

Humanismens vilkår i prosedyrenes tid

Innsikten om at vår menneskelighet ligger i at vi er språklige, er i d
mer til stede i litteratur og kunst. Dette forteller sitt om hvordan
psykologi og psykiatri har overlatt basal menneskekunnskap til a
disipliner.

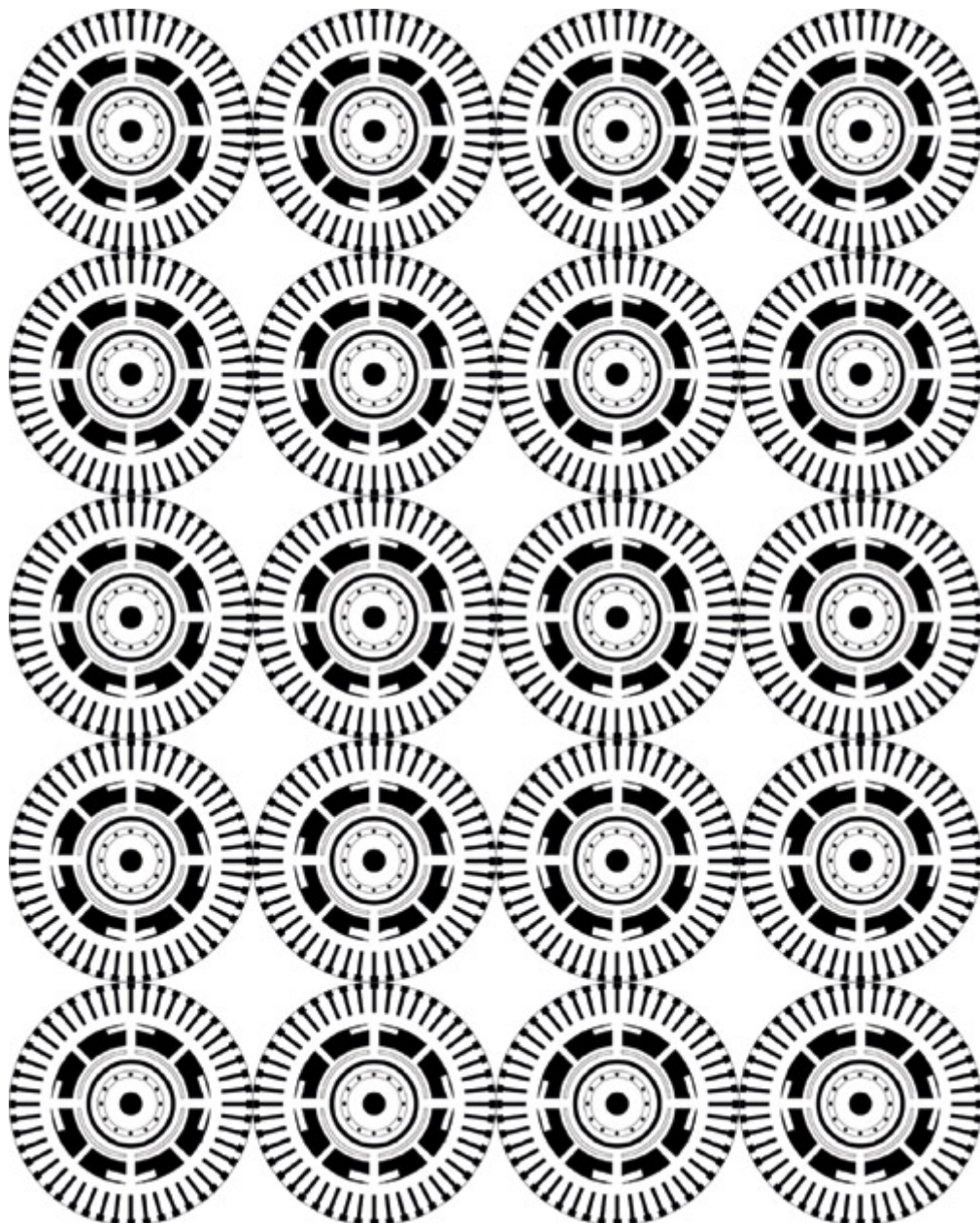
TEKST

Torberg Foss

Åge Wifstad

PUBLISERT 5. juni 2011

**PSY
KOL
OGI**



Synliggjøring: Tross institusjonenes nedbygging lever de tidlige asylenes panoptiske prinsipp om at ingenting skulle unnslippe behandlerens blikk videre. Men i dag skal ikke bare pasienten, men også det meste av det behandleren gjør, synliggjøres for helsetilsyn og helseforetak. Foto: Flickr.com

Ein er rett og slett normal. Det vil seie at ein ikkje eksisterer. Nokon stad. Det kjem ikkje noko signal frå dei delane av kroppen som hulkar for oss. Høyrer ikkje lunga. Sjølv nasen teier.

Hélène Cixous

– Det er vel ikke så lett å få time, sa hun første gangen hun ringte. Det var vanskelig å høre helt hva hun sa. Hun snakket lavt med avbrutte setninger. Da hun fikk beskjed om at det ikke var så helt umulig å få en time, ble hun usikker. Etter hvert sa hun at det kanskje likevel ville bli vanskelig for henne å komme. Det var litt frem og tilbake, hun snakket mest, og det endte med at hun skulle tenke på det og kanskje ringe tilbake.

Drøyt en uke etter ringte hun, og vi satte opp en time. En dag før den avtalte timen la hun igjen beskjed på telefonsvareren om at hun ikke kunne komme. Det gikk en uke, så ringte hun på ny, og denne gangen kom hun til timen vi hadde avtalt. Hun kom drøyt et kvarter for sent. Til de påfølgende timene kunne hun komme enda mer for sent. Men hun kom, selv om det bare kunne være et kvarter igjen.

«Når det snakkes om effektiv drift og strømlinjeformede behandlingsopplegg, forblir nemlig noe usagt: Et menneske er ingen sak som skal opp til behandling»

Det var tydeligvis vanskelig for henne å si hva hun ville. Hun kunne ikke identifisere et problem som hun trengte behandling for. Men i måten hun tok kontakt på, viste hun at noe var vanskelig. Det kom snart frem at hun hadde hatt en rekke jobber der hun måtte slutte. En sentral grunn var at hun hadde kommet mye for sent.

Hun sto nå i fare for å bli oppsagt på ny.

Men dette var ikke et problem som foranlediget et spesielt behandlingsopplegg. Det viste seg heller å være den måten hun kunne begynne å fortelle om familien sin på. Hun fortalte om mannen som hadde vært innlagt i flere måneder, og om sønnen hun da hadde blitt mye alene med. Nå når de var sammen igjen, og kontakten med sykehuset var opphørt, kom ulike og vanskelige følelser for dagen. Familiens døgnrytme var åpenbart i ulage – når man gikk til ro, og når man sto opp, var slett ikke gitt.

I lys av hennes første henvendelse vil nok mange si at hun manglet en klar «bestilling». Slik har mange av oss begynt å snakke når pasienter vurderes. Nå viste det seg å handle mer om en som forsøker å ta kontakt. Hun uttrykker noe av sitt spesielle problem i måten dette skjer på. Det kan synes viktig å møte henne der. Det innebærer å gi henne rom til å nøle. Som når legen som skal se ned i halsen på et barn, lar barnet holde litt i spatelen først og dermed får hele undersøkelsen til å gå lettere. «Time of hesitation» kalte barnelegen og psykoanalytikeren Winnicott dette viktige momentet i kontaktskapingen. I vårt helsevesen var det tidligere rom for å arbeide tilsvarende. Men «time of hesitation» står det lite om i virksomhetsplanene, og dette rommet er nå i ferd med å innskrenkes. God kvalitet i behandlingen betyr tvert om at fagpersonen raskt vet beskjed. Manualer og veiledere slår fast hvem som har krav på hvilken type behandling. Ut fra denne behandlingsideologien forventer pasienten å få et klart svar på hva som feiler en, og at den korrekte behandlingen foreskrives. Det hele virker så tilforlætelig at man lett glemmer at denne utviklingen også har en pris.

Ny innesperring

Store endringer i psykiatrien i de siste tiårene har, underlig nok, aktualisert Foucaults klassiker «Galskapens historie» og hans beskrivelse av «den store innesperringen». Underlig nok, siden dagens psykiatri ikke preges av innesperring. De store institusjonene er bygd ned, mens poliklinisk behandling og overføring til den kommunale helsetjenesten prioriteres.

Foucaults tanke om den store innesperringen setter likevel dagens situasjon i perspektiv, hvor alt skal dokumenteres og kvalitetssikres. Man skal rapportere, skjemaer fylles ut, driften rasjonaliseres – og alt bokføres. Notater skrives fra hver enkelt time, enhver telefonsamtale krysses det av for. Alt dette muliggjort av datateknologi. Teknologien er her mer enn et hjelpemiddel. Det datateknisk mulige gir premisser for hvilke registreringer som i neste omgang blir påkrevet. Tross institusjonenes nedbygging lever de tidlige asylenes panoptiske prinsipp videre. Asylene ble ifølge dette prinsippet bygget slik at ingenting skulle unnsnippe legens blikk. Men i dag skal ikke bare pasienten, men også det meste av det behandleren gjør, synliggjøres for helsetilsyn og helseforetak.

Dokumentasjonskravet avspeiler en helsesektor som har tatt etter den økonomiske tenkemåten. Sykehuset regnes som en bedrift, tross alle sine ulike funksjoner. Motstand tilbakevises som tradisjonsbundet og som et forsvar av helsearbeideres, ikke minst legenes, privilegier.

Dokumentasjonskravet er samtidig rimelig nok. Vi forventer jo at helsekronene brukes fornuftig. Men vi kan lære av Foucault at registreringssystemer angår mer enn arbeidsrutinene i psykisk helsevern. Registreringssystemer skaper også sin egen virkelighet. Michael Power snakker i denne forbindelse om «revisjonssamfunnet»: ”The idea of audit shapes public conceptions of the problems for which it is the solution; it is constitutive of a certain regulatory or control style which reflects deeply held commitments to checking and trust (Power 1997: 7). Registreringssystemer avspeiler

ikke bare et gitt kontrollbehov, men er medkonstituerende for måten dette kontrollbehovet fremtrer på. Slik former registreringssystemene også vår forståelse av helt grunnleggende spørsmål som det psykiske helsevernet konfronterer oss med, enten vi nå arbeider der eller ikke.

Objektivering av smerte

Helsedirektoratets veiledere om behandling av ulike psykiske lidelser krever at behandlingen som gis for en angst- eller depresjonslidelse, skal ha dokumentert effekt. Implisitt i disse veilederne ligger ideen om standardisering, en idé om ensartet behandling for samme lidelse. Tanken om lik behandling for lik lidelse virker demokratisk; for selv om vi er forskjellige som personer, så er lidelsen vi rammes av, den samme. Men spørsmålet er om «lik behandling for lik lidelse» passer ved psykiske lidelser. Tidligere var det legitimt å si at det å ha en psykisk lidelse innebar noe annet enn det å være somatisk syk. I dag er det vanskelig å insistere på denne forskjellen. For skillet mellom somatikk og psykiatri synes å ha blitt visket ut. Én ting er den biologiske vendingen innenfor psykiatrien. Her kan man i det minste fortsatt presentere motforestillinger i en faglig diskusjon. Viktigere er det kanskje at avmystifisering og alminneliggjøringen av psykiske lidelser – som på mange måter har vært positiv – også har medført at viktige distinksjoner mellom psykiatri og somatikk nå har blitt mer utydelige.

Mennesker med psykisk lidelse som står frem og forteller sin historie, berømmes ofte for å alminneliggjøre noe som man tidligere ikke snakket om. Kjell Magne Bondevik kan ha hjulpet mange med å være åpenhjertig om sin depressive lidelse. Det man før skammet seg over, kan man i dag åpent vedkjenne seg. Men det er ikke sikkert at det skambelagte bare hadde med fordommer å gjøre, og dermed kan forandres med mer informasjon. «Skam» kan også være et tegn på at psykisk lidelse rett og slett er et mer personlig anliggende. Å åpent vedkjenne seg egne plager er ingen nøktern redegjørelse for psykologiske fakta. En er mer involvert, og hva det egentlig koster, blir man kanskje først klar over etterpå.

Men det er i stadig mindre grad mulig å hevde at det er noe grunnleggende personlig ved psykisk lidelse. En ting er at det å arbeide i tråd med en slik forståelse har blitt vanskeligere, slik det innledende eksempelet viser. Men det stikker dypere. Det er ikke tid til å nøle. Det er som om hele klimaet i vår kultur gjør det vanskeligere å fastholde at den psykiske lidelsen konfronterer oss med et personlig anliggende det kan være krevende å kategorisere og forstå. Det er mot tidsånden å nøle. Kompetansen viser seg heller i evnen til å kategorisere.

For bedre å skjønne rekkevidden av denne endringen, la oss gå veien om en mer personlig erindring. Blant fagbøkene etter en psykiater som hele livet hadde virket i provinsen – han likte å kalle seg en bondepsykiater – sto to bøker igjen som skilte seg litt ut; *Eksistensialisme er en humanisme*, Jean-Paul Sartres lille pamflett fra 1946, og Martin Bubers *Jeg og Du*. Møtet med psykisk lidelse må ha avfødt spørsmål som eget fag kanskje kom til kort overfor. Kanskje det var en opplevelse av å bli involvert som trengte

å bli nærmere forstått. Sartre skriver at mennesket er angst. Det er knyttet til at man er den man velger å være. Men det er mer. Gjennom ulike eksempler viser Sartre det ansvaret som ligger i våre ulike valg. Når vi handler, skaper vi et bilde ikke bare av det mennesket vi vil være, «samtidig skaper vi et bilde av mennesket slik som vi mener det bør være.» Slik er vi forpliktet på alle mennesker når vi forholder oss til vårt eget liv.

Tittelen på Sartres pamflett viser til en humanistisk impuls. Man forblir aldri upåvirket av å møte et menneske i en eller annen fortvilelse. Det er tvilsomt om Sartre og Buber er like kjent blant dagens psykologer og psykiatere. Noen vil hevde at det skyldes at faget nå står stødig på egne føtter. Vi er i tvil om det nødvendigvis innebærer et fremskritt.

Respekt for symptomene

Men endringen er mer vidtfavnende. Måten vi forstår oss selv på, preges i det store og hele av utviklingen innenfor psykisk helsevern. Tenk bare på hvordan en ulykke eller katastrofe i dag kan formidles i nyhetene. Det er som en ikke har rukket å beskrive omfanget, før vi blir fortalt om kriseteam som allerede er i arbeid. Her er det psykiske helsevernet aktivt ikke bare i selve kriseteamet, men også i den holdningen som er så slående i medienes dekning – en holdning som gjelder håndtering av smertefulle følelser. Slik vi raskt blir forsikret om at de pårørende har blitt tatt hånd om, blir smertelige følelser også raskt brakt under kontroll i møtet med helsevesenet. Etter hvert danner det seg et bilde av hva vi kan vente oss av hjelpeapparatet, ja kanskje også av hva det vil si å kjenne seg hel eller frisk. Og prosedyrene i den rådende behandlingssideologien er deretter. Diagnosen stilles, en behandlingsplan settes opp. Hva som utgjør problemet, avgrenses. Det skjer en objektivisering; noe skal bringes under kontroll.

I slående kontrast står psykoanalytikerens avventende holdning. Her vektlegges det å forstå. I stedet for raskt å avgrenses, blir påtrengende problemer eller symptomene sett i sammenheng med den enkeltes liv. I dag ses dette lett som en anakronistisk holdning. Og vi er kanskje ikke særlig åpne for en slik forståelse når vi plages som mest. En psykoanalytisk holdning som betoner at symptomene gjemmer en viktig side av oss som vi bør ha større aktelse for, blir fort en provokasjon. Dette gjelder kanskje også en eksistensiell forståelse som betoner at minst like fremmede som symptomer synes å være, har vi blitt overfor oss selv. Men på dette området har vi kanskje blitt enda mindre åpne, og den rådende behandlingssideologien innenfor psykiatrien har i så fall bidratt til dette.

Psykoanalysen står svakt i dagens psykiske helsevern. Dette er åpenbart i USA, men også i Norge har psykoanalytisk tenkning blitt gradvis marginalisert. Spørsmålet er imidlertid om ikke denne marginaliseringen rammer videre. Det dreier seg ikke bare om psykoanalysen, men om en tankestrøm som kommer spesielt klart til uttrykk i psykoanalysen.

Det handler om en mer generell humanistisk strømning, en strømning vi nå opplever er under press. Og dette humanistiske anslaget finner vi igjen hos psykoanalytikeren, som heller enn å ivre etter å fjerne symptomene viser dem respekt. I symptomene kan det

ligge gjemt fragmenter av ens historie. Men en slik tenkemåte har ikke samme gjennomslagskraft lenger, både fordi det antyder at man ikke er herre i eget hus, men også fordi man går lenger og sier at man ikke trenger å bestrebe seg på å være herre i eget hus. Da støter man mot dagens ideal om å mestre og å være hel. En psykoanalytiker vil i stedet svare at symptomet representerer en avvist side av oss selv. Fjernes denne sånn uten videre, kan det innebære å miste noe av betydning. Kanskje kjenner man bedring, men man kan like fullt sitte igjen med en slags nummenhet fordi en forankring eller retning i livet er borte. Det betyr ikke at man levde så bra med symptomet, men det hadde en subjektiv betydning som var viktig for å gjenvinne ansvar for egen eksistens.

Det slår oss at dette har vel så mye å gjøre med etikk som psykologiske teorier, for det ligger en etisk betydning i måten det *subjektive* fremheves på, noe som blir særlig slående i en tid da tendensen til å objektivere er så fremtredende; som når kognitive mekanismer eller nevropsykologiske forbindelser blir den basale forklaringsgrunn. Når hjerne og gener i tiltagende grad blir referansepunkt for psykologisk forståelse, blir det vanskeligere å reise spørsmål om vi i større grad er del av psykiske lidelser enn av somatisk sykdom.

Dette gir et paradoks. Psykoanalysen har, kanskje med rette, blitt kritisert for å frata oss ansvar for eget liv med sin vektlegging av barndommens betydning. Dette synes nå å ha blitt snudd om. Psykoanalysen framtrer i dag mer som del av en større humanistisk strømning som går mot dagens rådende utvikling med et mer deterministisk grunnsyn dominert av gener og mekanismer.

Krav om helse

Idealet om å være hel og komplett står sterkt. Smertefulle følelser skal identifiseres og bringes under kontroll, nærmest før de har rukket å gi seg til kjenne. Når noe da ikke er som det skal være, ytrer vi oss gjennom *kravet* om endring, bedring, behandling. Jacques Lacan skiller mellom krav og begjær. Begjæret er knyttet til en erfaring av mangel eller tilkortkommenhet, og dette fornemmes gjennom et savn eller en søking. Å ta innover seg begjæret er i større grad å kjenne ansvar for eget liv. *Kravet* er derimot knyttet mer til idealet om å være komplett enn å ha kontakt med mangler, og det er kravet som ytres oftest i vår tid. Det er gjennom kravet vi forstår oss selv i vår tid.



MORALSK AVVIKLING: I stedet for en utforskende holdning til oss selv utvikler vi et diagnostiserende blikk på oss selv. I forskning, hjerne og genetik gis vi klare svar, men ikke nødvendigvis større selvforståelse. For med klare svar avvikles våre moralske overveielser knyttet til hvordan vi skal leve våre liv. Foto: Flickr.com

Dette gir et påtagelig sammenfall mellom vår selvoppfattelse og helseapparatets vurdering av vår forespørsel. Venterommene dirrer av et *krav* om helse, mens det psykiske hjelpeapparatet vurderer hvem som har *rett* til behandling. Etter en poliklinisk samtale får man så beskjed om man har rett til helsehjelp eller ei. Ordlyden i brevet er upersonlig og kjølig og står i skarp kontrast til åpenheten i samtalen som fant sted.

Det er forunderlig hvor upåaktet denne radikale endringen i hvordan pasienter møtes i psykisk helsevern, har funnet sted. Kanskje skyldes det sammenfallet som er nevnt ovenfor: Parallelt til endringer i helseapparatet i retning av mer rettighetstenkning har måten vi forstår psykisk lidelse på – eller vårt generelle ubehag for den saks skyld – fått sin følgesvenn i den enkeltes krav om helse. Man vil ha sine rettigheter innfridd og venter på en oppreisning.

Numerisk, ikke alfabetisk

En annen viktig grunn til at forandringen har gått så upåaktet hen, er den spesielle betydningen kunnskap, og i særdeleshet vitenskapelig kunnskap, har fått i vår tid. Fremveksten av biologiske forklaringer med fokus på hjerne og gener har bidratt til at betydningen av kunnskap har endret seg.

Tilsynelatende er vårt forhold til oss selv nå i større grad basert på kunnskap. Vendingen «før trodde man, i dag vet vi...» viser til dette. Ulike eksperter innkalles, og forskning presenteres og kontrasteres til tidligere tiders formodninger eller fordommer.

Denne kunnskapen er mer numerisk enn alfabetisk. Den er mer faktisk med lite rom for tolkninger. Hermeneutikk er ute.

Denne numeriske kunnskapen munner ikke nødvendigvis ut i større selvforståelse. Fremfor en utforskende holdning erverver vi heller et diagnostiserende blikk på oss selv. Dette kan riktignok oppleves som at ting endelig faller på plass, og man kan kjenne lettelse over at ens villfarelse er over. Man har til en viss grad mer definitive svar på spørsmål som tidligere var gjenstand for tvil. Men nettopp tvilen som nå forsvinner i klare svar, kunne være knyttet til moralske overveielser. Så lenge disse spørsmålene ble forstått som moralske, tilhørte de den enkelte i større grad. Det kunne være på godt og vondt. Om fagekspertisen tok over og besvarte dem, kunne nok det kjennes som en lettelse. Baksiden ved denne utviklingen er at hver enkelt av oss umyndiggjøres i spørsmål som gjelder vårt eget liv. Det kan for eksempel være når enkle spørsmål om hvordan leve, overfor andre og for seg selv, blir formulert som spørsmål om helse.

For sikkerhets skyld

Stadig flere presserende arbeidsoppgaver i psykisk helsevern gir mindre rom til kritisk refleksjon. Pålagte akuttoppgaver som vurdering av suicidalitet og psykose, er krevende og belastende. Det lages systemer og rutiner som er ment å være til hjelp i slike kritiske situasjoner. Men på bakgrunn av hvordan disse rutinene stadig brer seg, og ikke minst de tiltakene som gjøres for å kontrollere at de følges, kan det som var ment som tiltak i unntakssituasjoner, komme til å prege hvordan det psykiske helsevernet i alminnelighet møter enkeltpersoner.

Det kommer delegasjoner fra hovedstaden som inspiserer om pasientjournaler er ført riktig. Da er det ikke bare spørsmål om man har vurdert suicidalitet, men om de riktige metodene er anvendt. Prosedyrene kan slik ta overhånd, og den enkelte kliniker kan bli mer opptatt av å følge skjemaet og få det journalført enn av pasientmøtet. Men stilt overfor en som overveier å ta sitt eget liv, er det jo nettopp viktig å forbli i kontakten – en kontakt som lett kan forstyrres om prosedyrer og journalføring veier for tungt. Dagens selvmordsforebygging illustrerer hvordan standardisering og prosedyrer blir stadig mer påtakelig og blir arbeidsmodeller for psykisk helsevern som et hele. Blikket for det individuelle svekkes, og i stedet minner psykisk helsevern om sikkerhetskontrollen ved flyplasser.

Når det snakkes om effektiv drift og strømlinjeformede behandlingsopplegg, forblir nemlig noe usagt: Et menneske er ingen sak som skal opp til behandling. Den australske filosofen Raimond Gaita uttrykker det slik: «Our sense of the preciousness of other people is connected with their power to affect us in ways we cannot fathom and in ways against which we can protect ourselves only at the cost of becoming shallow» (Gaita 2002: 26). Påvirkningskraften Gaita snakker om, er ganske enkelt det vi kaller vår menneskelighet – det at vi er mennesker, ikke dyr eller ting. Vår menneskelighet ligger akkurat i hvordan vi er forskjellige fra hverandre på en helt annen måte enn hvordan for eksempel ting eller dyr skiller seg fra hverandre. Vår menneskelighet ligger i at vi er individuelle personer.

Når vi bryter sammen eller settes ut av spill, vil det særegne ved oss være påtagelig til stede slik Tolstoj beskrev i romanen om Anna Karenina: Alle lykkelige familier ligner hverandre, hver ulykkelig familie blir ulykkelig på sin spesielle måte. Så når psykiske lidelser i tiltagende grad ses på som generelle sykdomstilstander, som skal gjøres til gjenstand for standardbehandling, er denne humanistiske tendensen i psykisk helsevern truet.

Opplyst selvbedrag

Vi liker å rose oss av at vi kan diskutere det aller meste med stadig større åpenhet. Men utviklingen i psykisk helsevern problematiserer denne flatterende selvoppfattelsen. For noe ser ut til å være vanskeligere å sette ord på i dag. Ja, selve betydningen av å snakke er ikke lenger gitt, men erstattet av ulike testinstrumenter alt fra første pasientkontakt. Innsikten om at vår menneskelighet ligger i at vi er språklige, er i dag mer til stede i litteratur og kunst, og kanskje dette er talende for hvordan psykologi og psykiatri har overlatt basal menneskekunnskap til andre disipliner.

Vi startet med en kvinnelig pasient som *nølte* idet hun henvendte seg. Det viste seg viktig å ha respekt for denne spesielle måten å ta kontakt på, da det var slik hennes problemer kom frem i dagen. På ulik måte gikk dette opp for terapeuten. Ut i den første timen ble det med ett vanskelig å se pasienten. Ansiktet hennes ble utydelig. Skyldtes det bare det skarpe sollyset? I denne merkelige tildragelsen var det som pasientens nøling fikk en motsvarighet. For tilsvarende pasientens nøling må også en forbigående villfarelse hos terapeuten respekteres, om forståelse skal bli mulig.

For at noe skal bli forståelig, må man komme i kontakt. Det kan innebære å få del i pasientens avmakt. En slik erfaring vil måtte stå i kontrast til hvordan psykologien i dag fristes til å være med i oppbygging av store kunnskapsregimer. Og med et samfunn som i den grad hevdes å være kunnskapsbasert, er det et paradoks at akkurat denne kilden til forståelse nå synes truet. Kanskje dette er et særlig anliggende for psykologien, som startet ut som en forståelse av det individuelle. 1

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 6, 2011, side 544-549

TEKST

Torberg Foss

KONTAKT: torbfoss@online.no

Åge Wifstad

+ **Vis referanser**

Litteratur

Buber, Martin (1992). (norsk oversettelse ved Hedvig Wergeland). Oslo: Cappelen.

Cixous, Hélène 2008 . (norsk oversettelse ved Grete Kleppen). Oslo: Gyldendal.

- Foucault, Michel (1999).
Falkum). Oslo: Gyldendal. (norsk oversettelse ved Fredrik Engelstad og Erik
- Foucault, Michel (1999).
ved Dag Østerberg). Oslo: Gyldendal. (norsk oversettelse
- Gaita, Raimond (2002).
Routledge. . London:
- L'Heuillet, Hélène (2006).
. Paris: Grasset.
- Melman, C. (2002).
. Paris: Éditions Denoël.
- Power, Michael (1997).
Oxford: Oxford University Press.
- Sartre, Jean Paul (1993)
(2.utgave). Oslo: J. W. Cappelen.