

Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt

Vi ønsker åpenhet, informasjon og brukerstyring, samtidig som grunnleggende menneskerettigheter settes til side. Vi etterstreber en humanistisk behandlingsmodell, men samtidig er det en økende rapportering av tvang i dagens psykiske helsevern.

TEKST

Line Joranger

PUBLISERT 5. desember 2009



ISOLERT: Dagens pasienter beskriver en behandling som er mistenkelig lik den kong Georg III fikk, der de blir isolert fra verden utenfor, forhindret fra å se og høre hva som skjer, og ute av stand til å kommunisere sine behov til omverdenen. Foto: Flickr.com.

Dagens psykiske helsevern er underlagt forvaltningsidealer som krever åpenhet, informasjon og brukerstyring. Målet er å forhindre alle former for maktovergrep

innenfor så vel saksbehandling som behandling. Disse forvaltningsidealene stammer fra den franske revolusjons politiske menneskerettighetsidealer, som konstituerte seg omtrent på samme tid som psykiatrien og psykologien etablerte seg som egen autonom disiplin på slutten av 1700-tallet. Siden den gang har man hatt en forestilling om at det er en komplementær sammenheng mellom forvaltningsbegrepenes verdimeslige ladninger og maktbruk. Jo mer av det ene, desto mindre av det andre, og dette synes å gjelde alle våre samfunnsinstitusjoner, ikke minst i behandlings- og institusjonsomsorgen.

Den økende maktbruken innenfor dagens helsevern som bl.a. rapporten *Bruk av tvang i psykisk helsevern 2006/2007* viser til, tyder likevel på at det ikke er et klart samsvar mellom våre demokratiske idealer og våre behandlingsmetoder. Kan det være at moderne demokratiske forvaltningsidealene påvirker moderne behandlingsformer i retning av kamouflerte maktteknikker? Hvis så, på hvilken måte?

Forvaltning og makt

En av de som har studert forholdet mellom forvaltningsidealene og psykologisk/psykiatrisk makt, er den franske idéhistorikeren Michel Foucault. I sin forelesning «Om psykiatriens makt» analyserer han gjennombruddet til den moderne psykologi/psykiatri på 1700–1800-tallet med utgangspunkt i de nye demokratiske forvaltningsidealene som oppstod på denne tiden. Her skiller han mellom to typer historiske styringsidealene: den eksplisitte, fysiske og hierarkiske herskermakten vi finner i det postføydale og preindustrielle samfunn, og den disiplinære mikromakten man finner i det etterfølgende industrisamfunnet (Foucault & Lagrange, 2006). Disiplinmakten skiller seg fra herskermakten ved at den ikke trenger aktører, ritualer og sykliske seremonier for å fungere, men utøves gjennom kontinuerlige prosedyrer av kontroll, overvåking og biografiske nedtegnelser. Dens isotopiske karakter av klassifiserings-, registrerings- og underordningssystemer sprer seg til alle samfunnsinstitusjoner, og preger tidens arkitektur, pedagogikk og behandlingsmetoder.

Foucault og flere av samtidens antipsykiatere, som den skotske psykiateren Ronald D. Laing (1927–89), viser at det som i første omgang fremstår som nye humanistiske behandlingssener fundert i en ny veldefinert medisinsk behandlingsskunnskap, i virkeligheten er behandlingssener fulle av uuttalte makt- og disiplineringsteknikker som hører til det moderne industrisamfunnets forvaltningsidealene. I 1960 ga Laing ut boken *Det spaltede selv* (Laing, 2001). Her anvendes for første gang en eksistensialistisk og fenomenologisk tankegang i forståelsen av viktige mentale forstyrrelser, især schizofreni. På samme måte som hos Foucault fører Laings kritikk av psykiatrimakten til samfunnskritikk. For når noen stemples som gale, sperrer inne og «straffes» på psykiatriske institusjoner, er det nødvendig med en kritisk vurdering av hele samfunnssystemet, av måten menneskene utøver kontroll og makt overfor andre på. Laings samfunnskritikk er, i likhet med Foucaults, i første rekke en kritikk av den psykiske fremmedgjøringen som preger det vestlige industrisamfunn. Den

dominerende, endimensjonale fornuften gir ikke plass til utforskningen av den unike indre verden. Foucault går så langt som å hevde at makttendensene han finner i de første psykiatriscenene på 1700–1800-tallet gjenfinnes i hans eget samfunn, og jeg vil hevde også innenfor vårt eget psykiske helsevern. Dagens innsyns- og åpenhetsidealer fremmer en type maktteknikk som retter seg mot forvaltningens behov for økonomisering og effektivisering. Innsynsidealene fremmer teknikker som, stikk i strid med sine intensjoner, synes å beskytte behandlerens og forvaltningens rettssikkerhet og ikke pasientens. Jeg vil med utgangspunkt i ett av Foucaults eksempler vise hvordan dagens forvaltningsidealer viser seg som maktteknikker innenfor dagens psykiske helsevern.

En gal konge

For å forklare sammenhengen mellom moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt på slutten av 1700-tallet tar Foucault utgangspunkt i en behandlingsscene han har funnet i boken *Le Traité médico-philosophique sur la manie*, skrevet av den kjente franske psykiateren Pinel (Pinel, 1809). Behandlingseksempelet tar utgangspunkt i den engelske psykiateren Willis' notater om hvordan han på slutten av 1700-tallet la opp og administrerte behandlingen av den gale Kong Georg III av England, uten selv å være til stede under behandlingen. Nettopp det at den ansvarlige psykiateren Willis aldri var til stede under selve behandlingen, er av stor betydning for Foucaults analyser. Der Pinel og datidens psykologer ser eksempler på en ny humanistisk psykiatritrend, ser Foucault – hundre og femti år senere – eksempler på datidens nye makttrend.

Det starter med at Kong Georg III av England blir manisk. Man ønsker en rask og sikker behandling og legger derfor ingen restriksjoner om forsiktighet på den eldre legen som skal behandle ham. Kongens virkelige lege – Willis – møter som sagt aldri sin pasient, men administrerer den eldre legens handlinger fra god avstand. Idet behandlingen starter, blir kongen ribbet for all ære og kongelighet, en detronisering som ville være utenkelig noen tiår tidligere. I herskermaktens tidsalder, i middelalderen og renessansen, ville man ha tolket kongens galskap som et tegn på ubalanse i omgivelsene, det være seg i familie, samfunn, himmellegemer, diett eller kjærlighetsliv, og man ville ha satt i gang tiltak på flere plan for å opprette balansen mellom delene. Det nye i dette behandlingseksempelet er at kongen selv blir sett på som syk. Han, den syke, må fjernes fra sine omgivelser, som er friske og ubesudlede.

Kongen fraktes til et isolert sted og plasseres alene i et rom med flislagt gulv og tak, tildekt med matter for at han ikke skal skade seg selv. Under Willis' administrasjon forklarer den eldre legen at kongen ikke lenger er konge og hersker, men må forholde seg adlydende og underdanig. To tilsynsførere med herkulesfysikk passer på at den gale får det hans tilstand krever, samtidig som de passer på at han adlyder og underkaster seg dem. De fører et kaldt og rolig tilsyn, og minner ham stadig på hvor mye sterkere de er enn ham. En dag, i et delirium, mottar kongen legen ved å kaste møkk og ekskrementer på ham. Da går den ene tilsynsføreren taust inn i rommet, tar den tilgriset gale mannen rundt livet, tvinger ham ned på en stabel madrasser, kler av ham,

gjør ham ren med svamp, og bytter klærne hans før han sender ham et hovmodig blikk og går tilbake til sin post. Leksjonen repeteres i intervaller over noen måneder, skriver Willis, godt hjulpet av andre behandlinger. Pinel skriver en optimistisk kommentar om at Willis' behandlingsmetode må betraktes som vellykket fordi ingen tilbakefall senere blir registrert (Foucault & Lagrange, 2006:26).

«Det tolkes som en del av sykdommen når psykisk syke pasienter velger bort et distriktpspsykiatrisk senter eller en sengepost, mens dette for somatiske pasienter er i tråd med retten til fritt sykehusvalg»

I scenens første akt ser Foucault en konge som blir totalt umyndiggjort. Mattene i rommet isolerer kongen fra verden utenfor. De forhindrer ham i å se og høre hva som skjer utenfor hans eget rom, og i å kommunisere ut sine ordrer til omverdenen. Mattene har tatt plassen til kronen, sverdet og septeret, og redusert kongens kropp til total underdanighet. Kongens behandlingseksempel viser en ny type makt som ifølge Foucault er typisk for det industrielle samfunn. Industrisamfunnet trenger ikke lenger herskermaktens symboler for å regulere atferd. Den trenger teknikker som kan produsere tjenlige måleffekter på kroppene som skal tjene og utvikle det: Effekten av biografiske nedtegnelser, og av å overse eller overtolke menneskers ønsker og behov slik at de passer inn i standardiserte registrerings- og diagnosediagrammer, er individer som underkaster seg samfunnets disiplinerings- og klassifiseringssystem. Kontroll av den menneskelige atferd blir i det nye samfunnssystemet avgjørende for produksjon og økonomisk vekst. Skoler, familier, spesialinstitusjoner og arbeidsmiljøer fungerer nå som uopphørlige og ubønhørlige regulatorer for menneskers psyke og arbeidskraft. Dette er Foucaults disiplinære mikromakt, en anonym, navnløs og ansiktløs makt som distribueres av ulike personer.

Men hvem er da agentene bak den disiplinære makten? Legen som administrerte det hele? Willis er jo aldri der makten utøves, for legen som faktisk viser seg for kongen, er en eldre lege under Willis' administrasjon. Hva med de herkulesliknende tilsynsførerne? Disse er jo satt til å tjene kongens behov. Eksempelet viser hvordan man allerede i et gryende moderne demokrati taust og effektivt eliminerer aktører som etter tidens målestokk ikke tjener det nye industrielle produksjonssystemet. Den gale kongen befinner seg nå plutselig nederst i sitt eget hierarki takket været nye forvaltnings- og behandlingssidealer. Resultatet er at forholdet mellom ønsker og behov, status og tilstand løsrives og logisk rekkefølge brytes. De som er satt til å tjene kongen, har tatt kongens plass i hierarkiet. De handler nå med en repressiv styrke, med det eneste mål for øye å undertrykke kongens behov og status gjennom ordre fra en tilsynelatende usynlig psykiater. Scenens første akt handler derfor ifølge Foucault om en ny type

aktørløs disiplinær psykiatrimakt typisk for industrisamfunnet og vår egen tid (ibid.:23–25).

Maktutøvelse i dagens psykiske helsevern

Hvordan kan vi så sammenlikne psykiatrimakten på 1700–1800-tallet med maktbruken innenfor dagens psykiske helsevern? En første indikasjon på likhet er den økende rapporteringen av tvang i dagens helsevern, som i likhet med 1700–1800 tallets psykiatri etterstreber en humanistisk behandlingsmodell. I tråd med Foucaults analyser viser helsetilsynets rapport (*Bruk av tvang i psykisk helsevern*, 2006, med korrigeringer fra 2007) at også dagens tvang oftest brukes på mennesker som betraktes som psykisk syke eller befinner seg nederst på den sosiale rangstigen, det vil si mennesker med lav utdanning, dårlig økonomi og uten fast bolig. Den økende maktbruken skjer til tross for at man som borger av det norske demokratiet har fått tildelt faktiske menneske- og borgerrettigheter, noe som gjør det lettere å se likheter mellom dagens pasienter og tjenestemottakere og Kong Georg III av England, enn med de generelle menneskerettighetene på hans tid. Rettighetsidealene viser seg tydelig i styringsdokumenter som *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008* (Sosial- og helsedepartementet mfl., 2005) og *Omsorgsmelding, st.meld. nr. 25 (2005–2006): Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). I omsorgens og planleggingens tegn viser disse dokumentene tilbake til menneskerettsidealene som individuell frihet, brukermedvirkning og fellesskapets beste, og skjuler med det sin skyggeside: makt og disiplin.

Pasienter av i dag beskriver behandlingsscener som likner mistenkelig på behandlingsscenen til den gale kongen, der de blir isolert fra verden utenfor, forhindret fra å se og høre hva som skjer, og ute av stand til å kommunisere sine behov til omverdenen. Som Elise forteller i Thunes (2008) bok:

Sent om kvelden går jeg frivillig opp på legevakta for å innlegges i psykiatrien. Legen kommer mot meg og sier navnet sitt, jeg hører ikke og bøyer meg frem og fører hånda mi mot id-kortet hans. Det tolket han som en seksuell tilnærmelse og blir rasende, jeg ville løpe, men ble stanset av to uniformerte politimenn med hund og tvangsinnlagt på lukka avdeling mot min vilje. Jeg hadde mild blærekatarr, men fikk ikke medisiner mot dette. Jeg våget ikke dusje, trodde vannet var forgiftet og at det kom gass fra do. Den mannlige pleieren sa jeg måtte dusje, jeg stinka, jeg dusja med tøyskiftet på. Den mannlige pleieren ble rasende og fikk meg ut av rommet naken. Naken og med seks mannlige pleiere og alle de andre pasientene til stede fikk de meg inn på isolat hvor de satte to sprøyter på meg. Det tok år å komme over alle mennene som så meg naken. Jeg ble senere innlagt på rehabilitering, men ble verre etter noen dager på grunn av måten avdelingslederen møtte meg på. Hun kjefte, overså meg og sa jeg var splitter pine gal og innbilte meg mye rart. Jeg sa jeg var utdannet barnvernspeagog og hadde jobbet i 17 år. Da lo hun godt og sa: «Du kan innbille deg mye rart» (Thune, 2008:71–72).



ET NYTT SETE FOR LIDELSEN: Tidligere ville man sett kong Georg III sin galskap som et tegn på ubalanse i familien, samfunnet, himmellegemene, kostholdet eller kjærlighetsliv. Men i stedet er det kongen selv som ses som den syke, og han fjernes fra sine friske omgivelser.

Slike historier finnes det mange av. Pasienter forteller hvordan de blir hentet av politi med håndjern mot sin vilje mens naboer ser på. De forteller om omfattende bruk av belter og isolasjon, de forteller om utbredt bruk av skjerming, bivirkninger av tvangsmedisinering og arrogant personale som stumt overser deres protester ved å tilføre dem deres biografiske data som bevisførsel for videre behandling, uten at dette blir eksplisitt kommunisert (Norvoll, 2007; Thune, 2008). Dagens maktbruk synes like ansiktløs og anonym som i kongescenen, der den blir distribuert av forskjellige personer som ikke er ansvarlige psykologer eller leger, men et stumt korps som kun utfører ordre uten at ting blir sagt eller eksplisitt formulert. Alt fordi makten som utføres, produserer tjenlige måleffekter for samfunnet og på kroppene som underlegges den. Pasienter under makt opplever at ting blir snudd på hodet og at logiske rekkefølger brytes: ønsker representerer ikke lenger behov, og borgerrettighetene representerer ikke lenger status. I stedet er behandlingens egentlige mål å undertrykke deres behov og rettigheter gjennom ordrer.

Hva gjør en pasient som opplever en overmakt som uopphørlig forstummet deres stemme? Flere gjør som den delirerte kongen, de kaster møkk og ekskrementer på sin behandler eller tilsynsfører. Den eneste kraften de har igjen, er sin egen kropp, og deres eneste våpen er kroppens avfallsstoffer. Å kaste møkk på en overmakt for å vise sinne og opposisjon symboliserer en historisk handling, forteller Foucault sine tilhørere (Foucault & Lagrange, 2006:25). Det var vanlig på 1600–1700-tallet at de fattigste av de

fattige, de som ikke hadde noe, plukket opp steiner eller kastet ekskrementer på føydalherrene og overmakten. Dette er den rolle Kong Georg III og flere av dagens pasienter tar i sin konfrontasjon med den behandlende overmakten som plutselig kan tre inn i rommet. Ved å kaste møkk og ekskrementer på sin behandler beseirer de sin overmann for en stakket stund, før de igjen overmannes av sine tilsynsførere som med et hovmodig blikk sier: «Det er vi som er makten, sannheten og sjelen din.»

Tilsynsførerne utøver ikke her en ikonisert makt, men en type offentlig tortur, forteller Foucault. Vi ser igjen rekker som byttes om og forhold som snus på hodet. Der man tidligere, etter både engelsk og norsk lov, ville ha dømt en person som kastet ekskrementer på en hersker, til døden, utøver man nå en taus tortur over det man oppfatter som sykt og uberegnelig, og rensker det rent og sant. Etter internasjonale konvensjoner er en slik tortur forbudt. Forbudet, som retter seg mot alle former for mishandling, er *absolutt* og gir ingen mulighet for unntak i enkelttilfeller (jf. FNs torturkonvensjon, FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og EMK). At noen for eksempel føler seg hjulpet av tvangsmedisinering og isolering, kan aldri veie opp for at andre gjennom tvangsmedisinering og isolering utsetter for tortur og grusom umenneskelig behandling i Norge.

Umenneskelig humanisme

Dagens psykiske helsevernscener viser at det ligger noe uutalt bak de rådende samfunns- og behandlingsformene som ikke fungerer etter de uttalte forvaltningsidealene. Vi har per i dag ingen vitenskapelig dokumentert effekt på at tvang som behandlingstiltak fungerer bedre enn behandlingstiltak uten tvang (Bernt, 2009:37). Det har lenge vært uttrykt bekymring til de høye tvangstallene og til de store geografiske variasjonene. I Helsedirektoratets rapport (ibid.) kommer det frem at mennesker med alvorlige psykiske lidelser sjelden mangler den sykdomsinnsikt som regelverket legger til grunn. Grunnleggende menneskerettigheter settes dermed til side til tross for pasientens reelle selvinnsikt, kompetanse og forståelse av situasjonen – herunder ønsket om andre behandlingsformer enn medikamentell behandling (ibid.:65).

Helsevernet av i dag bygger på en humanvitenskaplig tradisjon som stammer fra kravet om menneskerettigheter på slutten av 1700-tallet. Ved å fremheve de individuelle menneskerettighetene i lover og forskrifter, planer og rapporter har man samtidig underkommunisert forvaltningens disiplinerende og lammende krefter. Om vi fjerner det juridiske individ samt den humanvitenskaplige tradisjonen som dagens psykiske helsevern er underlagt, for eksempel pedagogikk, psykologi og psykiatri, vil vi finne en spesiell type menneske, et disiplinært forvaltningsstyrt individ. Dette er ofte et individ som har fått diagnosen psykisk syk.

**«At noen føler seg hjulpet av
tvangsmedisinering og isolering,
kan aldri veie opp for at andre**

gjennom tvangsmedisinering og isolering utsetter for tortur og umenneskelig behandling»

I dagens helsevern kommer psykisk syke personer oftere enn før i situasjoner der de blir totalt umyndiggjort og redusert til en impotens ved tilfeldighet, dvs. uten at det foreligger faglige valide og objektive vurderinger bak, kun en vilje og et behov for å *seire* i kampen om biografiske realiteter og diagnostiske sannheter. Flere pasientombud forteller om forskjellsbehandling mellom somatisk syke og psykisk syke. De forteller om behandleren som forteller at «jo friskere pasienten synes å være, jo sykere er hun egentlig». De forteller at det ofte tolkes som en del av sykdommen når psykisk syke pasienter velger bort et distriktspsykiatrisk senter (DPS) eller en sengepost, mens dette for somatiske pasienter er i tråd med retten til fritt sykehusvalg, jf.

pasientrettighetsloven § 2–4. Tilsvarende gjelder fornyet vurdering, se lovens § 2–3. For en somatisk pasient er dette vanligvis en grei sak, for en psykiatrisk pasient et sykdomstrekk. Et DPS forteller at når pasienter innenfor det psykiske helsevernet ber om kopi av journalen, blir de spurt i et eget brev om de virkelig vil dette. Hvis svaret er ja, prøver man å sette seg inn i hodet til pasienten for å finne ut av hva pasienten har godt av å se. Men slik er ikke situasjonen i lovverket, der er det pasienten som er autonom. Det å ikke gi pasient tilstrekkelig informasjon, det å ikke sørge for individuell plan, det å ikke innkalle til ansvarsgruppemøter, medfører også at pasienter får redusert sin autonomi. Å kreve at pårørende stiller opp for den psykiatriske pasienten, og så ikke gi informasjon til pårørende om ting som skjer, selv om pasienten samtykker i dette, er også en del av dagens helsevern.

Innenfor menneskevitenskapene finnes det en humanisme som tar en annen retning enn den vi finner i den humanvitenskapelige helseverntradisjonen. Den sier: Det disiplinære individ er et fremmedgjort og maktbundet individ, det er ikke et autentisk individ. I likhet med andre konstruktivistiske læringsteorier hevder Foucault at måten vi tenker og snakker om tingene på, er med på å konstruere den virkeligheten vi er opptatt av, og til å underkommunisere virkeligheter vi ikke er opptatt av, eller vil se. Slik blir måten vi bruker kunnskap og fagspråk på, i seg selv makt. Hadde vi klart å inkorporere dagens forvaltningsidealer i praktiske behandlingsbegreper, kunne vi ifølge dette synet langt på vei ha oppnådd et maktfritt psykisk helsevern. Vi har alle plikt til å bryte ned den praksis som kamuflerer de faktiske menneskerettighetene, uten at dette forveksles med en romantisering av den psykotiske opplevelse som innebærer at en person fullstendig kan overveldes av sine egne følelser sin og panikkaktige angst. Målet må være å effektivere individenes fulle rettigheter innenfor dagens psykiske helsevern.

Ved å rette fokus mot menneskelig eksistens og verdighet, og ved kontinuerlig å fremheve forvaltningens og disiplinmaktens trusler mot menneskerettighetene, kan vi søke å finne frem til behandlingsveier som fremmer den mangfoldige psykiske helsen gjennom god fagkunnskap, reell åpenhet, informasjon og brukerstyring. De ulike

pasienterfaringene kan forhåpentlig bidra til å gjøre budskapet om omsorg og makt, kunnskap og rettigheter tydeligere for dem som praktiserer det, og samtidig vaksinere oss mot å bli tryllebundet av egne begreper og praksiser.

Line Joranger

Stangsgate 3

3179 Åsgårdstrand

Tlf. 920 19 709

E-post line.joranger@hive.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 12, 2009, side 1186-1190

TEKST

Line Joranger, førsteamanuensis i samfunnsvitenskap, Institutt for sosialfag ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

KONTAKT: Line.Joranger@hit.no

+ [Vis referanser](#)

Litteratur

Bernt, J. F. (2009). Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven: gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Oslo Helsedirektoratet.

Rapport 4/2006: Bruk av tvang i psykisk helsevern (2006). Oslo: Statens helsetilsyn.

Foucault, M. & Lagrange, J. (2006). Psychiatric power: lectures at the Collège de France, 1973-74. Basingstoke,: Palgrave Macmillan.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Departementet.

Laing, R. D. (2001). Det spaltede selv: en eksistentiel studie i tilregnelighet og galskab. København: Hans Reitzel.

Norvoll, R. (2007). I Det lukkede rom: bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

Pinel, P. (1809). Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: J.A. Brosson.

Sosial- og helsedepartementet, Trommald, M. & Kristoffersen, N. R. (2005) Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008: Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Thune, G. H. (2008). Overgrep: søkelys på psykiatrien. Oslo: Abstrakt forlag..