Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

erfaringskompetanse.no

Ny kunnskap – ny praksis
Et nytt psykisk helsevern

erfaringskompetanse.no 2011:1

Tor-Johan Ekeland

erfaringskompetanse.no **2011:1**

©erfaringskompetanse.no 2011

ISSN: 1891-6503

ISBN: 978-82-93171-00-3

Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forsidefoto: Thomas Øverbø

Grafisk design og trykk: Wera AS, Porsgrunn

www.erfaringskompetanse.no

Innhold

Forord 4

Ny kunnskap – ny praksis
Et nytt psykisk helsevern 7

Innledning 9

Brudd og kontinuitet 12
Vurdering 14

Kunnskap og handling 16
Et historisk blikk 16
Kart og terreng 18

Epistemologiske spenninger 20
Den nye biomedisinske psykiatrien 22
Diagnoser som kunnskap 22
Epistemologiske problem 24

Erfaringskompetanse
– epistemologiske forutsetninger 26
Konklusjon 30

Referanser 30

Forord

Å undre seg er grunnlaget for all viten

Et grunnleggende mål i vår velferdsstat er gode helsetjenester for borgerne. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1996 – 2008) setter kvalitative mål for helsetjenesten, og vi har et økende fokus på beslutnings- og behandlingsprosesser innen psykisk helsefeltet. Likevel er det grunn til å spørre, nettopp i lys av Opptrappingsplanens intensjoner, i hvilken grad vi har nådd målet. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, er særlig opptatt av brukermedvirkning i utvikling og gjennomføring av tjenestene. En kan undre seg over hvorfor dette perspektivet i beskjeden grad er reflektert i forskning og kunnskapsutvikling på dette viktige samfunnsområdet.

Vi har gjennom vårt forskningsutvalg satt søkelys på metodespørsmål knyttet til gyldiggjøring av den subjektive erfaring. Hvordan kan bruker- og pårørendeerfaring bli tatt på alvor, bidra til ny kunnskap og bedre behandlingsprosesser?

Menneskets nysgjerrighet og undring har vært utgangspunkt for fremskritt til ulike tider – i antikken, gjennom renessanse og opplysningstid, og frem til vår tid. Samtidig er den vitenskapelige skeptisisme grunnleggende innenfor det moderne, naturvitenskapelige paradigme - en metodisk, kritisk etterprøving av påstander med tanke på å avsløre illusjoner.

Hva kan vi ha sikker viten om, og er det mulig å bekrefte sannhet i vitenskapelig forstand?

Den vitenskapelige positivisme bygde på årsaksforklaringer av observerbare data og hadde, med sitt optimistiske kunnskapssyn, lenge en betydelig gjennomslagskraft i de vitenskapelige miljøer. Helt frem til en av deres egne, vitenskapsteoretiker og filosof Karl Popper (1902 - 1994) radikalt modifiserte sannhetsoptimismen og brakte inn en ny ydmykhet i forskningen. Verifikasjonskriteriet ble forkastet og erstattet av falsifikasjonskriteriet. Karl Popper la vekt på at forskningens viktigste oppgave er å forsøke å avdekke om det vi tror er sant, i virkeligheten kan vise seg å være usant. Falsifikasjonskriteriet innebærer at vitenskapen ikke kan bevise hva som er sant, bare hva som er usant. Sannheten er således siste versjon. Vitenskapsteoretikeren Thomas Kuhn har, med sin historiske innfallsvinkel, dokumentert betydningen av en forskningsmessig ydmykhet. Forskningsmessige forståelsesrammer, eller paradigmer, er ganske stabile i forskningsmiljøene – men brytes av og til av nye og ganske

annerledes forståelsesrammer. Paradigmeskifter er en vesentlig del av forskningens historie, også i nyere tid.

Vi erfarer at brukere og pårørende ofte er opptatt av andre problemstillinger enn tradisjonell behandlingsforskning. Mange brukere opplever at deres erfaringer og deres forståelse av sammenhenger, ikke blir tillagt tilstrekkelig vekt i kunnskapsutvikling og praksis. Selv om våre tjenester bygger på kunnskapsbasert praksis, er det ofte et misforhold mellom forskningens problemstillinger og de spørsmål brukere av tjenestene opplever som vesentlige.

Når vi skal undersøke den individuelle erfaring fra brukere og pårørende innen psykisk helsefeltet - hva gjør vi da? Er enkeltmenneskets livserfaring og bedringsprosesser gyldige kunnskapskilder, og har dagens kunnskapssyn rom for den enkeltes subjektivitet og livsverden? Kan det åpnes for en integrasjon av erfaring og vitenskap i praksis?

Refleksjoner omkring kunnskapssyn

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1996 - 2008) formidler et mål om aktiv deltakelse i samfunnet, integrering og medborgerskap. Vi har på denne bakgrunn utfordret professor i sosialpsykologi Tor-Johan Ekeland til å vurdere kunnskapssyn og den subjektive erfaringens plass i kunnskapsutviklingen, i lys av nettopp Opptrappingsplanens intensjoner.

Ekeland har bred forskingsbakgrunn innenfor blant annet psykisk helse og sosialt stigma, psykoterapiforskning, kunnskapssyn og evidensbasert praksis, i tillegg til at han har klinisk erfaring. For tiden er han faglig medansvarlig for Masterprogrammet Mestring og myndiggjøring ved Høyskolen i Volda, og professor II ved Høgskolen i Molde, og sitter i vårt rådgivende forskningsutvalg.

Vårt mål er at dette refleksjonsnotatet kan bidra til økt forståelse for og en mer presis beskrivelse av hvilke utfordringer Opptrappingsplanen stiller til kunnskapsutviklingen. Ekeland tar utgangspunkt i planen med det formål å analysere dens implikasjoner for kunnskapssyn og fremtidige forskingsbehov. Med Opptrappingsplanen som utgangspunkt analyseres nåværende og historiske epistemologiske spenninger i feltet. Begrepet "erfaringskompetanse" blir drøftet med basis i denne analysen, og gis en kunnskapsteoretisk forankring. Gjennomgangen av opptrappingsplanen er basert på dokumentene "St. meld. Nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", og "St prp nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2006." Førstnevnte stortingsmelding var grunnlaget for tiltakene fremmet i proposisjonen til Stortinget.

I et overordnet perspektiv, ønsker vi ut fra senterets mandat å fremme et kunnskapssyn med utgangspunkt i brukernes erfaringer. Til det trenger vi å utvikle en kunnskapsplattform som synliggjør vårt fokus og åpner for en åpen og konstruktiv diskusjon om hvordan vi kan ivareta brukerens stemme i kunnskapsutviklingen og utvikle en troverdig kunnskap som er bærekraftig i forhold til de utfordringer vi står overfor i dagens og morgendagens samfunn. Dette er nødvendig dersom vi skal evne å utforme politikk og valg av tiltak som tar brukerperspektivet på alvor.

Mandatet vårt

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse ønsker at vårt arbeid skal bygge på tydelige og solide verdier, der respekten for det enkelte menneske og dets iboende livsevne ligger til grunn for all vurdering. På den grunn våger vi en åpen dialog som utfordrer både brukerkunnskap og tradisjonell fagkunnskap, for å få frem et helhetlig bilde. Vår visjon er likeverd mellom bruker- og pårørendekunnskap og fagkunnskap, fordi vi tror god praksis forutsetter at vi kan integrere ulike perspektiv og innfallsvinkler til hva som gir god helse.

Hvordan kan brukernes problemstillinger og deres kompetanse bli en større del av kunnskapsutviklingen, og derved utvikling av tjenester? Å gi gyldighet til erfaringsbasert kunnskap fra brukere og pårørende, handler om prosessen med å gjøre erfaringskompetanse troverdig og anvendbar. Slik sett går det en linje tilbake til positivistene, som bygger på kjensgjerninger gitt gjennom erfaring.

Det hører til vår oppgave å utvikle metodikk for å gyldiggjøre bruker – og pårørendeerfaringer, herunder er det sentralt å spørre hvordan medvirkning kan forstås og metodisk gjennomføres for forskningsprosjekter.

Bærekraftig kunnskap og ny praksis

Ekeland skriver i konklusjonen at "Det er i dag et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern, og det som er hegemonisk kunnskapssyn innen ledende profesjoner i feltet". Han utfordrer denne dominansen og understreker behovet for en kunnskapsplattform som i større grad legitimerer erfaringskunnskap.

Endringsvilje er en viktig komponent i kunnskapsutvikling. Kunnskapens vesen er nettopp bevegelse, utvikling, nyskaping. Samspill gir muligheter for læring og utvikling. Derfor trenger vi gode og åpne rom for refleksjon og diskusjon, uten å tilsløre reelle konflikter.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse ønsker at den publikasjonen du nå har i hånden, kan bidra til at **Vitenskapsåret 2011** fylles av gode, viktige, vanskelige, kritiske og nysgjerrige spørsmål. Det er slike spørsmål som til ulike tider har brakt menneskeheten fremover!

Mai 2011

Hilde Hem
Daglig leder

Ny kunnskap – ny praksis Et nytt psykisk helsevern

Denne artikkelen er skrevet på oppdrag for **"Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse"** i forbindelse med utvikling av en kunnskapsplattform innen psykisk helse. Etter avtale er oppdraget løst ved å ta utgangspunkt i Opptrappingsplanen for Psykisk helse med det formål å analysere dens implikasjoner for kunnskapssyn og fremtidige forskingsbehov. Med Opptrappingsplanen som utgangspunkt analyseres nåværende og historiske epistemologiske spenninger i dette feltet. Begrepet "erfaringskompetanse" blir drøftet med basis i denne analysen, og gis en kunnskapsteoretisk forankring. Gjennomgangen av opptrappingsplanen er basert på dokumentene "St. meld. Nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", og "St prp nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2006." Førstnevnte stortingsmelding var grunnlaget for tiltakene fremmet i proposisjonen til Stortinget.

Tor-Johan Ekeland
Februar 2011

In all of us lodges the same fuel to light the same fire.
And he who has never felt, momentarily, what madness is,
has but a mouthful of brains

(Herman Melville)

Sammendrag: Artikkelen er skrevet på oppdrag for "Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse". På bakgrunn av en analyse av kunnskapssynet i Opptrappingsplanen for psykisk helse blir nåværende motsetninger satt inn i en historisk sammenheng og underlagt en epistemologisk analyse. Forholdet mellom objekt- og subjektontologiske posisjoner blir klargjort, og begrepet "erfaringskompetanse" drøftet med basis i denne. En del forskningsmessige utfordringer som denne analysen impliserer blir drøftet.

Innledning

Fra 1950-tallet har nedbygging av institusjoner (deinstitusjonalisering) vært et fremtredende trekk ved psykiske helsevern i europeiske og vestlige land. I Norge, Sverige og Danmark begynte dette for alvor rundt 1970 (Måseide 1984, Øverås 2000, Sørgaard 2002). Denne utviklingen handler om et komplisert samspill mellom økonomi, ideologiske endringer, forsking og faglige endringer. Psykiatrien selv legger vekt på nye farmaka som viktigst, men dette har svak forskingsstøtte (Prior, 1993, Scull, 1984). Nedbyggingen gjaldt også andre institusjonstyper. Langt viktigere var forsking på negative konsekvenser av institusjonalisering, påfølgende institusjons- og psykiatrikritikk, og et politisk og kulturelt klima som ga gjennomslag for argument knyttet til sivilborgerlige rettigheter og human behandling. Men det er først på åttitalet at disse endringene blir til politiske reformer. Da Opptrappingsplanen for psykisk helse kom (St. meld nr 25 (1996-97) og St. prp nr.63 (1997-98)), representerte den en aktiv politisering av endringer som hadde pågått gjennom flere tiår. Planens utgangspunkt var en entydig erkjennelse av at på dette politikkområdet fantes mange forsømmelser, og at mennesker med psykiske lidelser som gruppe betraktet kom svært dårlig ut på vanlige velferdsindikatorer: *Å kunne leve et godt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur en er en del av, er et grunnleggende velferdsgode. Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser mangler dette velferdsgodet i større eller mindre grad. De er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. De har dårlig økonomi og vanskelig for å skaffe eller beholde bolig, arbeid og venner. Mange lever sosialt isolert og har lite kontakt utover hjelpeapparatet (1.2).*

Sett på bakgrunn av den historiske prosessen med utstøting og segregering av psykiatriske pasienter, innebærer Opptrappingsplanens språkbruk et skifte av perspektiv. Målet er nå deltagelse i samfunnet, integrering og medborgerskap, og mennesker med psykiske lidelser blir i mindre grad omtalt som en gruppe. Det er fokus på individualisering og på den enkeltes ønsker, evner og behov. Samfunnets bidrag til dette, eller "tjenestetilbudet", erkjennes entydig som for dårlig, karakterisert slik: *Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingskjeden har brister i alle ledd: Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud (1.3.).*

For å bøte på dette var Regjeringens overordnede prinsipper for Opptrappingsplanen: Forebygging der det var mulig, klargjøring av ansvar for tjenestene i samsvar med øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten. Videre: "Pasienten først"; dvs. at brukernes

behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis, og de skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn, gitt i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. Brukermedvirkning ble sågar lovhjemlet i den senere pasientrettighetsloven. Målet var å skape mest mulig normalt liv, velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

Perspektivskiftet fra ekskludering til integrering, fra hovedvekt på lidelsen og sykdommen i seg selv, til fokus på mennesker med psykiske lidelser og deres livssituasjon, betyr at tidligere "psykiatriske pasienter" i større grad skal oppfattes og møtes som subjekter og aktører, og samfunnet pålegger seg selv en ambisjon om å legge til rette for brukermedvirkning, integrering og medborgerskap (Ekeland & Bergem, 2006). Dette er et historisk brudd med en flere hundre år gammel interneringsstrategi. Konsekvensene er mange og ulike. Ikke bare at hjelpearbeidet må foregå i andre kontekster enn tidligere, og at mottakere av hjelpen (og de nærstående) gjøres til samarbeidspartnere. Mer dyptgripende er trolig implikasjonene for vårt kunnskapssyn.

Planen var opprinnelig tenkt å vare til 2006, men ble først avsluttet i 2008. Underveis har den vært evaluert. Kvantitativt har det vært en betydelig vekst i sektoren, i poliklinisk virksomhet, men også i antall innleggelser, selv om tallet på døgnplasser er redusert. Forskningsrådet (2009) fremholder som hovedfunn at selv om en rekke kvantitative mål er nådd, og det er skapt mange nye tilbud, er det gjort mindre for å sikre kvalitet og fagutvikling. Og selv om det er lagt stor vekt på brukermedvirkning, er resultatet ikke tilfredsstillende. Det er lagt for lite vekt på å sikre at brukermedvirkningen har fått et reelt innhold. Selv om få bestrider at satsingen har vært stor, ikke minst økonomisk, er det ulike oppfatninger om resultatene. Rådet for Psykisk Helse hevder i sin oppsummering at det fortsatt er vanskelig å få hjelp når en selv mener at en trenger det, at hjelpen fortsatt er for mye preget av at andre tar beslutninger på brukerens vegne, at mennesker i krise møter et oppstykket og usammenhengende hjelpeapparat der man må fortelle sin historie mange ganger, at hverdagslivet har for lite fokus, og at familien og nettverket i for liten grad blir trukket med i behandlingen (Rådet for Psykisk helse, 2008). Det er ikke først og fremst de kvantitative målene som problematiseres, men om Opptrappingsplanens perspektivskifte har nedfelt seg i ny praksis. Tidligere generalsekretær i Rådet for Psykisk helse, Sunniva Ørstavik, hevder at selv om de politiske føringene som lå til grunn for Opptrappingsplanene var mange og gode, gikk den utenom noen av grunnlagsproblemene for psykisk helsearbeid: *Den tok ikke et nødvendig oppgjør med de forholdene som forhindrer godt psykisk helsearbeid, nemlig en paternalistisk kultur, et ensidig kunnskapssyn, og tilslørende bruk av makt. Isteden ble disse forholdene på sett og vis kamuflert ved å fremheve forhold det var konsensus om; brukermedvirkning, samarbeid og for lite penger* (Ørstavik, 2008:111).

En omlegging i samsvar med opptrappingsplanens idé er ikke bare en organisatorisk utfordring, eller et kvantitativt arbeidsmål om økt tilgang på tjenester til flere brukere. Den utfordrer også vårt kunnskapssyn. Brukermedvirkning, i den betydning at bruker og pårørende gis plass i beslutnings- og behandlingsprosesser som subjekt og aktører, må med

nødvendighet innebære sensitivitet for den enkeltes individuelle fortolkning av sin situasjon. Skal dette bli noe annet enn talemåter må kunnskap med utspring i aktørenes livsverden gyldiggjøres, hvilket innebærer utvikling av relevant forsking. Nye arbeidsmåter på nye arenaer innebærer likedan nødvendigheten av ny kunnskap. Etablering av kunnskap skjer innen historiske og institusjonelle rammer. Psykiatrien som fagfelt ble historisk sett etablert på institusjonsvesenets grunn, og det er vanskelig å tenke seg ny praksis forankret i en gammel kunnskapsplattform. I det følgende skal vi undersøke hva Opptrappingsplanen sier om dette, om dens forhold til kunnskap og ny praksis.

Brudd og kontinuitet

Opptrappingsplanen er først og fremst et politisk dokument. Hvilket kunnskapsyn den representerer, vil følgelig komme frem mer implisitt en eksplisitt. Alt i kapittel 1 i "Åpenhet og helhet" gis likevel et anslag om identitet og sammenheng. Det spørres retorisk: *"Har psykiatrien stått stille, mens somatikken har stormet fremad?"* Det svares kontant nei på dette. Forskjellen er at *"fremskrittene kanskje [har] vært mindre synlige"* i psykiatrien. *"Det er lett å la seg blende av somatikkens romfartslignende instrumenter,"* sies det, og at selv om psykiatriske helsetjenester ikke kan skilte med slike iøynefallende landevinninger, *".. har fremskrittene også der vært fantastiske. Utviklingen har ikke vært mindre gjennomgripende, men utgangspunktet har vært et annet. Fagfeltets historie er kort, det meste av betydning har skjedd de siste to hundre år. Dagens situasjon må bedømmes ut fra at omsorgen for psykisk lidende i lange perioder har vært en beretning om store lidelser og mange overgrep".*

Noen utdyping av disse forholdene, eventuelt sammenheng med kunnskapsyn, tas ikke opp. Man kan ane at det er psykiatriprofesjonen selv som her holder i pennen, og det er en kontinuitetsfortelling som antydes. Fortiden blir, på knappest mulig vis, unngått til fordel for en utdyping av "moderne" forklaringsmodeller for forståelse av psykiske lidelser. I kapittel 3.2.1 (Kunnskapsgrunnlaget - faktorer som påvirker psykisk helse) slås det fast at psykiske lidelser har sammensatte årsaker, og at genetiske, biokjemiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen, men intet om hvordan dette skjer. Det fremheves at man i de senere år har blitt mer oppmerksomme på genetiske og biologiske årsaksfaktorer, men likevel *"har psykisk helse nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø"*. Meldingen synes å identifisere seg med det som vanligvis omtales som en "stress-sårbarhets"-modell som legger til grunn at ulike livspåkjenninger, negative livshendelser og mer varige livsbelastninger øker risikoen for psykiske helseproblemer, først og fremst ved å bidra til stress, men at virkningene er avhengige av sosiale og individuelle faktorer. I diskusjon av modellen utdypes betydningen av forebyggende tiltak på ulike nivå (primær, sekundær og tertiær), men understrekes at *"…. Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, manisk-depressive lidelser og senil/presenil demens har betydelige genetiske eller biologiske årsakskomponenter, og det er derfor vanskelig å tenke seg primær-forebyggende tiltak for slike tilstander."* Etter at man har pekt på nødvendigheten av å *"(…) sørge for at den kunnskapen som finnes om sammenhenger mellom samfunnsforhold og psykiske lidelser, tas med i betraktingen"* (1 4.1.), skapes det et inntrykk av "unntak" av "de alvorlige sinnslidelsene" siden forekomsten sannsynligvis er biologisk betinget. Senere (i kap 7.3 om kvalitet) fremheves igjen at det har skjedd endringer i synet på årsakene til schizofreni, og at internasjonalt *".. blir schizofreni i*

økende grad betraktet som en lidelse som har sin årsak i forstyrrelser i utviklingen av hjernen."

Departementet fremhever betydningen av forsking og økt kunnskap på alle tradisjonelle felt slik som epidemiologi, etiologi, behandling og helsetjenesteforsking, og utdyper en rekke undertema (klinisk forskning, forskning om barn og ungdom, biologisk forskning, psykobiologisk/psykosomatisk forskning, psykofarmakologisk forskning, arv og miljø forskning, epidemiologisk forskning, sosialpsykiatrisk forskning, rettspsykiatri og rettspsykologi). Det er påfallende at i beskrivelse av disse ulike tematiske områdene er klinisk behandlingsforsking samt biologisk forskning mest detaljert omtalt, og med henvising til spesifikke norske fagmiljø.

Det er en utvetydig konklusjon at økt forsking og økt kompetanse er nødvendig. Men i vurdering av *hva* slags forsking og *hva* slags kompetanse som er nødvendig, skjeles det ikke til omtalte brudd og perspektivskifte. I kapittelet om Kvalitet og kvalitetsutvikling (7.3) er det derimot blitt et problem at kunnskapssynet har blitt for mangfoldig, at behandlerne tradisjonelt har hatt for stor frihet til å velge behandlingsmetoder, og at fagfeltet har *"..vært preget av rivalisering mellom ulike faglige retninger, med forskjellige oppfatninger av årsakene til psykiske lidelser og hva som er riktig behandling"*. En del av disse oppfatningene karakteriseres som svakt fundert empirisk eller vitenskapelig, og har til dels hatt karakter av tro og spekulasjoner. Det sies med et visst understatement at *"Myndighetene har vært tilbakeholdne med å ta stilling i striden mellom ulike faglige retninger"*, og som følge av dette har den behandling som har vært gitt variert mye mellom forskjellige sykehus og i stor grad vært avhengig av ansvarlig overlege og dennes faglige orientering. Som eksempel på tragiske utfall av manglende empiriske grunnlag for en del behandlingstiltak, vises til omfattende eksperimentering med pasienter, bl.a. *"... utbredelsen av praksisen med hjernekirurgiske inngrep («lobotomi»), utført i Norge i perioden 1941-74, og basert på antakelser om hjerneorganiske årsaker til sinnslidelser"*. Det som ikke nevnes i denne historiske tilvisingen var at lobotomi var vitenskapelig anerkjent gjennom en nobelpris i medisin, og at faglige autoriteter ønsket å gjøre den til standardbehandling (Haave, 2008). Det påpekes også at det på 1970-tallet *"..i enkelte psykiatriske miljøer (var) motstand mot psykiatrisk diagnostikk, og motstand mot å nytte psykofarmaka. Resultatet var inadekvat og tilfeldig behandling med stor grad av eksperimentering, og i mange tilfeller undermedisinering med sviktende behandlingsresultater"*. At også overmedisinering kunne vært et problem, nevnes; mens grunnlaget for diagnosekritikken omtales ikke, og den empiriske sammenhengen mellom nevnte "motstand" og dårlig behandling fremstår som udokumentert. Det hevdes imidlertid at psykiatrisk diagnostikk har blitt vesentlig forbedret med nye internasjonale diagnosesystemer, og det har vært en sterkt økende oppslutning om nødvendigheten av presise diagnoser. Samtiden karakteriseres som faglig sett mer konsensusorientert med nedbygging av frontene mellom de ulike faglige retningene og en utvikling i retning av faglig mangfold ("eklektisisme") Dette skyldes ikke minst forskningsmessig dokumentasjon av hva som er virksom behandling, heter det. Et problem (iflg. planen) er imidlertid at slik kunnskap ofte kommer sent og usystematisk til de kliniske miljøene, og at det trengs tiltak for å sikre at dette skjer mer systematisk. Dette betyr vel et ønske om i større grad å standardisere behandlingstilbudet. På den annen side argumenteres det samtidig for mer individuelt tilpassede behandlingsmetoder, uten at motsetningene i dette problematiseres.

Vurdering

I forordet til "Galskapens historie" skriver den franske sosialfilosofen Michel Foucault:

Da galskapen ved slutten av 1700-tallet ble konstituert som sinnssykdom, var dialogen brutt, separasjonen allerede utført. Alle de stotrende, ufullstendige ordene uten fast syntaks, som uttrykte enheten mellom galskap og fornuft, ble støtt ut i glemselen. Psykiatriens språk, som er fornuftens monolog over galskapen, kunne bare opprettes på grunnlag av en slik stillhet (Foucault, 2000, s 18).

Opptrappingsplanens kraftfulle språk og engasjement med hensyn til brukermedvirkning, integrering og medborgerskap kan med dette som bakteppe leses som en anstrengelse om å gjenopprette dialogen. I så måte representerer den et brudd med fortidens paternalisme og medisinske objektivering. Spørsmålet er om planen innser implikasjonene av dette, og at bruddet med nødvendighet også har kunnskapsmessige implikasjoner. Å gis posisjon som subjekt innebærer i prinsippet å bli tilkjent kompetanse og forutsetninger for å kunne gjøre egne valg, ta ansvar, ha ønsker og intensjoner, og dømmekraft i forhold til egne handlinger; med andre ord kapasiteter som er konstituerende for det å være menneske. At disse kapasitetene fratas en eller blir mistrodd må med nødvendighet oppleves som et angrep på ens verdighet som menneske. Og det er vel neppe en overdrivelse å hevde at historisk er det nettopp dette mange psykiatriske pasienter ofte har opplevd. Det truende ved dette fra pasientens perspektiv er at en slik objektivering skaper avstand til det fellesmenneskelige; man blir ikke *gjenkjent* og dermed heller ikke *anerkjent* som likeverdig medmenneske. Sett fra hjelperperspektivet er faren ved å redusere den andres subjektivitet at man samtidig redusere den andre som medmenneske ("et menneske som meg"). En slik reduksjon vil kunne gjøre inhumanitet i behandling mer sannsynlig.

Det er høyst problematisk å tenke seg at en vending fra ekskludering og institusjonalisering, til integrering og normalisering skal kunne skje uten gjennom en problematisering av det kunnskapsyn som gjorde førstnevnte mulig. Selv om ny praksis kan skapes på relativ kort tid, er det trolig naivt å tenke seg at et kunnskapssyn utviklet gjennom 150 år integrert med den institusjonelle æraen skal kunne endres gjennom politiske vedtak. Det en imidlertid kunne vente var en diskusjon av dette. Den byr ikke Opptrappingsplanen på – i dette har Sunniva Ørstavik rett. Det kan vel sies ennå sterkere – den bidrar på mange vis til å kamuflere denne problemstillingen og gi inntrykk av en fremgangshistorie som gradvis har løst (og trolig vil løse) mange av utfordringer i feltet gjennom vektlegging av presis diagnostikk, empirisk dokumentasjon av behandlingseffekt, og strategier for forsking i praksis. Tidligere tiders "stridigheter" er erstattet av konsensus, mindre ideologi og mer vitenskapelighet. Selv om planen legger vekt på at psykisk helsearbeid må forstås som et tverrfaglig og tverrvitenskapelig felt, formidler den et kunnskapssyn som i hovedsak representerer en moderne utgave av biomedisinsk psykiatri. Svaret er mer forsking og vitenskapeliggjøring – men, uten å problematisere de grunnleggende kunnskapsteoretiske problemene i dette feltet, må dette karakteriseres som kontinuitet, og ikke brudd i forhold til fortiden. Likedan er det en grov feilvurdering av historisk materiale å hevde at fortidens feilgrep hadde vært

unngått om dagens standard for empirisk dokumentasjon hadde vært fulgt. Både lobotomi, og en rekke former for asylbehandling (badeterapier, konvulsjon- og sjokkurer, defokalisering) hadde påfallende kortsiktige effekter (Haave, 2008). At effektene også viste seg å være skadelige, var en senere erkjennelse. Om dagens krav til evidensbasering (RCT-design), med relativt korte måletidspunkt for effekt, hadde blitt fulgt, ville trolig mye ha blitt kvalifisert som evidensbasert. Fortidens villfarelser kan med andre ord ikke korrigeres gjennom empiri og pragmatisk vitenskapelighet, bare gjennom analyse av de kunnskapsteoretiske feilene som skapte denne form for vitenskapelighet. Om dette er Opptrappingsplanen taus.

Siden Opptrappingsplanen ble skrevet er det samtidig blitt tydeligere at det biomedisinske kunnskapsynet internasjonalt har gjeninntatt en hegemonisk posisjon i internasjonal psykiatri (Kringlen, 2001, Ekeland, 2006). Utviklingen har dessuten vært preget av en tiltagende individualisering og avpolitisering av sosiale og menneskelige problem. Både psykologisering (at kulturell uorden fortolkes som individuell svikt), og medikalisering (at problemer i økende grad blir diagnostisert som sykdom; Nye, 2003) har vært påfallende utviklingstrekk de siste tiårene (Kolstad & Kogstad, 2011; Ekeland, 2011). Opptrappingsplanens bekymring for "undermedisinering" har blitt erstattet av et åpenbart overforbruk av medikamenter; trass i en økende vitenskapelig dokumentasjon for at de positive effektene er høyst marginale, og at ubehag og bivirkninger systematisk blir underkommunisert (Moncrieff, 2009; Paris, 2008; Whitaker, 2002).

Opptrappingsplanens fremgangshypotese er dessuten svært omstridt. Psykiatrihistorikeren Roy Porter sier det slik: *Selv om psykiatrien i nyere tid har vært gjennom en utvikling med blant annet perfeksjonering i vitenskapelig metode, en mer sofistikert diagnostisering og bruk av standardiserte prosedyrer for utredning, behandling og evaluering, er det fortsatt delte meninger om psykisk lidelse egentlig kan forstås som en sykdom på linje med somatisk sykdom, og hvilke tiltak som kan være til mest hjelp. (...) psykiatrien skubbes fram og tilbake mellom psykologiske og somatiske definisjoner av sitt objekt og sine teknikker* (Roy Porter 2002, sit. i Haave, 2008, s. 499). Porter berører her det jeg senere vil omtale som en epistemologisk spenning, en spenning som har vært til stede i hele psykiatriens historie. Mens Opptrappingsplanen ikke synes denne diskusjonen er viktig, blir den av andre, for eksempel den medisinske antropologen Tanya M. Lurhman (2000:212) karakterisert som ikke bare en høyst levende spenning i amerikansk psykiatri, men også ødeleggende. Betydningen av å utfordre denne spenningen anses av flere som nødvendig: "*Healing the conceptual wounds in contemporary psychiatry is not simply an abstract task, but an urgent ethical imperative on which rigorous and human clinical care, research, and training depend*" (Brendel, 2009 s. 24).

Kunnskap og handling

Hvorfor er kunnskapssyn (epistemologi) viktig? Kort og godt fordi kunnskap inngår i diskurser, som igjen genererer handlinger – vi handler i forhold til verden i overensstemmelse med hvordan vi oppfatter og definerer den. Diskurs forstås her som språk og handling, et meningssystem som fortolker og former et gjenstandsfelt, og peker mot visse handlinger og praksiser som legitime eller illegitime. Hegemoniske diskurser vil også definere forskningsfelt, og være innvevd i politikk, økonomi, og teknologisk-instrumentell produksjon. Medisinens historie er slik sett ikke bare en historie om medisinske landevinninger og seire over sykdom og lidelse. Det er også en diskurshistorie om utleiring og monopolisering av meningssystem, om modellmakt, hegemoni og allianser samt institusjonalisering av praksis. Vi finner dette utlagt hos Foucault (1973) i en analyse av det han kaller «arkitekturen ved den medisinske persepsjonen» i vår vestlige kultur. Et hovedpoeng er at denne arkitekturen ikke bare er formet av den generelle kulturelle diskursen, men i høy grad også former den. Når gjenstandfeltet er "psykiske lidelser" er det nødvendig ikke bare å forholde seg til fenomenene som om de foreligger "ferdige" for oss, uten å spørre hva som har gjort dem ferdige. Dagens situasjon kan med andre ord ikke forstås uten et historisk blikk på rådende diskurs. Her skal det være kort.

Et historisk blikk

Institusjonaliseringen som nå avvikles har røtter i en mer alminnelig ide om internering og oppdragelse av fattige gale og andre avvikere som fester seg først på 1700-tallet. Det er to anstaltkategorier som vokser frem: Arbeidshusene som var sosiale dumpingsplasser for uverdige fattige, og hospitalene (som ikke var sykehus i vanlig forstand) som internerte de uverdige, de syke, eldre og foreldreløse. De gale kunne havne i ulike kategorier, også i oppdragelsesanstaltene (correction house) – anstalter som tok seg av en brysom overskuddsbefolkning. De "gale" var med andre ord alt utskilt som en sosial kategori og underlagt regimer av sosial kontroll før medisinen gradvis overtok og gjorde denne kategorien til kategorier av sykdom.

I et velkjent maleri portretterer Tony Robert-Fleury den berømte franske legen Philippe Pinel som i asylet Bicêtre i 1793 frigjør de gale fra sine lenker. Det er forskjellen mellom den gamle og nye tid, og medisinens humaniserende inntreden. Og det er for så vidt en humanisering som skjer, og en tro på at ufornuft kunne kureres med fornuft – i ettertid omtalt som "moral treatment". Tilsvarende skjedde i England (Wilhelm Tuke ved York Retreat), Italia (Chiarugi),

Tyskland (Reil) og Amerika (Benjamin Rush). De gale skulle i følge idealene behandles som potensielle fornuftsvesen (altså som subjekt) og en moralsk terapi som i praksis var vennlighet, samtaler, rasjonalitet og humanisme, lesing i bibliotek og kunst i rolige, luftige og avsondrede omgivelser. Galskap blir gradvis synonymt med svekket fornuft – sykdom på fornuftsevnen. Omforming av galehusene til psykiatriske asyler er på mange måter et moderniseringsprosjekt som speiler de verdier som ellers setter seg igjennom i samfunnsformasjonen. Regimet er strengt: disiplin, dannelse og produktivitet under vitenskapelig ledelse.

Psykiatridiskursen utvikles innenfra som en vitenskapelig ambisjon. Vitenskapen, fornuftens fremste uttrykk, proklamerer en ny orden som lover å sette tingene på plass. Galskapen ble et problem som kunne løses, slik en ellers tok kontroll over naturen for å mestre den og forbedre den. At de gale kunne helbredes var en ny tanke. Medisinen kunne tilby dette, samt sikkerhet og orden, men det forutsatte full kontroll over institusjonene. Galehusene ble gradvis sykehus og språket medisinsk. I Norge kom de nye institusjonene langt senere enn i Europa for øvrig. En viktig forløper var Dollhuskommisjonen i 1825 ledet av Fredrik Holst (1791-1871). Kommisjonen så forøvrig på utbredelsen av galskap som et sivilisasjonsbarometer slik flere vitenskapsmenn hadde dokumentert. Jo mer galskap i institusjoner, desto høyere sivilisasjon, og de humanistiske argumentene for institusjonaliseringen var for så vidt ikke av dårligere kaliber enn de som senere er brukt for nedbyggingen. Kommisjonens utredninger ble imidlertid ikke realisert før i 1848 da Sinnssykeloven kom, og i 1855 da det første statlige sinnsykeasyl ble bygget på Gaustad. Den medisinske diskursen er dermed etablert som ledende og dominerende på dette området. Kulturhistorisk er moderniseringen av håndteringen av galskap sammenfallende med moderniseringen av mennesket.

Selv om medisinens overtakelse av galskapen i utgangspunktet var en humanisering, ble fortsettelsen ikke det. Institusjonene ble også laboratorium for medisinens ambisjoner om å kurere og utrydde sinnssykdommer, et laboratorium for vilkårlig eksperimentering og forskning uten særlig tilsyn verken fra etiske komiteer eller en kritisk offentlighet. Som sykdommer hørte galskapen ikke lenger med til den menneskelige variasjon og eksistensens grunnvilkår. Som "ufornuft" var den fornuftens motsats, men som sykdom ble den noe annet, en feil en måtte finne årsaken til slik at den kunne utryddes. Når galskapen slik ble gjort til sykdom ble den også et objekt som kunne, slik man studerte andre sykdommer, studeres uavhengig av den syke selv. Men når mennesket blir objektivisert, viser vår historie at det dessverre er fare på ferde – og psykiatriens ambisjon om å utrydde galskap har ført mye galskap med seg. Dens behandlingshistorie er et vitnesbyrd om uttallige metoder og desperate kurer vi i dag anser som både krenkende og inhumane (Haave, 2008). Psykiatrien som fag skal ikke alene gis ansvar for fortidens overgrep. Derimot bør det være et rimelig krav at en analyserer sine egne villfarelser. En lærer lite av historien ved å harselere over fortidens feil. De kan sjelden forklares som moralske og intellektuelle villfarelser hos de aktørene som utførte dem. De var del av sin samtids epistemologi, som vi er i vår, og det ville være arrogant å hevde at vi representerer slutten på historien. Lærdomen av fortidens feilgrep og overgrep bør i det minste inngi ydmykhet og epistemologisk ansvar. Det utfordrende spørsmålet er hvordan ettertiden vil vurdere våre handlinger og tenkemåter som historie.

Kart og terreng

I kunnskapsteori er begrepene ontologi og epistemologi viktige. Ontologi er læren om hvordan virkeligheten *er*. Siden det er vanskelig, om ikke umulig, å komme frem til en sikker forståelse av hvordan verden faktisk ser ut, må vi nøye oss med å utvikle *kunnskap* om verden, og *epistemologi* er læren om dette. I denne sammenhengen skal noen poeng fremføres ved å innby til å tenke i metaforene *kart* (epistemologi) og *terreng* (ontologi). Modernitetens kunnskapsmodell kan da kort karakteriseres som en ambisjon om å utvikle metoder slik at en kunne akkumulere kunnskap til å utvikle mer og mer presise og nøyaktige kart.

I løpet av modernitetens 400 år lange historie har vi imidlertid utviklet mye kunnskap om begrensingene og problemene med denne modellen, for eksempel vår tendens til å forveksle kart og terreng, eller til å generalisere fra kart om biter av terrenget, eller at vi ikke ser at noen terreng er foranderlige, og at de også lar seg forandre gjennom de kartene vi fortolker dem med. Slik kunnskap om kunnskap (vitenskapsteori) har i det minste gjort det nødvendig å avklare hva slags type terreng (ontologi) vi refererer til når vi skal forske på et felt. Et viktig analytisk skille vil da være forholdet mellom *objektontologi* og *subjektontologi*. Med objektontologi menes referanser til terreng som antas å eksistere uavhengig av oss (som den fysiske verden), og som ikke er formbar gjennom våre kart – altså en verden vi kan stille oss på utsiden av i en ikke-kommunikativ tilskuerposisjon. Om ikke alltid filosofisk uproblematisk, har naturvitenskapene (inkludert medisin) gjennom en slik modell utviklet sin kunnskap. Subjektontologi referer derimot til en verden av fenomen som ikke kan eksistere uavhengig av oss – de er enten skapt av oss eller "kommer til verden" gjennom vår bevissthet om og fortolking av dem. Penger kan brukes som eksempel. Objektontologisk vil en hundrelapp være et stykke papir som i seg selv er temmelig verdiløs cellulose. Papirets verdi er en tillagt verdi (subjektontologi), og eksisterer således kun gjennom det menneskeskapte regelsystemet vi kaller økonomi. Å la penger som objektontologi være førsteperspektivet i økonomisk forskning, ville kvalifisere som en epistemologisk feil.

Med dette som bakteppe kan både medisinen generelt, og psykiatrien spesielt, hevdes å ha identifisert seg med en objektontologisk modell. Den tas på sett og vis som gitt i mange miljø. Man har antatt at "psykisk sykdom" er noe som foreligger uavhengig av oss, og at utfordringen for forskingen først og fremst er at en kan avdekke disse sykdommenes "sanne" empiriske natur, og etter medisinske systemer for kunnskapsakkumulasjon utvikle strategier og teknologier for terapeutiske inngrep. Fra en slik posisjon er psykisk sykdom, som annen sykdom, ulike former for "feil", fortrinnsvis biologiske feil. Symptomer og tegn er "vitnesbyrd" om disse feilene og har ingen intensjonalitet og mening utover det. Følgelig rettes forskningen mot å kartlegge og forstå sykdommen; den syke personen (og hans eller hennes erfaring) er i seg selv underordnet i denne ambisjonen.

Problemet, kunnskapsteoretisk sett, er at det psykiatrien studerer er følelser, tanker og atferd – og dette er fenomener som bare er meningsfulle innen det vi her har kalt subjektontologi. Og forsøk på å forstå psykiske lidelser innen en slik posisjon har vært flere (og sprikende), men aldri dominerende. De idehistoriske grunnene til dette skal ikke utdypes her. Det sentrale i vår

sammenheng handler om at fra en slik posisjon blir ikke "lidelsene" noe prinsipielt fremmed fra det å være menneske i verden. Utgangspunktet er at selv om utrykksformene kan være uforståelige, handler det dypest sett om våre eksistensielle grunnvilkår. Det betyr at disse lidelsene ikke kan forstås objektivert som enheter utenfor domene av menneskelig væren i verden. Forskingens fokus vil følgelig være det lidende menneske selv, dets forhold til verden og seg selv. Fra en slik posisjon blir følgelig "psykisk sykdom" ikke noe som er gitt i seg selv, men gjenstand for fortolkning innen mellommenneskelige fellesskap. Dette betyr ikke at biologi er uvesentlig, men at det ikke kan være førsteperspektivet.

Det er i vår sammenheng et viktig poeng at når psykiatrihistoriens feilgrep og overgrep analyseres, bør de også forstås som konsekvens av en epistemologisk feil; en overdreven og til tider feilaktig objektivering av menneskelig subjektivitet. Man har identifisert seg med et objektontologisk førsteperspektiv, og dermed, eksempelvis, redusert menneskelige utrykksformer til de biologiske mekanismer og forutsetninger som gjør dem mulige. Det er trolig også en allmenn mekanisme i dette, for som Dennett (1995) har pekt på blir det gjerne slik at når vi ikke gjenkjenner andre menneskers væremåter som meningsfulle (intensjonale), vil vi ty til årsaksforklarende (kausale) og objektiverende forklaringer.

Fra en fenomenologisk posisjon (subjektontologi) kan eksempelvis en psykotisk væremåte tolkes som sammenbrudd av subjektivitet; at det av ulike grunner er for smertefullt å være i verden som "a speaking I", og at en form for selvobjektivering "beskytter" en mot verden. Om en legger dette til grunn, er implikasjonen at hjelpearbeid må handle om å anstrenge seg for å nå den andre som subjekt, og å gjøre gjenoppretting av forholdet til verden mulig. En objektiverende psykiatri vil derimot stå i fare for å kunne forsterke, snarere enn å hindre selvobjektiveringen. Dessuten: Å redusere subjektet (*den* andre) til noe objektivt (*det* andre) skaper avstand til den andre som medmenneske. En slik avstand øker sjansene for manipulering, kontroll og inhumanitet. En subjektontologisk posisjon som førsteperspektiv handler således ikke bare om epistemologi, men har også en etisk implikasjon: Å vedlikeholde den andre som subjekt (medmenneske), er viktig for å beskytte oss selv mot våre egne inhumane tilbøyeligheter.

Epistemologiske spenninger

Epistemologisk sett representerer ikke Opptrappingsplanen noe brudd med det dominerende kunnskapssynet i psykiatriens historie. Den er også preget av de epistemologiske spenninger som har fulgt dette fagets historie - spenninger som snarere kamufleres enn utfordres. Dens sosialpolitiske visjon burde innebære en vending mot subjektontologiske epistemologier. Mens slike posisjoner hadde et visst gjennomslag forut for Opptrappingsplanens tilblivelse, ser det ut til at ved slutten, i alle fall innen internasjonal psykiatri, er det en objektontologisk forståelse som igjen har blitt hegemonisk. Dette skyldes psykiatriens "tilbakevending" til det biomedisinske paradigmet som grunnskjema for hvordan sykdom skal/bør forstås. Forankret i dette er diagnosesystemene. Diagnoser er kunnskapssystem, og slik betraktet har de en bestemt epistemologisk arkitektur. Jeg skal her forsøke å klargjøre denne arkitekturen og dens epistemologiske forutsetninger, og vise hvordan den siden 1980-tallet har spilt en hegemonisk rolle i amerikansk og vestlig psykiatri.

Det biomedisinske paradigmet forutsetter at forståelsen av både sykdom og behandling skal forankres i en vitenskapelig oppfatning av kroppen som natur - den "subjektløse" eller naturlige biologiske kroppen. Den til enhver tid foreliggende biologiske kunnskap vil således være bærebjelken for medisinen, og kunnskapsutvikling må baseres på studier av kroppsobjektet, ikke kroppssubjektet. Den erfarende, opplevende og historiske kroppen ligger "utenfor" dette paradigmets rekkevidde. Dessuten skal behandlingsmetoder legitimeres med grunnlag i vitenskaplige kriterium for kunnskapsetablering. Det vil i hovedsak si at det må kunne påvises med grunnlag i vitenskapens metodekrav at en behandling virker, at virkningen lar seg objektivere, at den er kausalt relatert til metoden uavhengig av behandleren, situasjonen metoden blir benyttet i, og forhold ved pasienten som er irrelevant for aktuelle sykdomskategori. Idealet er altså en universell, eller kontekstfri medisin. Pasienten som et erfarende subjekt er i denne sammenhengen irrelevant, og noe man i forskingsdesignet "kontrollerer for". Individuell variasjon betraktes som "feilvarians" eller som gyldig bare i den grad den rent statistisk er signifikant på gruppenivå. Selv om biomedisinen historisk sett har frembrakt viktig kunnskap og imponerende resultater på en del felt, betraktes paradigmet i dag som begrensende innenfor flere områder av somatisk medisin, blant annet fordi det ikke er i stand til å integrere ny kunnskap om hvordan nettopp kulturelle og individuelle erfaringer

også nedfelles som biologiske uttrykk (Getz og Kirkengen, 2011). Biomedisinen er likevel hegemonisk, og er innvevd i byråkratiske og institusjonelle strukturer og utøver modellmakt slik at andre forståelsesformer fortrenges (Ekeland, 2001).

Som del av medisinen har psykiatrien naturligvis alltid vært biologisk orientert og ambisjonen om biologiske forklaringer på psykiske lidelser har vært konstituerende for psykiatriens identitet. Det betyr ikke at biomedisinen har vært den eneste epistemologiske posisjonen, eller alltid har vært like dominerende. Kampene i psykiatrien om "forståelsen" har vært mange, og "hovedkampen" blir i psykiatriens egen historiefortelling omtalt som den mellom "somatikere" og "psykikere" (Kringlen, 2001). Posisjonene kan illustreres ved to velkjente aktører, født i samme år, *Emil Kraepelin* (1856-1926) og *Sigmund Freud* (1856-1939).

Kraepelin, i ettertid mest kjent fort sin store anstrengelse med å sammenfatte ulike diagnosesystem og bringe psykiatrien på linje med den vitenskapelige utviklingen i medisinen forøvrig, hadde en usvikelig tro på psykiatri som en allmenngyldig (nomotetisk) vitenskap som kunne avdekke universelle lover bak mentale lidelser. Hans interesse for å utvikle et samlet diagnosesystem var like mye epistemologisk som praktisk begrunnet: Han hadde sett hvilken suksess dette hadde hatt i andre deler av medisinen når det gjaldt akkumulering av kunnskap. Han kan stå som representant for "somatikerne", og i sin tid den dominerende tyske psykiatrien. Deres epistemologiske tilnærming var å studere den gale som objekt, det vil si det er "sykdommen" som granskes – ikke den syke som person. I denne posisjonen er sinnslidelsenes utrykksformer å betrakte som biologisk betinget "maskinfeil", som reaksjoner, vrangforestellinger eller tomme handlinger. Den mentale lidelsen har med andre ord ytringer som i prinsippet er uten mening, de har ingen intensjonalitet. I kliniske sammenhenger er objektet "den mentale lidelsen", noe den andre har, og klinikerens viktigste verktøy det observerende og objektiverende blikket.

Epistemologisk bidrar Sigmund Freud med et brudd: Han erstatter blikket med hørselen: å lytte til den lidende ut fra tanken om at lidelsen kunne forstås i lys av pasientens unike erfaringer og psykologi. Fenomenene kan i prinsippet forstås som meningsfulle innenfor en menneskelig erfaringshorisont, og psykoanalysen ambisjon ble da å kunne gjøre denne "oversettelsen". At Freud, og senere mainstream psykoanalyse, kom til å betrakte intensjonaliteten under kausalitetens synsvinkel, er en sak for seg. I denne sammenhengen er poenget at i psykoanalysen, og i tilsvarende kunnskapssyn der forståelsen av enkelttilfellet er sentralt (ideografiske epistemologier), blir den universelle (nomotetiske) diagnosen mindre interessant. Fokuset er ikke sykdommen, men den syke personen. Den psykoanalytiske/psykodynamiske innflytelsen fra mellomkrigstiden og frem til 1980 er nok en vesentlig historisk grunn til at den biomedisinske diskursen, både i form av biologisk orientering og diagnostisk tilnærming, har vært mindre fremtredende. Dette er nå endret. Psykoanalysen (og Freud) er detronisert og det er Kraepelin sine etterfølgere som kontrollerer diskursen (Kirk og Kutchins 1992).

Den nye biomedisinske psykiatrien

Siden psykiatrien, som medisinsk disiplin, alltid har hatt en biologisk ambisjon er dagens opptatthet av nevrobiologisk psykiatri å anse som en rebiologisering, eller remedikalisering. En forutsetning er selvfølgelig den eksplosive kunnskapsutviklingen i biologiske fag. Det handler m.a. om genforsking på ulike nivå, og ikke minst om hjerneforsking og nittitallets formidable forventninger til nye fagfelt som nevrobiologi og nevrovitskap, muliggjort ved ny teknologi som ga vindu inn til hjernen slik at hjerneaktiviteter kunne observeres på helt nye måter (PET, fMRI og MEG).

Vendepunktet for den nye biologisk orienterte psykiatrien i moderne tid blir av mange, for eksempel Kringlen (2001), tidfestet til rundt 1980 da det amerikanske diagnosesystemet DSM (versjon II) skulle revideres. I denne situasjonen oppstår det en maktkamp i APA, den amerikanske psykiaterforeningen (American Psychiatric Association) som ender med at de biologisk orienterte psykiaterne får kontroll over prosessen (Kirk og Kutchins, 1992). DSM III blir derfor ikke bare en revisjon, men en revolusjon tilpasset et neokrapelinsk manifest som ble utarbeidet noen år tidligere av en gruppe biologisk orienterte psykiatere. I dette manifestet er det lagt til grunn at psykiske sykdommer ontologisk sett er som somatiske sykdommer, og at psykiatrien bør ha et eksplisitt fokus på de biologiske aspektene (se Bentall 2003, s. 58). Gjennom DSM-revolusjonen gjenerobret den biologisk orienterte psykiatrien de fleste maktposisjonene (organisasjoner, tidsskriftredaksjoner, forskingsråd mv) i amerikansk psykiatri. Et av resultatene er at det i dag er få amerikanske psykiatere som praktiserer psykoterapi (Paris, 2008). Mens tysk psykiatri var ledende på nitten hundretallet er det amerikansk psykiatri som i dag er hegemonisk, og det epistemologiske vendepunktet nådde etter hvert også Europa. Et empirisk eksempel finnes hos to norske psykiatere som i et medisinsk fagtidskrift gir uttrykk for følgende: *"Psykiatri har over lang tid lidd under mangelen på et enhetlig forklaringsparadigme. Vi mener at tiden er inne til å hevde nevrobiologi som grunnlag for alle psykiatriske forståelsesmodeller"* (Ringen & Dahl, 2002, s. 2024). Som vesentlige premiss for denne anbefalingen viser forfatterne til behovet for å bli tatt på alvor av omgivelsene, ikke minst myndigheter og andre beslutningstakere. Det er liten tvil om at den medisinske diskursen og det biomedisinske forklaringsparadigmet har hatt stort gjennomslag overfor publikum og myndigheter i USA, og etter hvert mange andre vestlige land. Det er ikke lenger bare de "gamle" psykiske lidelsene som schizofreni og manisk-depressiv (bipolar) som blir omtalt som hjerneorganiske, men de fleste psykiske lidelser, inkludert vektproblem, seksuelle dysfunksjoner, avhengighetslidelser og rusproblem (se Ekeland, 2006).

Diagnoser som kunnskap

Det er en nær epistemologisk sammenheng mellom det biomedisinske paradigmet og medisinske diagnosesystem. Som praktisk handling er det å diagnostisere selvsagt ikke bare nødvendig, men uunngåelig i all behandlingsvirksomhet. Men vi må skille mellom diagnostisering som praksis, og diagnoser. En diagnose betyr kunnskap gjennom kategori, og

en biomedisinsk diagnose er en konklusjon om kategori innen et sett av mulige kategorier. En diagnostiserer altså mellom kategoriene innen et bestemt diagnosesystem, og ikke mellom diagnosesystemene. Et diagnosesystem vil igjen være en del av et medisinsk meningssystem og impliserer en sykdomsteori. I vestlig psykiatri er det to diagnostiske system som har hatt hegemoni, og blitt implementert i helsevesenet. Det er ICD-systemet ("International classification of diseases, injuries and cause of death", anbefalt av WHO og felles for somatiske og psykiske lidelser), og omtalte DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) utviklet av APA spesielt for psykiske lidelser. Selv om de er noe ulike, er begge systemene forankret i biomedisinen sin praksis for sykdomsklassifisering, som Thomas Sydenham (1624-1689), nosografiens far, har blitt tilkjent epistemologisk ære for. Han bidrog til gjennombruddet for entitetsoppfatning, dvs. at sykdom kunne avgrenses som en egen substans, og ideen om at det til enhver sykdom fantes en annen substans som var sykdommens årsak - og at en på grunnlag av slik kategorisering kunne finne frem til spesifikke legemiddel for disse entitetene. Sykdom ble således ontologisert som kvalitative størrelser en kunne gjøre rede for ved å beskrive dem slik en beskriver planter, og ordne dem i familier og slektskap der symptom var knyttet til sykdom slik blad og kvister var en del av planten. Denne forståelsen var historisk sett nyskapende og gjorde det mulig å systematisere klinisk erfaring på en ny måte ved at sykdommer kunne omtales og beskrives uavhengig av den syke selv.

Men, klassifikasjon av fenomen er i seg selv ikke vitenskap. Vitenskapelig klassifikasjon bør innebære at når et fenomen tilordnes en bestemt kategori, oppstår det en merviten om fenomenet. Et diagnosesystem, om det er vitenskapelig, inneholder (rett nok i ulik grad), en slik merviten på ulike nivå, akkumulert gjennom forsking. Det første nivået er det rent deskriptive (nosografi), deretter at dette peker mot en bestemt pågående prosess (patologi), som har en mulig årsakskjede (etiologi), og et forutsigbart utviklingsforløp (prognose) – og endelig: en behandling (terapi) som kan korrigere denne utviklingen. Medisinske diagnosers vitenskapelige status vil være avhengig av disse nivåenes samlende merviten, og er denne overbevisende etablert, kan rett medisinsk diagnose være helt avgjørende for rett behandling. I somatisk medisin finnes likevel mange diagnoser med svak kunnskapstatus (i dag ME) og diagnoser som etableres av sosialpolitiske grunner og press utenfra (fibromyalgi). Over tid synes likevel diagnoser uten kunnskapsakkumulering utover det nosografiske nivået å forsvinne. Studier av somatisk medisinen viser at vitenskapelige utvikling og fremskritt følger det mønsteret som har blitt kalt "Scaddings Ladder", som forenklet utlagt innebærer at variasjon på et nivå kan "reduseres" ved forklaringsmekanismer på et underliggende nivå; dvs. at nosografisk variasjon i stigende grad blir tilbakeført til underliggende biologiske prinsipper og mekanismer (Houts, 2002).

Sett fra et slikt kunnskapsperspektiv er det ytterst problematisk, slik Opptrappingsplanen gjør, å fremstille DSM III (og IV) som vitenskapelige fremskritt. DSM er først og fremst et nosografisk system, og med svak og meget ustabil (hypotetisk) akkumulering av kunnskap på underliggende nivå (Houts, 2002). Tankegangen om at medisinen "oppdager" sykdommer ser ut til å passe dårlig for psykiatrien, og veksten i antall DSM-sykdommer frem til i dag, hadde vært særdeles oppsiktsvekkende om det gjaldt somatiske lidelser.

Epistemologiske problem

Både den nye biologiseringen og DSM-systemet har vært kritisert fra ulike posisjoner. I denne sammenhengen skal jeg bare peke på noen epistemologiske problem – problem som er gamle, selv om kunnskapen (for eksempel nevrobiologi) fremstår som ny. Og den nye (og til tider revolusjonerende) kunnskapen handler om signalstoffenes betydning (særlig serotonin og dopamin), ikke minst fordi moderne farmaka (for eksempel SSRI) blir fremstilt som å virke direkte på disse, eksempelvis etter logikken: depresjon skyldes lavt serotonin-nivå, SSRI ("Lykkepillen") tilfører serotonin, slik man tilsvarende tilfører insulin ved diabetes. Det er godt dokumentert i dag at der ikke er tilstrekkelig empiriske grunnlag for signalstoff-teorien (Valenstein, 2002, Healy, 2004, Whitaker, 2002, Cornwell, 2004). Det skal ikke utdypes her. Derimot skal et gammelt slutningsproblem påpekes: at en fra en beskrivelse av et fenomen på et biologisk nivå ikke kan slutte til et kausalt og determinert forhold. Mye av denne forskingen er dessuten basert på korrelasjon mellom psykologiske variabler og biologiske variabler. Korrelasjon forutsetter at fenomen som samvarierer, ontologisk sett er uavhengige av hverandre. Men, kropp og sjel er samtidige fenomen i den betydning at alt som skjer i sinnet nødvendigvis også på et eller annet vis må skje i kroppen (hjernen). Om den biologiske mekanismen ved depresjon har med serotonin å gjøre (hvilket kan være sannsynlig), kan det hevdes med like stor vitenskapelig tyngde at dette er virkningen av depresjon, og ikke årsaken. Å gjøre rede for en opplevelse (psykologisk nivå) ved å korrelere den med den mekanismen som gjør opplevelsen mulig (biologisk nivå) er egentlig bare å erstatte en beskrivelse med en annen. At det er en "kjemisk ubalanse" som forårsaker depresjon er eksempel på det som Bennet og Hacker (2003) karakterisert som "the mereological fallacy", en feilslutning der hjernen tilskrives psykologiske egenskaper. Og selv om operative biologiske mekanismer (som der alltid vil være) kan påvises, kan dette, som del av helheten, ikke utlegges som forklaring på hele helheten.

Til tross for ny biologisk kunnskap er det epistemologiske problemet fortsatt det samme: Ingen psykiatridiagnoser blir gitt på bakgrunn av blodprøver eller andre biologiske markører. Input til alle disse diagnosene bygger på en vurdering av atferd, følelser og tanker. Når disse vurderingene er i samsvar med den konsensus som psykiatrien selv har skapt, kan en diagnose stilles. Men vurdering av et annet menneskes atferd, tanker og følelser er normative vurderinger som hører subjektontologien til; og grensene for normalitet kan bare fastsettes normativt, uansett om dette blir gjort på et tilfeldig (og subjektivt grunnlag) eller ved hjelp av diagnostiske instrumenter basert på empirisk forskning. Normative avgrensinger er avgrensinger i språket av hva som oppfattes som eksempelvis bør/ikke bør, ønskelig/ikke ønskelig, sunt/usunt etc. En psykiatridiagnose er dermed først en normativ avgrensing, før den kan være en deskripsjon av noe som antas ontologisk sett å være en sykdomsenhet. Et første sentralt epistemologisk spørsmål er da om den normative avgrensingen kan "forklares" ved en underliggende ontologisk enhet, deretter om en eventuell slik enhet kan "oppheve" førstebeskrivelsen som en relevant beskrivelse, i alle fall etiologisk sett.

Det epistemologiske problemet er følgende: At atferd, følelser og tanker er normativt avvikende (i samfunnet), betyr at de også, teoretisk sett, er statistisk avvikende på biologiske variabler.

Men dette er ikke det samme som biologisk patologi. Slik patologi kan bare avgjøres i forhold til biologiske normer, ikke sosiale, og til tross for intensivert fremstilling av mentale lidelser som biologiske lidelser, er det så langt ikke påvist en eneste psykisk lidelser som har en underliggende biologisk patologi (i forhold til biologiske normer). Det en derimot har funnet mye om, er biologisk variasjon – men, det er noe helt annet. Mens man tidligere tok for gitt at et biologisk nivå hadde etiologisk forrang, kan man nå i mange sammenhenger like gjerne hevde at et slikt mønster (også strukturelle) like gjerne kan være sekundært – altså som virkning av lidelsen (Valerstein, 2002). Omfattende biologisk orientert stressforsking har nå også overbevisende dokumentert hvordan menneskelig erfaring med overgrep og vanskelige livsvilkår kan nedfelle seg som strukturelle biologiske konsekvenser og forårsake kroniske somatiske lidelser. Siden biomedisinen studerer kroppen som objekt, og ikke "spør" hva kroppen har erfart, overses dette ofte også innen klinisk medisin (Kirkengen, 2005).

Poenget er dette: I naturen og i biologien finnes ikke problemer, avvik, sykdommer, lidelser eller diagnoser. I biologien finnes bare variasjon. Vår biologi kan være med på mye og tilpasse seg varierte livsformer, men ikke alt, og ikke uten omkostninger – og disse er ulikt fordelt. Men det er i vår fortolking av denne variasjonen i forhold til individuelle og samfunnsmessige funksjonskrav at noe blir et problem. Med andre ord: ikke noe er avvikende med mindre noen oppfatter noen som avvikende. Disse innvendingene tilsier selvsagt ikke at biologi er uvesentlig, også som en del av etiologien. Problemet er at en ikke uten videre kan gå fra et sosialt og normativt nivå til et biologisk nivå som om førstnevnte ikke eksisterte. I verste fall kan vi da komme til å kamuflere ideologi som biologi (se Ekeland, 2006).

Oppsummert: vitenskapeliggjøring av feltet "psykiske lidelser" har historisk i hovedsak vært ensbetydende med forskning forankret i en objektontologisk ontologi, fortrinnsvis biomedisin. Det innebærer at hovedfokus har vært å utvikle kunnskap om den objektiverte lidelsen (som sykdomsenhet/*det* andre) og forfølge ambisjonen om å utvikle spesifikke terapier (medisin). Som en konsekvens har kunnskap om subjektet, *den* andre, kommet i bakgrunnen. Fra et vitenskapelig synspunkt har denne tilnærmingen historisk sett vært temmelig mislykket. Det er lite kunnskap som er akkumulert, og forbedring av diagnostisk reliabilitet(pålitelighet) er temmelig trivielt når validiteten mangler. Kanskje mest avgjørende er at uavhengig empirisk forsking gjennom mange år viser at tankegangen om spesifikke terapier for spesifikke lidelser ikke holder og at de metodene som dominerende fagmiljø legger vekt på kanskje er minst viktig i forhold til hva som brukere selv erfarer som virksomt (Borg &Topor, 2007; Wampold, 2001; Aarre, 2010). Behandlingsforsking peker egentlig mot følgende konklusjon: man kan ikke behandle psykiske lidelser – man kan bare behandle psykisk lidende mennesker. Til tross for dette er det objektontologiske kunnskapsynet fortsatt dominerende, og har blitt forsterket gjennom de siste tiårenes vektlegging av evidensbasert praksis (Ekeland, 2009). Noen psykiatere, for eksempel Trond Aarre, har innsett at kursen må endres. I boken *Manifest for Psykisk helsevern* tar han konsekvensene av den medisinske modellens utilstrekkelighet, og viser at selve grunnlaget for hvordan vi har organisert og tenker om psykiske helsetjenester dermed faller. En kunnskapsmessig riktigere tjenesteprofil vil trolig være langt mer fornuftig, også økonomisk sett, hevder han (Aarre, 2010).

Erfaringskompetanse – epistemologiske forutsetninger

Kompetanse (av latin competentia) refererer til «å kunne noe», «å være i stand til», og erfaringskompetanse innebærer språklig sett at dette har grunnlag i aktørens erfaring. Om aktøren for eksempel er kliniker, benyttes uttrykket klinisk erfaring. Slik erfaring har hatt vekslende status i de kliniske fagene, ikke minst fordi erfaring, i motsetning til forsking og vitenskap, ansees som et usikkert og vilkårlig kunnskapsgrunnlag. Erfaring assosieres med det subjektive, i motsetning til vitenskap som representerer objektivitet. Da evidensbasert praksis slo inn i de kliniske fagene sent på nittitallet, ble den bl.a. argumentert for som et nødvendig korrektiv til klinisk erfaring.

I Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse sin strategiplan er det brukere og pårørende sin erfaring som først og fremst omtales. Senteret har som ambisjon og visjon å skape ny kunnskap og ny praksis gjennom å skape likeverd mellom erfaringskompetanse og fagkunnskap. Målgruppen for kunnskapen er fremfor alt helse- og sosialpersonell med tilhørende utdanninger; og tjenesteapparatet. Utfordringen handler både om å akkumulere slik kunnskap (erfaringsbase) og å gyldiggjøre den. Sistnevnte er trolig langt mer utfordrende enn førstnevnte. Selv om den utvikles og bygges opp på måter som gjør den troverdig i forhold til allmenne kriterier for saklighet og validitet, vil slik kunnskap kunne oppfattes på ulike måter avhengig av fagmiljøene og fagpersonenes egne kunnskapssyn. Vi skal her vurdere noen argumenter, og implikasjonen av dem, i forhold til de to tidligere omtalte ontologiske posisjonene for forståelsen av psykisk helse.

Innen objektontologiske epistemologier vil det kunne argumenteres for erfaringskompetanse som supplerende kunnskap, for så vidt ikke prinsipielt forskjellig fra argumentasjon for tilsvarende når det gjelder andre medisinske sykdomsgrupper; diabetes, hjertepasienter etc. Og det kan, av historiske grunner, argumenteres særskilt for at gruppen "psykisk lidende" og deres pårørende, tas med på råd når det gjelder tiltak og behandling, og at deres erfaringer med tjenestene systematiseres og dokumenteres. Det kan argumenteres fra flere posisjoner

for dette, både at det handler om demokrati og korreksjon av gammel paternalisme, men og at brukerorientering som kundeorientering er en forutsetning for at moderne markedsmodeller skal kunne fungere. Videre vil mange fagfolk kunne ta inn over seg forsking som dokumentere at samarbeid med brukere gir bedre kliniske resultater. Skal alt dette kunne bli noe mer enn "gode intensjoner" kreves forsking og dokumentasjon. Det er slik kunnskap utvikles og bygges opp, og dette er langsiktige prosjekt.

De metodiske utfordringene er mange. Hovedproblemet er den rette balansen mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om å utvikle forskningsdesign som gir stor sannsynlighet for generalisering, i praksis at man har stor kontroll over datainnsamlingen. Men dette hjelper lite om funnene ikke angår relevante forhold (ekstern validitet). Siden (kortsiktig) vitenskapelig status lettest synes å oppnås ved prioritet av intern validitet, kan "brukerorientert forsking" lett utvikle seg til å bli dominert av for eksempel survey-forsking basert på standardiserte kundebarometre, og med gjennomsnittsverdier som resultat (så mange fornøyde, så mange misfornøyde). Slik forsking har en viss, men langt mer begrenset verdi enn antatt (Hovden, 2004). Mye inngår i den løpende strømmen av teorifattig evaluering, men med svak vitenskapelig verdi.

Skal man øke relevansen, og gyldigheten, må det innebære at en kommer nærmere "erfaringen selv". Det vil si en mer subjektorientert forsking. Det er flere måter å gjøre dette på. En strategi er for eksempel å involvere brukerne selv i hele eller deler av forskingsprosessen (Borg og Kristiansen, 2009). En annen er større bruk av design som gjør det mulig for informantene å formidle sine erfaringer ut fra egne premisser, og ikke bare ut fra den strukturen som for eksempel et spørreskjema setter. Ofte handler dette om kvalitative studier, men det er en misforståelse at slik forsking ikke kan gjennomføres ved kvantitative design. Det avgjørende må være sensitivitet til fenomenets egenart; i vårt tilfelle at "erfaring" i seg selv ikke alltid er noe som "foreligger" ferdig for "datatapping", men som hentes frem og utvikles gjennom dialogiske prosesser. Erfaring er samtidig *noens* erfaring *om* og *av* noe, dvs. at å forstå erfaringens relasjonelle og kontekstuelle sammenheng er helt avgjørende for god forsking. Endelig er "erfaring" i utgangspunktet noe som ikke oppstår i den enkelte som enkle avtrykk av verden. Vi vet at samme begivenheter kan påføre mennesker høyst ulike opplevelser og erfaringer, men og at samme erfarte konsekvenser av livet kan ha ulike kilder. Det sentrale poenget her er å minne om at erfaring alltid er *fortolket*; at ethvert menneske er et meningsskapende vesen som fortolker ut fra sine forutsetninger. En metodologisk implikasjon er at ideografiske design må gis større plass. Utfordringen for forskingen er å kunne fange dette aktørperspektivet, men samtidig å bringe subjektets fortelling inn i en allmenn gyldiggjøringsprosess. Subjektorientert forsking skal selvsagt aldri forbli subjektiv. Om målet er kunnskap, må den, som annen forsking, søke overskriding av enkelttilfellet og det spesifikke. Det kan med en viss rett hevdes at en del slik subjektnær kvalitativ forsking ikke har klart dette; ofte fordi den er for teorisvak.

Innenfor rammen av det som er sagt så langt, foreligger det etter hvert en god del forsking som er relevant og interessant. I det store forskingsbildet om mental helse er denne typen

forsking likevel ytterst marginal. Det er den biomedisinske og den individualpsykologiske forskingen forankret i objektontologi som dominerer, både med hensyn til økonomiske ressurser og vitenskapelig status. Denne utviklingen har blitt forsterket de senere årene i og med den sterke vekt på evidensbasering. I forskingssammenheng innebærer dette prioritering av kontrollerte gruppedesign (RCT-design), hvilket innebærer at nettopp subjektivitet (og erfaring) ikke utforskes. Det er heller lite av Opptrappingsplanens sosialpolitiske visjoner som er gjenspeilet i dagens dominerende forskingsfront. Forskingsrådets Program for mental helse (2006-2010) og "Foreløpig Programplan Psykisk helse for 2011-2015", illustrerer også dette; dominert som de er av psykiatri- og psykologiprofesjonenes individorientering. Grunnene til ovenstående er sikkert flere, men fra et kunnskapsperspektiv kan det sees slik: Den omtalte erfaringsnære forskingen kan sees på med ulike grader av velvilje, men vil likevel ikke oppnå særlig status ganske enkelt fordi den ikke angår det viktigste – "the real thing", lidelsene og deres behandling sett innenfra de hegemoniske profesjonsfagenes egne diskurser. I dette perspektivet er det vanskelig å tenke seg at ambisjonen om "likeverd mellom erfaringskunnskap og fagkunnskap" er særlig realistisk.

I samsvar med den kunnskapsteoretiske analysen i dette notatet bør det derfor argumenteres mer offensivt, og da bør målet være at "erfaringskunnskap" må utvikles til i større grad å bli en del av den faglige kunnskapen. Det kan bare skje gjennom å utfordre den dominerende objektontologiske plattformen, ikke minst ved å vise dens historiske utilstrekkelighet, og argumentere for en subjektontologisk plattform som førsteperspektiv. Det betyr ikke, eksempelvis, at biologisk og individualpsykologisk kunnskap og forsking ikke er vesentlig, men at denne kunnskapen (som andreperspektiv) bare kan gjøres relevant i kontekst av en grunnforståelse av psykiske lidelser innenfor den menneskelige subjektivitet. At subjektivitet og menneskelig erfaring etableres som førsteperspektiv, vil slik sett bety at "erfaringskunnskap" tar mål av seg til å bidra til en konkurrerende, og ikke bare en supplerende epistemologi.

I forhold til dagens situasjon vil dette, i tillegg til overnevnte, innebære andre prioriteringer og fokus når det gjelder forskningen, for eksempel slik Kolstad (1998: 14) sier: *"Forskningen må vende blikket utover fra nervesystemet og den individuelle kroppen til det som skjer mellom mennesker, i menneskers forhold til hverandre og til samfunnet"*. Det er også i disse relasjonene menneskelige erfaringer og væremåter "forhandles om" og gis mening, og det trengs forskning ikke bare på hvordan livs- og levekår skaper uhelse, men også på hvordan psykisk helse og uhelse blir definert, sosialt og kulturelt. I dette perspektivet blir et til nå lavt prioritert område relevant, nemlig forskning på vår behandlingshistorie - nettopp som vår kollektive erfaring. I en ontologi der de fenomenene som inngår i psykiske lidelser "anerkjennes" som humane, blir spørsmålet nemlig ikke hva psykiske lidelser er, men hva som er hensiktsmessig å omtale med en slik diskurs.

Og når det gjelder de grunnleggende spørsmålene, for eksempel om lidelsenes vesen, foreligger det alt en enorm erfaringskunnskap nedfelt i kunst og litteratur, og pasient- og brukerfortellinger av ulike slag. Nettopp fordi slike erfaringer (innenfor objektontologi) har blitt sett på som subjektivt, har de blitt betraktet som anekdotisk og uten vitenskapelig verdi.

Men, fra en subjektontologisk posisjon kan det hevdes at her ligger store forskingsoppgaver i å fortolke denne litteraturen og empirien, nettopp med tanke på å komme nærmere en forståelse av lidelsenes universalia – eller forankring i våre fellesmenneskelige eksistensielle grunnvilkår. Også når det gjelder behandlingsforskning og forsking på tjenestetilbud, må en subjektontologisk plattform få konsekvenser. Når det gjelder behandlingsforskning, både på medikament, psykoterapi og sosiale terapier, er den såkalte evidensbaserte tilnærmingen basert på eksperimentell gruppedesign (RCT)dominerende, og hegemonisk. I disse kunnskapsbidragene er det behandlingsfagenes egne intervensjoner man vil teste, og det er en gjennomgående svakhet at brukernes egne beskrivelser og perspektiv i forhold til hverdagsliv og sosial og kulturell kontekst i liten grad inngår (Ekeland, 2009). Forskning som nettopp har subjektenes erfaring som utgangspunkt, for eksempel den såkalte "recovery"-forskingen, gir ofte et helt annet bilde enn evidensforskningen av hva som har vært virksomt og til hjelp (Borg, 2009). Det er nødvendig å styrke denne type forskning, og heve dens status. Det kan bl.a. gjøres kunnskapsteoretisk. Likedan er i hovedsak all medikamentforsking bygd på gruppedesign, og med effektmålinger etter relativt korte perioder. Eksempelvis blir da bivirkninger og subjektive plager ved medikamenter underutforsket, eller ikke tatt på alvor. Så lenge medikamentbruk er en så stor del av behandlingstiltakene i psykisk helsevern, og for mange i store deler av livsløpet, er det en oppsiktsvekkende mangel at det finnes så lite forskning på brukernes erfaringer med å leve med medikamenter.

Også når det gjelder den kliniske profesjonsutøvelsen er forskningsbildet temmelig ensidig fokusert på behandlingsmetoder. Klinisk praksis er utfordrende og ofte langt mer sammensatt og flertydig enn det denne instrumentelle kunnskapen kan gi svar på. Her trengs mer forskning på praksis, på profesjonsutøvelsen og på kunnskapssyn - ikke bare behandlingsmetoder. Det er i de ansiktsnære relasjoner mellom hjelpere og brukere at visjoner om reell brukermedvirkning kan realiseres eller saboteres. Mens den rent instrumentelle kunnskapen ofte kan utøves relativt ukomplisert (for eksempel prosedyrebasert) handler dette om et svært sammensatt kunnskapsfelt som utfordrer profesjonsutøverens fortolkningsevne og kliniske skjønn, og bygger på ikke-instrumentelle kunnskap som etikk, kommunikasjon og kontekstforståelse, fortolkingskompetanse og begrep til å begripe med som gjør utøveren i stand til å håndtere forholdet mellom universalia og partikularia.

Skal brukermedvirkning bli reell, kan en ikke basere seg på à priori gitte løsninger. Brukermedvirkning må skapes i et komplekst samspill mellom utøver, bruker og aktuell kontekst. Samtidig med implementering av Opptrappingsplanen har det pågått strukturelle endringer i offentlig sektor, bl.a. sykehusreformen, som trolig ikke har gjort det lettere å få til slik skreddersøm (Hammerstad, 2006). En utfordring for dagens helsevesen er å utvikle et bedre samsvar mellom de helse- og sosialpolitiske idealene man identifiserer seg med, og kunnskapsregimer og systembetingelser som kan fremme dette. I en slik ambisjon blir også alle de mange hjelperes erfaringer med sin rolle, sine utdanninger og kunnskapsregimer; og ikke minst hemmende og fremmende rammevilkår en viktig kilde til kunnskapsdanning (Ekeland, Stefansen og Steinsstø, 2011). Endelig bør nevnes at forskningen selv bør utfordres av vitenskaplige tilnærminger. Vi vet i dag for lite om hvordan forskningen fungerer, hva

som prioriteres og på hvilke premisser. Slik forsking på forskning er en nødvendig del av vitenskapens selvkritiske og selvkorrigerende imperativ.

Konklusjon

Det er i dag et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern, og det som er hegemonisk kunnskapsyn innen ledende profesjoner i feltet. Ny praksis krever ny kunnskap, og utvikling av en kunnskapsplattform for psykisk helsearbeid som i større grad legitimerer erfaringskunnskap, bør ha som ambisjon å utfordre denne dominansen. Det er et langsiktig arbeid.

Referanser

Bentall, R. P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature. London, Penguin Books.*

Bennet, M. R. og Hacker, P. M. S. (2003). *Philosophical foundations of neuroscience. Oxford: Blackwell.*

Brendel, D.(2009). *Healing psychiatry. Bridging the Science/Humanism divide. Mass.: MIT Press*

Borg, M. og Kristiansen, K. (2009) (red). *Medforskning : å forske sammen for kunnskap om psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget*

Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget*

Borg, M. (2009). *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske. Lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46 (5), 452-459*

Cornwell, J. (2004). *The Prozac story. I D. Rees og S. Rose. The new brain science. Cambridge, Cambridge University Press.*

Dennet, D. C. (1995). *Darwin`s Dangerous Idea. London, Penguin Books Ltd.*

Ekeland, T.-J. (2001). *Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. Fokus på Familien, 29, 308-323.*

Ekeland, T.-J. (2006). *Biologi som ideologi. Vardøger, 30, 65-85.*

Ekeland, T. J. & Bergem, R. (2006). *The negotiation of identity among people with mental illness in rural communities. Community Mental Health Journal, 42, 225–232.*

Ekeland, T.-J.(2011). *Medikalisering – epistemologiske forutsetninger. I Kolstad. A og Kogstad, R.(red): Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser. Erfaringer i Norden. Hamar: Alpha Forlag*

Ekeland, T.-J., Stefansen, J. og Steinsstø, N.-O.(2011). *Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. Tidsskrift for Velferdsforskning (in press).*

Forskningsrådet (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges Forskningsråd*

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic. London: Tavistock.*

Foucault, M. (2000). *Galskapens historie. Oslo: Gyldendal.*

Getz, L. og Kirkengen, A. L. (2011). *Menneskets biologi - mettet med erfaring. Tidsskr Nor Lægeforen, 131, 683-687.*

Healy, D. (2004). *Psychopharmacology at the interface between the market and the new biology. I D. Rees og S. Rose, The new brain sciences. Perils and prospects. Cambridge, Cambridge University Press.*

Hammerstad, P. E. (2006). *Psykisk helsearbeid i en ny tid - Opptrappingen av psykisk helse faller samtidig med moderniseringen av offentlig sektor. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 3(4), 320-330.*

Houts, A. C. (2002). *Discovery, invention, and the expansion of the modern diagnostic and statistical manuals of mental disorders. In L. E. Butler & M. L. Malik (Eds.), Rethinking the DSM. A psychological perspective. Washington: American Psychological Association.*

Hovden, J. F.(2004). *Ubrukelege brukarundersøkingar. Om den store vekkelsen som har hjemsøkt vårt land. Kommunal Økonomi nr 9/2004.*

Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv. Oslo: Unipub*

Kirkengen, A.L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget*

Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter.*

Kolstad. A og Kogstad, R. (red.)(2011). *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser. Erfaringer i Norden. Hamar: Alpha Forlag*

Kolstad, A. (1998). *Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske (dys)funksjonenes sosiokulturelle grunnlag. I: A. J. W. Andersen og B. Karlsson (red.): Psykiatri i endring. Oslo, adNotam: 83-115.*

Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie. Oslo: Universitetsforlaget*

Lurhmann, T.M. (2000). *Of Two minds: The growing disorder in American psychiatry. New York Knopf*

Moncrieff, J. (2009). *The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment. London: Palgrave Macmillan.*

Måseide, P. (1984). *Organisering av den psykiatriske helsetenesten. Lokalsamfunnspsykyatri. Stavanger: Universitetsforlaget.*

Nye, R. A. (2003). *The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. Journal of History of the Behavioral Sciences, 39(2), 115-129.*

Paris, J. (2008). *Prescriptions for the mind. A critical view of contemporary psychiatry. New York: Oxford University Press.*

Prior, L. (1993). *The Social Organization of Mental Illness. London: Sage*

Ringen, P. A., og Dahl, A. A. (2002). *Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis. Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 122, 2024-2027.*

Rådet for psykisk helse (2008). *Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena – en utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse.*

Scull, A. (1984). *Decarceration: Community treatment and the deviant: a radical review. Cambridge:Polity Press*

Sosial- og helsedepartementet: St.meld nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo, Norway*

Sosial- og helsedepartementet: Stortingsprp nr.63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006.*

Sørgaard, K. W. (2002). *Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frambrakte reformene inne psykisk helsevern? Tidskrift for Norsk Psykologforening, 39, 25-32*

Valenstein, E. S. (2002). *Hjernen som syndebuk. København, Hans Reitzels Forlag.*

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings.*

Mahwah, N.J.: L. *Erlbaum Associates.*

Whitaker, R. (2002). *Mad in America. New York, Basic Books.*

Ørstavik, S. (2008). *Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5(2), 111-119.*

Øverås, S. (2000). *Hva vet vi om psykiatriske pasienters levekår?: en gjennomgang av kunnskapsstatus i Norge. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO*

Aarre, T. (2010). *Manifets for psykisk helsevern. Oslo: Universitetsforlaget*

241 711 74774 Design og trykk: Wera AS

Ny kunnskap – ny praksis
Et nytt psykisk helsevern

På oppdrag fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, har Tor-Johan Ekeland, professor i sosialpsykologi ved Høgskolen i Volda, skrevet artikkelen "Ny kunnskap – ny praksis, et nytt psykisk helsevern".

Det er i dag et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern, og det som er hegemonisk kunnskapsyn innen ledende profesjoner i feltet. Ny praksis krever ny kunnskap. Utviklingen av en kunnskapsplattform for psykisk helsearbeid som i større grad legitimerer erfaringskunnskap, bør derfor ha som ambisjon å utfordre denne dominansen. Det er et langsiktig arbeid.

På bakgrunn av en analyse av kunnskapssynet i Opptrappingsplanen for psykisk helse setter Tor-Johan Ekeland nåværende motsetninger inn i en historisk sammenheng, underlagt en epistemologisk analyse. Forholdet mellom objekt- og subjektontologiske posisjoner blir klargjort, og begrepet "erfaringskompetanse" drøftes med basis i denne. En del forskningsmessige utfordringer som denne analysen impliserer, blir også diskutert.

erfaringskompetanse.no

KONTAKT OSS

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse
innen psykisk helse

PB 298 Sentrum
3701 Skien

post@erfaringskompetanse.no
www.erfaringskompetanse.no

9 788293 171003

erfaringskompetanse.no **2011:1**

ISSN: 1891-6503

ISBN: 978-82-93171-00-3