

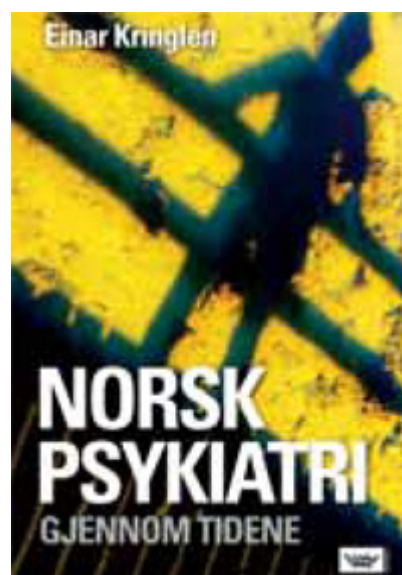
Fra voktere til pleieress

Med verket «Norsk psykiatri gjennom tidene» gir Einar Kringlen en etterlengtet fremstilling av utviklingen i norsk psykiatri – fra begynnelsen av 1800-tallet med auksjon av sinnssyke på byens torg og fram til vår egen tid.

TEKST:

Kim Larsen

PUBLISERT 11. februar 2008



Einar Kringlen | **Norsk psykiatri gjennom tidene** Oslo: Damm. 2007 538 sider

Som ung student og nysgjerrig på norsk psykiatrichistorie husker jeg at jeg fant lite å putte i lomma. Det fantes ingen samlende fremstilling. De som kom nærmest, var Kjersti Ericssons *Den tvetydige omsorgen, Sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel* (1974) og Marie Lysnes' *Behandlere – voktere. Om psykiatrisk sykepleies historie i Norge* (1982), som også inneholdt verdifullt stoff om psykiatrien generelt. Først rundt århundreskiftet begynte situasjonen å endre seg. Hermundstad (1999) og Blomberg (2003) utga fremstillinger av deler av norsk psykiatris historie. I 2001 utkom Einar Kringlens kontekstualisering av norsk psykiatri, *Psykiatriens samtidshistorie*, hvor han omtaler den delen av internasjonal psykiatri vi er mest påvirket av. Vi får også Nils Retterstøls selvbiografi *I grenseland – fra en psykiaters liv* (2003), som gir en personlig orientert fremstilling av norsk psykiatri.

Studiet av psykiatrichistorien internasjonalt er ved slutten av århundret preget av Edward Shorters arbeider (1992; 1997; 1999). Den viktigste fremstillingen er nok likevel Mark Micale og Roy Porters redigerte verk *Discovering the history of psychiatry* (1994),

hvor de viser at psykiatrihistorien tradisjonelt har vært internalistisk og subjektiv, skrevet av aldrende psykiatere, og hvor annerledes psykiatrihistorien blir dersom historikere og idéhistorikere behandler temaet. Kringlen går således i motsatt retning av det som har vært den internasjonale utviklingen av feltet. Han slår innledningsvis fast sin målsetting: «Jeg forsøker å følge utviklingen i norsk psykiatri fra begynnelsen av 1800-tallet med hovedvekt på de siste 50–60 årene med glimt av pasienter, institusjoner og behandlere så vel som ideologi og nyere forskning ... Mitt mål har vært å unngå å bedømme fortiden med fremtidens briller» (s. 18/s. 11).

Sinnssykelov og statsasyler

Innledningsvis får vi en orientering om den tidlige psykiatri i et mer kursorisk fugleperspektiv, som et bakgrunnstykke til Herman Wedel Major, sinnssykeloven av 1848, og ferdigstillingen av Gaustad sykehus, hvor fremstillingen blir mer detaljert og nyanserik. Den første bølgen av asylbygging var statsasylene i siste halvdel av 1800-tallet (kap.3) og amtsasylene fra 1900 og fremover (kap. 4). Vi får en gjennomgang av «privatpleien» av sinnssyke på 1800-tallet, hvor disse kunne bli «auksjonert bort» på byens torg; de som tilbød seg å ha en person i ett år for den minste summen, fikk «tilslaget». Da ville de selvfølgelig tjene på å gi personen minst mulig mat og pleie i en slags nonzero-sum-betingelse; jo mindre til «pasienten», desto mer til dem selv. Det var et betydelig antall pasienter som levde under disse betingelsene, ofte permanent lenket i stakk i fjøset, hvor maten kunne bli kastet inn til dem, og hvor hygieniske tiltak var fraværende. Det er da heller ikke overraskende at en undersøkelse av forholdene innenfor «privatpleien» av Ludvig Dahl i 1857 gav opphav til rystende beskrivelser. Vi følger psykiatrien i mellomkrigstiden, og i kapittel 7, «Okkupasjon og etterkrigstid», fremstilles psykiatrien under krigen og hvordan fremtredende psykiatere og helseprofesjoners fagforeninger forholdt seg til okkupasjonen.

Terapeutiske tiltak

Vi får her også en fremstilling av den uunngåelige Hamsun-saken. Deretter følger en fremstilling av de tidlige terapeutiske tiltakene som elektroshokk, lobotomi, cardiazolbehandlingen, og operasjoner basert på teorien om fokale infeksjoner. Vi får en orientering om den psykofarmakologiske revolusjon på 1950-tallet, med klorpromazin i 1952 og det første trisykliske antidepressiv i 1957. Deretter kommer de miljørelativistiske, radikale og eksperimentelle 60- og 70-årene, etterfulgt av biologiens og genetikens tilbakekomst fra 1980-årene og fremover. Viktige saker og debattemaer i psykiatrien blir belyst, som Reitgjerdet, Nettet-saken, Juklerød-saken samt homofildebatt og lobotomidebatt.

I beskrivelsen av norsk psykiatris tidlige historie er fremstillingen vevet rundt de ledende personligheter, supplert med snapshots av den omliggende sosiokulturelle og politiske konteksten, og beskrivelser av personalets og pasientenes liv. Det å legge vekt på de ledende psykiateres personlighetsmessige og teoretiske legning er en brukbar strategi, fordi disse på sin tid var så fargeleggende og dominante i forhold til både faglige og institusjonelle anliggender og i forhold til den populære opinionen.

Ukentlig undertøyskift

Yrkestittelen for personale ved psykiatriske institusjoner ble i 1913 endret fra «voktere» til «pleiere». Dette ene begrepsskiftet sier veldig mye om hva man tenker om grunnforutsetningene i psykiatrisk virksomhet. Vi får tankevekkende snapshots når det gjelder lønn og arbeidsforhold: «I 1932 hadde en mannlig pleier [på Lier sykehus] en grunnlønn på 2520 kroner i året, og hvis han var gift, hadde han et årlig tillegg på 450 kroner. Begynnerlønn for en pleierske uten sykepleierutdanning var 2070 kroner, og det var ikke tillegg om hun var gift. Beløpene omfattet kost og losji, som var satt til 720 kroner og som ble fratrukket lønnen. Fra sykehusets åpning var arbeidstiden for sykepleiepersonalet 75 timer per uke, iberegnet forskjellige ekstravakter som man ikke fikk betalt for» (s. 126). Likeledes i forhold til hygiene og kontrolltiltak: «På Gaustad asyl ble undertøyet til pasientene skiftet en gang per uke og laken en gang per måned ... På de urolige avdelingene fikk man ikke spise med gaffel og kniv, men måtte bruke fingrene på grunn av angsten for selvskading. Selvmord var da også sjelden i asylet. Da man fikk et selvmord i 1891, var det 15 år siden man sist hadde hatt noe selvmord. I 1907 [i Trondhjems hospitalstiftelses sinnssykeasyll] er det kommet duker på spisebordene, og blikkopper er avløst av steintøy. De syke som søler, får smekker på ved bordet. I det hele ble det lagt mer vekt på den personlige hygiene, noe som har medført en økning av vaskeutgiftene. Tidligere skiftet de syke undertøy og strømper hver 14. dag, og det var fire om et håndkle i uken. Som ved de hellige kilder i Lourdes var det så sparsom tilgang på varmt vann at opptil seks pasienter måtte bade etter hverandre i det samme vannet» (s.127/s. 132).



LITE PRIVATLIV: Sovesal for menn, Dikemark sykehus 1905.

Fotograf: ukjent. Bildet er utlånt av Oslo byarkiv

Den mest detaljerte og livfylte fremstillingen får vi når forfatteren zoomer inn på de årene han selv har vært en toneangivende aktør i norsk psykiatri, fra 1950-årene og

fremover. Vi får i denne perioden også en fyllestgjørende dekning av den rike underskog av både teori og forskning som bringes inn i det psykiatriske fagfeltet av andre yrkesgrupper enn psykiaterne. Psykologisk teori og forskning er her hyppig nevnt.

Terapeutiske motebølger

«Nærhistorien» i norsk psykiatri er således særlig godt dekket. Dette er svært interessant for alle som praktiserer i psykisk helsevern i dag, fordi en kan se mer langsiktige utviklingslinjer som «munner ut i» vår psykiatriske status presens i hverdagen. Fremtredende eksempler her er innholdsuavhengig ledelse, inntoget av økonomiske og juridiske modeller og tenkemåter som etter hvert binder behandlingspersonalet opp i dokumentasjonstekniske og byråkratiske prosedyrer, samt den eksessive og energiødende omorganiseringssiveren som preger helsevesenet.

Forfatteren analyserer hvordan psykiatrien (som enhver annen sosial institusjon) uvegerlig tar opp i seg elementer av den omliggende sosiokulturelle kontekst. Særlig ser en dette i spørsmål som angår rase/eugenikk, samt spørsmålet om sterilisering av «uønskede» og «laverestående» individer av forskjellig art. Mange av de terapeutiske motebølgene i tidlig psykiatri er det også ubehagelig å lese om i dag. Ubehaget styrkes av at det ikke er lang tid siden metoder med lite dokumentert effekt ut over det anekdotiske, og voldsomme og smertefulle bivirkninger og/eller høy dødelighet hadde en nærmest epidemisk anvendelse. I lobotomiens begynnelse frem til 1948 i Norge døde hver tredje pasient! (9 av 28, av de første 7 lobotomerte døde 3). Eksempler foruten lobotomien er inngrep basert på teorien om «fokale infeksjoner» (bortoperering av indre organer og/eller tenner som et forsøk på å «avgifte» pasienten), forskjellige typer «sjokkbehandling» (insulin-komabehandling, cardiazolbehandling, etc). Det virker som elementære moralregler er blitt satt ut av spill av en (pseudo) medisinsk begrunnelse i kombinasjon med at tilstanden i seg selv har vært smertefull både for personen og for omgivelsene og derved har krevet umiddelbar handling.

Det er ubehagelig å tenke på at en lignende moralsk dynamikk i dag kan gjelde medikamenter som får en voldsom utbredelse uten at det har vært mulig å kartlegge eventuelle langtidsbivirkninger tilstrekkelig (SSRI-preparatene, for eksempel). Kringlen tar også opp nåværende terapeutiske motebølger og det interessante spørsmålet om hvorfor noen psykopatologiske tilstander plutselig får så mye medieoppmerksomhet (anorexia nervosa, depresjon, utbrenthet, fibromyalgi). Forfatteren er også svært krass mot medisinalindustrien og det han oppfatter som statens manglende vilje til å gripe regulerende inn og sette grenser for denne virksomheten. Han analyserer hvordan en (ofte angivelig) kur skaper «motesykdommer» i en selvoppfyllende prosess. En slik dynamikk kan for eksempel tenkes å foreligge mellom SSRI-preparatene og mildere depresjoner/utbrenthet.

Diagnoser og legitimitet

Forfatterens kritikk av DSM-systemet er «spot-on». Han påpeker ganske riktig at spørsmålet om diagnosenes reliabilitet i sterk grad har fått overskygge det langt mer fundamentale og ubehagelige spørsmålet om deres validitet. Denne skjevheten kan sammenlignes med om man i hekseprosessenes tid la vekt på å undersøke om de forskjellige heksejegere var enige om diagnostiseringen av hver enkelt heks i praksis, i stedet for å diskutere selve fundamentet for diagnosens legitimitet. (I ettertid er det åpenbart at man burde ha prioritert det siste.) Fokuset på diagnostisk reliabilitet fremfor validitet kan også være en essensiell del av markedsføringen av DSM-systemet som vitenskapelig. (Se i denne sammenheng Kirk & Kutchins bok *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry* (1992), som utførlig behandler nettopp denne problemstillingen.) Videre vil vektleggingen av diagnostisk reliabilitet fremfor validitet også kunne skape et falskt inntrykk av vitenskapelighet og medføre at «spesielt yngre fagfolk kunne lett få inntrykk av det i virkeligheten forelå så mange forskjellige sykdommer med spesifikke underliggende psykobiologiske forstyrrelser» (s. 372).



STORE FORHOLD: Kvinner koker mat i sentralkjøkkenet, Dikemark sykehus 1905.

Fotograf: ukjent. Bildet er utlånt av Oslo byarkiv

Rebiologisering

Forfatteren beskriver også rebiologiseringen av psykiatrien på 1980- og 90-tallet, etter 1960- og 70-tallets orientering mot psykologiske og miljømessige faktorer, og viser hvordan denne reorienteringen ufortjent bestyrkes av genetisk og molekylærbiologisk forskning, og av måten den fremstilles på i tabloidpressen, hvor det jevnlig rapporteres at man angivelig skal ha funnet «genet for» dette og hint, også for svært bredspektrede adferdsformer. Men som forfatteren påpeker, er en ren genetisk fortolkning av psykiske tilstander illusorisk: «Den sterke, klare og direkte kausale sammenhengen mellom gen

og sykdom eksisterer ikke for psykiske lidelser. Individuelle geners bidrag til sykdom er liten, ofte uspesifikk, og ligger skjult i årsakskjeder av stor kompleksitet» (s. 375). Implikasjonen blir derved at rebiologiseringen av psykiatrien er av fundamentalt utenomempirisk karakter: «Gjennom de siste 20 årene er biologiske forklaringsmodeller igjen blitt comme il faut på tross av at de empiriske data ikke har endret det vitenskapelige grunnlaget» (s. 376).

Det blir en gjennomgangsmelodi, både i forfatterens analyse av det historiske materialet og hans analyse av nåtidens psykiatri, at forskjellige terapeutiske og organisasjonsmessige motebølger har avløst hverandre i en prosess som er mer preget av syklisitet enn av lineær progresjon. Ulike terapeutiske tiltak har ofte vært omfattet med stor entusiasme i begynnelsen, for så bare å ende i disillusjonering og skuffelse, noe som i sin tur bereder grunnen for nye motebølger i en formålsløs syklisk prosess. Dette er også tilfellet i dag. Det endelige gjennombruddet har imidlertid latt vente på seg, og vil ifølge forfatteren heller ikke kunne forventes i fremtiden.

Manglende teorigrunnlag

Det er også overraskende og litt skremmende å lære at psykofarmakologisk forskning i dag ikke er mer teoridrevet enn den er. Alle vet at oppdagelsen av de tunge ataraksika på 1950-tallet var et resultat av tilfeldigheter, men jeg hadde forventet at denne forskningen *i dag* var mer forankret i teori og i sin kjerne mer drevet frem av spesifikke og teoretisk begrunnede hypoteser. Men den gang ei: «...de fleste medikamenter i psykiatrien [er] kommet til nokså tilfeldig, uten noen rasjonell biologisk teori. Teoriene ble gjerne konstruert i ettertid i et forsøk på å forklare observasjonene» (s. 386). Videre er vårt syn på psykofarmakas virkningsmekanismer ikke uventet både uklare og forenklete: «De nye antidepressive medikamentene av SSRI-slaget virker på serotonin-systemet, men man er uenig om hvordan. Det er også viktig å ha klart for seg at serotonin er i konstant samspill med de fleste andre transmittorene og derfor ikke fungerer isolert. Det konvensjonelle synet at stoffene hemmer reabsorpsjonen av serotonin og slik øker mengden av serotonin i synapsene, hvormed depresjonen forsvinner, gir et forenklet syn på virkeligheten» (s. 384).

Sosial kontroll

Det er en rekke forhold ved psykiatrien som gjør at den blir utsatt for mye kritikk, hvor en del synes å være bygget inn i dens samfunnsmessige funksjon: Psykiatriens funksjon er delvis sosial kontroll. Mange av de tilstandene som psykisk helsevern beskjeftiger seg med, har en multifasettert etiologi og er også vanskelig å forandre radikalt med de behandlingsmetoder man rår over. Det er derfor, som forfatteren påpeker, nærmest uvegerlig at psykiatrien vil forbli kontroversiell: «Psykiatriens primære mål er selvsagt å behandle mennesker med psykiske lidelser. Men samtidig har psykiatrien også som funksjon å utøve sosial kontroll. Disse to funksjonene, terapi og sosial kontroll, setter ofte psykiatrien i et dilemma. At mange vil ha et ambivalent forhold til dette faget og denne profesjonen, er derfor naturlig» (s. 468). På samme måte vil behandlingspersonalets beslutninger alltid lettvint kunne kritiseres i ettertid, når

beslutningen på det tidspunktet da den måtte tas, var meget komplisert og krevende (tenk bare på hvor vanskelig det er å predikere selvmord). Det at en kjenner utfallet, gjør det mulig å komme med veldig urettferdig og etterpåklok kritikk av beslutningen. Helsepersonell befinner seg derfor ofte i en Catch-22 situasjon: «Satt på spissen kan helsepersonell i dag bli anklaget, nesten uansett hva man gjør. Holder man pasienten tilbake i sykehuset mot hans eller hennes vilje, er det galt. Og skriver man pasienten ut «for tidlig», er det galt» (s. 397).



KLASSEDELING: Pasientene ved Gaustad asyl ble delt inn i avdelinger etter hvordan de oppførte seg: 1. avdeling «for de Rolige og Anstændige samt for Reconvalescenterne», 2. avdeling «for de Patienter, som ved bestandig Urolighet, abnorme Tilbøieligheder eller eiendommelige Vaner ere uskikkede til Samliv og besværlige for Andre», 3. avdeling «for de larmende, voldsomme, trodsige og farlige Syge» og 4. avdeling «for de i Urenlighed og Utugt nedsunkne Syge».

Bildet er trolig tatt omkring 1890.

Foto: Gaustad Sykehus/Norsk Teknisk Museum

Det er på høy tid at vi får en encyklopedisk og helhetlig gjennomgang av norsk psykiatri, og det er *det* vi her har vært så heldige å få. Forfatteren kontekstualiserer psykiatrien i forhold til det omliggende samfunn og illustrerer ofte med statistikk som gir et informativt bilde av situasjonen. Han lykkes godt med sine intensjoner med boken. Med sin massive erfaring fra psykiatrien evner Kringlen også å illustrere fremtredende etiske dilemmaer på en måte som yter deres kompleksitet rettferdighet. For eksempel er det viktig å merke seg at mange etiske dilemmaer i psykisk helsevern teoretisk viser en likhet med spill av «non-zerosum»-typen, hvor en må tolerere en type kostnad for å oppnå en annen type gevinst, men hvor to bestemte typer positive utfall ikke vil være mulig samtidig. Et slikt eksempel kan være at vi *både* ønsker færre selvmord i psykiatrien *og* samtidig en åpnere, mindre kontrollerende og intimitetsovertråkkende psykiatri. Dette er neppe mulig. Tiltak som reduserer selvmord, vil i mange tilfeller bestå av kontrolltiltak og reduksjon av individets tilgang til potensielle selvmordsmetoder. Slike tiltak vil nødvendigvis måtte oppleves som intimitetsovertråkkende. Dette dilemmaet illustreres av situasjonen på Psykiatrisk klinikk på Vinderen: «Det var et strengt autoritært regime, og alvorlig deprimerte pasienter ble ofte på klinikken til de var «friske». Man opplevde da også sjelden selvmord. Helt frem til 1962, altså i en periode på nesten 40 år, hadde man bare hatt to selvmord i klinikken» (s. 173).



MANSSAMFUNN: Spisesal for menn, Dikemark sykehus 1905.

Fotograf: ukjent. Bildet er utlånt av Oslo byarkiv

Teoretisk fugleperspektiv

I en slik omfattende gjennomgang som i *Norsk psykiatri gjennom tidene* må en nødvendigvis forenkle en del teoretiske skillelinjer. Et teoretisk fugleperspektiv vil se annerledes ut enn om en møtte de samme teoretikerne som refereres, på en tur langs bakken. Likevel, særlig i sin omtale av antipsykiatrien kommer Kringlen i skade for å «slå sammen» svært forskjellige teoretikere og feilaktig omtale dem som om de stod for den samme teoretiske posisjonen. Et eksempel er Thomas Szasz og Ronald Laing (Se for eksempel Szasz' voldsomme polemikk mot Laing i kap. 2 av boken *Schizophrenia. The*

sacred symbol of psychiatry (1976) for en korreksjon.) Litt på samme måte blir det med utsagnet om at «den mer systematiske atferdsterapien som er basert på instrumentell betinging, ble utviklet av Skinner og sosialpsykologer» (s. 326). En ser psykologien på ganske lang avstand når en slår sammen Skinner og sosialpsykologien; her er vel fugleperspektivet erstattet av et nærmest astronautisk perspektiv.

På side 338 er det korrekt angitt at Thomas Szasz ikke aksepterer verken schizofreni eller alvorlig depresjon som sykdommer, men det er grovt misvisende å omtale ham i samme setning som «psykoanalytikerens Szasz». Det er riktig at Szasz er utdannet psykoanalytiker, men kort tid etter avsluttet læreanalyse skrev han kritiske artikler mot det han oppfattet som et autoritært utdannelsessystem understøttet av en dogmatisk teori. Han har deretter i ca. 50 år kronisk angrepet psykoanalysen ut fra mange forskjellige innfallsvinkler. (Se særlig hans bøker *The myth of psychotherapy. Mental healing as religion, rhetoric, and repression* (1978), spesielt kapittel 3, og *Anti-Freud. Karl Krauss'criticism of psychoanalysis and psychiatry* (1990). Sannheten er nok heller at psykoanalysen har en like god venn i Szasz som Cæsar hadde i Brutus.

Underliggende holdninger

Kringlens begrepsbruk avslører noen ganger underliggende holdninger, som når han for eksempel på side 319 omtaler høyrevinden som «rammet» hele den vestlige verden på 80-tallet, og som når han på samme side omtaler psykologer og andre nyere profesjoner i psykiatrien sammen med billedterapeuter og danseterapeuter. All respekt for sistnevnte, men den vesentlige forskjellen mellom disse og for eksempel psykologene når det gjaldt det vitenskapelige fundamentet i utdanningen, burde vel ha kommet klarere til uttrykk.

Som nevnt innledningsvis er det problematisk at psykiaterne selv skriver psykiatriens historie. Det er vanskelig å forholde seg nøytral til en virksomhet en selv er en del av. Kringlen er opptatt av å beskrive psykiatrien i den sosiokulturelle kontekst den er en del av, og har en historieforståelse og et metaperspektiv som unngår at hans historiefortelling blir eksessivt internalistisk. Det er jo også nettopp slik at forfatterens «innenfra»-perspektiv og omfattende kjennskap til psykiatrien tilfører boken mye. «Innenfra»-perspektivet er slett ikke kun en metodologisk ulempe. Benyttet med høy bevissthet, slik som her, er det også en fordel.

Forfatterens forfriskende mot

Professor Kringlen har et forfriskende mot til å fronte upopulære og politisk ukorrekte standpunkter som jeg alltid har beundret ham for. Dette motet kommer også til syne i boken. Han har en evne til å heve seg over den klamme politiske korrektheten og den ukritiske bejaingen av terapeutiske motebølger som ofte utøver et ideologisk tyranni i våre fag. Også beskrivelsen av terapeutiske trender i dag karakteriseres av en befriende evne til å «kalle en spade en spade». En del av den eksessive omorganiseringsiver som preger psykiatrien er energiødende galskap, og har nok etter mitt skjønn dypereliggende psykodynamiske årsaker, en del av modellene for organisasjon og

administrasjon likeledes; de som kan faget best, bestemmer minst, mens økonomer og jurister rykker inn. Pasientrettighetslovene medfører at fagfolk bruker mer og mer av sin tid på å dokumentere hva de gjør, for å «ha ryggen fri». Fagfolk kan også lett drukne i administrative og kontortekniske oppgaver.

Norsk psykiatri gjennom tidene har stor «objektiv» historisk verdi, men er samtidig frisk og subjektiv i stilen. Man kan lære svært mye av psykiatriens historie. Som George Santayana så treffende observerte, kan de som ikke kjenner historien, lett komme i skade for å gjenta den. I forhold til psykiatriens historie er *det* i hvert fall veldig lite fristende. Kunnskap om psykiatriens historie er et godt fundament for refleksjon over egen praksis. Siden psykiatrien beskjeftiger seg med menneskelig bevissthet og atferd, ligger den så tett opp til moralske og ideologisk-politiske anliggender at en grunnleggende og vedvarende etisk refleksjon rundt egen praksis blir et imperativ.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 2, 2008, side 179-183

TEKST:

Kim Larsen, psykologspesialist