

Når depresjon blir et nasjonalt problem

En kritikk av retningslinjeideologien

Menneskets livserfaringer underlegges en ideologi hvor symptombehandling og målstyring råder. De nasjonale retningslinjene er et tidstypisk dokument for dette. Vi ser konturene av den nye terapeutrollen: svært aktiv, strukturerende og inngripende.

TEKST

Per Are Løkke1

PUBLISERT 5. februar 2014



FRA PSYKE TIL SYKDOM: Mens symptomene tidligere pekte mot en psykisk smerte i pasientenes totale livssituasjon, er symptomet i dag mest et tomt tegn uten mening. Pasienten skal ikke komme til orde, men lære seg å mestre symptomene.

Illustrasjonsfoto: Claude Truong-Ngoc

WHO rangerer depresjon som en av de mest utbredte sykdommene i den vestlige verden. I år 2005 gikk 27 millioner amerikanere på antidepressiver, og en av ti i befolkningen over seks år var medisinert. I Norge er i dag ca. 300 000 mennesker medisinert etter å ha fått diagnosen depresjon. Epidemiologiske studier viser at hvert femte menneske i løpet av livet vil rammes av depresjon. Utgiftene til behandling av depresjon i Norge estimeres til 1,5 milliarder kroner i året. I boken «The Antidepressant Era» (1999) skriver den irske psykiateren og professoren David Healy at det har tatt knappe 40 år å skape denne epidemien.

De fleste med diagnosen depresjon blir behandlet medikamentelt gjennom fastlege. Likevel spiller psykologien som profesjon en ledende rolle i samfunnet når det gjelder forståelse, behandling og definisjonen av hva slags «epidemi» vi står overfor. For eksempel ble tre psykologer, inkludert lederen, valgt ut av Helsedirektoratet til arbeidsgruppen som laget «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2009), heretter forkortet NR^[1]. Implementering av nasjonale retningslinjer og påfølgende vekst i helsebyråkrati for å kontrollere at retningslinjene følges, har fått stor gjennomslagskraft i de siste tiårene. I USA og Canada er det for eksempel 28 000 ulike retningslinjer bare innenfor helseområdet (Ekeland, 2011). Vi ser også en helsebyråkratisk og faglig dreining der randomiserte og kontrollerte studier har fått definisjonsmakten over hva som regnes som evidensbasert kunnskap. Dette gjenspeiles i at alle psykologene i arbeidsgruppen har tilknytning til fagmiljøet rundt kognitiv adferdsterapi (KAT).

Det er ingen i gruppen fra det psykodynamiske fagfeltet eller andre terapitradisjoner. Denne type ensrettet «faglighet» blir mer og mer vanlig (Ekeland, 2011).

«Vi ser en samfunnsmessig dreining hvor betydningen av pasientenes livshistorier minimaliseres i forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser»

Desymbolisering av et fagfelt

Favoriseringen av det som i NR kalles «strukturerte psykologiske metoder», innebærer i mine øyne en desymbolisering av fagfeltet. Jeg bruker desymbolisering i betydningen av at menneskets primære livserfaringer underordnes en ideologi om symptombehandling og målstyring, noe NR er et tidstypisk dokument for og eksempel på. Vi ser en tendens til at forståelsen av individets historiske, sosiale og familiære relasjoner gjøres mindre verdt enn troen på evidensbaserte og effektive løsninger. Den komplekse menneskelige virkeligheten reduseres til former som kan evalueres og måles i økonomiske og forenklete termer.

Det alvorligste aspektet ved desymboliseringen er at symptomene ikke lenger er knyttet til menneskets erfarings- og meningsdimensjoner. Denne svekkelsen av språket skjer ved at forbindelsene mellom symptomet og systemene rundt symptomet kuttes. Da mister symptomet sin mening som veiviser mot samfunnets patologier, familienes hemmeligheter, traumenes ruiner og individets ressurser, egenansvar og ubevisste motiver. Desymboliseringen fører uunngåelig til at den psykiske helsetjenesten lytter mindre til menneskets fortellinger om sitt liv. Behandlingen henvender seg i stedet

direkte til symptomene, ikke til personen med symptomer, og de psykologiske metodene nærmer seg slik biomedisinenes modeller for symptombehandling.

Jeg vil i dette essayet vise noen utviklingstrekk som har ført frem til dagens forståelse av depresjon slik vi ser den i NR. Jeg vil også vise at desymboliseringen implisitt kan bidra til 1) sykeliggjøring av befolkningen, 2) svekkelse av tilbudet til de dårligste, og 3) svekkelse i mangfoldet av behandlingsmetoder.

Anbefalinger for behandling av depresjon

De nasjonale retningslinjene opererer med forskjellig alvorlighetsgrad av depresjon, fra mild til moderat, fra moderat til alvorlig, samt tilbakevendende depresjon, dystymi og kronisk depresjon. Hele 80 prosent av personer med depresjon lider av mild depresjon. Den største økningen av mennesker med depresjon befinner seg i denne gruppen. Det ble gjort et stort poeng i forbindelse med kunngjøringen av rapporten at førstevalg av tiltak ved milde depresjoner ikke lenger var medisiner, men rådgivning og psykologisk intervensjon. Rådgivningen legger ifølge NR vekt på assistert selvhjelp, i form av brosjyrer, bøker eller internettbaserte programmer som bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Forslagene til psykologiske intervensjoner følger også prinsippene fra KAT; strukturert hjelp til problemløsning, prioritering og gjennomføring av tiltak, evaluering av resultater, øke antall gjøremål som gir følelse av mestring og tilfredsstillelse, øke fysisk aktivitet, øke sosialt samvær, samt gi råd om hvordan en kan begrense tiden som blir brukt til bekymring, grubling og selvkritikk (Helsedirektoratet, 2009; s. 52).

For alle depresjoner med alvorlighetsgrader fra moderat til kronisk depresjon anbefales en kombinasjon av strukturert psykologisk behandling og antidepressiver ettersom kombinasjonen fungerer bedre enn behandlingsformene enkeltvis. De psykologiske intervensjonene som bør gis ved alvorlige depresjoner, baserer seg også konsekvent på KAT; «gi informasjon om depresjon og hvordan den kan forstås og mestres», «strukturert psykologisk behandling bør vurderes» (Helsedirektoratet, 2009; s. 57), «lage kriseplaner som begrenser grubling og øker aktivitet» (ibid; s. 60), «drøfte livsstilsendringer som regelmessig fysisk aktivitet, normalisering av døgnrytme og regelmessige måltider» (ibid; s. 61), «tilby regelmessig kontakt med frivillighetssentralen, besøkstjenesten til Røde Kors eller pasienthjelperne til Mental Helse, eller iverksette rehabiliteringsprogram » (ibid., s. 63). For moderat til alvorlig depresjon anbefales fra 16 til 20 terapitimer over en periode på fra seks til ni måneder.

Strukturert psykologisk behandling

Betegnelsen «strukturert psykologisk behandling » er ifølge NR fellesbetegnelsen på anerkjente og teoribaserte psykologiske intervensjoner som anbefales brukt i all behandling av depresjon. Kjennetegnet på slike metoder er terapeutens aktive og støttende væremåte, vektlegging av å gi pasienten informasjon om sykdommen, vektlegging av en strukturert behandling rettet mot pasientens aktuelle problemer, og vektlegging av å lære pasienten mestringsmetoder for sine problemer.



STYKKVIS: Tellelister med symptomer legger til rette for en epidemisk inflasjon av psykiske sykdommer, og vi sitter igjen med symptomer og diagnoser uten kontekst og sykdomsforløp. Slik løsrives symptomene fra menneskets erfarings- og meningsdimensjoner, i følge Per Are Løkke.

Illustrasjonsfoto: Benjamin Esham

Det er ingen tvil om at NRs anbefalinger til behandlingsmetoder favoriserer KAT, samtidig som de virker ekskluderende på mer åpne metoder, for eksempel den psykodynamiske. NR påpeker riktignok viktigheten av å ta hensyn til biologiske, psykiske, eksistensielle, sosiale, samfunnsmessige og kulturelle forhold i forståelsen og behandlingen av depresjon. Det blir også fremholdt at det er flere former for psykologisk behandling som har dokumentert effekt. Det er henvisninger til interpersonlig psykoterapi, psykodynamisk terapi og emosjonsfokuset terapi (s.16, 17, 21 og 24). Likevel er det en gjennomgående og klar tendens i NR til å sette KAT i hovedrollen. Det er KAT som fremstilles som paradeeksempelet på strukturert psykologisk behandling. KAT er primært opptatt av pasientenes ytre uorden (symptomene), ikke deres indre uorden: følelsene, drømmene, motivene og fantasiene som er knyttet til pasientenes fortellinger. Mange pasienter får god hjelp av KAT til å mestre sine symptomer. Men når biomedisinens og økonomiens premisser ligger som implisitte føringer i NR, svekkes tilbudet til de som ønsker og trenger hjelp til å arbeide med belastningene som ligger til grunn for symptomene. Vi er vitne til en uheldig utvikling innenfor området for psykisk helse.

Vi ser en samfunnsmessig dreining hvor betydningen av pasientenes livshistorier minimaliseres i forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser.

En neopositivistisk dreining

Mye kan tyde på at lydhørheten for pasientenes smertefulle historier svekkes i dagens helsepolitiske klima der «administrasjon og management» av symptomer står i sentrum. La meg tydeliggjøre noen utviklingstrekk innenfor samfunn, stat og fag som har ført frem til dagens symptomorienterte retningslinjer. Depresjonsbegrepet dukket kun sporadisk opp i pasientjournaler frem til 1980 og lanseringen av DSM III (Johannisson, 2009). Før dette ble begrepet mest brukt i beskrivelsene av kliniske tilstander. I USA, i perioden 1950 til 1975, ble depresjon vurdert som en marginal lidelse med kortvarige og forbigående symptomer. Angst var den store folkesykdommen. Den første generasjon «magiske piller» var benzodiazepiner. De ble fremstilt for behandling av angst på begynnelsen av femtitallet – og utsatt for voldsom kritikk tyve år senere.

«Depresjon handler i dag ikke så mye om sammenbruddet i evnen til å sørge, men om sammenbruddet i evnen til å realisere seg selv»

På 70-tallet startet den amerikanske psykiatrien en storstilt kampanje for å øke reliabiliteten i forståelsen av psykiske lidelser (Healy, 1999; Whitaker, 2010). Lanseringen av DSM III i 1981 fremstod like mye som et politisk og strategisk manifest som en vitenskapelig nyvinning. Det var en klart uttalt målsetting i den amerikanske psykiaterforeningen (APA) at med DSM III skulle antipsykiatri og psykoanalyse kastes ut av det psykiatriske fagfeltet. I DSM I fra 1952 og DSM II fra 1969 var det større vektlegging av pasientens «underliggende konflikter» og «livssituasjon» enn av pasientens symptomer. Men med introduksjonen av DSM III skulle psykiatrien renses for uklarerheter og endelig bli innlemmet som en gren av den vitenskapelige medisinen, med forankring primært i en biokjemisk forståelse. Horwitz og Wakefield (2007) skriver at vi her ikke bare er vitne til en revisjon, men en medisinsk revolusjon. For første gang på 2500 år søker ikke lenger det medisinske blikk etter de psykiske lidelsenes grunner. Symptomene blir ikke lenger forstått i lys av den historiske, sosiale, familiære eller personlige konteksten.

David Healy (1999, 2004) hevder at det i etterkant av den voldsomme kritikken av benzodiazepiner oppsto stor aktivitet for å markedsføre en ny folkesykdom, og en ny medisin uten bivirkninger. APA opprettet et eget organ, «DART», for å kartlegge og vise at depresjon var en mer utbredt psykisk lidelse enn tidligere antatt. Legemiddelfirmaet Lilly spredte i samme tidsrom millioner av foldere over hele USA for å vise betydningen av å behandle depresjon på et tidlig stadium. Samtidig tilbød nå også Lilly en ny generasjon antidepressiver: SSRI. Disse ble markedsført som mindre avhengighetsskapende og med færre bivirkninger enn førstegenerasjons antidepressiver. Myten om at SSRI fungerer som et vitamin kroppen trenger, oppsto også i kjølvannet av den voldsomme markedsføringen. Denne myten fulgte av påstanden om at pillene kurerer en biokjemisk ubalanse knyttet til serotonin-systemet

(Healy 1999). Når også første versjon av DSM III etablerte depresjon som en egen kategori, var det medisinske grunnlaget for fremveksten av «The Antidepressant Era» lagt.

Men det er ikke bare lovnadene knyttet til bruk av psykofarmaka som har bidratt til depresjonslidelsens epidemiske utbredelse. Den franske sosiologen Alain Ehrenberger beskriver i boken «The Weariness of the Self» (2010) hvordan vår selvrealiseringskultur også bidrar til å etablere depresjon som vår tids folkesykdom. Depresjon handler i dag ikke så mye om sammenbruddet i evnen til å sørge, men om sammenbruddet i evnen til å realisere seg selv.

Den biomedisinske sykdomsmodellen fører ikke bare til økt medikalisering, men også til en oppblomstring av effektive psykologiske metoder rettet mot symptombehandling. Den kognitive tradisjonen er som allerede påpekt svært sentral i NR. Kognitiv adferdsterapi er utviklet av psykiateren Aaron Beck. Han utviklet sine teorier om depresjon i opposisjon til Freuds teori om melankoli, hvor tap, aggresjon og skyld var sentrale elementer. Becks konklusjon var at depresjonens dynamikk ble opprettholdt av negative tanker. Ut fra denne antagelsen utviklet han en metode hvor man korrigerer dysfunksjonelle antagelser om selvet, de andre og fremtiden. Martin Seligmans begrep om «lært hjelpeløshet» er et annet viktig bidrag til å forstå depresjonens kjennetegn innenfor den kognitive tradisjonen.

KAT og dens beslektede terapiformer har stor fremgang i terapimarkedet, både når det gjelder behandling av depresjon og for de fleste andre psykiske lidelser. En av grunnene til denne fremgangen er at KAT primært er en metode for symptombehandling, og derfor passer inn i den helsepolitiske tenkningen som er utviklet etter DSM III. Resultater fra symptombehandling gir ofte gode evidensbaserte resultater innenfor et korttidsperspektiv, da de lettere kan tilpasses randomiserte og kontrollerte studier. Det er slike resultater som legges til grunn når de nasjonale retningslinjene utformes. I prinsippet er det i dag bare KAT og medisinerer som innfrir disse kravene (Ekeland, 2011), noe som blir fremhevet i NR. Vi ser dermed at DSM III, evidensbasert kunnskap og retningslinjeideologien samlet sett fører psykologien nærmere den biomedisinske sykdomsforståelsen som legger vekt på å korrigere og fjerne symptomer. Der symptomene tidligere pekte mot en psykisk smerte i pasientenes totale livssituasjon, fremstår symptomet i dag mer som et tomt tegn, uten mening. Behandlingens primære mål er ikke lenger at pasienten skal komme til orde, men at hun skal lære å mestre symptomene sine. Psyke har blitt til Sykdom. Jeg skal utdype noen av følgene som er knyttet til denne utviklingen.

Medikalisering og sykelligjøring

«Listen over de ulykker som kan ramme oss, er uendelig» (s21), skriver Julia Kristeva i boken «Svart Sol» (1994). Ulykker, død, tap, adskillelser og konflikter rammer oss alle i varierende grad. Det hører livet til, men mange trenger likevel hjelp i en periode for å bearbeide ulykken.

Tone er 55 år. Hennes mor er nettopp død. Under det ett år lange sykeleiet opplevde Tone at moren ble aggressiv, uforutsigbar og nesten skremmende nådeløs i enkelte situasjoner. I perioder ønsket hun ikke å besøke moren. Da moren døde, ble Tone deprimert og fylt av selvanklager fordi hun følte at hun ikke hadde vært en god nok datter.

Berit har eneomsorg for tre barn i alderen 12–18 år. Hennes mann døde da barna var små. Berit har alltid tatt et stort ansvar for barna og sitt eget arbeid. To uskyldige kommentarer har nå fått henne til å «gå helt i kjelleren». Arbeidsgiveren pekte på noe han mente var feil i en rapport. Den eldste datteren kalte henne i en opphetet konflikt for en kjedelig kjerring som bare sitter hjemme og ser på TV. Berit føler nå at hele livet er meningsløst og orker nesten ikke å stå opp om morgenen.

Bjarne er 55 år. Hans liv har alltid kretset rundt barn, økonomi, kone, arbeid og fritidssysler. Han har følt at livet har gått på skinner og sett på seg selv som en god mann. På en fest med venner ble han brått aggressiv og begynte nesten å slåss med en kamerat. Denne episoden har ført han inn i en depresjon og angstfylt grubling. Den sinte mannen passer ikke inn i hans selvbilde.

I NR er rådene for milde depresjoner strukturert selvhjelp. Det er godt dokumentert at mange har nytte av slike kognitivt baserte hjelpeprogrammer. Men samtidig er jeg overbevist om at mange pasienter med historier som ligner på Tones, Berits og Bjarne, først og fremst trenger et åpent rom hvor de kan bearbeide de vanskelige følelsene og tankene som er knyttet til deres oppståtte livssituasjon. De har ikke behov for aktive og strukturerende metoder for å komme ut av sine depresjoner. De trenger ikke en terapeut som setter opp program, gir hjemmelekser og forslag til å være i aktivitet og tenke positivt omkring seg selv. De trenger å bli møtt på den unike, høyst gjenkjennelige og menneskelige situasjonen de står i. De trenger hjelp til å forstå at symptomet er veivisere inn til uløste og ubearbeidede sider i dem selv og deres livssituasjon.

I NR anslås det at 80 prosent av alle med diagnosen depresjon kan inngå i kategorien milde depresjoner. Det er altså også i denne kategorien vi ser den største økningen av depresjonslidelser. Horwitch og Wakefield (2007) hevder at det er i denne gruppen vi tydeligst ser mennesker som har opplevd ulike former for tap, og at deres depresjon er en naturlig følge av dette, som vist i eksemplene med Tone, Berit og Bjarne. Horwitch og Wakefield påstår videre at det økte symptomfokuset som har oppstått i kjølvannet av DSM III bidrar til sykeliggjøring og medikalisering av normale reaksjoner på tap. Sykdomsspråket kan svekke toleransen for å stå i smertefulle allmennmenneskelige livssituasjoner ved å gi forventninger om effektiv symptombehandling.

Det legges slik til rette for en epidemisk inflasjon av en psykisk sykdom på basis av tellelister med symptomer. Vi sitter igjen med symptomer og diagnoser uten kontekst og sykdomsforløp. Det blir derfor også vanskelig å skille mellom forskjellige former for

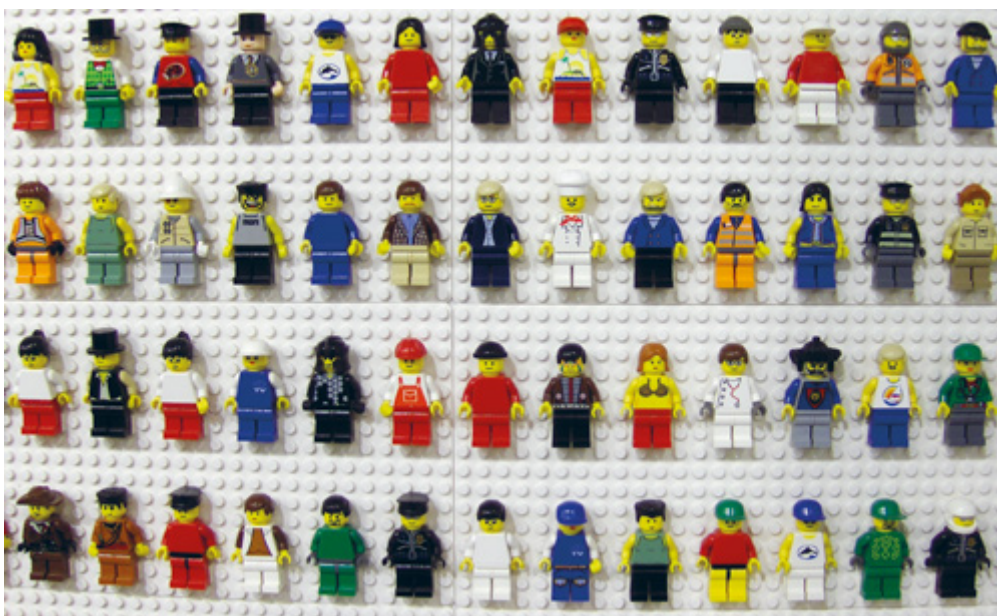
depresjon. Tone, Berit og Bjarne er alle deprimerte, men har forskjellige depresjoner. Deres depresjoner er også svært forskjellige fra de mest alvorlige depresjonene.

Tellelistene fanger ikke inn disse nivåforskjellene. Symptomfokuset svekker både evnen til å møte hver pasient individuelt og evnen til å skille mellom lettere og alvorligere depresjoner. Det paradoksale er da at inngrepene samfunnet gir sin støtte til og setter inn i kampen mot depresjon, samtidig kan være med på å øke omfanget av depresjonsdiagnoser. Jeg vil hevde at det eksisterer en slags «lovmessighet» knyttet til dagens diagnosesystem og retningslinjeideologi. På den ene siden vil «diagnosetrålen» fange inn stadig flere i sitt nett, på den andre siden vil de som har det aller vanskeligst blant oss få et langt dårligere tilbud.

De alvorlige depresjonene

20 prosent av alle med en depresjonsdiagnose har moderat til alvorlig depresjon. Vi vet at 50 prosent av de alvorlig deprimerte vil bli kronisk syke. Vi vet også at 20 prosent av alle med diagnosen alvorlig depresjon ikke har effekt av medisiner, og at 75 prosent av alle som har fått hjelp gjennom medisiner og korttidsterapi etter fem år, rapporterer om sterke tilbakefall (Bohleber, 2010). Behovet for forskning på langtidseffektene ved alvorlig depresjon er stor.

Det er en stor svakhet i kunnskapsgrunnlaget til NR at denne forskningen mangler, noe som også er påpekt (Helsedirektoratet, 2009, s. 16). Men det finnes noen avsluttede og pågående langtidsstudier som viser oss hva slags fenomener som kan skjule seg bak diagnosene alvorlig og kronisk depresjon. Forskeren og psykoanalytikeren Marianne Leuzinger-Bohleber ledet i perioden 1997–2001 en oppfølgingsstudie (DPV follow-up study) av pasienter etter fullført psykoanalyse. Fokuset var på korttids- og langtidseffekter av behandlingen. 400 pasienter og 200 psykoanalytikere deltok. Svært mange av disse pasientene hadde depresjon i sitt symptombilde ved starten av behandlingen. Leuzinger-Bohleber leder også den første studien av langtidsbehandling (LAC depression study) for kronisk depresjon. Her blir effekten av psykoanalyse og kognitiv adferdsterapi sammenliknet. 300 pasienter deltar i dette forskningsprosjektet.



RUTENETTETS LOGIKK: I dag står vi overfor rutenettets logikk, en logikk som med sitt koordinatsystem gjør mennesker til gjenstander for rigid måling og kontroll, mener Per Are Løkke.

Illustrasjonsfoto: Joe Shlabotnik

Dette er naturalistiske studier over et lengre tidsrom og samtidig komparativ forskning. Hva er så hennes funn? Oppfølgingsstudien avdekket at ubearbeidede traumer ofte lå bak alvorlige depresjoner. Svært mange var krigsbarn og hadde opplevd bombing, ødeleggelser av hjem, død, ulykker, fattigdom, tidlige tap og adskillelser, plassering i fosterhjem, alkoholisme, fedre og mødre som dør, seksuelle overgrep og vold. De første rapportene fra LAC-studien viste da også at 84 prosent av pasientene var alvorlig traumatisert (Leuzinger-Bohleber, 2010). Det banebrytende Adverse Childhood Experiences Study (ACE), som første gang ble publisert i 1998, viste også til liknende funn. I en retrospektiv studie av 17 000 voksne mennesker med helseforsikring ble det påvist at skadelige barndomserfaringer var den viktigste årsaken til alvorlig psykisk og somatisk sykdom.

«DSM III, evidensbasert kunnskap og retningslinjeideologien fører samlet sett psykologien nærmere den biomedisinske sykdomsforståelsen»

Etter et lengre terapiforløp rapporterte pasientene fra DVP-studien om mellom 70 og 80 prosent bedring på ti forskjellige skalaer. Svært mange la vekt på hvor viktig det hadde vært å oppdage, bearbeide og forstå den lidelsen som traumene hadde skapt, ikke bare i den enkelte pasient, men også i familien gjennom generasjoner. Dette er et funn som går direkte imot de anbefalingene som NR gir for behandling av gruppen moderat til alvorlig depresjon. Her er så å si alle råd knyttet til aktiviteter som skal minske symptomene. Det medfører at det terapeutiske arbeidet som gir pasientene rom til å oppdage, forstå og bearbeide traumene sine, ikke blir understøttet. Dermed kan NR være med på å skjule viktige samfunnsmessige sammenhenger (jf. krigsbarna), og indirekte bidra til å skjule eksistensen av traumatiske barndomsopplevelser som vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt eller oppvekst med psykisk syke eller alkoholiserede foreldre. Legen og forskeren Anna Luise Kirkengen har i boken «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» (2005) dokumentert hvordan den biomedisinske sykdomsforståelsen kan være med på å skjule forskjellige former for overgrep mot barn. Dette kan i verste fall føre til at hjelpbehovene til de som har det aller vanskeligst, blir usynliggjort, samtidig som tiden det tar å bearbeide et traume, blir underkjent. Istedenfor å bli tilbudt et terapeutisk rom der traumet kan bli husket, bearbeidet og så

glemt, henvises man til en «svingdørsbehandling» som forsøker å få en til å glemme før noe er husket.

Står mangfoldet på spill?

Hvordan kan vi tillate oss å tro at den vitenskapelige metode kan erstatte den undrende lytting og det kloke skjønn, spør psykoanalytikeren Jurgen Reeder (2010). Er psykologifaget tjent med utviklingen av neopositivismens imaginære tro på evidens og vitenskapelig metode? Psykologien har alltid representert mangfold, en multikulturell sammensetning av skoler, retninger og terapier, og er derfor også den profesjon som burde anerkjenne at mangfold, fortolkning og åpenhet er vår felles grunn.

Professor og psykolog Tor-Johan Ekeland har i en serie med artikler og arbeidsnotater vist at statens innføring av målstyring gjennom New Public Management har innskrenket de forskjellige helseprofesjonenes makt og mulighet til å utvise klinisk skjønn. Vi har sett en deprofesjonalisering i retning av at helseaktørene mer ønskes som utøvere av retningslinjer enn som utøvere med et selvstendig klinisk skjønn. For den enkelte kliniker kan manualene og den evidensbaserte kunnskapen representere en etterlengtet autoritet i en åpen og flytende tid. Evidens, retningslinjer og manualer kan her gi muligheter til å unngå det etiske ansvaret knyttet til å utøve et selvstendig klinisk skjønn, og byrdene ved å tolke i et uoversiktlig farvann.

Selv om NRs anbefalinger ikke fremstår som autoritære, er det likevel noe i tonen som kan skape uro. I innledningen skriver helsedirektør Bjørn-Inge Larsen at NR ikke er «bindende slik en lovtekst er det», men bør være «styrende for de valg som tas». Videre at strukturerte psykologiske metoder ansees å «gjenspeile allment aksepterte faglige normer», og at Helsedirektoratet på denne måten gir signal om hva som er god praksis i vår helsetjeneste. Avslutningsvis står det også at de som «velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra anbefalingene i retningslinjen», bør dokumentere og begrunne dette.

Alle som ikke arbeider ut fra «strukturerte psykologiske metoder» slik de presenteres i NR, kan få en følelse av at deres metode er «ufaglig»; at de bryter med allment aksepterte faglige normer; at de setter seg opp imot Helsedirektoratets styrende signaler; at de driver en avvikende praksis som må begrunnes og dokumenteres. Rent tekstanalytisk er det interessant å spørre seg hvorfor det understrekes at «avvik» fra anbefalingene bør dokumenteres og begrunnes, når det jo i dag er påkrevd at alle klinikere alltid skal begrunne og journalføre sine behandlingsvalg. Ved å bruke ord som «avvik» polariseres fagmiljøene, noe vi tydelig har sett i land der «avvikende kunnskapstradisjoner» har mistet støtte til forskning, terapi og videreutdanning av terapeuter. Der er også betenkelig å bruke et begrep som «avvikende praksis» når 40 år med intens forskning på psyko-terapi viser at det fortsatt er vanskelig å skille ut noen metoder som vesentlig bedre enn andre. Dette gjelder ikke minst for behandling av depresjon (Ekeland, 2004, 2011; Kunnskapssenteret for helsetjenesten, 2009).

«Sykdomsspråket kan svekke toleransen for å stå i smertefulle allmennmenneskelige livssituasjoner ved å gi forventninger om effektiv symptombehandling»

Evidens som fetisj

David Healy viser i sin kritikerroste bok «Pharmageddon» (2013) hvordan økonomiske og industrielle interesser styrer publiseringen av kliniske forsøk, statistiske analyser og databaserte metaanalyser innenfor biomedisinen. Irving Kirsch, forsker og professor i psykologi, kritiserer også den evidensbaserte medisinen i boken «The Emperor's New Drugs» (2009). Her viser han at det finnes svært få eksempler på studier av depresjon der medikamentell behandling virker signifikant bedre enn placebo. Han viser også i detalj hvor enkelt det er i metaanalyser å utelate forskning som går imot egne funn, og samtidig hvordan det er mulig å konstruere en forskningsdesign som fremmer ønsket evidens.

Er det noen grunn til å tenke at forskningsresultatene fra den evidensbaserte psykologien er fristilt fra slike statlige, økonomiske og faglige interessemarkeringer? Min oppfatning er at NR lider under en mangel på refleksjon over hva slags interesser som «settes i spill» når evidens fremlegges. Her presenteres evidens som objektive fakta helt upåvirket av livssyn, teorier, observasjoner og interesser. Det er heller ingen vitenskapsteoretiske drøftinger i NR om begrensningene ved randomiserte kontrollerte studier og databasert evidenspsykologi. Tvert imot, det blir tatt for gitt at det er de naturvitenskapelige og biomedisinske forklaringsmodellene som gjelder.

Til tross for et uklart kunnskapsgrunnlag er det «evidensguden», understøttet av målstyringens New Public Management og biomedisinen, som utgjør dagens kunnskapsmessige maktsentrum innenfor psykisk helse. Det kan virke som om evidens har blitt en slags fetisj, et magisk mål eller en gudeaktig referanse som garanterer god og effektiv behandling. Forskningspenger og prosjektstøtte tilflyter miljøer som produserer evidens. Det er forståelig at staten ønsker å kontrollere og evaluere sin ressursbruk. Men når dette går på bekostning av forståelsen for den menneskelige kompleksitet og fagfeltets mangfoldighet, skaper den evidensbaserte psykologien kanskje flere problemer enn den løser.

Aktive og styrende terapeuter

Når metodene blir mer evidensbaserte, manualiserte og symptomorienterte, forandrer også terapeutrollen seg. Vi ser konturene av den «nye» terapeutrollen i NR. Det er en svært aktiv, strukturerende og inngripende terapeut. Terapeuten har blitt en symptomekspert. Er vi her vitne til en avvikling av terapeutens lytte- og mottagerfunksjon overfor pasientens smerte? Sigmund Freud fremsto som radikal da

han begynte å lytte til sine pasienter. Pasientenes smertefylte historier og indre liv fikk lov til å komme til uttrykk, nesten slik som et liv med mange av sine mangfoldige og motstridende fasetter kan komme til uttrykk i en roman. Og på samme måte som mottagelighet har vært et primært kjennetegn for foreldrenes omsorg overfor sitt barn, har mottagelighet alltid også vært en grunnleggende dimensjon ved det meste av psykoterapeutisk arbeid. Nå ser vi at denne dimensjonen ved terapeutrollen er svekket på bekostning av lovnadene om en aktiv og mer pedagogorientert psykologi basert på formelen: vis meg dine symptomer, så skal jeg lære deg hva du skal tenke og gjøre.

Å bli et autentisk individ er vår kulturs fremste ideal. Å våge å stå på egne ben, å stole på egne tanker og erfaringer, å finne frem til et dekkende språk for eget liv, å orke å bære egen smerte og ta egne valg er kjernen i enhver utvikling mot individualitet. Når styring ut fra standardiserte manualer er terapeutens viktigste virkemiddel, vitner dette om at NR i sitt vesen har et høyst tvetydig forhold til det moderne individualitetsprosjekt. Vi ser da at NR kan inngå som et element i en seriekobling av forskjellige statlige styringsenheter som til sammen kan svekke det enkelte menneskets mulighet til autonomi. Den høyst risikofylte friheten som det moderne individ blir innpodet med, blir dermed stående i et paradoksalt forhold til kontrollen, makten og forvaltningen.

I boken «Mestrer – mestrer ikke» (2012) viser Pettersvold og Østrem hvordan jakten på det normale barnet begynner i barnehagen. Under parolen forebygging blir barn tidligere og tidligere fanget opp, differensiert i forhold til avvik og sykelliggjort. Alt innpakket i et vitenskapelige og evidensbasert språk. Dysfunksjonene blir så gjenstand for forbedringsprosedyrer som følger biomedisinens og adferdspsykologiens øvelsesmoduler. Barn og ungdom kartlegges, overvåkes og styres på en måte som ville vært utenkelig for bare noen tiår tilbake.

Ser vi i dag kimene til en ny identitetsform?

Filosofen Dany-Robert Dufour skriver i boken «The Art of Shrinking Heads» (2008) at nyliberalismen er i ferd med å skape en ny subjektsform. Der modernitetens identitetsform ble skapt i relasjon til verdier og idealer utenfor individet, slik som staten, partiet, klassen, familien og moralen, blir dagens unge flasket opp på illusjonen om at de kan skape seg selv utelukkende ut fra egne ressurser, og videre at de kan finne sin identitet uten å identifisere seg med andre. «Gjør og velg hva du vil, det er opp til deg!» er mantraet de unge podes inn med, noe som skaper en forventning om at det finnes ubegrensede muligheter, og at det er opp til ungdommen selv å utnytte disse. Slik sett er det ikke opprøret mot makten som i dag er ungdommens mentale arena, men kampen om å prestere og lykkes. Dagens unge har da også allerede fått tilnavnet «generasjon flink».

Det fremste kjennetegnet ved den nye identitetsformen er bruddet med det Dufour kaller det freudianske nevrotiske og det kantianske kritiske subjektet. Menneskets selvutvikling er i dag mindre knyttet til erfaringer med familie, samfunn, oppdagelsen av et indre liv, kritikk og opprør, og mer mot forestillingen om at ressursene og friheten ligger som en tilgjengelig råvare alle kan ta i bruk. En paradoksalt tilstand har oppstått.

Samfunnet iverksetter stadig mer kontroll, styring og forvaltning av individene, samtidig som hvert enkelt individ gis en følelse av ubegrensede muligheter til frihet og vekst.

Pendlingen mellom mestringsblikket (du klarer alt du vil) og det selvkritiske blikket (registrere feil, mangler, defekter og dysfunksjoner) har blitt den sentrale akse i menneskers liv. Enhver har nå blitt sin egen overvåker. Når individene innpodes med forestillinger om at det er deres eget ansvar å forvalte seg selv, er det også deres egen skyld dersom de ikke klarer dette. De hater seg selv for manglende selvrealisering, fremfor å finne språk som hjelper dem til å kritisere maktforholdene de er viklet inn i, eller forstå seg selv, familien og det samfunnet som de er omsluttet av. Subjektiviteten utsettes for en rovdrift som kontrolløren aldri forlater. Tankene kretser rundt en instruks om å gå opp til eksamen, igjen og igjen. Det er ingen tvil om at dette for mange ender i utmattelse, selvhat og depresjon.

Økonomiens tenkemåter har invadert hjem, skole, barnehager, oppdragelsesformer og hjelpeapparat. Vi står overfor rutenettets logikk som med sitt koordinatsystem omgjør mennesker til gjenstander for rigid måling og kontroll. Innenfor området for psykisk helse er vi vitne til en selvforsterkende sirkel av målstyrte teknikker for styring, tilsyn, evaluering, rapportering, manualer og feedbackprosedyrer som omslutter behandlingssystemet, behandlere og pasienter. Jeg vet ikke om Dany-Robert Dufour har rett i at vi står overfor utviklingen av en radikalt ny identitetsform. Men det er ingen tvil om at fenomener som retningslinjeideologien, evidenskravet, det økte kravet til tilsyn og dokumentasjon, DSM-ideologien, symptomfokuset og dreiningen mot kognitive behandlingsmetoder passer som hånd i hanske med målstyringens prinsipper. På samme måte som historien har vist oss skadevirkningene av forskjellige samfunns maktstrategier, kan vi kanskje allerede i dag begynne å ane skadene på individnivå i et samfunn som omgjør menneskets livsverden til et vareøkonomisk regnskap. Og hvis både behandler og pasient er fanget i det samme system, er det heller ikke lett å finne alternative veier i det terapeutiske rommet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 2, 2014, side 122-131

TEKST

Per Are Løkke¹, 1 Forfatteren har mottatt midler fra «Fondet til videre- og etterutdanning» i arbeidet med dette essayet. Privatpraktiserende psykolog

KONTAKT: pe-arelo@online.no

+ **Vis referanser**

Referanser

Angell, M. (2005). *The Truth about the Drug Companies*. New York: Random House.

Barber, C. (2008). *Comfortably Numb. How psychiatry is medicating a nation*. New York: Pantheon Books.

- Ehrenberg, A. (2010). *The weariness of the self*. London: McGill-Queens University Press.
- Ekeland, T. J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat. Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Ekeland, T. J. (2011). *Ny Kunnskap-ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Arbeidsnotat. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
- Healy, D. (2013). *Pharmageddon*. University of California Press.
- Healy, D. (1999). *The Anti-Depressant Era*. Cambridge: Harvard University Press.
- Healy, D. (2004). *Let Them Eat Prozac*. New York: New York University Press.
- Helsedirektoratet, (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær - og spesialisthelsetjenesten*.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness*. New York: Oxford University Press.
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska Rum*. Falun: Albert Bonnier.
- Kirkengen, A.L. (2008) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirsch, I. (2009). *The Emperors New Drugs*. London: The Bodley Head.
- Kristeva, J. (1994). *Svart Sol*. Oslo: Pax.
- Kunnskapssenteret for helsetjenesten, (2009). *Effekten av psykoterapi for mennesker med psykiske lidelser*. Rapport fra Kunnskapssenteret. 6-2009.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2010). *Depression and Trauma - a transgenerational psychoanalytical perspective*. Keynote paper given at the First IPA Asian Congress in Peking, 22. oktober.
- Pettersvold, M. & Østrem, S. (2012). *Mestrer - mestrer ikke*. Oslo: Res Publica.
- Reeder, J. (2010). *Det tveksamma bruket av riktlinjer i psykiatrien*. Foredrag holdt i Norsk Psykoanalytisk Forening. 28. oktober.
- Reeder, J. (2010). *Den tystede samtalen*. Stockholm: Norstedts.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic*. New York: Broadway Paperbacks.