

Den syke normaliteten

– beskrivelser av psykiske lidelser i det offentlige rom

Hvordan blir psykiske lidelser beskrevet i norske informasjonskampanjer?



Av Anders Johan W. Andersen, førstelektor i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder, forfatter og tidligere redaktør for Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

I følge verdens helseorganisasjon er sviktende psykisk helse en økende utfordring for folkehelsen i de vestlige land (WHO, 2008). Organisasjonen anser helseopplysning og antistigmakampanjer som en svært viktig del av arbeidet med å redusere diskriminering og øke bruken av psykisk helsetjenester (WHO, 2001, s. xii). Informasjonsspredning er følgelig også viktig for norske myndigheter for å alminneliggjøre og øke kunnskapen i befolkningen om psykiske lidelser (St.prp. 63, 1997-98, s. 11). I behandlingsapparatet har det de siste 30 årene utviklet seg en psykoedukativ behandlingstradisjon der nettopp informasjon og kunnskapsdeling er et viktig ankerfeste. Pasienter og pårørende undervises om psykiske lidelser og hvordan de kan leve med sine psykiske handikap.

Samtidig varierer de faglige forståelsene i feltet (Wakefield, 1992; Colombo et al., 2003), det er kulturelle forskjeller i omfang og forklaringsmodeller (Waxler, 1979; Wilkinson & Pickett, 2009) og i et historisk perspektiv kan også psykiske lidelser være forbigående og tidstypiske fenomener (Conrad & Schneider, 1992; Hacking, 1998). Historien viser med tydelighet at det som fremstår som ubestridte sannheter i psykisk helsefeltet på et tidspunkt blir vranglære noen år etterpå (Ware et al., 2007). Det kan derfor være interessant å utforske nærmere hvordan psykiske lidelser beskrives i norske informasjonskampanjer og hvilke virkninger en slik

kunnskap kan få både for de personene som omtales og for samfunnets forståelser av normalitet og identitet.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i en studie som hadde til hensikt å gjøre nettopp dette, og byr på et gjensyn med en studie gjennomført rundt årtusenskiftet (Andersen, 2001). Det er en undersøkelse av informasjonsmaterieell fra Rådet for psykisk helse. Totalt ni temahefter inngikk i undersøkelsen, og disse ble utarbeidet i perioden 1995 til 2000. Det er med andre ord et noe foreldet utvalg. Det er derfor viktig for meg å understreke at undersøkelsens ikke har gyldighet for Rådets informasjonsprofil anno 2012, og primært løftes fram igjen for å diskutere en tenkning omkring psykiske lidelser som etter mitt skjønn fremdeles har stor aktualitet. Temaheftene analyseres ved hjelp av diskursanalyse der både eksisterende og mulig variasjon i det empiriske materialet brukes som analytisk brekkstang for å synliggjøre og diskutere forholdet mellom kunnskap og makt (Andersen, 2001; Andersen, 2011).

Psykiske lidelser – det alminnelige ualminnelige

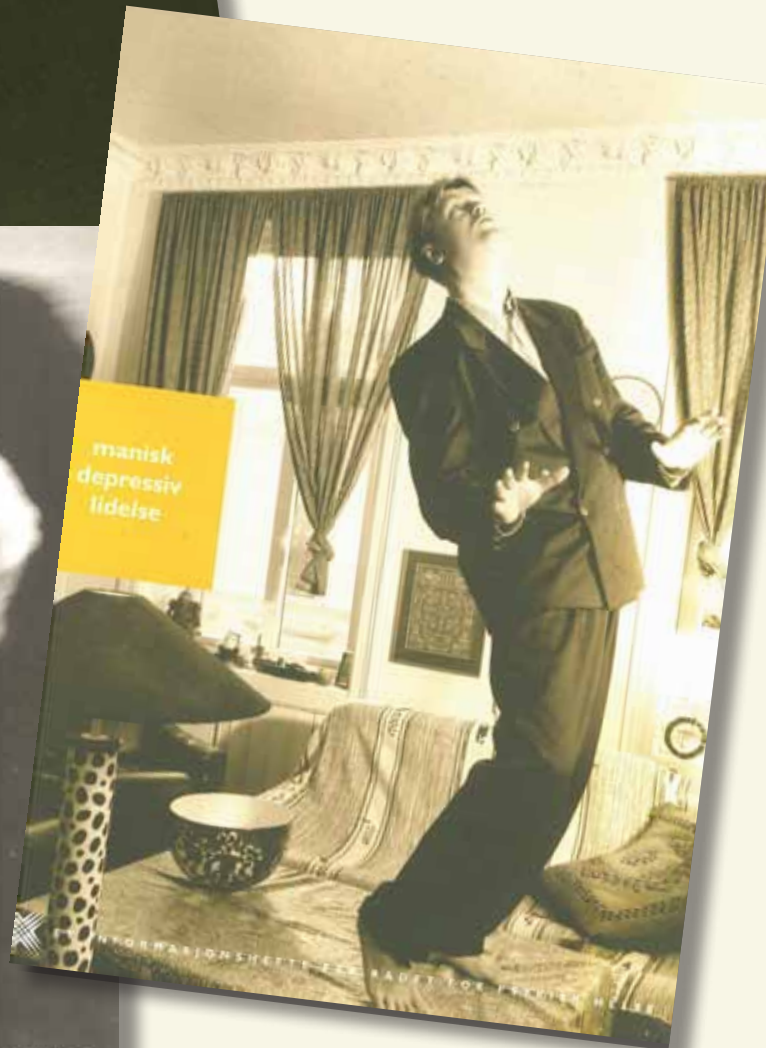
Temaheftene har intervjuer med mange mennesker som har og/eller har hatt psykiske plager. Dersom man ser på heftene under ett er det et bredt utvalg av befolkningen både hva gjelder alder, kjønn, sivilstatus, barn, utdanning, yrke. Intervjuene er også foretatt både blant «kjente» og «ukjente» personer.



TEMAHEFTER OM LIDELSER

Artikkelen tar utgangspunkt i en studie som hadde til hensikt å utforske hvordan psykiske lidelser beskrives i norske informasjonskampanjer. Totalt ni temahefter fra Rådet for psykisk helse inngikk i undersøkelsen, og disse ble utarbeidet i perioden 1995 til 2000. Undersøkelsen har ikke gyldighet for Rådets informasjonsprofil anno 2012, og løftes primært fram igjen for å diskutere en tenkning omkring psykiske lidelser som etter artikkelforfatterens skjønn fremdeles har stor aktualitet.

Følgende temahefter inngikk i studien: Schizofreni (1995), Depresjon (1996), Manisk depressiv lidelse (1996), Psykiske lidelser hos barn (1996), Aldersdemens (1997), Psykiske lidelser hos ungdom (1997), Angst (1997), Tvangslidelser og fobier (1999) og Personlighetsforstyrrelser (2000).





Heftene er dessuten rikelig illustrert med fotografier av tilsynelatende vanlige, vennlige mennesker. Budskapet blir klart og tosidig; psykiske lidelser kan ramme alle mennesker og mennesker med psykiske lidelser er som alle andre mennesker. Dette understrekes gjennomgående på flere måter. Alle temaheftene inneholder i varierende grad henvisninger til statistikk og annet tallmateriale som viser til utbredelse og hyppighet av psykiske lidelser.

«Depresjon rammer personer i alle sosiale lag og i alle kulturer. Sykdommen eller plagene forekommer langt hyppigere enn mange tror. Om lag hver tredje nordmann vil en eller flere ganger i løpet av livet rammes av depresjon. En av tyve voksne nordmenn har til enhver tid en større eller mindre depresjon.» (Depresjon, s. 8).

I intervjuer med mennesker med psykiske lidelser framheves positive personkarakteristika. «Den som venter seg en spennende dame, blir nytt. Vi møter en flott kvinne midt i livet, rolig, gjennomtenkt og klok.» (Schizofreni, s. 24). «Jeg var også svært urolig som barn (...). Idag jobber han som psykiatrisk sykepleier i en ledende stilling.» (Psykiske lidelser hos barn, s. 20). Slike presiseringer gjøres kun i forhold til mennesker med psykiske lidelser, og kan forstås til å markere et standpunkt i forhold til en antatt forforståelse. Framstillingen kan ha den funksjonen at den argumenterer mot en antatt forestilling om at mennesker med psykiske lidelser ikke er som alle andre. Mennesker med psykiske lidelser kan bli oppfattet som noen «raringer», men dette er en myte. De er vanlige mennesker på linje med

«Temaheftene forteller om smertefulle og vanskelige liv.»

«deg og meg». Denne positive presiseringen bidrar til å skille ut disse intervjuene fra de andre. Fagfolk eller pårørende blir i mye mindre grad karakterisert i lignende positive vendinger, ei heller beskrevet med mer personlige karakteristikk. Presiseringen av det alminnelige fungerer paradoksalt nok nærmest som noe ualminnelig i teksten. Det blir et kjennetegn for pasientintervjuer.

De «ukjente» menneskene som intervjues blir oftest framstilt med navn og alder i parentes. For eksempel «Vidar (23)», «Karen (48)» eller «Lasse Næss (48)». Dette skiller dem ut fra de andre intervjuene og kan også betraktes som et kjennemerke. Dette særpreget er uttalt, og på noen måter forståelig. Mennesker med psykiske lidelser intervjues på grunn av deres personlige erfaringer, og da må leseren få tilgang på mer personlige data enn ved andre intervjuer. Mens uttalelser fra intervjuede fagfolk legitimeres gjennom henvisning til utdanning og/eller arbeidssted, og de pårørende gjennom beskrivelser av dem de er pårørende til, legitimeres uttalelser fra mennesker med psykiske lidelser gjennom henvisning til deres opplevelser med psykisk lidelse. «Gunn Pettersen vet hva hun snakker om. Hun har overspist i årevis, og latt det hele gå i do.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 24). Slik sett blir disse beskrivelsene og denne «merkingen» både informativ, saksorienterende og kunnskapsformidende, men også formende for forståelsen av budskapet til intervjupersonen. Temaheftene inneholder mange fortellinger som utfra både kvantitative og kvalitative størrelser alminneliggjør psykiske lidelser, og argumenterer således for at psykiske lidelser er vanlige plager hos vanlige mennesker. Men hva slags plager snakker vi om? Hvordan framstilles psykiske lidelser i temaheftene?

Helvete

Temaheftene forteller om smertefulle og vanskelige liv og livssituasjoner som endrer seg på kort eller lang tid. De beskriver tap av kontroll, mening, hukommelse og realitetssans. Sterke følelser av fortvilelse, sinne, uro, redsel, svik, forvirring, skyld, hjelpeløshet blir også uttrykt. Likeså endringer ved person og væremåter som blir så ekstreme at de vekker ubehag både for personen selv og andre. Temaheftene viser til opplevelser av sosial isolasjon, ensomhet, krenkelsler og mistenksomhet overfor andre mennesker. De omhandler menneskers manglende evne til å håndtere hverdagslige gjøremål som å dusje, kle på seg, gå i butikken, gå på skole eller arbeid, kjøre offentlige transport. De viser fram mennesker som forteller om tanker som kverner rundt i hodet og ikke gir slipp; tanker som forvirrer; sterkt ubehagelige tanker uten kontroll;



SYK: De psykiske plagene beskrives som sterkt uønskede av både pasienten og pårørende. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

tanker om udugelighet; utilstrekkelighet og det stikk motsatte. Mange mennesker forteller også om liv preget av store søvnproblemer, seksuelle vanskeligheter, hodepine, magesmerter og andre kroppslige plager. De handler også om situasjoner hinsides fysisk smerte der mennesker skader seg selv og prøver å ta sitt eget liv. De beskriver langvarige kamper med seg selv og egen ofte marginale selvfølelse.

«Det var et ubeskrivelig helvete.» (Angst, s. 15), sier Randi Brockmann om sine angstproblemer. Utsagnet kan stå som en metafor for et hovedtrekk ved framstillingen av psykiske lidelser i temaheftene. Psykiske lidelser konstitueres som særegne fenomener gjennom negasjoner, og framstilles som smertefulle psykososiale plager som i varierende grad både påvirker og blir påvirket av menneskers forhold til seg selv og andre, menneskers følelses-, tanke- og/eller adferdsmønstre og/eller menneskers fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjons- og mestringsvevne i hverdagen. Det framstilles som smertefulle og negative plager

i den betydning at de beskrives som sterkt uønskede både av og for personen selv og hans/hennes omgivelser. Dette er et klart og gjennomgående hovedtrekk i temaheftene.

Framstillingen av psykiske lidelser varierer imidlertid avhengig av både person, lidelse og språk, og blir således ikke entydig. Mennesker med psykiske lidelser framstiller plagene som et helvete, men enkelte gir også uttrykk for at det er et helvete de nærmest ikke ville vært foruten. «For meg selv har det som har skjedd på en måte vært en berikelse. Jeg har jobbet hardt med meg selv, og nå har jeg en innsikt om meg selv som jeg ellers ikke ville fått, sier den optimistiske 23-åringen.» (Schizofreni, s. 8). Ytringer om plagenes positive betydning fremmes imidlertid kun av mennesker som selv har slitt eller sliter med psykiske lidelser. Det kan se ut som om plagene beskrives mer entydig negativt jo fjernere informanten er fra opplevelsene selv. Denne vektleggingen av det negative og problematiske ligger på sett og vis nedfelt i den sykdomsorienterte praksis. Denne praksisen konstitueres gjennom en orientering mot sykdom og problemer.



Det synlige usynlige – et spørsmål om innsikt og kontroll

Psykiske lidelser framstilles med noen viktige nyanseer som et helvete på jord, et helvete som kan ha store ubehagelige konsekvenser både for personen selv, hans/hennes familie og nærmeste omgivelser. Samtidig framstilles psykiske lidelser i varierende grad som den usynlige lidelsen, det usynlige helvete. Dette har etter mitt skjønn to dimensjoner. For det første kan psykiske lidelser i varierende grad være synlig for personen selv og for andre. Enkelte psykiske lidelser blir usynlige i den forstand at lidelsen ikke er synlig for andre. Det blir med andre ord ikke nødvendigvis samsvar mellom opplevelse og væremåte/handling. Det kan være storm på innsiden, men rolig på utsiden. Det handler om en indre psykisk smerte som innskrenker livsutfoldelsen til det enkelte mennesket. Dette kan kanskje være noe av bakgrunnen for at pårørende ikke blir intervjuet i temaheftene om angst, depresjon, tvang og fobier. Det er først og fremst personen selv som lider. I andre tilfeller framstilles dette forholdet nærmest omvendt. Lidelsen blir synlig for andre, men ikke for personen selv. Dette kan gjelde periodevis eller mer eller mindre hele livet. Personer med en manisk depressiv lidelse kan for eksempel erkjenne at de periodevis har psykiske problemer, mens denne innsikten ikke er tilstede når problemene blomstrer. For andre lidelser – eksempelvis psykopati – vil heller ikke en slik midlertidig innsikt være tilstede. De vet ikke selv at de har en psykisk sykdom. Den blir usynlig for personen selv.

Det kan her også være viktig å skille på hvem som kan se denne lidelsen. Lidelsen blir ikke nødvendigvis synlig for alle andre. «De som ikke kjenner Tore godt, vil ikke merke noe unormalt.» (Manisk depressiv lidelse, s. 4). De pårørende får her en viktig funksjon. Det blir viktige informanter i forhold til hvordan personen egentlig er, og mulige endringer i forhold til dette. Det kan også nevnes at temaheftene også rommer fortellinger der plagene både er synlige for personen selv og hans/hennes omgivelser. Synlighet knyttes i denne forståelsen også opp til ordet sykdomsinnsikt. Det handler om erkjennelse av og innsikt i bestemte plager. I enkelte temahefter framstilles dette som et svært viktig kriterium for å skille mellom de såkalte lette

og tunge lidelsene. I noen grad blir en slik vurdering av erkjennelse og innsikt knyttet opp til begrepet sinnssykdom. Lederen i støtteforeningen ANANKE Kicki Bonaksen uttrykker dette på følgende måte:

«Men det er viktig å understreke at tvangslidelser ikke er sinnssykdom. Man blir ikke gal av det, selv om man kan tro at man er det. For i motsetning til enkelte andre psykiske lidelser er den tvangslidende fullstendig klar over hva hun eller han driver med. Men klarer bare ikke å la være – uten at man får hjelp til det.» (Tvangslidelser og fobier, s.12).

Den siste setningen i dette sitatet leder oss videre til en annen forståelse av usynlighetsmetaforen. Mennesker med psykiske lidelser forteller om usynlige plager som kommer utenfra og rammer dem. Flere forteller også om en kamp mot et «noe» inni dem. «Vi kjempet en kamp på liv og død, angsten og jeg. Jeg vant, sier Vigdis Garberek.» (Angst, s. 4). Psykiske plager framstilles som noe usynlig og fremmedartet som både kommer utenfra og innenfra. Kontroll løftes her fram som et sentralt ord. Sykdommen, dette usynlige «noe» - angsten, mismotet, stemmene inni hodet, forvirringen, tvangstankene - har enten fratatt mennesket kontrollen over seg selv og egne handlinger, eller ført til at mennesket kontinuerlig strever med å opprettholde kontrollen. Utfra et slikt resonnement blir det nytteløst å be mennesker med psykiske lidelser om å ta seg sammen. De klarer det ikke. De er på en måte blitt besatt av noe fremmed. «Det nytter ikke å si «ta deg sammen» til en som hver dag vasker hendene som om det var liv om å gjøre og som kontinuerlig tømmer varmtvannstanken.» (Tvangslidelser og fobier, s. 6). Lignende poenger blir understreket i flere intervjuer. «Cato er såkalt hyperaktiv. Det er umulig å se på ham at han i likhet med svært mange andre har en ørliten hjerneforstyrrelse. (...) De (lærerne) trodde nok at gutten var lat, og maste om at han skulle ta seg sammen. I virkeligheten strevde han etter beste evne.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 18)

Mennesker med psykiske lidelser kan kanskje virke som alle andre, men de har psykiske plager som både påvirker og preger dem. Deres oppførsel

og væremåte må forstås på denne bakgrunn. Den egentlige årsaken til den underlige oppførselen eller de pussige innfallene blir imidlertid ikke synlig, og kan mistolkes som uttrykk for latskap eller andre viljesbetingede fenomener. Folk kan med andre ord ha psykiske problemer selv om det ikke virker slik ved første øyekast. Poenget blir at dette kan de ikke noe for. Temaheftene framhever i større og mindre grad at denne væremåten ikke bunner i vond vilje eller manglende villighet til å ta seg sammen. Mennesker med psykiske lidelser blir ikke skyld i sin egen lidelse, og kan slik sett vanskelig lastes for sin oppførsel. Det blir et sosialt avvik som ikke hører hjemme i den moralregulerte avviksforståelsen. Dette handler om mennesker som er rammet av en sykdom.

Det syke

Temaheftene gjør her et interessant og viktig grep. Det som av andre kan beskrives som latskap, uvennlighet, pussig og/eller avvikende oppførsel, handler i første rekke ikke om dårlig oppdragelse, ondskap og/eller uvilje. Sosialt og moralsk avvikende oppførsel løftes ut fra en vanlig hverdagsforståelse, og gjøres om til et spørsmål om sykdom. Det handler ikke om mer eller mindre negative egenskaper ved mennesker, det handler om psykisk sykdom. Det handler ikke om ondskap. Det handler om sykdom. Like lite som man kan klandre en person som har brukket benet for at han ikke løper fort nok, kan man klandre en person med psykiske lidelser for sin tidvis spesielle oppførsel. Dette resonnementet gjennomføres imidlertid ikke absolutt. Temaheftene forteller om variasjon både mellom ulike lidelsesgrupper og innad i samme lidelsesgruppe. «Når den maniske perioden gir seg og nedturen kommer, kan man bruke depresjonene som unnskyldning for å la andre ordne opp i det man måtte ha rotet seg oppi – enkelte lar viljen styre.» (Manisk depressiv lidelse, s. 13). Dette sier overlege Jon Skarstein, og åpner dermed for at oppførselen til en person med manisk depressiv sykdom også kan være viljestyrt.

Det er også forskjeller mellom lidelsene. «Det var en annen mann enn meg som var tilstede, konstaterer Vidar.» (Schizofreni, s. 7). Utsagnet framstilles som en plausibel og akseptabel forklaring på en

for mange pussig oppførsel og bisarre handlinger. I temaheftet om personlighetsforstyrrelser blir leseren forklart at mennesker med en hysterisk personlighetsforstyrrelse kan bagatellisere egne «følelsesmessige utbrudd og hysteriske anfall» gjen-

«Det handler ikke om ondskap. Det handler om sykdom»

nom å si at «Jeg var ikke meg selv.» I dette heftet blir et slikt utsagn brukt som en illustrasjon på måter mennesker med personlighetsforstyrrelser manipulerer med omgivelsene. Resonnementene reiser flere interessante spørsmålsstillinger; Finnes det eksempelvis noe som kan kalles latskap, og som ikke bunner i sykdom? Hvordan kan i så tilfelle denne latskapen framstilles? Hva slags oppførsel er uttrykk for dårlig oppdragelse, svak karakter, ondskap og/eller uvilje? Hva er uttrykk for sykdom? Finnes det noen grenser, hvor går de, hvem trekker dem og hvordan blir de eventuelt trukket? Temaheftene lar i hovedsak slike spørsmålsstillinger forbli ubesvart. De nøyer seg med å beskrive hva som kan være uttrykk for sykdom, og lar den moralregulerte avvikskategorien stående tom.

Temaheftet får det samme uavklarte forholdet til normalitet. I flere hefter framstilles grensen mellom psykisk lidelse og normal livsutfoldelse som høyst flytende og uklar. «Jeg tror aldri jeg kommer til å koble helt ut når det gjelder mat, men hvem gjør vel egentlig det? Mine venninner er veldig opptatt av hva de spiser. Jeg tror ikke det er mange jenter som har et normalt forhold til mat, sier Gunn Paulsen.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 25). I enkelte temahefter blir også sykdomsbegrepet mer eller mindre fraværende. Dette gjelder i hovedsak temaheftene om angst, personlighetsforstyrrelser og i noen grad psykiske lidelser ungdom. Angst framstilles for eksempel ikke som en sykdom i seg selv på linje på schizofreni, manisk depressiv lidelse eller aldersdemens. Angst defineres som psykisk lidelse ut fra en vurdering om funksjon i dagliglivet, og funksjon blir av flere løftet fram som en viktig grensepost. Men når blir funksjonene så sviktende at det kan betegnes som sykt? Mennesker med psykiske lidelser og pårørende



definerer dette ut fra personlig kjennskap, og tar slik sett utgangspunkt i den situasjons- og personorienterte praksis. Enkelte temahefter forsøker seg på noen antydningvisse avgrensninger. «De fleste barn har perioder der de er engstelige eller lei seg. Hvis dette varer lenge eller er mer utpreget enn hos andre barn, bør foreldre begynne å bli oppmerksomme, sier Ingrid Spurkeland.» (Psykiske lidelser hos barn, s. 7). Slike generelle avgrensninger kan være vanskelige å forholde seg til. Hvor trist må du være og hvor lenge må du være trist for å være deprimert i sykdoms forstand? Det blir vanskelig å trekke linjen eksakt. Vi er igjen inne på et problemfylt avgrensingsområde, og psykiske lidelser defineres mot et normalitetsideal som er i flyt. Normalitetskategorien blir også stående tom for innhold. Dette vises også i andre studier (Risøy, 1999; Sirnes, 1999). Utfra analysen til Jensen (1986) blir disse betraktningene mulige å forstå. «De forskjellige former for behandlingspraksis, der udøves av det kliniske kollektiv, reguleres ikke av idealer om sunnhet, men derimod av idealer eller standarder for det abnorme og sygelige.» (s. 160). Det handler altså om sykdom, men hva slags sykdom snakker vi om?

Den uvanlige sykdommen – et sted imellom

«Jeg vil kalles schizofren, selv om jeg aldri så gjerne skulle ønske at jeg heller hadde brukket et ben, sier Else Marie Falch Gulbrandsen.» (Schizofreni, s. 27). Gjennom slike sammenligninger og ikke minst forståelse sidestiller temaheftene psykisk sykdom med somatisk sykdom. Temaheftene argumenterer for at somatiske og psykiske sykdommer skal anerkjennes og verdsettes på lik linje. Det skal bli like akseptert å si at man har en psykisk sykdom som å si at man har en somatisk sykdom. Denne sidestillingen mellom somatiske og psykiske sykdommer viser seg imidlertid ikke helt uproblematisk. Jeg skal prøve å illustrere dette gjennom et eksempel, og tar utgangspunkt i temaheftet om tvangslidelser og fobier. Heftet starter opp med et intervju med Valborg Eide som forteller om sin tvangslidelse. Hun forteller at hun stadig gikk til legen utfra en overbevisning om at hun hadde en alvorlig, dødelig sykdom. Legen hennes avkreftet dette, men Valborg Eide godtok ikke dette. Tankene om at hun kunne bli smittet og være alvorlig syk tok fullstendig overhånd. «Et

halvt års tid etter at hun først begynte å innbille seg all mulig smitte, sykdom og død, tok apatien overhånd. Hun brydde seg ikke lenger om hvordan hun så ut eller hvilke klær hun gikk i. Skolearbeidet gikk skeis, og det var vanskelig å få i seg mat og drikke.» (Tvangslidelser og fobier, s. 6).

Eide beskrives nå som alvorlig syk og får diagnosen tvangslidelse. På en måte kan man si at Valborg Eide ble alvorlig syk fordi hun med sikkerhet mente at hun var alvorlig syk og oppførte seg deretter. Denne historien illustrerer etter mitt skjønn et grunnleggende dilemma. Psykisk lidelse som sykdom lar seg først identifisere når tilstedeværelsen av somatiske sykdommer er utelukket. Det kunne jo tenkes at Eide faktisk var smittet av en alvorlig sykdom. Det finnes eksempler på mennesker som har hatt en alvorlig dødelig sykdom, men som har blitt avvist og fått beskjed om at problemene skyldes «nervene». Psykiske lidelser blir med andre ord en sykdom som i sitt vesen atskiller seg fra de klare somatiske sykdommene i den forstand at psykisk sykdom ikke kan påvises ved hjelp av røntgenapparat, blodprøver eller andre tester. Wifstad (1997) understøtter dette når han skriver «... det er etter mitt skjønn åpenbart at vi er tvunget til å forutsette at det fysisk-kjemiske nivå på en eller annen måte er sentralt i enhver somatisk forklaringsmodell.» (s. 38) Psykiske lidelser blir med andre ord en litt ualminnelig sykdom. Psykiske lidelser framstår som en unormal sykdom. Vi står igjen med noen fenomener som flyter fritt mellom noen høyst uklare grenser. Psykiske lidelser framstilles som komplekse, skiftende og sammensatte lidelser som blir preget av person- og situasjonsavhengige variasjoner og opptrer i forskjellige livsformer. Temaheftene viser til en åpen sykdomsforståelse der grensene mot sosialt avvik, normalitet og somatisk sykdom blir flytende.

En slik åpen og dynamisk forklaringsmodell reiser noen sentrale spørsmål; Gir det mening å kalle noe psykisk sykdom i det hele tatt? Og i tilfelle hvordan trekkes grensen mellom sykdom og friskhet, hvem får ansvaret for det og hvilken funksjon fyller denne grensen? Temaheftene beskriver vanskelighetene med å trekke noen entydige grenser, men er samtidig tydelige på at grensen kan trekkes. Den psykiatriske diagnose utgjør en slags demarkasjonslinje som avgrensner og ringer inn psykisk sykdom.

Diagnoser løftes fram i temaheftene og nærmest bejubles, og i det neste avsnitt skal temaheftenes framstilling av psykiatrisk diagnostikk analyseres og diskuteres.

Psykiatrisk diagnostikk – der grensene trekkes

«Godt å få en diagnose» er overskriften på den første artikkelen i det første temaheftet til Rådet for psykisk helse (Schizofreni, s. 4). Overskriften blir illustrerende for temaheftenes holdning til psykiatriske diagnoser. Diagnoser framstilles i hovedsak som et ubetinget gode og en absolutt nødvendighet både av mennesker med psykiske lidelser, pårørende og fagfolk. Temaheftene har utførlig informasjon om ulike diagnosegrupper, diagnostiske kriterier og diagnostiske manualer, og fremmer generelt et resonnement som går ut på at tidlig og riktig diagnose, gir tidlig og riktig behandling som igjen kan føre til mindre lidelse hos mennesker med psykiske lidelser. Diagnostikk blir en grunnleggende forutsetning og inngår i det som kan kalles for temaheftenes tatt-for-gitt-kunnskap. Selv om diskusjonen omkring diagnostikk ikke løftes fram direkte, finnes det imidlertid argumentasjon i heftene som understøtter og begrunner viktigheten av psykiatriske diagnoser.

Den presise upresise grensen

Det diagnostiske arbeidet handler om et entydiggjøringsarbeid der hverdagslivets konkrete og flertydige fenomener og erfaringer skal oversettes til mer presise og entydige meningstettede beskrivelser. Dette arbeidet framstilles som både komplisert og tornefullt. Overgangen mellom normale fenomener og psykiatriske sykdommer framstilles flytende. Usikkerhet blir nærmest en del av psykiatrisk diagnostikk, og temaheftene understreker også betydningen av diagnostisk kompetanse. Dernest ligner de ulike sykdommene på hverandre slik at presis diagnostikk også av den grunn blir komplisert. Flere av temaheftene har artikler som omhandler differensialdiagnostikk, og slik sett mulige andre diagnostiske kategorier. Psykiske lidelser knyttes dessuten tett sammen med individuelle variasjoner. De enkelte lidelsesuttrykkene er tett sammenvevd med personens livsløp og personlighet, og gir derfor svært ulike og individualiserte uttrykk selv om diagnosen er den samme. «Manisk-depressiv sykdom arter

DIAGNOSTISERT:

Diagnoser blir omtalt som en absolutt nødvendighet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Diagnoser fremstilles i hovedsak som et ubetinget gode.»

seg svært forskjellig. To pasienter er sjelden like.(...) Mange med en eller annen form for manisk-depressiv lidelse er stort sett friske.» (Manisk depressiv lidelse, s. 6). Heftene viser til stor variasjon innad i samme diagnosegruppe. Psykiatrisk diagnostikk innebærer en presisering av det upresise.

Diagnosen lukker den åpne forklaringsmodellen som ble utarbeidet i forrige avsnitt, og fungerer som en demarkasjonslinje - en skillelinje der sykdommen viser seg i praksis. Følgende sirkulære resonnement oppstår: Et menneske får en psykiatrisk diagnose dersom vedkommende har en psykisk sykdom, og et menneske får en psykisk sykdom dersom vedkommende har en psykiatrisk diagnose. Forholdet mellom psykisk sykdom og psykiatrisk diagnose blir dialektisk. «Ein har her å gjere med det fenomen at teorien om at x har eigenskapen E, høyrer med til det som gjer at x får eigenskapen E. Teorien er



sjølvverifiserande.» (Hellesnes, 1992, s. 100). Psykiatrisk diagnostikk blir både forklarende og selvforklarende. Psykiske lidelser blir både menneskeskapt og menneskeskjebne. Vi er tilbake til den kontinuerlige sosiale konstruksjon av virkeligheten. Psykiatrisk diagnostikk blir selvpoppfyllende, og inngår i en konstituerende og virkelighetsfrembringende praksis. Den gjengir og forsterker en identitetsdiskurs som muliggjør et dikotomisk skille mellom frisk og syk, og gir mening til et spørsmål om enten-eller. Cohen (1997) har beskjeftiget seg med klassifikasjonens funksjoner i boken «Den sociale kontrols nye former. Kriminalitet, straf og klassifikasjon». Han skriver følgende; «Men klassifikasjonens virkelige betydning ligger i formen, ikke i innholdet – i prosjektet selv, ikke dets resultat. « (s. 234) Psykiatrisk diagnostikk blir en grensestolpe som skiller det syke fra det friske, men får sin viktigste funksjon idet den gjentar og forsterker troen på at det er noe som er sykt og noe som er friskt. Dette skal jeg komme tilbake til om litt, men først skal vi analysere og diskutere hvordan psykiatrisk diagnostikk framstilles i temaheftene og hvilken argumentasjon som framføres for diagnostikk.

Muliggjør forklaring og forsoning

For mennesker med psykiske lidelser kan en psykiatrisk diagnose forstås som en bekreftelse på en opplevd uro over eget funksjonsnivå, adferdsmønstre, tankemønstre og/eller følelsesliv. Under overskriften «Godt med diagnose» kan vi for eksempel lese følgende; «Jeg har bestandig følt at det har vært noe. Derfor er det litt godt at jeg nå kan sette punktum for uvissheten.» (Psykiske lidelser hos ungdom, s. 18). Dette er gjenkjennelig for flere av temaheftene. Diagnosen representerer en ytre bekreftelse på en indre opplevelse, en bekreftelse som samsvarer med personens selvforståelse. Psykiatriske diagnoser blir ut fra en slik framstilling en anerkjennelse av personens selvopplevelse. «10. mars 1994 er en merkedag i hans liv, han fikk diagnosen schizofreni.» (Schizofreni, s. 6). Diagnosen blir synonymt med å bli forstått og anerkjent. «Fikk du en diagnose? Nei, jeg ble bare sykmeldt fordi jeg var utslitt.» (Depresjon, s. 14, min utheving). Både gjennom spørsmål og svar understreker sitatet et poeng: Diagnosen får en magisk betydning. Den tilbyr en forklaring og åpner

derigjennom for forsoning og akseptasjon. Dette blir også understreket av de pårørende:

«På en måte ville det være nesten en lettelse om han fikk diagnosen MBD. Da ville jeg kunne si til meg selv at det ikke var jeg som var en dårlig mor, sier Tone. (...) Det finnes perioder der vi tørster etter en diagnose. Samtidig ville vi ikke at han skulle skille seg ut – få en merkelapp.» (Psykiske lidelser hos barn, s.15).

Tone illustrerer her diagnostikkens gleder og sorger, og viser et av diagnostikkens dilemma. En psykiatrisk diagnose kan på den ene siden bidra til å dempe opplevelsen av å være en dårlig mor, far, søster eller bror. Diagnosen tydeliggjør sykdommens individuelle opphav, og letter skyldfølelsen og selvbebreidelsen. Den gir forklaring og muliggjør også forsoning for de pårørende. Det handler ikke om meg og min måte å møte den andre på. Det handler om en alvorlig sykdom. På den andre siden antyder Tone at en psykiatrisk diagnose også representerer en varig merkelapp, et sosialt stigma. Den psykiatriske diagnosen har et sosialt vedheng. Den bidrar til å skape identiteter. Det er på en måte dette sosiale vedhenget som den psykiatriske opplysningspraksis søker å bygge ned nettopp ved å påpeke at mennesker med psykiske lidelser er vanlige mennesker med vanlige plager, men som jeg antydte i forrige avsnitt blir kanskje dette sosiale vedhenget innbygd i den diagnostiske diskurs. Temaheftene viser til flere beskrivelser av langvarige kamper for å bli trodd, hørt og forstått. De forteller om kamper for å få en diagnose som samsvarer med den aktuelle informantens oppfatning.

Historiene viser imidlertid alle til kamper om å få en riktig diagnose. Et kort blick på psykiatriens historie viser at dette ikke nødvendigvis er det eneste bildet. Mange mennesker både kjemper og har kjempet for å bli kvitt sin psykiatriske diagnose. Historien til Arnold Juklerød illustrerer dette poenget (Johansson, 2005). Han kjente seg absolutt ikke hjemme i den diagnosen han ble til del, og brukte resten av livet både i kampen for å bli kvitt den diagnosen han hadde fått på Gaustad sykehus - og i kampen mot det psykiatriske system. Dette perspektivet er nærmest fraværende i temaheftene. Vi finner spor etter en slik forståelse i intervjuet med

Øyvind Fragell. «Diagnosen inneber et formynderi der utøvarane ser på meg som sin myndling, seier Øyvind Fragell.» (Schizofreni, s. 14) Intervjuet med Øyvind Fragell blir også av denne grunn interessant. Det er et av svært få intervjuer som på flere punkter inneholder en grunnleggende kritikk mot innholdet i den psykiatriske praksis. Det blir derfor spesielt interessant å lese det påfølgende intervjuet med Levi Fragell. Han forteller om sykdommen til Øyvind, og opprettholder slik en form for orden i den forstand at Øyvinds tidvis radikale betraktninger om psykiatrisk praksis i noen grad kan reduseres til å være uttrykk for sykdom. Temaheftene bryter her med sitt pragmatiske utgangspunkt om å fortelle om virkeligheten slik den viser seg for brukerne. De gjentar og forsterker en forståelse av at det oppleves befriende og godt å få en psykiatrisk diagnose. Heftene blir selekterende og utelukkende når det gjelder syn på psykiatrisk diagnostikk, og viser fram et glansbilde av medisinsk psykiatrisk praksis. Kritiske synspunkter på psykiatrisk diagnostikk og klassifisering både fra fagfolk og brukere blir så å si fraværende. På mange måter gjøres denne kritikken om til uttrykk for fordommer og myter. Mennesker som ikke har denne forståelsen besitter ikke den riktige kunnskapen. Temaheftene hvis fremste mål er å opplyse og fjerne fordommer og myter, bidrar slik sett også til å danne nye myter. Retorikken knyttet til psykiatrisk diagnostikk tjener som reklame for klassisk, akademisk, medisinsk psykiatri.

Et systembegrep

Temaheftene viser til kamper for å få en riktig diagnose. Denne kampen viser til en forhandlings-situasjon der den «rette» virkelighetsforståelsen og menneskets «egentlige jeg» blir bestemt. Kampen om å få en diagnose blir en forhandling om å bli inkludert i et kommunikasjonsfellesskap som nettopp åpner for gjenkjennelse, forsoning og anerkjennelse. Det blir en kamp om å bli omfattet av en diskurs der den psykiatriske diagnosen blir meningsbærende og fungerer regulerende for forståelsen av den andre. En psykiatrisk diagnose blir utfra en slik forståelse et viktig systembegrep i den forstand at den fungerer som en grensepost som åpner og lukker systemer og kommunikasjonsfellesskap. «Alt som kan kommuniseres som syk defineres innen

for systemet. Resten; det vil si alt som kommer på den andre siden av skille defineres som ikke-syk og er således systemets omgivelse.» (Engeseth, 2000, s.13). Engeseth er inspirert av Niklas Luhmann, og en av hans antagelser er at systemer må ha grenser for å opprettholdes (Thyssen, 1997; Engeseth, 2000). Klassifikasjonssystemer har inklusjons- og eksklusjonskriterier som skaper slike skiller, og derigjennom gjør det mulig å opprettholde det psy-

«Diagnosen blir en forutsentning for å få hjelp.»

kiatriske systemet. En slik forståelse av psykiatrisk diagnostikk vises også i temaheftene. Pårørende og fagfolk vektlegger det positive ved at diagnoser i stor grad fungerer som systemåpnere. Diagnosen blir en forutsetning for å få hjelp. «Vår viktigste jobb er å sette navn på lidelsene, for pårørende når ofte ikke fram i hjelpeapparatet uten en diagnose, sier Tor Erling Dahl.» (Aldersdemens, s. 15). I et slikt perspektiv blir fagfolkens viktigste oppgave å identifisere og sette navn på lidelsen, og derigjennom inkludere og underlegge dem den medisinske diskurs. Dette understrekes også i fagbøker om psykiatri;

«Ordet diagnose kommer fra det gresk «diagnosis», som betyr undersøkelse. Slik vi bruker ordet, betyr det kartlegging og bestemmelse av sykdom, det å gi sykdommen et navn. Å sette ord på personer og ting for å gjøre dem gjenkjennelige er et grunnleggende menneskelig fenomen. For mange pasienter betyr det trygghet å få stilt en diagnose, det betyr at legen kjenner betydningen av deres lidelse.» (Snoek & Engedal, 2000, s. 65).

Fagfolkene besitter en viktig definisjonsmakt både når det gjelder forståelse av et fenomen og når det gjelder tilgang på velferdsgoder som til eksempel behandling og sosiale og økonomiske støtteordninger. «Magten til at klassifisere er det mest iøjnefaldende af alle professionalismens reservoirer.» skriver Cohen (1997, s. 234). Navngivingen blir viktig både for utformingen og planleggingen av et tjenestetilbud, men også for utvikling av kunnskap



om det navngitte. Dette sammenfaller med synspunkter som fremmes i lærebøker innen psykiatri: «Når diagnostikken nå har gjenerobret den faglige arena, skyldes det kanskje først og fremst en klarere presisering av dens formål: - For det første kan man ut fra diagnose dra nytte av kunnskap som er samlet om den tilstand det gjelder. Diagnosen kan gi holdepunkter for hvilken behandlingsmetode som skal foretrekkes og hvorledes utsiktene er for det videre forløp. - For det andre vil bruken av diagnoser, med definerte kriterier, kunne lette kommunikasjonen både mellom klinikere og mellom forskere. Slik kommunikasjon mellom fagfolk på tvers av landegrenser er nødvendig for å bringe faget fremover. - For det tredje er

klassifikasjon og diagnostisering en helt nødvendig forutsetning for befolkningsundersøkelser og derigjennom for planlegging av helsetjenesten.» (Sommerschild & Grøholt 1997, s. 116-117).

Sommerschild og Grøholt framhever her diagnosens betydning for kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse, og utdyper diagnosens betydning som systembegrep både når det gjelder utviklingen av tjenestetilbud og faget. Diagnostisk kunnskap får med andre ord en sentral posisjon når det gjelder vitenskapeliggjoringen av faget psykiatri. Diagnosen muliggjør forskningsopplegg som fordrer sammenlignbare beskrivelser. Heftene har flere forskningsartikler som nettopp tar diagnosene som et utgangspunkt for forskning, og som fordrer en presis og kriteriestyrt navnsetting. Utviklingen av de to mest brukte diagnosesystemene (ICD og DSM) kan betraktes som et forsøk på å utvikle mest mulig verdi og ideologifrie beskrivelser (Wifstad, 1998; Kringlen, 2001, kapittel 5). Visjonen blir at diagnosen kan representere lidelsen, og at denne lidelsen inneholder en substans, en kjerne som er mulig å beskrive uavhengig av kontekst og relasjon. Det blir noe en person har på et gitt tidspunkt på lik linje med blindtarmbetennelse eller sukkersyke. Diagnosene blir en mer eller mindre presis refleksjon av virkeligheten. Det gjengir virkeligheten slik den er. Den psykiatriske diagnostikk inngår på denne måten i en essensialistisk vitensdiskurs, og bidrar til å videreføre og underbygge det moderne prosjekt.

Diagnoser blir også en viktig grensepost for å legitimere og utvikle psykiatri som en naturvitenskapelig disiplin, og en diskusjon omkring diagnostikkens mulighetsbetingelser blir samtidig en diskusjon om og muliggjør en potensiell underkjenning av psykiatri som en slik vitensdisiplin. Kutchins og Kirk (1997) hevder at kravet om vitenskapelighet og objektivitet i det psykiatriske diagnosesystem mildt sagt er vaklende. Det er ofte vitenspolitiske, kulturhistoriske og moral-filosofiske interesser som avgjør utviklingen av diagnosesystemene. Når homofili til eksempel ble tatt ut av det amerikanske diagnosesystemet DSM i 1973, var bakgrunnen langt fra vitenskapelig. Det bunnet ikke i forskning som viste at

ALENE: Psykisk sykdom kan føre til isolasjon og ensomhet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



homofile ikke var mer disponert for psykiske lidelser enn resten av befolkningen, men snarere press fra politiske grupperinger. Etableringen og utviklingen av det psykiatriske diagnosesystem blir også kulturbestemt. I et slikt perspektiv blir psykiatriske diagnoser kulturelle konstruksjoner hvis fremste mål er å opprettholde og skape sosial orden.

Om forholdet mellom person, sykdom og psykiatrisk diagnose

Jeg har tidligere sett at temaheftene argumenterer for at mennesker med psykiske lidelser er vanlige mennesker med (u)vanlige sykdommer. Personen framstilles som et alminnelig og fornuftig menneske, mens sykdommen framstilles som noe ufornuftig og ualminnelig. Dette framstår som et avgjørende skille, og befestes også lærebøker innen psykiatri; «Det er viktig å huske på at det er sykdommen vi diagnostiserer og klassifiserer, mens det er mennesket vi behandler.(..) Derfor er det også viktig å skille mellom klassifikasjon på den ene siden og retningslinjer for behandling på den andre.» (Snoek & Engedal, 2000, s. 65). Heftene forsterker et inntrykk av at det er mulig å diagnostisere psykiske sykdommer som noe adskilt fra personen. Temaheftene diskuterer ikke om det er mulig å etablere et slikt skille. Det tas for gitt. Dette skillet blir samtidig ikke udeltelement til opprettholde; «Hvis en person har blitt dypt såret av en hensynsløs bemerkning eller handling noen uker tidligere og dette kanskje har skjedd flere ganger, er det vanskelig å skille mellom sykdom og person.» (Manisk depressiv lidelse, s. 9). Heftene varierer når det gjelder framstillingen av skillet mellom person og sykdom. Det blir vanskelig å skille mellom person og sykdom når sykdommen er lokalisert til din personlighet. «Personlighetsforstyrrelser dreier seg om dypt rofestede uhensiktsmessige atferdsmønstre som vanligvis viser seg tidlig i livet og fortsetter gjennom voksen alder, selv om de ofte blir mindre påfallende med alderen.» (Personlighetsforstyrrelser, s. 9). Skillet framstår noe klarere når det handler om fobier for edderkopper. Det framstilles som et mer avgrenset og isolert fenomen. Det framkommer likevel som en komplisert oppgave å gjøre noen eksakt grenseoppgang mellom person og sykdom. Dette åpner for at den psykiatriske diagnosen også blir identitetsbestemmende gjennom å inneholde beskrivelser om hvordan personen egentlig er.

Patricia E. Deegan (2000) viser dette tydelig i

artikkelen «Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose». Hun fikk diagnosen schizofreni i en alder av 17 år, og skriver følgende: «Jeg ble fortalt at jeg hadde en sykdom som var lik diabetes, og hvis jeg fortsatte å ta nevroleptika resten av livet og unngikk stress, ville jeg kunne klare å takle tilværelsen. Jeg husker at da psykiateren min sa disse ordene til meg, følte det som om hele min tenåringsverden – der jeg hadde drømmer om å være en betydningsfull person i verdsette roller, om å spille lacrosse for USAs kvinnelag eller kanskje slutte meg til fredskorpset – begynte å smuldre og knuses. Det følte som om disse delene av min identitet ble skrellet av meg. Jeg begynte å gjennomgå den radikale dehumaniserende og devaluerende forvandlingen fra å være en person til å være en sykdom; fra å være Pat Deegan til å være 'en schizofren'.» (s. 96)

Psykiatriske diagnoser blir ikke bare en mer eller mindre presis gjengivelse av et problem. De blir også del av en konstituerende praksis og bestemmende for hvordan framtidig adferd skal forstås. Psykiatrisk diagnostikk blir en tveetydig praksis. En praksis som muliggjør forklaring og forsoning, og som samtidig legger et epistemologisk slør over omgivelsenes forståelse av den andre. «Men har pasienten fått diagnosen manisk depressiv sykdom, innebærer det at sykdomsperiodene kan være så alvorlige at virke-

«Sykdommen fremstilles som noe ufornuftig og ualminnelig.»

lighetssansen ikke alltid fungerer som den skal. Pasienten er psykotisk.» (Manisk depressiv lidelse, s. 6, min utheving). Utdraget viser at diagnosen manisk depressiv også blir oppmerksomhetsrettende og virkelighetsbestemmende for framtidig adferd. Det betyr at andre mulige forklaringsmodeller kan bli marginalisert og vanskeliggjort. Diagnosen tilbyr et statisk beskrivelsesspråk som konstantgjør fenomenen i verden. Dette samsvarer med beskrivelsene fra Patricia Deegan (2000): «Det er som om hele verden har tatt på seg et par forvrengte briller som gjør dem blinde for den personen du er, og som gjør at de ser deg som en sykdom. Det virker som om alt du gjør blir tolket gjennom disse brilleglassene.(..)



Spekteret av oppførsel og følelser som du tillates, er drastisk innskrenket som et resultat av skylappene som de rundt deg har tatt på seg. (...) Normale mennesker får gjøre mange dumme valg om og om igjen i sine liv. Ingen sier til dem at de trenger en personlig koordinator.»(s. 99)

Psykiatriske diagnoser blir da en demarkasjonslinje for en identitetsbestemmende praksis der diagnosen fungerer selvstigmatiserende og får en selvoppfyllende kraft. Personen blir identisk med de diagnostiske beskrivelsene. Diagnosen blir sann i sine konsekvenser. Vi er tilbake til diagnostikkens sirkulære fundament. Dette poenget understrekes også i arbeidet til Barham og Hayward (1995). De har gjennomført en serie med kvalitative intervjuer

«Personen blir identisk med de diagnostiske beskrivelsene.»

med mennesker med en schizofrenidiagnose. Sara uttrykker diagnosens funksjon på følgende måte:

«You wake up every morning and you think; 'Oh, God, I'm a schizophrenic!' If the doctor hadn't told me I'd just have woken up and thought, 'Well I'm just going through some sort of illness and I'll probably get over it'. But once you get diagnosed you start thinking all sorts from different corners about the illness and it just gets worse and worse.» (s. 20).

Patricia Deegan (2000) argumenterer etter mitt skjønn mot diagnosens selvoppfyllende og selvforklarende kraft, og dens identitetsbestemmende funksjon. Samtidig understreker hun viktigheten av å opprettholde skillet mellom person og sykdom i sin begrunnelse for dette. «Grunnen til at dette er så farlig, er at når en person først begynner å tro at han eller hun er en sykdom, er det ingen igjen inne i en som kan holde stand mot sykdommen.» (s. 99). Dette samsvarer også med analysen til Barham og Hayward (1995). Mennesker opplever at de blir rammet av et noe som kan kalles sykdom.

Vi er da tilbake til utgangspunktet og temaheftenes opprettelse og videreføring av skillet mellom person og sykdom. Den diagnostiske

grensetrekkingen framstår både som løsningen og problemet. Dette paradokset kan forstås på to måter. På den ene siden kan vi her se konturene av en forskjell mellom den diagnosebaserte, utenfrforklarte, presise sykdommen og den erfaringsbaserte, innenforforståtte, upresise sykdommen. Ved å punktuere denne forskjellen ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot en mulig paradigmatisk forskjell i sykdomsforståelse. En positivistisk praksis muliggjør og fremmer den diagnosebaserte, utenfrforklarte sykdommen, mens en fenomenologisk praksis muliggjør og fremmer den erfaringsbaserte, innenforforståtte sykdommen.

På den andre siden kan opprettholdelsen av skillet mellom person og sykdom forstås som en videreføring og forsterking av den diagnostiserte, utenfrabaserte sykdommen. Det blir ikke nødvendigvis kritikkverdigg at det opprettes et skille mellom person og sykdom, men den diagnostiske praksisen kan kritiseres som mangelfull og lite kompetent. Dette fører oss igjen tilbake til temaheftene og deres vektlegging av spesialistkompetanse og understreking av betydningen av diagnostisk kompetanse. Mange lærebøker i psykiatri (Kringlen, 1997; Sommerschild & Grøholt, 1997; Cullberg, 1999; Snoek & Engedal, 2000) understøtter et slikt resonnement. Farene ved diagnostisering diskuteres, men i alle lærebøkene hevdes det at fordelene er større enn ulempene. I stor grad gjøres dette til et spørsmål om kunnskap og ferdigheter knyttet til diagnostikk og diagnostisering. Johan Cullberg (1999) bruker følgende metafor for å beskrive dette; «Det er nødvendig med en øks for å hugge ved, men brukt på gal måte er den også et livsfarlig våpen. Det siste er jo ingen grunn til å la være å bruke øks i det hele tatt.» (s. 33). Dette bildet er interessant og forførende på flere måter. Cullbergs grunnleggende resonnement blir altså at det er noe som trengs å hugges til. Det trengs et skille mellom person og sykdom. I denne undersøkelsen blir det spesielt interessant å analysere nærmere hva denne «øksa» hugger ut og hvilke funksjoner dette kan få.

Fortellinger om identitet

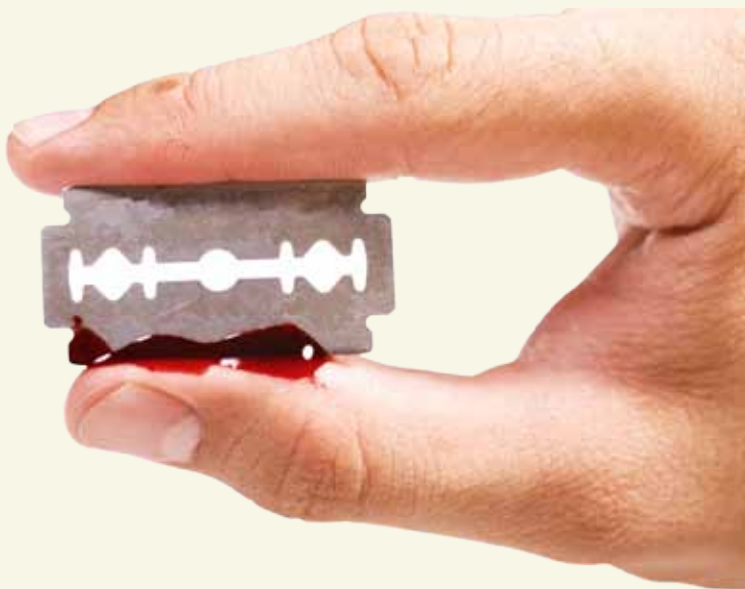
De to ulike innfallsvinklene til å forstå forholdet mellom person og sykdom befinner seg begge innen en bestemt diskurs. De går ut fra at det finnes et

skille mellom person og sykdom, og at dette skillet blir mulig å identifisere. Foucaults (1973) analyse av galskapens historie aktualiseres nok en gang. «Foucaults poeng er altså at den psykiatriske forståelsesmåten får karakter av noe selvfølgelig. Den «lekker ut» i dagligspråket. At det er et skarpt skille mellom det rasjonelle og det irrasjonelle, eller mellom det normale og det unormale, tas etter hvert for gitt. Derfor kan heller ikke det psykiatriske fagmennesket på noen enkel måte komme til bevissthet om at faget, og det på en helt spesiell måte, nettopp beror på konstitueringen av dette skillet.» (Wifstad, 1997, s. 228). I dette avsluttende avsnittet skal vi fokusere på hvilken funksjon dette skillet får for forståelsen av de personene som får psykiske lidelser. Temaheftenes fortellinger om psykisk sykdom blir også fortellinger om identiteter. Den diagnostiske navngivningen hugger ut sosiale identiteter, og inngår i en virkelighetsfrembringende diskurs som former menneskers selv- og andresforståelse.

Mennesker med psykiske lidelser framstilles som vanlige mennesker med (u)vanlige sykdommer. Den psykiske sykdommen kan imidlertid være av en slik art at den skjuler det «vanlige» mennesket, og gjør at personen framstår med uvanlige tanker, følelser og/eller handlinger. Framstillingen av psykisk sykdom innebærer at mennesker i ulik grad strever med å opprettholde styringen og kontrollen over seg selv og egne handlinger. De blir besatt av noe, rammet av noe og dette «noe» gjør at de framstår på en annen måte enn slik de egentlig er og/eller slik de egentlig ønsker å være. De er ikke slik som det kan se ut som de er. Litt flåsete kan man hevde at enkelte mennesker med psykiske lidelser framstilles som «får i ulveklær». Sykdommen gjør at de kan framstå som manipulerende, uvennlige, late mennesker, mens de egentlig er snille, sårbare sjeler - som alle oss andre. Enkelte mennesker med psykiske lidelser framstilles nærmest som noen monstre å være sammen med. De klareste beskrivelsene av dette finner vi i temaheftet om personlighetsforstyrrelser. «En psykopat er et umodent menneske som suger livskraften ut av sine nærmeste. Han eller hun er avhengig av å projisere sine feil og sin smerte over på den eller de som er ofre. Du blir en container – en søppelbøtte – for alt det de ikke klarer å håndtere i sitt eget liv, forteller Wesche.» (Personlighetsforstyrrelser,

s. 20). Heftenes framstilling av det syke nødvendigvis gjør en diskusjon og vurdering av personlig ansvar. Framstillingen muliggjør en identitetstildeling som ikke-fullt-ut-ansvarlig-for-egne-handlinger, og åpner derigjennom for en normalitet på 2. klasse.

Fremstillingen av psykisk sykdom innebærer også at mennesker i varierende grad får innsikt i egen sykdom. De vet ikke alltid selv at de har problemer, og kan tvert imot benekte og argumentere mot at de har en psykisk sykdom. «Det var alltid



arbeidsgivers skyld at han fikk sparken. At hans første ekteskap sprakk skyldes hans kone. Jeg trodde på ham.» (Manisk depressiv lidelse, s. 16, min uthevelse). Utdraget illustrerer hvordan temaheftenes framstilling av det syke også nødvendigvis gjør en diskusjon og vurdering av personens troverdighet. Det muliggjør det åpenbare paradokset at dersom mennesker med psykiske lidelser skal tas på alvor, så innebærer det samtidig at de ikke må tas på alvor. Mennesker med psykiske lidelser blir ikke alltid helt til å stole på. Det åpner for en identitetstildeling som ikke-fullt-ut troverdig. Vi må rette et mistenksomt blikk mot det som mennesker med psykiske lidelser selv uttrykker. Det kan tenkes at

VONDT: Psykiske lidelser framstilles ofte som et helvete på jord. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



de egentlig mener noe annet, eller ville ment noe annet hvis de hadde vært friske. Friske mennesker, som fagfolk og pårørende, blir helt troverdige og ansvarlige personer.

Dette bildet blir unyansert og grovt forenklen. Temaheftene fremmer på ingen måte et generelt resonnement om at mennesker med psykiske lidelser er ansvarløse og lite troverdige. Tvert imot argumenteres det tidvis aktivt mot en slik oppfatning. Det vises til stor variasjon både utfra person og lidelse. Spesielt framstår temaheftet om angst som en motsats til en slik oppfatning. Mitt poeng blir imidlertid at den psykiatriske diskurs som temaheftene inngår i, både muliggjør og nødvendiggjør

vurderingen, og gir dermed utenfraforklaringen den virkelighetsbestemmende makt. Det blir andres stemmer som blir avgjørende og mest troverdig. Dette er en klar hovedtendens i den psykiatriske opplysningspraksis, og synliggjør samtidig den bakenforliggende rollefordelingen i heftene: Mens fagfolk og pårørende inntar og tildeles fortolkerens rolle, overlates bekjennelsens posisjon til mennesker med psykiske lidelser.

«The shock of the first breakdown often brings about a collapse of confidence in which patients take on trust what medical authorities declare to be best for them. Simon describes how over the years he has learned to hold firm on his own judgements.» (Barham & Hayward, 1995, s. 63).

UROLIG INDRE: Mennesker med psykiske lidelser kan virke som alle andre, men de har psykiske plager som preger dem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Simon forteller her hvordan opplevelsen av psykisk krise fører til en mistro til egen vurderingssevne, og en påfølgende tiltro til den medisinske ekspertise. Dette gjenfinnes også i temaheftene. Fagfolk og forskere blir fortolkere av mennesker med psykiske lidelser gjennom deres referanse til evidensbasert kunnskap. I de temaheftene der de pårørende slippes til ordet, framstår de som en uforutsigbar joker når det gjelder fortolkningsretten. Pårørende tildeles og inntar en mellomposisjon både som førstehåndsfortolkere av mennesker med psykiske lidelser gjennom deres erfaringsbaserte utenfraperspektiv, men også som informanter om egen rolle som pårørende. De inntar/blir tildelt både fortolkerens og bekjennerens rolle, og blir derigjennom både utfordrere og mulige opponenter til og samtidig avhengige av og underlagt den faglige ekspertise. Denne doble identiteten kjenner netegner de pårørende. De blir både personer som selv trenger å bli tatt hensyn til og samtidig eksperter på livet til mennesker med psykiske lidelser. Det blir for eksempel de pårørende som i første rekke kjemper for at mennesker med psykiske lidelser skal få en riktig psykiatrisk diagnose. Pårørende framstår som sentrale forhandlingspartnere for hvornår et fenomen skal defineres som psykisk sykdom. De framstår med andre ord som sentrale aktører når det diagnostiske innslagspunktet skal bestemmes – når det upresise skal presiseres. Dette innslagspunktet får avgjørende betydning idet temaheftene fremmer en identitetspolitikk som forsterker fortellingen om

at identitet er noe man har og ikke noe som viser seg i relasjon til andre mennesker.

Avslutning

Undersøkelsen antyder at mennesker med psykiske lidelser tildeles en identitet som både muliggjør og nødvendiggjør vurderinger av både troverdighet og ansvarlighet. De blir avhengige av utenfraforklaringen for å få en presis identitetsbeskrivelse og får en identitet som mulig syk. Deres handlinger og utsagn

kan bli forstått som uttrykk for et mulig sykdomsutbrudd. Slik sett kan moderne helseopplysning bidra til å svekke menneskers handlekraft, og øke avhengigheten til andre menneskers vurderinger. Menneskets normalitet blir i første rekke bestemt av «den andre». En slik grunnantagelse om menneskelig lidelse og væren blir et paradoks i en tid der den vedtatte hovedmålsettingen for de psykiske helse-tjenestene er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv (St.prp. 63, 1997-98). ■

Bildene i artikkelen er illustrasjonsbilder som ikke er hentet fra brosjyrene som omtales i teksten.

Referanser

- Andersen A. J. W. (2001). Den lukkede åpenheten. En diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis. Hovedfagsoppgave, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Andersen, A. J. W. (2011). Governing Health. Discourse Analysis in Public Health Research. In A. Salvini & A. J. W. Andersen (eds.), *Interactions, health and community. Theories and practices from Italy and Norway* (pp. 21-34). Pisa: Edizioni Plus, Pisa University Press.
- Barham, P. & Hayward, R. (1995). *Relocating madness. From the Mental Patient to the Person*. London: Free Association Books.
- Cohen, S. (1997). *Den sociale kontrols nye former. Kriminalitet, straf og klassifikasjon*. København: Hans Reizels Forlag.
- Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B., & Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1557-1570.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness* Philadelphia: Temple University Press.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Deegan, P. (2000). Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose? *Dialog*, 2-3, 96-103.
- Engeseth, K. H. (2000). Individualisering og medikalisering. Om forholdet mellom det medisinske system og samfunnet slik det kommer til uttrykk i debatten rundt innføring av en norsk pasientrettighetslov. Hovedfagsoppgave. Institutt for Sosiologi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Foucault, M. (1973). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses*. Charlottesville, Va.: University Press of Virginia.
- Hellesnes, J. (1992). Ein utdana mann og eid dana menneske. Framlegg til eit utvida daningsomgrep. I E. L. Dale (red.), *Pedagogisk filosofi* (ss. 79-105). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Jensen, U. J. (1986). *Sygdomsbegreber i praksis*. København: Munksgaard.
- Johansson, J. M. (2005). En sinnssyk historie. I T. Steen (red.), *Asylet. Gaustad sykehus 150 år* (ss. 99-133). Oslo: Aschehoug.
- Kringlen, E. (1997). *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- utchins, H. & Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.
- Risøy, S. M. (1999). *Mot normalt? Landsforeningen Rettferd for Taperne og den norske taperdiskursen*. Hovedfagsoppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Sirnes, T. (1999). "Alt som er fast, fordampet"? Normalitet og identitet i endring. I S. Meyer & T. Sirnes (Red.) *Normalitet og identitetsmakt i Norge* (ss. 29-76). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Snoek, J. & Engedal, K. (2000). *Psykiatri. Kunnskap – Forståelse – Utfordringer*. Oslo: Akribe forlag.
- Sommerschild, H. & Grøholt, B. (1997). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Thyssen, O. (1997). Hjørnestein i Niklas Luhmanns systemteori. I Luhmann, N. lagttagelse og paradoks. København: Gyldendal.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373-388.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B. & Fisher, D., 2007. Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
- axler, N.E., 1979. Is Outcome for Schizophrenia Better in Nonindustrial Societies? The Case of Sri Lanka. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(3), 144-158.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The Spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization.