



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Trieste-modellen:  
Terapi basert på antipsykiatri og marxisme***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Andreas Lima**

Vår 2008

Robert Wicklund

### Samandrag

Den psykiatriske helsetenesta i Trieste er bygd på Franco Basaglia sine teoriar som har røter i antipsykiatri og neomarxisme. Han er kritisk til å driva med psykiatriske institusjonar berre etter ei vitskapeleg forståing av psykisk lidning. Basaglia si forståing av psykisk lidning er at det er dei gjeldande maktstrukturar i samfunnet som gjer psykiske lidningar problematiske. Behandlinga vil dermed gå ut på å forandre desse strukturane. For å klare dette må ein involvera heile samfunnet. Målet for behandlinga er ikkje symptomlette, men at den psykisk lidande skal kunne fungere i samfunnet, og verta godteken av samfunnet for den ein er. Undersøkingar tyder på at denne behandlingsforma er minst like god som vanlege psykoterapiformer, som psykodynamiske og kognitive terapiar. I denne oppgåva har eg sett på det teoretiske grunnlaget for denne behandlinga, og diskutert dette i lys av nyare forskning og teoriar. Sjølv om noko av dei teoretiske føresetnadane er tvilsame, kan norsk helsevesen lære noko av Trieste-modellen når det gjeld holdningar til psykisk lidande og holdningar til eige fag som vitskap. Me kan og lære å involvera menneska rundt pasienten i behandlinga, og viktigheita med å ta omsyn til korleis samfunnets verdiar påverkar psykisk lidning.

## Abstract

The psychiatric health service in Trieste is built on Franco Basaglia's theories which have roots in antipsychiatry and neomarxism. He is a critic of running psychiatric institutions based solely on scientific understanding of psychic suffering. Basaglia's understanding of psychic suffering is that it is the current power structures in the community which make psychic suffering problematic. Treatment will thereby focus on changing these structures. To make this possible, one must involve the whole community. The treatment goal is not to ease the symptoms, but to bring the people with psychic suffering to function in the community, and to be accepted by the community for being the persons they are. Research seems to point out that this treatment model is at least as good as regular psychotherapy forms, such as psycho-dynamic or cognitive therapies. In this paper I have studied the theoretical foundation for this treatment, and have discussed this in light of newer research and theories. Although some of the theoretical prerequisites are doubtful, the Norwegian health service may still learn something by the Trieste-model when it comes to attitudes toward people with psychic suffering and attitudes toward one's own profession as a science. We may also learn to involve people around the patients in the treatment, and to value taking into consideration how the community's values affect psychic suffering.

## Innhald

Samandrag.....	s. 3
Abstract.....	s. 4
Innhald.....	s. 5
Innleiing.....	s. 8
Norsk helsevesen.....	s. 8
Helsevesnet i Trieste.....	s. 9
Behandlingsmål og metode.....	s. 9
Behandlingsstader.....	s. 11
Støtte for at behandlinga virke.....	s. 12
Problemstilling.....	s. 12
Litteraturgjennomgang.....	s. 13
Fornuft og galskap.....	s. 13
Klassekamp.....	s. 15
Den økonomiske logikk.....	s. 15
Sosiale avvik.....	s. 15
Vald.....	s. 17
Vald i samfunnet.....	s. 17
Vald i psykiatrien.....	s. 17
Vald og kommunikasjon.....	s. 19
Andre maktfaktorar.....	s. 20
Frykt for ufornufta.....	s. 20
Forståing og kontroll.....	s. 20
Uvilje mot sjølvkritikk.....	s. 21
Uvilje mot å ta pasienten sitt perspektiv.....	s. 21
God og dårleg vitskap.....	s. 24

Karantene.....	s. 25
Mental sjukdom.....	s. 25
Institusjonsbehandling.....	s. 25
Psykoterapi.....	s. 28
Delir.....	s. 29
Behandling.....	s. 31
Marxistisk grunnlag.....	s. 31
Holdningar hos helsearbeidarar.....	s. 33
Fridom og subjektivitet.....	s. 34
Språk og subjektivitet.....	s. 36
Politisk behandling.....	s. 37
Assemblea.....	s. 37
Involvering av samfunnet.....	s. 40
Medikament.....	s. 43
Trieste etter Basaglia .....	s. 44
Resultatet av samfunnsendringar.....	s. 44
Bygging av subjektivitet.....	s. 45
Assemblea i dag.....	s. 46
Moderne teknikkar.....	s. 46
Diskusjon.....	s. 47
Virke Trieste-modellen?.....	s. 47
Klassekamp som terapi.....	s. 48
Sjølvkritikk.....	s. 50
Humanisme.....	s. 51
Terapeutisk nøytralitet.....	s. 52
Psykoteraeutisk teori.....	s. 52
Diagnosesystem.....	s. 53

Betringsmekanismer.....	s. 54
Bruk av pasientens nettverk.....	s. 54
Relasjonen.....	s. 54
Placebo.....	s. 55
Andre faktorar.....	s. 56
Trieste-modellen til Noreg?.....	s. 56
Demografiske forskjellar.....	s. 56
Ein modell for byar.....	s. 57
Konklusjon.....	s. 58
Ethiske vurderingar.....	s. 58
Konklusjon.....	s. 58
Referansar.....	s. 60
Forfattarnotis.....	s. 64

## Innleiing

*Norsk helsevesen*

Noreg er eit av verdas rikaste land, og velferdstilbodet vårt er og eit av verdas beste. Gro Harlem Brundtland sitt berømte utsegn om at «det er typisk norsk å vera god» er beskrivande for norske verdiar. Det er eit mål for Noreg å vera best på flest mogleg område, det vere seg økonomi, velferd, sport eller kunnskap. Viss me ikkje klarer å ligge blant dei beste (helst på toppen), går politikarar og media ut og formanar samfunnet til å verta betre. Men kvifor skal me vera best? Vil me få eit betre liv då? Er dette ein verdi som betrar folkehelsa?

I Noreg har me eit psykisk helsevesen som skal ta seg av dei som har psykisk lidning. Det avgjerande for kva behandling ein får er avhengig av lege eller psykolog si meir eller mindre objektive meining om kva som feilar pasienten, og om korleis sjukdomsforløpet vil utvikle seg. Helsevesnet er bygd opp rundt fokuset på symptom, dess fleire og sterkare symptom ein har, dess meir alvorleg diagnose får ein, og dess sjukare er ein. Behandling består av å arbeide, med støtte i vitskapen, med å lette eller fjerne dei verste symptoma. Betring er å verta kvitt ein diagnose, eller få ein ny diagnose som er mindre alvorleg. Imidlertid møter ein ofte pasientar der det ikkje synast mogleg å fjerne alle symptoma. Diagnosar innafor personlegdomsforstyringar er døme på diagnosar det viser seg vanskeleg å verta kvitt. Målet for behandlinga for desse kan dermed avgrense seg til å få symptoma under kontroll, slik at pasienten kan fungera best mogleg. I andre tilfeller vert det aktuelt å skjerma pasienten frå samfunnet ei tid, av og til permanent, slik at ein har kontroll på flest mogeleg faktorar som kan forandre pasienten sin tilstand. Særleg viss pasienten antas å vera skadeleg for seg sjølv eller andre er det viktig å vurdere om pasienten bør skjermast frå resten av samfunnet, slik at ein kan ha kontroll på at han ikkje gjer noko farleg.

I slike tilfeller kan det vera nødvendig å bruke makt og ta ifrå pasienten deler av hans fridom, slik at helsevesnet kan kontrollera at pasienten ikkje gjer noko som er skadeleg for seg sjølv eller andre. Eksempel på dette kan vera å nekta pasienten retten til å koma og gå frå



institusjonen som han vil, eller ta ifrå han retten til å nekta og ta imot behandling. Samfunnet har gitt ansvaret for behandling av mental lidning til den psykiatriske helsetenesta. Viss denne skal ta vare på det ansvaret, må den ha makt til å ta kontroll over pasientane for å kunne sikre seg at pasienten får så god behandling som mogleg. Dermed må pasientane vera villig til å innordne seg under lege og psykolog viss dei vil ha hjelp.

### *Helsevesnet i Trieste*

*Behandlingsmål og metode.* I Trieste i nordaust Italia driv ein den psykiske helsetenesta på ein annan måte (Dell'Acqua, 1995, Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Fokuset her er ikkje å fjerne symptom, men å gje pasienten sosial og yrkesretta ferdigheitstrening. Målet for behandling av alle slags problem er at ein skal fungere i samfunnet, og kunne uttrykke sine behov. I staden for å arbeide med symptomlette er hovudfokuset å lære å kommunisere behov, ta omsyn til andre og lære seg eit yrke. Den psykiatriske helsetenesta driv konkurransedyktige bedrifter innan mange yrkesområde. Viss pasienten ikkje har arbeid kan han etterkvart verta tilsett i desse bedriftene. Viss det er behov for arbeid som er nærare helsetenesta, kan pasientar få arbeid innan sjølve helsetenesta (til dømes innan vasking, matlaging eller opplæring av andre). Når behandlinga er over beheld pasienten arbeidet.

I tillegg til ferdigheitstrening er meiningsdanning og kognitiv omstrukturering eit mål for behandlinga (Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Pasienten får hjelp til å generere fleire meiningsalternativ, for å gje mening til situasjonen sin. Utifrå dette arbeidar ein vidare med at pasienten skal få ei meir funksjonell oppfatning av den situasjonen han er i. Sjølv om ein i dette brukar kognitiv åtferds terapi (CBT) verktøy, er ikkje målet at pasienten skal attribuere sine problem til sine tankemønster. Målet er at pasienten skal knytta sine problem til korleis samfunnet, på kommunalt eller statleg plan, vert styrt. Forklaringa skal hovudsakleg ligge utafor pasienten.

Sidan forklaringa ligg utafor pasienten, må omgivnadane rundt pasienten også vera med i behandlinga. Førstevalet for behandling for ei kvar lidning er heimen, ikkje eit terapirom (Dell'Acqua & Mezzina, 1988, Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Dermed får ein

personar som omgjev pasienten til dagleg med i behandlinga. Viss familien deltek aktivt i behandlinga, aukar ein moglegheitene for å styrka relasjonane i familien. Samstundes vert det lettare å få ein felles oppfatning av problemet. Når ein arbeider med fleire enn pasienten kan ein rette intervensjonar mot pasienten sjølv, mot familie eller mot samfunnet rundt pasienten. Dermed er det ikkje berre pasienten ein kan behandle, men og familien eller samfunnet rundt pasienten som arbeidsplass eller nabolag.

Intervensjonar mot familien kan vera å skapa ei felles forståing av pasienten sine problem eller tilby plass i sjølvhjelpsgrupper for familiar. Intervensjonar mot samfunnet er å arbeide for å endre maktstrukturar og verdiar som gjer at folk får problem med å tilpasse seg. I slike intervensjonar vert det viktig å ha kontakt med lokalpolitikarar, og samarbeide med desse. Kor ein skal legge intervensjonane, og kva intervensjonar ein brukar, er derimot individuelt.

Eit eksempel er at det for hardt belasta familiar vert lagt vekt på psykoedukasjon (Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Dette er for å gje familien ferdigheitar, men og for å hjelpe dei til å gje mening til det som har skjedd. Grunnlaget for denne behandlinga er at pasientane sine problem ikkje vert forstått utifrå ei biologisk forståing, heller ikkje ut frå ein psykologisk teori som psykodynamisk eller kognitiv. Forståinga av pasientane sine problem har rot i antipsykiatrien og fokuserar på maktrelasjonar i samfunnet. Årsaka til dei psykiske lidningane ligg i samfunnsstrukturen, ikkje i sjølve pasienten. Dermed må samfunnet ta del i behandlinga, noko som gjer at det arbeidast kontinuerleg med å forandre samfunnet i tillegg til å arbeidet med pasienten.

Å bruke medikamentelle intervensjonar vert ikkje sett på som behandling i seg sjølv, og vert aldri gitt utan at ein har starta ei anna type behandling først (Dell'Acqua & Mezzina, 1988, Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Unntaket er behandling i gieratrien og menneske med psykisk utviklings hemming. I Italia er desse ikkje underlagd psykiatrien (Skårderud, 1984). Målet med medikamenta er å kunne opne for relasjonsbygging, redusere angst eller midlertidig kunne kontrollere åtferd. Hensikta må alltid vera å gjera lettare den ikkje-

medikamentelle behandlingsdelen. På same måten er innlegging på sjukehuset si psykiatriske avdeling alltid eit ledd i ein større plan. Dvs. at slike innleggingar alltid er midlertidige, og ein har eit avtalt mål med desse, samt ein vidare plan når pasienten er utskriven. For at pasienten og familien i styrst mogleg grad skal få ta del i avgjeringa angående medikamentell behandling, er denne alltid kombinert med psykoedukasjon om medisinerbruk. Her får ein opplysningar om korleis medisinen virke, moglege bieffektar og kva konsekvensane vert viss ein ikkje tek tilvist dose eller lar vera å ta medisinen.

*Behandlingsstader.* Når det er tydeleg at pasienten treng å koma seg vekk frå sine daglege omgivningar, har pasientane tilgang til eit helsesenter og bukollektiv, der dei kan opphalda seg over ei kortare tid (Dell'Acqua, 1995). Viss dette vert aktuelt, skal det frå fyrste stund arbeidast med fokus på korleis ein kan koma seg tilbake igjen. Langtidsinnlagde pasientar eksisterar ikkje, heller ikkje psykiatrisk sjukehus, og det medisinske sjukehuset har berre 8 senger til psykiatriske pasientar (i ein populasjon på ca. 330 000). I tillegg er det 7 helsesenter som kvar har 8 senger (1 per 5000 innbyggjar). I Trieste i 1994 vart 66% av pasientane som vart tilvist til sjukehuset si psykiatriske avdeling, send heim eller til sitt lokale helsesenter etter første kontakt (Dell'Acqua, 1995).

Den siste tredjedelen er dei med styrst akutt psykiatrisk lidning og svak sosial fungering. Desse vert etter innleiande diagnostisering og behandling tilvist vidare til helsesenteret i området deira. I 1994 hadde ingen vorte langtidsinnlagde som følgje av psykisk lidning sidan 1978. Helsesentera serverer mat til innlagde og dagpasientar, og dei gjev behandling til begge desse gruppene, samt hjelp til sosiale støtteordningar.

Bukollektiva gjev midlertidig buplass til pasientar som er på veg inn eller ut av helsetenesta (Dell'Acqua, 1995, Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Dermed har ein alltid buplass til dei som tek kontakt med tenesta, og ingen er utan hus når dei er ferdige med behandlinga. I desse kollektiva skal pasientane klare seg mest mogleg sjølv. Det føregår ikkje noko behandling her utanom gruppemøte som pasientane sjølv set i gang. Slike møter vert ein og oppfordra til å setje i gang på helsesentera. Saker som vert teke opp på desse

møta kan variere frå psykiske og sosiale problem, til maktrelasjonar i samfunnet og praktiske problem som jobb og buplass (Dell'Acqua & Mezzina, 1988, Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Desse møta er prega av openheit, og det er ingen avgrensingar på kva som kan tas opp. Det er pasientane sjølv som har leiinga og bestemmer tema og rammer. Møte mellom profesjonelle behandlarar der dei diskuterar pasientar og behandling, er og ope for pasientane. Dei oppfordras til å delta og koma med sine synspunkt.

Når pasientane har fullført behandlinga, vert ikkje relasjonen broten. Ferdige pasientar kan på eitkvart tidspunkt oppta kontakten med tenesta igjen, og pasientar og behandlingsapparat ser på denne relasjonen som livslang. Viss pasienten bryt relasjonen før avtalt tid eller før målet er fullført, er det helsetenesta sitt ansvar å gjenoppretta kontakten, og forsøke å laga ein ny kontakt som tek omsyn til grunnen til det tidlegare brotet.

*Støtte for at behandlinga virke.* Undersøkingar (Dell'Acqua, 1995; Burti & Benson, 1996; Fioritti, m. fl., 1997; De-Girolamo m. fl, 2002) viser at verken talet på heimlause, kriminalitet, innleggingar på private institusjonar eller sjølv mord har auka etter at ein la ned dei psykiatriske institusjonane i Trieste i 1978. Dette er vanlege etterverknader som av kritikarar har vorte brukt til å argumentere for at ein bør behalda dei psykiatriske institusjonane (Lamb & Bachrach, 2001). I områder i Italia der oppretting av ei samfunnsbasert helseteneste har vorte gjennomført, får pasientar ei behandling som er minst like god som institusjonsbehandlinga i andre områder (Mezzina & Vidoni, 1995; Burti & Benson, 1996). Kva er det då i denne Trieste-modellen som gjer at folk vert betre? Kvi for vert folk betre sjølv om ein ikkje arbeider med å fjerne dei symptoma som gjer livet vanskeleg?

### *Problemstilling*

Grunnleggaren av denne Trieste-modellen, Franco Basaglia, var frontfiguren for antipsykiatrien i Italia. Denne rørsla byrja i 1961 då Basaglia tok over eit psykiatrisk sjukehus i Gorzia, nord i Italia. Han døyde i 1980. Hans syn på mental helse er sterkt prega av Michel Foucault (1965), men og av den italienske neomarxisten Antonio Gramsci

(Gramsci, Hoare, & Smith, 1971). Får å forstå Trieste-modellen si meining om kvifor behandlingsmåten deira virke, vil eg i denne oppgåva undersøke kva Basaglia meinte psykisk lidning er, kva som skaper den og korleis ein skal behandla denne. Eg vil avgrense oppgåva til å beskrive korleis desse tankane påverka helsetenesta i Trieste og ikkje fokusere på andre stader der denne modellen har vorte gjennomført. Basaglia sine tankar fekk stor påverking i andre italienske byar og i delar av Sør-Amerika (Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987), men det var i Trieste Basaglia sjølv arbeidde, og det er Trieste som er mest kjend for sin samfunnsbaserte helseteneste.

### Litteraturgjennomgang

#### *Fornuft og galskap*

I 1965 kom Foucault med boka ”*Galskapens historie i opplysningens tidsalder*” (Foucault, 1965). Her peiker han på korleis det som vart sett på som fornuftig til ei kvar tid i samfunnet, i mange århundre har freista å kontrollera dei elementa i samfunnet som går imot deira verdiar. Foucault beskriv korleis dette har vore gjort på forskjellige vis sidan middelalderen. I byrjinga var det dei spedalske som vart ekskluderte frå det sosiale liv. Dei vart ført til avgrensa områder der dei kunne kontrollerast slik at dei ikkje skada samfunnet med si smitte. Seinare var det dei gale og kriminelle som måtte kontrollerast og avskjermast frå samfunnet slik at dei ikkje skulle kunne påføre nokon skade. Det ufornuftige og uforståande hos dei gale skapa ei frykt i samfunnet for kva dei kunne finna på å gjera. Heile tida brukte samfunnet makt, og til tider og vald, for å kontrollera desse personane. Brutale metodar, inkludert tortur, har blitt brukt for å straffe og forbetra desse personane, anten dei har vore kriminelle, fattige, sjuke eller gale. Kven som høyrer til desse kategoriane er ein definisjon som samfunnet sjølv gjev. Korleis ein skal verta frisk er og avhengig av gjeldane verdiar. Tidleg på 1700-talet vart ein frisk ved å få ei behandlinga sterk kristen moralsk opplæring. Etter revolusjonen i Frankrike blei derimot denne behandlinga sett på som å gjera folk verre. No vart det familiens og arbeidets verdar som var dei helsebringande. Ei slik holdning frå det fornuftige fleirtalet i samfunnet pågjekk enno langt inn på 1900-talet

(Foucault, 1965). Dette førte til at det i 1960 og 1970 åra oppstod ei psykiatrisk retning som etterkvart fekk namnet ”antipsykiatri”. Namnet viser til rørsla sitt kritiske blikk til det meste av det som dåtidas psykiatri stod for (Kotowicz, 1997).

Foucault og Jacques Lacan var dei leiande for denne retninga sine tankar i Frankrike. I England var det Ronald David Laing som vart den mest framtrekande personen, i USA var det Thomas Szasz og Erving Goffman, og i Italia var det Basaglia (Kotowicz, 1997). Det var store meiningsforskjellar innan den retninga, men dei var einige om at psykiatrien hadde for stor makt over pasientane, og brukte denne makta til å rettferdiggjera vald og umyndiggjering. Denne makta kom særleg til uttrykk på dei psykiatriske institusjonane, og antipsykiatrien var og einige om at dei psykiatriske institusjonane måtte leggjast ned (Kotowicz, 1997). I staden for å verta betre av institusjonsbehandlninga, var den heller med å øydelegge pasientane enno meir. Ein annan viktig sak var at gale menneske hadde like stor rett på å få respektert sin fridom som alle andre. Dermed kunne ein ikkje ta frå dei denne fridomen berre fordi dei var gale.

Desse ideane til antipsykiatrien påverka psykiatrien slik at det vert sett i gang ei deinstitusjonalisering der redusering og stenging av dei store mentalsjukehusa vert sett i gang. Men sjølv om dei store asyla har vorte nedlagde, og ein større del av psykiatrisk behandling føregår utafor institusjonar, prøvar ein framleis å gjera galskapen usynleg ved å skjerma han frå samfunnet. Behandlninga skjer i lukka rom, utan offentleg innsyn. Behandling vert diskutert mellom fagpersonar i einarom og minst mogleg av diskusjonen må koma ut til andre. Pasientar med større problem kan verta innlagde på ein institusjon der pasientane kan utagera utan at samfunnet ser det. Grunnen til at samfunnet handlar slik forklarar Basaglia ut frå neomarxistiske idear. Han brukar den italienske kommunisten Gramsci (Gramsci, Hoare, & Smith, 1971) sine teoriar til å forklare det Goffman (1961) observerer i dei store psykiatriske sjukehusa og det Foucault (1965) beskriv av måten samfunnet forholdar seg til det ufornuftige.

*Klassekamp*

*Den økonomiske logikk.* Gramsci beskriv eit klassesamfunn der dei viktigaste klassane er borgarklassen og arbeidarklassen (Gramsci, Hoare, & Smith, 1971). Det er den kapitalistiske borgarklassen som sit med makta i samfunnet, og dei bruker denne makta til å beskytte seg mot dei andre klassane som er i opposisjon. Dette gjer dei ved å kontrollere resten av samfunnet ved lover, normer og vitskap. Gramsci hevdar at desse lovane, normer og vitskap ikkje er verdinøytrale. Dei byggjer på rasjonalitet og fornuft. Med rasjonelt og fornuftig meines det som er rasjonelt og fornuftig ut ifrå ein økonomisk logikk, dvs. kva som gjev fortjeneste. Dess meir fortjeneste, dess meir fornuftig er det. Den fremste verdien til denne kapitalismen er med andre ord å stadig verta betre, stadig auka fortjenesta. Kritikkk av kapitalismen sine verdiar vert sett på som ulogisk, ufornuftig og galskap; dei kritiserar jo det som er fornuftig.

Gramsci seier at den økonomiske logikken bestemmer kva som er verdifullt, kva som er menneskeleg, kva som helsefremjande, kva som er vakkert og kva som er moralsk (Gramsci, Hoare, & Smith, 1971). Det er den verdien som alle andre verdiar byggjer på. Det er det som er produktivt som er best for oss menneske, og andre verdiar spring ut av dette. Men dermed seier den økonomiske logikken og kva som ikkje er bra for oss menneske. Konsekvensen vert at dei som ikkje er produktive, er mindre menneskelege, friske, vakre eller moralske. Ein person som ikkje arbeider like godt som forventa er dermed mindre verdifull. At han ikkje presterar kan forklarast med at han har noko umenneskeleg, noko dyrisk i seg. Ei anna forklaring vert at han er sjuk eller umoralsk. Etterkvart som den økonomiske logikken sine krav om stadig meir effektivitet for å oppnå stadig større fortjeneste vert gjeldane, skapar den stadig nye og strammare regler og rammer for våre liv. Det vart kravd meir og meir av befolkninga, og det vart stadig fleire som ikkje klarer å henge med i produksjonen.

*Sosiale avvik.* Sjølv om stadig fleire ikkje klarer henge med, vart det sett på som normalt å klare henge med. Å ikkje klare henge med er unormalt. Det vert heller sett på som

avvikande adferd i motsetning til normalen. Basaglia peiker på tre typar av slike avvik (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Den fyrste typen avvik er avvikande åtferd pga. fysisk eller psykisk sjukdom/handikap som skaper avgrensa funksjon. Dette kan vera ein rullestolbrukar eller ein schizofren. Den andre typen avvik kjem frå folk som manglar sosiale ferdigheiter, eller som manglar utdanning/kulturkunnskap. Dette gjeld sosiale ferdigheiter som ein brukar for å kommunisere sine behov, og for å forstå samfunnets behov.

Viss ein ikkje har slike ferdigheitar, vert ein ikkje kjent med nødvendige sosiale ressursar som ein brukar i samfunnet for å tilfredstille behov. Eit eksempel kan vera unge flyktningar som får problem med utleigar - leietakar situasjonen. Dei meistrar ikkje språk og normer for denne situasjonen, og vert kasta ut av husværet sitt utan å kunne skaffe seg nytt. Når dei fyrst har falt ut av samfunnet er det svært vanskeleg å koma seg tilbake igjen. Dette fordi dei ikkje veit korleis dei skal forandra seg, og korleis dei skal kommunisere til samfunnet at dei eventuelt har klart det. Den siste gruppa med avvik er dei som på grunn av val eller alder vert utelate av samfunnet. I denne gruppa finn ein til dømes dei kriminelle og dei gamle.

Eit felles kjenneteikn på alle desse tre gruppene er at dei ikkje deltek i produksjonen, og at det ikkje vert sett på som normalt å befinna seg i desse gruppene. Uansett kor mange som er i desse gruppene så vil dei verta sett på som avvik heller enn normale. Sidan dei ikkje er produktive, vil dei og mista sin verdi i det kapitalistiske samfunnet. Det å ha det vanskeleg i sin kommunikasjon med samfunnet, og det å mista sin verdi i andre sine auge, er faktorar som gjer situasjonen ennå vanskelegare.

Desse avvikande menneska vert eit problem for samfunnet. For det fyrste er det økonomisk ufornuftig å bruke pengar på å ta seg av desse viss dei ikkje kan gje noko tilbake. Viss ein derimot kan påvise at dei kan bidra i produksjonen i framtida, kan ein sjå på det som ei investering i menneske som ein vil tene på seinare. Føresetningar for at ein skal hjelpe menneska er då at ein kan tene på det til slutt. Menneske det ikkje er lønsamt å investere i, til dømes eldre på sjukeheim, må leve med mindre støtte.



*Vald*

*Vald i samfunnet.* Vald er sentralt i Gramsci sin teori så vel som hos Foucault og Basaglia. Basaglia definerar vald som at ein set avgrensingar for ein annan, slik at denne ikkje har fridom til å handle som han vil (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dei som utøvar vald er dei som Gramsci kallar intellektuelle. Ein intellektuell definerar Gramsci som ein som arbeider med sine mentale ressursar, i staden for sine mekaniske ressursar (Gramsci, Hoare, & Smith, 1971). Ein intellektuell er ein som hovudsakeleg arbeidar med tenking, i staden for kroppsarbeid. Døme på intellektuelle er litterære, ingeniørar og forskarar. Døme på ikkje-intellektuelle er fabrikkarbeidarar og handverkarar. Gramsci hevdar dei intellektuelle brukar litteraturen og vitskapen til å bygga opp under og støtte verdiane til den leiande samfunnsklassa. Dette gjer dei sidan den økonomiske logikken er den verdien dei bygger sitt arbeid på. Dermed kan borgarklassen bruke desse for å rettferdigjera sine verdjar. Når desse verdiane hindrar menneske i å kommunisere eller delta i samfunnet, vert det av Gramsci og Basaglia definert som vald. Dei som er imot økonomiske verdjar må kontrollerast slik at dei ikkje øydelegg, eller endå verre, tek makta i samfunnet. Gjennom kunnskap og vitskap kan den dominerande klassen legitimera vald mot folk som dei ser på som truslar. Grunnen til at folk ikkje reagerar meir på dette er at dei intellektuelle si oppgåve er og å mystifisere valden slik at den ikkje vert synleg. Dermed er det ikkje openbart at eliten brukar vald ovanfor andre. Valden må skjulast, ikkje berre frå samfunnet generelt, men og for dei som valden vert retta mot. Gjennom vitskap og anna kunnskapsformidling kallast valden til dømes behandling eller faderomsorg. Valden er til det beste for den som den vart utøvd mot.

*Vald i psykiatrien.* Basaglia tek Gramsci sine teoriar og brukar dei på helsevesnet (Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Han hevdar at psykologar og psykiatrar er slike intellektuelle. Dei har fått ansvaret for å kontrollere, og ta seg av dei skadelege «gale» på institusjonane. Dei som ikkje er «gale» nok til å isolerast på eit asyl tek samfunnet seg av på andre måtar ute i samfunnet. Dei opprettar eigne

strukturar som sosialkontor og poliklinikkar. Til å drive desse strukturane opprettar ein nye yrkesgrupper, som sosionomar og psykologar. Utad verker det som om samfunnet tek seg av desse gale på ein bra måte, men motivasjonen til samfunnet er å kontrollera truslar.

Å få ansvaret for galskapen inneber at desse yrkesgruppene må ha kontroll på galskapen, sia det som skjer med pasientane er deira ansvar (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dette er ein kjelde til angst hos desse yrkesgruppene sidan kontroll på det ufornuftige er umogleg. Sidan dei ikkje klarer å kontrollere nokon sider av pasientane si åtferd, må dei forklare dette ufornuftige på ein måte som fører til at dei ikkje treng å ta ansvar for det som går feil. I tillegg kan dei ikkje stilla seg kritisk til gjeldande verdier i samfunnet. Kritiserar dei samfunnet, kan dei sjølv risikere å verta sett på som gale. Som me kjem tilbake til, er det dermed mogleg for menneske i borgarklassen og å verta sett på som gale.

For at behandlaren skal kunne framstå som fornuftig, må forklaringa på pasientane si åtferd vera slik at ein kan rettferdiggjera påtvinga kontroll av mest mogleg av galskapen (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dermed forklarast den gales adferd som symptom av ein sjukdom som må behandlast. Som vitskapsmenn kan legar og psykologar rettferdiggjjer den avgrensinga dei gjer på andre sine liv med at det er behandling. Ansvaret for det som ein tross alle forsøk ikkje klarer å kontrollere, vert ved hjelp av humanismens idear om den frie vilje, lagt til pasienten. Viss menneske har fri vilje må dei sjølv ta ansvaret for sine handlingar. Sidan adferden er ukontrollerbare for institusjonen, kan ikkje den haldast ansvarleg for desse, men kan prøve å kontrollere dei med dei midla dei har. Dermed har legen gjort så godt han kan ovanfor sine forpliktingar ovanfor samfunnet, og angsten hans vert redusert.

Men Basaglia peikar på at det er eit paradoks i institusjonen sin måte å bruke humanismens idear. Dette paradokset går ut på at denne åtferda som institusjonen og helsepersonalet ikkje klarer å kontrollera, er det einaste i institusjonslivet som pasienten får ansvaret for (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Han er ikkje ansvarleg for mat,

hygiene eller helsemessig betring. Det einaste han er ansvarleg for er det som er uakseptabelt. Ein slik oppleving kan ikkje gje meistringsopplevingar, sidan all meistring vert attribuert til behandlinga. Alt som hindrar meistring derimot, vert attribuert til pasienten sjølv. Behandlinga er dermed med å bryta ned pasienten i staden for å bygga han opp.

*Vald og kommunikasjon.* Ei anna kjelde til auka angst hos pasientane er at alle deira forsøk på å kommunisera, med si ufornuft, vert sett på som sjukdom (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Slik ufornuftig tale og åtferd vil ein i behandlinga forsøka å fjerna. Når pasientane av denne grunn ikkje vil få oppmerksomd på sin situasjon, vert dei endå meir ekstreme i si uttrykksform og åtferd i håp om å få merksemd på det som er viktig for dei. I tillegg kjem utageringar som følgjer av den frustrasjonen pasientane opplever i sin eigen situasjon og måten dei vert behandla på. Dette får den følgja at behandlarane endå sterkare prøvar å få kontroll over situasjonen, og avgrensar fridomen til pasienten endå meir. Ei slik handlemåte stadfestar samfunnets si forklaring at pasienten er sjuk, og rettferdiggjjer meir undertrykking for å hindre pasienten i å utagere meir. Dermed møter behandlinga ikkje det behovet som pasienten prøvde å kommunisera med åtferda si, og igjen, gjer vondt verre.

Dei med makta i samfunnet har ikkje prøvd å forstå pasienten ut frå pasienten si verd, men forstår pasienten utifrå si eiga verd (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Pasienten sine subjektive meiningar er underordna den fornuftige og kapitalistiske vitskapen sine meiningar om han. Eit eksempel kan vera ein pasient med halunisasjonar som meiner at problema hans skyldast at eit romvesen tek makt over han. Sidan dette er svært ufornuftig, vil vitskapen ikkje prøve å forstå dette utifrå den verda pasienten opplever, men heller utifrå si oppfatning om at pasienten er sjuk. Dette fordi at pasienten sine ufornuftige meiningar kan ikkje vera til hjelp i ei fornuftig behandling. Ufornufta kan ikkje hjelpe sidan den strir mot dei verdiane samfunnet er bygd på, rasjonalitet og produktivitet. Slik bidreg vitskapen til å rettferdiggjera vald ovanfor pasientane.

*Andre maktfaktorar*

Raffaello Papeschi (1985) kritiserar Basaglia for at han generaliserar for mykje når han deler Italia inn i arbeidar- og borgarklassen. Det finnes og andre klassar. I Italia kan ein ikkje snakke om maktfordelinga utan å ta med den katolske kyrkja og mafiaen. Å sei at det er borgarskapet som styrer Italia meiner Papeschi er ei grov forenkling. Men og innad i desse klassane er det store forskjellar. Kven det er som undertrykker vert då eit vanskeleg spørsmål. Sidan Basaglia er lite konkret på kven som høyrer til i borgarskapet, vert han og lite konkret på kven det er som undertrykker. Sjølv om han snakkar om klasseskilnader, så meiner han og at i alle fall delar av borgarklassen og vert diskriminert (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dette fordi desse og vil hamne i situasjonar der dei kjem i konflikt med samfunnets verdiar.

Eksempel på dette kan vera at det vert forventa at ein skal yte meir enn ein har kapasitet til, til dømes at ein lærar skal fylgje opp 30 elevar sine behov. Sidan samfunnet lagar ”fornuftige” forklaringar på kvifor dette er mogleg, må læraren framstilla seg sjølv som ein dårleg lærar viss han vil hevde at dette vert for mykje. Det er tydeleg kva verdiar Basaglia kritiserar, men kva folk som forsvarer desse verdiane er uklart. Papeschi stiller seg vidare kritisk til at ei sosial klasse kan tvinge sine verdiar på andre klassar. Riktig nok klarte fascistane og kommunistane å spreia sine verdiar med blant anna tvang, men det var mange som ikkje let seg overbevisa. At ein heil samfunnsklasse kan verta påtvinga verdiar, utan mykje motstand, vurderar Papeschi som usannsynleg.

*Frykt for ufornufta*

*Forståing og kontroll.* I tillegg til å ha økonomiske problem med dei som avvik frå normalen meiner Foucault (1965) og Basaglia at samfunnet har ei gjennomgåande frykt for dei som avvik frå normalen fordi ein ikkje forstår dei (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Det som ein ikkje forstår, er det vanskeleg å predikere korleis vil handle. Det ligg dermed ein potensiell trussel i det å ikkje forstå, ein trussel om at det uforståelege kan koma til å skada samfunnet. Dermed brukar samfunnet ressursar på vitskap for å freiste å forklare

det ufornuftige ut frå fornufta. Viss ein kan predikera ufornufta, kan ein setja i gang nødvendige tiltak for at ikkje ufornufta skal gjer det skadelege som ein fryktar. Eller endå betre: Viss ein klarer forstå det ufornuftige på ein fornuftig måte, kan det predikerast, og ein vil få kontroll over det.

Me ser at omgrep forståing og kontroll heng tett saman. Det ein ikkje kan forstå, kan ein heller ikkje ha kontroll på. Det ein ikkje har kontroll på, skapar frykt om kva som kan skje. Basaglia peikar vidare på at dei som ikkje deltek i produksjonen utgjer ein trussel mot kapitalismen sine verdiar (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Viss det er slik at samfunnets krav om stadig produktivitet gjer at menneske fell utafør samfunnet, så er det noko gale med samfunnet. Då er det samfunnet som gjer at folk vert sjuke, og då er det openlyst at det må vera noko gale med samfunnet. Ein slik sjølvkritikk verjer samfunnet seg for å erkjenne. Viss produktivitet som verdi er skadeleg for menneska, er det ein trussel mot heile den kapitalistiske ideologien.

*Uvilje mot sjølvkritikk.* For å verje seg mot å måtte ta sjølvkritikk, brukar dei leiande klassane i samfunnet vitskapen for å finne andre årsaksforklaringar (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Desse årsaksforklaringane må knytta seg til faktorar hos individet, til dømes at det er sjukt, asosial eller ondt, slik at leiarklassane kan stå fram utan skyld. Dermed har vitskapen ein dobbel rolle. På den eine sida skal den forsøke å forstå det uforståelege, medan den på den andre sia skal beskytte mot angrep på samfunnets verdiar. Vitskapen er dermed langt frå verdinøytral. Resultatet vert at psykisk lidning vert forstått utifrå eit verdigrunnlag som ikkje knyt årsaka til problema primært til samfunnet. Psykologisk forskning og vitskap er dermed med å dekke over faktorar i samfunnet som skaper psykisk lidning.

*Uvilje mot å ta pasientens perspektiv.* Bruken av symptomdiagnosar som ICD-10 og DSM-IV er eksempel på korleis ein prøver å forstå det sosialt definerte ufornuftige ut frå det som er sosialt definert som fornuftig. Det er ikkje pasientar og deira familiar som har vore med å laga desse diagnosesystema, men fagfolk frå middels og øvre samfunnsklasse. Her har

vitskapen skapt eit språk som det ufornuftige ikkje kan uttrykke seg i (Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Pasienten må uttrykke seg i eit fornuftig språk, eit språk som behandlaren forstår. Behandlaren vil høyre om observerbare symptom som lar seg klassifisere. Ansvar for å gjera det ufornuftige fornuftig er dermed flytta over på pasienten. Det er han som må forklare sin irrasjonalitet i eit rasjonelt språk. Ein pasient som meiner at hans behov vert oversett av andre, vil ikkje finne ein diagnose for dette i ICD-10.

Eksempel kan vera ein pasient som ikkje klarer leve opp til krava på arbeidsplassen. Han får dermed ikkje ein diagnose som seier at arbeidsgjevar stiller for store krav. Diagnosen han vil få vil seia noko kva det er med pasienten som gjer at han ikkje klarer leve opp til desse krava, til dømes at han er deprimert. Symptomdiagnosar fortel om kva behov den objektive diagnostikaren meiner at pasienten har. Når grunnlaget for diagnosar skal vera objektive observeringar, spør Basaglia spørsmålet om mogleg å beskrive ein pasient sine problem utan å legge stor vekt på det som pasienten sjølv meiner. Ein føresetnad for å kunne beskrive problema på ein god måte må vera å verta godt kjent med pasienten og beskrive problemet frå pasienten sin ståstad. Problemet vert som me har sett, at viss ein skal ta pasienten sine meiningar alvorleg, er det stor sjanse for at samfunnet må stilla kritiske spørsmål ved sine grunnleggande verdiar. Basaglia meinte at ein brukte diagnosar fordi ein ikkje kjente pasienten godt nok, fordi ein ville distansere seg frå pasienten eller fordi ein ikkje klarer å definere situasjonen på pasienten sine ufornuftige premisser. Med ein diagnose slepp ein å setja seg inn i pasienten sin forståing av problemet, og kan forholda seg til dei lettare handterbare, observerbare symptoma.

Konsekvensen vert at dei «ufornuftige» må kategorisera seg sjølv slik som vitskapen gjer det viss dei vil kommunisera med samfunnet (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Viss pasienten går med på at han har ein diagnose, har han anerkjent at problemet ligg hjå seg, og ikkje hjå samfunnet. Dette gjeld sjølv om samfunnet ser på dei som gale og farlege. Med andre ord forventas det at dei skal godta at det brukast vald ovanfor dei sidan

dei elles kan koma til å skada andre. Basaglia sa at dette er med å bryt mentalt lidande endå meir ned. Dei må akseptere at dei kan gjer andre vondt, at dei ikkje klarer ta vare på seg sjølv og at deira meiningar om ting er underorna det andre meiner. Dermed har ein og teke frå dette mennesket mykje av hans verdi. Pasientane må gå med på å verta totalt umyndiggjort, viss dei vil ta i mot hjelp. Pasienten vert eit objekt, utan eigen vilje, som skal la seg behandla av andre som veit betre kva pasienten treng enn det han gjer sjølv.

Basaglia var ikkje imot diagnosebruk i seg sjølv, men ein måtte ha diagnosar som kunne brukast til rett formål (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Symptomdiagnosar kan ikkje skapa ei felles forståing på eit likt grunnlag mellom lege og pasient. Dette fordi diagnosane brukar eit språk som berre doktoren kan. Viss problemet vert forstått utifrå ein diagnose, vil ein doktor vita mykje betre enn ein pasient kva som er problemet. Pasienten sitt ansvar vert å gjera som han får beskjed om. Viss ein så vidare bygger behandlingar på diagnosen, er det vanskeleg for pasienten å delta aktivt i behandlinga. Utan å meistre språket ein nyttar, eller har eit klart bilete av forståinga av problemet, er det vanskeleg for pasienten å delta. Basaglia beskriv ikkje nøye korleis desse diagnosane skal sjå ut.

Dermed oppstår det avstand mellom pasient og behandlar, sidan dei har to forskjellige oppfatningar av problemet (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Vitskapen si avvising av det ufornuftige, gjer at behandlar ikkje er villig til å godta pasienten si ufornuftige forklaring. Ein felles forståing av problemet, og kommunikasjon på same nivå, er dermed avhengig av at pasienten passivt underordne seg behandlaren sin forståing av problemet og kva som skal gjerast. Dette gjer at det vert ein skeiv maktbalanse der behandlar får all makt til å definere situasjonen. Ein slik forskjell av makt vil vera med å oppretthalda avstanden mellom behandlar og pasient. Før pasienten kan få hjelp må han altså vera villig til å gje opp si eiga meining om seg sjølv og ukritisk akseptera den diagnosen som vert sett på han. Ei slik oppgjeving av eigne meiningar kjem me tilbake til seinare.

*God og dårleg vitskap.* Robyn M. Dawes (1994) er einig i at psykiatrien opp igjennom har gjort mange overgrep mot pasientar som ikkje burde funne stad. Men han meiner at overgrepa ikkje er gjort på grunn av at ein har hatt ein vitskap som har tillete det. Tvert imot vil han hevde at psykiatrien ikkje har vore vitskapeleg nok. Det ein har gjort av behandling har ikkje vore basert på vitskapelege funn. Ein har ikkje brukt metodar som vernar mot subjektive tolkingar av resultatata. Det Dawes særleg peikar på er manglande bruk av kontrollgrupper, og mangel på objektiv analyse av resultatata. Det som Basaglia ser på som vitskapeleg mystifisering av behandling og sjukdom, det vil Dawes betegna som subjektive fortolkingar av uvitskapelege forsøk. Han seier at den behandlinga som har føregått på institusjonane ikkje har vorte drive ut frå eit vitskapeleg utgangspunkt.

I dei pseudoeksperimenta som behandlinga byggjer på, er det forsøksleiaren sine eigne subjektive meining om det har vorte betring hjå pasienten eller ikkje, som er det avgjerande for kva resultat ein tilskriv eksperimentet (Dawes, 1994). Eit eksempel på dette kan vera forsøk utan kontrollgrupper. Den betringa som ein då eventuelt vil finna, kan ein ikkje vita om skyldast behandlinga i forsøket. Betringa kan like godt skyldast andre faktorar som ein ikkje undersøkte i eksperimentet. Viss ein hadde hatt med ei kontrollgruppe, kunne ein utelukka mange slike faktorar. Difor vil Dawes fremje det synet at ein må verta meir vitskapeleg når ein skal drive terapi, og stole mindre på subjektive oppfatningar av problemet. I motsetning til Basaglia vil han hevde at god vitskapen er det viktigaste reiskapen me har for å sikre god behandling. Behandling som ikkje er basert på god forskning derimot kan vera skadeleg for pasienten. Sjølv om ein ikkje kan sei at vitskapen er verdinøytral er den mykje meir verdinøytral enn terapeutar si erfaring.

Ei anna side ved vitskapen som Basaglia kritiserer er når behandlarar oppdagar at deira vitskap ikkje er perfekt i møte med pasientane, og så rettferdiggjjer dei metodane dei har med framtidig kunnskap (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Sjølv om det er delar av det ufornuftige ein ikkje forstår no, så er dette noko framtidens forskarar vil kunne forklare. Dermed forklarar ein det ufornuftige med ein kausalitet som ein enno ikkje har



funne, men som ein er sikker på å finne ein gong i framtida. Sidan ein i framtida vil kunne forsvare det ein gjer no, er det greitt. Men i mellomtida vil dei ufornuftige ikkje verta forstått. Dette kritiserar Basaglia. Med ein slik argumentasjon kan ein forsvare ei kvar behandling eller sjukdomsforståing. Dessutan kan ein lett avfeie kritikk med at det kritikkverdige er noko som det er svært sannsynleg at ein vil løyse i nær framtid.

*Karantene.* Basaglia er og einig med Foucault i at samfunnet ikkje berre er redd for kva galskapen kan finne på, men at det ligg ein angst i samfunnet for at ein kan verta smitta av galskapen (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Ein får ei frykt for at stadig fleire vil verta gale viss det ufornuftige får frie tøyler. Når det bryt ut epidemiar har samfunnet lov til å isolere personar som er smitta frå resten av samfunnet. Dette for å beskytte samfunnet. Ein slik tanke er og med å rettferdiggjjer ei sosial ekskludering. Samfunnet kan dermed med god samvittigheit ekskludera grupper i samfunnet som avvik frå normalen. Dei som ikkje deltek i produksjonen må ein kontrollera slik at deira verdiar og tankar ikkje smittar over på andre. Psykiatrien brukar desse argumenta i samfunnets si teneste slik at det slepp å vera sjølvkritisk til eigne verdiar. Dermed plasserar ein desse på ein institusjon der dei er skjerma for omverda, og omverda er skjerma for dei. Behandlinga som samfunnet driv med er eigentleg helse og behandling for samfunnet sjølv, sidan det er samfunnet sin sikkerheit ein fyrst og fremst tek omsyn til. Dei mentalt lidande vert sett på som eit symptom som samfunnet må kvitte seg med. Målet med ei kvar midlertidig institusjonsbehandling er jo at individet skal kunne lære å leva slik at det kan leve i takt med samfunnet sine normer. Når pasienten har lært å leva etter samfunnets verdiar, er det ikkje fare for at hans idear og galskap vil "smitte" eller påverke andre. I tråd med Foucault vil Basaglia hevde at galskapen ikkje smittar på same måte som biologiske sjukdomar, men at dette er ei frykt som har ligge i menneskenaturen i århundrer.

### *Mental sjukdom*

*Institusjonsbehandling.* Institusjonsbehandling i dag kallar seg for miljøterapi. Det finnes stor variasjon på behandlingsmåtar, og dette heng ofte saman med synet på kva

psykisk sjukdom skyldast. Birgitte Bechgaard (1992) deler miljøterapi opp i tre grupper:

1. Den fyrste gruppa kallar Bechgaard for den biologisk orienterte tilnærminga.

Denne ser på psykisk sjukdom hovudsakleg som eit biologisk fenomen med biologiske årsaker. Denne behandlinga går ut på at institusjonen skal skapa positive omgivningar slik at ei biologisk behandling får verke best mogleg. Oppgåvene til institusjonen vil då vera å skapa eit underhaldande og varierende miljø, der pasientane skal trivast medan den eigentlege, biologiske behandlinga føregår.

2. Den andre tilnærminga er kallar Bechgaard den sosiologisk orienterte. Denne meiner at samfunnsforhold er årsaka til psykisk sjukdom. Oppgåvene til ein slik situasjon er å skapa eit miljø som er reinsa for hierarki og undertrykking, og dermed maksimere ein demokratisk struktur. Her vil ein hjelpe pasientar til å ta ansvar og få kontroll over livet sitt, og gjera dei i stand til å klare seg sjølv. Psykoterapi og medikament vil ikkje vera det som behandlinga legg hovudvekt på. Ein har møte med pasientane, og behandlar ofte fleire pasientar i mindre grupper med folk som har same problem. I desse møta er det viktig at ein har ein godt kvalifisert vegleiar som kan leie behandlinga og innhaldet i møta. Etter slike møter er det viktig med møter for berre personalet der ein kan kome med objektive og subjektive tilbakemeldingar til kvarandre. Holdningane til dei tilsette er viktige. Dei må ta det ansvaret som jobben ber med seg, og dei må ha tru og forplikta seg på den metoden ein nyttar.

3. Den tredje tilnærminga som Bechgaard beskriv er det ho kallar den psykodynamiske. Denne ser på psykisk sjukdom som forbunde med samspelet med andre i barndomen. Også her er det viktig å skapa eit miljø der ein har kontroll over mest mogleg variablar, slik at ein kan tilpasse miljøet til pasientane. Betring kjem gjennom å styrke sjølvbiletet, gjerne gjennom meistring. Personalet vert sett på som identifikasjonsmodellar, og må vera dette bevist og nytta det på ein bevisst måte. Vidare må sjukehuset vera ein stad der ein føler seg trygg og som tåler utagerande adferd.

Fellesmålet for desse behandlingsmåtane er at pasienten skal kunne verta i stand til å

tilpasse seg samfunnet. Samfunnet si løysing på pasienten sine problem er at dei må hjelpa pasienten til å verta fornuftig, slik at han og samfunnet kan kommunisere med kvarandre på samfunnet sine premissar (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Når pasienten er kvitt ufornufta er han ikkje lenger ein trussel for eit samfunn som byggjer på fornuft. Han har ikkje lengar nokre verdiar som kolliderar med samfunnet sine verdiar, det er ikkje fare for at han vil finna på noko farleg, eller fare for at han vil smitta nokon med sin galskap. Ved å forhalla seg slik til pasientane treng ikkje samfunnet å ta omsyn til pasienten sine meiningar. Den sosiologiske modellen legg riktig nok ansvar for problema på samfunnet, men likevel er det berre pasienten, og ikkje samfunnet ein behandlar. Viss pasienten ikkje meiner det same som samfunnet, er han ufornuftig, og det er dette som må behandlast.

For å kontrollera miljøet har ein tradisjonelt laga faste timeplanar der ein set opp kva som skal gjerast til ei kvar tid i løpet av dagen. Ein har dermed kontroll på pasienten sine aktivitetar, og at desse aktivitetane er det ein meiner er helsebringande. Men dette er og med å bryta ned pasienten (Goffman, 1961; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Ved å lage ein fast dagsplan som pasienten må fylgje, tek ein vekk pasientens sin fridom til å velje sjølv. Pasienten vert då eit objekt, utan fri vilje, som skal la seg behandle. Dette livet beskriv Goffman (1961). Søv, arbeid og fritidsaktivitetar vert gjort på same plass, under same myndigheit. Pasientane kan ikkje sjølv ta val i forhold til dette, eller gjerast ansvarlege for det som vert gjort. Alt dette føregår i lag med mange andre som gjer det same. Ein skil seg dermed ikkje ut i forhold til kva ein gjer, eller kva interesser ein har. Når ein vert innlagd mister ein personlege eigendelar, og det vert svært få skilje mellom «mitt» og «ditt».

Alle vert behandla likt, utan omsyn til personlege faktorar (Goffman, 1961). Alt som skjer er nøye planlagd og kontrollert av dei tilsette ved institusjonen. Alt som skjer må kontrollerast slik at det vert i tråd med det mål som samfunnet har med institusjonen. Pasienten mister fysiske utsjåande, fyrst i form av klede, så i form av manglande interesse for utsjåande og hygiene. Dermed kan ein ikkje skilja seg ut med utsjåande heller. Institusjonslivet påverkar individets bevegelse, sidan dette og må samordnast med dei andre

sitt bevegingsmønster. Alt må skje i eit tempo, og på stader der alle kan vera med. Viss forståinga av pasienten er den medisinske, og kommunikasjonen går på den vitskapelege psykiatrien sine premissar, mistar pasientane sitt eige språk og evne til å uttrykke seg. Dei må nytta dette nye språket sine uttrykk viss dei vil kommunisere angående sin tilstand. Ei slik utvisking av grenser mellom seg sjølv og andre gjer at pasienten sin subjektivitet vert meir kollektiv, og ein identifiserar seg meir og meir med institusjonen. Antipsykiatrien meinte at ei slik behandling gjer pasientane verre i staden for betre. Den gjer at pasientane sin vilje vert broten ned, og dei vert endå mindre i stand til å klare seg sjølv.

*Psykotterapi.* Basaglia kritiserar all psykotterapi som har ein forutinntattheit i forhold til korleis ein skal forstå psykiske problem (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Psykiske problem må heller gjevast ei meining som ein skapar i lag med pasienten og menneska som omgjev han i kvardagen. Særleg kritiserar han psykodynamikken for at den brukar eit vitskapeleg språk som pasienten ikkje meistrar. Basaglia kritiserar og den humanistiske og fenomenologiske terapien for si tru på at kvart menneske kan skape si eiga lukke. Etter at han fekk erfaring med institusjonaliserte pasientar, oppdaga han at desse ikkje visste kva dei skulle gjera med fridomen han gav dei. Då pasientar som hadde vore mange år på institusjon fekk moglegheit til å forlate sjukehuset, og ta ansvar for sitt eige liv, var dei ikkje i stand til dette. Dei hadde ikkje noko ibuande potensiale til å realisera seg sjølv, dei viste ikkje kva som var til deira eige beste. Pasientane hendvenda seg til legane, og venta på at dei skulle fortsetja å bestemme over dei (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987).

Humanismen si tese om at eit menneske som vert plassert i sunne omgivingar vil leva eit sundt liv i harmoni med andre (Hergenhahn, 2001), vert og dermed ein forutinntattheit som ikkje stemmer med pasientane sin situasjon. Basaglia (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987) meiner at mange pasientane ikkje er eit subjekt med autonomitet som kan ta eigne, sølv om omgivnadane legg til rette for dette. Dette er ferdigheitar som dei må lære. Når Basaglia

seier at menneska treng hjelp til å sjå at dei vert undertrykt, kolliderar han med humanismen sin påstand om at menneske har ei ibuande kraft til å klare seg sjølv. Derimot er han einig med den humanistiske psykoterapiretninga i at for å forstå menneske må ein fokuserer på heile mennesket og det ein veit om eit menneske eller gruppe treng ikkje gjelda for eit anna menneske. Basaglia vert dermed ein moderat humanist.

*Delir.* Foucault (1965) meiner at det var vitskapen som gjorde galskapen til ein biologisk sjukdom. Dette igjen gjorde at ein kunne behandle galskapen utan å ta omsyn til pasienten sine psykiske og sosiale behov. Det er vitskapen som veit korleis sjukdomen skal kurerast, og det er vitskapen som veit kva som er best for pasienten. Som Foucault, meiner og Basaglia at undertrykkinga frå dei som styrer samfunnet er det som skapar psykiske problem hjå menneska, men Basaglia seier og at element i galskapen er biologisk (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Basaglia avvisar ikkje at mental sjukdom eksisterar i seg sjølv. Han seier at psykiske lidingar kan oppstå utan at samfunnet er skyld i det. Symptoma ein ser hjå dei som får ein psykiatrisk diagnose kan vera delvis skapte av ei lidning i utgangspunktet, men vert forverra av samfunnet si forståing av lidinga. Dette biologiske som skapar angst og depresjon, og som ein finn i psykosen, kallar Basaglia for «delir» (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dette deliret vert hos Basaglia eit samlenamn på det som eksisterar i menneska som gjer at dei får psykiske problem.

Deliret eksisterar, i varierende grad, hos alle menneske (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dermed er det ikkje bare dei i dei undertrykte klassane som kan få psykisk sjukdom. Menneske som sit med makta i samfunnet kan og få psykisk lidning. Men menneske som ikkje vert undertrykt får ikkje så alvorlege lidingar som menneske i lågare samfunnsklassar. For å underbygge dette peikar Basaglia på at i dei psykiatriske institusjonane er dei aller fleste frå dei lågare samfunnslaga (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987).

Sidan å ha delir er ein del av det å vera menneske, vil ikkje Basaglia at ein utan

vidare skal starte å behandla dette deliret (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Sjølv om ein kan behandla noko, er det ikkje dermed sagt at ein skal gjera det. Deliret er ein del av det å vera menneske. Fokuset ligg heller på at deliret til pasienten skal akseptert og respektert av samfunnet. Dette vil i seg sjølv skapa betring av lidinga. For å underbygge dette peikar Basaglia på at tidlegare vert hallusinasjonar sett på som meningsfulle i form at dei var openberringar frå Gud, profetiar, høg visdomstale og liknande. Akseptering frå samfunnet, og tildeling av meining av deliret, gjer at menneske med mykje delir kan fungera i samfunnet.

Basaglia meiner dermed at det viktige ikkje er årsaka til lidinga, heller ikkje er det symptoma til lidinga som er det viktige å gjera noko med. Det som er det viktigaste å behandle er *konsekvensane* av å ha mental lidning (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Desse konsekvensane utspelar seg i relasjonen til resten av samfunnet, og det viktige vert kva tyding det får for pasienten si fungering. Sjølv om dette biologiske deliret eksisterar, er det ikkje det som skapar dei fleste av symptoma ein finn ved psykisk lidning. Kva problem som dette deliret i seg sjølv skapar kan ein ikkje vite før ein har fjerna dei forholda i samfunnet som skapar problem for pasienten (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dermed må ein fyrst forandre maktrelasjonane i samfunnet før ein veit om pasienten treng behandla deliret eller ikkje.

Når ein psykosar er på sitt verste med mange symptom, vert dette sett på som eit ”punkt av største forenkling” (Dell’Acqua & Mezzina, 1988). Med dette meines at pasienten har forenkla sine behov til symptom slik at han vert høyrte. Symptoma er skapt som eit rop om hjelp, for å få merksemd. Dei er ikkje eit direkte resultat at deliret, men eit resultat av at samfunnet ikkje vil kommunisera til han på ein måte som den schizofrene forstår. Basaglia meiner, i lag med Foucault, at tankane om behandling av psykiske lidingar, ikkje fyrst og fremst er psykologiske, men politiske (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). For å forandre konsekvensane av psykisk lidning må ein arbeide politisk med samfunnet,

samstundes som ein arbeider med pasientane.

Papeschi (1985) meiner at Basaglia aldri kjem med noko godt svar på kva mental sjukdom eigentleg er. Basaglia seier at sosial vold og utestenging ligg under som årsak til mykje av den psykologiske lidinga, samstundes som han snakkar om biologisk "delir" og tillet bruk av medikament. Delir-omgrepet til Basaglia er vagt, og han kjem ikkje med nokon skikkeleg definisjon på kva mental lidning er. Papeschi peikar på at skaden som ein eventuell institusjonalisering gjer, ikkje er grunnen til at pasienten kom dit i utgangspunktet. Sidan Basaglia snakkar om delir, må han vera einig i at ikkje alle pasientane kjem til asyla fordi dei har vorte øydelagde av samfunnet. Og viss dei kjem der av ein annan årsak, så kan ein ikkje berre fokusere på dei sosiale aspekta ved lidinga, ein må og ta omsyn til dei psykologiske og biologiske aspekta.

### *Behandling*

*Marxistisk grunnlag.* Goffman (1961) og Foucault (1965) kritiserar gjeldane behandling for psykiatriske pasientar, men dei kjem ikkje med ei fullstendig alternativ behandling. Dette gjer imidlertid Basaglia, og denne behandlingsforma bygger han opp i Trieste. Igjen ligg røtene i marxismen. Gramsci si løysing på klasseproblemet er at arbeidarklassen må skapa sine eigne intellektuelle (Gramsci, Hoare, & Smith, 1971). Eksempel på slike intellektuelle kan vera forfattarar, teoretikarar, forskarar og ingeniørar. Sidan all arbeid krev meir eller mindre intellektuelle ferdigheiter, meistrar dermed alle eit visst nivå av intellektuelt arbeid. Gramsci si meining er at på grunnlag av dette er alle menneske potensielle intellektuelle. Det er viktig at det oppstår menneske som kan arbeide mentalt og teoretisk i arbeidarklassen. Då kan dei utfordre borgarklassen sine verdier og normer. I dei fleste tilfeller når menneske frå arbeidarklassen viser intellektuelle ferdigheiter, vert dei absorbert inn i borgarklassen. Dermed byrjar dei å tilpasse seg borgarskapets normer, og vert eit verktøy for desse. Gramsci peikar på at dei som er intellektuelt interesserte blant arbeidarklassen, må fortsetje å halda på arbeidarklassen sine verdier viss dei skal forsvare desse. For å klare dette er det nødvendig å fortsetje med sitt fysiske arbeid,

samstundes som dei arbeider intellektuelt for å riva ned borgarklassen sine synspunkt.

Dermed mister dei ikkje kontakten med arbeidarklassen.

Dette overfører Basaglia til psykiatrien (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Han hevdar at psykiatriske pasientar står ovanfor same utfordringa som arbeidarklassen. Pasientane må sjølv ta del i kampen for sine rettigheitar. Psykiatrar og helsepersonell kan ikkje åleine vere dei intellektuelle som leier kampen mot psykiatriens overgrep. Dei har jo ikkje opplevd pasientane sin bakgrunn med ekskludering og kommunikasjonsvanskar. Pasientane sjølv må utvikle leiarar som kan ta ansvar og tale pasientane sin sak. Den leiande klassen må innsjå korleis røynda er: Det meste av den avvikande åtferda ein ser er skapt av samfunnet og deira behandling av avvika. Dette må samfunnet ta sjølvkritikk på. Dei må ta motsetningane som er i samfunnet på alvor og motstå freistinga til å laga endelege kategoriar der ein plasserer dei som skaper desse motsetningane. Ein viktig komponent i Basaglia si behandling vert dermed å utruste pasientar til å ta kampen opp med samfunnet, og hevda seg sjølv. Ein skal ikkje innordna seg under gjeldande normer, men ein skal utfordra samfunnet på om desse verdiane er gode.

Basaglia overfører og viktigheita av å verta verande i sin «klasse», og ikkje verta absorbert inn i borgarklassen (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Basaglia kritiserar spesielt studentaksjonistane for dette. Han meiner at dei tek avstand frå nokon verdiar på eit ideologisk plan, men sidan dei ikkje arbeidar i helsevesenet, eller er pasientar sjølv, veit dei ikkje kva konsekvensar ei fjerning av slike verdiar vil bety på eit praktisk plan. Til dømes kan ein ikkje legge ned institusjonar før ein har noko betre å tilby. Studentaksjonistane har ikkje kontakt med dei som vert undertrykte og deira verkelegheit. Dermed vil dei etterkvart verta assimilert inn i borgarskapet, slik dei fleste intellektuelle vert. Som følgje av dette var det svært viktig for Basaglia at studentar fekk moglegheit til å arbeide i psykiatrien, slik at dei kunne ha rot i den verkelegheita dei kjempa for. I praksis så synes dette prinsippet best igjen i at pasientane fekk arbeid i bedrifter som vert drivne av pasientar. Dermed arbeidar dei saman med andre som har same forholdet til samfunnet, og



vert ikkje teke opp i borgarklassen. Sjølv om dei er ferdige med behandlinga, så er dei framleis i eit miljø der dei har kontakt med sin bakgrunn.

*Holdningar hos helsearbeidarar.* Det fyrste Basaglia gjorde i prosessen med å utvikle det som skulle verta Trieste-modellen, var å arbeide med holdningar hos dei tilsette. Basaglia understrekar at helsepersonellet må gå saman ("shouldering the burden") med pasientane. (Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987) Dette inneberer for det fyrste at ein skal vise at ein bryr seg og at ein er villig til å gje av si tid og sine krefter for å hjelpe pasienten. Om nødvendig må ein vera villig til å ofre fritida si, slik ein ville gjort viss ein skulle ha hjelpt ein god ven. Dette forutsett at helsepersonellet genuint bryr seg om pasienten.

For det andre skal helsepersonellet ikkje berre hjelpe pasientane, dei skal og hjelpe seg sjølv (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Helsearbeidarar som arbeider under eit system som seier at dei skal undertrykke pasientane, treng hjelp til å koma seg ut av dette systemet. Å forlange at helsearbeidarane skal halda galskapen under kontroll, og at dei må bruke tvang og vald, er undertrykking av helsearbeidarane sine verdiar og fridom. Mange av desse har verdiar som tilseier at dei skal hjelpe pasientane. Basaglia meiner dei må få moglegheita til å lage ei helseteneste som ikkje er basert på vald og tvang. Difor må dei gå saman med pasientane i deira kamp mot dei leiande i samfunnet, fordi dei og vert undertrykte av det same systemet.

Enkelte stader der ein forsøkte å innføre Trieste-modellen, førte denne oppfordringa frå Basaglia til sjukepleiaropprør (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Nokon leverte inn uniformene og forlanga opplæring i medisinane dei fordelte. Dei innsåg at dei måtte ta ansvar for den behandlinga dei utførte, dei kunne ikkje lengar berre stola blindt på at legen visste kva som var det beste for pasienten. Byrden av meir ansvar for eigne handlingar, og all usikkerheita omkring korleis pasientane ville oppføra seg, førte til at andre sjukepleiarar gjorde opprør andre vegen. Dei forlanga at ein måtte behalda den tradisjonelle institusjonen. Metodane til Basaglia stilte større krav til dei tilsette enn det den tradisjonelle

psykiatrien hadde gjort. Personalet måtte behandle kvar pasient med omsorg, respektera deira meiningar, og innrette seg etter det som vart bestemt på dei pasientstyrte behandlingmøta ("assemblea"). I tillegg var denne deinstitutionaliseringa ein økonomisk kostbar operasjon. Dette var det ikkje alle som ville vera med på. Viss ikkje dei tilsette ville vera med på omstillingane, vart prosessen kvelt i starten.

*Fridom og subjektivitet.* Det langsiktige målet var at pasientane skulle sleppe ut av institusjonane og utfordre samfunnet. Basaglia meiner at det største behovet pasientane på institusjonen har, er å få fridom, slik at dei igjen kan uttrykke seg slik som dei vil (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Fridom er at eit individ kan leve utan at andre treng seg innpå hans suverenitet med tvang eller aggresjon. Stengsler og tvang måtte vekk, slik at dei innlagde sjølv kan bestemme kor dei ville gå, og kva dei ville kle seg i. Mekanisk tvang bryt dessutan med Basaglia sin oppfatning om at menneskerettane gjeld for alle. Tvang og stengsler er straffemetodar, og ein kan ikkje straffe folk utan at dei har gjort noko gale. I staden nyttar ein seg av anten kontinuerlig menneskeleg kontakt, eller skjerming frå menneskeleg kontakt der det er meir hensiktsmessig. Denne skjerminga går ut på at ein kan få tilbod om ein midlertidig leilegheit der ein kan bu åleine med støtte frå helsetenesta, eller i eit bukollektiv med andre pasientar. Denne løysinga er midlertidig til ein har kome fram til det målet ein har med resten av behandlinga. Ein del av dette målet er alltid at pasienten skal reintegrerast. Unge kan og skjermast frå familien sin ved at pasientorganisasjonar arrangerer dag- og fritidsaktivitetar. Dermed kan dei vera ein plass der dei unngår kontakt med familien, samstundes som ein ikkje vart sperra inne på nokon som helst måte. Fridom er i seg sjølv helsebringande, fordi den mogleggjer å utvikle ein subjektivitet i motsetning til å verta objektivisert og passivisert av andre. Å utvikle subjektivitet vil seia å kunne gjera egne fortolkingar av verda, i staden for å måtte motvillig godta andre sine fortolkingar.

Dawes (1994) er einig med Basaglia i at terapeutar har brukt misbrukt si makt som psykiatrar til å ta ifrå pasientar sine menneskerettigheit. Men Dawes er ikkje einig i at

fråtak av rettar ikkje skal skje. Menneske som er ein fare for samfunnet må samfunnet ha lov å skjerma seg mot. Men dette er ikkje ei oppgåve for psykiateren/psykologen. Viss ein person er ein fare for samfunnet, må dette baserast på synleg åtferd som vert observert, ikkje på antakingar av kva denne pasienten si indre verd kan skapa av åtferd. Det er samfunnet sjølv som må ta dette ansvaret, og ikkje delegera det vidare til psykologen/legen. Å miste sosiale rettar er eit forhold som har med samfunnet å gjera, ikkje med behandling av psykisk lidning. Dawes meiner at dette er ei avgjering som må tas på eit sosialt grunnlag, ikkje eit psykologisk. Difor har ikkje psykologen noko spesiell kompetanse på dette området, det er samfunnet som må ta denne avgjeringa.

Viss ikkje pasientane får fridomen (fri frå tvang og aggresjon frå andre) tilbake, vil dei utvikle meir ekstreme og ufornuftige måtar å kommunisere at dei har behov for fridom. For at pasientane skulle få moglegheit til å nyttiggjera seg sin komande fridom, måtte dei få subjektiviteten tilbake. Det vil seia å kunna skilja seg sjølv frå omgivingane. I dette ligg det at pasientane måtte få tilbake sjølvkjensla, evna til å tenkje sjølvstendig og evna til å ta val ut frå eigne behov. På det fyrste sjukehuset Basaglia leia (Skårderud, 1984; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987) identifiserte pasientane seg med institusjonen, og dermed var det institusjonen sine behov dei forhaldt seg til. For å få tak i kva behova til pasientane var, vart det fyrste steget å gje pasientane subjektiviteten tilbake. Basaglia starta med å gjer pasientane oppmerksame på seg sjølv. Eit enkelt, men effektivt, tiltak var å henge opp speglar på sjukehuset. Dermed fekk pasientane sjå korleis dei såg ut, og gradvis vart dei interesserte i sitt eige utsjåande, og dermed interessert i seg sjølv.

Det neste grepet til Basaglia var å tilby pasientane symbolsk arbeid og fritidsaktivitetar som dei skulle organisere sjølv (Skårderud, 1984; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dette gjorde at pasientane fekk ei oppgåve som var deira, og dermed fikk noko som skilte dei frå dei andre pasientane. Ved at pasientane fikk tilbod om arbeid, måtte dei dessutan sjølv ta stilling til noko igjen. Institusjonen bestemte ikkje om dei skulle gjera oppgåvene eller ikkje, det måtte dei ta stilling til sjølv. Dei måtte og ta stilling til

kva fritidsaktivitetar dei ville delta på. Det var ikkje lengar institusjonen som planla heile dagen.

Etter kvart vart det tydeleg at symbolsk arbeid ikkje var nok. Også symbolsk arbeid var ei nedvurdering av pasientane sin verdi og fridom (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Viss pasientane skulle styrke sjølvkjensla si måtte dei ha verkeleg arbeid, eit yrke som var til nytte for verda utafør asylet. Dei måtte sjå at dei kunne bidra og påverke verda rundt dei. Jobb og fritidsaktivitetar var og med å hjelpte pasienten til å fokusera på kva ressursar ein har. Pasientane og samfunnet skulle sjå at desse ressursane var det brukt for. Å få seg arbeid utafør sjukehuset var og med å styrke motivasjonen til å starte eit liv uavhengig av institusjonen. Det stara med at pasientane tok over enkelte praktiske stillingar på sjukehuset som kantinearbeid og vasking.

Etterkvart organiserte pasientane seg i eit såkalla coop (Skårderud, 1984; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987), og starta å tilby tenester til samfunnet utafør. Dermed hadde dei kome så langt at dei genererte reelle arbeidsplassar som samfunnet nytta seg av. Desse coopa har klart seg godt fram til i dag. I 1994 (Dell'Acqua, 1995) dreiv coopa i Trieste eit lite hotell, ein restaurant, ein bar, eit bokbinderi, ei anleggsgruppe, eit flyttebyrå, ein skreddar, ein veskebutikk, ein møbelbutikk med eigne designarvarer, ein videoverkstad, ein kommersiell radiostasjon, ein teaterverkstad, eit malar studio, fleire drivhus, ein grønnsakshandlar og vedlikehaldsarbeidarar. Dette var arbeid til ca. 200 fulltids tilsette som hadde marknadsløn og var sjølvfinansierte. I tillegg var det ca. 100 deltidstilsette som vert finansiert gjennom offentleg støtte.

*Språk og subjektivitet.* Eit anna problem i gjenvinninga av subjektiviteten, var at mange pasientar måtte gjenerobre språket (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Pasientar som hadde vore årevis på institusjon måtte igjen lære seg å uttrykke seg ved hjelp av språk og til å formidla behov. Dette var noko som dei ikkje hadde hatt behov for før, fordi alle helsepersonale «visste» betre enn pasientane kva dei hadde behov for. Når institusjonen ikkje la stor vekt på at ein skulle kommunisere med andre, var det mange som vart sosialt

isolerte. Difor var det viktig for Basaglia å skape situasjonar der dei var nøydt å samarbeide, med til dømes organisering av arbeid og fritidsaktivitetar. Dermed fikk dei igjen behov for å kommunisere med kvarandre. Når dei måtte kommunisere med dei andre pasientane, vart dei gradvis meir og meir merksame på forskjellen mellom seg sjølv og nettverket rundt. Å få pasientar ut av ein sosial isolasjon er og eit viktig fokus i dag, sjølv om dei ikkje har vorte institusjonaliserte på same måten som på eit asyl. Særleg schizofrene mistar kontakten med omverda, sida menneska rundt dei ikkje forstår dei schizofrene si verd og kommunikasjon. Hos Basaglia vert galskapen, eller psykosen, sett på som kommunikasjon, og det vert dermed ein del av behandlinga å legge meining til psykosen sitt innhald. Deretter kan ein hjelpa pasienten med å kommunisere sine behov på ein annan måte.

*Politisk behandling.* Men for å arbeide politisk med konsekvensane av psykisk lidning, måtte Basaglia og arbeide med samfunnet (Skårderud, 1984; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Basaglia allierte seg med andre minoritetsgrupper, og kjempa for saker som dei hadde til felles. Med arbeidsorganisasjonane samarbeidde ein om jobbmoglegheiter og tilpassingar på arbeidsstaden. Med politiske parti kunne ein arbeide saman om verdiar, fattigdom og prioriteringar av offentlege midlar. Med naboorganisasjonane hadde ein som felles mål buplassar, trygt nabomiljø og samarbeid om å ta vare på kvarandre i nabolaget. Samstundes som ein foreina krefter for felles sak, var dette og med å normaliserte behova til pasientane. Sidan deira behov vart sett i samband med andre grupper i samfunnet sine behov, var det ikkje lengar noko mystisk, eller sjukt med pasientane sine behov. Det førte og til at det vart satt i gang ei tovegssosialisering, der pasientane og andre minoritetsgrupper tok inn over seg den andre gruppa sine behov, og kjempa for eit felles mål.

*Assemblea.* Men det som antakeleg har hatt styrst betydning i tovegssosialiseringa mellom pasientar og samfunnet er nok likevel Basaglias «assemblea» (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Opprettinga av «assemblea» er det mest radikale og originale tiltaket Basaglia gjorde.

Det er i utgangspunktet inspirert av Maxwell Jones sitt ”terapeutiske samfunn” ( Jones, 1968), men Basaglia tilpassar det sitt neomarxistiske og antipsykiatriske utgangspunkt. Jones (Jones, 1968) definerar terapeutiske samfunn som styrst mogleg nyttiggjering av det terapeutiske potensialet som fines i alle medlemmane i eit fleirfagleg behandlingsteam, og i pasienten ein arbeidar med. Det viktige for Jones er dermed å nyttiggjera seg det potensialet som ligg i ei tverrdisiplinær behandlingsgruppe, i tillegg til potensialet i pasienten sjølv. For å nyttiggjer seg potensialet i pasienten er denne nøyd til å delta i behandlinga. Det største kjenneteiknet på eit terapeutisk samfunn vart det store fokuset på plenumsmøte og utvisking av grenser mellom pasientar og behandlarar. Dette gjeld grensar som gjeld oppgåver, roller og ansvar. Det at pasienten skal vera med i planlegginga av behandlinga, gjev tap av status og kontroll hos behandlar, og meir kompleks og krevjande rolle for pasienten. Behandlar kan ikkje utan vidare gjera slik som han tykkjer er best, og pasienten kan ikkje passivt ta imot behandling.

Jones (1968) og Basaglia (Skårderud, 1984; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987) arrangerte helst daglege plenumsmøte, der både pasientar og tilsette møttes. I eit slikt terapeutisk samfunn, skulle det vera fri kommunikasjon for alle. Dette skulle vera med å bryta ned tradisjonelle autoritetsforhold, og igjen styrka pasientanes subjektivitet. Pasientane sine meiningar og ressursar vart teke med i behandlinga. Medan Jones ikkje heilt viska vekk grensene mellom pasient og behandlar, tok Basaglia dette heilt ut. Basaglia gav alle like stort ansvar for behandlinga til alle, og alle hadde like mykje å seia. Til dømes når det gjaldt utskrivingar var det både pasientar og tilsette sitt ansvar at den utskrivne var klar for å møte verda. Dette kom tydeleg fram ein gong Basaglia vart tiltalt fordi ein utskrivne pasient hadde myrda kona si (Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Alle på sjukehuset følte at det var deira ansvar at pasienten hadde sloppe ut for tidleg, og at det var Basaglia som fekk lida for det. Alle ting rundt behandling og administrasjon vart diskuterte på desse møta til Basaglia. Dette var Jones i mot fordi han meinte at ved for stor makt til pasientane ville føra til at dei skapa for mykje konfliktrar. Han meinte og at

pasientane må ha rettleiing av tilsette for å kunne halda seg i ein helsefremjande prosess. Behandlarane hadde dermed større kunnskap om kva som førte til ein helsefremjande prosess, og kva som ikkje gjorde det. Hos Jones var leiaren ein psykiater som hjelpte pasientane til å tolke sine problem utifrå ein psykodynamisk tolking. Basaglia let derimot leiarrolla i desse møta gå på rundgang hos pasientane.

Psykiateren si rolle hos Basaglia var å stilla gode spørsmål rundt pasientane sin situasjon for å løysa opp diskusjonar (Skårderud, 1984; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Han har dermed ikkje ei rolle som rettleiar i kva som førar til betring eller ikkje. Psykiateren er heller ikkje ein «allvitar» som har heile oversikten over korleis behandlingsprosessen skal sjå ut. Han har heller ikkje ei rolle som gjev han makt til å bestemme kva som er ein helsefremjande prosess, og kva som ikkje er det. Psykiateren si rolle hos Basaglia er derimot å setje prosessen i gang igjen når han er stoppa opp. Dette fører til at pasientane, og alle andre som deltok på assemblea, kunne lage seg ei forklaring på problema som alle forstod. Dette er ei klar motsetning til diagnosar som forklaring, ei forklaring ingen eigentleg heilt forstår. Når ein har ei forklaring som fleire kan forstå, er det og lettare å få mange til å delta på ein helsefremjande måte i behandlinga.

Sidan det ikkje vart utøva nokon slags kontroll på kva som var lov, og korleis ein skulle oppføre seg på desse assemblea, var dei mange gonger svært spontane og fulle av sinne, lidenskap og ufornuft (Skårderud, 1984; Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Alle følelsane som pasientar bar på kom fram her. Og personalet kunne kome med sitt syn på problema, men deira meining vart ikkje tillagt meir verdi enn pasientane si. Dermed vart dei, særleg i starten, svært kaotiske. Dette sinnet vart ikkje tolka som eit symptom på sjukdom eller galskap, men som ein rettmessig og normal følelse på bakgrunn av det som samfunnet hadde utsett dei for. I staden for å dempe sinnet og aggressiviteten, ville Basaglia framdyrke denne og rette den mot dei leiande i samfunnet. Å kunne vera sint på tidlegare undertrykkarar vart sedd på som eit viktig steg i å få tilbake subjektiviteten. Å kunne vera aggressiv er ei sjølvhevdande åtferd, og dermed er den med å

forsterkar subjektiviteten.

Assemblea vert dermed langt ifrå det som Jones sitt terapeutiske samfunn skulle vera: ein trygg og kontrollert setting der pasientane i ro og mak kunne arbeide med problema sine. Basaglia hevdar at Jones sitt terapeutiske samfunn er berre ein ny institusjon der ein prøver å få kontroll over det ufornuftige på ein ny måte (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Jones brukte profesjonelle som leia behandlinga i gruppemøta. Jones (68) meiner at det er nødvendig å driva behandling i ein situasjon der ein er skjerma frå samfunnet. Han hevdar at eit miljø der ein har kontroll over flest mogleg faktorar kan ein gje pasientane betre terapeutiske erfaringar enn det ein kan gje dei på utsida av institusjonen. Viss ein vil legge ned sjukehusa, meiner Jones at pendelen har gått for langt. Basaglia derimot meiner at viss pasienten skal klarar å koma tilbake til samfunnet, er det viktig at mest mogleg av behandlinga vert lagt til samfunnet der pasienten skal leva livet sitt. Difor føregår mykje av behandlinga i Trieste i dag ikkje på eit helsesenter, men på pasienten sin arbeidsplass, i heimen hans, på baren, i gata eller på andre arenaer som pasienten tykkjer er vanskelege. Dermed dreier mykje av behandlinga i Trieste å arbeida med relasjonar til samfunnet, der desse relasjonane eksisterar.

*Involvering av samfunnet.* Av definisjonen til Jones ser ein at det trengs meir behandling enn det ein lege og ei sjukesyster kan gje, ein treng eit fleirflagleg behandlingsteam. I tillegg til psykiatrar og sjukepleiarar, nytta Jones seg av psykologar, sosionomar og studentar i behandlinga si. Basaglia understrekar og dette, men går endå lenger (Skårderud, 1984; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). I tillegg til dei mange studentane som kom å arbeide med Basaglia, oppmuntra han og kunstnarar til å koma og vera med på det som føregjekk på sjukehuset. Desse kunstnarane hjelpte pasientane med å uttrykke seg, men dei var og med å fortalte pasientane sine historier til resten av verda. Dette vart gjort gjennom bilete, skulpturar, teikneseriar, skodespel og film. Kunsten kunne vera eit språk der galskapen kunne uttrykke seg utan å ta omsyn til det fornuftige. Når pasientane var med på offentlege framsyningar av kunstverka, vart dette ein møteplass mellom galskap og



fornuft, mellom pasient og samfunnet.

På Basaglia sine assemblea kunne kven som helst koma å delta, det var ope for alle, og alle spørsmål kunne diskuterast. På assemblea tok ein opp alt ifrå psykiske problem til praktisk drift av sjukehuset og sosiale problem knytta til samfunnet. Familiar og politikarar vart inviterte, og ingen vart stengt ute. Basaglia kritiserar Jones sin bruk av terapeutiske samfunn sidan den ikkje tek eit oppgjær med samfunnet. Etter Basaglia sitt syn må og samfunnet vera med i behandlinga, pasienten må tilpassa seg samfunnet, men samtidig må og samfunnet tilpassa seg pasienten. Dette kan berre skje ved at dei møtes, og kan vera ærlege med kvarandre.

Sidan samfunnet skal kurerast, må det skapast ei offentlegheit rundt problem. Kva er då betre enn å la offentlegheita konkret vera med der problema vert uttrykka, og der behandlinga skjer? Ved å skape openheit rundt problema og behandlinga, kan samfunnet og delta i denne. For å gjer dette tok Jones familiare til pasientane med i behandlinga. Basaglia derimot tek med heile byen.

Dei felles møtepunkta med samfunnet, i tillegg til dei fritidsaktivitetane som pasientane sjølv arrangerte, blei viktige sosiale lærings situasjonar for pasientane. Basaglia meinte at den relasjonen ein fikk til andre pasientar og andre delar av samfunnet på slike møter, var lækjande (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dei opplevde at deira meiningar vert teken omsyn til, og at dei sjølv hadde betyding, noko som og var med å styrke subjektiviteten. Samstundes lærte dei korleis andre reagerte på deira sjølvhevding og deira ytringar. Dette vert situasjonar som er nærare opp til vanlege, kvardagslege situasjonar som pasientane vil møte utafor institusjonen. Dermed vert samfunnet teken med i behandlinga ikkje berre for at det skal endre holdningar sjølv, men og for å gje pasientane læringsmoglegheiter. Desse storstilte assemblea er det ikkje behov for lenger i dag sidan ein har fått ei helseteneste som arbeider ute i samfunnet. Dermed treff pasienten samfunnet i kvardagen. Fokuset til helsetenesta gjer at både pasientar og omgivnadene deira deltek i behandlinga. Dermed vert det situasjonar der begge partar kan forandre seg i retning av å

tilpasse seg den andre.

I motsetning til Jones meinte Basaglia som nemnt at den skjermande institusjonen måtte leggest ned (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Det å bu på ein institusjon som skjerma ein totalt frå samfunnet, vil hemma integreringa, sidan ein ikkje arbeider der integreringa skal skje. Viss ein ikkje har integrering, vil pasienten vera isolert og angstfull og ein vil heller ikkje ha betring. Ei kvar skjerming av pasienten må difor ha moglegheiter for kommunikasjon med andre. Ein må ha kontakt med samfunnet for å verta betre. Dermed kan ein ikkje utsetje kontakten med samfunnet til ein har vorte betre. Eit eksempel på dette er at viss pasientar i Trieste må skjermast for omverda ein periode, arbeidast det fyrst og fremst med korleis pasienten føreheld seg til samfunnet og korleis han kommuniserer. Frå fyrste dag må ein ha ein plan med kva for korleis ein skal få pasienten tilbake til samfunnet. Det å leva skjerma er ikkje noko varig løysing for nokon pasientar.

Ei anna føresetnad for at ein kan driva institusjonar er at maktstrukturane på institusjonen ikkje vert maskerte (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Kven som har makt, og korleis dei brukar denne makta må gjerast tydeleg for alle. Gjeldande maktstruktur skal og til ei kvar tid vera open for å diskuterast. Dermed minkar ein sjansen for at institusjonen skal undertrykke pasienten.

Sidan pasientane sjølv skulle finne løysing på problema sine var det ingen faste linjer for korleis utviklinga fram mot nedlegginga av institusjonen skulle vera (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dette blei og heftig debattert på assemblea. Men Basaglia ville ikkje berre legge ned dei fysiske institusjonane, han ville og legge ned ideen om at helsevesnet må ha kontroll på pasientar og behandling. Assemblea er det motsette av kontroll. Dei er spontane samfunnssamlingar som går føre seg utan terapeutisk kontroll. Assemblea gjev moglegheit til å skape rom der galskapen kan få snakke med sin eigen stemme til samfunnet, og verta teken omsyn til.

Med tida har assemblea vorte meir kontrollerte. Dei er mindre enn før, og det er hovudsakeleg berre behandlarar, pasientar og familien deira som deltek (Dell'Acqua &

Mezzina, 1998). Kva problem som drøftast er like fritt som før, og alle har lov til å vera ærlege og uttrykka sine følelsar og tankar. Forskjellen frå dei store asyla er at det er fleire som delar kontroll, makt og ansvar for kva som skjer i behandlinga. Det er ikkje lengar ein psykiater som har kontrollen, den er delt på fleire personar. Dermed er og makta over pasienten, og hans veg vidare, delt mellom fleire.

*Medikament.* Medikament vert brukt med avgrensing. Medikamenta er ikkje lækjande i seg sjølv, men heller eit verktøy for å opna ein potensiell relasjon, eller for angstreduksjon eller for å kontrollera adferd. Medikament som vert brukt som terapi i seg sjølv, gjer riktig nok at pasientane kan dempe symptom slik at ein kan delta i samfunnslivet. Men Basaglia (1964) meiner at når pasienten på denne måten kjem ut av galskapen, vil han oppdage korleis han vert behandla av samfunnet. Når han ser korleis han må underordne seg samfunnets normer, vil opplevinga av at hans subjektivitet vert avvist av samfunnet, verta forsterka. Dette vil i seg sjølv skapa angst og bryt ned pasienten. Difor er det viktig når ein nyttar medikament i behandlinga, at ein samtidig tek omsyn til at pasienten skal få fridom til å utvikle sin personlegdom. Når medikamenta gjer pasienten meir bevisst på seg sjølv og omgivnadane, må ein ha ein plan for korleis ein skal arbeide med at pasienten når han oppdagar korleis samfunnet oppfattar han. Medikament skal brukast for å tilfredstille pasientane sine behov, ikkje legen eller samfunnet sitt. Det vil vera heilt uaktuelt for Basaglia å bruke medikament utifrå at det var den billegaste behandlinga.

Det er også verdt å nemne nokon ting rundt det å sleppe pasientane ut i samfunnet. Dei som hadde problem med å leve i samfunnet vart ikkje slept ut før ein hadde eit alternativt tilbod til dei. Det var imidlertid nokon som vart verande på det psykiatriske sjukehuset (Skårderud, 1984; Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Scheper-Hughes & Lovell, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Dette var personar som var for gamle, for sjuke fysisk, for institusjonaliserte eller som ikkje hadde lyst eller ferdigheitar til å klare seg i samfunnet. Desse vert formelt utskrivne, og kunne gå og koma som dei ville. I praksis vart dei buande på institusjonen med ein «gjeste»-status. Dei var berre gjestar som var på besøk.

Sjølve institusjonsbehandlninga vart lagd ned, men desse ”gjestane” fekk hjelp til å klare seg. Samtidig vart mesteparten av institusjonen, som ikkje lengar var i bruk, brukt til andre ting. Ein venleikssalong, ein lokal radiostasjon, lesesalar for ein vidaregåande skule og eit dagsenter for born har vorte oppretta på området til det tidlegare asylet. Dette gjer at desse som framleis bur der, har god moglegheit til å få kontakt med samfunnet. Samtidig vert alle dei som er innom bygningane til det tidlegare asylet vant til dei som bur der.

### *Trieste etter Basaglia*

*Resultatet av samfunnsendingar.* Til no har me sett på korleis Basaglia vil at ein skal behandle alle dei problema som institusjonsbehandling og undertrykking frå borgarklassen har skapt. Men Basaglia meiner ikkje at psykisk liding eller undertrykking av minoritetar vil forsvinne viss ein klarer å fjerne undertrykking frå borgarklassen og endra samfunnsverdiane (Lovell & Scheper-Hughes, 1986; Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Når ein har funne ei løysing på motsetningane i samfunnet, vil det oppstå nye motsetningar, som vil skape ny undertrykking. Basaglia seier at *“every contradiction that is revealed calls for the end of an ideology that would define and classify it, but it carries within itself a future contradiction”* (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987, s.154). Løysingar på motsetningar vil skapa nye motsetningar, og nye ideologiar vil undertrykke andre.

Når dei ufornuftige vert integrert som ein del av normalen, har samfunnet endra seg. Men då er det nye individ som har åtferd og behov som ikkje passa med dei nye leiande sine. Ein kan ikkje lage eit samfunn som tek like mykje omsyn til alle. Så lenge det er noko som er normalt eller fornuftig, vil det og vera noko som er unormalt eller ufornuftig. Det finnes ikkje noko endeleg løysing på dette, fordi den menneskelege natur har så stor variasjon at viss menneske skal leva saman i eit samfunn må dei gje avkall på ein del av eigne behov for at andres behov skal verta dekte. Kven som gjev avkall på mykje, og kven som gjev avkall på lite, er bestemt av dei gjeldande verdiane i samfunnet. Basaglia har ikkje noko tru på at hans marxisme vil skapa eit samfunn der alle vert behandla likt. Samfunnet må difor vera kritisk til seg sjølv og vera klar over kven sine tær det trås mest på til ei kvar tid, og freiste å

gjer noko med det. Dette vert å leva i det paradokset at ein framhever dei verdiane ein meiner er gode, samstundes som ein må vera kritisk til dei same verdiane.

I psykiatrien brukar Basaglia ein tidleg fase i ein deinstitusjonaliseringsprosessen som eit døme på eit slikt paradoks (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). I denne prosessen skal ein drive behandling på institusjonar, fordi ein ikkje har noko betre alternativ. Samstundes må ein avvise institusjonen som behandlingsplass, fordi den ikkje gjev pasientane den fridomen dei treng. Behandlaren må dermed arbeide i ei slik motsetning der ein styrer ein institusjon som ein eigentleg er imot. Ein må ikkje gje slepp på dei strukturane ein har før ein har nokon som er betre, som er klar til å ta over. Slik må og framtidig behandling vera. Den må drivast på dei premissane samfunnet gjev, samtidig som ein strevar med å gjera noko med svakheitene i gjeldane behandling. For at samfunnet skal verta betre må ein finne fellesmål med så stor del av samfunnet som mogleg, slik at flest mogleg vil nytte godt av å forandre noverande maktstruktur. Deretter må den nye psykiatrien alliere seg med flest mogleg av dei nye minoritetane med verdiar som ikkje passar inn.

*Bygging av subjektivitet.* Behandlinga i Trieste har og forandra seg frå Basaglia si tid. Fokuset på klasseskilnader er tona ned, men undertrykking og gjenvinning av subjektivitet er framleis svært viktig (Dell'Acqua & Mezzina, 1988; Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Ein har begynt å fokusera meir på sårbarheitsfaktorar, men den utløysande faktoren er framleis samfunnet. Ein sårbarheit kan vera med å forklare kvifor ein ikkje er som alle andre, men det som skaper problema er først og fremst samfunnet si haldning til dei som avvik frå normalen. Den største forskjellen er at det psykiatriske sjukehuset har vore heilt nedlagd i mange år, og fokuset på å rette opp feila som har skjedd på institusjonen vert difor mindre. Arbeid med å gjenopprette subjektiviteten vert då litt annleis. Dette er det fyrste ein startar med og har framleis ein viktig plass i behandlinga, særleg i behandling av folk med psykosar. Å utvikle subjektiviteten gjerast ved å lytte og lære av pasienten. Det ein søker å lære er kva ressursar pasienten har, og korleis desse kan styrkast. Dermed legg ein vekt på det positive som skil pasienten frå andre.

Det er og viktig å finne ut korleis pasienten tilfredstiller sine grunnleggjande behov som mat og emosjonell nærheit (Dell'Acqua & Mezzina, 1988; Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Dette kan gje mening til det som andre ser på som galskap, utifrå at særleg menneske med psykosar kan ha ufornuftige måtar å gjera dette på. I vidare arbeid kan det verta viktig å hjelpa pasienten til på eigen hand å klare å halde på eit husvære, samt innkjøp og jobbtrening. Å kunne klare seg på eiga hand er viktig i forhold til det å ha fridom til å vere seg sjølv. For å styrke evna til å gjera eigne fortolkingar, er det og viktig å setje livshendingar i eit historisk perspektiv. Dette hjelper pasienten til å gje mening til eksistens og si individuelle historie. Personlege forhåpningar og draumar om framtida har og fått ein viktig plass i arbeidet med å gjera pasienten i stand til å gjera seg opp meiningar om framtida. Dette er og ein viktig del av det å vera eit sjølvstendig menneske med eigne meiningar.

*Assemblea i dag.* I dag er assemblea mindre, og mindre behandling føregår på helsetenesta sine fasilitetar (Dell'Acqua, 1995; Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Hovudhensikta til assemblea i dag er at pasientane skal få moglegheit til å få aktualisere problema sine gjennom kontakt med andre. Det å diskutere sine problem, og lytte til andre som diskuterer sine problem, vert sett på ein prosess som hjelper pasienten til å skape fleire tolkingalternativ til det ein opplever som vanskeleg. Dessutan vert problema normalisert gjennom at ein opplever at andre slit med liknande ting. Slike prosessar meiner ein i dag i Trieste at er lekande. Desse mini-assemblea vert endå sett på som ein viktig arena for sosial læring. Desse møta er og viktige i innleiinga til behandlinga. Når nye pasientar deltek på møta, kan dei orientera seg i forhold til kva mål og metodar dei ynskjer. Dei får eit innblikk i mål og metodar ein brukar med andre, og har dermed meir kunnskap når ein skal ta stilling til eigen behandling. Sidan pasientane er mindre isolerte for samfunnet, har dei store assemblea mista litt av sin verdi. Pasientane får no mange muligheiter til å møte samfunnet i jobb og fritid.

*Moderne teknikkar.* Psykologiske verktøy har fått ein større plass i behandlinga enn

det den hadde hjå Basaglia (Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Åtferdseksperiment og kognitive verktøy kan vera eksempel på slike element som ein tek ut av sin teoretiske kontekst for å bruka til å hjelpa pasienten til å finna mening og sosialisera seg med andre. Det har og vorte utvikla mange sjølvhjelpsgrupper. Sjølv om Basaglia ikkje fokuserte på slike grupper, kan det sjåast på som ein måte å behalda intellektuelle frå pasientgruppa i kontakt med sitt utgangspunkt. Dei som har vorte betre fortsetter å gå saman med andre som har problem, i staden for å verta assimilert inn i den delen av samfunnet som ikkje har denne bakgrunnen. Framleis må det ufornuftige hjelpast til hevde seg sjølv mot ei fornuftig forståing av den. Kampen mot dei fordommane som framleis eksisterar mot mental sjukdom pågår framleis i Trieste.

### Diskusjon

Basaglia si forståing av psykisk sjukdom er at den er hovudsakleg skapa av korleis samfunnet behandlar dei som avvik frå normalen. Denne forståinga er hovudsakleg bygd på Gramsci si neomarxisme (Gramsci, Hoare, & Smith, 1971), og Foucault si beskriving av forholdet mellom fornuft og ufornuft (Foucault, 1965). Denne forståinga legg han til grunn for behandlinga. Det viktige vert ikkje å arbeide med til dømes depresjonssymptom, men å arbeide med å gjere den deprimerte i stand til å fungere og kommunisere med samfunnet. Samstundes som ein arbeider med pasienten må ein og arbeide med menneska rundt pasienten, for å tilretteleggje for pasienten. Ein må og arbeide med nettverka rundt pasienten for å forandre dei verdiane som gjer at pasienten har vorte lidande i utgangspunktet. Dette er først og fremst eit politisk arbeid, som pasientane vert oppfordra til å ta del i. Behandlinga i Trieste i dag er i prinsippet svært lik behandlinga til Basaglia.

#### *Virke Trieste-modellen?*

Det er vanskeleg å sei noko absolutt om Trieste-modellen er betre eller dårlegare enn ein modell som fokuserar meir på individuelle årsaksforklaringar, som til dømes ein psykodynamisk modell vil gjera. Undersøkingar som vart nemnt i innleiinga (Dell'Acqua, 1995; Mezzina & Vidoni, 1995; Burti & Benson, 1996; Fioritti, m. fl., 1997; De-Girolamo

m. fl, 2002) er likevel eit ganske sterkt argument for at det er ei minst like god behandling som det ein har andre stader. Viss menneske ikkje hadde fått den hjelpa dei trengte, ville dette med stor sannsyn ført til at dei hadde søkt hjelp andre stader, hovudsakleg på private institusjonar. Viss dei ikkje har søkt hjelp, og dei psykiske problema dermed berre har vorte verre, hadde dette med stor sannsyn ført til auka sjølvmondsrate, auka heimlause og auka kriminalitet. Ingenting av dette har skjedd, og det er då nærliggande å konkludera med at Trieste-modellen gjer folk betre. Eit anna godt argument er at italienske helsemyndigheiter aldri har vore interessert i å få Trieste-modellen evaluert av andre enn dei som arbeidar der (Dell'Acqua, 1995). Det må tyda på at helsemyndigheitene ikkje ser nokon grunn til å stilla spørsmål ved om Trieste-modellen fungerer.

Men er Trieste-modellen betre enn andre terapimodellar? Dei få studia som er gjort på å samanlikne terapiutfall mellom forskjellige modellar i Italia, tyder på at Trieste-modellen er betre enn andre tilnærmingar når det gjeld schizofreni (Burti & Benson, 1996). Ein av dei studiane Burti og Benson oppsummerar, fant at den beste predikatoren for god livskvalitet hos pasienten etter behandling, var bruk av sosial og/eller yrkesretta ferdigheitstrening. Den beste predikatoren for dårleg livskvalitet, var antall dagar innlagd på ein psykiatrisk klinikk. Dette tydar på at det er betre å behandle schizofrene i ei samfunnsbasert tilnærming til problemet, og at den verste behandlinga er å vera innlagd over tid på. For andre lidningar er det ikkje gjort noko undersøkingar av livskvalitet, og det er dermed ikkje noko grunnlag for å sei at modellen er like positiv for andre lidningar.

#### *Klassekamp som terapi*

Som me har sett, bygger Trieste modellen på Basaglia sin teori som er bygd på antakingar om ein borgarklasse som undertrykker dei andre klassane. Basaglia kjem ikkje med ein klar definisjon av kven som høyrer med i desse klassane, men dei som har makta er dei som har mest pengar og politisk innflytelse. Ein av faktorane som Basaglia meiner er lækjande er at pasientane får ta eit oppgjær med borgarskapet og deira kapitalistiske verdiar. Basaglia si beskriving av maktfordelinga i Italia er imidlertid ei forenkling (Papeschi, 1985).



Italia er eit land med store variasjonar. Dette gjeld ressursmessig, med eit rikt nord og eit fattig sør. Det gjeld og i forhold til kven som har makt og er verdisetjande. Til dømes kyrkja og mafiaen står for andre verdiar enn borgarskapet sine ideal. Katolisismen fokuserar på uegoisme og raustleik i staden for økonomisk vinning. Kriminaliteten som mafiaen utøvar vert av borgarskapet kategorisert som avvik frå normalen (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Desse, og andre, sine verdiar påverkar nok og menneska i områder der desse gruppene har stor makt. Sidan kyrkja og mafiaen har avvikande verdiar i forhold til kapitalismen skulle ein tru, ut ifrå Basaglia og Gramsci sin marxisme at desse vert sett på som gale. Det vert dei imidlertid ikkje, noko som taler imot klassekampteorien. Når ein i tillegg ser at i Italia stod marxistane sterkare enn i andre land i Vest-Europa og Nord-Amerika, er det litt underleg at Basaglia knyt den dåverande valden utelukkande til kapitalismen.

Kommunistiske land som Stalin sitt Sovjetunionen og Mao sitt Kina, er ikkje kjende for å gje stor fridom til borgarane. Då er det underleg at ikkje kommunistrørslene i Italia må ta litt av ansvaret for undertrykkinga. Det er dermed mykje som taler mot at den økonomiske logikken styrer alle andre samfunnsverdiar. Basaglia generaliserer dermed unaturleg mykje når han beskriv den italienske samanhengen mellom kapitalisme og sosial vald, i tyding av at sosial vald er press på individet til å oppføre seg på ein spesiell måte. Vitskapelege forsøk tyder og på at økonomisk vinning og rasjonalitet ikkje er den viktigaste motivasjonen/verdien til menneske. Dawes (1991) viste i eit forsøk at gruppetilhøring var viktigare for folk enn økonomisk vinning. Gruppetilhøring gjorde at forsøkspersonane tilla økonomisk gevinst som motivasjonsfaktor, mindre viktigheit enn viss dei var åleine.

Mot Basaglia sin teori om at borgarskap si undertrykking av andre skaper psykisk lidning, har det og vorte sagt at menneske frå dei styrande klassane og får psykiske lidningar (Papeschi 1985). Kvifor vert desse sjuke/gale når det er dei sjølv som undertrykker? Men Basaglia hevdar og at menneske frå borgarskapet vert undertrykt. Difor kan han forklare og deira lidning ut i frå eit undertrykkingsperspektiv. Spørsmålet er då konkret kven Basaglia

meiner undertrykker, og kven ein konkret skal retta si frigjeringskamp mot. Dette er ikkje Basaglia tydeleg på, og nemner ikkje nokon meir presise motstandarar enn borgarskapet og kapitalismen. Det er uklart kven han meiner som står øvst på det undertrykkande makthierarkiet.

### *Sjølvkritikk*

Det er viktig i denne samanhengen og understreke det som Basaglia seier om at eit samfunn alltid må vera kritisk til eigne verdiar, uansett kva verdiar dette måtte vera. Han meinte at eit kvart samfunn som ikkje baserar seg på kapitalismen, vil ha andre som fell utafor. Difor kan ein ikkje utan vidare avfeie Trieste-modellen, sjølv om analysen den gjer av dåverande samfunnsstruktur var for enkel. Sidan menneskeleg variasjon er så stor vil det alltid vera nokon som fleirtalet ikkje forstår. Dei som har mest makt i samfunnet, til dømes politiske, økonomisk eller militær makt, vil alltid definera nokon som avvikande frå det dei ser på som normalt. Ein kan ikkje definera noko som fornuftig, godt, helsemessig eller verdifullt, utan at ein samtidig definerar noko som ufornuftig, vondt, sjukleg eller uverdifullt. Difor kan Basaglia kritikk av det kapitalistiske samfunn i stor grad og brukast på andre samfunn som ikkje vil ta inn over seg at dei undertrykkjer dei som har andre verdiar enn majoriteten. Basaglia sin teori kan dermed og sjåast på som ein teori om korleis samfunnet behandlar dei som fell utafor, og hans behandlingsformer er ikkje avhengig av at ein har ein kapitalisme som undertrykker.

Det norske helsevesenet i dag er heller ikkje utan undertrykking (Fredriksen & Fugelli, 2006). Framleis er det slik at legar er flinke til å føra skylda tilbake til pasienten sjølv, i staden for å peike på arv eller uflaks som medverkande årsak. Pasienten får hjarteproblem på grunn av sin passive livsstil, eller lungekreft fordi han ikkje har slutta å røyka. Pasienten si forståing av problemet, til dømes at arbeidssituasjonen har vore slik at ein ikkje kan bevega seg så mykje, eller at ein stressa kvar dag har gjort det umogleg å legge vekk røyken, vert ikkje tillagt særleg vekt. Eigentleg kunne pasienten på eit tidlegare tidspunkt ha gjort noko med det, og situasjonen han finn seg i no, må han dermed sjølv ta

ansvar for.

Til og med ansvaret for komplikasjonar som oppstår i behandlinga vert lagt heilt over på pasienten (Fredriksen & Fugelli, 2006). I forkant av behandlinga presenterar legen risikoar ved behandlinga. Dermed kan helsevesenet, når behandlinga misslukkast, fortelja pasienten at denne risikoen visste pasienten om på førehand, og han må difor sjølv bera ansvaret. Når behandlinga er vellukka derimot, legg ein ikkje heile ansvaret på pasienten for at han valde riktig. Legane tek rosa. Dette er ein bruk av humanisme som Basaglia kritiserte for over 30 år sidan. Liksom legane på asyla la skylda for det dei ikkje kunne kontrollere på pasienten, legg norske legar/psykologar i dag ansvaret for det dei ikkje kan kontrollere på pasienten. Ein tek utgangspunkt i at eit kvart mennesket er i stand til å ta dei beste avgjeringsane, uansett kva det gjeld, på eiga hand. Dermed kan ein gjera pasienten fullt ut ansvarleg for eigne handlingar og den tilstanden ein er komen i.

Gevinsten for behandlaren å sjå slik på situasjonen er at han ikkje treng å ta noko særleg ansvar sjølv for det som vert problematisk. Dermed er det likskapstrekk til det samfunnet som Foucault og Basaglia beskriv der ein fyrst og fremst er oppteken av å behandle samfunnet og legen sin angst, ikkje pasienten sin. Så sjølv om det er lite klassekilnader i Noreg, og sjølv om den økonomiske logikk kanskje ikkje er den grunnleggande verdien i vårt sosialdemokratiske land, så er Basaglia sine idear om frigjering frå helsevesnet si undertrykking framleis aktuelle.

### *Humanisme*

I dag er det vår humanisme, med å legge ansvaret for ein person sin situasjon på personen sjølv, som må diskuterast. Det at ein forventar at menneske stadig skal yte meir kan og sporast tilbake til humanismen si tru på menneske si evne til å realisera seg sjølv. Å stadig leva i ei sjølvrealisering vil jo seia at ein stadig må yta meir og meir. Når nokon ikkje klarer å utvikle seg sjølv slik at ein klarer henge med, kan ein utifrå humanismen seia at det er deira eigen feil. Dette fordi alle menneske har denne evna til å realisere seg sjølv, og ein må sjølv ta ansvar for om ein vil det eller ikkje. Dermed er me ikkje lengar på dette området

enn det samfunnet var på Basaglia si tid. Andre, som lege/psykolog, familie, venner og samfunnet generelt, må innsjå at og dei kan vera nøyddde til å vera med å bera skylda for at nokon fell utafør. Ut ifrå dette må me få eit helsevesen som kan ta konsekvensane av dette, og samarbeide meir med andre instansar enn pasienten sjølv for å endre på dei faktorane som ikkje er gode.

### *Terapeutisk nøytralitet*

*Psykoterapeutisk teori.* Basaglia sitt krav om at helsevesenet skal møte pasienten utan forutinntattheit om kva problem hans skyldast, er ein umoglegheit. Basaglia møtar og pasientane med ein slik bias. Sjølv så meiner han at problema til pasientane hovudsakleg kjem av slik samfunnet er. Dette er like mykje ein forutinntattheit som det å forstå problema til pasienten utifrå ei psykologisk/biologisk ramme. Trieste-modellen står dermed og i fare for å undertrykke pasientane si forståing.

I vår tid med fri flyt av informasjon, kan pasientane sjekka symptoma sine på internett, vekeblad og liknande, før dei kjem til behandling. Her kan dei lesa om alle slags moglege forklaringar til psykiske problem, og skapa seg ei forståing av problemet sitt ut frå det dei les. Dermed får pasientane sjølv ein forutinntattheit, før dei kjem til behandling. Ekstremtilfella er pasientar med helseangst som heile tida forklarar sine symptom biologisk, sjølv om legen ikkje finn noko biologisk forklaring. Basaglia sitt krav om å forstå og arbeide ut frå pasienten si forståing av problemet, ville ført til at ein personen med helseangst hadde fått medikament, eller ein operasjon. Pasientane har ikkje den spesialkunnskapen om dei store psykiske problema som den profesjonelle behandlaren har (Aadnanes, 2007).

Denne spesialkunnskapen inneber at ein kan sjå fleire alternative forklaringar og løysingar enn det pasienten gjer. Dess mindre kunnskap pasienten har, dess større er sjansen for å gjera eit dårleg val av korleis ein skal forholde seg til problemet. Pasienten kan koma til å gjera val som er direkte skadeleg for han, eller som strir mot behandlaren sine profesjonelle prinsipp. Eit endå meir alvorleg eksempel enn helseangst er viss pasienten bestemmer seg for å ta sjølv-mord. Skal behandlaren då støtte han i dette og? Eller hjelpe han å gjennomføre

det? Av og til må ein prioritere å redde liv og helse til pasienten framfor å vere redd for å tvinge behandlars oppfatning av problemet over på pasienten.

Diskusjonen vert ikkje om helsevesnet skal eller ikkje skal påverke pasienten med sine oppfatningar, men kor tid ein skal gjera det. Difor er det bra at Basaglia og Trieste-modellen ikkje praktiserar heilt i tråd med det dei lærer på dette punktet. Dei møter pasienten med ei forståing av problemet som dei arbeidar opp imot. Når pasienten vil ta eit dårleg val, hjelper dei pasienten med å sjå problema i ein samfunnsstrukturell samanheng, og dermed finne ei anna løysing på problemet.

Når det gjeld fordeling av ansvar gjev Trieste-modellen ansvaret for lidinga hovudsakleg til samfunnet. Dermed prøvar ein å unngå skam hjå pasientane på grunn av at dei oppfattar seg sjølv som årsaka til sin tilstand. Samfunnet vil ikkje akseptera det ufornuftige i pasienten. I å gjenvinne subjektiviteten ligg det at pasienten skal ta ansvaret for eige liv. Han skal tilpasse seg samfunnet, så sant at samfunnet er villig til å tilpasse seg til pasienten. Det vert dermed ei todeling av ansvaret. Dette er tovegssosialisering, at begge partar må vera villige til å inngå kompromiss, for å oppnå eit felles gode.

*Diagnosesystem.* Som me har sett så meiner Basaglia at diagnosesystemet er med å opprettheld maktforskyving og årsaksplassering. Dagens DSM-IV og ICD-10 er symptomfokuserte, og fortel ikkje noko om behova til pasienten. Sidan ein ikkje kan kategorisere ressursar i desse systema, ville Basaglia avvist dei. Dei skaper eit utelukkande negativt bilete av pasienten, sidan det berre er det mest problematiske hjå pasienten som det vert lagt oppmerksomd med. Basaglia vil dermed hevde at dei er unyttige til å bygge opp ressursane hos pasienten. I dag tek dei fleste psykoterapiar utgangspunkt i kva diagnose pasienten har. Men å sei at dette fører til at ein ikkje utrustar pasienten med ressursar, er ikkje korrekt. Viss ein arbeider i terapien med å gje pasienten meistringsstrategiar til å løyse sine problem, kan ein ikkje sei at ein ikkje arbeider med å utvikle pasienten sine ressursar. Meistringsstrategiar er ressursar pasienten har når han kjem til terapi, og desse ressursane prøvar ein å forsterke. I dag krev dei fleste behandlingar at pasienten deltek aktivt i

behandlinga og dermed utviklar seg sjølv. Forskjellen frå Trieste-modellen er at ein der arbeider med ressursar som ikkje direkte har med å kunne takle problema til pasienten. I tillegg til meistringsstrategiar vert det og arbeidd med å gje pasienten utdanning, og utvikle fritidsinteresser. Ein har eit meir heilskapleg bilete av pasienten, der ein arbeider med alle områder i livet, ikkje berre dei problematiske.

Men me kan ikkje berre utelate diagnoseverktøya våre heilt. Vitskapen og dei vitskapeleg baserte diagnosane er ikkje verdinøytrale, men dei er mykje mindre verdinøytrale enn det den enkelte behandlar er (Daves, 1994). Difor er dette eit slikt paradoks som Basaglia seier at psykiatrien alltid vil leva i. Me må bruke dei beste metodane me har i augeblikket, samtidig som me må vera kritisk til dei svakheitene som finnes.

#### *Betringsmekanismar*

*Bruk av pasientens nettverk.* Kvifor Trieste-modellen verkar ligg sannsynlegvis ikkje i det teoretiske utgangspunktet, men heller korleis det utviklar seg i praksis. Slik skil det seg ikkje frå andre behandlingsformer. Av dei fellesfaktorane i terapi som har vist seg å fungere (Miller, Hubble, & Duncan, 1999), finn me mange igjen i Trieste-modellen. Særleg to faktorar er tydelege. Den eine er å ta i bruk netverka rundt pasienten. Som ein har sett brukar ein ikkje berre netverka til støtte og hjelpe pasienten, men ein arbeider og med å hjelpe nettverket til å tilpasse seg den situasjonen som det er å ha ein pasient i nærleiken. Å arbeide politisk med å forandre samfunnet, kan og sjåast på som ein bruk av omverda rundt pasienten for å gjera livet til denne betre. Ved å styrke omgivingane rundt pasienten, vil det verta lettare for denne å leva i relasjon med omgivingane og nyttiggjer seg omgivingsressursar.

*Relasjonen.* Den andre tydelege, helsefremjande faktor i Trieste-modellen er relasjonsfaktoren. Trieste-modellen sitt "shouldering the burden" legg sterk vekt på å få ein god relasjon med pasienten. Det å sjå på behandlinga som ein prosess der ein arbeider saman, i staden for noko som vert gjort med pasienten, er helsefremjande i seg sjølv (Miller, Hubble, & Duncan, 1999). Pasienten si deltaking med sine forventingar og mål er svært

sentrale når ein lager ein behandlingsplan. Viktigheita med å styrkje subjektiviteten har nettopp dette som mål, at pasienten kan kommunisere sine meiningar, og ta eigne val ut ifrå eigne forventingar og mål. I denne prosessen vert og håp og draumar om framtida eit viktig element i forhold til kva mål pasienten har. Dette inneber som regel eigen bustad, jobb og moglegheit til å klare seg sjølv.

Når ein arbeider med å planlegge kva intervensjonar ein skal gjer, er det på same måte viktig at pasienten er med. Basaglia sitt fokus på at behandlar ikkje er allvitar i forhold til korleis behandling i enkelttilfelle skal gjerast, og fokuset på at pasientane sjølv skal styre assemblea, er med å ivaretek at pasienten sin stemme er i sentrum. Når ein i tillegg har få tilfeller der ein avgrensar fridomen til pasienten er dette med å sikrar at pasienten sin vilje er styrande for behandlinga. Ein annan viktig komponent i relasjonsfaktoren er å ta omsyn til pasienten sin endringsmotivasjon. For å ta omsyn til denne gjev helsetenesta pasientane god tid til å verta kjend med helsearbeidarar og tilbodet dei gjev, før ein begynner med behandlinga. Personar som har lite endringsmotivasjon får moglegheita til å delta i mini-assemblea, og der utfordre sine tankar om sin eigen situasjon. Ansvar til helsetenesta til å gjenopprette forholdet til pasienten på pasienten sine premissar viss det vert brot, er og med og understrek det store fokuset som Trieste-modellen har på pasienten sine synspunkt.

*Placebo.* Sjølve den samfunnskritiske metoden er nyttig i den forstand at den er eit helingsrituale. Denne fellesfaktoren i terapimetodar gjev behandlar ein strukturert og konkret måte å mobilisera placebo-faktorar (Miller, Hubble, & Duncan, 1999). Trieste-modellen sitt fokus på at samfunnet er skyld i problemet er ei forklaring som for mange kan vera lettare å forstå enn tunge teoriar som til dømes psykodynamiske teoriar. Å få ei forståeleg forklaring på sine problem gjer det lettare å forstå kva som kan gjerast. Ei slik innsikt gjer det lettare å ha konkrete forhåpningar om korleis framtida vil verta. At ein treff andre i assemblea, i framtida eller på jobb som har hatt dei same problema som ein sjølv, kan og vera med å styrka trua på at det er mogleg med forandring. At helsetenesta sjølv tilbyr jobbmoglegheiter, gjer at det er lettare å sjå for seg at ein skal få moglegheit til å få ein jobb ein dag. I tillegg til å

mobilisera placebo-faktorar er den enkelte terapeutiske metode med å gje behandlinga struktur og fokus. Trieste-modellen har eit sterkt fokus på at pasienten skal tilbake til samfunnet, noko som vert framheva gjennom heile behandlinga. Å ha eit klart felles fokus er med å gjera lettare samarbeidet mellom pasient og helseteneste.

*Andre faktorar.* Av dei faktorane som har vist seg å vera verksame i terapi (Miller, Hubble, & Duncan, 1999) er det berre struktur, og det å kunne skifte terapeutisk metode, som ikkje er klart til stades i Trieste. Sidan kvar behandling vert veldig individualisert, kan det verta vanskeleg å sjå ein god struktur i behandlinga som ein kan bruke om og om igjen. Dette er ei ulempe i forhold til å kunne planlegge den best moglege behandlinga til pasienten. Trieste-modellen ser det ikkje som problematisk å bruka verktøy frå andre terapimodellar, men vil ikkje gå vekk ifrå det samfunnsbaserte utgangspunktet (Dell'Acqua & Mezzina, 1998). Eit kjenneteikn på effektive terapiar er imidlertid at dei kan skifte metodar viss ein metode ikkje visar seg å fungera. Men sidan det er eit sterkt fokus på faktorar som omgivingsressursar, relasjonsfaktorar og ein fast terapeutisk metode, er det truleg at dei gode resultatata til Trieste-modellen er grunna desse. Det at modellen har hatt så bra resultat er rett og slett at den fokuserer mykje på faktorar i behandlinga som har vist seg å vera verksame på tvers av alle psykoterapiar.

#### *Trieste-modellen til Noreg?*

*Demografiske forskjellar.* Trieste er ein heterogen samansatt by. Mesteparten av innbyggjarane har italiensk som morsmål, men det er og fleire grupper som snakkar slovensk. Tysk og ungarsk vert og snakka av mindre grupper. Slik har det vore i hundrevis av år. Dette mangfaldet gjer at innbyggjarane i Trieste er vant med å omgås personar frå andre kulturar. Dette gjorde at Basaglia fekk eit betre utgangspunkt enn han hadde fått mange andre stader (Skårderud, 1984). Det var lettare for innbyggjarane i Trieste å akseptere dei avvikande ”gale”, sidan dei var vant med at menneske var annleis.

I Noreg derimot er befolkningsamansetninga ei heilt anna. Befolkninga er stort sett svært homogen. Føresetnadane for å akseptera menneske som er annleis er dermed kanskje



dårlegare. Me manglar dermed ein hjelpande faktor som Basaglia hadde. I tillegg er ikkje nordmenn så opne i møte med andre som italienarane er. Derfor vil antakeleg ei tovegssosialisering verta vanskelegare her i landet, sidan nordmenn er eit meir lukka folkeslag.

Men Noreg si befolkning har vist før at dei bryr seg om dei som er annleis. Eit døme på dette var då filmen "Par i hjerter" fekk fleire prisar i 2006 (NTB, 2006). Den handlar om to psykisk utvilkingshemma menneske som vart forelska og forlovar seg. Filmen viser korleis denne situasjonen oppfattast på godt og vondt for dei involverte. Når dei to i etterkant av filmen fekk avslag på sitt ynskje om å gifta seg, skapa det stor debatt (Hammerstad, 2007). Dette er eit døme på at nordmenn bryr seg om menneske som er annleis. Dei mange reaksjonane på avslaget på ønsket om giftemål, viser at nordmenn er villige til å engasjera seg, i alle fall litt, for å betra forholda for dei som er annleis i samfunnet. Dermed har ein og i Noreg truleg eit grunnlag å byggje ein Trieste-modell på. Dessutan viser "Par i hjerter" filmen at kunsten og kan vera eit viktig hjelpemiddel her i Noreg for å fortelja historier om dei som er annleis, utan å bruke vitskapen sine rammer.

*Ein modell for byar?* Sjølv struktureringa av lokale helsesenter er nok ei ordning som passar best i byar og større tettstader. Trieste-modellen er bygd opp rundt ideen om at helsetenesta skal vera tilgjengeleg døgnet rundt, og der pasienten er. Dermed er helsetenesta avhengig av å ha nok tilsette til at ein kan ha personar på vakt døgnet rundt. I tillegg må helsetenesta ligge nære der pasienten bur, slik at ein kan intervenere raskt når pasienten treng hjelp. Ressursar til dette har ein antakeleg ikkje i bygde-Noreg.

Det som ikkje tek store deler av helsebudsjettet til kommunane er å arrangere folkemøte. Å skapa situasjonar der psykisk lidande og vanlege menneske kan møtast, og i lag diskutere korleis dei lidande kan få det betre, er noko som alle har råd til å prøve. Det var på desse møta at ein fant løysingar på korleis ein skulle gå fram, og det var desse møta som var starten på tovegssosialiseringa. Det avgjerande er ikkje kva måte ein vel å gå vidare fram på. Det avgjerande er at begge partar får sjå kvarandre sine oppfatningar, og respekterast for

det dei meiner. Deretter kan ein næma seg kvarandre, med utgangspunkt i dei ressursane ein har.

### *Konklusjon*

*Etiske vurderingar.* Eit problem i denne oppgåva har vore at Basaglia med svært få unntak har publisert på italiensk. Den einaste direkte oversettinga til engelsk som er mogleg å få tak i er Lovell og Scheper-Huges si oversetting av utvalte tekstar (Basaglia, Lovell, & Scheper-Hughes, 1987). Sidan dette er nettopp utvalte tekstar, kan ein ikkje rekne med å få like god oversikt over stoffet som om ein kunne fått viss ein hadde lest på italiensk. I tillegg til Lovell og Scheper Huges si utveljing, har eg brukt ein del stoff som ikkje er direkte oversettingar, men heller samandrag av Basaglia sine meiningar. Desse svarer godt overeins med innhaldet i utvalet til Lovell og Scheper Huges, og eg vil dermed tru at eg har fått med det meste og viktigaste av Basaglia sine meiningar.

Eit anna problem når det gjeld språk har vore at og forsøk som er gjort av helsetilbodet i Trieste og resten av Italia, hovudsakeleg er gjort på italiensk. Det finnes i midlertidig oversiktsartiklar på engelsk, og det er desse eg har måtta forhald meg til. Dermed får eg ikkje gjer ei eiga analyse av resultata, og får ikkje lesa fyrstehandstolkinga av resultata. Dette må sjåast på som ein svakheit med oppgåva.

*Konklusjon.* Helsetenesta i Trieste driv ei behandling som ikkje fokuserer på fjerne symptom, men på å arbeide med konsekvensane med å verta psykisk lidande. Det sentrale er å lære å kommunisere på ein hensiktsmessig måte og få eit yrke. Dette fungerer godt, og det er ingenting som tydar på at dette er ei dårlegare behandling enn den symptomfokusererte behandlinga me har i Noreg. Grunnen til at det fungerer er truleg ikkje Basaglia sine neomarxistiske teoriar, men heller fellesfaktorar som gjev seg gjeldane i ein kvar terapi. Slike faktorar som relasjonsfaktorar og bruk av pasientane sine naturlege nettverk, er svært framtrudande i Trieste-modellen. Fokuset på å ikkje bruke vitskapeleg diagnosar, eller vitskapeleg forklaringar, brukast i Trieste til å minke avstanden mellom behandlar og pasient. I tillegg bidreg det til at det vert lettare å få ei felles forståing i lag med pasienten.

I tillegg til ein behandlingsmetode som har stekt fokus på dei faktorar i psykoterapi som har vist seg å vera helsebringande, kan me og lære av Basaglia si haldning til eigen profesjon. Sjølv om Basaglia undervurderar viktigheita av å ha ein vitskapeleg basert praksis, kan me lære av han å vera kritisk til vår eiga behandling. Vitskapen er i stadig forandring, og me må vera klar over kva verdiane den byggar på, og kva verdiane som ligg til grunn for samfunnet me lever i. Desse verdiane vil til ei kvar tid styre kven som kan dra nytte av vitskapen og samfunnet, og kven som vert skadelidande. Difor kan ein viktig oppgåve til behandlarar bestå i å vera kritisk til desse verdiane, og engasjere seg for å forandre desse verdiane i lag med pasientane. I våre dagar er det humanismen, med sitt positive menneskesyn, som me må stilla oss kritisk til. Å sjå på mennesket som grunnleggjande i stand til å ta vare på seg sjølv, gjer at dei som vert sjuke må ta skylda for sjukdommen sjølv. Det er sjeldan god behandling å legge nye byrder på dei som allereie har mange. Samfunnet må verta villige til å høyra på dei som ikkje passar inn i vårt effektive samfunn, og ta dei alvorleg. Å lytta til psykiatriske pasientar, men bagatellisera meiningane deira ut ifrå ei betrevitande haldning, er ikkje å respektere pasienten. Det er ikkje sikkert at det er fjerninga av symptom som våre pasientar har mest behov for. Truleg er det viktigare for mange å arbeide med å gjer det mogleg for dei å kunne fungere på ein meningsfull måte i samfunnet.

Det er i år 30 år sia Basaglia laga ein behandlingsmodell der ein arbeider med heile menneske, og tek omsyn til alle behov dette mennesket har. Er det ikkje snart på tide at me her i Noreg og begynner å sjå på heile menneske som søkar hjelp, og ikkje berre sjukdommen hans?

## Referansar

- Basaglia, F. (1964). *The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation. Thoughts caused by personal experience with the open door system and part time service*. Paper presentert på the First International Congress of Social Psychiatry.
- Basaglia, F., Lovell, A., & Scheper-Hughes, N. (1987). *Psychiatry inside out: selected writings of Franco Basaglia*. New York: Columbia University Press.
- Bechgaard, B. (1992). *Miljøterapi*. København: Hans Reitzel.
- Burti, L., & Benson, P.-R. (1996). Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(3-4), 373.
- Dawes, R.-M. (1991). Social dilemmas, economic self-interest, and evolutionary theory. I D. R. Brown & J. E. K. Smith (Red.), *Recent research in psychology: Frontiers of mathematical psychology. Essays in honor of Clyde Coombs* (s. 53—79). New York: Springer.
- Dawes, R. M. (1994). *House of cards: psychology and psychotherapy built on myth*. New York: Free Press.
- De-Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A., & Morosini, P. (2002). Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 220-225.
- Dell'Acqua, G. (1995). *Trieste twenty years after: From the criticism of psychiatric*

*institutions to institutions of mental health*. Henta 24.05.07 frå  
<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm>.

Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (1988). Responding to Crisis. *Per la Salute Mentale / For mental Health*, 1988.

Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (1998). *Shouldering the burden (providing treatment) for persons with schizophrenic disturbances in the community: the deinstitutional model*. Paper presentert på Schizophrenia Treatment Consensus Conference.

Fioritti, A., Lo-Russo, L., & Melega, V. J. J. (1997). Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *The American journal of psychiatry*, 154(1), 94.

Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. New York: Pantheon Books.

Fredriksen, S., & Fugelli, P. (2006). Myk ondskap. I P. Gulbrandsen (m fl.) (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 199-214). Oslo: Gyldendal akademisk.

Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday.

Gramsci, A., Hoare, Q., & Smith, G. N. (1971). *Selections from the prison notebooks / of Antonio Gramsci; edited and translated by Quintin Hoare and Geoffrey NowellSmith*. New York: International Publishers.

- Hammerstad, K. (2007). Legger bryllupet på is. *BA.no*. Henta 29.03.08, frå <http://www.ba.no/nyheter/article2849731.ece>
- Hergenhahn, B. R. (2001). Humanistic (third-force) psychology. I, *An introduction to the history of psychology* (s. 505-536). Belmont, Calif.: Wadsworth Thomson Learning.
- Jones, M. (1968). *Social psychiatry in practice: the idea of the therapeutic community*. Harmondsworth: Penguin.
- Kotowicz, Z. (1997). *R. D. Laing and the paths of anti-psychiatry*. London: Routledge.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv*, 52(8), 1039-1045.
- Lovell, A.-M. A., & Scheper-Hughes, N. (1986). Deinstitutionalization and psychiatric expertise: Reflections on dangerousness, deviancy, and madness Italy and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 9(3), 361-381.
- Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(1), 1-20.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- NTB. (2006). Elsket av publikum og jury. Henta 29.03.08, frå <http://www.filmweb.no/filmnytt/article99683.ece>

Papeschi, R. M. B. (1985). The denial of the institution: A critical review of Franco Basaglia's writings. *The British journal of psychiatry*, 146, 247.

Scheper-Hughes, N., & Lovell, A.-M. A. (1986). Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia. *Social science & medicine*, 23(2), 159.

Skårderud, F. (1984). *Farvel til institusjonen*. Oslo: Gyldendal.

Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige: empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren : eit kulturanalytisk perspektiv. I T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering : - reform eller retorikk?* (s. 224-245). Oslo: Gyldendal akademisk.

## Forfattar notis

Denne oppgåva har vore 90 % kos og 10% stress. Æra for dette skal fyrst og frems vegleiaren min, Robert Wicklund, ha. Eg vil takka han for at han ville vegleia på eit tema som det er skrive lite om på engelsk og norsk. Dessutan vil eg takka han for at han var villig til å vegleia på eit tema som han ikkje sjølv forskar på, og for at eg var fri til å forme oppgåva slik eg ville. Dessutan vil eg takke for mykje inspirasjon, god vegleing og spennande diskusjonar.

I tillegg vil eg takke Cristina Maran for stor hjelp med å finne litteratur på engelsk, og alle andre som har tipsa meg om diverse litteratur. Eg vil og takke mi kjære Gunnlaug Lima for hjelp med det språklege. Til slutt vil eg takka Gud, min største vegleiar.