggjering, manglande forståing, insensitivitet og individuell skuld- og ansvarstilskrivning. Ingen opplevde alt dette, somme hadde opplevd lite eller inkje av slikt, men eit fleirtal hadde altså opplevd noko av ovanfornemnde. Sjølv om utgangspunktet for den opplevde disrespekten og omsorgssvikten kunne verke bagatellmessig, kunne dette bli oppfatta som uttrykk for vanvørndnad. Dei negative holdningane som vart opplevd, vart kommunisert verbalt, ikkje-verbalt (med blikk, kroppsholdning, røyst, tonefall o.a.) og via åtfærd (manglande oppfølging, venting o.a.).

Truga sjølvbilete og sjølvvørndnad

Den siste essensen i fattigdommens psykologi er truga sjølvbilete og sjølvvørndnad. Av di ein del av denne problematikken alt har blitt tangert, og av plassomsyn, vil eg nøye meg med å oppsummere hovudfunna. *a)* Respondentane var medvitne om sine økonomiske problem og sin fattigdomssituasjon, som vart persipert nokså nøyaktig, og opplevingane av å ha økonomiske problem vart forsterka i ulike situasjonar. *b)* Dei var merksame på at dei var monaleg verre stilt økonomisk enn relevante samanlikningsgrupper, og at dei ikkje levde opp til sine eigne og andre sine forventningar i så måte. *c)* Respondentane plasserte seg nedst i klassehierarkiet, og prøvde å forsvare seg psykologisk mot ei slik erkjenning. *d)* Dei persiperte si eiga åtfærd som uttrykk for sosialt mindreverd. *e)* Respondentane kjende seg negativt behandla og vurdert av dei sosiale omgjevningane. *f)* Fattigdommen førte til at dei vurderte seg sjølv meir negativt. Sentrale årsaker til denne sjølvdevalueringa ligg i punkta over. *g)* Fattigdommen sin grad av psykologisk sentralitet og bruk av psykologisk selektivitet spelar ei viktig rolle for korleis dei fattige oppfattar og vurderer seg sjølv. *h)* Resultata viser elles at sjølvrelaterte

fattigdomsopplevingar er mangefasetterte, og at det er mange og varierte ruter frå materiell fattigdom til subjektiv livsverd. Kva for fattigdomsrelaterte forhold som er utgangspunkt og objekt for slike opplevingar, kan ofte vere noko uklart, og dette varierer også mykje. Det kan vere generell fattigdomssituasjon, inntekt, eigneluter, livsstilsdeprivasjon, klientstatus o.a. Men det materielle sjølvvet er i alle fall ein sentral basis for opplevingane.

Oppsummering og sluttord

Hovudfunna i denne studien kan oppsummerast i to konklusjonar.

For det første: *Relativ deprivasjon i rike velferdssamfunn medfører tendensielt opplevingar av a) utryggleik, b) autonomisvekking, c) sosial devaluering og d) truga sjølvbilete og sjølvvørdnad.* Uttrykt meir folkeleg, men noko mindre presist: Fattige kjenner seg utrygge, ufri og ærelause i eigne og andre sine auge.

For det andre: *Slik fattigdom medfører tendensielt aktivering av a) aggressive, b) engstelege og c) depressive kjensler og d) skam- og skuldkjensler.* Uttrykt meir folkeleg, men noko mindre presist: Fattigdom «produserer» sinne, redsle, tristheit og skam- og skuldkjensler.

Dette utgjer den psykologiske *essensen* ved slik fattigdom. Det finst sjølv-sagt langt større nyanserikdom i dette biletet enn det eg har hatt høve til å formidle i denne artikkelen; eg viser i denne samanheng til boka *Fattigdommens psykologi*³. Eg har her lagt hovudvekta på å skildre det ein kan kalle *fattigdommen sin psykologiske pris*. I boka vert funna tolka og drøfta ved hjelp av behovs- og emosjonsteori. Dette er likevel ei utilstrekkeleg tolkingsramme; resultatane må også forståast ut frå *sosiokulturell kontekst*.

Respondentane i denne studien budde i ein bydel i ein storby i Noreg og vart intervjuet ved overgangen til eit nytt hundre- og tusenår. Noreg er eitt av dei rikaste landa i verda og har i fleire år blitt kåra av SN som det beste landet i verda å bu i basert på sosial velferd.

Men sjølv om Noreg har relativt godt utbygde velferdsordningar, har dei sosioøkonomiske skilnadene dei siste tiåra vore vekksande, og velferda har blitt svekt for dei svakaste⁸. Noreg er også eit dyrt land å leve i; prisane på basisvarer som husvære og matvarer er blant dei høgste i verda. Det er, som andre kapitalistiske samfunn, eit *pengesamfunn* der nesten alle gode har ein prislapp, også mange velferdsgode som tidlegare var gratis. *Kommersialisme* (system der økonomiske interesser dominerer), *materialisme* (for ein diskusjon av omgrepet, sjå Belk⁹ og Fournier & Richins¹⁰) og *konsumerisme* (for ein diskusjon av omgrepet, sjå Bauman¹¹ og Edwards¹²) er blitt kjenne-teikn også ved det norske samfunnet¹³.

Respondentane i dette utvalet levde like over og under det som er den offisielle fattigdomsgrensa i EU-landa, det vil seie 60 prosent av den nasjonale medianinntekta (i Noreg har ein stundom operert med 50 prosent

som ei uoffisiell fattigdomsgrense). Dei levde under eit knappleikstyranni¹⁴, og ein stor del av inntekta går med til å dekke utgifter til mat og andre nødvendige utgifter til livsopphald.

I eit slikt samfunn, der nesten alle livsområde er blitt kommersialisert, og der pengane er blitt det universelle bytemiddelet, vert pengar ein overordna og ultimativ tryggleiksfaktor og pengemangel ein overordna og ultimativ utryggleiksfaktor. Pengar sikrar ikkje berre tilgang til basisvarer, men også til slike aktivitetar og materielle gjenstandar som elles vert rekna som normale og attråverdige i det norske samfunnet. Ei hovudforklaring på den utryggleiken som dei fattige opplevde, ligg altså i at pengane har ein så grunnleggjande verknad for livsutfalding og det gode liv, medrekna sosial tryggleik (for ein diskusjon om kva rolle pengar spelar, sjå Galbraith¹⁵ og Belk & Wallendorf¹⁶). Dei sosiale støtteordningane kan nok lindre den verste naudaa, men er likevel utilstrekkeleg til å hindre knappleikstyranniet og opplevd utryggleik.

I eit slikt samfunn er pengar også ein overordna og ultimativ autonomifaktor og pengemangel ein nokså ultimativ autonomidrepar. Med så låg inntekt som respondentane hadde, vert det vanskeleg, ofte umogeleg, å få tilgang til slike aktivitetar og materielle gjenstandar som elles vert rekna som normale og attråverdige. Ei hovudforklaring på den autonomisvekkinga som fattige opplever, ligg altså i at pengane er så avgjerande for utfalding og det gode liv. Pengar er ein viktig behovstilfredsstillar¹⁷ som også er kateksert (dvs. som har verdi- og kjensleladning). Dei sosiale velferdsinstitusjonane og velferdsordningane kan nok lindre den verste naudaa, men er ikkje tilstrekkelege for å hindre autonomihemming og -tap. Etersom individualisme, fridom og autonomi er blitt høgt verdsette og dominerande verdiar i det norske samfunnet i nyare tid¹⁸, er det grunn til å tru at fattige som ikkje maktar å leve opp til desse verdiane, vil oppleve dette som ei mental påkjenning.

Gjeve ein slik kontekst som er omtalt over, prega av kommersialisme, materialisme og konsumerisme, vert pengemangel også ein overordna og ultimativ vørnadsfaktor og pengemangel ein nokså overordna og ultimativ vørnadsdreparsom ein ikkje kan definere seg inn i og bli kategorisert som medlem av ei gruppe der dette er mindre relevant, og der ikkje-materielle verdiar tel meir. I eit samfunn av konsumentar, der livsprosjekt vert bygd opp av konsumentval, kjem fattige til kort – dei vert defekte konsumentar¹⁹.

Forstått ut frå eit perspektiv som vi kan kalle *fattigdommens politiske økonomi*, er det dei fattige som mottek minst ved fordelinga av gode, fordelar og ressursar i samfunnet. I og med at dei objektivt vert tildelt minst av verdiar, er det kanskje naturleg at somme av dei kan trekke den logiske slutningen at dei også *er* minst verdt.

Pengar har som tidlegare nemnt, ei rekke ulike funksjonar og er gjennomsyra av symbolisme og psykologiske meiningar, til dømes når det gjeld

suksess/nederlag, sosial akseptabilitet/uakseptabilitet, makt/prestisje o.a. Mange av dei materielle eignelutene våre vert brukt som praktiske hjelpe-middel for å gjere dagleglivet lettare og meir komfortabelt. Men dei har også symbolske, ekspressive og kommunikative funksjonar. Både individet sjølv og dei sosiale omgjevnadene bruker materielle eigneluter for å identifisere, definere, kategorisere og samanlikne individet med andre²⁰, og dei er såleis viktige for personleg og sosial identitet. Forbrukarar definerer seg, og vert definert av andre ut frå formelen: Eg er = Kva eg har, og kva eg forbruker²¹. Fattige manglar høgstatusymbol, og mange av eignelutene deira (særleg heimen) kan kommunisere låg sosial status. Det finst sosialt delte overtydingar om kva gjenstandar har å seie som identitetsmanifestasjonar. Dette er symbolsk realitet og eksisterer i det enkelte individ som inkorporert kultur²². Materielle eigneluter inngår i det utvida sjølv²³, og meir spesifikt det materielle sjølv²³, og har såleis noko å seie for sjølvpersepsjon og sjølvevaluering.

Det har blitt hevda at psykologar nokså systematisk har unnlate å ta føre seg to emne som rører ved livet til menneske under kapitalismen på ein sær grunnleggjande måte, nemleg pengar og makt. Eg har vore ein del inne på kva *pengar* – og pengemangel – har å seie i ein fattigdomssamanheng. Men fattigdom handlar også om *makt* – og avmakt. Av di fattigdom er eit svært alvorleg sosialt problem som er menneske- og samfunnsskapt, er det viktig å mobilisere kollektive motkrefter i striden for eit meir rettferdig og egalitært samfunn utan fattigdom. Difor bør maktaspektet, som berre så vidt er blitt tangert i denne artikkelen (i alle fall direkte), utforskast nærare i fattigdommens sosialpsykologi. Såleis vert fokuset vridd frå fattige sin posisjon som lidande offer og objekt til fattige qua subjekt og aktørar. Sosial rørsle-teori²⁴ kan tene som eit teoretisk ankerfeste for eit slikt forskingsprosjekt. Fattigdom er i seg sjølv eit preskriptivt omgrep²⁶ – både i moralsk og politisk meining – det kallar på handling og tiltak. Sjølv om fattigdommen har ein høg og alvorleg psykologisk pris, har fattige også *ressursar* som kan mobiliserast i kampen for eit fattigdomsfritt samfunn. I ein slik strid treng fattige mange og gode allierte.

NOTER

- 1) Sosial- og helsedepartementet. *Folkehelse rapporten, Oslo 1999.*
- 2) G.D. Smith (ed.), *Health approaches.*: The Policy Press, Bristol 2003.
- 3) Kjell Underlid, *Fattigdommens psykologi. Oppleving av fattigdom i det moderne Noreg.* Det Norske Samlaget, Oslo 2005.
- 4) Underlid, *Fattigdommens psykologi*, op.cit.
- 5) E. Øyen, S.M. Miller & S.A. Samad, (eds.). *Poverty. A global review. Handbook on international poverty research.* Scandinavian University Press, Oslo 1996.

- 6) Steinar Stjernø, *Den moderne fattigdommen*. Universitetsforlaget, Oslo 1985.
- 7) D.J. Bem, Self-perception theory. I L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 6. Academic Press, New York 1972.
- 8) Berge Furre, *Norsk historie 1914-2000. Industrisamfunn – frå vokstervisse til framtidstvil*. Det Norske Samlaget, Oslo 2000.
- 9) R.W. Belk, Materialism. Trait aspects of living in the material world. *Journal of Consumer Research*, 12, 1985, 265-280.
- 10) S. Fournier & M.L. Richins. Some theoretical and popular notions concerning materialism. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6, 1991, 403-414.
- 11) Z. Bauman, *Work, consumerism and the new poor*. Open University Press, Buchingham 1998.
- 12) Edwards, T. (2000). *Contradictions of consumption*. Buchingham: Open University Press.
- 13) O. Hellevik, *Nordmenn og det gode liv. Norsk monitor 1985-1995*. Universitetsforlaget, Oslo 1996.
- 14) Stjernø, *Den moderne fattigdommen*, op. cit.
- 15) J.K. Galbraith, *Money, whence it came, where it went*. Houghton Mifflin, Boston, 1975.
- 16) R.W. Belk & M. Wallendorf . The sacred meanings of money. *Journal of Economic Psychology*, 11, 1990, 35-67.
- 17) L. Doyal & I. Gough. *A theory of human need*. The MacMillan Press Ltd, London, 1991.
- 18) Hellevik, *Nordmenn og det gode live*, op.cit.
- 19) Baumann, *Work, Consumerism and the new poor*, op.cit.
- 20) H. Dittmar. *The social psychology of material possessions: To have is to be*. Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, 1992.
- 21) E. Fromm, *To have or to be?* Penguin, Harmondsworth 1978.
- 22) Dittmar, *The social psychology of material possessions*, op.cit.
- 23) R.W. Belk, Possessions and the extended self. *Journal of Consumer Research*, 15, 1988, 139-168.
- 24) A.D. Morris, & C.M. Mueller, (eds.) *Frontiers in social movement theory*. Yale University Press, New Haven, 1992.

Arnulf Kolstad

UFØREPENSJONERTE MED PSYKIATRISKE DIAGNOSER

Den utstrakte psykiatriske diagnostiseringen av befolkningen med livs- og arbeidsproblemer under kapitalismen viser seg også i tallene for uførepensjon. Historisk sett er uførepensjonering en arv fra den sosialpolitiske lovgivning etablert i kjølvannet av den industrielle revolusjon i Bismarcks Tyskland og Disraelis England. Det skjedde i slutten av det 19. århundre.¹ Her i landet er kriteriene for å bli uførepensjonert nedfelt i *Lov om folketrygd* fra 1967, der det «medisinske vilkår» er formulert. For å bli uførepensjonert må det foreligge en sykdom, skade eller «lyte».²

Paragrafen som angir betingelsene for uførepensjon krever ikke bare at personen er syk. «Ervervsevnen» skal være varig nedsatt. Med dette kriteriet blir betingelsene relative og historiske: pensjonering avhenger av situasjonen på arbeidsmarkedet og de kravene som der stilles til «ervervsevne». Hvorvidt «evnen» er tilstede endrer seg med produksjonsforhold og arbeidsbetingelser. Kravene til arbeidskraften øker med intensiveringen av arbeidet i konkurranseøkonomien, og er strengere i dag enn for 20-30 år siden, for ikke å snakke om for 100 år siden. Folks helse er ikke forverret i denne perioden. Helsen har faktisk bedret seg betraktelig. Men «ervervsevnen» er svekket som følge av økte krav i produksjon og arbeidsliv.

I forbindelse med psykiske lidelser er det ikke lett å avgjøre om det foreligger «sykdom, skade eller lyte». Psykiske lidelser er selvopplevde og subjektive plager uten klare objektive sykdomskriterier. Mange mener de fleste lidelser som har med følelseslivet og funksjonsevnen å gjøre ikke bør kalles sykdom. Men i psykiatrien blir stadig flere problemer fra dagligliv og arbeidsliv sett på som sykdomssymptomer og underlagt medisinsens domene. Nå er f.eks. angsten for å kjøre bil i tunnel og lysten til å spille på hest blitt behandlingsoppgaver for psykiatrien.

Antallet med psykiatriske diagnoser øker kraftig

Antallet som uførepensjoneres med psykiatriske diagnoser har steget sterkt fra slutten av 1970-årene og fram til i dag.³ I 1977 ble 4,315 uførepensjonert med psykiatrisk hoveddiagnose, i 2003 var det 6,980, en økning på 62%. I 2003 var det en tilgang på i alt 28,843 nye uførepensjonister, 24,4% hadde psykiatriske lidelser/«sykdommer» som primærdiagnose. Over ti prosent av arbeidsstyrken mellom 16 og 67 år er nå uførepensjonert. Ca 1/3 av disse, over 3% av befolkningen mellom 16 og 67, er utestengt fra arbeidslivet med en diagnose som forteller at de har dårlig mental helse. Mange av dem er

unge. I tillegg er 0,6% langtids sykemeldte som følge av psykiske lidelser. I 2003 var kostnadene for uførepensjonering p.g.a. psykiske lidelser anslått til 40 milliarder kroner.⁴ Produktivitetstap er ikke inkludert.

Tabell 1: Andel uførepensjonerte (per 10,000) etter psykiatrisk diagnose og kjønn ved utgangen av 2003.

	Menn	Kvinner	Totalt
Alle psykiske lidelser og atferdsproblemer (F00-99)	329	279	300
Schizofreni o.a. (F20-29)	59	32	44
Psykiske lidelser som følge av misbruk (F10-19)	33	6	18
Følelssvingninger (F30-39)	40	49	45
Psykisk utviklingshemming (F70-79)	52	34	42
Andre psykiske lidelser (F40-69, F80-99)	145	158	152

**Symbolene i parantes viser til the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume 1 (World Health Organization, Geneva 1992), and its revision in 1996.⁵*

Av 10.000 innbyggere mellom 16 og 67 år var 300 uførepensjonerte med en psykisk «sykdom»: De med alvorlige psykotiske lidelser og psykisk utviklingshemming utgjør et mindretall, mens halvparten har fått en mer diffus diagnose: «Andre psykiske lidelser». Bak denne betegnelsen skjuler det seg mange ulike lidelser og problemer. Økningen er særlig stor innenfor diagnosegruppene «Nevroser og atferds- og personlighetsforstyrrelser o.l.» og for «Psykiske lidelser på grunn av rusmidler eller tablettbruk». Trygdemottakere med alvorlige psykiske lidelser utgjør et mindretall og psykosene (inkludert schizofreni), øker ikke (941 i 1977, 692 i 2003).⁶ Den sterke veksten skyldes altså uførepensjonister med mer diffuse plager og problemer. Psykiske lidelser, og spesielt betegnelser som «angst», «depresjon» og «nevroser», blir sekke kategorier for en rekke vanskeligheter i forhold til arbeidet. Det er tilstander det er vanskelig å plassere under andre medisinske diagnoser. «Psykiske lidelser» er god å ty til når det ved vurdering av arbeidsevnen skal gis en proforma medisinsk begrunnelse for utstøting og uførepensjon.

Det er vanskelig å finne *medisinske* årsaker til den sterke økningen. Ingenting tyder på at sykdommen i befolkningen er så drastisk forverret som (økningen i) uføretallene tyder på. Forventet levealder har for eksempel steget. Helsetilstanden er generelt bedret de siste tiårene. Men samtidig er det mange indikasjoner på at folks forhold til arbeidet og konsekvensene av lønnsarbeidet har endret seg til det verre de siste 30 år. Antall sosialhjelpsmottagere har økt kraftig. I 1972 fikk 37,000 personer sosialhjelp, i 2003 var det 135,000. I samme periode økte antall helt arbeidsløse fra 20,000 til ca. 100,000. De tre indikatorene: uførepensjon, sosialhjelp og arbeidsløshet er forskjellige fremtredelser for samme underliggende samfunnsmessige forhold: økt utstøting. Det er ikke tre «beklagelige forhold» i en ellers lytefri

kapitalisme, arbeidsløshet, uførepensjonering og sosialhjelp er «naturlige» og nødvendige konsekvenser av en bestemt samfunnsform og produksjonsmåte. Det er en del av systemets nødvendige logikk og som i våre dager trer tydeligst fram gjennom det store og økende antallet som forlater lønnsarbeidet før pensjonsalder.

Diagnosene er misvisende

De sykdommene legene diagnostiserer som psykiske lar seg ikke fastslå med moderne billeddiagnostikk, urin- eller blodprøver. Legene må forholde seg til folks personlige oppfatning og fremstilling når de skal avgjøre om det subjektive ubehaget skal defineres som sykdom, som slitasje, som kontaktvansker, mobbing, manglende sosial støtte, eller noe annet. Legene har lett for å fremstille vanskelige sosiale omstendigheter og den følelsesmessig reaksjonen som følger, som individuell (psykisk) sykdom. Det er denne problemforståelsen de profesjonelt behersker. Men det får som konsekvens at store deler av befolkningen ender opp med psykiatriske diagnoser og som behandlingstrengende som følge av utstøting fra og slitasje i et arbeidsliv som blir stadig mer krevende. Problemene med livet og lønnsarbeidet under kapitalismen tilsløres ved å gjøre enkeltindivider til pasienter og pensjonister med stadig mer diffuse «sykdommer» folk ikke engang har kontroll over, ettersom det er feil i nervesystemet eller transmittersubstansene, feil som må rettes opp med piller, psykoterapi eller elektroshjokk.

De som uførepensjoneres med psykiatrisk diagnose har ofte en helt annen problemforståelse enn legene.⁷ Få uførepensjonister nevner en diagnose eller noe som fører tankene hen på individuell sykdom. De beskriver problemene med helt andre ord og erfaringer, knyttet til konkret sosial praksis: vanskelige leveforhold og belastninger i arbeid eller familie, som «økonomiske problemer», «pengemangel», «sosiale problemer», eller slitasje og fysiske/somatiske plager: «ryggproblemer», «angina pectoris», «dårlige ben», «magesmerter» osv. En medisinsk, psykiatrisk diagnose gir derfor i mange tilfelle en misvisende karakteristikk og forklaring på av de uførepensjonertes problemer og livssituasjon.

Alternative forklaringer på økt «psykiatrisk sykkelighet»

Hvilke andre forklaringer enn økt sykkelighet kan vi gi på den eksplosjonsartede økningen i uførepensjoner de siste 40 år? Den periodevis høye arbeidsløsheten, økt konkurranse på arbeidsmarkedet og et generelt mer brutalt og psykisk krevende arbeidsliv er vesentlige faktorer. Kravene til arbeidskraften er blitt strengere og vanskeligere å oppfylle fram til ordinær pensjonsalder. Virksomhetsområdet for utfoldelse i arbeidslivet innskrenkes, styringen mer upersonlig og strengere. De som lettest lar seg disiplinere og kan utføre arbeidet mest effektivt, etterspørres først. De som ikke lever opp til normene

og de hardere kravene får ikke beholde lønnsarbeidet under dårlige konjunkturer og mange ender som arbeidsløse, sosialhjelpsmottakere eller uførepensjonister med psykiatrisk diagnose.

Når arbeidsuførhet kalles sykdom

Sosialmedisineren Per Sundby hevdet for 20 år siden at uførepensjoneringen ble foretatt ved hjelp av «flytende og skjønsmessige kriterier», og at konsekvensene av å bruke en «pseudoobjektiv, medisinsk fagsjargong innebar en kamuflering av viktige samfunnsproblemer». ⁸ Det som skjer er at samfunnsmessige, sosiale og økonomiske forhold som viser seg ved at et stigende antall mennesker utstøtes fra arbeidslivet, blir forklart ved henvisning til deres dårlige mentale eller fysiske helse. Dermed er den utbredte uførediagnostiseringen med på å kamuflere de reelle årsakene til sykkeliggjøringen. ⁹ De pseudomedisinske begrunnelsene er med på å hindre at problemene med folks vanskelige livsvilkår reises i en sammenheng og på en måte som gjør at de kan løses. Mestringsforsøkene blir individuelle. Hver enkelt blir oppfordret til å definere sitt problem som sykdom, på en måte som gjør at kan få økonomisk hjelp, og samtidig oppnå en ærefull retrett fra arbeidsmarkedet. Per Sundby sier: «En kunne nesten tro befolkningen er i stand til å utvikle spontant de tilstander legestanden ikke har annet å stille opp mot enn piller og penger». ¹⁰ Vi kunne snu på det og hevde at legene som profesjonsutøvere ikke har stort annet å stille opp med enn «penger og piller» overfor de tilstander av sosial nød, meningsløshet og utslitthet som brer seg i befolkningen. Spørsmålet er, som professor i sosialmedisin Steinar Westin stiller, om legene skal fortsette «å akseptere at samfunnet benytter oss til å omdefinere næringspolitiske problemer til medisinske anliggender og spørsmål om folks sviktende helse?» ¹¹

Mange leger er selv klar over at uførepensjonering ikke primært skyldes medisinske forhold eller at det foreligger en sykdom. Det går fram av Lien's undersøkelse. ¹² I 16 av 45 tilfelle anså legene økonomiske forhold som viktigste grunn til uførepensjonering, dernest kom medisinske årsaker og at pasienten følte seg sliten/lei i nåværende arbeide. I et fåtall saker (7) ble det utelukkende tatt medisinske hensyn. Som en av legene sa: «...når ressursene er små, blir uførepensjon ofte brukt som en kriseløsning for pasienter med økonomiske og arbeidsmarkedsmessige problemer.» ¹³

Konsekvensene av den psykiatriske sykkeliggjøringen

Hvilke konsekvenser har det at en stor og økende del av befolkningen blir stemplet som varig arbeidsuføre på grunn av psykiatrisk «sykdom»? Ved å sykdomsstemple dem som ikke er etterspurt på arbeidsmarkedet er legene med på å innskrenke rammene for funksjonsdyktighet og hva som er friskt og normalt. Det sosialt og økonomisk uønskede, det som ikke bidrar til å øke produktiviteten, fremstilles som sykt. Det letes først og fremst etter individ-

uelle sykdomstegn fremfor å se arbeidsuføre som samfunnselendighetens symptombærere. Den profesjonelle tilnærmingen og de sosialpolitiske «løsningene» får også konsekvenser for hvordan folk selv oppfatter sine problemer: Det blir mer vanlig å definere egne vanskeligheter som sykdom. Det er hos legene og i psykiatrien hjelpen tilsynelatende finnes.

Problemforståelsen med utgangspunkt i trygdestatistikken

Gjennom epidemiologien og trygdestatistikken konstitueres sosiale og individuelle fenomener på en bestemt måte. Statistikken representerer det Dag Østerberg kaller «sosiografi», et uttrykk for individualisering av sosiale forhold. Denne fremstillingen av individ og samfunn er samtidig et makt-instrument for dem som vil ha kontroll over borgerne i samfunnet.¹⁴ Den sikrer staten og det offentlige et redskap som kan brukes til å skape orden og oversikt, og dermed kontroll over enkeltindividene. Gjennom uførestatistikken som del helse- og sosialstatistikken blir samfunnsmedlemmene fremstilt som (syke) enkeltindivider og ikke som kollektiv eller klasser. Sosial- og trygdestatistikken skaper en oppsplitting av det sosiale fellesskap ved å konsentrere oppmerksomheten om det individuelle eller personlige, og i dette tilfelle: det syke. Det eksisterer ikke noe fellesskap i den erkjennelses-måte helse- og sosialstatistikken representerer. Der er enkeltindividet den viktigste samfunnsmessige og sosiale enhet. For å få en annen forståelse av utbredelsen av de psykiatriske lidelsene må fenomenet angripes fra et annet utgangspunkt enn den individualiserende uførestatistikken. Framfor å starte med sykdommen, lidelsen eller den enkelte uførepensjonerte, må vi først se på samfunnet og de forhold som råder der. Ved i utgangspunktet å knytte psykiske uhelse til lønnsarbeidet under kapitalismen, kan problemet konstitueres på en annen måte, og virkemidlene for å redusere det vil bli tilsvarende annerledes.

I psykiatrien og i trygdemedisinen eksisterer imidlertid ikke begreper som lønnsarbeid, utbytting eller kapitalisme. Det siste er erstattet med eufemismer som velferds-, blandings-, industri- eller informasjonssamfunnet. I den biologiske orienterte psykiatrien er det nærmest tabu å se på fremstilling og analyse av det sosiale og av samfunnet som et vitenskapelig spørsmål overhodet. Det er i beste fall irrelevant for å forstå folks psykiske «sykdommer». Det er tilstrekkelig å *scanne* hjernen.

Arbeidet under kapitalismen

Arbeid under de nåværende samfunnsmessige betingelser er lønnsarbeid, og ikke «arbeid» i abstrakt betydning, som «stoffveksling med naturen». I kapitalismen er det lønnsarbeidet folk ikke kan eller vil delta i, og som gjør at deres «erhvervsevne er varig nedsatt».

Å få lønnsarbeid på et konkurransepreget arbeidskraftmarked i dag er vanskelig for dem som allerede i utgangspunktet har dårlige kvalifikasjoner eller forutsetninger. Marginalgruppene utestenges. Man skal ikke være særlig gammel, *shaky* eller engstelig, ha smerter o.l. for å tape konkurransen overfor de sterke og unge. Resultatet av utstøtingen fra arbeidsmarkedet er ytterligere plager og bekymringer, et selvbylde som svekkes. Noen taper grundigere i denne konkurransen enn andre. Det er gjerne dem som har mange nederlagsopplevelser tidligere. Slik er kapitalismen innrettet. De med få ressurser får færre.

Nye og strengere krav til arbeidskraften oppstår ikke som følge av ond vilje. Kravene om mer intensiv utnyttelse av arbeidskraften setter seg gjennom bak ryggen også på bedriftsledere, politikere og psykiatere. Det er uttrykk for produksjonsmåtenes logikk. Det er den intensive utnyttelsen av arbeidskraften og spesielt det psykiske belastningen parett med meningsløsheten og konkurransen som både forårsaker problemene og som øker merverdien (og profitten). Den intensive utbyttingen av arbeidskraften gjør at bedriften kan klare seg i konkurransen. Heller ikke dette er noe onde bedriftsledere med flosshatt og fete sigarer velger å gjøre. Det er få muligheter for ikke å følge konkurransens spilleregler for dem som skal delta i den kapitalistiske produksjonsprosessen.

Nye krav til arbeidskraften

«Sykdom» som følge av nerver, en vanskelig livssituasjon og knappe ressurser blir i denne sammenheng noe relativt. Hvem som skal få sykdomsstemplet blir delvis bestemt av produktivkraftenes utvikling, arbeidets organisering og «konkurranseevnen». Legene er med på å skjule de egentlige grunnene til både pensjonering og arbeidsløshet. De blir medansvarlige for at økonomiske og sosiale problemer tilsløres i en medisinsk sjargong. Arbeidsbetingelsene og slitastjen i arbeidslivet omskrives til individuelle psykiatriske og somatiske sykdomstilfelle. På denne måten svekkes mulighetene for å gripe virkningsfullt inn overfor problemets årsaker. De ødeleggende arbeidsforholdene som utestenger hundretusenvis opprettholdes ved å sykdomsstempele og medisinerere ofrene med oppfordring til individuell, privat mestring.

Det at mange ikke kan eller vil delta i lønnsarbeidet, sier i virkeligheten mer om arbeidsbetingelsene enn om de som utestenges eller ønsker å trekke seg ut av arbeidsmarkedet. At 300,000 i arbeidsdyktig alder er utestengt, og mange med et psykiatrisk sykdomsstempel sier mye om måten arbeidet organiseres på, hvilken mening folk finner i det, og hva det gjør med vanlige folk. Det er hardt å leve under kapitalismen. Det krever ressurser, økonomisk, sosialt og psykologisk. Det er heller ikke vanskelig å forstå at de som taper konkurransen på arbeidsmarkedet foretrekker trygd eller sosial støtte framfor å tigge. Men etter hvert som flere utestenges er heller ikke uførepensjon noen holdbar løsning. Derfor er det på tide å konsentrere seg om arbeidsforholdene

under kapitalismen og deres bidrag til at så mange ikke kan delta i «verdiskapingen» fram til ordinær pensjonsalder. De skjerpede kravene til arbeidskraften og til «erhvervsevnen» er uttrykk for kapitalismens krav til produktivitetsøkning, noe ingen kan stanse uten at kapitalismen avskaffes. Dette er systemtrekk ingen statsmakt eller noe politisk parti kan få dispensasjon fra, men bare redusere og tilsløre virkningene av ved for eksempel å kamuflere konsekvensene ved å stemple ofrene som syke uten ervervsevne.

NOTER

- 1) Steinar Westin, *Unemployment and Health*, Tapir, Trondheim, 1990.
- 2) 2 I paragraf 8-3 heter det: «Den som er 16 år eller eldre, har rett til uførepensjon dersom hans ervervsevne etter gjennomgått behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring som ansees hensiktsmessig, fortsatt er varig nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte».
- 3) Tallene i dette avsnittet er hentet fra Rikstrygdeverkets publikasjoner, fortrinnsvis fra Trygdestatistisk årbok.
- 4) Helse- og omsorgsdepartementet, *Statsbudsjettet, St.prp.1, 2005*.
- 5) Kilde: *Mental Health Services in Norway. Prevention – Treatment – Care* Norwegian Ministry of Health and Care Services, Oslo 2005.
- 6) Se Arnulf Kolstad, «Utvikling i uførebestanden». I A. Kolstad (red), *Uførepensjonister med psykiatriske diagnoser*, SESAM, Trondheim, 1983.
- 7) Det gikk tydelig fram av svarene de pensjonerte selv ga på spørsmålet om «Årsak til uførhet og grad av uførhet: Hvilke sykdommer/plager har gjort at du er uførepensjonert?» (Arnulf Kolstad (red), *Uførepensjonister med psykiatrisk diagnose*, SESAM, Trondheim, 1993).
- 8) Per Sundby, «Sosialmedisinske og kulturelle synspunkter på sosialpolitikken», i A. Kjønstad (red) *Folketrygden i støpeskjeen*, Oslo, Universitetsforlaget, 1984.
- 9) Thomas Scheff sa det slik: «den medisinske synsvinkel tilslører systematisk viktige psykologiske og sosiale prosesser når den anvendes på psykisk sykdom» T.J. Scheff, (red): *Mental Illness and Social Processes*. Harper & Row, 1967.
- 10) Per Sundby, *Velferdens uføreproblem. Uløselig på grunn av for mange diagnostiske og byråkratiske kategorier?* Foredrag på den 11. Nordiske Sosialmedisinske kongress, Geilo, juni, 1991.
- 11) Westin, *Unemployment and Health*, op.cit.
- 12) L. Lien, «Legers initiativ, samarbeidsevne og holdning til arbeidet med uførepensjonistsaker» *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 1992, 112, 210-2
- 13) Lien, *Legers initiativ*, op. cit.
- 14) Dag Østerberg, *Metasociology*, Universitetsforlaget, Oslo, 1988.

Arnulf Kolstad

OPPTRAPPINGSPLANEN (1999 – 2008)

Bedre løsninger eller bare flere pasienter?

På slutten av 1900-tallet fikk den psykiatriske helsetjenesten i Norge mye negativ oppmerksomhet. Det ble påvist alvorlige mangler. Kritikken fra fagfolk og pasientorganisasjoner var sterk. Politikere fra alle partier ble enige om at psykiatrien skulle prioriteres i åra fremover.

Stortingsmelding nr 25 fra 1996/97¹ beskrev den åpenbare svikten i tjenestetilbudet: Kapasiteten var for liten, terskelen for behandling for høy, ventetida for lang. Ettervern manglet og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten var mangelfull. Pasientene fikk ikke behandlingen de trengte; fagfolkene fikk ikke gjort en god jobb, og pasientene ble skrevet ut for tidlig. Kort sagt hadde mennesker med psykiske lidelser et altfor dårlig behandlingstilbud i Norge rundt årtusenskiftet. En kraftig styrking av det psykiske helsearbeidet var nødvendig. «Produktivitet» og «effektivitet», spesielt ved poliklinikkene, skulle økes og tvangsbruk reduseres.

På bakgrunn av Stortingsmeldinga utarbeidet Regjeringen i 1997 en *Opptrappingsplan*² for den psykiatriske helsetjenesten. Planen gjelder for perioden 1999-2008³, og legger vekt på bedre tilgjengelighet, økt produktivitet og styrket behandlingskvalitet. Opptrappingsplanen er et krafttak for å erstatte tradisjonell institusjonspsykiatri med tilbud om behandling og pleie nærmere folks bosted. En målsetting var å utvikle en annen omsorgsideologi med fokus på aktiv behandling i mindre institusjoner og i poliklinikker, og bedre samarbeid med sosial- og arbeidsmarkedsetaten.

Omtrent samtidig med Opptrappingsplanen ble det vedtatt nye lover som skulle erstatte *Lov om Psykisk Helsevern* fra 1961⁴. Loven fra 1961 hadde utvidet indikasjonene for hvem som skulle få behandling, men lovnadene var ikke fulgt opp med fagfolk og behandlingsplasser.

Statlig overtakelse

Med *Lov om Spesialisthelsetjenester* vedtatt i 2001, ble spesialisthelsetjenesten, herunder alle offentlige sykehus, overført fra Fylkeskommunen til Staten. *Lov om Helseforetak* fra 2002 ga retningslinjer for organisering av spesialisthelsetjenesten, drift av Helseforetak og helseinstitusjoner, også privatpraktiserende spesialister.

Omorganisering og ny ledelse

Ansvar for og driften av de spesialiserte helsetjenestene var dermed overført til fem Regionale, statlige Helseforetak. Helse- og Omsorgsdepartementet fikk større kontroll med helsetjenestene i hele landet, og mente det var lettere å etablere mer likeverdige tilbud. De fem Regionale Foretakene organiserer spesialisthelsetjenesten i ca. 30 Helseforetak. Hvert Helseforetak er på denne måten eid av Staten (via de Regionale Foretakene), men er også separate legale og administrative enheter. Staten legger generelle og overordnede føringer, men daglig drift er overlatt Helseforetaket. Det har frihet til å investere, planlegge og organisere tilbudene ut fra såkalt «kostnadseffektiv drift». Styringsprinsippene er inspirert av *New Public Management* med vekt på økonomiske incentiver og målrasjonell styring.

Hvert Regionalt Helseforetak har et styre og en administrativ leder utpekt av Departementet. Lokale folkevalgte organer er ikke representert i styret og etter den statlige overtagelsen har lokalbefolkningen generelt liten innflytelse på utformingen av helsetjenestetilbudet. Styringen er blitt «profesjonalisert» og byråkratisert sammenliknet med tida før 2002 da Fylkeskommunen hadde ansvaret. Profesjonell ledelse og *New Public Management* har vunnet fram på bekostning av folkevalgt innflytelse. Direktørene ved Helseforetakene har fått skyhøye lønninger og tatt seg til rette på en måte som har vært uhørt i et offentlig helsevesen. Pasientene har ikke merket omleggingen i samme grad som direktørene. Selv om «produktiviteten» har økt og mange flere enn før får behandling, er køene lange og reinnleggelsene mange. Fortsatt stilles det store spørsmålsteget ved kvaliteten på behandlingstilbudet, ikke minst for dem med alvorlige psykiske lidelser.

Behandling i lokalsamfunnet

Et hovedpoeng med Opptappingsplanen var at psykiatriske sykehus ikke lenger skulle ha så dominerende plass. Tjenestene skulle desentraliseres, bl.a. ved å opprette 80 nye *Distriktpsikiatriske Sentre* (DPS) med poliklinikker og noen få senger. DPSene har «totalansvar» i opptaksområdet og skal sikre bedre tilgjengelighet. Kommunene på sin side skal bygge omsorgs- og serviceboliger slik at sykehussengene kane tømmes og pasienter skrives ut til behandling og pleie i lokalsamfunnet. Helsetjenesten skal i større grad enn før være der folk bor og folk skal kunne bo hjemme.

Asylpsykiatrien skal sendes på historiens skraphaug. Men det gjelder formen mer enn innholdet, bygningene mer enn behandlingen. Dessuten er Opptappingsplanens nedbygging av sykehuspsykiatrien ikke noe nytt. Omleggingen fra institusjonspsykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid⁵ har pågått i flere tiår. Sykehussenger er erstattet med sykehjemsplasser, polikliniske tilbud og helse- og sosialtjeneste nærmere hjemstedet. Opptappingsplanen viderefører denne endringen og legger vekt på at «brukerne»⁶ skal få rask behandling ved akutt behov og overføres til mer spesialiserte enheter om

nødvendig. De skal dessuten utskrives så hurtig som mulig til hjemkommune eller rehabiliteringsinstitusjon. Unødvendig hospitalisering med påfølgende stigmatisering og passivisering i en pasientrolle skal unngås.

Sengetallsreduksjonen i de psykiatriske sykehusene har gått greit i mange år. Antall plasser i sykehus ble redusert med 63% i tiårsperioden 1980 til 1990. Antall institusjonsplasser totalt gikk ned med 31% i samme periode.⁷

Vanskeligheten har vært å etablere alternativene. Det skorter mye på tilbudet i kommunene. Sengene på institusjonene, særlig på akuttavdelingene, fylles derfor fort opp og pasienter skrives ut for tidlig uten at det er noe tilbud på hjemstedet. Mange får fortsatt ikke behandling når de trenger det mest, til tross for den sterke «produktivitetsveksten».

Pasienttallet har økt voldsomt

Spørsmålet er også hvilke konsekvenser det får når behandlingstilbudet spres tynt utover i samfunnet og helsetjenesten bent fram reklamerer for å få pasienter.⁸ Det bidrar åpenbart til økt etterspørsel etter behandling, men ikke nødvendigvis til at behovet for behandling øker tilsvarende. Til tross for en betydelig sengetallsreduksjon økte antall innleggelses i psykiatriske institusjoner med 100 % mellom 1990 og 2003, fra 21,000 til 42,000. Antall poliklinisk behandlede pasienter økte enda mer, fra ca 40,000 i 1990 til noe over 100,000 i 2003. Antall pasienter behandlet i løpet av ett år steg altså med 150%, fra ca 60,000 i 1990 til rundt 150,000 i 2003. Pasienttallet har fortsatt å stige og i 2006 behandles godt over 200,000 mennesker her i landet i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det store flertallet av dem som i dag blir henvist til behandling har ikke alvorlige, tunge eller langvarig psykoser. Nevroser, depressive lidelser, angst, personlighetsforstyrrelser og misbruksproblemer er vanligst.

Selv om mange flere enn før får behandling, har ikke nødvendigvis kvaliteten på behandlingen blitt bedre for dem som trenger det mest, dvs. de med alvorlige psykiske lidelser. Den økte pengebruken i psykiatrien har ikke ført til en tilsvarende bedring i behandlingsresultatene. Det er heller ikke penger det skorter mest på, men kunnskap og en praksis som fører til færre lidelser og bedre funksjoner for dem som behandles. Det medisinske og nevrobiologiske grunnlaget for forståelse av psykiske lidelser er mangelfullt og diskusjonen om hva psykiske lidelser er og hvordan de skal møtes, må prioriteres mye sterkere.

Opptappingen av behandlingskapasiteten og produktiviteten har heller ikke ført til kortere køer. Tvert imot: aldri tidligere har så mange mennesker stått på venteliste for behandling. «Gapet» mellom dem som sies å ha et behandlingsbehov og antallet som faktisk behandles har aldri vært større, til tross for at det behandles tre ganger så mange i dag som for 10 år siden. At etterspørselen øker betyr ikke nødvendigvis at helsa svekkes i befolkningen.

Det økte antallet som ber om hjelp og får det, er delvis en følge av økt behandlingstilbud. Ved å opprette tilbud med lav terskel og «reklamere» for psykiatriske helsetjenester så informeres folk flest om hvordan de skal forholde seg til følelssvingninger, angst, avvikende atferd, arbeidsløshet, fattigdom og andre livsproblemer: «Det kan psykiatrien ta seg av».

Forekomst av dårlig mental helse og psykiske lidelser

I prinsippet er det umulig å si hvor stort behandlingsbehovet er, eller hva som vil være «korrekt» eller tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Riktignok lager psykiaterne selv anslag over hvor mange som er «syke», men tallene er i noen tilfeller tatt ut av løse lufta, i andre tilfelle er de basert på epidemiologiske undersøkelser. Resultatene fra slike studier hviler på en rekke forutsetninger som sjelden kommer fram, og bør tas med en klype salt.

Internasjonale studier i utviklede kapitalistiske land fra de seinere år finner at 50% pådrar seg en psykisk lidelse i løpet av levetida, og at mellom 20% og 30% har hatt problemer i løpet av de foregående 12 måneder.⁹ En studie som sammenlignet forekomsten i Oslo og i Sogn og Fjordane bekreftet disse tallene for Oslos vedkommende i 1994-97 (Tabell 1)¹⁰. I Oslo vil 52.4% av innbyggerne få en psykisk lidelse i løpet av livet, mens 32.8% vil ha en slik lidelse i løpet av et år.¹¹ Tallene gjelder ikke for hele landet: Forekomsten er klart lavere utenfor Oslo, og varierer med bosted og sosial klasse.

Tabell 1. Prosent av innbyggerne i Oslo med en psykisk lidelse¹².

	Livstids prevalens	Prevalens i løpet av et år
Kvinner	54.8	35.9
Menn	49.4	28.8
Totalt	52.4	32.8

Depresjon er en av de vanligste diagnostiserte lidelsene i Norge for tida, og rammer stadig yngre mennesker. Undersøkelser fra Oslo viser at 10% av alle menn og 24% av alle kvinner har en alvorlig depresjon i løpet av livet. Seks prosent av mennene og 13% av kvinnene har en mildere depresjon som varer i minimum 2 år.¹³ Alt sammen ifølge psykiatriens egne beregninger. De samme fagfolkene mener 15-20% av den norske befolkning har en psykisk lidelse til enhver tid. Tre prosent har klart funksjonsnedsettende lidelser og 0,8% til 1% har en alvorlig lidelse som krever langvarig behandling. De mest utbredte lidelsene er angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, alkohol- og narkotikamisbruk. De alvorligste er schizofreni og bipolare lidelser. Med et folketall på 4.6 millioner og en forekomst på 15%, så har 690.000 innbyggere i Norge psykiske lidelser. Fagfolk hevder at minst 5% av alle unge under 18 år trenger behandling i barne- og ungdomspsykiatrien.¹⁴

Hvordan skal vi forholde oss til slike tall? Beskriver de helsetilstanden i Norge for øyeblikket? Er 1/5 av befolkningen behandlingstrengende? Antakelig er det grunn til å ta tallene som psykiaterne selv kommer fram til, med en klype salt.¹⁵ Riktignok er det hardt å leve og arbeide for mange under kapitalismen i de utviklede vestlige land og det er åpenbart at folk sliter med å finne mening, bevare humøret og helsa. Men spørsmålet er om slike reaksjoner skal stemples som psykisk sykdom eller lidelser, eller om betegnelsene skal reserveres dem med alvorlige lidelser der realitetskontakten er borte.

Folk flest opplever i hvert fall ikke at den psykiske helsa er så dårlig som psykiaterne påstår. Dessuten peker de på at problemene ofte skyldes forholdene de lever under, dårlig økonomi og et brutalt arbeidsliv. Folk flest opplever ikke slike problemer primært som individuell sykdom eller feil i hjernen.

Selvrapportert mental helse

I 1985, 1998 og 2002 gjennomførte Statistisk Sentralbyrå undersøkelser der folk skulle angi egen psykisk helse. Tabell 2 viser resultater fra 2002.

Tabell 2. Selvrapporterte psykiske helseproblemer, Norge 2002 (Prosent):

	Alder				
	Alle	16-24	25-44	45-66	67 +
Angst eller fobier*	5	2	4	7	5
Konsentrasjonsvansker*	9	12	9	9	8
Søvnproblemer*	18	13	15	19	26
Lettere deprimert*	10	11	9	12	9
Irritert eller aggressiv*	9	12	10	7	5
Skårer minst 10 på mental helse skala #	8	8	8	9	7
Plaget av minst tre symptomer	15	16	14	15	17
Brukt sovepiller for å sovne forrige uke	3	0	1	4	10
Brukt beroligende piller forrige uke	3	1	1	4	4
Brukt anti-depressiva forrige uke	4	1	3	5	4
«Nervøs lidelse»	5	4	4	6	5

*Engstelser de siste tre månedene. *Kilde: SSB, 2004*

Skala fra 5 - 20

At 15% angir at de er plaget av minst 3 symptomer på dårlig mental helse betyr ikke at de er psykisk syke. De aller fleste har nedturer, sorger og savn inne imellom, - med søvnproblemer eller urolige tanker. Det hører med til det å leve og bør oppfattes som noe helt normalt. Fremfor å fremstille det som tegn på sykdom bør det fremheves at slike reaksjoner hører med i et sunt og normalt liv. Da kan folk forholde seg til slike tilstander på en annen måte enn å søke profesjonell hjelp i helsevesenet. Selv om det ikke det ikke-profesjonelle støtteapparatet er så sterkt i øyeblikket. Det sivile samfunn har

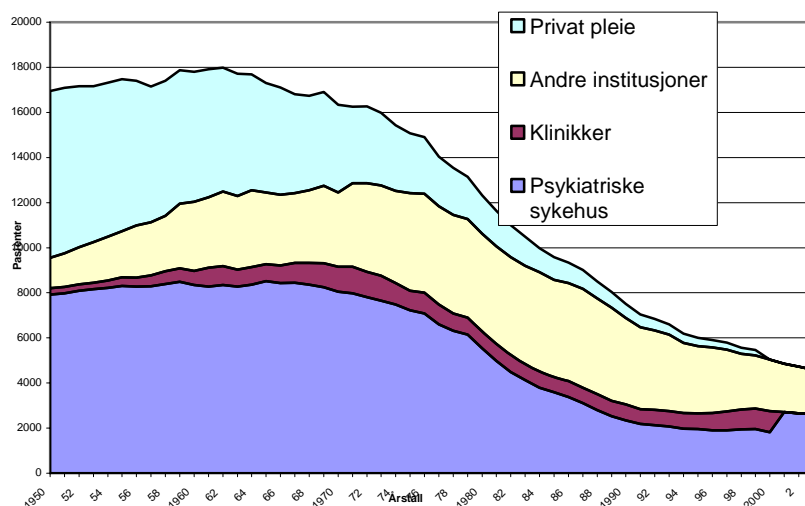
mer eller mindre brutt sammen, trøst og støtte fra venner og familie er ikke like selvsagt som før. Nå profesjonaliseres også sorgbearbeidingen og angsten for å leve er blitt et sentralt tema for helsevesenet. Tilværelsen under kapitalismen fører til at påkjenninger er vanskeligere å takle, og det er blitt selvsagt å henvende seg til helsetjenesten for å få hjelp.

Endring av helsetjenesten

Den psykiatriske helsetjenesten i Norge har endret seg på samme måte som i andre industrialiserte kapitalistiske land: fra høye terskler for både innleggelse og utskrivning, til bedre tilgjengelighet; fra massiv institusjonalisering til lokalsamfunnspsykiatri; fra lang gjennomsnittelig liggetid til veldig kort; fra oppbevaring til mer aktiv behandling.

Pasienttallet i ulike institusjoner mellom 1950 og 2003 er vist i figur 1. Fram til 1950 besto helsetjenesten i hovedsak av psykiatriske sykehus og privatpleie. Antall pasienter økte fra ca 1,000 ved inngangen til det 20. århundre til ca 6,000 i 1930 og 17,000 i 1950.

Figur 1. Gjennomsnittlig antall pasienter i løpet av året



Sengetallet økte i alle institusjonstyper fram til 1970-åra og toppet seg i 1973. Senere har tallet gått ned og ble halvert mellom 1980 og 1995. I de psykiatriske sykehusene gikk pasienttallet tilbake med 2/3. Totalt antall institusjonspasienter en bestemt dag (inkludert de i privat pleie), gikk ned fra 12,300 (30 per 10,000) i 1980 til rundt 7,500 (18 per 10,000) i 1990. Antall pasienter i psykiatriske sykehustoppet seg i midt i 1960-åra, og er redusert

med 67%, fra 8,515 (23 per 10,000) i 1965 til 1,811 pasienter (4 per 10,000) i 2004.

Flere forhold bidro til de-institusjonaliseringen: nye medikamenter, kostnadsuttak, faglige og ideologisk begrunnelser, politiske og administrative vedtak. Dyre psykiatriske institusjoner ble mindre attraktive for det offentlige etter hvert som medisineringen gjorde det mulig å kontrollere atferden kjemisk. Pasientene ønsket tilsynelatende behandling utenfor institusjonene, i eget hjem, og mange mener at de-institusjonaliseringen stemmer med pasientenes ønsker. Men ser en nøyer etter var det pasienter som minst ønsket det (eldre langtidspasienter) som ble forflyttet, mens pasienter som ønsket å bo hjemme (unge med kort liggetid), ble værende på institusjon.¹⁶ Mange av dem var tvangsinnlagt.

Til tross for stor nedgang i sengetallet økte altså «kapasiteten» i helse-tjenesten gjennom 1990-åra. Flere pasienter enn noen gang ble henvist og behandlet og liggetida var mye kortere enn før.¹⁷ Pasienter i privatpleie har nærmest forsvunnet. I 1950 var det mer enn 7,000, i dag mindre enn 100 (Figur 1). De psykiatriske sykehjemmene er også nedlagt som oppbevaringsplass. Fram til 1980 årene var det flere pasienter på sykehjem enn i sykehus, og så seint som i 1989 var mer enn halvparten av de psykiatriske pasientene på sykehjem.

Skam og stempling

Mange pasienter ble oppbevart og skjult i institusjoner i årevis, eller de var satt bort på landet. Å være psykisk syk var skamfullt for en selv og familien. Mange ville ikke fortelle om dårlig mental helse og ikke innrømme at de hadde vært til behandling. I dag er situasjonen annerledes. Nå snakker folk mer åpent om psykiske lidelser og noen skryter av å ha egen terapeut. Tidligere statsminister, Kjell Magne Bondevik, regjeringsmedlemmer, Stortingets forrige visepresident, sportsidoler, artister og forretningsfolk forteller om erfaringene med psykiatrisk behandling. Å være pasient på grunn av en «depressiv reaksjon», «utbrenthet» eller angst er nærmest en mote.

I tillegg til redusert stigmatisering bidro bedre tilgjengelighet til sterk etterspørselsøkning. Opprettelsen av behandlingstilbud uten murer i lokalsamfunnet, og ved å ønske alle med «problemer», i krise og med redusert livskvalitet velkommen, har en stor og økende andel av befolkningen blitt pasienter. Opptrappingsplanen har bidratt sterkt til dette.

De alvorlige lidelsene er imidlertid fortsatt tabubelagt og det har ikke vært en tilsvarende økning i etterspørsel fra mennesker med slike lidelser.

Brukeren som «helt menneske»

Brukerperspektivet er gjentatte ganger nevnt i Opptrappingsplanen. Det heter at erfaringene og kunnskapen til brukerne og deres pårørende er enestående

og at «brukerdeltagelse» er en forutsetning for god behandling. Følgende sitat fra Opptrappingsplanen illustrerer det nye behandlingsperspektivet:

«En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester.»¹⁸

Brukernes medinnflytelse på behandlingen skal sikres fordi det også bedrer behandlingsresultatet. Alle pasienter skal ha en individuell behandlingsplan, utformet i samråd med pårørende.

Nye profesjoner og profesjonskonflikter

Med Opptrappingsplanens vekt på «hele mennesker» og ikke bare et sykt organ eller en maskinfeil, økte etterspørselen etter andre fagfolk enn leger og psykologer. Spesielt psykiaternes posisjon ble svekket når paternalismen ble nedtonet og «brukerne» var noe annet enn pasienter. Heller ikke medisinsk diagnostisering aksepteres av alle. Sosionomer og sykepleiere fikk større plass i helse- og sosialarbeidet utenfor institusjonene. Fagfolk med 3-årig utdanning fra høyskolene er både billigere og bedre egnet til å drive psykisk helsearbeid på brukernes premisser, med utgangspunkt i «hele mennesker» og ikke en «sykdom».

Det er nå flere psykologer enn psykiatere både i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien. I 2004 var det rundt 2,800 psykologer i den psykiatriske helsetjenesten, noe som tilsvarer 1 psykolog for hver 1,625 innbygger. 6,400 innbyggere deler 1 psykiater. Men fagfolkene er ikke jevnt fordelt over hele landet. Privatpraktiserende psykologer og psykiatere foretrekker å praktisere i storbyer, særlig på Østlandet nær Oslo. I landområder og i tynt befolkede områder langt fra storbyene er det forholdsvis få psykologer (og psykiatere).¹⁹

Noen nøkkeltall

I dag behandles flere pasienter enn noen gang. Reduksjonen i sengetallet er kompensert gjennom «økt produktivitet», dvs. mye kortere liggetid og sterk utbygging av poliklinisk behandling. I 2003 var det 710,000 konsultasjoner ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene, mot 272,000 i 1990 (Tabell 3). Med et gjennomsnitt på 7 konsultasjoner per pasient, ble det behandlet ca 100,000 personer poliklinisk i Norge i 2003. Alt i alt ble i størrelsesorden 150,000 mennesker behandlet i den voksenpsykiatriske helsetjenesten i 2003. Det er i underkant av 4 % av den voksne befolkning.

Tabell 3: Den psykiatriske helsetjenesten 1990-2003. Nøkkeltall.

	1990	1995	2000	2003
Senger i psykiatriske institusjoner, voksne	7,745	6,384	5,781	5,296
Innleggelser	21,242	26,113	34,969	42,295
Sengedøgn per utskrevet pasient	123	82	56	42
Polikliniske konsultasjoner, voksne*	272	429	528	710

* Antall i 1,000

Sengetallet for voksne ble redusert med 32% fra 1990 til 2003 (tabell 3). I 2003 var det 1 seng per 809 innbyggere. Til tross for reduksjonen i sengetallet ble antall innlagte pasienter fordoblet og antall poliklinisk behandlede pasienter økt med 150%. Varigheten av innleggelsen er redusert betydelig. I 2003 var gjennomsnittlig liggetid 42 døgn, sammenliknet med 123 i 1990.

Kostnader

En økende andel av BNP går til helsetjenester. I 2003 ble det brukt 61 milliarder kroner på spesialisthelsetjenestene (somatikk og psykiatri til sammen). Norge er et av de europeiske land, og det nordiske land, med høyest offentlige utgifter til helsevesenet per innbygger: 13,400 kroner per person i 2003. Utgiftene til helsetjenester i alt (somatisk og psykiatrisk) var 9.6% av BNP og 20% av de totale offentlige utgiftene i 2002.²⁰

En økende andel av de totale utgiftene til helsetjenesten går til psykisk helsearbeid. Utgiftene økte med nesten 40% i tiårsperioden mellom 1990 og 2000. I tre-årsperioden mellom 2000 og 2003 økte utgiftene med 16% i voksenpsykiatrien og 64% i barne- og ungdomspsykiatrien. I 2003 ble 11.1 milliarder kroner brukt på spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. Det tilsvarer 2,400 kroner per innbygger. Investeringer og kapitalkostnader er ikke inkludert.

For schizofreni alene er de totale kostnadene anslått til 4 milliarder i 2002. Ingen annen lidelse har tilsvarende kostnader og schizofreni koster mer enn alle kreftformer og hjertesykdommer.²¹

Regjeringen bevilget 6.3 milliarder i investeringer for å realisere Opptrappingsplanen. Det tilsvarer ca 1,360 kroner per innbygger. Driftsutgiftene øremerket for Opptrappingsplanen er 4.6 milliarder per år, i tillegg til de ordinære bevilgningene til den psykiatriske helsetjenesten. Det har vært en sterk økning i bevilgningene til denne delen av helsetjenesten. Resultatet har vært en stor økning i pasienttallet, men paradoksalt nok har også køene blitt lengre, og mange av pasientene klager fortsatt på mangelfull behandling. Behovet for hjelp synes uuttømmelig.

Hvem er pasienter?²²

20. november 2003, var det 4,200 voksne pasienter i psykiatriske institusjoner (120 per 100,000 innbyggere +18). Fire prosent av pasientene hadde vanlig lønnsarbeid. Femti prosent hadde uførepensjon, 23% alderspensjon eller andre pensjoner og 9% hadde sykelønn.²³ De hadde lavere utdanning og var dårligere sosialt integrert enn befolkningen forøvrig. Bare 19% var gift eller samboende sammenliknet med 50% av befolkningen 18 år og eldre.²⁴ Rundt 50% av pasientene har vært innlagt før, mange har vært innlagt og behandlet flere ganger. Blant langtidspasientene er andelen re-innlagte enda høyere.

Majoriteten av sengepasientene er diagnostisert med psykose, nesten halvparten med schizofreni.²⁵ Affektive psykoser og personlighetsforstyrrelser er blitt vanligere de siste 20 år. Det samme gjelder pasienter med alkohol-, narkotika- og tablettmisbruk. På psykiatriske sykehus er kun 8% diagnostisert med nevrose,²⁶ mens 27% hadde denne diagnosen ved poliklinikkene. Hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer var forholdsvis enda flere diagnostisert med nevroser (henholdsvis 33% og 40%), og bare 3% hadde en schizofrenidiagnose. På sykehusene hadde 45% denne diagnosen²⁷. Sykehusene har altså fortsatt de tungpsykiatriske pasientene mens poliklinikkene og de privatpraktiserende, der økningen har vært størst, tar de «lettere.»

Ved økt etterspørsel etter behandling, og når krav om «større produktivitet» stilles av Helseforetakets ledelse, er det fare for at hjelpeapparatet forsøker å unngå «uproduktive» pasienter, det vil si eldre og de med alvorlige lidelser og misbruksproblemer i tillegg. De privatpraktiserende foretrekker pasienter som viser bedring og er hyggelige å omgås.

Økte ressurser, hva med kvaliteten?

Opptappingsplanen har tilført betydelige ressurser og bedret tjenesten for enkelte grupper. Men det er fremdeles alvorlige svakheter i tilbudet. Ventetida er fortsatt lang mange steder. Omsorgen for dem med de mest alvorlige lidelsene er ikke bedret like mye som tilbudet for dem med ikke-psykotiske lidelser. Fortsatt er det store mangler når det gjelder akutfunksjoner, botilbud i kommunene, ettervern og øyeblikkelig hjelp. Plassmangelen i akuttavdelingene skyldes delvis at omsorgstjenesten i kommunene er dårlig utbygd. Sykehusavdelinger må derfor holde på pasientene lenger enn nødvendig, og det blir for få ledige akuttsenger. Det betyr imidlertid ikke at den beste løsningen er å øke sengetallet i akuttavdelingene. Sykehusene beholder i noen grad ferdigbehandlede pasienter for lenge fordi det er sengemangel andre steder i sykehuset eller fordi kommunene ikke har bygd ut kapasiteten tilstrekkelig. I de tilfellene der pasienter fra akuttavdelingene skrives ut for å gi plass til nye pasienter, og uten at det er oppfølging på hjemstedet, øker reinnleggelsene.

Tilbud og etterspørsel

Etterspørselen etter behandling øker mer enn tilbudet. Dette er en lovmessighet: Flere henvises etter hvert som helsetjenesten bygges ut. Det er «alltid» mangel på plasser. Det er flere grunner til dette: Folk blir mer oppmerksomme på mulighetene for behandling, sengene skal fylles og tjenestene markedsføres overfor befolkningen.

Statlig eierskap skulle utjevne forskjeller i HelseNorge, og gi befolkningen de samme helsetjenester uansett bosted. Det har ikke skjedd. Det er fortsatt store forskjeller avhengig av bosted. Samtidig har statlig eierskap og helseforetaksmodellen ført til at folk ikke lenger kan påvirke utforming og prioritering av helsetjenestene gjennom lokale, folkevalgte representanter. Statlig eierskap og foretaksmodellen har redusert lokalpolitikernes makt og folks innflytelse.

Produktivitet eller kvalitet

Økt «produktivitet» har vært en sentral målsetting ved omorganisering og statlig overtakelse. Ved å opprette Helseforetak og nye styringsformer skulle det bli «mer helse for hver krone». Liggetida har også blitt vesentlig kortere. Flere pasienter behandles hvert år, og «produktiviteten» har økt. Men økt produktivitet i helsevesenet betyr ofte det motsatte av god behandlingskvalitet. Det betyr at hver pasient får kortere behandlingstid. De fleste produktivitetsindikatorne er basert utelukkende på antall pasienter som behandles per tidsenhet og per personellenhet, ikke på utfallet eller resultatet av behandling.

I gjennomføringen av Opptappingsplanen er det reist kritikk mot at den først og fremst bedrer tilbudet for dem med mindre alvorlige lidelser, de som kan behandles poliklinisk eller med kort opphold i institusjon. De alvorlig sinnslidende som trenger omsorg og støtte over lang tid har ikke fått bedret tilbudet i samme grad. De trenger mye oppmerksomhet, mange fagfolk, er ressurskrevende og passer ikke så godt inn i et system som prioriterer økt produktivitet.

Hvis flere enn før får dårlig eller mangelfull behandling har reformen gjort vondt verre. Og mye tyder på det ettersom medikamentell behandling og elektroshokk er blitt vanligere, og langvarig psykoterapi er nedprioritert i Foretakene. For eldre og for immigrant befolkningen er tilbudene spesielt dårlige. Målsettingen om kortere ventetid, bedre kapasitet og langvarig behandling er ikke innfridd for de pasienter som trenger det mest. Forskjellene i tjenestetilbud, som var en vesentlig begrunnelse for Statens overtalelse, har heller ikke forsvunnet.

Bruk av tvang

Pasientrettighetsloven som kom i 2001 fremhever at behandling kun skal skje med pasientens samtykke. Men fortsatt er nærmere 40% tvangsinnlagt.²⁸ Generelt har det vært en paternalistisk tradisjon, fagfolkene har ment at de vet bedre enn pasientene hva som er til pasientenes beste. Pasientenes egne synspunkter er sett på med skepsis. Denne tradisjonen og tankegangen er fortsatt utbredt.

Nye pasientgrupper

Å etablere helsetjenester med lav terskel og å drive PR for psykiatrisk behandling påvirker folks oppfatning av hvordan de skal forholde seg til tanke- og følelsesproblemer og hvordan de skal forstå årsakene til tretthet, ensomhet, angst og redusert aktivitet, arbeids- og livslyst: Det har først og fremst noe med dem selv å gjøre, med kroppen deres eller «noe med hjernen». Leveforhold, arbeidsplassen, produktivitetskravene, konkurransen, fiendtligheten i samfunnet blir ikke invitert til behandling. Det er den enkelte som utsettes for disse samfunnsforholdene det er noe i veien med og som trenger å få rettet opp noe i psyken eller i hjernen.

I psykiatrien legges det fortsatt vekt på diagnostisering av enkelt-individens «sykdommer» og å fremstille lidelsen og problemene som «maskinfeil» eller som kjemisk ubalanse i hjernens nevrotransmittere. Selv sosiale og samfunnsmessige skapte problemer, for eksempel fattigdom og arbeidsløshet, blir omformet til noe som kan gjenopprettes med kjemisk intervensjon i den biologisk menneskekroppen.

Et samfunn gjennomsyret av konkurransetenkning og vekt på en vellykket fasade legger tunge bærer på alle. Det skaper outsiders eller tapere som ikke holder ut i rotteracet, som presses ut av arbeidslivet og får problemer med selvrespekt og selvbilde. Isolasjon og ensomhet er utbredt. Mange har ikke lenger nær familie eller venner som kan trå til når det røyner på. Det er ingen i det «sivile samfunnet» å snakke med eller søke trøst hos når følelsene blir vonde og livet vanskelig. Den psykiatriske helsetjenesten er blitt en erstatning for den utvidete familien og nære relasjoner. Ved å tilby helsetjenester også i nabolaget, med lett tilgang for de fleste, og med lettvinde teknologiske/kjemiske løsninger, har den psykiatriske helsetjenesten blitt et surrogat for stadig flere mennesker som opplever livet som vanskelig og som ikke har den «livskvalitet» de ønsker og tror andre har. Når folk lider under sine tanker og følelser oftere enn før er det dels et resultat av økte jobbkrav, vakkende sosiale nettverk, opplevelse av meningsløshet og få solidariske støtteordninger når problemene tårner seg opp.

Spørsmålet er derfor om dagliglivets vanskeligheter og den samfunns-skapte misnøye skal repareres av en stadig mer omfangsrik og finmasket helsetjeneste? «Opptappingen» innebærer ikke kun flere penger, institusjoner og profesjonelle behandlere, men det er en opptapping av en

forståelse der samfunnsskapte livsproblemer tolkes som psykiske lidelser og sykdom. Fokus på den enkelte lidende fjerner oppmerksomheten fra andre og mer kollektive løsninger som for eksempel mer politisk aktivitet, større motstand fra fellesskapet, fagforeningsvirksomhet, osv. På lang sikt og for det store flertallet er slik aktivitet en mer effektiv måte å rette opp uhelsa til de mange på.

Lokalsamfunnspsykiatrien er et tveegget sverd fordi den visker ut forskjellen mellom naturlige livsproblemer og sykdom, og gjør alle til pasienter for en ekspanderende helsetjeneste. Mange som opplever at livet under kapitalismen er hardt, er skeptiske til den medisinske diagnostiseringen, og ber ikke om å bli behandlet for en sykdom, men om å få et bedre liv, et styrket selv, muligheten for å realisere ressurser, og også en jobb, et sted å bo for dem selv, gjerne med omsorgsservice fra kommunen, og hjelp til å etablere et bedre sosialt nettverk for å unngå ensomhet og stigmatisering.

Ifølge Opptrappingsplanen skal pasientens egne ønsker og behov være utgangspunktet for all behandling. Det er kjernen i all omsorg. Opptrappingsplanen har endret det psykiske helsearbeidet og rekrutteringen av nye pasientgrupper har i noen grad forandret maktforholdet mellom pasient og terapeut. De nye brukerne krever å bli hørt og vil fortelle terapeuten hva de trenger for å få et bedre liv. Men den profesjonelle behandlingssideologien henger igjen i en individualiserende sykdomsoppfatning der folks konkrete livsomstendigheter knapt finnes. Det er et paradoks at mens det psykiske helsearbeidet flyttes ut i lokalsamfunnet for å ta hensyn til brukernes sosiale liv, tilknytning til arbeidet og integrering i samfunnet, så utvikler psykiatrien og deler av psykologien seg på universitetene i en nevrobiologisk retning, og legger enda større vekt på hva som foregår i pasientens hjerne. Nevrobiologien er blitt et *mainstream* paradigme i løpet av få år og gir høyere prestisje på universitetene og i samfunnet for øvrig. Forståelsesmåter der mennesker først og fremst ses som deltagere i et kulturelt fellesskap og som påvirkes av dette også når det gjelder psykiske lidelser og funksjoner, har ikke samme status og utbredelse i fagmiljøene.

Riktignok finnes det tilløp til en slik forståelse i deler av Opptrappingsplanen, og i beskrivelsen av «det hele mennesket». Men det får ingen radikale konsekvenser for hvordan tjenestene utformes. Planen er i stor grad preget av «mer av det som er», og en videreføring av en individualistisk og medisinsk tradisjon. For å få tak i hvorfor så mange som 20% av befolkningen nå defineres som pasienter er det nødvendig å forstå hva slags problemer det å leve under kapitalismen skaper for de som er mest utsatt. Det sier Opptrappingsplanen ingenting om. Derfor vil planen i større grad bidra til å produsere flere pasienter enn til å redusere uhelsa i samfunnet.

NOTER

- 1) Sosial- og helsedepartementet. Stortingsmelding nr 25 (1996 -97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo 1997.
- 2) Sosial- og helsedepartementet. *St Prp 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo 1997.
- 3) Opprinnelig skulle «opptrappingen» avsluttes i 2006.
- 4) I 1999 vedtok Stortinget tre nye lover: *Lov om Psykisk Helse, Lov om Pasientrettigheter* og *Lov om Helsepersonell*. *Lov om Pasientrettigheter* gir bl.a. pasientene rett til å velge *hvor* de vil bli behandlet og *hvordan* tjenesten skal planlegges og koordineres.
- 5) Tidligere ble «psykiatrien» eller «psykiatrisk helsetjeneste»/«psykisk helsevern» brukt som betegnelse på helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Det understreket betydningen av en medisinsk spesialitet. I dagens helsetjeneste benyttes gjerne betegnelsen «psykisk helsearbeid» for å understreke den flerfaglige tilnærmingen og at behandling, omsorg og støtte omfatter mye mer enn medisinsk behandling. I denne artikkelen brukes psykiatri og psykisk helsearbeid om hverandre.
- 6) Mange av dem som benytter seg av helsetjenesten foretrekker å se på seg selv som «brukere av tjenestene» fremfor som pasienter. Det siste gir inntrykk av at de lider av en sykdom, og det er det mange brukere som ikke gjør. I denne artikkelen benyttes betegnelsene bruker og pasient synonymt.
- 7) (SSB, Helsestatistikk, 1989, s.15)
- 8) Dette gjelder i det såkalte TIPS prosjektet (Tidlig Intervensjon ved PSYkoser) der det er drevet massiv opplysnings- og annonseringsvirksomhet for å få tak i mennesker som kan gis en schizofrenidiagnose.
- 9) O.S. Dalgard, E. Kringlen, & A.A. Dahl: «Psykiatrisk epidemiologi». *Norsk Epidemiologi*; 2002, 12 (3): 161-162. O.S. Dalgard, «Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk.» *Norsk Epidemiologi*. 2002, 12 (3): 163-172.
- 10) Undersøkelsen baserte seg på et utvalg på 2000 personer i Oslo og 1000 i Sogn og Fjordane i aldersgruppen 18 til 65 år. E. Kringlen, S. Torgersen, & V. Cramer, «A Norwegian psychiatric epidemiological study». *American Journal of Psychiatry*; 158: 1091-1098, 2001.
- 11) Livstidsprevalens i Oslo er også beregnet for utvalgte lidelser: Alvorlig depresjon (7.3%); Fobier (11.1%); Sosial fobi (7.9%); Panikk angst (2-3%); Personlighets forstyrrelser (13.4%); Alkohol misbruk/avhengighet (10.6%).
- 12) Kringlen, Torgersen og Cramer, op.cit.
- 13) Kringlen, Torgersen & Cramer, op.cit. I en multisenter studie fra 1996-97 i fem europeiske land var fire ukers prevalens for depresjon i Oslo 8.8 % (12 % for kvinner og 5.6 % for menn). Raten var den samme i Turku (Finland), høyere enn i Santander (Spania) (2.6%) og lavere enn i Dublin (12.3%) og Liverpool (17.1%). J.L. Ayuso-Mateos, J.L. Vazquez-Barquero, C. Dowrick, V. Lehtinen, O.S. Dalgard, P. Casey, C. Wilkinson, H.Lasa, H. Page, G. Dunn, G. Wilkinson, & the ODIN Group «Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study.» *Br J Psychiatry*; (2001) 179: 308-316.
- 14) J.V. Lavigne, R.D. Gibbons, K.K. Christoffel, *et al.*, «Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*.35: p. 204-14, 1996. Opptrappingsplanen refererer til dette og det betyr i så fall at 60% av de unge ikke

- får hjelpen de trenger. V. Halsteinli. «Nasjonale utviklingstrekk i BUP», I H. Hagen (red) *Psykiatritjenesten – på rett veg?* Trondheim: SINTEF/Unimed, p. 81-99, 1998.
- 15) Se A. Kolstad, «Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske dysfunksjonenes sosiokulturelle grunnlag.» I A..J.W. Andersen og B. Karlsson (red) *Psykiatri i endring*, Gyldendal, Oslo 1998.
 - 16) P.B. Pedersen, «Theories on the de-institutionalisation of psychiatric services: Does politics matter?» Innlegg på 7th National Conf. in Political Science, Røros, Januar, 1999.
 - 17) H. Hagen, & T. Ruud, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. Rapport 3/04. Trondheim: SINTEF/Helse, 2004.
 - 18) Sosial- og helsedepartementet. 1997, op.cit.
 - 19) I den nordligste helseregionen er det bare 3 privatpraktiserende psykologer med avtale for hver 100,000 innbygger, mens det i den tettbefolkede østlige regionen er 13.3 per 100,000. For psykiaterdekningen er det tilsvarende forskjeller.
 - 20) Kilde: WHO Report, 2005, Tabell 5, pp 196-197.
 - 21) J.O. Johannessen, «Schizophrenia – incidence and significance». *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 2002; 122:2011-4.
 - 22) Siden 1979 har pasientene blitt kartlagt hvert femte år. Resultatene er gjengitt i: B. Øgar, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979*, Report 5/81, Trondheim: SINTEF/NIS, 1981. B. Øgar, A. Kolstad, & O. Kindseth, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984*, Rapport 5/86, Trondheim: SINTEF/NIS, 1986. H. Hagen, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989*, Rapport 6/92. Trondheim: SINTEF/NIS, 1992. H. Hagen, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1994*, Rapport 97. Trondheim: SINTEF/NIS, 1997. H. Hagen, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne*, Report 5/01. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2001 H. Hagen (ed) *Opptappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år*. Report 3/03. Trondheim: SINTEF/Helse, 2003. H. Hagen, & T. Ruud, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. Rapport 3/04. Trondheim: SINTEF/Helse, 2004.
 - 23) H. Hagen, & T. Ruud, 2004, op.cit.
 - 24) H. Hagen, & T. Ruud, 2004, op.cit.
 - 25) I november 2003 var 2000 pasienter (52 per 100,000 innbyggere 18+) institusjonalisert med schizofrenidiagnose.
 - 26) H. Hagen, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne* Report 5/01. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2001
 - 27) Hagen, 2001, op.cit.
 - 28) T. Hatling, T. Krogen, & P. Ulleberg, Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway – international comparisons and regional variations. *Journal of Mental Health*, 2002, 11(6), 623–34.

Joanna Moncrieff

PSYKIATRISK IMPERIALISME: MEDISINERING AV DET MODERNE LIV¹

Innledning

Psykiatrien som institusjon oppsto i det 19. århundre sammen med framveksten og konsolideringen av den industrielle kapitalismen. Dens oppgave var å behandle unormal og merkelig ikke-kriminell atferd som brøt med atferdskravene til den nye sosiale og økonomiske ordenen. Psykiatriens forbindelse med medisinsk behandling ga den et slør av vitenskapelig objektivitet og nøytralitet. Dette skjulte psykiatriens politiske funksjon som administrator av sosial kontroll. Den medisinske modellen av mentale forstyrrelser har siden da tilslørt de sosiale prosessene som skaper og definerer avvik ved å knytte disse prosessene til individuell biologi. Dette bidrar til å opprettholde den etablerte orden ved å unngå den implisitte kritikken og opposisjonen mot denne ordenen som ligger i avvikende atferd. Opp gjennom det 20. århundre ble psykiatrien hardt angrepet for dens villedende medisinske karakterisering av livets problemer og den undertrykkelsen som kamoufleres som psykiatrisk behandling. Med hjelp av mere avansert teknologi har imidlertid den psykiatriske profesjonen ikke bare motstått angrepene, men også styrket sitt krav om domsmyndighet i forhold til «psykisk sykdom». Denne utviklingen har økt mulighetene for utøvelse av sosial kontroll og undertrykkelse av motstand under dekke av psykiatrisk behandling.

Til en viss grad har psykiatrien aldri vært mere selvsikker og respektabel enn den er nå for tida. I 1950- og 1960-åra kom en farmasøytisk revolusjon som skapte en bred vifte av medisiner for forstyrrelser som schizofreni, depresjoner og angst. Dette gjorde det mulig for psykiatrien å tilnærme seg den fysiske medisinske paradigme som er basert på å forordne spesifikke kurer for spesifikke sykdommer. I denne perioden ble også psykiatrisk omsorg flyttet fra de diskrediterte asylene til almensykehus med tettere kontakt til den øvrige medisinske profesjonen. Relokaliseringen var et fysisk uttrykk for psykiaterprofesjonen forsøk på å distansere seg fra sin tidligere rolle som omsorgshaver for de kronisk sinnssyke og å utvikle en ny rolle som helbreder av akutte sinnsslidelser. Dette gikk sammen med utvikling av samfunnspleie for kroniske og gjentakende psykiske lidelser.

Prosjektet med å påvise biologiske årsaker til psykiske sykdommer har også blitt revitalisert av nye teknologier til studier av hjernen samt utviklingen av molekylærgenetikk og det menneskelige genom prosjekt.² Til tross for

en mangel på konsistente resultater har selve mengden av ressurser som er blitt brukt på denne forskningen styrket troverdigheten til den medisinske modellen for psykiske sykdommer.

Det 20. århundret ga imidlertid også opphav til en innflytelsesrik kritikk av psykiatrien fra akademikere og opprørske psykiatere med R.D. Laing, Thomas Szasz og David Cooper som de mest kjente representantene. Sosiologiske teorier om avvik, medisiner og profesjonsorganisering bidro til å avdekke den psykiatriske institusjonens maktforhold og politiske funksjoner. Psykiatriens paternalisme kom under angrep, og dens medisinske behandling ble beskyldt for å være mere undertrykkende enn juridiske sanksjoner og straff.

Disse ideene fikk konkrete uttrykk gjennom aktivitetene til protestbevegelser, pasientstøttegrupper og eksperimenter med alternative former for omsorg. Tidlig i 1970-åra var protestbevegelsene særlig sterke i Nederland og USA. Det ble demonstrert mot bruken av elektroshokkterapi (ECT), universitetsforelesninger ble stanset og enkelte framtrepende biologiske psykiatere måtte beskyttes av politiet. Det var flere berømte forsøk på å skape terapeutiske fellesskap uten distinksjoner og hierarkier mellom behandlere og pasienter, deriblant R.D. Laings Kingsley Hall og David Coopers Ward 21 i Storbritannia. En politisk bevisst og demokratisk psykiatribevegelse instituerte psykiske helsereformer i Italia. Pasientstøttegrupper som hentet inspirasjon fra borgerrettsorganisasjonene representerte en annen viktig utvikling. Selv om denne aktivismen har avtatt, er pasientorganisasjonene fortsatt sterke. Enkeltindivider samt grupper av behandlere fortsetter med å fremme alternative tilnærminger til de såkalte sinnslidelser. «Antipsykiatribevegelsen» har også hatt en betydelig sosialpolitisk innvirkning. Dette har ført til en rekke restriksjoner på tvangsinnleggelse og tvangsbaserte behandlingsmetoder og mindre bruk av psykooperasjoner og ECT.

Den seinere utviklingen i definisjoner og behandlingsmetoder av de to viktige psykiatriske tilstandene depresjon og schizofreni tyder imidlertid på at den sosiale innflytelsen og formelle makten til den institusjonelle psykiatrien er voksende. Kritikken av psykiatrien for over tre tiår tilbake i tid kan være mere aktuell enn noensinne tidligere.

Depresjon: Medisinering av fortvilelse

I 1992 ble det i Storbritannia lansert en Bekjemp Depresjonkampanje. Kampanjen var organisert av the Royal College of Psychiatrists i samarbeid med the Royal College of General Practitioners og fikk økonomisk støtte fra legemiddelindustrien. I kampanjelitteraturen ble det anslått at rundt 10 prosent av befolkningen til enhver tid led av depressive forstyrrelser, og at en tredjedel ville rammes av det i løpet av deres levetid. Antidepressiver ble anbefalt for alle moderate eller alvorlige symptomer. Implikasjonen var at en

stor del av menneskelig fortvilelse har biologiske årsaker og kan korrigeres biokjemisk. Derfra er det ikke langt til publisiteten rundt det nye anti-depressive fluoxetine (prozac) med påstander om at preparatet endrer personlighet og styrker livskvalitet.

En samling av intervjuer med prominente psykofarmasøyter som har deltatt i utviklingen av moderne psykiatriske medisiner gir en interessant historisk bakgrunn for Bekjemp Depresjonskampanjen. I psykiatrisk sykehuspraksis i 1950-åra var depresjoner en relativt sjelden forstyrrelse, og det var ingen som forstilte seg en spesifikk antidepressiv medisin som var forskjellig fra generelle stimulanter. Da det ble hevdet at visse biokjemiske kombinasjoner kunne ha en antidepressiv virkning var legemiddelindustrien lenge uvillig til å utvikle og lansere den typen medisin. Likevel eksisterte det et ubevisst interessefellesskap mellom industrien og de innflytelsesrike psykiaterne som utviklet og populariserte ideen om at depresjon er en utbredt, men ikke anerkjent, biologisk basert forstyrrelse som kan behandles medisinsk. Fordelen ved et slikt perspektiv var at det utvidet markedet for psykiatriske medikamenter og samtidig utvidet psykiatriens grenser til langt utenfor de psykiatriske sykehusene. Siden har psykiaterprofesjonen og legemiddelindustrien forsøkt å utbre disse ideene til almenheten og andre leger med «Bekjemp Depresjonskampanjen» som den seneste offensiven.

En rekke biokjemiske og hormonelle mekanismer har blitt foreslått som årsaker til depressive lidelser, mens skiftende forklaringer i stor grad følger moten. Bevisene for disse teoriene er ikke konsistente. Enighet om effektene av antidepressiver står igjen som den sterkeste støtten til tesen om at depresjon er en fysiologisk tilstand. En gjennomgang av den psykiatriske litteraturen tyder på at denne oppfatningen ble rådende i midten av 1970-åra på grunnlag av forskningsresultater fra eksperimentelle forsøk med de fortsatt utbredte trisykliske antidepressiver.³ Imidlertid tyder oppsummeringer av disse undersøkelsene på at bevis materialet var tvetydig, og at man i en rekke av forsøkene ikke var i stand til å påvise positive effekter. Senere har noen forskere hevdet at antidepressiver ikke har noen større fysisk effekt på depresjoner, men bare en placeboeffekt når betingelsene ligger til rette for det. Antidepressivene later til å virke bedre enn placeboer fordi de har bieffekter som gjør det mulig for observatøren å gjette om pasienten bruker et antidepressiv eller en placebo. Dette fører til systematiske skjevheter i registreringen.

Mennesker kjennetegnes ved et bredt register av stemninger som respons på skiftende omstendigheter, men i slutten av det 20. århundre har fortvilelse blitt tabu, kanskje fordi det undergraver det bildet samfunnet ønsker å projisere inn i oss. Det medisinske regimet svekker legitimiteten av følelser som sorg og fortvilelse. Det reduserer dermed repertoaret av tillatte menneskelige reaksjoner på hendelser og nekter folk retten til å få utløp for sine følelser. Samtidig leder det oppmerksomheten vekk fra politiske forhold

og omgivelser som gjør det moderne livet vanskelig og smertefullt. Det er kanskje ingen tilfeldighet at termen depresjon har blitt så populært i vestlige samfunn som i to tiår har vært underlagt økonomiske hendelser og politikker som har høynet arbeidsledigheten og marginalisert store befolkningsgrupper. Imidlertid er det viktig å anerkjenne at menneskers tilbøyelighet til å oppleve ekstreme følelser varierer. De som i stor grad opplever ekstremene på skalaen, så som mennesker med manisk-depressive forstyrrelser, har et svært vanskelig liv. Psykiatere anbefaler langtidsbehandling med forebyggende medisinsk behandling, primært litium⁴, i disse tilfellene. I likhet med hva som var tilfelle for antidepressiver later det imidlertid til at det er utilstrekkelige beviser for de gunstige virkningene av litium. Oppfølgende studier av mennesker med maniske depresjoner tyder ikke på at det har forbedret deres tilstand. Det er da fullt mulig at forebyggende medisinsk behandling representerer et falskt håp som tilbys til desperate mennesker av en profesjon som føler seg maktesløs. Dette kan ytterligere undergrave selvtiliten hos mennesker som allerede er sårbare. En alternativ behandling ville ikke aspirere til en fullstendig helbredelse, men tilby omsorg og trygghet for å svekke effektene av ubehagelige opplevelser. Den ville videre forsøke å styrke menneskers tiltro til egne evner til å håndtere sin tilstand.

Schizofreni: Kamouflering av sosial kontroll

Enorme investeringer i forskning om det biologiske grunnlaget for schizofreni har ikke ført til noen sikker kunnskap. Flere tiår med stadig mere teknologisk avansert forskning har påvist en svak genetisk predisposisjon. Den overdrives ofte av forskningskommentatorer som ikke tar høyde for de begrensede bevisene i de sentrale studiene. Flere molekylærgenetiske studier har offentliggjort funn om genetiske årsaker som senere viste seg å skyldes tilfeldigheter, da det ikke var mulig å oppnå de samme resultatene ved gjentakelser av forsøkene. En felles europeisk studie munnet ut i en sterk konklusjon om at man hadde påvist genetiske forbindelser som virker inn på patologiske forstyrrelser. Imidlertid var det påviste genet vidt utbredt i brede befolkningsgrupper, og forekom bare i begrenset grad mere hyppig hos mennesker med diagnosen schizofreni. Dessuten var likheten i forhold til kontrollgruppen i dette studiet begrenset til etnisitet, mens andre faktorer ikke ble behandlet. Med hensyn til hjernefunksjoner og anatomi foreligger det bare et konsistent funn: Lateral ventrikkelen, en av hjernens hulrom er større hos folk med schizofreni, men igjen er det betydelige overlapp med «den normale befolkningen». Dessuten er de fleste av disse studiene utført på mennesker som har vært under medisinsk behandling i lengre tid, men allikevel har den psykiatriske litteraturen sjelden tatt høyde for at de unormale hjernefunksjonene kan skyldes medisinbruk.

Medisiner som vekselvis betegnes som nevroleptika eller antipsykotiske medisiner utgjør hovedparten av den psykiatriske behandlingen for schizofreni. Det hevdes at disse medisinene motvirker psykotiske symptomer som tvangsforestillinger og hallusinasjoner, men noen kritikere hevder at de fungerer mye mer brutalt ved å påføre brukerne en kjemisk lobotomering eller tvangstrøye som hemmer all kreativ tankevirksomhet. Psykiatrien berømmer disse medisinene for at de har tømt de psykiatriske sykehusene, mens de ifølge kritikere bare har erstattet kostbar pleiebehandling med kjemisk langtidskontroll.

En følge av utviklingen mot samfunnspleie er at det tidligere fokuset på pasientrettigheter nå har blitt erstattet av offentlig og politisk bekymring og krav om beskyttelse av fellesskapet mot de psykisk syke. Psykiatrisk behandling anses som patentløsningen for disse komplekse sosiale problemene. Noen få svært omtalte tilfeller av voldelige eller farlige handlinger utført av tidligere psykiatriske pasienter førte til at den britiske psykiske helseloven av 1983 ble revidert i 1996 med en bestemmelse om «overvåket frisetelse». Den nye loven gir psykiatrisk personale rett til å kreve kontakt med sine pasienter om dette anses som nødvendig. De kan kreve at pasienter skal møte opp på psykiatriske institusjoner. Loven gir ikke myndighet til å ta i bruk tvangsmedisinering, men den krever at frammøte på sykehus skal vurderes hvis pasienten ikke samtykker til etterbehandling, så som bruk av medisin. Loven er blitt begrunnet med antakelser om at medisinsk behandling kan kurere forstyrrelser og forhindre en forverring av tilstanden. Imidlertid er det mye som tyder på at en stor andel av mennesker med psykoser overhodet ikke reagerer på medisinsk behandling, mens andre opplever en forverring av tilstanden til tross for at de gjennomgår en langsiktig medisinsk behandling (i kliniske forsøk er forverringsraten med medisinsk behandling rundt 30%). Og som andre kan disse menneskene oppføre seg asosialt, også når de ikke er aktivt psykotiske.

Den medisinske modellen for psykisk sykdom skaper sterke begrensninger under dekke av behandling. Medisinsk behandling av avvikende atferd dekker over kompliserte politiske spørsmål vedrørende toleranse overfor forskjellighet, kontroll av forstyrrende atferd og håndtering av avhengighet. Den medisinske modellen gjør det mulig å påtvinge og forsterke konformitet i et samfunn som bekjenner seg til liberale verdier og individualisme. Den skjuler de økonomiske forholdene i et system hvor menneskelig arbeid bare verdsettes hvis det skaper en profitt, mens alle som ikke kan eller vil utbyttes på denne måten marginaliseres.

Karakteristikken av schizofreni som en fysisk basert hjernesykdom lukker også for all debatt om betydningen av den schizofrenes erfaringer og handlinger. Forsøk på å fortolke schizofrenes symptomer og å forstå deres kommunikative verdi har kastet lys over normale erfaringer og skapt økt innlevelse i de schizofrenes situasjon. Det er også gjort interessante funn

vedrørende forbindelsen mellom schizofreni og samfunnsstruktur. Inntil begynnelsen av det 19. århundre finner vi ingen beskrivelser av tilstander som minner om schizofreni, noe som tyder på en sammenheng med framveksten av den industrielle kapitalismen. I moderne samfunn forekommer diagnosen schizofreni oftest i urbane sentra, blant lavere sosiale klasser og i enkelte innvandrergupper, i Storbritannia spesielt blant andre generasjon innvandrere med afro-karibisk bakgrunn. Forskning i u-land viser at mennesker med schizofreni har en lavere risiko for tilbakefall og funksjonsvekkelse enn deres motparter i den industrialiserte verden. Sosiale forhold later til å virke inn på hvordan schizofrene symptomer uttrykkes, schizofreni kan betraktes som et speil som viser manglene ved den nåværende samfunnsstrukturen.

Toleranse overfor diversiteten av menneskelige livsformer og respekt for alles autonomi må være grunnlaget for en progressiv alternativ tilnærming. En styrking av menneskers kontroll over egne liv betyr at det må legges til rette for genuine valg og muligheter for mennesker med alle mulige tilbøyeligheter. Det krever et samfunn med nisjer som muliggjør en diversitet av livsformer, der noen mennesker velger liv som for andre kan virke merkelige og stakkarslige. Noen mennesker med schizofreni kan anse medisinsk behandling som nyttig, men de ofte forekommende klager blant psykiatere om uvillige pasienter viser også at mange fravelger medisinsk behandling. På samme måte er det noen mennesker med kroniske psykiske lidelser som graviterer vekk fra de strukturerte rehabiliteringsmiljøene i det psykiske helsevernet og ender opp på herberger for hjemløse, eller på gata. Det hevdes ofte at slike forhold skyldes manglende ressurser til samfunnspleie, men forskning har vist at de fleste hjemløse psykisk syke ikke kom direkte fra nedlagte psykiatriske sykehus, men fra rimelig gode omsorgsboliger. Dette kan forklares med at langtids psykisk syke foretrekker å leve fordringsløst som hjemløse, framfor å utsettes for stadige krav fra familie, samfunn og de psykiske helsetjenestene.

Det er et problem for ethvert samfunn å håndtere forstyrrende og farlig atferd. Det er fortsatt viktige politiske konflikter vedrørende ufrivillig innesperring og behandling. Opposisjonen framhever betydningen av respekt for menneskers autonomi og går mot forsøk på å knesette verdistandarder om hva som er normalt og tilregnelig. Den argumenterer for at det er mulig å håndtere atferd som virkelig er skadelig og til plage for andre mennesker innenfor rammene av det normale rettsverket. Disse spørsmålene krever mer omtanke og debatt. Uansett hvilken løsning som velges, må løsningen fremmes åpent og demokratisk med anledning til partsrepresentasjon og offentlig innsikt. De virkemidlene som velges må ikke manipuleres så de fremmer interessene til en gruppe på bekostning av andre.

Konklusjon

Til tross for de seinere års politiske tilbakeslag og profesjonalisering, er det mye som tyder på viktige endringer av det psykiatriske systemet, deriblant sterke pasientrettighetsbevegelser og den antipsykiatriske kritikken. Den psykiatriske paternalismen svekkes både av den økte forbrukermakten til medisinbrukere og av krav om at behandlinger skal begrunnes og pasienter involveres i beslutninger. Den medisinske profesjonen stiller også sterkere krav til objektive bevis for at behandlinger fungerer og er blitt mindre tilbøyelig til å støtte prinsippet om klinisk frihet. Mange individuelle psykiatere har innsett de politiske konfliktene som hefter ved deres praksis og forsøker å respondere på dette med omtanke og respekt for pasientene. Det foregår en utbredt filosofisk debatt innen profesjonen som uunngåelig kommer inn på viktige politiske spørsmål. Det er imidlertid usannsynlig at en omveltning vil finne sted innenfor psykiatrien uten at det skjer større sosiale og politiske endringer. Til det er kontroll av avvik og påtvunget konformitet for viktige funksjoner for det utbytende og seggregerende samfunnssystemet vi lever under.

Oversatt fra engelsk av Kristen Nordhaug

NOTER

- 1) Originalartikkelen ble først trykt i *Soundings*, nr. 6, sommeren 1997.
- 2) Det menneskelige genom prosjekt (Human Genome Project (HGP)) ble startet i 1987 av den amerikanske staten. HGP er det største offentlige forskningsprogrammet i USA siden Appollo-prosjektet. Prosjektet er delt i tre: Fase 1: Genetisk kart. Det fins nå «kart» som gjør at man kan kjenne igjen alle deler av menneskets arvestoff. Dersom man kjenner til hvordan et gen arves, kan man sjekke hvilke markør(er) det er arvet sammen med, og på den måten identifiserer hvilket av menneskets 23 kromosomer genet hører til på. Fase 2: Et fysisk kart over mennesket genom: Målet er å utvikle såkalte primere (klonede DNA-strenger) som binder seg til gener. Poenget er å plassere de genene man har isolert korrekt på genomet. Fase 3: Sekvensering av det menneskelige genom: Her skal den nøyaktige rekkefølgen for hver eneste base finnes. Når denne fasen er oppfylt kjenner man i prinsippet hele menneskets arvestoff. (o.a.)
- 3) Det er ulike typer antidepressiver. De fleste legemidler mot depresjon påvirker omsetningen av signalstoffer i hjernen; serotonin, noradrenalin og dopamin. Først og fremst er det serotoninomsetningen som påvirkes, men også andre signalstoffer påvirkes i varierende grad. Enkelte midler påvirker hovedsakelig noradrenalin. (o.a.)
- 4) Litium (Li) er et grunnstoff. Det hører til gruppe 1 (alkalimetallene) i det periodiske system. , nr 3 i det periodiske system. Litium ble oppdaget av den svenske bergverksingeniøren Johan August Arfwedson i 1917. Litium har en profylaktisk effekt mot maniske og depressive faser av manisk depressive lidelser. Virkningsmekanismen for litium er ikke klarlagt. (o.a.)

Ole Jacob Madsen

IN PSYCHOLOGY WE TRUST... ¹

1980-årenes thatcherisme varslet på mange måter om sosialitetens endelige død og overlot på et vis menneskelige relasjoner til markedets krefter. Dette ble for mange ensbetydende med starten på den postmoderne epoke: en kultur uten en felles tro på kollektive former for handlinger eller kollektive identiteter. Med disse endringene ble enkeltmennesket dermed mer overlatt (til seg selv) og følgelig mer sårbart. I dette markedet får et fag og en institusjon som psykologien en særlig aktualitet, og utgjør på et vis et meningssystem for mye av den vestlige sekulariserte kultur, derav karakterstikker som «terapisamfunnet» og «den terapeutiske kultur». Denne epokens selv: det nyliberale subjektet – *homo economicus* – er ikke bare et produkt av ytre politikk eller økonomi, men også et bestemt subjektoppsett, hvis begjær vil være sammenfallende med det nyliberale systems symbolproduksjon. Den nyliberale regjeringsrasjonaliteten som dominerer det politiske landskapet vi lever i, forventer av hver enkelt at hun skal regjere seg selv nærmest som en bedrift hvis mål er å realisere og øke sin menneskelige kapital. Den høye etterspørselen etter psykologien i denne kulturen bør kanskje gi opphav til en kritisk revisjon av psykologiens rolle i konsumkulturen: representerer psykologien noen kritisk instans eller potensial overfor sin tids ideologi, eller skyver den bare folk tilbake i konsumkarusellen? Og må psykoboomen tenkes som noe mer enn bare symptom på en utvikling som produserer stadig mer menneskelig vrakgods? Psykologiens medvirkning i den nyliberale støpingen av mennesket krever en belysning, samtidig må man etter Foucault tenke utøvelsen av makt og utdeling av autonomi som gjensidig betingende, ikke som motsetninger. Det gjør psykologien ekstra interessant som undertrykker og frigjør i samme skikkelse. Frigjøringsaspektet blir stadig belyst både i fagets selvforståelse og gjennom dets betrodde rolle som ekspert og god hjelper. Vi skal derfor forsøke å utlufte psykologiens utematiserte og utilsiktede effekter på aktuelle samfunnsprosesser som individualisering, offentlighetens forfall, konsumkulturen og nyliberalismens hegemoni.

Terapisamfunnet i tall

Psykologiens tiltagende nærvær i kulturen kan illustreres ved hjelp av noen enkle statistikker. Psykiske lidelser øker, både målt i forekomst i befolkningen og målt i antall psykiske lidelser som finnes. Nyere prevalensstudier opererer med estimater hvor halvparten av den vestlige verdens befolkning forventes å rammes av en psykisk lidelse minst en gang i løpet av livet.²

Psykologi – og psykiatrifagets nomenklatur – DSM-systemet, inneholdt i førsteutgaven DSM I fra 1952, 60 ulike diagnoser, mens DSM IV fra 1994, inneholder 350 ulike diagnoser, en økning på over 300 % nøkternt regnet.³ Uansett om man velger å tolke slike tall ut ifra en forverringshypotese: vi blir sykere og sykere, eller en forbedringshypotese: vi blir friskere og friskere (fordi vi nå kan identifisere og behandle langt flere psykiske lidelser), opplever psydisiplinene en enorm etterspørsel etter sin kompetanse. Uavhengig av hvilken tolkning som legges til grunn må psykologien derfor betraktes som en suksess ut ifra rene vekstkriterier. Medlemsstatistikk fra psykologforeninger rundt om i den vestlige verden vitner om dette. I perioden 1968 til 1983 ble antall kliniske psykologer i USA tredoblet, fra ca. tolv tusen til førti tusen. I 1940 var det 2.739 medlemmer i den amerikanske psykologiforeningen, i 1993 var det over 75.000.⁴ I Storbritannia var det i 1989 4.500 medlemmer i British Association for Counselling, mens det i 1999 var 16.000 registrerte medlemmer.⁵ En tredobling over en periode på bare 10 år. I Norge var det i 1987 1.775 medlemmer i Norsk Psykologforening, mens det i 2004 var 4.026, en økning på 127%.⁶ Det som har blitt omtalt som en psykoboomb kan også sees innenfor academia. I 1986 utdannet man i USA flere doktorander i psykologi enn alle de andre samfunnsvitenskapene til sammen.⁷ Også i mediene brukes psykologiske begreper langt hyppigere enn tidligere. Et begrep som selvbilde gir null treff på et søk i britiske aviser for året 1980, 103 treff i 1990, mens året 2000 gir hele 3.328 treff. Traumbegrepet gir for året 1994 500 treff, mens bare 6 år senere i 2000 gir det over 5.000 treff. Et søk på rådgiving viser samme tendens: under 500 treff for året 1993, over 7.000 treff for året 2000.⁸ Man kan forklare dette med at mediene har mer helsestoff nå enn tidligere, men det kan også tolkes som at selve dagligspråket vårt (og eventuelt folkepsyken) nå preges av et terapeutisk tale- og tenkesett.

Psykologiens selvforståelse

For psykologien er den enkleste og mest behagelige forklaringsmodellen for denne utviklingen å betrakte dette som en formidabel suksesshistorie som demonstrerer fagets fortreffelighet i suksessivt å avdekke mer og mer av virkeligheten, nærmere bestemt avsløre oss som de menneskelige [les: biologiske] vesener vi egentlig er. Men da kan vi bare forstå utviklingen i rent positivistiske interne termer uten begrep om hva psykologiens grep om virkeligheten har av konsekvenser for samfunnsutviklingen. Derfor gir det kanskje mer mening å se dette som *skapt viten*, som *vilje til viten*. Den psykologiske kunnskapen er knyttet til sentrale maktmekanismer som igjen er uløselig knyttet til aktuelle kulturelle, sosiale og politiske prosesser. I et idéhistorisk perspektiv kan psykologene betraktes som reparatørene av modernitetens vrakgods, hvis mål er: «å gjenopprette selvet som moderni-

teten har splintret».⁹ Den velmenende og samfunnsengasjerte psykolog ser med en mors omsorgsfulle og bekymrede blick på modernitetutviklingens herjinger med sine barn. Til stadighet hører vi nyhetsinnslag som rapporterer om økning i henvendelser til hjelpeapparat rundt om i landet. Rapportene etterfølges gjerne med et intervju av en psykolog som er bekymret på vegne av mennesket: «det blir stadig vanskeligere å være menneske når man skal skape seg selv hele tiden». Psykologen opptrer i rollen som det sårbare enkeltindivids høye beskytter og retter en pekefinger mot samfunnsutviklingen som kaster mennesket på skraphaugen gjennom sin kynisme, materialisme, individualisme eller grenseløshet. Dette engasjementet er velmenende nok, men må betegnes som relativt naivt da psykologien risikerer å fungere mot sin hensikt i forsvaret av den «private» personen og bare forsterke hennes sosiale isolasjon fra verden.¹⁰ Mer radikalt er det mulig å hevde at psykologien har vært med på å skape forestillingen om selvet som alle tings opphav og referansepunkt og den postmoderne konsumerkulturen det har som lekegrind for selvrealisering.

Regjering i vesten

I den alternative maktutredningen påpeker Iver Neumann og Ole Jacob Sending hvordan vi i Norge i dag har en velferdsstatlig regjeringsrasjonalitet med en iboende forventning til hver enkelt av oss om å regjere oss selv. I stadig større grad gjør vi det ut ifra idealer og skjemaer i en velferdsmodell som gjør borgerne til «brukere» og «klienter».¹¹ De kunne også lagt til konsumenter. Dette skjer fordi en politisk rasjonalitet utspilles gjennom praksiser som fremsetter handlingsidealer for hvert enkelt individ. En ny type styring som Michel Foucault identifiserte i sine forelesninger ved Collège de France i siste del av 70-årene, om fremveksten av de liberale demokratier i den vestlige verden. Foucault hevder at det på 1700-tallet utspant seg et skifte fra statsvitenskap til styringskunst, fra et regime med suverenitetsstrukturer til et regime med styringsteknikker samtidig med den politiske økonomis fødsel. Med fremveksten av avanserte liberale demokratier i den vestlige verden utover 1800-tallet, skjer det en transformasjon i statens måte å styre på. Der hvor man tidligere primært rådet over territorier, styrer man nå (over) befolkninger og etter hvert individer.¹² Avanserte liberale regjeringer innebærer en dyptgripende endring av den tradisjonelle måten å tenke og praktisere politikk på. Med de tradisjonelle velferdsstrategiene søkte man å styre gjennom staten, mens man i de avanserte liberale strategier spør seg om det er mulig å styre uten å styre gjennom staten, men isteden styre gjennom de målbare og regulerbare valgene til autonome agenter som borgere, konsumenter, foreldre, ansatte, arbeidsgivere, osv. Denne styringen må omfatte et bestemt forhold mellom politiske subjekter og ekspertise hvor ekspertenes råd og ordre sammenfaller med våre egne prosjekt for selvstyring og for-

bedring av våre liv. Kunsten å styre finner sitt grunnlag og prinsippene for sin rasjonalitet i det som utgjør statens spesifikke realitet, heller enn i transcendent regler, en kosmologisk orden eller i et moralsk ideal. Dette innebærer også konkrete endringer i politikken. Liberalismen blir ikke lenger en teori om rettferdig og legitim politisk organisering, men en konkret politisk rasjonalitet, en type praksis. Istedenfor å sette gjennom én lov for menneskene, bruker man taktikker, eller man bruker lovene mest mulig som taktikker. Dette gir opphav til Foucaults begrep om «gouvernementalité», på engelsk «governmentality»: kalkyler, strategier og taktikker som ulike autoriteter nytter seg av overfor borgerne i forsøket på å unngå onder og oppnå goder som helse, lykke, velferd og likhet. Dette skjer mest effektivt ved at borgerne skal styre seg selv, og det mest effektive er å styre *langs med* borgernes autonome valg ikke på tvers av dem. Denne styringsformen er en autonomisert og plural styringsmodell som er avhengig av regulerende instanser på et molekylært nivå for å nå borgerne. Her får psydisiplinene og psykologien sin aktualitet.

Psykologiens aktualitet

Den britiske sosiologen Nikolas Rose har med utgangspunkt i Foucaults begrep om «governmentality» undersøkt hvordan psykologien får sin aktualitet i Storbritannia og resten av den vestlige verden gjennom det 20. århundre. Svaret hans er at psykologien er blitt en ufravikelig og uunngåelig del av vårt moderne levesett fordi den definerer oss som de aktuelle selvne vi tar oss selv som. For å forstå hvordan dette har skjedd må man se på veksten i de teoretiske og praktiske teknologiene som har utgjort psykologien i Europa og Nord-Amerika siden slutten av 1800-tallet. De er uatskillelig koblet til endringene i utøvelsen av politisk makt i moderne liberale demokratier. Historien til psydisiplinene er derfor ikke en historie om en bestemt og atskilt gruppe vitenskaper, men en del av historien om hvilke måter mennesker har regulert andre og seg selv på i forskjellige sannhetsregimer.¹³ Historien til psy er uatskillelig forbundet med historien til regjeringen (styringskunsten). Psyekspertene har oppnådd en bestemt privilegert posisjon de siste hundre år, da disipliner som psykologi hevder å inneha tilgangen til de indre determinanter i den menneskelige væremåte, og har kunnskap og teknikk tilgjengelig for styringseksptisen. Viktigheten av liberalismen som en etos for regjering er ikke at den var først med å fremheve frihet for alle borgere. Viktigere var det at dens styring var systematisk forbundet med frihet, i og med karakteriseringen av menneskelige vesener som potensielle subjekter for denne friheten. Formen for frihet vi innehar i dag er dermed ubønnhørlig bundet til et regime av subjektivering hvor subjektene ikke bare er frie til å velge, men pålagt å være frie.¹⁴ Psy har utformet formen og karakteren til det vi forbinder med frihet, autonomi, og valg i livet. Som et resultat har friheten

inntatt en subjektiv karakter. Psykologien har utviklet komplekse emosjonelle, interpersonlige og organisatoriske teknikker hvor hverdagspraksiser kan organiseres i tråd med selvskapingsetikken. For å leve som et autonomt individ må man lære seg teknikker for å forstå seg selv og handle på seg selv. Frihet utløses for prisen av å stole på sjelens eksperter. Å regjere borgere demokratisk, betyr med denne styringsformelen å regjere dem gjennom deres frihet, deres valg og deres preferanser istedenfor å gå på tvers av disse.

Subjektiveringens genealogi

Rose sitt perspektiv kan betegnes som en subjektiveringens genealogi, som innebærer å undersøke vårt forhold til oss selv. Fokuset med en slik genealogisk metode er ikke historien om mennesket, men isteden relasjonen som mennesket har etablert med seg selv, hvordan de har kommet frem til å relatere seg til seg selv som et bestemt selv. Styringskunst innebærer strategier for styring av styring gjennom teknologier for selvet, selvstyringsmekanismer eller styring gjennom måten individer opplever, forstår, bedømmer og styrer seg selv på. Subjektiveringsprosessen og utviklingen av selvet skyldes særlig psydisiplinens sjenerøse ekspertise. Med sjenerøsitet mener Rose psy sin iver etter å tilby sin kunnskap; å låne bort sitt vokabular, forklaringer, og vurderinger til andre profesjonelle grupper og implantere en psydiskurs i disse gruppenes klienter. Psydisiplinene delvis på grunn av deres heterogenitet og mangel på et bestemt paradigme, har oppnådd en særegen penetrerende kapasitet i forhold til praksiser som omhandler styring av styring.¹⁵ Ikke bare tilbyr de et utvalg modeller for selvet, men også praktiske oppskrifter for handling, gitt av profesjonelle i ulike settinger. Deres aktualitet har ytterligere forsterket seg gjennom evnen til å støtte disse praktiske oppskriftene med en legitimitet basert på tilgangen til sannheten om mennesker. Det har blitt umulig å erfare ens egen eller andres personlighet, eller å styre seg selv eller andre uten psy. Denne styringsrasjonalitetens effektivitet kan illustreres med et eksempel. Det humanistiske krav til mennesket om handlingens autensitet går i utgangspunktet på tvers av politiske eller institusjonelle krav om kollektiv ansvarlighet. Her har man altså en tilsynelatende motsetning som styringskunsten har en foreskrevet løsning for. Svaret er at autonomi naturligvis er den ypperste av styringsteknikalitetene: man styrer individet til å styre seg selv i tråd med målet for styringspolitikken. Rose betrakter psykologien som en teknikalitet hvis produksjon av psykologiske sannhetseffekter er knyttet uatskillelig til en pågående psykologisering av et utall domener, problemer, praksiser og aktiviteter. De blir psykologiske fordi de blir problematisert – de oppfattes som bekymringsfulle og uforståelige, og psykologien blir injisert. Det er et konstitutivt forhold mellom hva som regnes for en adekvat psykologisk teori og prosessen hvor psykologien blir synlig og legitim innenfor disse domen-

ene. Eksempelvis å oppdra et barn, å endre et problembarns atferd, å kurere en hysteriker, å administrere en militærtropp, å drive en fabrikk. Styringen av personer blir forståelig og synlig når den kan bringes innenfor en psykologisk ramme. Slik blir virkeligheten ordnet ut ifra en psykologisk logikk, og evner, personligheter, holdninger og lignende blir sentrale komponenter i autoriteters bestemmelser og kalkyler. *Psykologisk epistemologi* er derfor å forstå som *institusjonell epistemologi*. Reglene for hva som kan være kunnskap blir strukturert av de institusjonelle relasjonene de har blitt utformet i. Rose betrakter psykologien ikke bare som en måte å tenke på, men som en bestemt form for liv, en type praksis eller handling i verden. Han bruker den aristoteliske termen «*techné*», som betegner en type praktisk kunnskap, om psykologiens virke i samfunnet hvor kunnskap uttrykkes som teknikker: psykologien får sin sannhet gjennom sine teknikker. Gjennom det 20. århundret har psykologiske normer, verdier, forestillingsbilder og teknikker formet måten ulike sosiale autoriteter tenker om personer, deres laster og dyder, deres tilstand av sykdom og friskhet, deres normaliteter og deres patologier på. Objektiver konstruert i psykologiske termer som normalitet, tilpassning, fullbyrdelse har inkorporert seg i programmene, drømmene og oversiktene for reguleringen av menneskelig styring. Psykologien har blitt i verk-satt i teknikkene og instansene skapt for regjeringens styring, og utøves ikke bare av psykologene selv, men også av annen ekspertise som leger, prester, filantroper, arkitekter og lærere. Strategiene, programmene, teknikkene, innretningene og refleksjonene til administrasjonen av styring som Foucault kaller «*governmentality*», har blitt psykologisert. Utøvelsen av moderne former for politisk makt er blitt uatskillelig koblet til kunnskap om menneskelig subjektivitet. Psykologiens autoritet stammer derfor fra det faktum at den selv har produsert en rekke nye autoriteter hvis arbeidsområde er styringen av styring, kontrollen av subjektiviteten. Psykologien er forbundet med nye felt og problemer som det må utøves ekspertise overfor, selv normalitet er knyttet til en form for ekspertise. I tillegg er psykologien knyttet til allerede eksisterende systemer av autoritet: offiseren i militæret, læreren i skolen, ledere i bedriften etc. Disse formene for autoritet akkumulerer en form for etisk basis, gjennom sin bruk av terminologi og teknikk fra psykologien. Autoritet blir etisk i den grad den utøves i lys av kunnskap om dem som er dens subjekter. Dette innebærer ikke lenger bare å gi ordre, kontrollere, kreve lydighet og lojalitet, men å bedre individenes kapasitet til å utøve autoritet over seg selv. Utøvelsen av autoritet blir dermed en terapeutisk virksomhet; den mektigste måten å styre handlingene til andre på er å forandre måten de styrer seg selv på. Over de siste femti år har språket, teknikkene og personellet til psykologien influert og omformet måtene menneskene har blitt avkrevd og ledet til å bli etiske vesener på. Vi definerer og regulerer oss selv etter en moralsk kode, som styrer våre liv, og setter moralske mål for oss selv. Mennesket har blitt åpnet opp på forskjellige

måter for intervensjon utført i subjektivitetens navn. Slik Rose ser det har dermed psyvitenskapene skapt det moderne subjektet og virker daglig som en garantist og reparatør for menneskenes autonomi og frihet.

Statens støttespiller

Det er også mulig å forstå psykologiens aktualitet gjennom dens nytte i statens kontinuerlige behov for legitimeringskilder for å grunnlegge sin egen tilstedeværelse og autoritet overfor sine borgere. Den amerikanske sosiologen James Nolan identifiserer i *The Therapeutic State* (1998) en tiltagende bruk av den terapeutiske etos som legitimeringskilde i USA gjennom de siste tiårene. Legitimering kan defineres som de kulturelle ideer og verdisystemer som gir statens utøvende funksjoner sin autoritet. I dag har terapeutiske verdier tatt over som primær legitimeringskilde for tidligere tiders transcendentale størrelser som liberalisme, borgerlig republikanisme eller protestantisme. Samtidig som disse tidligere legitimerende støttespillerne for staten ikke lenger har samme kraft, utvider staten stadig seg, noe som gir et legitimeringsunderskudd og behov for nye kilder. Den terapeutiske etos er perfekt fordi den gir borgerne en myk utside til det kalde, byråkratiske og rasjonelle statsapparatet, samtidig som den har en unik og penetrerende kraft inn i privatsfæren, som tidligere var utilgjengelig. Ut fra Nolans hypotese om den terapeutiske etos sin nytte skal det dermed være mulig å finne belegg for den terapeutiske etos gryende institusjonalisering i den amerikanske stat. Denne institusjonaliseringen av den terapeutiske etos viser Nolan innenfor en rekke statsområder som fengsels- og rettsvesen, offentlig utdanning, velferds-politikk, sivile søksmål mot staten og den politiske retorikken. Staten har gjennom flere århundrer utstedt offentlige direktiver til lokale skoler. Tidligere begrunnet man viktigheten av barns mulighet for å lese og skrive at de måtte kunne lese Bibelen for å ikke bli lokket av djevelen, eller at alle barn skulle lære å lese og skrive for å komme i kontakt med den universelle menneskenaturen. I dag henvises til at barns læring er viktig for utvikling av et sunt selvbilde. En mektig lobbyorganisasjon i USA, «the self-esteem movement», jobber for barns psykiske helse i skolen. I statistikker fra de siste tiårene over borgernes sivile søksmål mot staten dokumenterer Nolan en eksplosiv økning i kategorien «emosjonelle skader», samtidig som antall søksmål i kategorier som «fysisk skade» eller «økonomisk skade» er relativt stabile. Slike endringer kan gi en indikasjon på en terapeutisk sensibilitet i befolkningen i raskt utvikling. Noe som også gjelder for den politiske debatten. En historisk gjennomgang av presidentvalgdebatter siden 1858 viser at man har gått fra et debattklima preget av fornufttro til en utpreget emosjonstro. Nolan gjengir presidentkandidatdebatter hvor velgerne stiller spørsmål til kandidatene. Her hevder han å se ut ifra spørsmålene et tiltagende krav fra velgerne om at kandidaten skal demonstrere sin evne til

empatisk forståelse. Bill Clintons presidentperiode representerer kulminasjonen av denne utviklingen. Clinton er så å si den terapeutiske president, noe utsagnet: «I feel your pain», som nærmest har blitt stående som oppsummerende for hans politiske stil, vitner om. Med George W. Bush tok presidentskapet kanskje en nyreligiøs vending, men politiske kommentatorer har påpekt hvordan det gjerne i vanskelige politiske situasjoner henvises til at president Bush er optimistisk eller selvsikker,¹⁶ som dermed fungerer som en emotativ grunngeving for å vinne velgerens tillit. Presidentkandidatenes retorikk kan sees som indikator på kollektive ubevisste strømninger i befolkning, fordi om de skal lykkes og bli valgt av folket må kandidatene utvilsomt være i kontakt med sentrale ideer i tiden, de må treffe en nerve i befolkningen. Deres retoriske stil kan derfor betraktes som noe mer enn bare personlig stil.¹⁷

Hittil har vi sett på psykologiens aktualitet og makt gjennom relativt deskriptive beskrivelser av dens forbindelser til en bestemt regjeringsrasjonalitet eller viktig legitimerende funksjon. Det er imidlertid mulig å betrakte psykologiens medvirkning i konstitueringen av en etos og et selv fra en mer utpreget ideologibasert analysemodell. Her sees selvets konstituering i lys av politiske og økonomiske interesser som leder oss frem til aktuelle kapitalistiske interesser og strømninger i det postmoderne konsument-samfunnet.

Selvets konstitusjon

Tradisjonen med å sammenholde en historisk periodes økonomiske system og tros- eller meningssystem (som også inkluderer selvets oppsett) kan knyttes til Karl Marx og den tyske sosiologen Max Webers pionerstudie *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd* (1920). Her identifiserer Weber et overraskende, men overbevisende sammenfall mellom to tilsynelatende uforenlige områder av kulturen: børs og katedral, eller kapitalismen og protestantismen.¹⁸ Hovedtesen til Weber er at kravet om selvrealisering og kravet om å handle økonomisk rasjonelt i virkeligheten er det samme livs-prosjektet. Den moderne kapitalismens krav til yrkesetikk og målrettet innsats springer ut av asketiske teknikkers mål om å øke Guds ære på jorden. Vi kan spørre oss om ikke den terapeutiske etos fungerer som en sekularisert variant av den protestantiske etos tilpasset kapitalismens utvikling. Faktum er at psykologien i dag har sterkere utbredelse i protestantiske land enn i katolske.¹⁹ En del kulturteoretikere har fulgt Webers metoder og studert konsumsamfunnets fremvekst i USA på begynnelsen av 1900-tallet. Jackson Lears demonstrerer at det var en glidende overgang i den amerikanske mentaliteten på begynnelsen av 1900-tallet, fra et protestantisk, asketisk liv til en terapeutisk etos som postulerer selvrealisering i en dennesidig verden med gjennomgående opptatthet av psykisk og fysisk helse. En nøktern,

asketisk livsførsel var antagelig ikke lenger forenlig med gryende økonomiske interesser. Selvrealiseringsidealet gjennom konsum kan også sees på som en kompensasjon for tap av autonomi som det masseproduserende arbeidslivet innebar for den enkelte arbeider. Terapeutiske idealer gikk hånd i hånd med markedsføring og kulturindustri for å promotere nye former for kulturelt hegemoni.²⁰ Den norske psykologen Steinar Kvale bemerker hvordan John Watson – en av grunnleggerne av behaviorismen – står som et betegnende symbol på denne perioden: først studerte Watson for å bli baptistprest, så ble han en viktig skikkelse i utviklingen av den amerikanske behaviorismen for deretter å gå over til å være en vellykket foretningmann i reklamebransjen/psykologien.²¹

Den amerikanske historikeren og terapeuten Philip Cushman tar for seg etterkrigstidens konsumerisme i USA og det aktuelle oppsettet av selvet som fremmes i terapiværelsene rundt om på det amerikanske kontinent i denne perioden.²² I *Constructing the self. Constructing America* (1995) foretar han en grundig belysning av selvet som et produkt av dominerende kulturelle impulser og samfunnsstrømmer. En hovedtese er at økonomiske og politiske krav til enhver tid vil søke å forme selvets konstitusjon i overensstemmelse med viktige samfunnsinteresser. Den dominerende konfigurasjon av selvet i USA etter den andre verdenskrig, er det han kaller «det tomme selvet». Denne aktuelle realiseringen av mange mulige subjekt preges av en nagende følelse av personlig tomhet, et velutviklet konkurranseinstinkt og en tilknytning til verdien av frigjøring og selvrealisering gjennom konsum. I det politiske landskapet i USA i etterkrigstiden blir et selv uten lokalsamfunn, tradisjon og delt meningsfelleskap opphav til konfigurasjon av det tomme selvet, som igjen gav opphavet til profesjonsgrupper hvis oppgave er å fylle det; markedsføringsindustrien og psykoterapiindustrien. Cushmans tese er at selvet er konstruert som tomt for at staten skal kunne kontrollere sine borgere. Det skjer ikke ved å begrense deres impulser, som i Sigmund Freuds Wien ved århundreskiftet, men ved å danne og manipulere deres ønsker om å bli lindret, organisert og oppleve koherens, ved midlertidig å tilfredsstille selvet ved å «fylle» det opp. Dette tomme selvet er det perfekte oppsettet til et økonomisk system avhengig av en stadig akselerering av produksjon og konsum av varer og tjenester. Psykologien fungerer som en nyttig agent for staten i utviklingen av selv som subjekter med kontroll og utviklingen av teknikker som middel for kontroll. Her peker Cushman særlig på den humanistiske psykologiske bevegelsen i USA på 1950- og 60-tallet som postulerer et selv hvor en alt-er-mulig tankegang og et indre savn ligger nedfelt. Psykoterapi blir en virksomhet med ansvarsområde å behandle de uheldige virkningene av et tomt selv, uten å gå på tvers av de økonomiske rammene i konsumkulturen. Men psykologien selv er et produkt av en større historisk sammenheng som bringer med seg og forårsaker disse lidelsene. Psykologien kan ikke nå disse symptomene med mindre den går til de

politiske og historiske årsakene som skaper denne æraen, men de er som vist ikke innenfor psykologiens rekkevidde, det er ikke tillatt å berøre dem. Psykologien skal bare tilby lindring innenfor systemet og sørge for opprettholdelsen av det, ikke bryte med det. Selve psykologiens arbeidsinstruks fremmer dette synet. Det minner om reklamen som tilbyr midlertidig lindring. Reklamekampanjer som spiller på psykoterapi gir derfor uttrykk for mer strukturell likhet enn man kanskje vil innrømme: «Det hjelper ikke alltid å ringe etter en psykolog når man føler seg tom innvendig» (*Pizza Hut*) og «Hvorfor betale en terapeut for å komme i kontakt med sitt indre barn?» (peanøttsmør).²³ For at økonomien skal blomstre, kreves det av individene en sterk tilbøyelighet til å begjære og konsumere produkter. I møte med slike individer mener Cushman at mange psykoterapeutiske teoritradisjoner behandler det moderne selvet ved å forsterke de samme strukturene som i utgangspunktet har skapt problemet; dets autonome, grenseløse natur.²⁴ Individet diagnostiseres som tomt og fragmentert (som i humanistisk psykologi) uten å adressere de sosiohistoriske årsakene som forårsaket denne tomheten og fragmenteringen. Tilstander tvunget frem av den vestlige kultur, som ensomhet, fremmedgjøring og ekstremt konkurranseinstinkt, betraktes som naturlige og uunngåelige. Som et resultat må individer konstrueres til å etterstrebe konsum og ekspansjon, og samtidig leve i troen på at denne jakten er et aspekt av den universelle menneskenaturen. Siden symptomene betraktes som naturlige og uunngåelige, blir de lokalisert utenfor politikken og historiens sfære og dermed kan de heller ikke endres gjennom politisk handling. Ergo opprettholdes status quo. Denne situasjonen har fremkommet fordi den eneste måten den føderale kapitalismen kunne påvirke og kontrollere befolkningen på, var ved å gjøre kontrollen usynlig, det vil si, ved å late som et spekter av følelser og meninger oppstår betingelsesløst i individets indre. I likhet med Nolans analyser av statslegitimering i USA blir den terapeutiske etos en nyttig støttespiller som grunngever av statens tilstedeværelse i offentligheten. Psykologisk virksomhet blir således fremstilt som en objektiv nøytral vitenskap, i motsetning til tradisjonelle iøynefallende autoriteter. Dens vitenskapelige status gjør at den blir en ubestridt autoritet på sannhet, og dermed en høyst innflytelsesrik og mektig kontrollør av mennesket. Psykologien selv står dermed igjen som en ureflektert, skadebringende og paradoksal aktør som uten å vite det reproducerer noen av lidelsene den er ment å helbrede.²⁵

Det postmoderne konsumentsamfunnet

Det postmoderne konsumentsamfunnet kan betraktes som perfektjonen av det som var konsumerismens ungdomsår og oppvekst gjennom 1900-tallets USA. Den amerikanske kulturkritikeren Fredric Jameson har påpekt hvordan den postmoderne epoke og den kapitalistiske konsumkulturen ikke bare

eksisterer side om side, men i virkeligheten er to sider av samme sak. I «Post-modernism, or, the cultural logic of late capitalism» (1984) hevder han at det postmoderne tankesett er fullstendig i overensstemmelse med kapitalistiske strømninger hvor den postmoderne idé om at vi kan skape oss selv egentlig bare er en kapitalistisk kreasjon basert på en konsumlogikk som alle kulturelle innretninger, identiteter og symboler inngår i.²⁶ I en antologi om psykologi og postmodernisme fra begynnelsen av 90-tallet kommenterer Steinar Kvale at med postmodernismen som konsumentkulturens ideologi gjenstår det å se om forsøkene på en postmoderne psykologi kan ha et kritisk potensial overfor denne ideologien, eller om den simpelthen bare speiler den, og skyver folk tilbake i konsumkarusellen. Et tiår senere påpeker Kvale at markedet fremdeles er hovedkilden i formingen av kulturelle verdier.²⁷ Meningen med livet knytter seg til konsum. Det som teller er å uttrykke, skape og omskape selvet i tråd med markedets svingninger. Et usikkert selv med tap av tradisjoner og sosiale bånd lindres gjennom konsumgoder og erfaringer i en ustanselig identitetsshopping. Psykologien har bidratt direkte til utviklingen av konsum ved å fremme en forestilling om mennesker drevet av impulser, med en selvcentrert moral, og ved å tilby teknikker for investering og promotering av et konsumbegjær. Konsumsamfunnets økonomiske vekst forutsetter en stadig flyt av penger og befolkningens ønske om å bruke dem.²⁸ Det er derfor behov for subjekter med et indre liv preget av utilstrekkelighet og tomhet, som vil være med på en konstant jakt etter tilfredsstillelse gjennom noe nytt som kan fylle denne tomheten. I Jean Baudrillards visjon av konsumsamfunnet fra begynnelsen av 70-tallet foregår alle våre muligheter for uttrykk langs forbrukslogikken av tegn og objekter som nå utgjør vårt språk, eller vår «kode» som hele samfunnet fungerer og utvikles etter.²⁹ Konsumsamfunnet later tilsynelatende til å støtte frihet, men denne friheten representerer egentlig en stor ufrihet, ettersom mulighetene for å uttrykke seg (forbruk) er gjennom objekter og fortellinger med små forskjeller. Våre selvrealiseringsprosjekter må foregå innenfor det som tilbys på markedet for identitetskonstruksjon. Psykologien synes å spille en sentral rolle i forhold til rammeverket/premissene for dette konsumsamfunnet gjennom identitetskonstruksjon hvor konsum og selvrealisering lyder det samme imperativ.

Nikolas Rose og Peter Miller gir i «Mobilizing the consumer» (1997) et annerledes perspektiv på psykologiens rolle i fremdyrkelsen av konsumentkulturen og det konsumerende subjektet. Skapingen av subjektet som konsumerende har vært et komplekst teknologisk prosjekt hvor psykologisk vitenskap har bistått ved å mobilisere konsumenter, ved å danne forbindelser mellom menneskelig begjær, håp og frykt, og varer og gods. Gjennom en studie utført av Tavistock Institute for Medical Psychology (TIHR) sin bistand til produktpromotering for nasjonale selskaper i Storbritannia i perioden 1950-1970 hevder Rose og Miller at teknologisk arbeid på

subjektiviteten ikke kan forstås rent ideologisk. Disse menneskelige teknologiene er noe mer enn oppfinnelsen av falske behov, de er et ledd i en stadig utviklende begjærøkonomi, hvor det utvikles en kompleks vev mellom menneskelige vesener og deres forlengende «natur» av behov, begjær, lyster og frykter.³⁰ Ved å transformere fortvilelse gjennom terapi eller rådgiving, kan selvet blir reformert i dets tro på at det kan mestre sin egen eksistens. Selv om disse terapisystemene er heterogene og oppstår i kontekster og moralsystem som synes fjerne fra foretaksverden, er terapisystemene operanter i et etisk terreng som smelter sammen med imperativene til et foretaksselv. Arbeid på deg selv, bedre kvaliteten på ditt liv, få frem ditt sanne selv, få vekk avhengighet, slipp løs potensialet ditt. Det sunne selvet skal være fritt til å velge. Ved å omkranse en slik etikk for psykisk helse dyrket frem i autonomitermer, så er vi dømt til å skape et prosjekt av vår egen identitet, og vi har blitt bundet til ekspertenes makt. Dette prosjektet involverer at selvet og konsumlogikken går hånd i hånd.³¹ I avanserte liberale demokratier demonstrerer politisk-økonomiske analyser og kalkyler behovet for en konstant ekspansjon av konsum dersom økonomisk velvære skal kunne opprettholdes. Rett etter 11. september 2001 oppfordret president George W. Bush i en tale til folket at de måtte fortsette å handle, det var det beste de kunne gjøre i denne vanskelige situasjonen. Det er av avgjørende betydning å inneha strategier mot borgerens holdninger til konsum. Her besitter psy og psykologien en unik kompetanse hvor teknikker for subjektivitet gir tilgang til borgerens begjær. Disse teknikkene oppnås ved å instrumentalisere autonomi og kode det i retning av å shoppe identiteter/symboler. Konsumenter konstitueres som agenter med mål om maksimeringen av egen livskvalitet ved å innta en livsstil gjennom sine handlinger i en verden av gods og varer. Hver av disse vareenheterne er innbundet med en personlig mening, en mening som kaster et lys tilbake på den som kjøper, og forsterker den personen de er, eller ønsker å bli. Design, markedsføring og produksjon av forestillingsbilder spiller en vital rolle i å omforme varer til begjær og omvendt. Konsumentenes valg stemmer dermed overens med makro-økonomiske mål og markedsfordeler: det økonomiske livet blir styrt og realisert gjennom valgene konsumentene gjør, hele tiden med mål om å realisere seg selv. Denne konsumerlogikken kan også overføres på andre felt. I helsepolitikken trenger man ikke lenger byråkratiske statsenheter for å ivareta egen helse. Gitt dette nye domenet av konsum, vil individene ønske å være sunne. Ekspertene instruerer konsumentene, og kroppsentreprenører utnytter og utvider dette markedet til fulle. Helse vil sikres gjennom en kombinasjon av markedet, ekspertisen og en regulert autonomi. Velferdsstaten blir kritisert for å være byråkratisk, ineffektiv, fornedrende og paternalistisk, og for ikke å ivareta individuelle ulikheter. Aktivt borgerskap er et ledd i kjølevannet av denne kritikken: alle områder av den politiske opinionen er nå enige om at borgerne skal være aktive, ikke passive, og at en

demokratisk regjering må igangsette de selvaktiverende kapasitetene til individene. En slik oppfattelse av borgeren sammenfaller med de regulerende teknikkers fremferd som kan fjernstyre individene, styring av styring. Elever, studenter, arbeidssøkere, arbeidstagere, klienter og pasienter skal alle jobbe med og på seg selv. I alle de politiske regjeringsrasjonalitetene som har vokst frem innenfor de avanserte liberale demokratier siden åttitallet, tenkes ikke lenger borgerne som avhengige av politiske autoriteter til instruering eller regulering. Individene kan nå styres gjennom valgene de selv ønsker. Den terapeutiske vending manifesteres i teknikker for selvforståelse og selvbedring, og går på tvers av den tradisjonelle venstre-høyre aksens i politikken. Kritikerne av denne regjeringsrasjonaliteten hevder imidlertid at disse skiftene utgjør en godt skjult ideologi som søker å avpolitiserer politikken.

Det nyliberale regjeringssettet

Konsumerismen og konsumentlogikken støttes av en nyliberal grunngeving via en imperialistisk markedslogikk som spres gjennom globalisering: stadig nye områder må være realistiske og forholde seg til den økonomiske realiteten.³² Selvets ønske om å realisere seg selv gjennom konsum av varer, tjenester og symboler må sees i lys av konsumentlogikken som igjen avhenger av en bestemt regjeringsrasjonalitet. Utviklingen av det postmoderne konsumsamfunnet kan knyttes til den nyliberale ideologiske vending mye av regjeringsrasjonaliteten tok i USA og Storbritannia rundt tiårsskiftet mellom 70- og 80-tallet. I 1979, som mange mener representerer et gjennombrudd for nyliberalismen, innledet Margaret Thatcher sin regjeringsperiode i Storbritannia. I USA opplevde man dramatiske endringer i økonomien med et dramatisk fall i dollarens verdi og inflasjon. Løsningen på denne økonomiske krisen ble en reorganisering av økonomien hvor viktige løvbetingelser og velferdsgoder for arbeidere ble vesentlig svekket.³³ Inntil videre setter vi nyliberalismens konsekvenser til side og ser hva slags selv som postuleres i denne perioden. I Storbritannia undersøker Paul Heelas foretakskulturen under Thatchers regjeringsperiode og det han forstår som denne kulturens subjektivekvalitet: foretaksselvet (enterprise-self). Foretaksselvet betegner en utgave av subjektets forhold til seg selv hvor man forstår og forvalter seg selv som en bedrift eller et foretak.³⁴ Det politiske subjektet som ble fremdyrket under Thatcher-regjeringen skulle være en aktiv borger som internaliserer et stort individuelt ansvar og initiativ for seg selv, som får sitt uttrykk som en omnipotent konsument. Dette harmonerer med skiftet fra en liberal til en nyliberal regjeringsrasjonalitet hvor synet på den tradisjonelle arbeideren som en som produserer noe mot lønn endres til at hans kapital blir ham selv som han står fritt til å forvalte i likhet med en bedrift. Under thatcherismen i Storbritannia finnes det uttalte politiske mål om hvordan statens borgere skal opptre i forhold til seg selv: «Der hvor det er mulig

ønsker vi at enkeltmenneske kontrollerer, påvirker og bestemmer deres egen skjebne... uavhengighetens psykologi er fremtiden» og «Folk bør fremme sine evner (å være forfattere for egne valg, å gripe muligheter, osv.) for med det å hjelpe seg selv».³⁵ En av de mest populære nye retningene av psykoterapi i det samme tidsrommet er narrativ terapi. Narrativ terapi innebærer at terapeuten først og fremst jobber med pasienten gjennom pasientens fortelling om seg selv og verden. Influert av den lingvistiske vending og postmoderne tankegods søker man endring gjennom å endre på klientens narrativer om seg selv og verden. Samtidig har den ispedd et eksistensialistisk tankegods: man er forfattere i eget liv, fri til å skape nye fortellinger om seg selv og verden. Dette idealet synes å være helt i overensstemmelse med Thatchers ønsker om at folk skal «serveing as authors» for egne liv. Det kan synes som om idealet bak narrativ tenkning i terapirommet er det samme som i nyliberale tenketanker. Hvis vi i tillegg har en antagelse om at narrativ tenkning også bør harmonere med økonomiske imperativ er det ikke vanskelig å se hvordan den postmoderne selvskapningen og grenseløse friheten er forenlig med konsumentkulturens krav om omskiftning av varer, symboler og identiteter. Reklamen spiller nettopp på den postmoderne ide om skiftende identiteter. Bergens nye eksklusive opplevelsessenter [les: kjøpesenter] – *Xhibition* – ble lansert med det fundamentale spørsmålet: «Er du klar for et helt nytt selv?».

Med Tony Blairs inntredelse i regjering fra 1997 var Thatcher-perioden for lengst over, men ikke dens tankesett. Blairs tilsynelatende mykere og mer humane linje synes snarere å fungere etter den samme regjeringsrasjonaliteten, men bedre skjult uten klare fronter som hos Thatcher³⁶ – New Labour har sågar blitt omtalt som «neo-liberalism with a happy face».³⁷ Den britiske sosiologen Frank Furedi har i sin identifisering av den terapeutiske etos i det britiske samfunn over de siste tiårene dissekert New Labours retorikk. New Labours modernisering av velferdsstaten foregår med en terapeutisk etos som legitimerende instans. Retorikken til New Labour støtter seg på en terapeutisk diskurs som psykologien villig låner bort. Sosiale, økonomiske og politiske problemer kan dermed forstås ut ifra et terapeutisk utsyn: ifølge Tony Blair er hovedproblemet med sosiale ulikheter ikke materiell fattigdom, men destruktive følger for selvbildet.³⁸ Statlige uttalelser i Storbritannia hevder at lavt selvbylde er en vesentlig faktor i barneprostitusjon, hjemløshet, tenåringsgraviditeter, stoffmisbruk og antisosial atferd.³⁹ Dermed blir sosiale problemer i tiltagende grad fortolket som om deres årsaker er å finne i psykopatologi som krever terapeutisk behandling. Da har man gitt problemenes årsak en annen retning, samtidig som man gir menneskene en nøye kontrollerbar ramme for hvordan de skal forstå og organisere sine egne liv. Den terapeutiske kultur gir ikke bare samfunnet et narrativ om selvet, den viderebringer også forestillinger om hvordan mennesker kan gi mening til sine livsbetingelser. Denne tendensen om å

regjere borgerne gjennom dem selv ut ifra et terapeutisk foretaksimperativ kommer tydeligst frem i Blairs tanker omkring hva som er ønskelig borgerskap: «Det er vår sosiale kontrakt. Vi hjelper deg, du hjelper deg selv, du tjener på det og landet tjener på det... Egeninteresse og nasjonale interesser forent».⁴⁰ Målet synes å være at borgernes interesser og regjeringens interesser smelter sammen, et mål som nettopp følger den nyliberale regjeringsrasjonalitet – du skal regjere deg selv og du skal regjere deg selv ut ifra dine egne interesser og statlige interesser som ideelt sett er en og samme sak. Det er naturligvis slike synspunkter som får kritikerne til å betegne dette som et velsmurt maskineri som tilslører reelle uenigheter som Thatcher-regjeringen gjorde lite for å dekke til. Nyliberalismens prosjekt er for mange svært dramatisk. Tiden er kommet for å slippe kritikerne til og se hvor grunnleggende psykologiens befatning kan vise seg å være.

Nyliberalismens virkninger⁴¹

Vi skal her komme inn på nyliberalismens grep om virkeligheten – med andre ord dens ideologiske virkninger overfor samfunnsstrukturer og subjekt. Det nyliberale hegemoniet som utspiller seg medfører en nedbrytning av den tradisjonelle politiske orden som har vært kjennetegnende for demokratiene i den vestlige verden. Pierre Bourdieu definerer nyliberalismens prosjekt slik: «Hva er nyliberalisme? Et program for å nedbryte kollektive strukturer som vil kunne forstyrre markedets logikk».⁴² Nyliberalismen har klart å etablere seg som en politisk realitet, man har lyktes i å grunnfeste at politikken nå er upolitisk. Man gir opp å forsøke å styre, i stedet skal man være realistisk og innrette seg etter realiteten selv (det globale markedet). Dette er dramatisk, men likevel en revolusjon som skjer i det stille. Bourdieu trekker frem globaliseringsmytens postulat som en verdensomgripende tendens utilgjengelig for nasjonale myndigheters inngrepen.⁴³ Et overveldende politisk prosjekt er underveis som tvinger seg på makthaverne. Denne dominansen manifesterer seg som et kulturelt rammeverk som gjør ideologiske karakteristikk vanskelig fordi alternativene ikke er synlige.

Margaret Thatchers kjente utsagn «There is no society» og «There is no alternative» viser til en rasjonalitet hvor man ikke lenger søker å styre gjennom offentlighetens instanser og samfunnsstrukturer. Nyliberalismen innebærer en devaluering av disse strukturene samtidig som det autonome enkeltindivid blir det altomfattende politiske referansepunkt per se. Dette gjelder uansett om det postuleres av de tradisjonelle liberale partiene eller av moderniserte sosialdemokrater med engelske New Labour som modell.⁴⁴ Tendensen forklarer mye av venstresidens problem med å snakke om klasser eller kollektiver så lenge nyliberalismen har et hegemoni på politikken grunnbegreper med individet som alle tings opphav og referansepunkt. Dette har også en strukturell side som virker forsterkende for nyliberalismens hege-

moni. Menneskets muligheter for å protestere mot utviklingen innskrenkes ettersom refleksivitet eller former for aktivisme aktivt motarbeides.⁴⁵ Refleksivitet her kan forstås som menneskets mulighet til å organisere seg og danne potente kollektive interesser som kan gripe inn og styre samfunnsutviklingen mot en bærekraftig utvikling. Refleksivitetens kår under nyliberalismen er preget av vansker med å danne nye kollektiver og organisasjoner, noe Bourdieu knytter til pågående individualiseringsprosesser initiert av nyliberalismen under et skinn av økonomisk og individuell frihet: «det økonomiske utsynet som individualiserer alt».⁴⁶ I arbeidsmarkedet viser dette seg i form av individualisering av lønn, stillinger og kompetanse, det vil si en atomisering av arbeidet. Nyliberalismens prosjekt kan sees i forlengelsen av forfallet til offentligheten hvor alle kollektive institusjoner med potensial til å reversere markedslogikkens effekter avvæpnes.⁴⁷ Markedets funksjon handlet opprinnelig om ulike interesser, men denne ideen synes forsvunnet med offentlighetens fall. Det synes derfor rimelig å se både individualiseringsprosesser, transformasjonen av det politiske (til økonomiske størrelser), offentlighetens forfall og nyliberalismens ideologi i forbindelse med hverandre som vi nå skal søke å gjøre.

Individualiseringsprosesser er et tveetydig begrep som kan omfatte enkeltmenneskets utvidelse av egen autonomi, men innebærer i denne aktuelle konteksten at borgerne påtvinges en autonomi utenifra som oppsamlingsstasjon for samfunnets uløste konflikter. Fenomener som tidligere kom til syne som sosiale kriser, som strukturell arbeidsløshet, kommer nå til uttrykk som en byrde på skuldrene til enkeltmennesket. På lignende vis blir også andre sosiale problem direkte dreid til psykologiske disposisjoner: som skyldfølelser, angst, konflikter og nevroser. Livshendelser tilskrives i stadig mindre grad utenforliggende årsaker, og isteden trekkes aspekter ved individet selv frem, som valg, kapasitet, manglende ressurser, nederlag og mestring. Dette gir igjen dyptgripende konsekvenser for alle former for sosiale identiteter, grupperinger, samhandling og organiseringer. Selv om individualiseringsprosesser er et resultat av komplekse samspill av materielle, samfunnsrelaterte og idémessige endringer over tid, hevdes det likevel i individualiseringslitteraturen som hos Beck at psykologien står i et ureflektert og betenkelig forhold til denne utviklingen.⁴⁸ Den danske psykologen Carsten René Jørgensen sier rett ut at den kliniske psykologien er ubevisst medskyldig i individualiseringsprosesser med menneskelig avmakt som resultat.⁴⁹

Også politiske beslutninger spiller inn. Individualiseringsprosesser tvinges frem av sentrale sosiale institusjoner i moderniteten. Sivile, politiske og sosiale rettigheter, lønnet arbeid, utdanning og økte krav til mobilitet i arbeidslivet er individrettet og ikke lenger rettet mot grupper. Ved at basale rettigheter internaliseres og alle mennesker må være økonomisk agenter for å overleve, tvinger individualiseringen seg igjennom og bryter ned grunnlaget

for tradisjonelle sosiale sameksistenser. Dette skjer i så omfattende grad at for første gang i historien er individet på god vei til å bli den grunnleggende enheten i sosial reproduksjon.⁵⁰

Individualiseringsprosesser fungerer fra to plan: strukturelle politiske prosesser, og psykologiske prosesser. Under nyliberalismens ideologi fungerer individualiseringen de-ideologiserende: alle strukturelle og politiske meningsforskjeller devalueres og tappes for betydning. Det som tidligere ble forstått politisk, sosialt eller ideologisk, forstås som individuelle anliggende. Dette resulterer i en de-politisering av det sosiale: det som tidligere var politisk forstås nå individuelt, og borgernes interesser og handlinger vil større grad fungere rundt singulariserte termer. Slike strukturelle endringer kan forklare manglende kollektive identiteter og oppslutning om noe felles ideologisk grunnlag, som mange av de politiske bevegelsene på venstresiden sliter med. Menneskene vil i stadig større grad etablere en intern diskurs hvor alle valg og resultatene av disse tilskrives til indre forhold, delvis som en del av diskursen og delvis som en del av de strukturelle endringene. Selv om de endringene Bourdieu beskriver i arbeidslivet blir møtt med motstand av fagforeningsorganisasjoner, vil arbeidstakerne gradvis akseptere endringene fordi hele systemet og språket innbyr til individuell forfølgelse av seg selv som sitt eget prosjekt eller foretak. Dette viser også individualiseringsprosessens gjennomtrengende og effektive karakter; når de først har virket «former» de også hvordan subjektene vil bli møtt: man ønsker personlig gratifikasjon fremfor politiske taler. Dette fenomenet er noe man observerte i de politiske motkulturenes implodering i USA utover 70-tallet, hvor det opprinnelige engasjementet mot en ytre verden ble rettet innover. Man får en kult opptatt av fysisk og psykisk helse og velvære. *The Culture of Narcissism* (1979) som Christopher Lasch kalte det. Mennesket søker personlig gratifikasjon i den offentlige sfære, som offentligheten i utgangspunktet ikke kan gi. Utbredelsen av denne intimitetstenkningen fører til at alle ondene i samfunnet forstås i kategorier som upersonlighet, fremmedgjøring og kulde. Sosiologen Richard Sennet bemerker at alle sosiale relasjoner dermed blir mer troverdige og autentiske jo nærmere den er i forhold til personers indre psykologiske bekymringer. Denne intimitetsideologien forvandler de politiske kategorier til psykologiske.⁵¹ Dermed vil denne bevegelsen fra det politiske til det psykologiske virke selvforsterkende ettersom alt som ikke berører en personlig avvises: man er bare mottagelig for narsissistisk gratifikasjon. Resultatet er da at man tror psykologisk-terapeutiske intervensjoner er svaret på alle problem.

Individualiseringsprosesser utvisker de sosiale strukturene som har fungert som betingelser og garantister for politisk konsensus, og som til nå har gjort det mulig med kollektive politiske handlinger. Paradoksalt nok skjer dette fordi politisk involvering øker på mikronivå og det subpolitiske samfunnet styres nedenifra i stadig større omfang.⁵² Forandringen av den

politiske scenen fra en tradisjonell høyre-venstre akse med ideologiske strider om kollektiv størrelser, til en vidtrekkende liberalistisk-individusentrert tenkemåte, synes å være total og kan vise seg å være irreversibel. En politisk kommentar i *The Guardian* gir et illustrerende bilde på denne irreversibiliteten: «Liberaldemokratene er hinsides venstre-høyreaksen: politikken har tatt et steg videre... Menneskene har tatt et steg videre. De vil bli behandlet som individer, ikke som klasser. Det er på tide at politikerne (og media) viser den samme modenheten».⁵³ Underforstått: tiden har gått fra en tradisjonell politisk orden. Den liberalistiske individoppfatningen er total, det foreligger som et folkekrav at alle vil bli behandlet som individer. Alle som tenker i andre politiske størrelser er simpelthen reaksjonære og følger ikke folkets vilje. Riktignok er forfatteren, Matthew Taylor, leder for det liberaldemokratiske parti i Storbritannia. Bak de obligatoriske retoriske poengene ligger det dog en treffende samtidsdiagnostikk. Politikken, uavhengig av venstre-høyre aksene, tvinges til å forholde seg til nyliberalismens tenkesett, ikke lenger som en av mange muligheter, men en norm det ikke lenger finnes annet enn politisk utdaterte alternativer til. Politikken forhold til det politiske subjekt kan ikke lenger basere seg på identiteter som ikke knytter seg direkte til det individualiserte subjektet. Da setter man seg selv på sidelinjen. Den nyliberale ideologien benytter seg av frihet gjennom forfølgelse av individuelle prosjekter og selvrealisering og det singulære subjektet som selve kjernekriteriet som politikerne skal berøre, det er utgangspunktet for det politiske spillet. Marsdal og Wold i *Det tredje venstre* (2004) peker dermed på noe sentralt i tiden når de hevder at venstresiden må ta «individet» fra høyresiden. Problemet ligger i at nyliberalismen har individet i sin favn. Den har skapt frem et individualisert subjekt svøpt i nyliberalismens tegn som kanskje bare kan nåes gjennom [nyliberalismens] vedtatte kategorier som selvrealisering og frihet til å velge i konsumsamfunnet – et *homo economicus* som innebærer radikale endringer av tidligere subjekttyper.

Det finnes en skjult materiell side av det nyliberale prosjekt, hevder den franske filosofen Dany-Robert Dufour: subjektivering og skapningen av et nytt subjekt i dens navn. I «Kunsten å begrense hodene» (2004) viser han hvordan kapitalismen og dens aktuelle utgave de siste 20 årene, nyliberalismen, produserer et nytt type subjekt som kan kobles på (kapital)strømmene: «Min hypotese er kort sagt at den nye kapitalismen er den fremste produsenten av det 'schizoide' subjektet, postmodernitetens subjekt».⁵⁴ Støpningen av et nytt subjekt tilpasset varestrømmenes krav om stadige omskiftninger og identitetens tallrike svinginger skjer fordi nyliberalismen i likhet med de store ideologiene på 1900-tallet vil skape et nytt menneske, dvs. et nytt filosofisk subjekt. Samtidig pågår det en systematisk avsymbolisering av verden hvor alle transcendent utviskes som en følge av vareutvekslingens immanente forsterkning og andre (brysomme) transcendent verdier kastes ut som

verdiløse. Dette minner i en forstand om Foucaults tese om den politiske økonomien på 1700-tallet som den første vitenskapen som etablerte seg uten noen transcendent garantist. Subjektiveringsmekanismer er som kjent en av de fremste ekspertiser psykologien tilbyr i de nyliberale regjeringsformene som er ute etter metoder og sannheter for styringen av styring. Psykologiske strukturer som selvet, selvfølelse, selvtillit og det psykologiske subjekt blir selvrefererende og selvforsterkende figurer uten noen kritisk utside. Den nye hyperkapitalismen er avhengig av varestrømmingens stadig omskiftninger og identitetens tallrike svinginger. De begjærstrømmene som ikke beveger seg fritt ledes til terapiværelsene, så de etter hvert kan strømme videre i vareutvekslingens tegn.

Ideologi eller nødvendighet?

«Psykologien skal tene folket – ikke monopolane!». Slik lød en parole fra et av 70-tallets demonstrasjonstog. Tiltalepunktene fremstilt her inneholder essensielt det samme: det kan synes som om psykologien tjener vår tids monokapitalistiske system. Den står i en forbindelse med konsumsamfunnets fremvekst, offentlighetens implodering og nyliberalismens hegemoni i dag. Hvordan skal forbindelsen forstås? Hvordan forstår psykologien selv forbindelsen? Og finnes det egentlig noe alternativ? Forholdene vi nå har beskrevet er komplekse. Psykologiens samband til de aktuelle samfunnsprosessene synes å gi opphav til diametralt forskjellige konklusjoner avhengig av perspektivet man anlegger. Spørsmålet omkring individualisering kan tjene som eksempel for oss, og illustrere kompleksiteten ved samfunnsprosesser som psykologien inngår og samtidig demonstrere psykologiens egen forståelse av sin rolle i subjektstøpningen.

Samfunnsforskere som Ulrich Beck og Elisabeth Beck-Gernsheim peker på at individualiseringen fører til at den enkelte tar opp i seg samfunnets uløste problemer og konflikter som individuelle disposisjoner, karaktertrekk og psykiske lidelser. Pierre Bourdieu viser dessuten hvordan individualiseringen av arbeidslivet foregår i det stille forkledd som spesielle lønnsavtaler, bonuser og karrieremuligheter, mens det underminerer arbeiderbevegelsers synliggjøring av arbeidernes rettigheter. Som både en strukturell og psykologisk prosess fungerer individualiseringen nedbrytende på tradisjonelle sosiale sameksistenser. Dette utgjorde kollektive identiteter som også hadde potensial til å fungere som motkrefter. I en viss forstand kan dermed individualiseringen vise seg å være irreversibel. Flere har koblet psykologien til slike prosesser.

Rose tillegger individualiseringens politiske transformasjon en annen verdi. Disipliner som psykologi har selve sin opprinnelse i reverseringen av den politiske aksene gjennom individualiseringsprosesser.⁵⁵ Disiplinering av subjektivitet innebærer en omforming av det uhåndterlige. Det menneskelige

subjekt blir gjort kalkulerbart og styrbart. Det vil si at individualiseringen har vært med på å skape oss som de individene vi er i dag med de mulighetene vi har for livsutfoldelse. Psykologien er vokst frem fordi den kan operere på dette. Rose understreker det nødvendige forholdet mellom psykologi og individualisering: «Individualiseringens psykologi fungerte som et rammeverk for å etablere den nye vitenskapelige disiplinen og for å gi den sosialt gjennomslag og aksept».⁵⁶ Rose sitt perspektiv innebærer en frikjennelse av både psykologien og individualiseringsprosessenes rolle på grunn av deres nødvendighet som konstitutive for vår sosiale eksistens i dag.

I motsatt ende av skalaen er det mulig å argumentere for at individualiseringsbegrepet faktisk oppfyller kriteriene for en marxistisk forståelse av hva ideologi er. I *The Politics of Truth* (1991) beskriver Michèle Barrett det marxistiske synet på hva et ideologisk språk er: «Ideologisk språk leder ikke bare oppmerksomheten bort fra virkelige sosiale forhold, den bortforklarer de heller ikke, ei heller benekter den de. På strukturelt vis ekskluderer den de fra selve tenkningen».⁵⁷ Det er nettopp på dette vis individualiseringsprosesser fungerer under nyliberalismens utvikling, ifølge kritikere som Bourdieu.

Selv om det er mulig å forstå individualiseringsprosessene ideologisk peker Beck på at disse prosessene må sees i lys av modernitetens utvikling. Forhold som organiserte religioners tilbakegang, geografisk mobilitet og urbanisering tvinger den frem. Det er snakk om en betydelig kompleksitet her som gjør det vanskelig å skulle ukrystallisere psykologiens rolle i dette: individualiseringsprosesser er kanskje bare uunngåelige konsekvenser av samfunnsutviklingen. Samtidig demonstrerer individualiseringseksemplet et etisk dilemma: ja vel, psykologi i form av psykoterapeutiske intervensjoner forsterker kanskje individualiseringsprosesser, men skal vi slutte å behandle pasientene våre da? Er det riktig å skyve klientene foran seg på barrikadene for sine politiske kjepphester? Nei, ville sannsynligvis de aller fleste klinikere sagt. Men dette er et tenkt dilemma, for i virkeligheten er ikke dette noen nevneverdig diskusjon innenfor faget i dag. Og eksemplet individualisering illustrerer også hvordan psykologien gjerne møter slike utfordringer. Walsh og Bahnish skriver dette om psykologiens rolle i forhold til individualisering i arbeidslivet: «Individualiseringsprosesser i arbeidslivet viser at den politiske sfæren gjennomgår store forandringer, og kritisk psykologi som en vitenskapelig disiplin kan bidra i å forstå kompleksiteten i disse endringene».⁵⁸ Individualisering og den politiske sfærens transformasjon er noe som skjer (utenfor psykologiens domene), men psykologien kan bidra positivt ved å tilby sin kompetanse her. Argumentet finner vi i en antologi med tittelen «kritisk psykologi». Det kan synes tendensiøst å sakse et slikt sitat, men det illustrerer et vesentlig, men underkjent poeng: psykologiens vanvittige iver etter å tilby sin kompetanse, dens *imperialisme*. Det som her kunne vært en diskusjon mellom psykologiens *behandlingsmål* og *forebyggingsmål* over-

skygges av psykologiens iboende mål om utvidelse, eller kompetanseheving som man nok ville foretrukket å kalle det på fagspråket.

Konklusjonen etter en gjennomgang av individualiseringsbegrepet blir: det finnes de som frikjenner psykologien fullstendig i forhold til samfunnsutviklingen og mener den nyliberale innordningen av samfunnet vi har i dag er den beste av alle verdener. Det finnes de som mener det pågår en godt skjult ideologisk prosess. Og det finnes psykologer som ser et potensial hvor psykologien bør tilby sin kompetanse.

Suksess avler suksess

Som nevnt forklarer Rose psykologiens suksess delvis med dens velvillighet til å «låne bort» sitt vokabular eller kompetanse til andre sfærer. Også kommentatorer av den terapeutiske etos peker på det. De mest kritiske beskriver et psyindustrikompleks med enorm suksess i å injisere psykologi i den menneskelige erfaring.⁵⁹ «Terapi er for bra til å bare begrenses til de syke» skrev to amerikanske psykologer ved navn Erving og Miriam Polster i 1973.⁶⁰ Tre tiår senere har deres bønn utvilsomt blitt hørt, for psykologien har blitt svært differensiert, og psykologisk kompetanse er høyt etterspurt i mange sfærer tidligere ukjent med psykologisk viten. Dette gjelder fra felt som idrett som fotball hvor «den mentale biten» blir stadig viktigere, til næringslivet hvor arbeids- og organisasjonspsykologien lærer dem at hvordan de kan bli mer effektive og humane på samme tid: «lykkelige mennesker er bedre ansatte». Og som flere har bemerket (og noen ønsket seg): selv normaliteten er nå gjenstand for psykompetanse. En voksende gren innenfor psykologien som møter mye begeistring er positiv psykologi, hvor man søker å kartlegge psykens positive og kreative domener. De fleste diskusjoner innen psykologifaget dreier seg heller ikke om problematiske sider ved dens økte innflytelse og makt, men hvordan man bør bli flinkere til å gripe mer makt – «Hvordan kan vi få flere psykologer i lederstillinger?» Påstandene om en egen psyindustri minner om Horkheimer og Adornos kjente karakteristikk av *kulturindustrien* hvis karakter var ideologisk og forførende. Kulturindustrien vokser frem i opplysningens navn hvor man misbruker hensynet til massene ved å forsterke og befeste deres mentalitet som gitt og uforanderlig. Dermed motvirker den eventuell forandring av denne mentaliteten i samme bevegelse. Man lykkes i å skape illusjonen om at alle er subjekter som står frie til å velge, mens det i realiteten er snakk om objekter som kun har friheten til det evig samme.⁶¹ Karakteristikken passer forbløffende godt på psykologiindustrien av i dag også, det er mulig å finne karakterlikheter både med henhold til tilsløring- undertrykkelsesaspektet. Det besynderlige, et stykke ute i det nye milleniumet, er ikke bare at psykologiindustrien har likheter med Adorno og Horkheimers kulturindustri i midten av forrige århundre, men at psykologiindustrien begynner å fungere i en slags

legering med kulturindustrien med inntreden i TV-mediet. I de siste årene har vi blitt eksponert for en serie dokumentariske underholdningsprogrammer hvor vi møter leger, psykologer, atferdsterapeuter, pedagoger, veiledere, kostholdsekspert, moteekspert og samlivsekspert. Det man kan kalle *terapeutiske reality-serier* fungerer alle etter samme lest: deltagerne skal gjennom ekspertenes veiledning forbedre sitt eget ytre eller indre, noe som naturligvis fungerer som ypperlig markedsføring for disse yrkesgruppene.⁶² Det er for eksempel velkjent at programserien *Extreme Makeover*, hvor deltagerne forbedrer sitt ytre gjennom plastisk kirurgi har ført til økt pågang til skjønnhetsklinikkene. Også her hjemme meldes det om at stadig flere velger å foreta kirurgiske inngrep for å forbedre sitt utseende. Dette kunne Foucault fortelle oss ville skje allerede på 70-tallet, da det skjer som en konsekvens av den nyliberale etos. Når arbeideren og mennesket gjøres til en bedrift og forvalter seg selv som sin egen kapital vil også ens eget utseende og kropp etter hvert bli gjenstand for reelle valg hvor man kan øke sin genetiske eller menneskelige kapital. Denne programtypen har nådd psykologien og pedagogikken, og gir utvilsomt grobunn for kritikere som mener den terapeutiske etos bidrar til økt hjelpeløshet og avhengighet av ekspertise.⁶³ Nå vil nok den stolte fagkvinne raskt arrestere meg og påpeke at dette er amerikanske forhold hvor bransjen er helt ute av kontroll, eller at dette er underholdning og populærpsykologi. Men selv om den terapeutiske etos kanskje slår igjennom i populærpsykologien får den utvilsomt reelle konsekvenser, og transcenderer skillet populærpsykologi og vitenskapelig psykologi. TV-Norge nyhetene kunne 30. mai 2005 melde om at barnevernskontorene rundt om i Hordaland fylke rapporterte om økt pågang fra bekymrede foreldre som ønsket opplæring i barneoppdragelse. Og noe av grunnen (merk: ikke skylda) ble i nyhetsreportasjen sagt å være den TV-Norge sendte serien *SOS Barnevakt* hvor en ekspert går inn i familier og lærer opp foreldrene hvordan de skal oppdra barna bl.a. ved hjelp av atferdsterapeutiske prinsipper. Den nye globaliserte medievirkeligheten åpner opp for direktelinjer mellom useriøs amerikansk underholdning og seriøse norske institusjoner med helt nye hastigheter i spredningen. Det er ikke noe historisk nytt at barns oppdragelse preges av ekspertenes revisjoner, men effektiviteten i spredning av den terapeutiske etos og måten den blir spredd på har inntatt et hittil ukjent nivå av innflytelse.

Et kritisk potensial?

Beskrivelsen av psykologiindustrien kan virke konspiratorisk og paranoid, men man behøver ikke postulere noe konspiratorisk plott om økt makt og profitt for å gå med på denne tankegangen. Det er nok å understreke et gammelt kunnskaps sosiologisk poeng fra Weber om at ideer får gjennomslag såfremt de er knyttet til en gruppes materielle interesser, i tillegg til Foucaults

beskrivelser av maktens anonymitet. Selv om vi har sett hvordan utbredelse eller et imperialistisk virke foregår behøver det ikke utelukke at psykologien også bedriver behandling og forebygging som utvilsomt har en verdi for mange mennesker. Men understrekelsen av denne siden ved psykologisk praksis er etter mitt skjønn nødvendig når man skal forstå dens potensial for endring. Psykologien er blitt så stor og mektig at den har blitt for viktig til at den er i stand til å fullstendig revidere seg selv. Den utvikler seg først og fremst etter utbredelse og etterspørsel, ikke gjennom kritiske revisjoner av hvor den er på vei.

Slike karaktertrekk ved hele profesjonen underkjennes av den kritiske psykologien i sin bestrebelse på å foreskrive løsninger til problematikken rundt psykologiens virke i samfunnet beskrevet her. Etter min mening gjør man det samme som man kritiserer sine historiske forgjengere for: man glemmer maktbåndene psykologien inngår i og tviholder på sine teories immunitet mot kulturelle og politiske impulser. Cushman og Jørgensen er begge kritiske psykologer som har påpekt psykologiens blinde medvirkning til en uheldig samfunnsutvikling i vesten. De enes om at psykologien i dag risikerer å virke mot sin hensikt ved å forsterke og forårsake mange de lidelsene den er ment å skulle behandle. Cushman sin foreskrevne behandling er hermeneutikk og sosialkonstruksjonisme, mens Jørgensens er narrativ terapi, terapiretninger de begge mener kan bringe psykologien ut av det etiske uføret den befinner seg i og medtenke dens sosiale effektene. De opererer begge under en forestilling om at dersom de får endre psykoterapeuters epistemologiske tankegods vil problemene løse seg. For en stakket stund glemmer de at psykologien primært er å regne som en institusjon, den har ikke samme frihet som en del andre vitenskaper. Tankegangen synes å være at hvis bare det epistemologiske innholdet i teoriene er humanistiske eller filosofisk oppdaterte nok vil de transcendere problematikken og fungere som etisk kvalitetssikring for terapiens effekter utenfor terapirommet. Men narrativ terapi ide om å være forfatter i sitt eget liv er bare en speiling av vår tids politiske og økonomiske imperativ. Psykologiens viktige ekspertrolle, som subjektets teknikker og reparatør i de avanserte liberale demokratier, definerer i tillegg betingelsene for psykologiens nye teoretiske teknikker for det postmoderne selvet. Nettopp fordi foretaksselvet i avanserte liberale demokratier kan internalisere regjeringsrasjonalitet gjennom individets frihet til å skape sin egen biografi, er den narrative tenkingen en utmerket abstrakt teknikk i arbeidet på subjektene. Dette viser hvordan det som presenteres som en ny postmoderne terapiform med angivelig høye etiske standarder, gjennom et sideblikk på strømninger i reklamen og politikken, er et uttrykk for senkapitalismens kulturelle logikk. Det kritiske/etiske potensialet her er en illusjon (som jo kan være behagelig å tro på).

Psykologien er *satt* i en bestemt relasjon. Psykologiens funksjon må forstås gjennom en maktkonstellasjon, som igjen definerer premisset for inn-

holdet av psykologien. Derfor kan ikke det ene premisset – type psykologi – simpelthen skiftes ut. Det blir som å skifte et stolben fra en stol noen sitter på. Det lar seg ikke gjøre fordi trykket er for stort. Vi har sett hvordan psykologien i liten grad følger kritisk tenkning, men forfølger sin egen etos langs med sin egen tenknings utbredelse. Det er derfor utenkelig at situasjonen hvor psykologer går imot sitt eget fags interesser vil oppstå. Bare det faktum at man har en egen gren av psykologien man kaller «kritisk psykologi», som er for de spesielt interesserte, vitner om den kritiske tenkningens marginalisering. Diskusjoner om endring må ta innover seg Rose sitt poeng om at psykologien får sitt innhold, sine teknikker, gjennom deres vellykkethet i den nyliberale regjeringsrasjonalitets maktstrukturer, såkalt institusjonell epistemologi. Cushman synes for en stund å glemme sitt eget poeng når han lanserer løsninger. «Det tomme selvet» får primært gjennomslag fordi det er nyttig, ikke fordi den humanistiske bevegelsen glemmer sitt sosiale engasjement. Gjennom de siste 50 årene har psykologien nettopp fått sin posisjon for sin tjenelighet for styringsrasjonaliteten, hvor målet er å styre mest mulig ved å styre minst mulig. Kort sagt; hvis dens foreskrevne teorikompleks eller behandlingsmetoder endret seg, ville det være fordi disse var mer effektive, ikke fordi de var mer etiske (noe som forresten er det samme ut ifra Rose sitt syn). Hele bevegelsen de siste tiårene fra en perifer vitenskap til en forankret institusjon kan illustreres i en analogi. Psykologien har spist seg stor og fet på grunn av alliansen med politiske og økonomiske krefter. Døren den kom inn i dette rommet gjennom, er nå blitt altfor liten til at den kan gå ut igjen, med mindre den slanker seg drastisk. Men det vil den ikke, den vil vokse videre. Friheten til å definere seg selv på ny er ikke lenger tilstede. Dens radikalitet har gradvis forsvunnet i takt med dens suksess og aksept som en egen vitenskap og institusjon, et vanlig fenomen når motkulturelle bevegelser vokser seg store.

Den radikale ungdomstiden

Psykologien som en radikal motkulturell virksomhet synes ikke å eksistere noe annet sted enn i 68'er-generasjonen av psykologers nostalgiske drømmer om sin egen radikale ungdomstid. Da fungerte psykologien som en motvekt mot blant annet psykiatrien og kapitalistisk rovdrift på mennesker, men dette minnet tjener kun som en moralsk samvittighet for den konservative institusjonen de opererer i i dag. Faktisk innrømmes det til og med i et relativt ukontroversielt undervisningsverk som *Psykoterapi for voksne* (1993) at psykoterapi i dag i all hovedsak må regnes for et konservativt prosjekt.⁶⁴ La oss dvele litt ved en slik karakteristik, fordi det ikke er umiddelbart gitt hva som ligger i det. Konservatisme kan være så mangt. I dag hvor alle kaller seg radikale kan det å være konservativ kanskje vise seg å være radikalt? I lys av nyliberalismens underliggende progresjonstenkning kan vel insistering på

konservative verdier ikke være det verste man kan gjøre? Er psykoterapi et konservativt prosjekt fordi det representerer gamle verdier, eller fordi det gir en konservativ effekt? I så fall for hvem; for samfunn eller individ? Hvis vi konfererer med *Fremmedordboken* sin definisjon av konservatisme innebærer det: «[en] som ønsker å bevare det bestående og overleverte» og «som vil holde fast ved den bestående samfunnsordning». Hvis vi da forstår psykoterapi som en institusjon som vil holde fast ved den bestående samfunnsordningen, i vårt tilfelle en nyliberal ideologi som transformerer alle tidligere symbolske verdier til vareutveksling er det kanskje problematisk. Vi kan også se på hvordan konservatisme defineres innen legebehandling, som det kan være naturlig å sammenligne psykoterapi med: «(om legebehandling) som søker å bevare en angrepet legemsdel framfor å foreta et operativt inngrep». Hvis vi oversetter dette til psykoterapi kan vi tenke legemsdelen som individet og hele legemet som samfunnskroppen. Da vil psykoterapi søke å bevare den bestående samfunnsordningen fremfor radikale endringer. Ser vi på hvordan den amerikanske konservatisten Russell Kirk forstår konservatismen som forankret i «tradisjonen, fordommen, sedvanen som bedre veivisere enn bøker og filosofi»⁶⁵ blir det også forståelig at den psykologiske diskursen er lite mottagelig for radikale kritiske innvendinger mot sitt virke. Kanskje man kan si at psykoterapi virker konserverende både i tide og utide. En institusjon som for enhver pris søker å bevare det bestående kan naturligvis være noe positivt så lenge man lever i det best tenkelige demokrati. I nyliberalismens tidsalder vil dette innebærer at psykoterapien reterritorialisere subjektet svøpt i det postmoderne konsumsamfunnets ånd. Da blir psykologien en radikal geskjeft som understøtter nyliberalismens transformasjon av mennesket. Psykologi/psykoterapi forblir dermed en tvetydig institusjon, som i seg selv ikke er problematisk, men som kan være det avhengig av hvilket sannhetsregime de maktstrukturer den støtter opp under produserer. Disse maktstrukturene er imidlertid konstitutive og nødvendige betingelser for våre former for frihet; den politiske makt som utøves over borgerne er en betingelse for deres frihet som igjen er nødvendig for demokratisk fungering. Da må makt-kunnskap og makt-frihet konstellasjoner forstås som sammenvevde, og kritikk som appellerer til commonsense blir her naiv ettersom den kontrasterer problemene til en utside som ikke finnes («engang klarte folk seg selv»). Det samme gjelder en tradisjonell bruk av ideologibegrepet, et begrep Foucault mener er problematisk fordi man tvinges til å tenke ideologi og sannhet som enkle dikotomier, og fordi ideologitenkning lett overser det som omfatter dets materielle og økonomiske infrastruktur.⁶⁶ Det er likevel ingenting i veien for å bruke et foucaultiansk forståelsesverk på problematikken her og samtidig være skeptisk til for eksempel nyliberalismens prosjekt. Foucault undersøkte «the *how* of power» og satte i en forstand normative aktuelle spørsmål i parentes for å ha et grunnleggende undersøkende blikk for historiens disiplineringer. Rose sin

bruk av Foucaults metoder i sin historiefortelling og samtidige forsvar av nyliberalismen og psykologien i dag er derfor problematisk. Her blander han etter min mening kortene ved å bruke en fortelling om hvordan ting har blitt til og fra det konkludere med at status quo må forsvares fordi det psykologiserte samfunn har vært grunnleggende for oss. Han spør seg riktignok i et tankeeksperiment om hvordan ting kunne ha sett ut uten psykologien hinsides det psyinjserte subjektsentrerte filter vi forstår alt gjennom.⁶⁷ Og her ligger etter min mening noe av kjerneproblematikken ved den nyliberale regjeringsrasjonaliteten og terapeutiske kulturen; hvilke muligheter finnes for å bevege seg bortenfor dette psyrammeverket og produsere nye sannhetsregimer?

Uavhengig om man mener at ideologibegrepet er gangbart eller ikke, kan vi uansett stille spørsmålet om hvor hen dette sannhetsregime tar oss, det vil si hvilket forhold til virkeligheten og oss selv vi settes i. Og ikke minst, hva er våre muligheter for å konstituere nye former for sannhetspolitikk eller sannhetsproduksjon? Relativt små skal vi tro Dufour og andre radikale kritikere av nyliberalismen. Her handler det nemlig om et pågående prosjekt for å omforme vårt eget forhold til oss selv som er dyppet i nyliberalismens språk og koder. Veien tilbake blir vanskelig. Det synes å pågå en annen ordens innordning her. Det er nettopp en slik karakter både den terapeutiske etos og de nyliberale styringsprinsipper har. De viser ikke til noen størrelser utenfor seg selv, og er i en forstand selvrefererende. Den moderne politiske økonomien blir nettopp den første vitenskapen som finner sine prinsipper i sin egen realitet uten en Gud. Denne immanentheten gjør dem mer effektive samtidig som den gjør dem vanskeligere å identifisere og gjøre opprør mot. Det gjelder også den velferdsstatlige regjeringsrasjonalitet hvor det forventes av hver enkelt av oss at man skal regjere seg selv. Det nye ved dette er ikke at vi brukes, men at vi brukes som brukere.⁶⁸ Maktutøvelsen synes med andre ord og ha inntatt et annet ordens nivå. Spennet mellom makt og frihet er i en forstand blitt mindre. Her ligger noe av problemet til kritikerne og forkjemperne for reformasjon og revolusjon – undertrykking og frihet er sammenvevd – og psykologene står som regjeringsagenter midt i paradokset. Helbredelsen de gir sine pasienter og klienter er i en og samme bevegelse borgernes autonomisering i samsvar med den nyliberale regjeringsrasjonalitetens krav om å styre, realisere og skape seg selv. Et aktuelt eksempel som illustrerer hvordan borgerne skal regjere seg selv var daværende helseminister Dagfinn Høybråten's grønn resept ordning innført i 2003. Tanken bak grønn resept var å gi legene et nytt verktøy for å endre helseatferd hos pasienter med høyt blodtrykk og diabetes type 2, men bare for pasienter som ikke allerede brukte medisiner. Prinsippet er altså at legene skriver ut en detaljert «resept» med instruks om 25 minutters gange hver dag. *Bergens Tidende* har 8. november 2004 en sak på grønn resept hvor en mosjonerende «pasient» intervjues: «Jeg har ikke følt noe tvang og press, for da ville det nok gått gale veier».⁶⁹ Den mest effektive styringsformen er som nevnt å styre langs med individene,

ikke på tvers av dem; her fungerer mosjoneringsimperativet etter dette prinsippet: staten og borgerne ønsker det samme. Artikkelen har også intervju med professor i medisinsk etikk Jan Helge Solbakk. Han problematiserer grønn resept ved å påpeke at dette innebærer enn inngripen i privatsfæren. Effektiviteten over slike styringstiltak som grønn resept er dog nettopp at borgerne opplever dem som sine egne tiltak over seg selv, som mannen i intervjuet. Kritiske innvendinger mot denne regjeringsrasjonaliteten blir prinsipielt vanskeligere å stille. Hvem vil vel være imot tiltak som forminsker risikoen for hjertesykdommer? Og hva er vel problemet når folk selv ønsker det? Maktutøvelsen foregår dermed på et annen ordens nivå. Inngrepene er godt skjult, hvis det i det hele tatt gir mening å kalle de det. Hvilke undertrykkende strukturer kan vi eventuelt peke på? Herbert Marcuse advarte på 60-tallet i *One-Dimensional Man* (1964) om farene ved en konformistisk aksept av de eksisterende strukturer og normer, men her synes man å ha begitt seg et steg frem, eventuelt et steg ned: dette er ikke lenger en fare, men en realitet. I George Orwells fremtidsvisjon *1984* (1949) har makthaverne utviklet en prosess som kalles «doublethink» hvor innbyggerne læres til å holde to motsetningsfulle tanker i hodet på en gang og undertrykke alle tanker de har som går mot regimets sannhetspolitikk. Etter hvert vil denne selektive undertrykkelsen bli automatisert og fungere ubevisst. Regimet i *1984*s viktigste prosjekt er likevel en fullstendig revisjon av språket hvis mål er et lingvistisk univers hvor det ikke engang er mulig å tenke en kritisk tanke mot regimet. Dette er en dystopisk fiksjon, men i den nyliberale regjeringsrasjonaliteten hvor styringen og styringen av oss selv følger samme strøm kan man identifisere lignende strukturer, eller mer presist mangel på slike strukturer. Nettopp det vanskeliggjør å få øye på problematiske sider ved denne styringen. De politiske rasjonalitetene som oppstår transcenderer ideologibegrepet,⁷⁰ dette er naturligvis selv en beskrivelse med et ideologisk innhold samtidig som man kan si at det er en aktualitet i dagens politiske landskap. De konstituerer deler av vår måte å handle og tenke om oss selv og andre på. Liberalismen blir her mer en type etos enn en regjering. Derfor søker man også etter en politikk fri fra staten. En livets politikk eller etikk som vektlegger de viktige politiske verdiene i mobiliseringen og skapingen av individuelle kapasiteter og styring. Hvis selve rasjonaliteten som ligger bak skapingen av individuelle kapasiteter og styring selv er et ideologisk prosjekt som tvinger frem den ideologiløse politikken, kan man skjønne venstresidens bestrebelser i å identifisere dette som et pågående ideologisk prosjekt. Det er nettopp dette skrekkscenarioet Dufour mener vi kan se konturene av under nyliberalismens styring. Den moderne regjeringsrasjonalitet har hegemoni på virkeligheten, og disse politiske rasjonalitetene som oppstår visker vekk brysomme transcenderer.

Den kanskje mest tankevekkende implikasjon ved den terapeutiske etos finner vi i *The Therapeutic State* av Nolan. Han spør om den terapeutiske

etos kan legitimere undertrykkelsen av individuell frihet slik tidligere tiders moralsystem gjorde. Et eksempel er religiøs grunngeving for retten til å eie slaver i det syttende, attende og nittende århundres USA. De forutgående moralsystemene inneholdt imidlertid alle en mulighet eller et bryningspunkt for protest, og i noen tilfeller førte det til omkasting av hele systemer etter brudd på rettighetene til borgerne.⁷¹ Sett at det terapeutiske meningssystem skulle fungere undertrykkende hvilke muligheter finnes da for revolt spør Nolan ettertenksomt.⁷² Spørsmålet minner om den østerrikske filosofen Ludwig Wittgensteins samtaler om Sigmund Freud. Til tross for fascinasjon for Freud, bekymret Wittgenstein seg over psykoanalysens farer. Problemet var dens tendens til å etablere seg som et magnetisk rammeverk:

Psykoanalyse har potensial til å gjøre skade. Ettersom man gjennom den kan komme til å gjøre oppdagelser om seg selv, må en ha en usedvanlig sterk, overbevist og iherdig kritikk for å gjenkjenne og se igjennom mytologien som tilbys og påtvinges en. Det ligger en sterk tilbøyelighet til å bare si «Ja, selvfølgelig, slik må det være». En mektig mytologi.⁷³

Avslutning

Det opprinnelige spørsmål om psykologien er løsning, symptom, problem-oppretholder eller årsak til utviklingen simpelthen kan besvares med at den er et rammeverk, den er i en forstand alle disse tingene. Samtidig støtter den terapeutiske etos/psykologien og den nyliberale regjeringsrasjonalitet hverandre. Både psykologien og den nyliberale regjeringsrasjonaliteten gir borgernes sannhet om seg selv og deres autonomi i samme bevegelse, noe som også støtter monokapitalismen gjennom selvrealisering og konsumatferd. Hvis vi sammenligner med den nevnte parole: «Psykologien skal tene folket – ikke monopolene!», må vi si at psykologien i dag både støtter folket og monopolene. I en forstand hadde alt vært mye enklere hvis vi kunne sagt at friheten og undertrykkelsen var to motpoler som vi kunne orientere oss imellom, og jobbe for at psykologien skulle tjene folket og friheten. Dette er kanskje parallelt til venstresidens problem i dag: i en forstand er det ikke troverdig å insistere på nyliberalismens ufrihet for enkeltindividet. Samtidig må venstresiden henvende seg direkte til individets behov for å nå frem med sitt budskap. Nedkjempingen av nyliberalismen vil måtte gå veien om homo economicus, og her vil subjektene oppleve at deres ønsker, selvrealisering og frihet, blir forsøkt tatt fra dem – de ønsker simpelthen maksimal selvrealisering gjennom økning av sin menneskelige kapital i de gitte symboler. Det er nemlig i den nyliberale regjeringsrasjonalitetens makt å definere hva målene med våre liv skal være. Det er dårlige nyheter for alle som ønsker noe annet enn status quo. De gode nyhetene er at i opprettholdelsen av status quo trengs det vel alltid psykologisk kompetanse?

NOTER

- 1) Takk til professor Tor-Johan Ekeland ved profesjonsstudiet psykologi UiB som veiledet hovedoppgaven – *Den terapeutiske etos – en analyse av psykologien i senmoderniteten* (2002) – som denne artikkelen delvis er basert på.
- 2) Carsten René Jørgensen, *Psykologien i senmoderniteten*, Hans Reitzels Forlag, København 2002.
- 3) Tor-Johan Ekeland, «Ein diagnose av psykiatri diagnoser», *Impuls*, vol. 57, no. 1, 2003, ss. 56-64.
- 4) James L. Nolan Jr., *The Therapeutic State*, New York Univ. Press, NY 1998.
- 5) Frank Furedi, *Therapy Culture*, Routledge 2004.
- 6) Ole Jacob Madsen, *Den terapeutiske etos – en analyse av psykologien i senmoderniteten*, hovedoppgave, Universitetet i Bergen, 2004, s. 8-9.
- 7) Nolan, *The Therapeutic State*, op.cit.
- 8) Furedi, *Therapy Culture*, op.cit.
- 9) Frank Scott sitert i Furedi, *ibid.*, s. 196. [Min oversettelse]
- 10) Se f. eks. eksempel E. Doyle McCarthy, *Knowledge as Culture*, Routledge, London 1996, s. 76: «Det er i denne historiske situasjonen at psykologi og psykoanalysen har oppnådd posisjon som et utbredt syn på verden, i forsvaringen av den 'private' person imot kravene fra kulturen, og med det forsterke følelsen av adskillelse fra verden». [Min oversettelse]
- 11) Iver B. Neumann og Ole J. Sending (red.) *Regjering i Norge*, Pax, Oslo 2003.
- 12) Michel Foucault, *Forelesninger om regjering og styringskunst* (I. B. Neumann, overs.), Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2002.
- 13) Nikolas Rose, *Inventing Our Selves*, Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1996.
- 14) *ibid.*
- 15) *ibid.*
- 16) Sidney Blumethal, «The hollow world of George Bush», *The Guardian Weekly*, vol. 171, no. 15, 2004, s. 15.
- 17) Nolan, *The Therapeutic State*, op.cit.
- 18) Max Weber, *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd* (S. Dahl, overs.), Pax, Bokklubbens Kulturbibliotek, Oslo 2001 (Originalt verk publisert 1920).
- 19) S. Kvale, «The church, the factory and the market. Scenarios for psychology in a postmodern age», *Theory & Psychology*, vol. 13, 2003, ss. 579-603.
- 20) T.J. Jackson Lears, «From salvation to self-realization», i: Richard Wightman Fox og T. J. Jackson Lears (red.), *The Culture of Consumption: Critical Essays in American History, 1880-1980*, Pantheon, New York 1983, ss. 1-38.
- 21) Steinar Kvale, «Postmodern psychology: A contradiction in terms?», i: Steinar Kvale (red.) *Psychology and Postmodernism*, Sage, London 1992, ss. 31-57.
- 22) Philip Cushman, «Why the self is empty. Towards a historically situated psychology», *American Psychologist*, vol. 45, 1990, ss. 599-611. og *Constructing the Self, Constructing America*, Da Capo Press: New York 1995.
- 23) Jørgensen, *Psykologien i senmoderniteten*, op.cit., s. 301.
- 24) Cushman, «Why the self is empty », op.cit.
- 25) Cushman, *Constructing the Self, Constructing America*, op.cit.

- 26) Fredric Jameson, «Postmodernism, or, the cultural logic of late capitalism», *New Left Review*, no. 146, 1984, ss. 53-92.
- 27) Kvale, «The church, the factory and the market», op.cit.
- 28) Jørgensen, *Psykologien i senmoderniteten*, op.cit.
- 29) Jean Baudrillard, *The Consumer Society* (C. Turner, overs.), Sage: London 1998 (Originalt verk publisert 1970).
- 30) Peter Miller og Nikolas Rose, «Mobilizing the consumer. Assembling the subject of consumption», *Theory, Culture & Society*, vol. 14, 1997, ss. 1-36.
- 31) Rose, *Inventing Our Selves*, op.cit.
- 32) Hugo Radice, «Neoliberal globalisation: Imperialism without empires?», i: Alfredo Saad-Filho og Deborah Johnston (red.), *Neoliberalism – A Critical Reader*, Pluto Press, London 2005, ss. 91-98.
- 33) Al Campbell, «The birth of neoliberalism in the United States: A reorganisation of capitalism» i: Alfredo Saad-Filho og Deborah Johnston (red.), *Neoliberalism – A Critical Reader*, Pluto Press, London 2005, ss. 187-198.
- 34) Paul Heelas, «Reforming the self. Enterprise and the characters of thatcherism», i: R. Keat og N. Abercrombie (red.), *Enterprise Culture*, Routledge London: 1991, ss. 72-92.
- 35) M. Heseltine og M. Thatcher sitert i Heelas, *ibid.*, s. 77. [Min oversettelse]
- 36) Philip Arestis og Malcolm Sawyer, «Neoliberalism and the third way», i: Alfredo Saad-Filho og Deborah Johnston (red.), *Neoliberalism – A Critical Reader*, Pluto Press, London 2005, ss. 177-183.
- 37) Alfredo Saad-Filho og Deborah Johnston, «Introduction», i: A. Saad-Filho og D. Johnston (red.), *Neoliberalism – A Critical Reader*, Pluto Press, London 2005, ss. 1-6, s. 4.
- 38) Furedi, *Therapy Culture*, op.cit.
- 39) *ibid.*
- 40) Jenni Russell, «New Labour has nurtured this selfish individualism», *The Guardian International Edition*, lørdag 28. mai, 2005, s. 18. [Min oversettelse]
- 41) Fremstillingen av nyliberalismen er med overlegg *problemfokustert* ettersom forholdet psykologien-nyliberalismen ønskes belyst. Eventuelle fluktlinjer fra nyliberalismen må søkes gjennom andre samfunnssfærer enn i psykologien. Disse ligger det utenfor artikkelens domene å belyse.
- 42) Pierre Bourdieu, «The essence of neoliberalism», *Le Monde Diplomatique English Edition*, 1998, <http://www.mondediplo.com>. [Min oversettelse]
- 43) *ibid.*
- 44) Jørgensen, *Psykologien i senmoderniteten*, op.cit.
- 45) Pierre Bourdieu, «Social scientists, economic science and the social movement», i: *Acts of Resistance* (R. Nice, overs.), Polity, Cambridge 1998, ss. 52-59, s. 51.
- 46) Pierre Bourdieu, «The myth of 'globalization' and the European welfare state», i: *Acts of Resistance* (R. Nice, overs.), Polity, Cambridge 1998, ss. 29-44, s. 40. [Min oversettelse]
- 47) Bourdieu, «The essence of neoliberalism», op.cit.
- 48) Ulrich Beck, *Risk Society* (M. Ritter, overs.). Sage, London 2000 (Originalt verk publisert 1986), s. 119.

- 49) Jørgensen, *Psykologien i senmoderniteten*, op.cit.
- 50) U. Beck og E. Beck-Gernsheim, *Individualization*, Sage, London 2003.
- 51) Richard Sennet, *Intimitetstyranniet* (E. Tjønneland, overs.), Cappelen, Oslo 1992 (Originalt verk publisert 1977), s. 6.
- 52) Beck og Beck-Gernsheim, *Individualization*, op.cit.
- 53) Matthew Taylor, «We always backed the free market», *The Guardian International Edition*, 17. september 2004, s. 16. [Min oversettelse]
- 54) Dany-Robert Dufour, «Kunsten å begrense hodene», *Le Monde Diplomatique nordisk utgave*, no. 6, 2004, ss. 20-21, s. 21.
- 55) Rose, *Inventing Our Selves*, op.cit.
- 56) ibid., s. 115. [Min oversettelse]
- 57) Michèle Barrett, *The Politics of Truth: From Marx to Foucault*, Polity Press, Cambridge 1991, s. 14. [Min oversettelse]
- 58) Mary Walsh og Mark Bahnisch, «Political subjects, workplaces and subjectivities», i: Valerie Walkerdine (red.), *Challenging Subjects. Critical Psychology for a New Millennium*, Palgrave, New York 2002, ss. 23-38, s. 25. [Min oversettelse]
- 59) Furedi, *Therapy Culture*, op.cit.
- 60) Erving Polster og Miriam Polster sitert i Furedi, ibid., s. 98. [Min oversettelse]
- 61) Max Horkheimer og Theodor W. Adorno, *Kulturindustri* (A. Sundland, overs.), Cappelen, Oslo 1991 (Originalt verk publisert 1947), s. 66.
- 62) TV-Norge har på sine hjemmesider under programomtalen for *Extreme Makeover* lagt ut adresse- og telefonliste til kirurgene som brukes i programmet. Trolig pålagt av de som eier rettighetene til serien.
- 63) Se for eksempel Furedi i *Therapy Culture*, op.cit.
- 64) G. Høstmark Nielsen og A. L. von der Lippe (red.), *Psykotterapi med voksne*, Tano, Oslo 1993, s. 14.
- 65) Reidar Larsson, *Politiske ideologier i vår tid* (S. Bryde, overs.) Gyldendal, Oslo 1997 (Originalt verk publisert 1994), s. 43.
- 66) Michel Foucault, «Truth and power», i Colin Gordon (red.), *Power/Knowledge*, The Harvester Press, Brighton 1980, s. 118.
- 67) N. Rose, *Governing the Soul* (2. utgave), Free Ass. Books, London 1999, s. 272.
- 68) Iver B. Neumann og Ole Jacob Sending, «Du skal regjere deg selv», *Le Monde Diplomatique nordisk utgave*, no. 5, 2003, ss. 1-2, s. 2.
- 69) *Bergens Tidende*, mandag 8. november, 2004, s. 5.
- 70) A. Barry, T. Osborne og N. Rose, «Introduction», i: A. Barry, T. Osborne og N. Rose (red.), *Foucault and Political Reason*, UCL Press, London 1996, ss. 1-17.
- 71) Det kan naturligvis innvendes at muligheten for opprør mot tidligere tiders statslegitimeringskilder først blir mulig når disse moralsystemene mister sin legitimitet, og at de derfor ikke skiller seg nevneverdig fra den terapeutiske etos.
- 72) Nolan, *The Therapeutic State*, op.cit., s. 307.
- 73) Ludwig Wittgenstein, *Lectures and Conversations on Aesthetics, Psychology and Religious Belief*, Blackwell: Oxford 1999 (Originalt verk publisert 1966), ss. 51-52. [Min oversettelse]

ØYSTEIN ROTTEM – minner, refleksjoner, tilbakeblikk

I desember 2004 døde Øystein Rottem i København. Vi var mange som fulgte han til graven på Holmen kirkegård i det gråbleke danske vinterværet. Og vi er mange som har savnet Øystein som venn, fagperson og intellektuell. Han døde, som det heter, altfor tidlig. Øystein var 58 år da kreftsykdommen i løpet av et halvår avsluttet hans livsferd. Han bodde i København og var de siste 10-15 åra litteraturkritiker for Dagbladet, og «utvilsomt...den mest innflytelsesrike anmelderen i Norge.»¹

Også *Vardøger* har lidd tap ved Øysteins død. Han var medlem av *Vardøgers* redaksjonsråd siden 1981, i over 23 år. Vi vil huske Øysteins innsats for *Vardøger* av flere grunner. Han var alltid en konstruktiv deltaker på *Vardøger*-seminarene og i kommunikasjonen innad i *Vardøger*-kretsen. Han deltok med en utpreget solidarisk holdning til *Vardøger* som et tverrfaglig, politisk-kritisk prosjekt.

Øystein redigerte *Vardøger* 16 (1986) med tittelen «Mellom utopi og desillusjon. Perspektiver på politikk og kjønnsroller i norsk litteratur». Han bidro selv med tre artikler. Dette var som Øystein påpekte, «det første nummer av *Vardøger* hvor skjønnlitteratur var hovedemnet.» Bidragene var preget av «fastholdelsen av litteraturens samfunnsmessige karakter og funksjon uavhengig av om de skjønnlitterære forfatterne forstår seg sjøl som 'politiske' eller ikke.» Øystein markerte her en forsiktig men bestemt reservasjon til 1980-tallets «litterære isolasjonisme, en ny estetisisme og en tilbaketrekning til det indre liv.»²

Øystein var ingen snever fagspesialist, men en intellektuell med interesse for store fagovergrepene spørsmål. Problemet omkring forholdet mellom diktning og samfunn var et slikt tema. Ifølge den siste artikkelen han skrev i *Vardøger*,³ var dette noe han balet med fra slutten av 60-tallet. I hans mest omfattende verk – hvor han trolig også nådde det bredeste publikum – *Norges Litteraturhistorie*, en tre binds framstilling av tida etter 2. verdenskrig, forholdt han seg til dette problemet. Her viste han en teoretisk gjennomtenkt måte å skrive litteraturhistorie på. Han avviste de seinere tiårs «anti-subjektivisme», forsøket på å «ta livet, ikke bare av forestillingen om forfatterpersonligheten, men også av ideen om den enestående individualiteten i alminnelighet...Dette 'gammelhumanistiske' synspunkt finner jeg fort-

-
- 1) Nils Magne Knutsen i tidsskriftet *Nordlit*. (Utgitt av Det humanistiske fakultet, Univ. i Tromsø) Nr 17, vår 2005. s. 6. Dette heftet er tilegnet minnet om Øystein.
 - 2) Øystein Rottem: «Om dette heftet». *Vardøger* 16-86, s. 3.
 - 3) ØR: «Politikk og diktning – et personlig tilbakeblikk på 60- og 70-tallet.» *Vardøger* 26-00. Festskrift til Rune Skarstein, s. 272-282

satt grunn til å holde fast ved.»⁴ Han skildret de ulike bølgeslag som gjennom et halvt århundre skyllet inn over det litterære Norge. Mellomkrigstidas klare ideologisk-litterære fronter ble avløst av «ideologienes død» på 50-tallet.⁵ Øystein viste hvordan deler av den modernistiske litteraturen ble forvandlet til erklært politisk litteratur på 60-, og 70-tallet, for så å gjennomleve en politisk og litteratur-teoretisk krise ved inngangen til 80-tallet. Med sitt historiske overblikk så Øystein at mye av det som bombastisk ble erklært som helt nytt, var kjente skikkelser i ny kledning. «Vi lever i et samfunn der dyrkingen av det 'nye' er intens. Som litteraturhistoriker ligger vi også, bevisst eller ubevisst, under for denne dyrkingen...Det nye er ikke alltid så nytt som det kan synes. Det har jeg forsøkt å få fram ved å trekke forbindelseslinjer tilbake, især når jeg behandler den aller nyeste diktningen.»⁶

Pendelen har svingt flere ganger når Øystein i sin *Vardøger*-artikkel fra år 2000 fastslår at diktning og politikk alltid vil være forskjellige ting, om enn forbundet: I visse perioder kommer det «krav om at diktningen skal sette problemene under debatt, være samfunnsengasjert, stille seg kritisk til rådende verdinormer, osv. I andre perioder har det kommet til uttrykk i form av krav om tilbaketrekning, innelukking i egen sfære, diktning for diktningens egen skyld. I begge tilfeller er det snakk om en *kritisk avstand* mellom dikter og samfunn.»⁷

Øystein var Hamsun-spesialist, men skrev aldri den samlende analysen av Hamsuns forfatterskap som han lenge planla. Hamsun var for Øystein en av vårt lands største forfattere. Like klart sto det for han at Hamsun var nazist og at dette politiske standpunktet ikke kunne bagatelliseres som en tilfeldig arbeidsulykke. Øystein hadde kunnskap om alt som vedrørte denne merverdige skikkelsen. Hans Hamsun-studier er mange og de lodder dypt. For eksempel gir han en overbevisende skildring av sammenhengen mellom Schopenhauers viljesfilosofi, Hamsuns Schopenhauer-beundring og de sterke antirasjonalistiske og subjektivistiske sidene ved Hamsuns diktning og forkynnelse, sider som disponerte for nazistiske standpunkter.⁸ Samtidig framhever Øystein hvordan forkynneren Hamsun nøytraliseres av ironikeren Hamsun – det «ironiens syrebad» som er den andre siden av Hamsuns verk.⁹ Øystein følte nok at han bar på en ambivalens som var i slekt med den hamsunske, men da bør det tillegges: i Øysteins tilfelle var det definitivt ikke forkynneren som dominerte.

4) ØR: *Norges Litteraturhistorie* (red. E. Beyer), bd 6, Oslo 1995, s. 14.

5) ØR: *Norges Litteraturhistorie* bd 6, s. 42-43

6) ØR: *Norges Litteraturhistorie* bd 6, s. 18, ØRs understrekning.

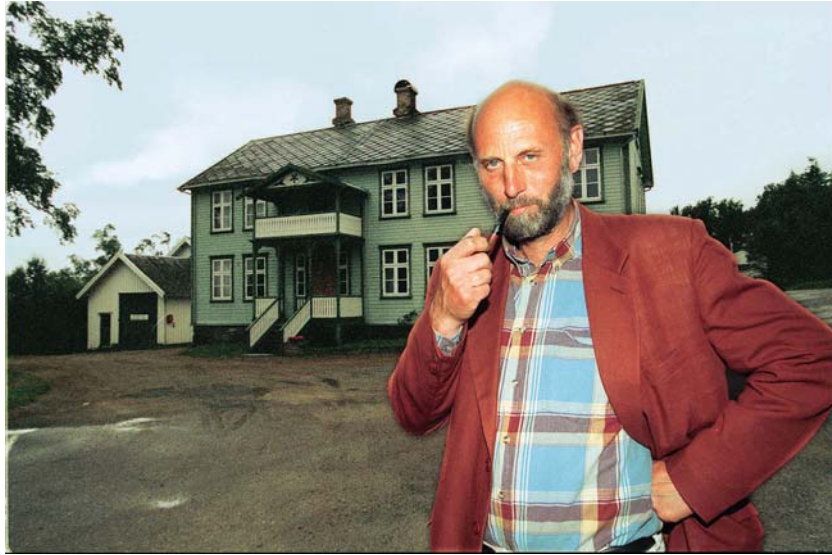
7) ØR i *Vardøger* 26-00, s. 274, ØRs understrekning

8) Se ØR: «Nirvanas bulder. Schopenhauer, Hamsun og viljens selvoppevelse.» *Hamsun og fantasiens triumf*, s. 23-42

9) *Hamsun og fantasiens triumf*, s. 13

Øystein som den strålende og sjenerøse personen han var, er borte for godt. Men – som jeg vil antyde med disse linjene – de analyser han etterlot seg er viktige for dem som vil forstå det litterære, ideologiske og intellektuelle Norge.

Arne Overrein



August 1996. Øystein foran Knut Hamsuns «Skogheim» på Hamarøy
(Foto: Ørjan Ellingvåg/Dagbladet)

BIDRAGSYTERNE

Wenche Blomberg, forsker/forfatter, Oslo. Bibliotekar, journalist, kriminolog. Skjønnlitterær produksjon se <http://skrift.no/blomberg> Forsket på galehus og psykiatrihistorie. *Galskapens hus: utskilling og internering i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforlaget 2002. Popularisert kortversjon av Prindsen-historien: *Prinds Christian Augusts Minde – historie og visjoner om de fattiges kvartal*. Oslo: Prindsens Venner/IKRS 2006. Norges Forskningsråds Formidlingspris 2006.

Tor-Johan Ekeland, professor (dr.philos.) i sosialpsykologi ved Høgskulen i Volda, og professor II ved Høgskulen i Molde. Han har arbeidd med forskning på konsekvensar av de-institusjonaliseringa og korleis menneske med alvorlege psykiske lidingar opplever den nye politikken med honnørorda «integrasjon og normalisering». Interessert seg for kunnskapsteoretiske problemstillingar relatert til psykiatri og psykisk helsevern. Avhandlinga *Meining som medisin* (1999) analyserte psykoterapien sitt empiriske og metateoretiske grunnlag, og utvikla ein kontekstuell meta-teori. Ekeland har mange års erfaring som psykoterapeut.

David Ingleby, professor kulturpsykologi ved fakultetet for sosial- og atferdsvitenskap, Utrecht University i Nederland. Interessert seg spesielt for kulturelle forskjeller og for situasjonen til flyktninger, asylsøkere og minoritetsgrupper. Skrevet en rekke bøker og artikler, bl.a. David Ingleby (ed.) *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*, Penguin Books i 1980/ Free Association Books i 2004. David Ingleby (ed.) *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer, 2005.

Arnulf Kolstad er med i Vardøger redaksjonen og har skrevet jevnlig i tidsskriftet siden 1969. Han var temareaktør for nr 7, om Psykologi. Kolstad er professor i sosialpsykologi ved NTNU og professor II i Mental helse og folkehelse ved Nordic School of Public Health i Gøteborg. Han har tidligere vært forskningsleder i Norges Forskningsråd med ansvar for psykiatrisk helsetjenesteforskning. Han har nylig skrevet det norske bidraget til boka *Mental Health Systems Compared*, R. Paul Olson (ed), Charles C Thomas, Springfield, USA, 2006.

Ole Jacob Madsen, fra Moss, bor i Bergen. Utdannet cand. psychol. fra Universitetet i Bergen. Hovedoppgave: *Den terapeutiske etos – en analyse av psykologien i sen-moderniteten* (2004). Utdannet cand. philol. med hovedfag i filosofi fra Universitetet i Bergen. Hovedoppgave: *Overskridelsens problem. En topografisk analyse av modernitetskritikk og tradisjonsbrudd hos Nietzsche, Bataille, Blanchot, Baudrillard og Virilio* (2006). For tiden arbeidsløs.

Joanna Moncrieff underviser i psykiatri ved University College London, England. Hun sitter i ledelsen i nettverket for *Kritisk Psykiatri*, en gruppe psykiatere som stiller spørsmålsteget ved den dominerende stillingen som biologiske modeller har for forståelse av mentale lidelser og som arbeider for mindre tvang i psykiatrien. Artikkelen som trykkes i dette heftet av Vardøger ble først publisert i *Soundings* i 1996.

Robert Rosenheck, professor i psykiatri, epidemiologi og folkehelse ved Northeast Program Evaluation Center, VA Connecticut Health Care System, West Haven, USA og ved Yale Medical School, New Haven, USA. Han er utdannet ved Harvard College i 1969 og University of Pennsylvania i 1973. Publisert en rekke bøker og

artikler om effektiviteten av ulike former for psykiatrisk behandling og evalueringer av helsetjenester.

Joar Tranøy, kriminolog, psykolog og historiker, nå PP-rådgiver og forsker. Publisert ca.100 fagartikler (psykiatri, psykiatrehistorie, vitenskapsteori/metode, sosialhistorie, kriminologi, psykologi, pedagogikk), det meste i norske populærvitenskapelige tidsskrift. 5 bøker: *Lobotomi i skandinavisk psykiatri* 1992, *I sinnssykehusets vold* 1993, *Psykiatriens kjemiske makt* 1995, *Til pasientens beste* 1999, *Usedelighet og samfunnsvern* 2003. Våren 2007 utkommer boka *Oppvekst i samhold og konflikt*, om oppvekst på Rjukan i 1930- og 40-årene.

Kjell Underlid, professor i sosial marginalisering ved Høgskolen i Bergen. Fagleg ansvarleg for masterstudium i samfunnsarbeid samme stad. Dr. philos på ei avhandling om psykososiale verknader av arbeidsløyse. Spesialist i klinisk psykologi, med praksis frå PP-teneste, rusomsorg og psykiatri. Har skrive bøkene *Arbeidslaus*, *Gruppepsykologi* og *Fattigdommens psykologi*, samt ei rekke artiklar, kronikkar o.a. Politisk aktiv i Bevegelsen for sosialisme (BfS)

Robert Whitaker, forfatteren av *Mad in America*, har vunnet en rekke priser som vitenskapsjournalist, særlig innenfor medisin. I 1998 skrev han en serie om psykiatrisk forskning for Boston Globe http://en.wikipedia.org/wiki/Boston_Globe og var finalist til Pulitzer-prisen. Han var tidligere forlagsdirektør ved Harvard Medical School. I 1994 startet han selskapet *CenterWatch* som studerer de økonomiske sidene ved utprøving av medisiner.

TIL ABONNENTENE

Fra og med dette nummeret koster Vardøger kr. 140,- pr. hefte til vanlige abonnenter og kr. 180,- i løssalg, til abonnenter i regning og abonnenter i utlandet.

Vi setter prisen på Vardøger slik at det akkurat skal gå rundt økonomisk, og kostnadene blir holdt nede gjennom stor egeninnsats. Alt redaksjonelt arbeid, pakking, utsending til abonnenter og bokhandler og generelt kontorarbeid, blir gjort på dugnad. Bidragsyterne får ikke honorar. Likevel har vi en del utgifter, spesielt til trykking, porto og husleie, foruten et relativt beskjedent beløp til annonser. Disse utgiftene har økte mye de siste årene, og i et år da det kommer ut et nummer av Vardøger, utgjør de nå totalt vel 90.000 kroner.

Men det er ikke bare utgiftene som har økt. Samtidig har løssalget av Vardøger gått ned med ca. 65% i forhold til 1990. For noen år siden var løssalget omtrent like stort som salget til abonnenter. Nå går over 70% av opplaget til abonnentene. Tallet på abonnenter har holdt seg temmelig konstant i alle år etter 1990, og Vardøger kommer fortsatt ut takket være våre trofaste abonnenter.

Redaksjonen

