

**Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling:
En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og
kontrolleres**

Toril Borch Terkelsen

Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)

2010

08.02.10

Medisinsk- odontologisk fakultet

Institutt for samfunnsmedisin

Seksjon for sykepleievitenskap

Takk

Jeg vil først og fremst takke min veileder, professor Ida Hydle som har vært til stor hjelp og inspirasjon i en årrekke. Hun har støttet meg på alle måter, både faglig og menneskelig, og hennes innspill har vært uvurderlige. Hun har hatt en fabelaktig evne til å sette meg på sporet når jeg har stått fast, og har oppmuntret meg gjennom hele løpet. Hun har vært alt hva man kan ønske seg av en veileder, og jeg er svært takknemlig for å ha blitt kjent med henne, både som medmenneske og som fagperson.

Jeg vil også takke professor Astrid Blystad for verdifulle innspill i en tidligere fase av prosjektet, da hun var medveileder. Hun og hennes mann Ole Bjørn Rekdal åpnet velvillig sitt hjem i forbindelse med mine reiser til Bergen.

Dernest vil jeg takke den psykiatriske avdelingen der jeg utførte mitt feltarbeid. Dette prosjektet hadde ikke blitt realisert uten sjenerøs mottakelse og samarbeidsvilje fra både pasienter og ansatte.

Doktorgradsstipendiat Anders Johan Wickstrøm Andersen og førsteamanuensis Inger Beate Larsen ved Universitetet i Agder vil jeg takke for faglig inspirerende samtaler og hjelp til artiklene.

Professor Kari Martinsen, professor Bengt Karlsson og førsteamanuensis Christine Øye har gitt meg inspirasjon gjennom Foucault -seminarer på den greske øya Lesvos, og på Raulandsakademiet. Disse seminarene har gitt massevis av faglig påfyll og mye humor.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver ved Universitetet i Agder for sjenerøs FOU-tid som gjorde det mulig å gjennomføre dette prosjektet.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min kjære datter Kristine for tålmodighet da mamma var opptatt utover kveldene. Takk også til min far Tore Fredriksen og mine venner Torkel Leikanger og Arne Terkelsen. De har vært tålmodige samtalepartnere som ikke har mistet troen på at jeg kunne realisere dette prosjektet.

Sammendrag

Denne avhandlingen er basert på et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling som behandler mennesker som har fått diagnosen schizofreni. Utgangspunktet for prosjektet har vært et grunnleggende ønske om å undersøke hvordan mennesker med psykotiske lidelser opplever seg selv, sin lidelse og den behandling de mottar av de profesjonelle hjelperne. Gjennom nærstudier av samspill mellom menneskene i denne avdelingen, beskriver jeg hvordan psykotiske uttrykk forstås, håndteres og kontrolleres, både av pasienter og personalet. Studier av samspillet viser også hvordan materielle kontekster og strukturer, for eksempel institusjonens utforming, samt hjelpemidler og redskaper, påvirker menneskers samhandling, virkelighetsforståelser og selvoppfatninger. Ett av hjelpemidlene i avdelingen er et psyko - edukativt program, kalt Et Selvstendig Liv (ESL) som skal lære mennesker med diagnosen schizofreni til å mestre psykotiske uttrykk og til å bli selvhjulpne og selvstendige. Jeg setter et kritisk søkelys på dette programmet, og viser at dette ikke nødvendigvis bare handler om å hjelpe mennesker til selvstendighet, men at det også kan være et uttrykk for en type samfunnskontroll eller styringsteknologi som har til hensikt å få orden på uorden, dvs. avvik. Michel Foucaults tekster om styringskunst (governmentality) og selvteknologier har vært sentrale i analysen av felldata. ESL programmet er utformet innenfor rammen av en biomedisinsk kunnskapstradisjon, der pasientene skal lære å måle egne ”symptomer” på schizofreni, slik de er definert i det internasjonale diagnostiseringssystemet ICD-10 (International Classifications of Diseases, WHO 1992). Dette dreier seg derfor ikke bare om å hjelpe mennesker til et selvstendig liv, men om forsøk på å grunnleggende endre menneskers selvoppfatning og identitet. Å klassifisere mennesker innenfor bestemte sykdomskategorier står sentralt, og jeg har beskrevet og analysert denne prosessen ved å studere samspillet mellom pasientene og fagfolkene. To vesentlige momenter i behandlingen er at pasientene oppnår ”sykdomsinnsikt”, dvs. at de forstår seg selv slik tradisjonell psykiatri beskriver en schizofren person, og at de er villige til å ta antipsykotiske medisiner (”medicine-compliance”). Mange pasienter vil ingen av delene, og jeg utdyper hvilke motstands- og unnvikelsesstrategier de bruker for å håndtere personalets atferd. På den annen side finner jeg at også fagfolkene noen ganger unnviker å følge oppsatte programmer.

Feltmaterialet peker derfor ikke bare i en retning. Det er komplekst og fullt av paradokser. For å få fram kompleksiteten, bygger analysen av feltmaterialet også på aktørnettverksteori (ANT) slik den er utviklet av blant andre Bruno Latour, John Law og Michel Callon. Jeg beskriver hvordan komplekse sosiale prosesser innenfor materielle strukturer og kontekster, skaper sosiale fakta. Utgangspunkt for analysen er at jeg opphever det epidemiologiske skillet mellom natur og kultur, eller mennesker og ikke-mennesker. Jeg har foretatt en ”vitenskapsantropologisk reise” gjennom den psykiatriske institusjonens ulike rom og beskriver hva som befinner seg inni de ulike rommene av redskaper, hjelpemidler, mennesker og praksiser. Sentralt i analysen er hvilke forbindelseslinjer som kan spores mellom disse hjelpemidlene, menneskene og praksisene, og hvordan psykiatrisk behandling, jus, økonomi, politikk og multinasjonale industriforetak (for eksempel legemiddelindustrien) er flettet sammen. På denne måten peker mine mikrososiologiske studier utover den aktuelle avdelingen der jeg utførte feltarbeidet. Jeg argumenterer for at tverrvitenskapelige måter å studere fenomener på snarere vil bli normen enn unntaket i fremtiden.

Avhandlingen består, foruten den innledende sammenfatningen, av fire publiserte artikler i vitenskapelige tidsskrifter. I de to første artiklene beskriver jeg hvordan personers opplevelser av å bli bortført av en UFO eller å bli overvåket av en radiosender, blir omdannet til psykiatriske diagnoser. Jeg retter et kritisk søkelys på disse omdanningspraksisene, og utfordrer psykiatriens tradisjonelle perspektiv og regler for fortolkning av psykotiske uttrykk. Jeg argumenterer for eksempel for at opplevelser av å bli overvåket av en radiosender kan forstås som det å være menneske i et overvåkningssamfunn.

I avhandlingens tredje artikkel har jeg analysert innføring av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid, og spør om relevansen av slike diagnoser, fordi de ikke tar hensyn til at mennesker endrer seg gjennom tid, kontekst, læring og relasjoner. Diagnosene er tatt ut av enhver sosiologisk, historisk, eller politisk sammenheng, og det er fare for at de ved sin monologiske form kan leve sitt eget uberegnelige liv, løsrevet fra pasientenes egenopplevde problemer og diagnostikernes intensjoner. Jeg foreslår at man heller tar utgangspunkt i pasientenes egne mestringsstrategier og den konteksten de befinner seg i, gjennom nettverkssamtaler og dialog.

I den fjerde artikkelen har jeg vist hvordan pasientene gjennom et standardisert psyko-
edukativt program skal læres opp til å se på sine erfaringer som symptomer på psykisk
sykdom. Med henvisning til Foucault har jeg beskrevet de historiske og samfunnsmessige
betingelser som har gjort en slik praksis mulig. Gjennom enkeltcase som synliggjør den
direkte samhandlingen mellom personalet, pasientene, tingene, redskapene, manualene og
programmene, har jeg forsøkt å tydeliggjøre hvilke virkelighetsforståelser og
styringsteknologier som kommer til uttrykk i en slik kommunikasjon.

Mye av kritikken i min avhandling seg retter seg mot en type instrumentell fornuft som
utkrystalliserer seg i et stadig økende omfang av standardiserte programmer og
begrepsapparater som ikke tar utgangspunkt i pasientenes behov eller i relasjonen mellom
pasient og hjelper. Selv om den offisielle målsetting er å hjelpe pasienter til et selvstendig liv,
kan disse programmene forstås som en måte å styre alle og enhver – på avstand. Slik kan man
si at både pasienter og hjelpere kan bli ”forstummet” og miste sin autonomi. Jeg konkluderer
derfor med å forslå alternative, mer dialogbaserte tilnærminger til ”UFOer og engler”.

Summary

This thesis is based on eight-month field work in a psychiatric rehabilitation clinic that treats
people who have been diagnosed with schizophrenia. The basis for the project has been a
deep desire to examine how people diagnosed with psychotic disorders experience
themselves, their illness and the treatment they receive from the professional helpers. I take a
close view at the interaction between the people in this clinic and describe how psychotic
expressions are handled and controlled, both by patients and staff. Studies of the interaction
also show how the material contexts and structures, such as the institution's design, as well as
aids and tools, affect human communication, conceptions of reality and self-perceptions. One
of the tools in the rehabilitation clinic is a psycho - educational program, called An
Independent Life (AIL), which is designed to teach people diagnosed with schizophrenia to
cope with psychotic expressions and to become self sufficient and independent. A critical
spotlight on this program shows that this is not necessarily just a matter of helping people to
independence, but that it may at the same time express a type of community control and
management technology that aims at controlling deviations. Michel Foucault's texts on
governmentality and self-technologies have been central in the approach and analysis of field

data. The AIL- program is designed within the framework of a biomedical knowledge tradition, where patients are supposed to learn how to measure their own "symptoms" of schizophrenia, as defined in the international diagnostic system ICD-10 (International Classification of Diseases, WHO 1992). The explicit aim is to help people to live an independent life, but implicitly it attempts to change basic human self-perception and identity. To classify people within specific disease categories are important, and I have described and analyzed this classification process by studying the interaction between patients and professionals. Essential aspects of the treatment is that patients achieve "illness insight", i.e. perceiving oneself as a "schizophrenic person" according to a traditional psychiatric description, including a willingness to take anti-psychotic medication, i.e. practicing "medicine-compliance". Many patients want neither of this, and I elaborate the resistance- and avoidance- strategies they use to manage the behaviour of the professionals. On the other hand, I found that even professionals sometimes elude the scheduled programs.

Field data do not only point in one direction. They are complex and full of paradoxes. In order to reveal the complexity, I also build the analysis of field data on actor network theory (ANT) as developed by Bruno Latour, John Law and Michel Callon. I describe how the complex social processes within the material structures and contexts, create social facts. The starting point of the analysis is that I revoke the epidemiological distinction between nature and culture, or people and not people (things). I have made a "scientific anthropological journey" through the various rooms of this psychiatric institution and describe what is inside the different rooms, regarding tools, people and practices. Central to the analysis is the connections which can be traced between these tools, people and practices, and how psychiatric treatment, law, economics, politics and multinational industrial companies (for example, pharmaceutical companies) are merged together. In this way, my micro-sociological studies point beyond the specific unit where I conducted fieldwork. I argue that interdisciplinary scientific ways to study such phenomena will be the norm rather than the exception in the future.

The dissertation consists, in addition to the introduction, of four published articles in scientific journals. In the first two articles I describe how people's experiences of being abducted by a UFO, or being monitored by a radio transmitter, are converted into psychiatric diagnoses. I direct a critical spotlight on these transformation practices, and challenge traditional psychiatric perspectives and rules for interpretation of psychotic expressions. I argue for

example that the experience of being monitored by a radio transmitter can be understood as a relevant reaction for a person in the surveillance society.

In the third article I have analyzed the introduction of nursing diagnoses in the mental health field. I question the relevance of these diagnoses. As the medical diagnostic manuals, they do not take into account that people change through time, context, learning and relationships, and the diagnoses are not situated in any sociological, historical, or political context. Such diagnoses may start to live their own unpredictable lives, detached from the patient's own perceived problems and the intentions of the diagnosticians. I suggest that caring for people who are suffering from mental health problems should be based on their own coping strategies and the context where they are, through dialogue and network communications.

In the fourth article, I have shown how patients through the practice of using a standardized psycho-educational program are taught to look at their experiences as symptoms of mental illness. With reference to Foucault, I have outlined the historical and social conditions that have made such practices possible. Through individual cases that reflect the direct interaction between staff, patients, things, tools, manuals and programs, I have elaborated on the governmentality and self-technologies that are expressed in such communications.

The critical approach in my thesis is directed against the instrumental rationality that crystallizes in an ever-increasing scope of standardized applications and conceptual apparatus that is not based on patient needs or the relationship between patient and helper. Although the explicit goal is to help patients to an independent life, these programs may be understood as a way to control everyone - from a distance. In this way both patients and professionals can be silenced and lose their autonomy. I conclude therefore by suggesting alternative, more dialogue-based approaches to "UFOs and angels".

Publications:

- Terkelsen, T.; Blystad, A.; Hydle, I. (2005). Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizophrenia: A Case Study of a Norwegian Psychiatric Unit, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229-252.
- Terkelsen, T. (2006). Å bli overvåket gjennom en radio- sender – hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 3 (4) 91–112.
- Terkelsen, T.B.(2009), Er sykepleiediagnoser relevant i psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 6(1) 4-14.
- Terkelsen, T. B. (2009), Transforming subjectivities in psychiatric care, *Subjectivity*, 27 (1), 195-216.

Reprints were made with the permission from Springer Publishing Company, *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund* (Det danske statsbibliotek), Universitetsforlaget and Palgrave Macmillian. All rights reserved.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1: Innledning.....	13
Kapittel 2: Metode	21
2.1. Tilgang til feltet og beskrivelse av deltakerne i studien	21
2.2. Konteksten	22
2.3. Problemformuleringsprosessen.....	23
2.4. Bakgrunn for valg av stedet. Fordeler og ulemper med feltforskning som metode. Etiske spørsmål	26
2.5. Datasamlings- og analyseprosessen.....	31
2.6. Om fagfellevurderinger og å komme gjennom det akademiske nåløyet.....	33
Kapittel 3: En vitenskapsantropologisk reise i en psykiatrisk avdeling - på tvers av natur og kultur	35
3.1. På vei inn i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling	43
3.2. Personalets møterom.....	44
3.3. Terapeutenes kontorer	46
3.4. Journal-rommet	51
3.5. Sykepleiernes vaktrom.....	53
3.6. Medisinrommet.....	57
3.7. Røykerommet.....	61
3.8. Engler og UFOer.....	67
Kapittel 4: Makt, styring og selvteknologier i en psykiatrisk avdeling.....	74
Kapittel 5: Avslutning	84
Referanser.....	87
Noter.....	98

Artiklene:

Artikkel 1:

Terkelsen, T.; Blystad, A.; Hydle, I. (2005). Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizophrenia: A Case Study of a Norwegian Psychiatric Unit, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229-252.

Artikkel 2:

Terkelsen, T. (2006). Å bli overvåket gjennom en radio- sender – hvordan psykotiske utrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 3 (4) 91–112.

Artikkel 3:

Terkelsen, T.B.(2009), Er sykepleiediagnoser relevant i psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 6(1) 4-14.

Artikkel 4:

Terkelsen, T. B. (2009), Transforming subjectivities in psychiatric care, *Subjectivity*, 27 (1), 195-216.

Vedlegg 1: Svar fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk

Vedlegg 2: Godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk

Vedlegg 3: Forespørsel om å delta i en undersøkelse

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Kapittel 1: Innledning

Vi er på bybesøk, en gjeng av pasientene, jeg og en av sykepleierne, Kristine¹. I byen drar alle pasientene hvert til sitt for å gjøre sine ærend, bortsett fra Hans som virrer ubestemt omkring. Jeg har kjent Hans i to måneder nå. Rundt oss haster folk forbi. Jeg oppfatter at han søker til meg og det oppstår litt forvirring mellom meg og Kristine når det gjelder hvordan dette skal takles. Jeg føler at jeg både har lyst og ikke lyst til å gå med han alene - lyst fordi jeg tror han har noe å meddele meg - ikke lyst fordi jeg er redd for å bli trukket inn i en rolle som behandler. Det ender med at Hans går med raske skritt bort fra oss. Kristine sier at vi ikke kan "gjete" han. Etter 10 minutter treffer jeg han tilfeldig igjen, men da er Kristine gått. Hans går rett mot meg, ser på meg med et stirrende blick og sier:

Hans: Tror du jeg kommer til himmelen?

Toril: Det vet jeg ikke noe om, men jeg tror det.

Hans: Jeg har dødd og så har jeg blitt levende igjen. Jeg skal til himmelen nå. Jeg er en engel.

Toril: Da blir jeg litt urolig, for jeg tenker at man dør før man kommer til himmelen.

Hans: Jeg traff en dame som jeg kunne ha reist sammen med. Det er en tvillingsjel

Toril: Å gjorde du det? Så du ble ikke med da?

Hans: Jeg kan bevege meg i parallelle tider, det er som en tidsmaskin, der jeg kan reise i en annen tid. Jeg kan dø og bli levende.

Toril: Folk rundt deg blir engstelige når du snakker sånn om å dø, å reise osv.

Hans: De trenger ikke å engste seg.

Toril: Så du kommer ikke til å skade deg? (Jeg føler meg urolig selv for at han finner på å ta livet sitt; han har virket dårlig i det siste. Jeg opplever at jeg ikke er helt uten ansvar for hva som skjer med ham).

Hans: Neida, jeg kommer ikke til å skade meg. (Jeg føler meg lettet).

Gangen til Hans er stiv. Da han bøyde seg, var det som om han ikke klarte å rette seg opp med en gang. Han beveger seg rykkevis.

Toril: Er du nervøs? (Jeg lurte på om det kanskje er meg som er nervøs).

Hans: Kanskje litt. Like etterpå benekter han det, og sier han er helt fin, ikke nervøs i det hele tatt.

Hans: Føler meg fin her. Her er jeg fri. Vil ikke tilbake til avdelingen. Der føler jeg meg innestengt. Jeg tror jeg vil gå litt for meg selv nå og kjøpe en brus.

Toril: Gjør det du. (Avtalen er at alle skal treffes etter en stund på en kafé, og han kommer som avtalt).

I feltnotatene fra denne dagen har jeg kommentert hendelsen slik:

Dette var en sterk opplevelse som sitter i. Jeg opplever at Hans virkelig er ute på reise. Han lever i en magisk verden der alt kan skje og der Hans er i sentrum. Det virker som han ønsker å være nær, men blir litt redd og trekker seg unna. Er det fordi jeg til en viss grad går inn i den magiske verden - lytter og er med? Jeg føler at jeg må holde på forskerrollen men, det er vanskelig å legge helt bort sykepleieren i meg. Og skal jeg egentlig det? Kristine har jo ansvaret, men jeg har vel ansvar jeg også? Jeg står her tross alt alene med ham. Jeg vil nødvendig gjøre noe som kan skade. Jeg balanserer også mellom nærhet og avstand - hvis jeg får han for nær, mister jeg observatøren i meg. Men jeg føler jeg balanserer bra - jeg avviser han ikke- stiller meg åpen, men lar ikke samværene vare for lengeⁱⁱ. Han regulerer dette selv ved å trekke seg jevnlig unna. Jeg tror forresten han er for redd til å forsøke å komme nær. En gang har jeg sett en person i LSD-rus. Dette minner meg om dette, og andre møter med personer som er karakterisert som akutt psykotiske. Hans har et litt stivt blick som er så intenst at jeg unngår å se ham i øynene for lenge, samtidig som han selv med jevne mellomrom unnviker blikket mitt. Av og til smiler han, ser det ut som, men det ligner mer ligner på en grimase.

Dette er et utdrag fra etnografisk materiale fra en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling som behandler unge voksne som har fått diagnosen schizofreni. Med denne innledningen ønsker jeg å sette leseren direkte inn i hva avhandlingen dreier seg om, nemlig om hvordan slike opplevelser som de Hans erfarte, blir håndtert, kommunisert og fortolket av mennesker (inkludert meg selv) i en psykiatrisk avdeling. Innledningen viser dessuten hvor utfordrende, fascinerende, men også skremmende det kan være å møte en person som synes å være i en annen verden enn der en selv befinner seg. Dette er verdener som handler om engler som er på vei til himmelen, UFOer som bortfører en mann om natten for å stjele sæd av ham, og en tannlege som har operert inn en radiosender i tennene på en person slik at naboene kan spionere på ham via en satellitt. "UFOer og engler" innen psykiatrisk forskning og behandling blir i økende grad fortolket innenfor et biomedisinsk rammeverk (Good, 1996; Luhrman, 2000)ⁱⁱⁱ. Denne utviklingen har blitt forsterket gjennom nyere biogenetisk og psykofarmasøytisk forskning. Schizofreni blir i dette perspektivet forstått som en medfødt,

arvelig sykdom som handler om ubalanse i signalstoffer i hjernen, og som kan utløses av psykologiske og miljømessige faktorer dersom man er spesielt sårbar. En av de viktigste komponentene i behandlingen er antipsykotiske medikamenter. Et slikt syn gjenspeiler seg for eksempel i en veiledningsbrosjyre utgitt av Statens Helsetilsyn, kalt *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (Statens helsetilsyn, 2000). Brosjyren er utarbeidet av psykiatere, psykologer og en sykepleieviter, og den blir regnet som et uttrykk for konsensus innenfor denne kretsen av fagfolk. Her står det for eksempel at ”Mye tyder på at tidlig igangsatt medikamentell behandling forbedrer den fremtidige prognosen” (Statens Helsetilsyn, 2000, s. 11), riktignok uten at påstanden er dokumentert, eller at begrepet ”forbedring av prognosen” blir definert. Diagnostisering og utredning bygger på det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 (*International Classifications of Diseases*, WHO, 1992), der ”symptomene” på schizofreni beskrives som noe som mennesker blir rammet av og som hefter ved dem (ofte livet ut). Populære nettsteder som Lommelegen (2009) og Wikipedia (2009) gjenspeiler det samme synet, og en slik schizofreni-forståelse har sannsynligvis også nedfelt seg hos legfolk. I avhandlingen argumenterer jeg for at denne måten å forstå ”UFOer og engler” på utelater noe vesentlig, nemlig at slike uttrykk kan skapes og endres i relasjoner og samspill.

Avdelingen der jeg utførte mitt feltarbeid, ble etablert på midten av 1990-tallet som et ledd i en satsing på å hjelpe mennesker med psykoseproblematikk til å mestre dagliglivets utfordringer utenfor institusjon. Dette må igjen ses på bakgrunn av politiske styresmakters visjon om at mennesker med psykiske lidelser i økende grad skal få bistand og oppfølging til å klare seg i egen bolig. I innledningen til Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* står det for eksempel at psykiatrisk behandling skal vektlegge at pasientene tas hånd om i lokalsamfunnet og at det siktes mot minst mulig behandling i institusjon (Helse - og omsorgsdepartementet, 1997).

Visjonen om at mennesker med psykisk lidelse i økende grad skal bli i stand til å ta vare på seg selv, er ytterligere fulgt opp i *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse - 2007–2012*, der det poengteres at ”Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse, og erfaring viser at det er en god måte å jobbe på for å fremme mestring og deltakelse”. (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 33).

I avdelingen der jeg utførte mitt feltarbeid, kom visjonen om selvhjelpsmetodikk konkret til uttrykk gjennom et psyko - edukativt program kalt *Et Selvstendig Liv* (ESL heretter). Dette er et opplærings program spesielt beregnet på hva fagfolkene kaller ”ny-syke” pasienter (dvs. de som akkurat har fått diagnosen schizofreni). Programmet ble opprinnelig utviklet av den amerikanske psykiateren Robert Paul Liberman (1985) og oversatt og tilpasset norske forhold av den norske psykologen Rolf Gråwe (1991). Programmet består av tre kurs, hvorav ett er kalt ”symptom-mestringskurs” (jeg kommer tilbake til de to andre kursene i kapittel 2). Hensikten med dette kurset er at pasientene^{iv} skal lære å kjenne sine egne ”psykotiske symptomer”, samt lære å måle symptomenes styrke og varighet over tid. I ”dårlige perioder” med hyppige og kraftige symptomer anbefaler man pasienten å søke hjelp hos pårørende og/eller lege for å få hjelp og få tilstanden vurdert. På denne måten mener man at pasienten skal bli bedre i stand til å mestre psykosens uttrykk^v.

Gråwe, sammen med de norske psykologene Roger Hagen og Torkil Berge presiserer sine perspektiver på mestring av symptomer i et spesialnummer av Tidsskrift for Norsk Psykologforening (Hagen *et al*, 2007). De hevder at man historisk kan skille mellom tre paradigmer når det gjelder forståelsen av psykoser: Lidelse (illness)- paradigmet, stress - sårbarhets-modellen og det symptomfokuserte paradigmet. De argumenterer for at den siste innfallsvinkelen er mest virkningsfull når det gjelder behandlingen av psykoser. Ved å dreie fokus mot hvert enkelt symptom i stedet for å behandle schizofreni som en bred kategori, vil man oppnå bedre behandlingsresultater, hevder de. Målet er derfor ikke å helbrede pasienten, men å lære ham/henne å fungere sosialt med sine symptomer. De skriver at “Some keywords in this approach are normalisation of psychotic symptoms, user orientation and focus on coping and resilience” (Hagen *et al*, 2007, s. 522).

I det samme spesialnummeret hevder den britiske professoren i klinisk psykologi, Richard Bentall (2007, s.524), at forståelsen av psykoser holder på å gjennomgå en forandring. Han representerer således en annerledes stemme enn den som kommer til uttrykk i Statens Helsetilsyn. Han skriver at mange psykiatere fremdeles betrakter schizofreni og bipolare lidelser som tydelige, atskilte sykdomskategorier forårsaket av genetiske, neuro-kognitive dysfunksjoner som det ikke har noen hensikt å behandle med psykoterapi, men at dette synet nå er i ferd med å bli utfordret. Han viser til en rekke forskningsresultater som tyder på at den

biogenetiske forklaringen på schizofreni må revurderes, og at grensen mellom avvik og normal funksjon er uklar. Han mener det er mulig å forklare såkalte alvorlige sinnslidelser gjennom å studere de psykologiske prosessene som er knyttet til hvert enkelt symptom. Han hevder at når man kommer dit at hvert symptom er forklart, vil det ikke være noe igjen av sykdomskategorien schizofreni (Bentall, 2007, s. 524-526). Han dokumenterer i en annen artikkel at ”paranoide vrangforestillinger”, som regnes som et av de vanligste symptomene ved schizofreni, i like stor grad finnes hos mennesker med diagnosen affektiv lidelse som hos mennesker med diagnosen schizofreni (Corcoran *et al*, 2007, s.1577-83). Mange fagfolk (Crowe, 2000; Berrios, 1999; Bertelsen, 1999; Coucheron, 2008) mener at sykdomskategoriene som er beskrevet i klassifikasjonssystemer som *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, APA, 1995) og det nevnte ICD-10 (WHO, 1992), er sosiale konstrukter som det ikke er mulig å verifisere verken naturvitenskapelig eller samfunnsvitenskapelig. Den amerikanske professor emeritus i psykologi, Mary Boyle, kaller sågar schizofreni-diagnosen for en ”vitenskapelig vrangforestilling”, jamfør tittelen på hennes bok (Boyle, 2002).

Det ser ut til at det parallelt med en stadig mer framgangsrik biogenetisk schizofreni - forståelse vokser fram en tilnærming som i større grad tar utgangspunkt i psykosens uttrykk mer enn i sykdomskategorien som sådan. Dette betyr at den tradisjonelle oppfatningen om at schizofreni ikke lar seg behandle ved psykoterapi, antakelig må revurderes. Hagen *et al* (2005) mener det er grunn til behandlingsoptimisme, og beskriver for eksempel et åtte ukers program der man behandlet pasienter diagnostisert med både schizofreni og depresjon. Programmet besto av gruppetrening med en blanding av psyko-edukative og psyko-kognitive elementer, der essensen var at pasientene skulle lære om symptomer på schizofreni og depresjon (psyko-edukative elementer), samt å endre negative tankemønstre (psyko-kognitive elementer). Hagen *et al* fant at programmet hadde stor effekt på depressive symptomer, men mindre effekt når det gjaldt håpløshet, selvbilde og ”maladaptive” tankemønstre. De konkluderer med at det er løfterikt at behandlingen hadde så god effekt på depresjon^{vi}, men at det var skuffende at den ikke hadde større effekt på håpløshet og selvbilde. De skriver at negativt selvbilde og håpløshet kan være et resultat av sosialt stigma og vanskelig å behandle (Hagen *et al*, 2005).

Sentralt i ESL og lignende programmer er tanken om at dersom pasienten får kunnskap om sine symptomer, vil han/hun oppnå ”sykdomsinnsikt”. Det er som tidligere nevnt en bred oppfatning blant majoriteten av psykiatere at sykdomsinnsikt, kombinert med villighet til å ta anti-psykotiske medisiner (medicine-compliance), er en forutsetning for bedring (Flyckt *et al*, 1999). Lysaker & Buck (2007) sår imidlertid tvil om denne antakelsen. De har gjennomgått en rekke forskningsresultater fra de siste 20 årene for å undersøke om sykdomsinnsikt fører til mindre symptomer. De finner at disse studiene ikke gir noe entydig svar på dette spørsmålet. På den ene siden tyder det på at pasienter som godtar at de er ”syke”, har mindre såkalte ”positive symptomer”, dvs. det som beskrives som hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser i psykiatrisk terminologi. På den annen side viser studier at pasienter som har sykdomsinnsikt, får dårligere selvbilde, blir mer deprimerte og mer kronifiserte enn pasienter som ikke ser på seg selv som syke (Lysaker & Buck, 2007). Dette bekreftes også av Estroff som på en omfattende og systematisk måte har studert/samhandlet med mennesker som oppfatter seg selv som psykisk syke. Hun finner at disse har større tendens til å bli kronisk syke enn de som ser på seg selv som friske (Estroff, 1993). En utilsiktet effekt av standardiserte programmer som ESL kan være kronifisering av lidelsen og endring av selvbildet i negativ retning. Den norske doktorgradsstipendiaten i psykisk helsearbeid, Anders Johan Wickstrøm Andersen, tenker i lignende baner. Gjennom opplysning og opplæring, lærer man å forstå seg selv som psykisk syk. Dette kan påvirke menneskers selvbilde, og som Andersen dokumenterer ”frata noen mennesker deres framtidsdrømmer og forhåpninger for deres liv” (Andersen, 2006, s.10). Riktignok er det logisk at pasienter som har ”sykdomsinnsikt” og ”medicine-compliance” har færre såkalte positive symptomer, fordi medisinerne demper plagsomme tankeprosesser. Samtidig kan kunnskapen om å være syk føre til håpløshet og depresjon, stikk i strid med behandlingsmålene til Hagen *et al* (2005). Lysaker og Buck (2007) skriver at det er avgjørende i hvilken grad pasienter med sykdomsinnsikt, føler at de blir sosialt stigmatisert ved å ha merkelappen schizofreni ved seg. De som ikke opplever sosialt stigma ser ut til å fungere best. Dette tilsier at man også bør integrere kulturelle og sosiale perspektiver i slike studier.

Jeg har løftet fram noen eksempler på et voksende forskningsmiljø innen psykologi og psykiatri som fokuserer på mestring av symptomer. En dreining i fokus fra sykdomskategorier til symptom-mestring kan utfordre stereotype bilder av ”den schizofrene pasienten”, bringe fram flere nyanser og føre til større behandlingsoptimisme. Et eksempel på en slik

behandlingsoptimisme kommer for eksempel til syne gjennom økt fokus på kognitiv terapi ved schizofreni. Man oppdager imidlertid at grunnsynet på lidelsen i denne litteraturen ikke skiller seg vesentlig fra tradisjonell skolemedisin. I boken til de britiske professorene i kognitiv terapi, David Kingdon og Douglas Turkington (2007) blir ”symptomatologien” beskrevet i samme terminologi som i de fleste psykiatriske lærebøker (Kringlen, 2005; Cullberg, 1999). ”Psykoedukasjon” og ”innsikt i egen sykdom” (Kingdon & Turkington, 2007, s.109) blir vektlagt som noe utelukkende positivt, selv om forfatterne riktignok påpeker at det er viktig at pasientene ikke presses til å godta at de er ”syke”. De fremhever for eksempel at ”diskusjoner om de har *schizofreni* er potensielt ødeleggende for engasjementet og terapien” (s.109, forfatternes utheving). Dette kom også jeg fram til gjennom mitt eget feltarbeid, der jeg beskriver hvordan slike diskusjoner kunne fremkalle stor aggresjon hos pasienter (Terkelsen *et al*, 2005). Likevel, gjennomgangstonen i både ESL-programmet og i kognitiv terapi, er at ekspertene besitter kunnskapen og definisjonene når det gjelder hva som er sykt og friskt. Programmene er ikke brukerstyrte, men standardiserte og utviklet av helseeksperter. Symptomene er forhåndsdefinerte og springer ikke ut fra brukerens eget begrepsapparat. Det er påfallende at ikke styrings- og maktperspektiver er et tema. Sentrale spørsmål i denne avhandlingen er: Hva skjer med de som verken vil eller kan oppnå sykdomsinnsikt eller mestre symptomer slik man forutsetter i psyko-edukative programmer? Hva med de som ikke vil eller kan styre seg selv? Har mennesket en plikt til å ta vare på seg selv? Det siste er i stor grad et etisk spørsmål. Gjennom nærstudier av møter mellom mennesker og programmer/ teknologier i en psykiatrisk avdeling søker denne avhandlingen å bringe inn et større samfunnsvitenskapelig perspektiv på styring, kontroll og endring av psykotiske uttrykk.

Jeg beskriver i avhandlingens artikler hvordan psyko-edukasjon foregår og utforsker hvordan styringsteknologier og maktreasjoner er uttrykt gjennom slike programmer som ESL, dvs. programmer som er basert på selvhjelpsmetodikk, eller selvteknologier i Michel Foucaults terminologi (Foucault, 1982 a). Foucault og hans arvtakere er sentrale i denne sammenheng, og fungerer som et referansepunkt i denne avhandlingen (jamfør kapittel 4)^{vii}.

Avhandlingen dreier seg imidlertid ikke bare om hvordan psykotiske uttrykk kontrolleres i et maktperspektiv, men også om hvordan disse uttrykkene forstås og kommuniseres i et nettverk av både mennesker og ting. Den franske antropologen og filosofen Bruno Latours

perspektiver på natur-kultur (Latour, 1987, 1996, 1999, 2005), samt elementer fra *aktør-nettverksteori* fungerer som et annet referansespunkt. Dette vil bli beskrevet nærmere i kapittel 3. Gjennom aktør-nettverksteori søker jeg å få fram hvor sammensatt de psykotiske uttrykkene fremstår og håndteres i en psykiatrisk avdeling. Sentrale forfattere innen denne teorien, som for eksempel den britiske sosiologen John Law (Law & Hassard, 1999) og den franske forskeren Michel Callon (Callon, 2001; Callon & Law, 1997), har fått meg til å se paradokser, nyanser og kompleksiteter i mitt eget feltmateriale. De bringer fram perspektiver som ikke kommer så tydelig fram hos Foucault, nemlig at fenomener kan forstås og studeres som sammensatte av både mennesker og ikke-mennesker eller ”ting”. Latour (1996) kaller dette for ”kvasi-objekter” eller hybrider. Latour uttalte på et seminar at aktør-nettverksteori ikke er en filosofi, et system eller ”a grand theory”, men en antropologisk metode der man går ut i verden og undersøker disse kvasi-objektene eller hybridene ved å forflytte seg fra busstopp til busstopp. Nettverkene mellom busstoppene oppdages eller skapes underveis på denne reisen (Latour, 2001a). Jeg utdyper også dette i kapittel 3.

Kapittel 2: Metode

I dette doktorgradsarbeidet har jeg benyttet feltforskning, som er en type kvalitativ metode som handler om å oppholde seg over lengre tid i et sosialt felt for å studere hverdagspraksiser på nært hold. Man observerer ikke bare enkeltmenneskers atferd, men grupper av mennesker og deres samspill. Det er også vesentlig å ha fokus på den materielle og kulturelle konteksten aktørene befinner seg i, dvs. bygninger, rom, hjelpemidler, ting, lærebøker osv (Latour, 1987, 1996), noe jeg kommer tilbake til i neste kapittel. Feltarbeid kalles også for deltakende observasjon, fordi forskeren er både observatør og deltaker i et felt som studeres på nært hold over tid (Agar, 1980). Man får muligheten til å bli godt kjent; noe som er en styrke ved at man får tilgang til fenomener og sammenhenger sett fra aktørenes ståsted, men også en svakhet, ved at man etter hvert kan bli nærsynt og miste forskerens kritiske ”utenfrablikk”.

2.1. Tilgang til feltet og beskrivelse av deltakerne i studien.

Feltarbeidet ble utført i år 1999/2000 i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling som behandlet unge voksne som hadde fått diagnosen schizofreni. Avdelingen hadde kapasitet til å behandle ti pasienter av gangen, og gjennomsnittlig innleggelsestid var ett år.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det ble ikke godkjent umiddelbart, men etter at jeg besvarte noen utdypende spørsmål fra komiteen, ble det gitt tillatelse (se vedlegg 1 og 2). Jeg fikk tilgang til avdelingen gjennom å kontakte en oversykepleier ved en av de psykiatriske avdelingene i det gjeldende fylke. Denne oversykepleieren kjente jeg fra tidligere arbeidsforhold, og hun introduserte meg for avdelingssykepleieren ved den aktuelle avdelingen. Det kan være viktig å ha slike døråpnere, samtidig som det kan være vanskeligere for mennesker å reservere seg når introduksjonen skjer gjennom en person som er kjent og som befinner seg langt oppe i hierarkiet. Jeg hadde først en samtale med avdelingsoverlege og avdelingssykepleier og ble deretter introdusert for pasientene og resten av personalet under ”fredagssamlingen”, en ukentlig hendelse der pasienter og personalet samles for å drikke kaffe og spise kaker. Jeg opplevde at jeg ble vennlig mottatt på denne samlingen. Jeg fortalte om prosjektet, hensikten med det og vektla i særdeleshet at det var frivillig og at man når som helst kunne trekke seg. Jeg understreket

også at jeg ikke var der som sykepleier, men som forsker. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble delt ut til alle (se vedlegg 3 og 4). Jeg oppfordret folk til å lese gjennom det i ro og fred etter møtet og bruke tid til å tenke på det. Likevel undertegnet alle av personalet og tre av pasientene samtykkeerklæringen umiddelbart etter møtet. Jeg har reflektert i ettertid om en slik utlevering av skjemaer i plenum kunne oppfattes som et gruppepress. På den annen side kunne det å gå fra person til person kanskje oppfattes som et enda større press. Dessuten var det tydeligvis noen av pasientene som hadde tenkt seg om, fordi de kom med utfylte skjemaer i løpet av de påfølgende dagene.

36 (av 40) personer ga informert samtykke til å delta i studien. De fire personene som ikke ga samtykke, var alle pasienter. En av dem sa nei. Når det gjaldt de tre andre, ble jeg rådet av personalet til å la være å spørre pga pasientenes tilstand, noe jeg respekterte. Alle informantene var der ikke samtidig, fordi det var en viss utskiftning av både personale og pasienter i løpet av feltarbeidsperioden. Ellers fordelte informantene seg slik: 11 mannlige pasienter i alderen 19- 40 år, 4 kvinnelige pasienter mellom 20 og 30 år, 10 kvinnelige og 2 mannlige sykepleiere, 4 mannlige og 1 kvinnelig terapeut^{viii} og 4 kvinnelige sykepleiestudenter i 20-årene. I tillegg til uformelle samtaler og feltnotater, besto datamaterialet av transkriberte intervjuer med 9 pasienter, 2 tidligere pasienter som besøkte institusjonen jevnlig og 11 helsepersonell. Noen av pasientene ble intervjuet flere ganger, og to av pasientene hadde jeg regelmessig kontakt med etter utskrivelse. Jeg hadde også tilgang til pasientjournaler, sykepleierapporter og behandlingsplaner som jeg analyserte systematisk.

2.2. Konteksten.

Avdelingen ligger i et naturskjønt område nær en middelstor by i Norge. Da jeg kom dit for første gang, ble jeg slått av det smakfulle interiøret og kunsten på veggene. På utsiden er det en hage, ofte brukt av pasienter og personale. Inne i avdelingen er det, foruten personalets kontorer og møterom, en stue, et kjøkken og et spiserom. Alle pasienter hadde eget rom med bad, og de kunne komme og gå når de ville på sin "fritid", men måtte si ifra til personalet når og hvor de gikk. Personalet la vekt på at omgivelsene skulle være så "normale" som mulig, da pasientene skulle leve et "normalt" liv etter behandlingen. Det ble derfor viktig at pasientene

skulle gjøre ”vanlige” ting som å gå tur, rydde rommet, bidra til matlaging, gå på kino, se på TV, delta i uformelle samtaler osv. Hver pasient fikk sin egen terapeut og sin egen primærsykepleier^{ix} som de hadde faste avtaler med.

Behandlingen skulle hjelpe dem til å mestre et liv utenfor institusjon. For å oppnå dette, gjennomgikk pasientene opplæringsprogrammet ESL. Målet var at de skulle lære om sine symptomer og hvordan de skulle mestre disse (Gråwe, 1991; Liberman, 1985). Dette er et program spesielt beregnet på hva fagfolkene kaller ”nysyke” pasienter, dvs. de som akkurat har fått diagnosen schizofreni. Mange av pasientene var imidlertid ikke nysyke, men hadde hatt diagnosen schizofreni lenge, noen i flere år. På grunn av kapasitetsproblemer og mangel på institusjonsplasser, ble derfor ikke bare nysyke innlagt ved denne avdelingen.

ESL- programmet består av tre kurs, det første kalt ”symptom-mestringskurs”. Her skulle pasientene lære om symptomer på schizofreni og registrere symptomer hos seg selv. Det andre ble kalt ”sosiale samtale-ferdighets kurs” og det tredje ”kroppsbevissthetskurs”. Jeg beskriver mer utfyllende om hvordan disse kursene ble praktisert i den fjerde artikkelen i avhandlingen (Terkelsen 2009b). Kursene baserer seg på antagelsen om at pasientene har spesielle vanskeligheter innenfor disse tre områdene, og at de vil mestre dagliglivet bedre dersom de lærer å håndtere sin lidelse gjennom teori og praktisk trening. Sykepleiere var ansvarlig for de to første kursene, mens en fysioterapeut trente pasientene i kroppsbevissthet. Alle tre kursene var i utgangspunktet obligatoriske, men personalet kunne fritta enkeltpasienter fra ett eller flere kurs.

Jeg vil i de følgende avsnitt redegjøre for de videre trinn i forskningsprosessen.

2.3. Problemformuleringsprosessen.

I følge Hammersley & Atkinson (1987, s. 46) begynner alltid forskning med et sett av ”foregripne problemer”. Noen ganger har man mye forhåndskunnskap om feltet, andre ganger er feltet helt ukjent, som når man reiser til et uoppdaget stammesamfunn. Forhåndskunnskap kan både hindre et åpent utenfrablikk, samtidig som det kan gi en verdifull ballast ved at noen av problemene allerede har utkrystallisert seg. I mitt tilfelle hadde jeg begrenset kunnskap på

forhånd om den avdelingen der jeg skulle gjøre feltarbeid. Jeg visste lite om arbeidsmåtene, bortsett fra at man behandlet mennesker som hadde fått diagnosen schizofreni, og at man brukte ”psyko-edukative prinsipper”, noe jeg bare hadde hørt om. På den annen side hadde jeg praksis fra feltet gjennom mitt tidligere arbeid som sykepleier i psykiatrisk avdeling og hadde derfor forhåndskunnskap på den måten. Etter noen dager ved avdelingen opplevdes derfor settingen som kjent, selv om jeg ikke hadde vært der tidligere.

Som forsker er man ikke en uhildet observatør. Man vil alltid bringe med seg sine egne forforståelser inn i forskningsarbeidet, og det er viktig å redegjøre for disse, så langt man kan. En av mine forforståelser var for eksempel at ”psykotisk prat” hos mennesker som har fått diagnosen schizofreni i liten grad blir tatt alvorlig eller lyttet til, fordi helsepersonell har lært at pasienter blir dårligere dersom man går inn i deres psykotiske fortellinger (Terkelsen *et al*, 2005, s.246). Dette var ett av utgangspunktene for feltarbeidet.

Noen forforståelser kan det være vanskelig å redegjøre for, fordi de er skjulte for en selv. Man er ikke alltid bevisst på hvordan man har blitt påvirket gjennom årenes løp. Jeg vil likevel redegjøre for noen av mine tidligere erfaringer. Jeg arbeidet for eksempel i ca. to år som nyutdannet sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling. Den gang var jeg preget av den opplæringen jeg hadde fått gjennom sykepleierutdanningen, som stort sett var basert på en medisinsk-psykiatrisk schizofreni-forståelse, for eksempel Kringlens (1982). Faglitteraturen tok utgangspunkt i en medisinsk vitensdisiplin som forhåndsdefinerte pasientenes problemer ved hjelp av diagnostiske klassifikasjonssystemer. Jeg var opplært til at pasientenes opplevelser var uttrykk for avgrensede og definerte sykdommer. Disse diagnosesystemene bruker for eksempel begrepet *disorder*, som i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, APA, 1995), og *disease*, som i *International Classifications of Diseases* (ICD-10, WHO, 1992). Disse begrepene indikerer en medisinsk, psykiatrisk sykdomsforståelse som basis for kunnskap, i motsetning til begrepet *psykisk lidelse* som legger vekt på psykososiale forhold og pasientens subjektive opplevelse av sin tilstand (Andersen, 2008; Bøe & Thomassen, 2007).

Noen år senere ble en venn psykotisk en rekke ganger, og jeg fikk på nært hold se og høre hvordan psykose kan oppleves fra innsiden. Å oppleve min venn gå inn i en helt annen verden enn den jeg var vant til, gjorde et voldsomt inntrykk på meg. Jeg prøvde å se med hennes

øyne, høre med hennes ører og lukte med hennes nese. Det var en underlig og vanskelig, men likevel fascinerende opplevelse. Jeg så tilbake på meg selv som sykepleier flere år tidligere, og tenkte at jeg i større grad burde ha fulgt pasientene inn i psykosens verden. Etter hvert fikk jeg en følelse av at mange av hjelperne i helsesektoren ikke kunne eller ville forstå hvordan en psykose føles på kroppen fordi de aldri hadde lært at slik kunnskap var vesentlig. Helsepersonell lærte tvert i mot at pasientene kunne bli verre dersom man fokuserte på innholdet i psykosen (Leudar & Thomas, 2000). Faglitteraturen var i stor grad opptatt av hvordan man skulle få pasienten fortest mulig ut av psykosen gjennom medisiner, noe som ble formidlet blant annet gjennom utdanning av sykepleiere. På slutten av 1980 -tallet og begynnelsen av 1990-tallet fordypet jeg meg i objektrelasjonsteori (Winnicott, 1968; Fairbairn, 1978; Kernberg, 1989), utviklingspsykologi (Erikson, 1980) og selvpsykologi (Kohut, 1990). Allerede den gangen virket det som om en biologisk dreining innen psykiatrisk faglitteratur, forskning og praksis hadde begynt^x. Stadig flere psykiatere ble kritiske til at tidlig barndom hadde så stor betydning for psykose-utvikling som man tidligere hadde antatt, og schizofreni ble i økende grad forklart som resultat av biologiske og genetiske feil. En slik dreining medførte at anti-psykotiske medisiner fikk enda større betydning. Pasientenes egne erfaringer og opplevelser hadde en tendens til å bli satt til side i en biologisering av psykosen. Det var også ett av utgangspunktene for dette feltarbeidet. Jeg ønsket å få fram pasientenes egne opplevelser^{xi}.

Min opprinnelige plan var å studere virkelighetsoppfatninger hos mennesker som var diagnostisert med psykose eller schizofreni, dvs. å lære om hvordan de oppfattet sitt eget liv og sine problemer gjennom å lytte til deres egen stemme. Jeg oppdaget imidlertid at det var umulig å isolere pasientenes virkelighetsoppfatninger fra de profesjonelles oppfatninger, fordi de hele tiden var i samspill med hverandre i den psykiatriske avdelingen. Fokus ble derfor etter hvert dreiet mot samhandling mellom pasienter og personalet, og likheter/ulikheter i deres virkelighetsoppfatninger. Problemformuleringen endret seg derfor flere ganger underveis, noe som er svært vanlig i et feltarbeid, fordi man oppdager ting i feltet etter at man kommer dit (Hammersley & Atkinson, 1986, s.50). Min problemstilling ble etter hvert ”Selvforståelser og virkelighetsoppfatninger hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, belyst i et relasjonelt og kulturelt perspektiv”.

I analyseprosessen fikk jeg i økende grad øye på de makt-og styringsteknologier som kom til syne gjennom feltmaterialet, og jeg endret problemformuleringen til nåværende tittel. Jeg lot meg påvirke av blant annet Foucaults *Madness and civilisation* (1961) og hans beskrivelser av fengselsanstaltens disiplinerings- og overvåkningsteknikker i *Discipline and Punish* (1975b). Hans utlegninger om ”governmentality” (1978) og ”technologies of the self” (1982a) preget analysearbeidet. Jeg kommer tilbake til disse begrepene i kapittel 4^{xii}. Jeg har også latt meg påvirke av den franske sosialantropologen og vitenskapsteoretikeren Bruno Latour. Etter at feltarbeidet var avsluttet, fikk jeg anledning til å delta i en ukes workshop med Latour, og det ga meg ideer til hvordan jeg kunne analysere den store mengden med felldata. En annen workshop med den britiske sosiologen og aktør-nettverksteoretikeren John Law ga meg også inspirasjon i analysearbeidet (Law & Hassard, 1999; Law, 2004).

2.4. Bakgrunn for valg av stedet. Fordeler og ulemper med feltforskning som metode. Etiske spørsmål.

Det er viktig å se på sammenhengen mellom problemformulering og valg av situasjoner og kontekst (Hammersley og Atkinson, 1986, s. 56). Det var vesentlig å finne et sted der jeg hadde mulighet til å studere over tid hvordan psykosen kom til uttrykk og ble forstått. Det var derfor naturlig å velge en avdeling som behandlet mennesker med diagnosen schizofreni, og der pasientene var innlagt over forholdsvis lang tid. Ved akkurat denne avdelingen var pasientene innlagt i opptil ett år, og i noen tilfeller lenger. Jeg hadde derfor muligheten til å bli godt kjent med både pasienter og personale. Det er helt sentralt å oppnå tillitt hos informantene, og det krever tid. Dette dreide seg dessuten om pasienter som kunne ha problemer med å kommunisere verbalt. I mange situasjoner var observasjoner av non-verbale uttrykk like viktig som å snakke med pasientene, og dersom slike observasjoner skal bli meningsfulle, bør de utføres over tid. En må lære å kjenne menneskers uttrykksmåter for å forstå hva de betyr. Dette gjelder selvsagt også helsepersonellet.

Jeg oppdaget at hva mennesker gjør ikke alltid er i samsvar med hva de sier at de gjør. Det betyr ikke at informantene nødvendigvis er uærlige, men at mennesker i en intervjusituasjon har en tendens til å fortelle om det de synes *bør* gjøres, eller hva de *tror* blir gjort, ikke hva som faktisk blir gjort. Hvis man bare intervjuer enkeltpersoner vil man få tak i hva de mener om saker og ting, og hvordan akkurat disse personene opplever situasjoner, men man går

glipp av samspill som bare kan observeres ved å være tilstede selv. Gjennom å være deltakende observatør over tid fikk jeg en helt unik mulighet til å samle data som jeg ikke hadde fått tak dersom jeg bare hadde intervjuet enkeltpersoner. En annen fordel med denne typen feltarbeid, er at det spontant og uventet kan oppstå anledninger som man må gripe der og da. Et eksempel var en pasient som lenge hadde vært taus og betraktet meg på avstand. Han henvendte seg plutselig til meg en formiddag i stua da det ikke var noen andre der og begynte å snakke. Han ønsket selv å komme med innspill og svare på spørsmål. Det er tvilsomt om det hadde vært mulig å få til noe avtalt intervju med denne pasienten, da han vanligvis var svært tilbaketrukket og lite meddelsom. Det er også tvilsomt om han ville ha latt meg komme inn på rommet sitt eller blitt med meg inn på et kontor slik at jeg kunne få mulighet til å snakke med han. Anledningen bød seg der og da, sannsynligvis fordi det bare var oss til stede i rommet, og fordi stua fremsto som et relativt nøytralt fellesrom der man har full anledning til å gå når som helst hvis man ikke ønsker mer kontakt. Det virket som om avtalte intervjuer hadde en tendens til å bli høytidelige og stive, og mange ganger kom de mest interessante uttalelsene fram etter at det avtalte intervjuet offisielt var avsluttet. Dette er et kjent fenomen (Repstad, 2007). Jeg forsøkte derfor å få intervjuene til å ligne på vanlig samtaler, dvs. mer som en dialog enn en utspørring. Spørsmålene var som regel åpne, og jeg forsøkte å lytte meg fram til hva informanten ville si, for deretter å komme med oppfølgings spørsmål. Noen ganger var spørsmålene spesifikke, for eksempel hvis jeg hadde sett eller hørt noe spesielt, og jeg ville ha en informants synspunkt eller opplevelse av dette. Avtalte intervjuer ble tatt opp på bånd når jeg fikk samtykke til det. Samtaler med sky og tilbakeholdne pasienter tok jeg ikke opp på bånd, da jeg følte intuitivt at en båndopptager ville forstyrre. I slike tilfeller noterte jeg for hånd underveis. En stor del av mine data er resultat av spontane samtaler som dukket opp i forbindelse med noe som skjedde i en kontekst der og da. Ofte ”dumpet” jeg opp i uplanlagte diskusjoner, enten det var i stua, på røykerommet, på personalrommet eller på sykepleiernes vaktrom. Jeg kommer tilbake til hva som foregikk i disse rommene i neste kapittel. Slike data kunne jeg ikke ha fått uten tilgang til disse rommene og uten å ha vært tilstede over tid. Mye i et feltarbeid kan derfor ikke planlegges eller organiseres på forhånd. Man har som regel ikke med seg ferdig formulerte intervjuguider som styrer arbeidet, og problemformuleringen kan bli endret underveis ettersom man samler informasjon. Det betyr ikke at feltarbeid som metode er uorganisert og tilfeldig. Feltnotater blir systematisk notert ned, og man prøver å få tilgang til så mange deler av feltet som mulig. Som regel oppholdt jeg meg 1-2 timers tid i feltet for deretter å gå på et rom for meg selv for

å notere. Under møter satt jeg meg litt i utkanten, og prøvde å plassere meg slik at jeg kunne høre og se hva folk sa og gjorde uten å bli for mye lagt merke til. På rapporter og behandlingsmøter satt andre også med penn og papir for å notere ned opplysninger, noe som sannsynligvis bidro til at jeg ikke skilte meg nevneverdig ut. For å fange opp ulike kontekster, var jeg tilstede på dag - og kveldstid, også i helger. Natten hadde jeg ikke mulighet til å være tilstede, men da sov som regel pasientene. På helligdager hadde de fleste permisjon.

I et feltarbeid vil det som regel oppstå entusiastiske ”nøkkelinformanter” som har mye å fortelle og som ivrer etter å snakke (jfr. Agar, 1980). Dette skjedde også i mitt tilfelle. Ivrige nøkkelinformanter er imidlertid ikke utelukkende positivt, fordi man kan la seg påvirke av kun noen få. Jeg tilstrebet derfor å få kontakt med alle som hadde gitt informert samtykke til å delta, for å få størst mulig bredde i materialet.

En fordel med feltarbeid er at man stadig kan studere nye vinklinger og oppsøke mennesker man tror kan fortelle, forklare eller utdype det man opplever. Det dukker opp nye spørsmål underveis, og fordi man oppholder seg i feltet nesten hele tiden, finnes det muligheter for å få svar. På denne måten får man imidlertid enorme mengder data, som er feltforskerens ”skattekasse”, samtidig som det kan by på store problemer når løse tråder skal samles og materialet skal skrives ut og analyseres.

Selv om det er mange fordeler med feltarbeid, er det også etiske problemstillinger ved den deltakende observatørrollen. Et problem er anonymisering av informantene. Etter hvert oppdaget jeg imidlertid at det ikke var pasientene som var den mest sårbare gruppen i denne sammenhengen, men personalet (jfr. Øye *et al*, 2007; Hummelvoll, 2008). Pasientene er det ikke så vanskelig å anonymisere, men institusjonen og de ansatte kan det være større problemer med, uansett om man endrer navn. De ansatte er der over lang tid, som regel mye lenger enn pasientene, og kan lettere identifiseres. Det kan også være vanskelig å unngå at de kjenner hverandre igjen når de leser artiklene. Jeg har derfor gjort en del ekstra grep med hensyn til de ansattes personvern, for eksempel ved å bruke samlebetegnelsen ”terapeuter”, i stedet for å identifisere hver enkelt yrkesgruppe. I tillegg har det gått lang tid fra feltarbeidet ble utført til utskrivning av materialet. Det betyr at det i mellomtiden var utskifting av personalet. I dag er funksjonene ved denne avdelingen flyttet eller nedlagt pga omstrukturering og omorganisering av psykisk helsevernsektoren i det gjeldende fylke.

Et annet etisk problem er at pasientene pga sin psykiske tilstand kan ha nedsatt samtykkekompetanse. Jeg forsikret meg derfor, i dialog med overlegen og personalet, at pasientene var samtykkekompetente før jeg henvendte meg til dem. Etter beste evne, ga jeg god informasjon om hva undersøkelsen skulle gå ut på og forsikret meg om at informasjonen var forstått. Jeg var bevisst på å unngå press eller overtalelse. Imidlertid opplevde jeg i denne prosessen at pasientene var mennesker med egne, klare meninger om hva de ville være med på og ikke. Jeg har derfor inntrykk av at synet på pasienter som "en sårbar gruppe" bør nyanseres (Øye *et al*, 2007, Andersen, 1996). Pasienters "sårbarhet" kan også brukes som et argument for å unngå innsyn i institusjonens virksomhet, og på den måten hindre at pasienter som ønsker å delta i en undersøkelse, får anledning til å gjøre det. Jeg hadde et bestemt inntrykk av at de pasientene som ga meg samtykke, forsto hva de ga tillatelse til, selv om jeg aldri kan få vite det helt sikkert. Det kan være mange motiver for å gi et slikt samtykke, for eksempel et ønske om å oppnå goder i form av oppmerksomhet og empati, noe som kanskje ikke er galt i seg selv, bare man forteller hvem man er og hva man kan gi. Et annet poeng er at på tross av skriftlig informert samtykke om å delta i en undersøkelse, vil informantene etter hvert "glemme" hvorfor man er der. Det er jo også noe av hensikten, at de ikke skal endre oppførsel selv om de vet at det er en forsker til stede for å observere hva de gjør og sier. Det er om å gjøre at den såkalte forskereffekten (Repstad, 2007) skal bli minst mulig. En av sykepleierne sa for eksempel at hun etter hvert sluttet å tenke på min tilstedeværelse. Hun uttrykte det slik "du går jo i ett med tapetet". Et viktig etisk spørsmål er derfor hvor lenge man har lov til å observere mennesker uten å minne informantene på at man faktisk er der som forsker (Repstad, 2007). Man kan bevege seg nær grensen til å føre mennesker bak lyset, spesielt hvis informantene kan ha lett for å forveksle en forskerrolle med en hjelperrolle. Før jeg intervjuet pasienter forsikret jeg meg derfor om at de forstod at jeg var der som forsker, ikke som sykepleier. Jeg hadde inntrykk av at pasientene klarte å skille disse rollene, da de omtalte meg som "Toril som holder på med den undersøkelsen". Noen av pasientene uttrykte til og med i klartekst at de ønsket å snakke med meg nettopp fordi de ville bidra til "undersøkelsen", og noen av dem presiserte at de ville fortelle meg ting som de ikke ville dele med hjelperne. En av pasientene ba sågar om at jeg kunne skrive om det han fortalte meg, slik at andre kunne få nytte av det. Dette reiste imidlertid nye etiske problemer. Det kunne jo være at han ville fortelle meg ting som det ville vært umulig å ikke gå videre med, for eksempel dersom det dreide seg om fare for liv og helse. Dette snakket vi om på forhånd, men denne

gangen var ikke informasjonen av en slik art at det var nødvendig å gå videre med det. I mange beretninger fra feltarbeid kan man lese om hvor vanskelig det kan være å få informanter i tale. Dette gjaldt også noen av de pasientene jeg kom i kontakt med. Andre hadde imidlertid et nesten ustoppelig behov for å snakke. En av pasientene sa for eksempel en gang at ”Nå har jeg jo sagt alt til deg, så nå trenger jeg ikke snakke med psykologen i dag”. Han gikk likevel med på å møte opp hos psykologen, siden det var en avtale. Det viser at en forskers nærvær kan få utilsiktede konsekvenser for helsepersonellens behandling. Enkelte ganger henvendte pasienter seg til meg omtrent som om de ba om en timeavtale. En spurte meg for eksempel ”om vi kunne ta en prat på rommet, kanskje etter middag, hvis det passer for deg?” Jeg spurte om han husket hvorfor jeg var der, og han sa da at han ville ”hjelp meg med undersøkelsen”.

I et slikt feltarbeid må man altså være forsiktig med å bli så ivrig etter å skaffe seg data at man utnytter andre mennesker som intetanende kan tro at man har andre motiver. Det ble viktig å være tydelig på forskerrollen, samtidig som jeg ikke kunne gjenta dette hver eneste gang jeg snakket med noen. På den annen side ”glemte” jeg selv mange ganger forskerrollen. Jeg ble trukket med inn i diskusjoner og situasjoner, og hadde til tider vanskeligheter med å balansere deltaker- og observatørrollen. Ofte kom spesielt sykepleierne til meg med sine dagligdagse problemer og konflikter. Det virket som om det å ha en ”nøytral” person i nærheten som bare lyttet uten å komme med for mange egne meninger, var en katalysator for bearbeiding av egne tanker. Samtidig var jeg sykepleier av utdanning og ble kanskje derfor oppfattet som en av dem. Noen ganger frittet de meg ut om hva jeg mente, og i enkelte situasjoner ble jeg antakeligvis mer deltaker enn observatør, uten å se det selv. Jeg ser det imidlertid i ettertid ved gjennomlesing av feltnotatene. På den annen side er det ikke gunstig å være for mye observatør, fordi man mister den nærheten til mennesker som gjør at de åpner seg. Jeg ønsket å være personlig og gi noe av meg selv for å få kontakt med menneskene i avdelingen.

Det korte utdraget fra feltnotatene innledningsvis viser dessuten noen av de metodiske og etiske utfordringer man møter som en deltakende observatør. Noen ganger kan det være direkte etisk uforsvarlig å kun være observatør, for eksempel hvis det er fare for liv og helse, og man har kompetanse til å hjelpe. Det er imidlertid viktig å reflektere kontinuerlig over balansen mellom deltaker- og observatørrollen. Denne vanskelige balansen er beskrevet av mange feltforskere (Whyte, 1984; Agar 1980); Repstad 2007; Wadel 1991). Hammersley &

Atkinson beskriver en pendel som går fra ren observatør, til deltakende observatør, videre til observerende deltaker, til deltakende observatør og til sist full deltaker. Den ene siden av pendelen har hovedvekt på løsrivelse, objektivitet og sympati, mens den andre siden har hovedvekt på engasjement, subjektivitet og sympati. Feltarbeid befinner seg som regel et sted midt mellom disse polene (Hammersley & Atkinson, 1986, s.102).

Jeg ble oppriktig interessert i menneskene rundt meg og fikk stor sympati for mange av pasientene, sykepleierne og terapeutene. Jeg beveget meg antakeligvis fra observatør – siden mot deltaker - siden i løpet av feltarbeidet, samtidig som jeg forsøkte å beholde observatørrollen. Etter hvert som jeg ble kjent med menneskene, ble jeg også mer velvillig i forhold til hva som ble gjort og sagt, fordi jeg begynte å se verden med deres øyne. På den måten mistet jeg noe av den kritiske distansen til hva som foregikk. Det er mulig at jeg ble ”en innfødt”, som i sosialantropologisk litteratur kalles ”to go native” (Agar, 1980, s. 51), dvs. at man begynner å se med stammesamfunnets øyne når man har oppholdt seg i feltet over lang tid. På den ene siden ga den daglige, rutinemessige tilstedeværelsen i avdelingen verdifulle data, i og med at jeg fikk anledning til få tak i mønstre og gjentakelser. På den andre siden kan det vanemessige gjøre en blind, og det uvanlige vil etter hvert fortone seg som vanlig. Av praktiske grunner tok det en god stund før analyseprosessen startet etter at jeg forlot avdelingen. Jeg fikk derfor en gunstig distanse til feltmaterialet. Det gjorde at jeg så avdelingen med nye øyne, og fikk øye på forhold som jeg ikke hadde sett under selve feltarbeidsperioden. Anerkjente feltforskere anbefaler faktisk at man fremmedgjør seg fra materialet når det skal skrives ut og analyseres (Hammersley & Atkinson, 1986, s. 201-202).

2.5. Datasamlings- og analyseprosessen.

Jeg har valgt å skrive om disse to prosessene samtidig, fordi de ikke opptrer strengt atskilt i et feltarbeid, men parallelt (Agar, 1980). Selv om det meste av analysen foregikk i ettertid, reflekterte jeg kontinuerlig underveis over de data jeg samlet inn. Refleksjonene skrev jeg ned umiddelbart, slik at de ble en del av feltnotatene. Analyseprosessen kan forstås som et kontinuum som strekker seg fra de umiddelbare og spontane refleksjonene der og da, til en systematisk søking etter gjentakelser og mønstre innenfor spesifikke temaer i ettertid.

Arbeidene til sosialantropologene Agar (1980), Miles & Huberman (1994), Wadel (1991),

Hammersley & Atkinson (1986) og sosiologen Repstad (2007), har vært noen av hjelpemidlene i samling og analyse av data. Jeg ønsket å finne ut hvordan den daglige samhandlingen foregikk i ulike ”rom”^{xiii} i institusjonen, hvilke temaer som gikk i igjen og hvordan aktørene samhandlet. Selv om jeg aldri hadde vært på institusjonen tidligere, ga personalet meg fort tilgang til alle rom. Jeg var til stede under samtaler på røykerommet der nesten bare pasienter oppholdt seg, på møterommet der personalet diskuterte pasientene, på sykepleiernes vaktrom der stort sett bare sykepleiere oppholdt seg, på dagligstua der både pasienter og helsepersonell var samlet, på felles utflukter utenfor institusjonen og under samtaler mellom pasient/terapeut. Av og ble jeg bedt inn til pasientenes rom, men det var unntaket. Selv om pasientene ikke hadde nøkkel til eget rom, ble det betraktet som privat sfære, og sykepleiere og terapeuter banket alltid på døren før de gikk inn.

Jeg oppholdt meg på institusjonen flere ganger ukentlig, og i begynnelsen nedtegnet jeg alt jeg så og hørte, omtrent som i en dagbok. Den britiske sosiologen David Silverman hevder at dette bør man ikke gjøre. I følge Silverman (1993, s. 37) bør man være selektiv i forhold til problemstillingen. Han advarer mot de enorme mengdene med data som kan være vanskelig å analysere. Jeg har imidlertid andre og mer positive erfaringer med å prøve å få med så mye som mulig. Det viste seg i ettertid at jeg fikk bruk for mye av det jeg i utgangspunktet tenkte var ubrukelig. Man vet ikke på forhånd hvilken vei analysen vil ta. Som Wadel (1991, s.160) skriver:

Mens selve feltarbeidet har form av en stadig ”runddans” mellom teori, metode og data, har utskrivningen form av en ”runddans” mellom valg av genre, disponering og språk i tillegg til en ny ”runddans mellom teori, begrepsbruk og data” (Wadels utheving).

Denne ”runddansen” som Wadel beskriver, betyr ikke at alt er tilfeldig, men at man særlig i begynnelsen ikke helt vet hva man skal se etter. Selv om jeg leste mye teori på forhånd, fortsatte jeg å lese fagstoff både underveis og i ettertid. Jeg skapte en dialog mellom mine egne feltnotater og den teorien jeg leste. Det påvirket hvilke felldata som var relevant å presentere i artiklene. I og med at analysen var en prosess som startet fra feltarbeidets første dag, var det derfor en stor nytte å ha rikholdige feltnotater. Jeg visste ikke på forhånd hvilke data som skulle vise seg å være relevante for prosjektet, selv om mine spørsmål og

observasjoner ble mer fokusert etter hvert som feltarbeidet skred fram. Man kan innvende at dette gir mulighet til å velge ut data som ”passer” til problemformuleringen og bygge opp en argumentasjonsrekke derfra. På den annen side kan man så redelig og etterrettelig som mulig presentere observasjoner og funn som ikke ”passer” inn. Det har vært viktig å få fram kompleksiteten i felterfaringene (Law & Mol, 2001, Law 2004). Dette har også en rekke fagfelleverdier bidratt til ved publisering av artiklene.

Når det gjelder analyseprosessen, eller utskrivning av data, er det påfallende hvor lite dette er beskrevet i litteraturen, noe som også er blitt påpekt av antropologer (Hammersley & Atkinson, 1986, s.198). Analysen var en kontinuerlig prosess, der jeg reflekterte over mine observasjoner underveis i feltarbeidet og skrev dem ned som egne refleksjonsnotater. Materialet ble også analysert i ettertid ved at jeg leste gjennom feltnotater og journaler flere ganger, for å se etter mønstre og temaer som gikk igjen.

Teori jeg leste parallelt, ga meg assosiasjoner til innholdet i feltmaterialet. Begrepene klassifisering, normalisering og eksaminering/selv-eksaminering (Terkelsen, 2009b) trådte for eksempel fram på bakgrunn av Foucaults utlegninger om fengselsvesenets disiplineringsteknikker (Foucault, 1975b). Etter en stund i feltet fikk jeg dessuten ofte ”aha-opplevelser”, dvs. at jeg plutselig oppdaget ting jeg ikke hadde tenkt på tidligere. Disse opplevelsene kan kanskje synes banale i ettertid, fordi jeg oppdaget at mange hadde skrevet om akkurat det samme før meg. Likevel fikk dette stor betydning for nye litteratursøk og videre arbeid. Et eksempel på en slik aha-opplevelse var da det gikk opp for meg hvor absurd det var å lære mennesker om symptomer på en sykdom de var helt overbevist om at de ikke hadde (Terkelsen *et al*, 2005). Fordi pasientene ikke integrerte kunnskapen i seg selv, fikk den kun teoretisk verdi. Pasientene gjorde enten åpenlys motstand eller ignorerte den kunnskapen som ble presentert gjennom ESL. Dette er velkjente motstands – strategier (Repstad, 2004). Jeg så etter hvert at ESL-programmet ikke bare var et selvhjelpsprogram, men et dannelses eller omdanningsprosjekt, jamfør tittelen på den fjerde artikkelen, *Transforming subjectivities* (Terkelsen, 2009b).

2.6. Om fagfelleverdier og å komme gjennom det akademiske nåløyet.

Denne avhandlingen er ikke kun et feltarbeid i en psykiatrisk avdeling, men også et slags

feltarbeid i en akademisk verden, der det handler om å tilegne seg et vitenskapelig ”stammespråk”. Avhandlingen er tverrvitenskapelig, og i publikasjonsprosessen ble jeg etter hvert klar over at jeg måtte bli flerspråklig, og da tenker jeg selvsagt ikke på norsk og engelsk osv. Jeg fikk erfare i praksis at det er ulike og strenge regler innenfor hver vitenskapstradisjon når det gjelder hva som er gangbar og gyldig kunnskap, og hvordan man forventer at kunnskapen skal kommuniseres. Det har påvirket artiklenes utforming. Slik kan man si at vitenskap er en sosial praksis (Latour & Woolgar, 1986), og at det finnes regler og orden for diskursene (Foucault, 1972). Bourdieu (2005) bruker begrepene ”den vitenskapelige kapitals former og fordeling”, (s.94), ”adgangskriterer” og ”en kamp med regler og forordninger” (s.104). Med det mener han at forskningen er underlagt en rekke sosiale betingelser som styrer den vitenskapelige praksis.

Dette er selvsagt ikke noe nytt, men det er likevel viktig å peke på det, fordi mine utsagn ikke dukker opp som troll av eske. Dersom man ikke plasserer seg selv tydelig innenfor et avgrenset fagmiljø, må man selv sørge for å lære seg inngangsreglene til nye og ukjente fagområder. Dette gjorde jeg ved å sirkle inn relevante og anerkjente tidsskrifter og ved å sette meg inn i måten kunnskapen ble kommunisert på. Gjennom å lese et utvalg artikler i det aktuelle tidsskriftet forsøkte jeg å forstå uskrevne adgangskriterier og forordninger. Deretter skrev jeg min egen artikkel, selvsagt først og fremst for å formidle budskapet, men også med tanke på hvordan akkurat dette tidsskriftet ønsket kunnskapen presentert. Det handler om å formulere argumenter i en form og sjanger som kan aksepteres av de akademiske ”portvaktene” for å få artiklene publisert i anerkjente tidsskrifter. Man belegger sine utsagn med henvisninger til en ”hær” av andre innflytelsesrike forskere, for å danne et forsvar mot de som eventuelt skulle angripe en (Latour 1987). Man må imidlertid kjenne til hvilke ”hærførere” som er anerkjente innenfor de ulike forskningsparadigmer. Noe som er gangbart innenfor en sammenheng, kan oppfattes som forkastelig innenfor en annen kontekst, noe jeg erfarte da jeg sendte manuskriptene inn til ulike tidsskrifter. Det som ble karakterisert som innovativt i et tidsskrift, kunne bli oppfattet som uinteressant i et annet. Det er derfor en kamp om hvilken diskurs som skal gjelde, og de som forsøker å komme inn, blir utsatt for konformitetspress på en eller annen måte.

Kapittel 3: En vitenskapsantropologisk reise i en psykiatrisk avdeling - på tvers av natur og kultur

Dette kapittelet tar utgangspunkt i Bruno Latours forfatterskap. Jeg har brukt begrepet vitenskapsantropologi for å illustrere at det ikke dreier seg om de tre tradisjonelle inndelingene av vitenskapsteori, dvs. vitenskapshistorie, vitenskapssosiologi og vitenskapsfilosofi. Begrepet vitenskapsantropologi kommer fra Latour (1996) og peker på to forhold. For det første viser det til en annen type vitenskapsforståelse som innebærer at de tradisjonelle skillelinjene mellom naturvitenskap og åndsvitenskap er brutt ned. For det andre viser det til begrepet "antropologi" som en metode, dvs. en måte å studere fenomener på gjennom deltagende observasjon og samtaler. Denne reisen er derfor en videreføring av metodebeskrivelsen i foregående kapittel.

Iflg. Latour har "den moderne forfatning"^{xiv} strebet etter å atskille det som alltid har hørt sammen, dvs. de tre store repertoarene, naturen, samfunnet og diskursen (Latour, 1996,s.86). Han bruker begrepene kvasi-objekter eller hybrider for å peke på det som er sammensatt av både natur og kultur. Han innfører begrepet "aktant" for å tydeliggjøre at sosiale fenomener ikke bare handler om aktører eller mennesker. En aktant er således blanding av mennesker og ikke-mennesker. Han har til og med laget en ordliste, der slike neologismer er forklart (Latour, 1999, s.303). Man kan bare åpne en avis, hevder Latour (1996, s.10), for å se at verden består av et sammensurium av politikk, vitenskap, religion, teknikk og fiksjon, og at det hittil bare er antropologene som i sine studier av stammesamfunn har vært i stand til å studere dette mylderet som en helhet uten å dele det opp i "natur", "samfunn" eller "diskurs". Han bruker "ozonhullet" som eksempel på hvor sammensatt problemstillingene er: "Trykk på den uskyldigste aerosolboks, og du blir ført til Antarktis, og derfra til University of California i Irvine, til samlebandene i Lyon, til de inerte gassers kjemi, og kanskje derfra til FN" (s.11). Han tar etter tur for seg hvordan atskillelsen mellom natur, kultur og diskurs har foregått. Han hevder for eksempel at diskursen, som skulle ha forbindelse både med natur og kultur, har begynt å leve sitt eget autonome og innelukkede liv i "tegnenes rike" hvor alt er redusert til "språkspill", "språkssystemer" og "signifikanter" (s. 84). Verden er ikke slik, hevder Latour, fordi "det er ganske vanskelig over lengre tid å forestille seg at vi er en tekst som skriver seg selv" (s. 85) og "det er vanskelig å redusere hele kosmos til en stor fortelling, de subatomiske partiklers fysikk til en tekst og alle de samfunnsmessige strukturer til en diskurs" (s.85).

Likeledes kan man ikke studere naturen uten at samfunnet og diskursen følger med. Han skriver for eksempel at: ”Hvis man griper fatt i Pasteurs bakterier, vil hele 1800-tallets franske samfunn følge med, og det er umulig å forstå hjernens peptider uten å knytte dem til et vitenskapelig fellesskap, til instrumenter og praksiser” (s.13).

Latours kritikk har rettet seg mot tradisjonell forståelse av ”det sosiale”, at det finnes et sosiologisk felt, en dimensjon eller et domene ved siden av eller i tillegg til andre vitenskaper. Han hevder at denne forestillingen er så nedfelt i oss at den gjennomsyrrer språket. Latour vil ikke gå med at det finnes en ”sosial kontekst” som skal forklare det som de andre domenene ikke kan gjøre rede for selv (Latour, 2005, s.4). Det skulle innebære at begreper som sosialpsykologi, sosialøkonomi, sosialmedisin osv. blir meningsløse. Latour hevder at ”det sosiale” ikke kan være et lim som binder seg til andre fag, som et tilleggsdomene. Det sosiale er heller, iflg. Latour en samling av natur og kultur, noe vi bør samle sammen igjen, jfr. tittelen på hans bok *Reassembling the social* (Latour, 2005). Denne nye, eller snarere opprinnelige type sosiologi, er opptatt av å studere forbindelseslinjer. Han definerer det sosiale som ”a trail of associations between heterogenous elements” (s.5), og sosiologi bør, iflg. Latour, befatte seg med å følge sporene til disse forbindelsene. Det handler om en type forbindelser som i seg selv ikke er sosiale, og i stedet for å kalle fagområdet sosiologi kunne han ønske seg ordet ”associology”(s.9). Det innebærer også en helt annen måte å utforske fenomener på, der man fokuserer på det han kaller sosio-teknologiske kollektive eksperimenter (Latour, 2001b, s.1). Med dette mener han det som er sammensatt av mennesker og ikke-mennesker. Det kan innebære alt fra vaksinerings av kuer, til oppdrettsfisk, genforskning eller legemiddelindustri. Han ønsker at ”tingene” skal bli brakt tilbake til sitt rette sted, nemlig i kollektivet av mennesker og ikke-mennesker. Med ”ting” mener han ikke noe som er utenfor det menneskelige, men sikter mer til en forsamling, som i det islandske ordet ”ting” (Latour, 1996, 2001b). Han spiller på ordene, og som nordmenn har vi den fordel at vi umiddelbart kan forstå hva han mener med et ”Ting”, i og med at vi har vårt Storting. I mangel av et passende engelsk ord, bruker han begrepet ”The Parliament of Things”. Han skriver: ”Hence, the expression I have chosen for this new politic: how to assemble the Parliament of Things. Rules of method have now become rules, not to manage the Human Park, but to elaborate together the protocol of those collective experiments” (Latour, 2001b, s.3). Dette ”Stortinget” skal altså utarbeide et helt annet regelsett for

forskning og vitenskap, der skillet mellom de som representerer ”tingene” og de som representerer menneskene er opphevet. Her skal det heller ikke lenger være et skarpt skille mellom ekspertene på innsiden av vitenskapen, og legfolk på utsiden, fordi mange av de meste interessante forskningsspørsmål blir generert og forfulgt av ikke-eksperter, for eksempel pasientorganisasjoner (Latour, 2001b, s.2, 3).

Latour rusker utvilsomt i våre sedvanlige forestillinger om ”det sosiale” og det ”naturlige”. Han kritiserer naturvitenskapen for å ha forskanset seg i sine innelukkede laboratorier med strenge regler for hva som er vitenskap (Latour, 2001b), men mest av alt er det sosialvitenskapene som får gjennomgå^{xv}. Han kritiserer ulike sosiologiske retninger, spesielt strukturalismen (Latour, 2005), og det han kaller ”diskursens autonomisering” (1996, s. 84). Hans poeng er at man kan ikke løsrive diskursen verken fra ”naturen” eller den samfunnsmessige kontekst den befinner seg i. Han skriver at:

Språket har blitt en lov i seg selv, en lov som styrer både språket selv og dets verden. ”Språkssystemet”, ”språkspillene”, ”signifikanten”, ”skriften”, ”teksten”, tekstualiteten”, ”fortellingene”, ”diskursen”- dette er noen av begrepene som betegner Tegnenes rike (Latour, 1996, s. 84).

Diskursen er altså vevd inn i vitenskapen og produksjonen (for eksempel produksjonen av legemidler). Og omvendt, den vitenskapelige produksjonen kan ikke forstås uten at den kobles til de diskursene som foregår i forbindelse med produksjonen. Den norske idéhistorikeren Espen Schaaning påpeker at diskurser ”frambringes av mennesker ved hjelp av konkrete instrumenter, i bestemte praksiser, innenfor bestemte institusjoner” (Schaaning, 1996 b, s.74). Han slår også fast at selv om Latour hadde ”lite sans for franske diskursteoretikere” (s.74), angrep han aldri Foucault, som jo kan karakteriseres som en diskursteoretiker. Det har Schaaning helt rett i. Latour omtaler faktisk Foucault i rosende ordelag (Latour, 2005, s. 86).

Det går an å kombinere elementer fra Latour med Foucaults vitensarkeologi. Dette har for eksempel Schaaning gjort i en todelt artikkel som han har kalt *Diskursens materialitet 1 og 2* (Schaaning, 1996 a, b). I tråd med Foucaults perspektiv beskriver han hvordan man kan, ikke bare analysere språket, men sette fokus på et helt nettverk av ”utsagn, hjelpemidler, praksiser

og institusjoner som bestemmer det gjeldende som gyldig” (1996a). Schaaning bruker ”psykotiske mennesker er farlige”(1996a) som et eksempel på et utsagn. I mitt tilfelle kan jeg bruke et utsagn som ble regnet som gyldig ved den avdelingen jeg gjorde feltarbeidet: ”Det pasienten trenger er sykdomsinnsikt og medicine-compliance” (Terkelsen *et al*, 2005; Terkelsen 2009b). Hvis man følger Schaanings forståelse av Foucaults vitensarkeologi, kan man ikke betrakte slike typer utsagn som isolerte atomer (Schaaning, 1996a). De må undersøkes i forhold til hva som finnes i lærebøker, vitenskapelige artikler, papers på prestisjefylte konferanser osv. Man må altså studere de ”mulighetslover”, ”eksistens-regler”, ”oppkomstfelt” og ”betingelser” som frambrakte dem (1996a), og det sentrale er hva som iscenesettes ved slike utsagn. Her mener jeg forbindelseslinjen til Latour er åpenbar, nettopp fordi man ikke studerer en ”autonomisert diskurs”, løsrevet fra natur og kultur, men en praksis vevd sammen av mennesker og ikke-mennesker. Man kan altså ikke omtale ”medicine-compliance” uten at hele legemiddelindustrien følger med, noe jeg vil illustrere senere i dette kapitlet.

Den norske statsviteren og sosialantropologen Iver Neumann tenker i de samme banene som Schaaning når han viser til Foucaults vitensarkeologi (Foucault, 1972). Han peker på at det finnes materielle arkiver (ikke-mennesker, min kommentar) som kan fortelle oss om diskursive praksiser. Han har samme tittel som Schaaning på en artikkel om *Diskursens materialitet* (Neumann, 2000). Her beskriver han hvordan utsagn kan sette i spill visse praksiser, og hvordan diskursanalyser kan avsløre hvilke handlingsbetingelser som må være til stede for at ulike aktører kan utøve sitt handlingsrepertoar.

Nettopp iscenesettelsen, eller ringvirkningene av ulike handlinger, utsagn, talehandlinger og tekster, er det mulig å studere empirisk; noe jeg har gjort i dette feltarbeidet. Det er selvfølgelig umulig innenfor rammen av denne avhandlingen å kartlegge hele det psykiatriske nettverket av utsagn, hjelpemidler og praksiser. Jeg har begrenset det til noen utsnitt, gjerne med utgangspunkt i konkrete enkelt - case fra avdelingen.

Diskursen, naturen og samfunnet hører altså sammen, og kan ikke løsriveres, iflg. Latour, og dette gjennomsyrrer hele hans forfatterskap. Han har først og fremst hatt fokus på pågående

vitenskap i virksomhet. Han har studert vitenskapskvinner og -menn i aksjon i laboratoriet, og viser hvordan vitenskapelige sannheter frembringes og etableres, ikke bare gjennom redskapene, men gjennom sosiale praksiser (Latour & Woolgar, 1986). Sannheter som allerede er ferdig laget og lukket, kaller han en "sort boks"^{xvi}. En sort boks kan begynne å leve sitt eget uavhengige liv, der den forflyttes fra sted til sted og stadig gjennomgår endringer på ferden, og der kunnskapen om hva som opprinnelig befant seg inni boksen, er skjult eller har gått tapt. Latour er imidlertid mest opptatt av det som ikke er ferdiglaget ennå, det som flyter og er i bevegelse (Latour, 2005). Han bruker begrepet "plasma" om slike ikke ferdigdannede entiteter (Latour, 2001a). I den grad Latour er interessert i allerede etablerte vitenskapelige sannheter, er det for å åpne opp de sorte boksene og følge trådene tilbake til de praksiser, hjelpemidler, institusjoner og diskurser som førte til etablering av en vitenskapelig sannhet (Schaaning, 1996 b).

I den første artikkelen i denne avhandlingen argumenter jeg for at begrepet schizofreni har etablert seg som en "sannhet" eller sort boks i toneangivende psykiatriske kretser (Terkelsen *et al*, 2005, s. 242, 243). Mye kan imidlertid tyde på at bildet er mer nyansert, og at begrepet "schizofreni" ikke er så ferdig dannet som man kunne tro. En del teoretikere innenfor den psykiatriske diskursen tviler på og er sterkt kritiske til "schizofreniens" eksistens og evidens (Bentall, 2003, 2007; Boyle, 2002; Johnstone, 2002; Thomas, 1997).

Et anliggende i denne avhandlingen er hva som skjer dersom man begynner å studere "psykotiske uttrykk" som kvasi-objekter eller hybrider bestående av både natur, kultur og diskurs. Man får tak i andre data når man går inn i det nettverk psykosen er vevd inn i uten å ta utgangspunkt i et "psykologisk", "sosiologisk" eller "biologisk" perspektiv. Det vil si at man betrakter psykosen som mer sammensatt enn slik den vanligvis beskrives i de fleste lærebøker. Jeg har utdypet dette, spesielt i den første artikkelen (Terkelsen *et al*, 2005). Tradisjonelt har psykosestudier blitt atskilt i to leirer, der den ene leiren studerer biogenetikk og endringer i signalstoffer i hjernen, dvs. natur/biologi, mens den andre leiren er opptatt av for eksempel "objektrelasjoner" og "psykodynamikk", dvs. kultur/samfunn/miljø. Innimellom disse to perspektivene, har noen få, for eksempel Foucault, diskutert psykosen i et idéhistorisk, makt-diskursivt perspektiv. Hvis man fremholder disse tre perspektivene *samtidig og sammenkoblet*, dvs. natur, kultur og diskurs, vil jeg argumentere for at psykosen trer fram på en annen måte. Psykosen blir både kontekstualisert, relasjonell og reell.

Erfaringene fra feltarbeidet tilsier at aktørene, også pasientene, er opplært til å betrakte psykosen som en sykdom, ikke som et fenomen i skjæringspunktet mellom natur, kultur og diskurs.

En sammenkoblet måte å studere fenomenet psykose på innebærer for det første å ta i bruk en spesifikk metode, i dette tilfellet feltarbeid, dvs. deltakende observasjon, samtaler/intervjuer, og studier av tekster. For det andre dreier det seg om et vitenskapsteoretisk perspektiv; eller kanskje mer korrekt, mangel på det man vanligvis kaller et vitenskapsteoretisk perspektiv, fordi man bevisst forsøker å legge bort de tradisjonelle skillelinjene, uten at jeg dermed vil påstå at man blir perspektivløs eller uten skillelinjer. Det handler om å bevege seg inn i et felt på samme måte som en antropolog studerer et ukjent stammesamfunn for å finne ut hva som befinner seg der av mennesker, ritualer, vaner, samhandlingsmønstre, regler, praksiser, ting, hjelpemidler, redskaper osv. Man ville ikke finne på å skrive tre forskjellige bøker om hva som foregår der, dvs. en bok om kunnskapen, en om praksisene og en om makt. Man ville ha gitt en samlet beretning om alt dette (Latour, 1996, s.26). Det ville heller ikke være relevant å spørre om hva som er reelt eller ikke reelt, for, som Latour hevder: "I en slik beretning er det ikke et eneste element som ikke samtidig er reelt, samfunnsmessig og narrativt" (Latour, 1996, s. 17). Man vil med andre ord forsøke å forstå hva som foregår i et sammenvevd og sømløst nettverk som ikke skiller det samfunnsmessige og naturlige, mennesker og ikke-mennesker, tingene og tegnene, politikk og vitenskap. I dette universet kan psykotiske erfaringer, som å bli overvåket av en radiosender (Terkelsen, 2006), eller bli bortført av UFOer (Terkelsen et al, 2005), få en ny betydning. Det innebærer at natur og kultur inngår i kombinasjoner der kunnskap dannes og omdannes i heterogene nettverk av aktører og aktanter. Teorier om slike nettverk ble utviklet på begynnelsen av 1980-tallet og gitt betegnelsen "Aktør-nettverksteori" (ANT). Teorien ble senere revidert av de samme forskerne på slutten av 1990-tallet og omdøpt til "after actor-network-theory" (Law & Hassard, 1999, Latour 2005). Essensen i aktør-nettverksteori (og etter) er altså at "det sosiale" er heterogent, at nettverkene er variable og i prinsippet uforutsigbare, og at "det sosiale" på samme tid er et punkt (en aktør eller en aktant) og et nettverk (et kollektiv) (Callon & Law, 1997, s.165). Iflg. Van House (1991) har ANT to hovedtilnærminger. En er å følge aktøren/aktanten ved etnografisk forskning. Den andre er å undersøke "inskrripsjonene". Disse kan være tekster i alle variasjoner, bilder, patenter, programmer osv. Tekster er viktige fordi de kan bevege seg

over tid og rom. De bringer tanker og kunnskap til andre mennesker og institusjoner, og kan bli kombinert med andre tekster. Ved å bringe inn andre støttespillere, kan man erverve innflytelse og troverdighet og konkurrere med andre aktører. Tekstene i mitt feltmateriale består for eksempel av legejournaler, pleierapporter, fagtidsskrifter, ESL-manualer, diagnostiske manualer, skjemaer for målinger av pasientens funksjonsdyktighet osv.

Aktør-nettverksteori er dessuten opptatt av hvordan vitenskapelige uenigheter avsluttes eller lukkes, hvordan ideer blir akseptert, hvordan metoder og måter å gjøre ting på blir tatt i bruk og hvordan avgjørelser blir foretatt (Van House, 1991). Aktør-nettverksteori har fått stor innflytelse, spesielt innen organisasjonsteori og IKT, men også i en rekke andre fag. Teorien har vist seg å være å være anvendelig i måten den binder sammen mennesker, ting og institusjoner. Den kaster lys over kompleksiteten ved fenomener som tidligere har unndratt seg oppmerksomhet. I en nyere introduksjonsbok til ANT, er imidlertid Latour kritisk til hvordan ANT i noen miljøer har utviklet seg til et teoretisk monster, ja han kritiserer selve navnet aktør-nettverksteori, da det gir assosiasjoner til noe bastant og sementert som mangler dynamikk og bevegelse. Han foreslår at det heller burde kalles "worknet" i stedet for "network": "It's the work, and the movement, and the flow and the changes that should be stressed. But now we are stuck with network and everybody think we mean the World Wide Web or something like that" (Latour, 2005, s.143). Det er nettopp bevegelsene og de sporene aktørene og aktantene legger fra seg som er viktig å studere. I stedet for å følge aktøren eller aktanten og beskrive det man observerer, har man blitt mer opptatt av rammeverk og grandiose teorier om hvordan nettverk er skrudd sammen. Man har i altfor stor grad skiftet fokus fra beskrivelse til forklaring (Latour, 2005, ss.141-156). Latour er altså mer opptatt av nettverk i form av bevegelse, flyt og forbindelseslinjer enn nettverk i form av struktur.

Aktør-nettverksteori er således en metode, en framgangsmåte for å studere hvordan fenomener endrer seg og skifter form i ulike kontekster. Den første og den fjerde artikkelen i denne avhandlingen begynner med "transforming", og illustrerer på denne måten hvilket fokus jeg har. I den første artikkelen har jeg beskrevet en type praksis i aksjon og studert hvordan transformasjoner foregår, dvs. hvordan spesielle opplevelser blir omdannet til en

psykiatrisk diagnose inne i psykiatrisk avdeling og hvilke mulighetsbetingelser som har vært til stede for å utvikle en slik praksis. Jeg har studert hva som settes i sving som følge av en slik praksis, som ringer i vannet (Terkelsen *et al*, 2005). I den fjerde beskriver jeg subjektivitetsdannelser og – endringer (eller motstand mot endringer) som en følge av en slik praksis, med spesiell fokus på ESL. Jeg beskriver hvordan aktørene forholder seg til hverandre og hvilke handlinger som utløses i disse møtene, eller ”action upon the action of others” for å bruke et begrep fra Foucault, (1982 b, s.341, 343).

På bakgrunn av de felteferingene jeg har samlet til denne avhandlingen, vil jeg på ANT-vis ”følge aktøren og aktanten” og foreta en ”vitenskapsantropologisk reise” på tvers av natur, kultur og diskurs. Det innebærer at jeg inkluderer både mennesker og ikke-mennesker. Selv om jeg bruker Latour som referansepunkt i min avhandling, vil jeg tilføye at jeg ikke ønsker å falle for fristelsen til å lage et Latoursk system eller en struktur som psykosen skal passe inn i. Da ville jeg ha gjort meg selv til offer for nettopp det som Latour kritiserer. Mitt anliggende er heller å illustrere hvordan Latours perspektiver kan gi nye innfallsvinkler til å studere psykosens uttrykk. Jeg vil med dette også vise hvordan jeg har arbeidet metodisk, hvilke veivalg jeg har tatt, hvor jeg har stoppet opp, og hva jeg har måttet la ligge. Ved å følge aktørene/aktantene på denne måten, er dette kapittelet både en videreføring av metodebeskrivelsen i foregående kapittel og en anledning til å utdype temaer jeg har belyst i avhandlingens fire artikler. Det er en måte å binde sammen artiklene og sette dem i en større sammenheng. For igjen å bruke Latours buss-stopp metafor, er dette en reise fra stoppested til stoppested. Denne typen ”assosiologi” er både befriende og krevende å bruke i praksis. Det gir en frihet å følge forbindelseslinjer på tvers av fagområder gjennom tid og rom, samtidig som det er en stor utfordring å holde et forskningsprosjekt stringent, fordi alt hører sammen med alt. Jeg har i denne avhandlingen naturlig nok ikke anledning til å stoppe opp og studere alt. Jeg har gjort et utvalg, der utgangspunktet er den psykiatriske rehabiliteringsavdelingen der jeg gjorde feltarbeidet.

3.1. På vei inn i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling.

Ved å følge ”psykosen” som en aktant på samme måte som man følger for eksempel aerosolboksen, vil jeg la ”psykosen” lede oss til en av mine informanter, Tore. Han og jeg snakker sammen på en kafé etter å ha vært på kino. Først snakker vi om filmen, deretter kommer Tore inn på mer personlige ting. Han sier at moren hans forlot ham i 7-års-alderen, og at alle problemene hans begynte etter det. Han forteller at han er flere personer med forskjellige farger; en rød, en blå og en grønn Tore. Den ”kuleste” Tore er rød, og han får bestandig ting til. Tore (den røde) har akkurat vært på TV3 og snakket. Han (en av de andre Tor’ene) ble kontaktet av Tore (den røde) via satellitt. Jeg spør hvem av dem jeg snakker med akkurat nå, men det kan han ikke si sikkert. Det er i hvert fall ikke Tore med rød farge, for han er mye flinkere til ting enn han som sitter foran meg akkurat nå. Han forteller også om sinte, fordømmende mannsstemmer i hodet som stadig kritiserer ham. Han sier han har hatt det slik helt siden moren forlot ham: ”Jeg gikk og lette etter mora mi som dro sin vei. Jeg hadde en drøm der jeg falt ned fra himmelen og ned i en barnevogn. Bestemora mi har hjulpet meg. Hun ble nok sendt til jorda for å hjelpe.” Han sier videre at han er klar over at de fleste ikke har sånne opplevelser, men at de er helt virkelige. Han har virkelig vært på TV3.

Tore har fått diagnosen schizofreni, og sammen med ham kan vi bevege oss inn i en norsk psykiatrisk rehabiliteringsavdeling. Her vil vi studere rommene i den bygningen som skal rehabilitere Tore og andre mennesker med samme diagnose til et selvstendig liv. Jeg vil i det følgende ta leseren med gjennom denne bygningen og beskrive hva som befinner seg der, og hvilke aktører og aktanter de ulike rommene fører oss til.

Før vi begynner denne reisen, er det relevant å ganske kort^{xvii} peke på Bourdieus velkjente begrep ”kapital” for å vurdere hva som befinner seg i de ulike ”rommene”. Kapital er en form for bagasje som gir innflytelse og makt. Bourdieu (1977, 1991, 1995) skiller mellom kulturell, sosial, symbolsk og økonomisk kapital, og mengden av akkumulert kapital er iflg. Bourdieu ulikt fordelt mellom ulike grupper av mennesker. Dette er ikke klasser i vanlig forstand, men handler om hvor mye man besitter av de ulike kapitaltyper. Dette starter tidlig i livet. Kulturell kapital dreier seg for eksempel om hva man har ervervet seg gjennom tidlig

familiepåvirkning og hva man har lært gjennom videre utdanning i livet. De andre kapitaltypene avhenger i stor grad av hva man har av kulturell kapital (Bourdieu, 1995; Harker, 1990). Sosial kapital peker på typer sosiale nettverk som gir adgang til ressurser og innflytelse (Bourdieu, 1977), og symbolsk kapital refererer for eksempel til hvilken tittel man har og i hvilken grad man blir sett opp til som en anerkjent autoritet. Som det vil framgå, er det forskjeller i kulturell, sosial, symbolsk og økonomisk kapital mellom de ulike rommene, og mellom de ulike gruppene. Det er ikke oppsiktsvekkende å påpeke at psykiatere besitter en stor kapital i forhold til pasientene, men det også viktig å ikke la Bourdieus begreper tilsløre blikket. Pasienter kan på forskjellige måter erverve seg innflytelse gjennom ulike strategier, noe jeg kommer tilbake til senere og som jeg også beskriver i den fjerde artikkelen i avhandlingen (Terkelsen, 2009b).

3.2. Personalets møterom.

Først vil jeg beskrive personalets møterom. Her sitter fagfolkene samlet og diskuterer blant annet Tore. Dette er diskursens hovedsete i mikroformat for å si det slik. Her blir de fleste avgjørelser om pasienter tatt. Pasientene selv er ikke til stede. Rommet er fylt av ord og tekster som er en blanding av dagligtale og fagterminologi. I dette rommet finner man bygningens tyngdepunkt av både kulturell, sosial, symbolsk og økonomisk kapital. De fleste av fagfolkene har lang og prestisjefylt utdanning, og her legges premissene for hvilken behandling som skal tilbys pasientene. Dette er en arena for å diskutere, tolke og analysere pasientenes tale og atferd. Her definerer og redefinerer man pasientenes problemer og ressurser og legger fram forslag til tiltak som munnner ut i en behandlingsplan. UFOer, engler og radiosendere i en tann omformuleres og transformeres til psykiatriske diagnoser (Terkelsen *et al*, 2005; Terkelsen, 2006; Terkelsen, 2009a). Dette rommet er derfor viktig for utveksling av kunnskap og informasjon og gir føringer for hvordan engler og UFOer skal forstås og kontrolleres (jfr. tittelen på avhandlingen). Avgjørelser som blir tatt her skrives ned i pasientenes legejournaler og pleieplaner og formidles til pasientene via sykepleier eller terapeut. Påfølgende diskusjoner og samtaler mellom pasient og sykepleier/terapeut som man

mener er viktig informasjon for hele staben blir brakt tilbake til personalrommet til neste møte for ny diskusjon, tolkning og analyse i plenum.

I personalets møterom finner man også tegn på hva som regnes for gyldig kunnskap, uttrykt for eksempel i diverse brosjyrer om schizofreni. Disse skal på et lettfattelig språk opplyse pasienter og pårørende om hvilke symptomer man kan forvente i forbindelse med denne lidelsen, hvordan man skal mestre symptomene og hvilke medisiner som er vanlig å bruke. Man finner dessuten ulike fagtidsskrifter, for eksempel Nordic Journal of Psychiatry, Tidsskrift for norsk psykologforening og noen fagbøker i psykiatri. Her er det også en brosjyre for SEPREP (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser). SEPREP er en svært sentral aktør innenfor videreutdanning av helsepersonell og en viktig premissleverandør til den psykiatriske diskursen i Norge. SEPREP er en organisasjon som startet i 1991 og har som målsetting ”åpenhet og brukerdeltakelse”. Utgangspunktet er ”et nettverk av engasjerte fagfolk som ønsket å bidra til et humanistisk, helhetlig og psykososialt orientert behandlingstilbud for mennesker med psykose. Arbeidsområdene er forskning, informasjon og utdanning” (SEPREP 2009). SEPREP gir to typer utdanninger, begge toårige. Den ene er for individualterapeuter og kalles ”Utdanning i psykoterapi ved psykoser”. Den andre er en ”Toårig, tverrfaglig videreutdanning for ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten” (SEPREP, 2009). SEPREP holder årlige konferanser, der ledende fagfolk holder innlegg, i liten grad pasienter. Av innholdet i disse konferansene kan man se at relasjonsbygging, inkludering av pårørende, bedringsprosesser og ”symptom-mestring” blir vektlagt (SEPREP, 2009). En av sykepleierne og en av individualterapeutene deltar i SEPREPS videreutdanninger. Denne organisasjonen er derfor med på å danne noe av det kunnskapsgrunnlaget som benyttes i avdelingen, og lærdom fra SEPREP blir fra tid til annen brakt inn i de daglige diskusjonene i personalets møterom. Det gir derfor mening når individualterapeuten som videreutdanner seg innefor SEPREP sier at: ”Her jobber vi på relasjonsplanet. Vi bør ikke bare vektlegge biologi, men også relasjoner og barndomsopplevelser”.

Personalets møterom har også andre funksjoner. Det brukes til ESL-timene tre ganger i uka. Eksempler på hva som foregår i dette rommet under disse seansene har jeg beskrevet i den fjerde artikkelen (Terkelsen, 2009b).

3.3. Terapeutenes kontorer.

Fra personalets møterom kan vi gå videre til terapeutenes kontorer. Disse ligger i annen etasje over fellesrommene, og hit kommer pasientene til samtale etter avtale. Omvendt kommer terapeutene nesten aldri til pasientenes rom, i motsetning til sykepleierne som ofte holder samtale inne på pasientrommene. Skillet mellom terapeutenes kontor og fellesrommene følger også skillet mellom ”individualterapi” og ”miljøterapi”. Dette skillet manifesterer seg altså fysisk i forhold til hvor terapien foregår, men det representerer også en rollefordeling i forhold til hvem som gjør hva i avdelingen. Legene og psykologene utfører ”individualterapi” inne på sine kontorer sammen med pasientene, mens sykepleierne utfører ”miljøterapi” i fellesrommene.

I terapeutenes kontorer blir vi vist noen av redskapene som de benytter seg av i sin behandling av pasienter, bl.a. en del skjemaer som skal måle pasientenes psykososiale funksjon. De er utarbeidet av anerkjente fagfolk, hovedsakelig fra USA, og har fått økende innflytelse og utbredelse. Disse skjemaene kan man i aktør-nettverksterminologi betegne som typiske aktanter. Skjemaene har forflyttet seg gjennom tid og rom via aktør-nettverkene, gått gjennom språkoversettelser og kulturtilpasninger, for deretter å havne på skrivebordene til disse terapeutene. Ett av skjemaene heter GAF (Global Assessment of Functioning). Dette er en numerisk skala fra 1-100 som skal måle hvor godt man fungerer psykologisk, i arbeid og i det sosiale liv. 100 poeng indikerer at man fungerer optimalt på alle områder i livet, mens poeng fra 1-10 betyr at man kan være i alvorlig fare for å skade seg selv eller andre eller begå selvmord (Karterud *et al*, 1998). Denne skalaen blir hyppig brukt innenfor psykisk helsevern, også ved denne avdelingen der Tore er innlagt. En av terapeutene formulerte seg for eksempel slik i forhold til en pasient som skulle utskrives: ”Jeg kan ikke se at hun er syk lenger. På GAF-scoren scoret hun 90 poeng, og da må man karakteriseres som frisk”^{xviii}. I dagligtale blant fagfolk kaller man det å ”gaffe” en pasient. Å ”gaffe” er et eksempel på hvordan en aktant kan endre form og gå inn i språket som et aktivt verb. Det som opprinnelig

var noen tanker fra noen mennesker i et helt annet land, utarbeidet og formulert i et skjema, har endret seg og begynner å leve et selvstendig, aktivt liv. Å ”gaffe” et menneske har utviklet seg til en spesiell type praksis med sin egen metodologi, noe som kan sees i sammenheng med en type styringsteknologi som jeg vil utdype i neste kapittel.

Test- metodologien må dessuten sees på bakgrunn av hvordan psykologi som vitenskap og disiplin har utviklet seg i det 20. århundre. Den britiske sosiologen Nikolas Rose (2008, s. 446-462) hevder for eksempel at dette var psykologiens århundre. Med dette mente han at psykologiske termer har bredt seg utover sitt eget definerte fagområde og etter hvert har kommet til å prege ”vanlige” menneskers dagligtale og oppfatninger av helse, sykdom og normalitet. Rose viderefører Foucaults begreper om individualisering, regulering, korrigerende og normalisering av individet, og bringer disse perspektivene inn i vår egen samtid. Psykologiske tester er et element i denne type kontroll, der det individualiserende og eksaminerende blikket har flyttet seg fra kroppen til sjelen. Rose (2008, s. 450) skriver for eksempel at:

The test is a novel kind of examination, neither clinical (as in a case history) nor pedagogic, as in qualifying exams for universities or the civil service, but designed to attach a score to an individual. The test is a way of materializing the mind, it is part of a more general shift in individualization from a gaze focussed on the body to a gaze focussed on an interior space.

Slike tester har sannsynligvis bidratt til at psykologien har blitt vurdert som mer “vitenskapelig” enn tidligere. En av terapeutene i mitt feltarbeid uttalte: “Før var psykologien basert på uvitenskapelig anekdotiske spekulasjoner - bare tenk på Melanie Klein^{xix}- hennes teorier har jo aldri noen sinne blitt bevist. Nå har psykologien utviklet ordentlige, evidensbaserte instrumenter”. Man kan få inntrykk av at når psykologene begynte å utvikle sine egne psykometriske måleinstrumenter, dvs. begynte å nærme seg den medisinske vitenskaps kunnskapparadigme og metodikk, fikk de økt innflytelse, makt og anerkjennelse.

Hvis man vil følge dette sporet videre, kan man undersøke hvilket rasjonale som ligger bak utviklingen av et slikt standardisert instrument, hvilke nettverk som har distribuert dette instrumentet og på hvilken måte de har gjort det. Slik GAF-skjemaet ligger på terapeutenes

skrivebord, fremstår det som en sort boks, i alle fall for pasientene og delvis for sykepleierne og de andre fagfolkene som ikke bruker instrumentet. Det vil si at svært få vet noe særlig om skjemaet, bortsett fra det som står på papiret. Mange vet ikke engang det, bare at man "gaffer" mennesker. Man kjenner ikke den bakenforliggende historien og diskursen, eller vet hvilke mulighetsbetingelser og nettverk som var til stede for at skjemaet ble laget. Få vet dessuten hvilke transformasjoner det kan ha gjennomgått underveis før det har kommet til denne aktuelle avdelingen. Man kan begynne å åpne den sorte boksen, noe jeg ikke har gjort i denne avhandlingen. Jeg beskriver imidlertid i en av artiklene et annet og lignende standardisert instrument, nemlig sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid, som også tar utgangspunkt i at det finnes en "global skala". Dette bygger på en forestilling om at man kan måle mennesker etter samme måleinstrument over hele verden, uavhengig av kontekst eller relasjoner, noe jeg setter et kritisk søkelys på (Terkelsen, 2009 a).

I terapeutenes kontorer vil man også finne diagnose - manualer. Ved denne avdelingen er det ICD-10 som benyttes (WHO, 1992). Tore har fått diagnosen schizofreni slik den er beskrevet i ICD-10. I likhet med GAF, er ICD-10 utarbeidet ut fra en forestilling om at noe kan måles og fastslås uavhengig av hvor man befinner seg og hvem som måler og fastslår. ICD-10 har en liste over forskjellige karakteristika som skal bety at en person lider av schizofreni, blant annet "vrangforestillinger". I mitt feltarbeid fant jeg at terapeutene og pasientene i mange tilfelle hadde divergerende oppfatninger av hva som var "virkelighet" og hva som var "vrangforestillinger". Det kunne oppstå en kamp mellom terapeut og pasient om hvem som hadde rett, og pasienten hadde få eller ingen forhandlingsmuligheter når det gjaldt å bestemme virkeligheten eller diagnosen. Det var terapeutens rett (og plikt) å sette en diagnose på pasienten i tråd med ICD-10. I den forstand var det et asymmetrisk maktforhold. Pasienten Tom og hans terapeut kom helt på kollisjonskurs når det gjaldt Toms erfaringer med å bli bortført av en UFO hver natt. Tom følte det som et overgrep at han ikke ble trodd, men tvert imot ble betraktet som en syk person som måtte ta medisiner. I følge han selv var han 100 % overbevist om at han ikke var schizofren (Terkelsen *et al*, 2005). Et annet eksempel omhandler John som ble tvangsinnlagt i psykiatrisk avdeling, fordi han var overbevist om at han ble overvåket av naboene gjennom en radiosender som var operert inn i en tann. John ville ikke gi opp sin overbevisning om denne overvåkningen, til tross for at han ble tvangsmedisinert (og overmedisinert) gjennom mange måneder (Terkelsen, 2006).

Den britiske universitetslektoren i psykologi, Derroll Palmer (2000) bringer inn noen interessante perspektiver når det gjelder psykiatriens makt til å definere ”virkeligheten”, og sosialkonstruktivistisk kritikk av psykiaternes definisjonsmakt. Dette er perspektiver som ikke har kommet særlig fram i denne avhandlingens artikler, og som jeg nå vil benytte anledningen til å påpeke. Sosialkonstruktivistisk kritikk går ut på at ”vrangforestillinger” ikke nødvendigvis er irrasjonelle, men at det er konteksten som utgjør forskjellen. Man bør derfor prøve å forstå hva pasienten opplever (Boyle, 2002; Heise, 1988; Harper 1992; Terkelsen, 2009 a; Coucheron, 2009). Opplevelse av å bli bortført av en UFO vil som regel bli oppfattet som en vrangforestilling i en psykiatrisk avdeling, men dersom man befinner seg i et miljø der majoriteten har tilsvarende erfaringer, vil opplevelsen bli betraktet som helt normal (Terkelsen *et al*, 2005)^{xx}. Det betyr at man bør skifte fokus fra ”vrangforestillingens” iboende egenskaper til den konteksten den opptrer i. Først da får ”vrangforestillingene” mening og logisk innhold. Dette er også et vesentlig poeng i denne avhandlingens artikler. Palmer hevder imidlertid at kritikken har vært virkningsløs overfor psykiatere, fordi den ikke har tatt utgangspunkt i psykiaternes praksis, men i teori og abstraksjoner. Han skriver for eksempel at ”Sociologists are unlikely to produce effective criticism of such knowledges by reading diagnostic manuals or even by interviewing psychiatrists themselves” (Palmer, 2000, s. 675). I følge Palmer bør derfor det kritiske blikket ikke bare rettes mot manualene, men mot selve diagnostiseringsprosessen, dvs. det som foregår i praksis. Det fordrer imidlertid at forskeren er til stede som observatør når prosessen foregår, noe som indikerer at etnografisk metode, som jeg har benyttet, er velegnet for å fange opp slike prosesser. Palmer understreker at diagnosene blir konstruert i relasjonen mellom pasient og terapeut, noe som også fremheves den norske sosialantropologen og medisineren Ida Hydle (1997), den svenske sosialantropologen Lisbeth Sachs (1996) og hennes kollega, sykepleieforskeren Carol Tishelman (Tishelman & Sachs, 1998). Man må altså skille mellom selve diagnostiseringsprosessen og det som står i de offisielle kriteriene i de diagnostiske klassifikasjonssystemene. Palmer hevder at diagnosekriteriene i seg selv ikke fanger opp det som faktisk foregår når psykiatere og annet helsepersonell ”gjenkjenner” symptomer på schizofreni (Palmer, 2000, s.675). En av sykepleierne i mitt feltmateriale sier for eksempel at en pasient ikke har det ”schizofrene blikket”, og hun uttrykker derfor tvil om at pasienten er ”schizofren”. Det står ingenting i ICD-10 om at pasienter med schizofreni har et bestemt ”blikk”. Denne type erfaringskunnskap er utviklet gjennom lang tids praksis. Et annet eksempel er når sykepleiere sier at de kan kjenne på pasientens svettelukt når han/hun er

psykotisk. Sykepleiere kaller det for ”angst-svette”. Diagnosesystemene omhandler ikke slike praksisteorier. ICD-10 og DSM-IV slår kun fast at en vrangforestilling er en falsk forestilling som ikke har rot i virkeligheten. Det er opp til psykiaterne å plukke ut og bedømme hva som er falske forestillinger innenfor deres forståelses- og referanseramme. Man kan si at det foregår et rensesarbeid i form av et skille mellom ”rent” og ”urent” (Douglas, 1991). Man kan også si at rensesarbeidet utføres i form av atskilling av hybrider (Latour, 1996). Noen fenomener er således å betrakte som ”virkelige” og ”sanne” og hører hjemme i naturvitenskapens ”naturpol”, mens andre fenomener plasseres som menneskeskapte og konstruerte i ”kulturpolen”. Schizofreni blir som regel plassert i naturpolen; den blir bare unntaksvis forstått som en kulturell konstruksjon. Dette representerer den ”moderne forfatning”, men i følge Latour har vi aldri vært moderne (Latour, 1996; Terkelsen *et al*, 2005).

Palmer hevder at terapeut og pasient kan ha ulike standarder for hva som er ”virkelig” og ”sant”, noe jeg i høy grad erfarte gjennom mitt feltarbeid (Terkelsen *et al*, 2005; Terkelsen 2006). Han viser gjennom en konversasjonsanalyse at psykiatere har tendens til å anta at ikke-psykotiske pasienter vil prøve å argumentere og framskaffe bevis for at deres erfaringer er ”virkelige”, mens psykotiske mennesker ikke vil engasjere seg i en slik bevisførsel, de vil trekke seg bort og vise manglende interesse^{xxi}. Man forventer altså at et ikke-psykotisk menneske engasjerer seg i ”bevisførsel” i form av detaljbeskrivelser eller redegjørelser for hvordan ting har foregått, mens psykotiske mennesker ikke vil gjøre det (Palmer, 2000, s. 668-675). Mitt feltarbeid tyder på at dette er en slutning som kan være forhastet. John, en av mine informanter, hadde fått diagnosen schizofren. Han kunne redegjøre for et helt nettverk av mennesker som hadde interesse av å spionere på ham og overvåke ham (Terkelsen, 2006). Han forklarte at det begynte med at han hadde inngått et kjærlighetsforhold til en jente; et forhold som naboene ikke aksepterte. Forholdet ble slutt, men John sa at naboene var ”fulle av faen” og hadde interesse av å overvåke ham i minste detalj etter dette. Etter hvert ble flere og flere mennesker involvert i denne overvåkningen, til slutt også legene som behandlet ham. Mange vil betvile ”sannhetsgehalten” i dette, men John frambrakte en begrunnelse for at han opplevde overvåkningen som reell, og tilfredsstilte således Palmers definisjon av en ikke-psykotisk person. I og med at Johns historie framstod som samlet og begrunnet, kan det imidlertid være at en annen psykiater ikke ville ha diagnostisert John som schizofren. Jeg viser for eksempel i avhandlingens fjerde artikkel at det ofte er stor ambivalens blant

terapeutene med hensyn til å sette diagnoser. Mange ganger har fagfolkene problemer med å finne ut hva pasientene ”feiler”, og ofte passer de ikke inn i noen av diagnosekriteriene. Jeg beskriver hvordan en pasient først fikk diagnosen schizofreni, deretter post-traumatisk stressyndrom, så tilpasningsforstyrrelse, for tilslutt å ende opp med sin første diagnose schizofreni (Terkelsen, 2009 b).

Palmer har derfor et viktig poeng når han framhever at man må studere de praksiser diagnostiseringen foregår i, og ikke bare fokusere på diagnose - systemet som tekst eller diskurs. I denne avhandlingen har jeg nettopp gjort nærstudier over tid av hva mennesker sier og gjør i ulike kontekster. Et annet poeng er at det er i mikropraksisene og relasjonene at makt, kontroll og motstrategier utfolder seg, noe jeg eksemplifiserer i avhandlingens artikler. Det handler derfor ikke bare om maktstrukturer, men om maktrelasjoner (jfr. Foucault, 1978). Jeg kommer tilbake til Foucaults kontroll og maktperspektiver i neste kapittel.

Neste avsnitt illustrerer blant annet hvordan diagnosene har nedfelt seg i pasientjournalene. Fra terapeutenes kontorer, skal vi derfor gå videre til journalrommet, der tekstene og ”inskripsjonene” er oppbevart, for å bruke ANT-terminologi.

3.4. Journal-rommet.

I denne bygningen er det et rom der pasientenes journaler ligger innelåst. Her kan man lese ”pasienten som tekst”, for å låne tittelen på en bok av litteraturviteren Petter Aaslestad (1997). Journalene uttrykker både relasjoner mellom mennesker og en faglig diskurs. Ved å lese disse journalene får man et noe annet inntrykk enn at ”her jobbes det på relasjonsplanet”. Journalene fremstår som pasientens ”sykebiografi”, da de i kronologisk orden beskriver pasientenes opphold i forskjellige psykiatriske avdelinger. Noen av pasientene har vært inn og ut av akuttavdelinger flere ganger før de har fått opphold ved rehabiliteringsavdelingen der jeg utførte feltarbeidet. Begrepene som blir brukt er i stor grad preget av psykiatrisk terminologi. Dette er tre utsnitt fra tre ulike journaler:

1. Pas. med mulig schizoaffektiv lidelse. Trolig tvangslidelse. Sikker affektiv grunnlidelse. Fallert sterkt de siste 3 år. Kognitivt usikker fungering. Starter opp med videre diagnostisering og informasjon om tvangslidelse, schizofreni og affektiv lidelse. For øvrig nevropsykologisk utredning. Forsøksvis startes det opp med Risperdal for om mulig å kunne trappe ned Trilafon^{xxii} til seponering.

Risperdal både som anti psykotisk medikasjon og om mulig stemningsstabiliserende i forhold til depressiv tilstand.

2. Pas. innlagt med maniformt bilde med psykotisk gjennombrudd, grensepsykotisk. Han har tidligere hatt mangeårig angst og depresjonsproblemer. I drøftinger med meg har man tanker om en type schizofren symptomatologi med mye reaktive elementer og preg av dissosiativ tilstand. Han er også svært psykologiserende rundt sine psykoser. Pasienten har imidlertid under innleggelser stort sett kunnet innhente seg ved korrigerende i sine lange tankerekker som til tider har vært svært kompliserte og vanskelige å følge.
3. Pas. kom presis i dag. Ved første øyekast ser en at han har lagt på seg en del i løpet av de siste tre mnd. Han fremstår som velordnet, stemningsnøytral, som tidligere affektmatthet i fremstillingen, men assosiasjonsrekkene er sammenhengende og logiske, dog har han enkelt innspill som virker noe løsrevet ut fra context. Psykomotorisk ikke retardert eller agitert, slett ikke noe catatont preg som ved samtaler tidligere i høst.

Selv om journalføringen også inneholdt dagligtale, var den gjerne gjort etter et visst mønster eller en rekkefølge som så slik ut: "Tidligere sykehistorie" (hvis det ikke var første gangs kontakt med helsevesenet), "diagnostisk vurdering" (som dreide seg om å finne riktig diagnose i forhold til ICD-10- systemet) og "behandling" (som oftest handlet det om medisiner). Deretter fulgte det en evaluering av behandlingen der mye dreide seg om effekten av medisinerne. Mange av journalnotatene var preget av et beskrivende og betraktende språk. For eksempel skriver terapeutene ikke "jeg" om seg selv men "man". Dette er en type komprimert språk som er preget av en standardisert fagterminologi der verken terapeuten selv, eller pasientens opplevde erfaringer kommer til syne. Imidlertid kunne det også innimellom komme noen passiarer som tok utgangspunkt i hva pasienten fortalte, og som refererte hva pasienten sa. De ulike terapeutene satte sitt eget preg på teksten i løpet av sykehistorien som ofte hadde vart i flere år. Tekst på tekst av ulike mennesker ble lagt til, og på denne måten ble teksten sendt videre til nestemann, nærmest som en føljetong skrevet av forskjellige forfattere.

Typisk for disse tekstene, er at de ikke er skrevet av pasientene selv. Fagfolkene forsøker på den ene siden å gjengi pasientenes psykotiske opplevelser, og på den annen siden å innpasse disse opplevelsene i et diagnostisk system. Disse tekstene består derfor av flere fortellerstemmer, og det kan være vanskelig å skille hvem som sier hva, dvs. når pasientens stemme snakker og når terapeutens stemme overtar (Meyer, 2003; Aaslestad, 1997). I

eksemplene ovenfor, er imidlertid pasientens stemme helt fraværende eller forstummet, slik at man egentlig ikke vet hvordan pasienten opplever seg selv og omverdenen. Etter min erfaring deler terapeut og pasient ofte ikke hverandres virkelighetsoppfatning (Terkelsen *et al*, 2005). Likevel er det terapeutens definisjoner som har forrang og som kommer til uttrykk i journalene. Det er også sannsynlig at fagfolk blir påvirket av hva som er skrevet i journalen av andre fagfolk. Jeg erfarte for eksempel at dersom pasienten allerede hadde fått diagnosen schizofreni av en terapeut, utgjorde diagnosen et utgangspunkt og en forståelsesramme for neste terapeut som tolket pasienten innenfor denne rammen. På denne måten ble det konstruert et virkelighetsbilde av pasienten som han/hun hadde liten innflytelse på. Det som en gang er blitt skrevet, blir dessuten sjelden slettet eller endret, jamfør Juklerød-saken (Geelmuyden, 1996). Disse tekstene forteller derfor også noe om det asymmetriske maktforholdet mellom pasient og terapeut. De kan stå som eksempler på det Foucault (1972) kaller ”diskursive formasjoner”, ”ferdig-lagde synteser” og ”grupperinger av utsagn”. Disse utsagnene har makt til å definere hva noe er, og de blir som regel godtatt uten spørsmål. Foucault utfordrer dette, og han bruker fenomenet ”galskap” som et eksempel på at man kan ikke bare studere ”galskapen” i seg selv som noe innelukket. For å forstå hva fenomenet er, må man fokusere på de diskursive formasjoner som til enhver tid omringer og definerer det (Foucault, 1972).

For å forstå den psykiatriske terminologien i disse tekstene, kan man også si at man må ”følge aktøren”, eller aktanten/journalen i dette tilfellet, i og med at den er en ting skapt av mennesker. Det vil være naturlig å følge aktanten tilbake til utdannings- og forskningsinstitusjonene og studere hvordan denne kunnskapen blir produsert og formidlet, og hvilke nettverk den blir transportert gjennom. Dette har jeg ikke gjort i denne avhandlingen, da det er et stort studiefelt i seg selv. Jeg beskriver imidlertid hvordan psykiatrisk kunnskap blir formidlet, omdannet (og motarbeidet) i praksis gjennom ESL programmet, og hvordan ”uvanlige” erfaringer blir omdannet til en type psykiatrisk terminologi, noe disse korte journal-utsnittene er eksempler på (Terkelsen *et al*, 2005; Terkelsen 2009b).

3.5. Sykepleiernes vaktrom.

Fra terapeutenes kontorer går vi videre til sykepleiernes vaktrom. Der har ikke Tore uten videre adgang, bortsett fra om det er noe spesielt han vil spørre om, eller dersom han ber om

medisiner. Vaktrommet er låst for pasientene. Å ha nøkler er et viktig skille mellom pasienter og personalet (Goffman, 1968). Sykepleierne har i tillegg nøkler til medisinskapet, en viktig ”kapital” som de andre yrkesgruppene ikke har. Jeg fikk raskt egen nøkkel og adgang til sykepleiernes vaktrom, antakeligvis fordi de anså meg som ”en av dem”, siden jeg er utdannet sykepleier. Jeg var i tvil om jeg skulle ta i mot nøklene, men syntes det var vanskelig å avvise en slik imøtekommende tillitserklæring. Dessuten ga nøklene meg tilgang. Ingen uten nøkler kunne komme inn på sykepleiernes vaktrom uten at man hadde et spesielt ærend, og det ville vært unaturlig å banke på hele tiden.

Vaktrommet inneholder ulike gjenstander, og det foregår en rekke aktiviteter. Her ligger pasientenes behandlingsplaner som sykepleierne har overoppsyn med. Hver pasient har sin egen behandlingsplan som definerer hvilke problemer pasienten har, hvilke ressurser han/hun har, hvilke mål som er satt opp, hvilke tiltak som skal iverksettes, dvs. hva sykepleierne skal gjøre overfor pasientene og evaluering av tiltakene. Følgende er et eksempel på en behandlingsplan:

Problemer:

Pas. gir uttrykk for at han føler seg utrygg

- virker forvirret
- anspent kroppsholdning
- stirrende i blikket
- skjærer grimaser
- nynner
- sitter med handa til øret
- har lett for å trekke inn på rommet
- innlagt tidligere

Mål:

- at pasienten føler størst mulig grad av trygghet

Ressurser:

- pasienten tar medisiner greit og gir uttrykk for at de hjelper
- pasienten er positiv til kontakt med personalet

Tiltak

- administrere medikamenter
- pas. bør ha få/faste personer å forholde seg til
- være sammen med pasienten ute i avdelingen
- være forutsigbar
- si fra når en kommer og går

- gjenta informasjon og sjekke at pasienten har oppfattet det

Evaluering:

Pasienten gir uttrykk for at han føler seg tryggere i avd. Trekker fortsatt ofte inn på rommet og legger seg i senga. Blir liggende lenge i senga om morgenen før han står opp. Sier han synes det er skummelt å stå opp.

I tillegg nedtegner sykepleierne sine observasjoner av pasienten etter hvert skift på et eget ark, dvs. de skriver rapport om pasienten. Det meste i disse rapportene handler om hvordan dagen har vært, og hva pasientene sier og gjør. Sykepleierne fremhever at man i rapportene må skille mellom det man observerer og det man tolker. Det er derfor ikke lov til å skrive at en pasient er psykotisk, fordi det er en tolkning, selv om alle er enige i at han/hun er psykotisk.

Sykepleierne sier at det er riktig å skrive ned bare det man ser og det pasienten gjør og sier, og at man i minst mulig grad skal blande sine egne tolkninger inn i rapporten. De begrunner dette med at tolkninger kan være subjektive, og at pasienten dessuten har rett til å lese sine egne papirer. Derfor må man være varsom med ordbruken. De sier også at rapportene deres må kunne tåle dagens lys, også i en eventuell rettssak. For eksempel reagerte flere sykepleiere på at man under et behandlingsmøte på personalrommet hadde skrevet ”oppnå folkeskikk” som et mål i behandlingsplanen. Dette gjaldt en pasient som stadig la ut om sitt privatliv i fellesrommene. Sykepleierne sa at han var svært psykotisk (selv om de forbød seg selv å skrive ”psykotisk” i rapportene), men fremhevet at han var et voksent menneske og hadde krav på å bli behandlet med respekt selv om han var psykotisk. De mente begrepet ”oppnå folkeskikk” var å nedvurdere ham som menneske. Et par av sykepleierne var riktignok uenig, da de mente at man kunne kalle en spade en spade, og at denne pasienten virkelig manglet ”folkeskikk”.

Under ”evaluering” i behandlingsplanen ovenfor har sykepleieren skrevet ned sine egne observasjoner og hva pasienten sier, ikke hva hun tror pasienten feiler. Denne pasientens atferd kunne raskt ha bli tolket som ”negative symptomer”, som i følge psykiatrisk terminologi er et alvorlig kjennetegn på schizofreni. Hånden til øret kunne for eksempel ha blitt tolket som stemmehøring, nok et kjennetegn på schizofreni iflg. lærebøkene. I pleierapportene blir pasientene i mindre grad fortolket enn i de medisinske journalene.

Problemer blir som regel formulert ut i fra hva sykepleieren ser og hører og hva pasienten selv sier. I enkelte tilfeller blir pasienten spurt om hva han/hun mener man skal skrive i dag.

Pasientene har derfor mer innflytelse på hva som blir skrevet om dem i pleierapportene enn i

de medisinske journalene. Medisinske diagnostiske termer forekommer sjelden, som regel bare som en opplysning i en rubrikk. Gjennomgående er det en tendens i pleierapportene at språket er mer dagligdags enn i legejournalene, som i eksemplet ovenfor: ”pasienten gir uttrykk for at han føler seg utrygg”. Dette er derfor en annen type tekst. Sykepleierapportene viser at det er en viss tilbakeholdenhet hos sykepleierne når det gjelder å ”oversette” pasientens opplevelser og atferd til psykiatrisk terminologi. Dette er et poeng som ikke har kommet godt nok fram i avhandlingens første artikkel (Terkelsen *et al*, 2005).

Måten sykepleiere ordlegger seg skriftlig må ses på bakgrunn av deres utdanning og praksiserfaring. At det er viktig å skille mellom observasjoner og tolkninger, er noe sykepleiere lærer i sin grunnutdanning. Jeg lærte dette som sykepleierstudent på begynnelsen av 80-tallet, og studentene lærer det samme i dag. I denne avdelingen så det ut til at teorien hadde nedfelt seg i praksis.

Pleierapportene blir tillagt relativt stor betydning, og de blir lest opp høyt for alle under morgenmøtet som foregår i personalrommet. Det er også viktig hvilken sykepleier som har skrevet hva, om det er ”primærsykepleieren” eller en annen. Hver sykepleier har en eller to pasienter som hun/han har ansvar for å følge opp, dvs. er primærsykepleier for. Primærsykepleieren har stor autonomi, og hans/hennes uttalelser og tekst om ”sin” pasient blir tillagt stor vekt, både av de andre sykepleierne og av terapeutene.

Det muntlige ordskiftet på sykepleiernes vaktrom, er imidlertid ikke preget av restriksjoner med hensyn til å skille mellom observasjoner og tolkninger. Ved vaktskiftene er det for eksempel muntlig rapport, hvor dagskiftet forteller kveldsskiftet hvordan dagen har vært. Diskusjonen går ofte livlig om hvordan man skal tolke pasientenes atferd, og her kan man si mye om pasientene relativt usensurert. En sykepleier kan for eksempel si at ”nå er Tore splitter pine gal”, eller ”nå er det reine galehuset her, jeg kan ikke huske at vi har hatt så mange gærne folk her noen gang”, uten at noen reagerte på utsagnet. Det var lov å karakterisere pasienter muntlig i folkelige ordelag, som for eksempel ”Anders er helt skjønn, du skulle sett han i dag. Det er verdt hele dagen å få et av hans smil”, ”nå har det gått helt i ball for Arne, han tror han er Gud, engel, ja Gud vet hva.. Han er skikkelig sjuk”. Det var imidlertid forbudt å bruke uttrykk som ”gal” og ”sjuk” i den skriftlige rapporten eller i

behandlingsplanen. Der var det heller ikke lov til å komme med karakteristikk som ”manipulerende” eller ”vanskelig”.

Vaktrommet er sykepleiernes domene der de kan slappe av og snakke usensurert. Her blir alt mellom himmel og jord diskutert, dvs. alt fra matoppskrifter til utveksling av synspunkter på pasientenes eller terapeutenes atferd og uttalelser. Det er uskrevede regler for hvem som uten videre kan komme inn ubedt. Pasientene kommer sjelden inn på vaktrommet, bortsett fra når de skal ha medisiner. Terapeutene går bare unntaksvis inn hit for å formidle beskjeder, og rengjøringsassistentene er aldri der, bortsett fra når de skal vaske. Vaktrommet er også et sted for å ”trøste og bære” hverandre der man kan lufte ut frustrasjon, sinne og skuffelse, men også glede og begeistring. Jeg kunne ikke observere at terapeutene hadde en tilsvarende arena for uformell samtale.

3.6. Medisinrommet.

I sykepleiernes vaktrom blir medisiner oppbevart i et eget låsbart skap. Kun sykepleiere har nøkler til dette skapet og autorisasjon til å administrere medikamentene, mens leger er autorisert til å forordne medisinen. I dette skapet finner man blant annet ulike typer psykotropiske medikamenter mot psykose, depresjon og bipolar lidelse (tidligere kalt manisk-depressiv lidelse). Jeg skal kommentere noen av dem, nemlig Zyprexa, Risperdal og Seroquel, som var vanlige medikamenter ved den avdelingen jeg gjorde feltarbeid. Disse medikamentene blir brukt i behandling av psykose, schizofreni og bipolar lidelse. Hvis vi på ANT-vis for en stund forlater denne avdelingen og følger dette sporet videre, vil det føre oss til tre store legemiddelfirmaer, Janssen-Cilag som produserer Risperdal, Eli Lilly som produserer Zyprexa og Astra-Zeneca som produserer Seroquel. Disse firmaene har vært mye i medias søkelys over hele verden, også her i Norge. Det viser seg at disse medikamentene kan føre til utvikling av diabetes. Iflg. New York Times ventet Eli Lilly for lenge med å informere offentligheten om denne alvorlige bivirkningen. Dr. Gueriguilan, spesialist i diabetes og ekspertvitne i et stort erstatningssøksmål mot Eli Lilly, sier at Eli Lilly allerede i 1998 skulle ha advart leger mot disse bivirkningene. Han hevder at de skjulte denne kunnskapen bevisst, for å la profitt gå foran hensynet til pasientenes sikkerhet (New York Times, 2008a). Eli Lilly gikk i januar 2007 med på å betale 500 millioner dollar i erstatning i forbindelse med 18000 søksmål knyttet til denne saken (New York Times, 2007). Aftenposten (2008) ^{xxiii} skriver at ”I

Norge er Zyprexa et mye brukt legemiddel. Tall fra Folkehelseinstituttet viser til 15 637 personer som fikk minst én resept på Zyprexa i 2007 til en verdi av 178 millioner kroner. Da er ikke utdeling på sykehus, sykehjem og institusjoner inkludert.” Medisinene er på blå resept, slik at Staten yter betydelige økonomiske midler. Jeg har ikke grunnlag for å hevde at pasienter aldri skal bli gitt disse medisinene, men vil påpeke at det i forbindelse med denne typen medikamenter er forbundet store bivirkninger som det ikke informeres om. Helsepersonell legger mye vekt på å informere pasienter om den positive effekten av disse medikamentene, og at det er svært viktig å ta dem. Det brukes mye energi på å overtale pasientene til å bli ”medicine-compliant”(Terkelsen *et al*, 2005; Terkelsen, 2006, 2009a, b). Nå viser det seg at Eli Lilly kunne ha advart leger om farlige bivirkninger allerede i 1998 (New York Times, 2008a). I mellomtiden har pasienter blitt overtalt og mange ganger presset eller tvunget til å bruke disse medisinene.

I januar 2009 inngikk Eli Lilly et forlik med en lang rekke delstater som har saksøkt firmaet for uriktig markedsføring av Zyprexa, bl.a. som et middel i behandling av Alzheimers sykdom, og for å ha presset leger til å skrive ut Zyprexa til barn. Eli Lilly gikk med på å betale til sammen 1,4 milliarder dollar i saksomkostninger og erstatning til saksøkerne. Det er den største summen som hittil er pålagt en bedrift i amerikansk historie (New York Times, 2009; PsychCenter, 2009). I den norske felleskatalogen over legemidler står det at man ikke skal bruke Zyprexa ved demens fordi det er vist økt dødelighet og økt tendens til hjerneslag ved bruk av Zyprexa i denne pasientgruppen (Felleskatalogen, 2009).

Nylig har også søkelyset blitt satt på bruk av Risperdal på barn og ungdommer. I følge New York Times ble 389000 barn og tenåringer behandlet med Risperdal i 2007. Av disse var 240000 12 år eller yngre. I mange av tilfellene ble medikamentet brukt til å behandle ADHD, noe som ikke er lov, iflg. det amerikanske Food and Drug Administration, FDA^{xxiv} (New York Times, 2008, b)^{xxv}.

Etter disse sakene er det nærliggende å spørre om det finnes opplysninger som fremdeles holdes skjult. Handler det om enkelte tilfeller, eller representerer dette et mønster i legemiddelindustrien? En rettsak i Orlando i USA er nok et eksempel på at legemiddelfirmaer forsøker å holde tilbake viktige opplysninger. I dette tilfellet dreier det seg om det anti-psykotiske legemiddelet Seroquel. Produsenten, Astra-Zeneca, vil ikke frigi

informasjon om bivirkninger av Seroquel, fordi de hevder at det kan føre til at pasienter plutselig slutter å ta medisinene uten oppfølging fra lege. Tilbakeholdelsen av informasjon har blitt sterkt kritisert, særlig fordi de ikke en gang vil frigi protokollene til FDA. Astra-Zeneca blir således beskyldt for å ha profitt i fokus framfor pasientenes beste (St. Peterburg Times, 2009). I februar 2009 gikk Astra-Zeneca omsider med på å frigi 14 av de 132 hemmeligholdte dokumentene, samt å merke medikamentet med advarsel om fare for diabetes. I skrivende stund pågår det fremdeles kontroverser om Astra-Zeneca skal frigi resten av dokumentene (Philadelphia Inquirer, 2009). Disse rettssakene viser dessuten hvordan man megler seg fram til et forlik. Legemiddelfirmaene blir ikke dømt i den forstand, men inngår et kompromiss. Det betyr at det ikke nødvendigvis finnes en ”sannhet” om disse medisinene som offentligheten kan stole på fullt og helt, men at det har foregått en byttehandel mellom saksøkerne og legemiddelfirmaene.

Legemiddelfirmaene representerer store og heterogene nettverk, et stort kollektiv av mennesker, kunnskaper og teknologi. Det er grunn til å anta at det finnes sterke krefter som kan ha interesse av at menneskelige tilstander blir betraktet som sykdom, for å skape behov for medikamenter både hos terapeuter og i befolkningen. Cosgrove *et al* (2006) har for eksempel undersøkt de økonomiske båndene som finnes mellom legemiddelindustrien og de personene som sitter i DSM-IV panelet, dvs. de personene som vurderer og innlemmer nye diagnoser i DSM-manualen. De fant at av 170 DSM-IV medlemmer i panelet, hadde 95 (56 %) et eller flere bånd til legemiddelindustrien. Når det gjaldt de panelene som omhandlet stemningslidelser og schizofreni hadde 100 % av medlemmene bånd til legemiddelindustrien. Det vil si at de samme menneskene som utvikler og produserer medikamentene, også er med på å bestemme hvilke diagnoser som DSM-IV skal bestå av, og hvilken medikamentell behandling som skal anbefales.

Også motkrefter til disse imperiene er i sving. Den amerikanske psykiateren Peter Breggin har for eksempel i 30 år kritisert legemiddelfirmaene for å kynisk markedsføre legemidler til tross for dokumentasjon på disse midlenes skadelige virkninger på hjernen. (Breggin, 1983,1991; Breggin & Cohen, 1999). Breggin står i spissen for den amerikanske organisasjonen International Center for the Study of Psychology and Psychiatry (ICSPP) (2009). De holder årlige konferanser, og de siste årene har ICSPP i stor grad fokusert på legemiddelindustriens markedsføring av nevroleptika til barn. Andre profilerte kritikere av psykotropiske

medikamenter er for eksempel Baughman (2008), Healey (2005) og den norske psykologen Ellen Kolsrud Finnøy (2000). Finnøy vakte en intens debatt blant fagfolk i Norge da hennes kritiske bok kom ut, og etter at det ble sendt et dokumentarprogram om henne i NRK i 2002. Hun ble sterkt kritisert av fagfolk innen den ”etablerte” psykiatrien, men Jo Lundsbakken (2002) i brukerorganisasjonen ”We shall overcome” (2009)^{xxvi} rykket ut og forsvarte synspunktene hennes. Internasjonalt finnes det dessuten en rekke brukerorganisasjoner, for eksempel Mind Freedom (2009) og Mad Pride (2009) som i sterke ordelag kritiserer den utstrakte bruken av medikamenter i psykiatrisk behandling. Jeg kommer tilbake til disse organisasjonene senere.

Det ligger utenfor denne avhandlingens siktmål å kartlegge disse nettverkene, og ”mot-nettverkene”. Jeg vil nøye meg med å peke på dem, for å vise hvordan disse rettssakene er hybrider eller kvasi-objekter, og hvordan natur, kultur og diskurs er vevd sammen. Det handler om vitenskap, politikk, forskning, jus, media, multinasjonale industriforetak og økonomi. Med andre ord dreier det seg om komplekse sosio-teknologiske nettverk som er flettet inn i hverandre. Hvis man drar i en tråd i denne veven, følger flere tråder med.

Det handler også om at det dannes en ny type menneske eller identitet som Rose (2003) kaller ”the Neurochemical self”. Det er ikke bare slik at medisinerne virker direkte inn på kroppens funksjoner, men at det gjennom de siste årtier har vokst fram en ny identitet for mennesker som forstår seg selv som et produkt av neuro-transmittere. Sentralt i denne selvoppfatningen er at medisiner er nødvendig for å korrigere feilprogrammerte signalstoffer. Det ligger en enorm økonomisk kapital i en slik utvidelse av farmasiens område.

Fremdeles er det slik at overgrep og ulykkelig barndom har betydning for utvikling av psykiske lidelser, skriver Rose men all denne informasjonen må passere og filtreres gjennom hjernens signalstoff-systemer. Iflg. Rose handler det nå om hjernens biologi. (Rose, 2003). Ettersom mennesker i økende grad oppfatter seg selv som biologiske skapninger, vil denne nye identiteten bli et fokus for bioøkonomisk utnyttelse. Det har oppstått et territorium eller maktfelt som ligger åpent for ny ekspertkunnskap. Det omfatter ikke bare biopolitikk, men også bioøkonomi og bioetikk (Rose, 2003). Rose utdyper sine begreper om biopolitikk i boka *The Politics of Life Itself* (2006). Biopolitikk dreier seg i økende grad om molekylær forskning, og det handler om utforskning, manipulering, kontroll og styring av for eksempel

genmateriale. Utviklingen innen biogenetikk, nevrobiologi og psykofarmakologi representerer nye muligheter for å styre (govern) befolkningsgrupper, ikke bare gjennom sentralisert styring, men også ved at befolkningen selv tar ansvar for sin egen hjerne, sine organer og sin psyke (Rose, 2006). Den aktive og ansvarlige pasient engasjerer seg i en konstant selvovervåkning. Personen forplikter seg til å måle og minimalise helserelaterte risikofaktorer, for eksempel ved å endre livsførsel, ta gentester, eller modulere sin psyke gjennom bruk av psykotropiske medikamenter (Rose, 2003). ESL-programmet med sitt fokus på ”sykdomsinnsikt”, ”medicine-compliance” og egenomsorg passer som hånd i hanske til dette nye biologiske, neuro-kjemiske selvet.

I neste avsnitt skal vi ha fokus på pasientenes samhandling i røykerommet. Det som beskrives her og i det påfølgende avsnitt om engler og UFOer kan bidra til å kaste lys over ”sykdomsinnsikt”, ”medicine-compliance” og ”kontroll over psykotiske uttrykk”.

3.7. Røykerommet.

Vi blir med Tore inn på røykerommet (dette var før røykelovens tid) der både røykende og ikke-røykende pasienter oppholder seg ofte. Her liker Tore seg godt. Selve rommet er et omgjort pasientværelse der personalet sjelden kommer inn. Dette er pasientenes domene, noe fagfolkene i avdelingen ser ut til å respektere. Sykepleierne forteller at pasientene sikkert har godt av å være for seg selv og med hverandre i blant. En slik respekt for privatlivet er ikke like uttalt i en annen, lignende norsk studie (Skorpen *et al*, 2008). I min studie hevder likevel sykepleierne at rommet ikke må gjøres for ”koselig” slik at pasientene fristes til å bare oppholde seg der i stedet for i den felles røykfrie stuen. Det er derfor sparsomt møblert med et bord med sigarettmerker, noen gamle stoler og en sofa. Likevel står ofte stuen nede tom, bortsett fra under måltidene, mens røykerommet er fullt. Det mest iøynefallende eller ”iørefallende” i rommet er et stereoanlegg. Det står en stabel med CD-er (før MP3 spillerens tid) som pasientene har tatt med inn hit, og det spilles rockemusikk til stadighet. Man blir som regel møtt av en sky av sigaretttrøyk når man kommer inn i rommet, da pasientene røyker ustoppelig. Dette rommet ble et samlingspunkt for pasientene, og jeg oppholdt meg der ofte og samlet data av en annen type enn de jeg samlet i de andre fellesrommene i avdelingen og på personalrommet. Hvis man kan betegne personalrommet som et sete for psykiatriske diskurser (og diskusjoner), fungerte røykerommet på en helt annen måte. I røykerommet var

samtalene nærmest fri for psykiatrisk terminologi, og pasientene snakket seg i mellom på en uformell måte om store og små hendelser i dagliglivet. Jeg har utdypet dette i den fjerde artikkelen (Terkelsen, 2009b). Røykerommet fungerte på et vis som en ”frisone” der pasientene i større grad kunne snakke om hva de ville, inkludert personalet, uten at de fikk høre hva som ble sagt, på samme måte som vaktrommet var sykepleiernes frisone. Røykerommets betydning er beskrevet av den norske sykepleieforskeren Skorpen og hennes medarbeidere (2008). De gjorde feltarbeid i to psykiatriske sykehus, og oppdaget at røykerommet fungerte både som et fristed og som en arena for planlegging av motstandsstrategier mot personalet. De viser dessuten til hvordan bygningens arkitektur har betydning for de praksiser og diskurser som utøves i ulike rom. I deres studie var røykerommet plassert slik at pasientene hadde full oversikt og kontroll over legenes og sykepleiernes bevegelser. Røykerommet fungerte altså som et panoptikon (Foucault, 1975 b), men her var det ikke pasientene som ble overvåket, men pleierne som ble overvåket av pasientene (Skorpen *et al*, 2008). I den avdelingen jeg gjorde feltarbeid var røykerommet plassert i 2.etasje i en annen del av bygningen, vekk fra både sykepleiernes vaktrom, terapeutenes kontorer og de felles, røykfrie oppholdsrommene. Røykerommet fungerte nærmest som en uoffisiell del inni den offisielle delen av organisasjonen. Her var det ingen som overvåket hverandre, og personalet visste svært lite om hva som foregikk der. Det virket ikke som pasientene ønsket personalet inn i rommet, med noen unntak. Unntaket gjaldt de sykepleierne som ble karakterisert som ”gode”, ”varme” og ”forståelsesfulle”, og de kom en sjelden gang og satt seg ned. En grunn til at pleierne ikke besøkte rommet var, iflg. dem selv at de ikke holdt ut sigarettøyken. I løpet av feltarbeidet observerte jeg ingen terapeuter i røykerommet.

Jeg fikk ”adgang” til dette rommet ganske fort, antakeligvis fordi jeg ikke ble betraktet som en av personalet. Det var viktig for pasientene at jeg ikke ”sladret” til personalet om det jeg fikk høre her inne. Flere ganger forsikret jeg dem om at jeg var der i forbindelse med undersøkelsen og ikke som en av personalet, og at jeg derfor ikke kom til å videreformidle samtaleemnene i dette rommet. Jeg ble antakeligvis ikke bare regnet som en observatør, men som en deltaker på sidelinja som de henvendte seg til for å få synspunkter. Jeg kan imidlertid ikke være sikker på hva pasientene tenkte om min rolle i institusjonen. De observerte antakeligvis at jeg for eksempel hadde nøkkel til både sykepleiernes vaktrom og til personalrommet; en sterk markør på at man hører til personalsiden.

Det var en annen type nettverk som ble dannet i røykerommet enn det som befant seg på personalrommet. Det var ingen ”diskurs” nedfelt i deres nettverk, slik som det var på personalrommet. Det var ingen tidsskrifter, artikler, manualer eller andre tekster. Like fullt ble det utvekslet erfaringskunnskap vedrørende det å være pasient, og de ga hverandre råd og tips om hvordan man skal løse diverse problemer, for eksempel når det gjelder hvordan man skal takle det å høre stemmer (Terkelsen, 2009b). Denne pasientkunnskapen kom i større grad til uttrykk på røykerommet enn i de andre rommene i bygget, der det heller ikke var akseptert at man snakket om sykdom (Terkelsen *et al*, 2005; Skorpen *et al* 2008). Røykerommet var en sone der psykotiske uttrykk i mindre grad ble kontrollert enn andre steder i bygningen. Pasientene kommenterte sjelden hverandres ”bizarre” uttalelser, og hvis de gjorde det, forsøkte de å normalisere uttalelsen. Et eksempel på en slik uttalelse er: ”Det er så rart, hver gang jeg er forelska, blir det fint vær, og når jeg stopper å være forelska, blir været dårlig”. I stedet for å konfrontere pasienten ved å motsi sannhetsgehalten i denne uttalelsen, normaliserer en medpasient utsagnet ved å si: ”Du er akkurat som mora mi du, hun kan kjenne været på gikta. Hun er som en værstasjon”. På denne måten ble pasienten ikke avvist. Pasienten var for øvrig intenst opptatt av sammenhengen mellom forelskelse og været, og kom stadig med slike uttalelser også på stua. Da ble han oppfordret av sykepleierne til å ikke snakke om slike temaer i fellesrommene. Noen ganger kunne en sykepleier foreslå at ”vi kan jo gå inn på rommet ditt og snakke”. På røykerommet, derimot, var det lite av slik korrigerende. Det virket som pasientene dannet et fellesskap, riktignok ganske situasjonsbestemt og flyktig. Det var et fellesskap der de godtok hverandres særegenheter uten å kritisere eller kommentere hverandre. De kunne for eksempel snakke om alle de andre som var gale, på de andre stedene de hadde vært, ofte til stor underholdning og latter for medpasienter. Historier fra ”veteraner” og eksperter på systemet kunne ofte skape god stemning, men historiene gjaldt ikke dem selv. En av de ”erfarne” kvinnelige pasientene som hadde vært inn og ut av ulike avdelinger i en årrekke, fortalte med glød om et av sine opphold på en akuttpsykiatrisk avdeling: ”Du skulle ha sett hvor gale de var. Det var en mann som trodde han kunne stoppe en hest med bare hendene. Manikerne kommer inn om våren, og da er de helt gale. Så er de ute om sommeren og kommer inn igjen om høsten med depresjon”. Det virket som om humoristiske historier om ”andres galskap” skapte gruppe- eller fellesskapsfølelse. I samtaler med meg uttrykte flere av pasientene bekymring over om de selv var ”normale” (Terkelsen, 2009b). Det kan være at en slik felles humor ga en opplevelse av at de var annerledes enn de virkelige gale.

Det var imidlertid også en grense for hvor mye pasientene tolererte av hverandre, slik at en viss gjensidig kontroll av hva de oppfattet som underlig atferd, var det også dem i mellom. Følgende samtale utspant seg for eksempel mellom meg og en pasient, Ragnar, som fortalte om hvor grensa går. Vi snakket blant annet om en pasient Arne, som ble oppfattet som ganske dårlig av medpasienter:

Ragnar: Arne oppfatter jeg som syk, han holder seg mest for seg selv.

Toril: Er dette noe som blir snakket om av de andre beboerne?

R: Ja, ikke når han er til stede, men når han er gått fra røykerommet. Folk reagerer på ham.

T: Det er interessant. Jeg oppfatter jo beboerne som ganske tolerante overfor hverandre, men det er altså en grense?

R: Ja, det er en grense. Det må ikke utarte seg.

T: Noen snakker jo om UFOer og slike ting, hvordan reagerer dere på det?

R: Når det blir for mye av det reagerer vi, i alle fall jeg, og jeg vet at Trond har reagert på det. Det er jo bare tullprat. Han (pasienten som snakker om UFOer, min kommentar) snakker om en prinsesse fra Tibet og sånn.

T: Hva gjør dere da?

R: Jeg har sagt i fra til han, nå må du holde opp med det tullpratet.

T: Det er interessant for meg å få vite hvilke regler dere har mellom dere, hvor grensa går, og hva dere tolererer av hverandre.

R: Det går en grense. Hvis det blir for mye tullprat eller sykdomsprat, så er det ikke bra.

Sykepleierne begrunnet gjerne korrigerende og grensesetting av ”psykotisk prat” med at dette var av hensyn til de andre pasientene. Den norske professor i sykepleievitenskap, Solfrid Vatne, har gjort en studie av en akuttpsykiatrisk behandlingspost. På bakgrunn av sine funn, skisserer hun to motsetningsfylte perspektiver: ”Et *korrigerende perspektiv* som innebærer et diagnostiserende ekspertfokus, (...). Et *anerkjennende perspektiv* som er basert på en relasjonell forståelse av pasienten(...)”(Vatne, 2003, s.282, Vatnes utheving).

Jeg fant også dette motsetningsfylte forholdet mellom korrigerende og anerkjennende i mine observasjoner av personalet. Sykepleierne fremhevet dessuten at ”pasientene er veldig flinke til å korrigere hverandre”. Jeg tror likevel de overvurderte behovet for korrigerende. Gjennom mange timer og dager på røykerommet der pasientene satt uten tilsyn og korrigerende av personalet, fikk jeg inntrykk av at pasientene heller prøvde å normalisere og anerkjenne hverandre enn å korrigere hverandre. Det var stor takhøyde for ”underlig” oppførsel, selv om det altså var en grense for ”tullprat”, for å bruke Ragnars uttrykk.

Røykerommet var også en arena for utveksling av kunnskap om personalet. Her ble personalets gode og dårlige sider diskutert, og jeg hadde inntrykk av at hjelpere som ble oppfattet som ”anerkjennende”, ble fortrukket. Pasientene kunne for eksempel komme med slike utsagn: ”Hun/han forstår meg og bryr seg virkelig om hvordan jeg har det. Vi har kjemi og snakker samme språk”. Gode relasjoner, og det å bli tatt på alvor, var viktige preferanser hos pasientene. Mye korrigerende fra personalets side skapte ofte irritasjon. Røykerommet var gjerne et sted man kunne ”buse” ut med frustrasjoner uten at personalet hørte det. Noe av frustrasjonen dreide seg om ESL-programmet (se Terkelsen, 2009b). Erfarne pasienter kunne også anbefale de ”gode” sykepleierne og legene til nyankomne pasienter, bortsett fra at ingen av pasientene hadde innflytelse på valg av terapeut og ”primærsykepleier”, dvs. den sykepleieren som skulle ha hovedansvaret for en pasient. Slike valg ble foretatt inne på personalrommet av personalet uten at pasientene var til stede. Som regel ble fordelingen av ansvaret for nyankomne pasienter foretatt enten ved at en sykepleier foreslo seg selv, eller at han/hun ble foreslått av de andre. Etter at beslutningen var tatt, ble den som regel stående, selv om det skulle oppstå uoverensstemmelser mellom pasient og pleier eller terapeut. I slike saker ble det fremholdt at det var viktig å holde kontinuiteten og ikke vingle og la seg presse av pasientene til å endre oppsatt plan. Dette forhindret imidlertid ikke pasientene i å utveksle erfaringer om personalet. Selv om en av pasientene sa til meg at ”vi har noen på svartelista, skjønner du”, var det ikke alltid at pasientene var enige om hvem som var ”gode” og ”dårlige” av personalet. I mange tilfeller forsvarte pasienten ”sin” sykepleier eller terapeut i pasientgruppa. Dette er en parallell til den måten sykepleieren eller terapeuten kunne forsvare ”sin” pasient i personalgruppa. Dette dyadiske forholdet er beskrevet i avhandlingens fjerde artikkel (Terkelsen 2009b).

Røykerommet var også et sted der man fikk venner og kontakter. Tore for eksempel, fikk en ny kamerat, som han hadde en viss kontakt med etter utskrivelse. En av jentene og en av guttene var kjærester i en kort periode. De ville gjerne oppholde seg på et rom alene, noe som var gjenstand for diskusjon i personalet. Noen mente at de var voksne mennesker og måtte få anledning til det, mens andre av personalet mente det var helt uakseptabelt: ”De er jo tross alt på en institusjon, og vi har ansvar for dem. Tenk om jenta ble gravid”. Et annet aspekt var at det noen ganger var konkurranse blant guttene om de få jentene som var innlagt institusjonen.

Røykerommet fungerte også som en sosial arena for tidligere innlagte pasienter som kom på besøk. Tre-fire stykker kom med jevne mellomrom, noen sjeldent og andre oftere, og de oppholdt seg som regel på røykerommet. En av dem besøkte avdelingen flere ganger i uka. Han hadde fått seg en liten jobb, men kveldene var lange, og han kom til avdelingen for å møte ”gamle kompiser” som fremdeles var innlagt. Personalet godtok dette, selv om ”vi strengt tatt ikke har ressurser til det”, som en av lederne uttrykte det. Personalet påpekte at disse pasientene hadde et lite sosialt nettverk, at oppfølgingen etter utskrivelse var dårlig, og at man ”måtte se litt lempelig på det”. Etter en noen måneder kom imidlertid spørsmålet opp igjen, da som et ønske om å stramme inn, igjen under henvisning til ressursmangel. Det ble argumentert med at ”Vi kan ikke ha så mange eks-pasienter her at vi ikke får tatt oss av de inneliggende. Dessuten spiser de mat her”. Andre argumenterte for viktigheten av å fortsatt ”se lempelig på det”. Denne diskusjonen var ennå ikke avsluttet da jeg avsluttet feltarbeidet.

Pasientkunnskap om medisiner ble også ofte utvekslet og erfaringer diskutert på røykerommet. På denne måten kom ”medisinrom-diskursen” også inn hit. Følgende er et eksempel på dette. Tre pasienter, Ragnar, Tore og Tone diskuterer effekten av medisinene:

Ragnar: Terapeuten min og jeg er ikke helt enig når det gjelder medisiner. Jeg liker ikke de der medisinene. Føler ikke jeg trenger dem.

Tone: Ja, men du som er her frivillig, kan nekte å ta medisiner hvis du ikke vil ha dem

Ragnar: Jeg har nå gått med på å ta Trilafon-sprøyte^{xxvii}.

Tore: Jeg får Cisordinol^{xxviii}.

Tone: Så nå har du Cisordinol-skjelven (viser ved å riste på hendene). Det stoffet er helt jævlig.

Tore: Ja, tommelen går fram og tilbake av seg selv, uten at jeg har kontroll over det.

Toril, henvendt til Tone: Du kan visst mye om medisiner?

Tone: Ja, jeg har prøvd hele regla.

Hans (som nettopp har kommet inn og begynner å delta i samtalen): Jeg bruker Zyprexa, og det virker bra på meg.

Tone: Bare en får så sinnssyk appetitt av det. Kaller det for Zyprexa-suget. Jeg la på meg 15 kilo på 14 dager da jeg kom inn her.

Toril: Er det dette dere kaller «apedop».

Tone: Ja, det skal være visst.

Her ser man hvordan legemiddelfirmaer og rettssaker som blir omtalt i amerikanske aviser i dag har forbindelseslinjer til et røykerom i Norge flere år tidligere. Disse pasientene har bokstavelig talt følt bivirkningene av medisinerne på kroppen, og har således utviklet et kroppsliggjort språk for å uttrykke disse bivirkningene: ”Cicordinol-skjelven” og ”Zyprexa-suget”. Kontroll av psykosen gjennom disse medisinerne får på denne måten kroppslige uttrykk.

Slutten på røykerommet kom ikke da røykeloven ble innført, men da det ble avslørt en episode med hasjrøyking. Røykerommet ble umiddelbart stengt, til stor irritasjon for pasientene. De var spesielt ergerlige fordi de ikke hadde fått være med i beslutningsprosessen. De mente det var urettferdig at de skulle lide for det en pasient hadde gjort. Særlig den omtalte ekspasienten var svært lei seg for stengingen. Han hadde jo ikke noe eget rom i avdelingen i og med at han ikke var innlagt. Han hadde derfor mistet en viktig sosial møtearena. Legen begrunnet stengingen med at: ”Vi kan ikke ha en subkultur inne på en psykiatrisk avdeling”, med andre ord ble denne uoffisielle delen av organisasjonen stengt. Etter røykerommet forsvant, samlet pasientene seg ute for å røyke, men jeg fikk inntrykk av at ”subkulturen” forsvant. Jeg vet ikke om den gjenoppsto i andre former senere, fordi jeg avsluttet feltarbeidet ikke så lenge etter. Et interessant felt for videre utforskning kunne være å studere subkulturer i denne type institusjoner etter at røykeloven ble innført.

3.8. Engler og UFOer.

De siste aktantene jeg vil følge, er ”englene” og ”UFOene” og hvordan de blir håndtert og kontrollert, som tittelen på denne avhandlingen indikerer. Disse aktantene befant seg ikke i

noe spesielt rom, men kunne flyte overalt, selv om personalet prøvde å begrense snakk om engler og Ufoer i fellesrom^{xxix}. I dette avsnittet vil jeg fokusere på hvordan åndelige og religiøse opplevelser har blitt rensset ut av den vitenskapelige diskursen, og hvordan ”religiøse tanker” blir oppfattet som et symptom på psykopatologi og et varseltegn på psykotisk tilbakefall. Latour har et kapittel i *Vi har aldri vært moderne* som han kaller *Den sperrede Gud* (Latour, 1996, s.50-53). Den ”moderne forfatning”, skriver han, har ordnet spørsmålet om Gud ”ved å fjerne ham for godt fra den dobbelte samfunnsmessige og naturlige konstruksjon” (Latour, 1996, s. 50). Man har lykket med å ”tømme naturen for ethvert guddommelig nærvær” (...) og ”rense samfunnet for enhver guddommelig opprinnelse” (s.51).

Både psykologiske, sosiologiske og biologiske perspektiver på psykose, har hatt lite eller intet rom for det guddommelige eller åndelige. Denne renselsesprosessen har pågått helt siden opplysningstiden, og mange vil nok mene at det var en velsignelse at galskap ble omdannet fra åndebesettelse til sykdom og at presteskaper ble erstattet med vitenskapsmenn og -kvinner. Man kan si at man har kommet i den paradoksale situasjon at det som opprinnelig var rent har blitt urent, og omvent (Douglas, 1991). Med det mener jeg at religion og åndelighet nærmest blir betraktet som noe urent som skal ekskluderes fra den psykiatriske diskursen, spesielt når det handler om psykose og schizofreni. I denne konteksten har pasienters religiøse opplevelser og tanker en tendens til å bli tolket som tegn på sykdom. I arbeidsheftet som ble brukt i ESL-programmet er det for eksempel listet opp 41 varselssymptomer på tilbakefall til psykose. Et av symptomene er ”Religion er av stor betydning for meg”. Dersom pasienten krysser av ”ofte” på dette symptomet, mener man det kan være en indikasjon på forverring av psykosen (Gråwe, 1991).

Jeg erfarte gjennom feltarbeidet at mange av pasientene var svært opptatt av religion og åndelighet. De kunne fortelle om åndelige opplevelser, og hadde dessuten ofte åndelige anfektelser. Ofte blandet de sammen religion og andre metafysiske eller ”overnaturlige” fenomener, for eksempel troen på UFOer. (Terkelsen *et al*, 2005). Følgende samtale mellom meg og en pasient, Roald, kan illustrere dette:

Roald: Jeg er kristen.

Toril: Leser du Bibelen?

R: Ja.

T: Hva leser du, det nye eller gamle testamentet?

R: Begge deler, men jeg leser ikke så mye. Det du skal gjøre for andre, er det du vil at andre skal gjøre for deg, synes jeg er fint. Og så har Gud elsket verden at han ga sin sønn osv synes jeg også er fint.

T: Det synes jeg også.

R: Men jeg tror på UFOer også.

Toril: Ja, men det står ikke noe om UFOer i Bibelen.

R: Jo, men over ørkenen, husker ikke hvilken, har man funnet bilder av to store runde gjenstander med et ansikt i hver, og med bilde av et kors.

Toril: Det har jeg ikke hørt om.

R: Også tror jeg på Noas Ark, på at det er noen som er utvalgt. Det skjer så mye merkelig rundt forbi, at jeg tror dommedag kommer. Da skal noen bli tatt med og andre blir værende igjen. Tror du jeg blir med?

T: Hva tror du selv?

R: Jeg vet ikke. Tenk om jeg ikke blir det.

Toril: Det må være vondt å tenke på. Jeg tror du blir med, men jeg tror heller ikke at noen blir igjen. Men det er mye jeg ikke vet.

Ofte ble tanker om religion og åndelighet blandet sammen med seksuelle tanker. I ESL-heftet blir økt opptatthet av sex betraktet som et varselsymptom på psykotisk tilbakefall. Det er en rubrikk der man kan krysse av for "Jeg er opptatt av seksuelle tanker". Dersom man krysser av for "ofte", blir man regnet for å være i faresonen. Et eksempel kan illustrere sammenblanding av religiøse tanker og sex. Dette er et lite utdrag fra en samtale mellom meg og Roald (tatt opp på bånd):

Toril: Nå kan du snakke om hva du vil.

Roald: Jeg er fortsatt opptatt av det her med kjærlighet, og det skal bli fred på jorda, så jeg lå og tenkte på det nå da jeg lå i senga mi. Jeg ringte til en venninne, hun har jeg vært veldig forelska i. Jeg hadde et håp om at det kunne bli oss to.

T: Ble det ikke noe av det, da?

R: Jeg vet ikke, jeg har ikke hørt noe fra henne. Men i helga har jeg hatt det veldig greit. Da traff vi noen kamerater nede i byen, så dro vi opp til noen jenter. Da ble det

veldig god stemning, og jeg tenkte kanskje at det kunne bli sex. Jeg tror jo at jeg skal være med på å skape noe. Hvis kjemien stemmer, vil det bli bra for alle sammen (...).

R: Jeg føler meg nokså bra. Jeg har ikke sånne rare tanker.

T: Synes du selv at du har hatt rare tanker? (...).

R: Jeg føler det som jeg får sånn energi i kroppen og så er det som jeg blir varm og kald. Jeg vet ikke om jeg har kontakt med Gud. Jeg ber til Gud hver eneste dag om at alt skal gå bra (...). Jeg tror at jeg var med på et forskningsforsøk da jeg jobba på NN. De ga meg medisiner, og da var det akkurat som jeg ble opplada med solenergi eller noe (latter) (...). Alle var veldig oppstemte, og sa jeg skulle få meg en dame. Hvis jeg klarte å bli forelska i en dame, og vi ble forelska samtidig, så var det som det kom sånn honninglukt og blomsterlukt (...). Jeg føler at jeg påvirker andre mennesker. Men sånn er det jo at humør smitter over på andre.

T: Ja, det gjør jo det.

R: Så det er kanskje ikke noe rart? (...).

T: Men hvilke tanker synes du er rare, da?

R: De tankene om at jeg har blitt bortført av en UFO, og det tror jeg jo på (...).

T: Nå må jeg spør deg. Hvorfor er du her på avdelingen egentlig?

R: Hvorfor jeg er her egentlig? Jo, fordi jeg har så mange rare tanker, fordi jeg er schizofren?

T: Som du mener selv?

R: De mener det.

T: De, hvem er de?

R: Legene mener det, foreldrene mine, naboene mente at jeg hadde hatt så mange rare tanker.

T: Det er du ikke enig i?

R: Jeg synes ikke jeg har så mange rare tanker. Jeg har jo nokså mange vanlige, fornuftige tanker også (...).

Jeg har i den første av avhandlingens artikler (Terkelsen *et al*, 2005) spesielt fokusert på hvordan ”rare tanker” eller ”ekstraordinære erfaringer” blir omdannet til en schizofreni-diagnose. Min erfaring fra feltarbeidet var at det i psykiatrisk behandling ikke var plass til ”rare” og ”mystiske” tanker og spirituelle og religiøse opplevelser. Disse ble tolket som tegn på psykopatologi, noe som skulle kontrolleres og helst fjernes ved utstrakt bruk av

neuroleptika. Når en pasient ikke lenger var opptatt av religiøse opplevelser, eller sluttet å snakke om dem, tolket helsepersonellet det som om vedkommende var adekvat medisinert og/eller hadde oppnådd ”sykdomsinnsikt”. Mine erfaringer støttes også av andre forskere, bla. av de sveitsiske psykiaterne Syliva Mohr og Philippe Huguelet. De har gått gjennom en rekke forskningsrapporter og konkluderer med at åndelighet og religion sjelden er fokus i psykiatrisk forskning, og at det ikke finnes plass til disse dimensjonene innenfor det biomedisinske kunnskapsregimet, til tross for at religiøse og spirituelle opplevelser har stor betydning for mange mennesker som har fått diagnosen schizofreni. De påpeker samtidig at religiøst og åndelig engasjement kan virke på godt og vondt, både som en kilde til håp, tro og styrke, men at det også kan få katastrofale utfall. De refererer for eksempel til en pasient som stakk seg i magen med en kniv for å drepe demonene som bodde i ham (Mohr & Huguelet, 2004). På den annen side viser Huguelet *et al* (2009) i en annen artikkel at religion og åndelighet kan være viktige ingredienser i en bedringsprosess, ikke bare for å mestre lidelsen, men for ens egen identitet. De dokumenterer at åndelig engasjement har betydning for identitetsfølelse og evnen til å sette seg viktige mål. De argumenterer også for at det ikke finnes evidens for at opptatthet av religion forverrer såkalte ”positive symptomer” (”vrangforestillinger, ”tankeforstyrrelser, ”hallusinasjoner”, min kommentar). De anbefaler sågar at psykiatere starter psykiatrisk behandling med å sette fokus på hvilket forhold pasientene har til åndelige spørsmål (Huguelet *et al*, 2009).

I mitt feltmateriale opplevde jeg at noen pasienter ofte blandet sammen ulike spirituelle erfaringer, noe som også beskrives av den kanadiske sosialantropologen og psykoterapeuten Ellen Corin (2007). En av mine informanter hevdet vekselvis at han var en engel og en demon, at han levde i parallelle tider og kunne påvirke mennesker med sine telepatiske evner. Denne pasienten ble av personalet oppfattet som en av de ”sykeste” i pasientgruppa. De brukte mye energi på å overtale han til å ta medisiner, i håp om at ”symptomene” ville la seg kontrollere. Han gikk omsider med på å ta medisiner, men kastet dem senere i toalettet. En av terapeutene mente at ”han lever godt i sin psykose,” noe majoriteten av personalet var dypt uenig i. Det var imidlertid enighet blant personalet om at man ikke skulle gå inn i pasientens erfaringer, men heller prøve å avlede ham. I mine samtaler med denne pasienten, fikk jeg følelsen av at han fløt rundt i et univers som han hadde vanskelig for å artikulere, et univers bestående av engler, demoner og UFOer. Han ble stoppet av personalet eller forsøkt avledet når han begynte med det som ble betegnet som ”psykotisk snakk”, fordi det eksisterte en

forestilling om at han ble verre hvis man fokuserte på det. Dette har sykepleiere lært gjennom sin grunnutdanning.

Mye tyder imidlertid på at pasientene blir mindre psykotiske når de får anledning til å gi uttrykk for sine ”psykotiske” erfaringer (Leudar & Thomas, 2000, s.114) i form av dialog og åpne samtaler. Slike dialoger kan foregå i et team bestående av pasienten selv, personer som pasienten selv velger ut og regner som betydningsfulle, og helsepersonell som pasienten har tillitt til (Seikkula, 2000). Seikkula og Arnkil (2007) beskriver ”dialogens helbredende faktorer,” (s.92) og at ”teamet gir rom for et nytt felles språk” (s.122).

Studier viser også at mennesker i psykose kan ha ønske om å trekke seg tilbake for å slippe å delta i samtaler og sosiale sammenhenger. Mange av mine informanter syntes det var svært anstrengende å følge med i dagligdagse konversasjoner. Flere av dem hadde hatt ”mystiske” opplevelser av åndelig karakter, og fagfolkene tolket disse opplevelsene som tegn på schizofreni. Corin har i en årrekke studert hvordan pasienter med diagnosen schizofreni selv forklarer sine åndelige og spirituelle opplevelser. Hun viser hvordan deres fortellinger dreier seg om å finne forklaringer på hvorfor de opplever verden slik de gjør, og at de veksler mellom ulike, tentative hypoteser for å finne mening og forankre sine opplevelser (Corin, 2007 s.274) Hun skriver at frykt og stigma fremdeles hefter ved disse opplevelsene, både i Vesten og i andre deler av verden og at: ”empirical science disregards the fact that for people suffering from it, psychosis remains a boundless experience- one that is beyond anything they can name and explain” (Corin, 2007, s. 275). Hun påpeker at gapet blir stadig større mellom pasientenes grenseløse, uartikulerte opplevelser som vanskelig lar seg innordne sosial kontroll, og den medisinske vitenskap som i økende grad fremstår som sikker, objektiv og objektiviserende, med løfte om kontroll (Corin, 2007, s. 275, 276). Den medisinske vitenskap fremstår altså som fornuftig og logisk, mens pasientens opplevelser ikke lar seg innordne i dette fornuftens språk. Her kan Seikkula og Arnkils nettverksdialoger (2007) være et alternativ til medisinerings og psykoedukasjon.

I mine samtaler med Tore, opplevde jeg hvor problematisk det var for ham å gi uttrykk for sine ulike personer, og hvor vanskelig det kunne være for meg å følge samtalen. Han brukte farger for å beskrive sine opplevelser, og jeg måtte selv legge bort min fornuft for å la han føre meg inn i sin verden. Corin (2007, s. 277) skriver at i psykosen møter man fortellingens

og ordenes begrensning og det uunngåelige gapet mellom virkelighetene, erfaringene og følelsene: "One must pay attention to what emerges at the border of language and meaning and listen to silences and to the expression of things beyond language, those things expressed in an embodied way" (2007, s.277).

Corin beskriver videre et annet fenomen jeg møtte i avdelingen, nemlig tilbaketrekning. Mange pasienter oppholdt seg svært mye på sine rom. Tilbaketrekning blir i psykiatriske fagmiljøer tolket som et "negativt symptom" på schizofreni, et tegn på at "sykdommen" er kommet langt, og at prognosen er dårlig. Det populære nettstedet "Helsenett" som er en viktig premissleverandør for "vanlige" folks forståelse av helse og sykdom, skriver for eksempel at negative symptomer er " manglende pågangsmot eller initiativ, sosial tilbaketrekking, apati, følelsesavflating ("sløvhet")" (Anker, 2007).

Corin (2007) tolker imidlertid sosial tilbaketrekning som en form for positiv tilbaketrekning, der meditasjon over Gud ofte er ingredienser. Det innebærer noe som kan gi ro og en beskyttende, positiv energi. Hun beskriver denne tilbaketrekningen som:

A way to help construct and protect frontiers and boundaries; to defend an inner space from intrusion of the others as well as to limit their own tendency to become "diffuse" and lose themselves in the world. In this sense withdrawal seems to provide a psychic skin that parallels the social skin (Corin, 2007, s. 283).

Dette viser at det er flere perspektiver på "negativ tilbaketrekning", og at pasientene iverksetter sine egne strategier for å mestre psykosens inntrykk og uttrykk. Etter mitt skjønn bør videre forskning i større grad fokusere på pasientenes egne mestringsstrategier. Noen har allerede dette utgangspunktet. Her kan jeg for eksempel nevne Arnhild Lauveng som i mange år var diagnostisert som schizofren. Hun beskriver en lang kamp mot overgrep i ulike psykiatriske institusjoner og hvordan hun klarte å utdanne seg til psykolog, i tillegg til å holde foredrag og skrive bøker (Lauveng, 2005, 2006). Hun er nå erklært frisk av leger. Andre har forsket på pasienters bedringsressurser, for eksempel den norske ergoterapeuten og førsteamanuensen Marit Borg, den svenske psykologen Alain Topor (Borg & Topor, 2007) og den amerikanske psykologen Patricia Deegan (2009). Når det gjelder mestring av stemmer, kan nevnes den tidligere pasienten Ron Coleman (2007) og de nederlandske psykologene Marius Romme og Sandra Escher (1993).

Kapittel 4: Makt, styring og selvteknologier i en psykiatrisk avdeling

Jeg har valgt å skille ut et eget kapittel om makt og styring da dette ikke er særlig fokusert i Latours forfatterskap og heller ikke har kommet tydelig nok fram i de foregående kapitlene. Makt og styring ligger likevel implisitt i institusjonens ulike rom, mest artikulert i personalrommet og medisinrommet og i sykepleiernes vaktrom, der bestemmelsene fra personalrommet effektueres. Makt og styring kommer til uttrykk gjennom hvordan pasientene blir lært opp til å se på seg selv, hvordan de blir definert i tekst og tale, og hvilken rolle medisinene spiller. I dette kapitlet vil jeg utdype hvordan ulike kontrollmekanismer kan forstås i lys av Foucaults begreper ”governmentality” (regjering, styringskunst) og selvteknologi (Foucault, 1978, 1982a).

Å hevde at psykiatrisk kunnskap representerer makt, er ikke særlig kontroversielt i dag. Dette dreier seg imidlertid ikke om et ”en til en” forhold eller et undertrykker/ undertrykt-perspektiv, men snarer om et stort og tvetydig samspill mellom kunnskap, makt og relasjoner mellom mennesker. Makt, ifølge Foucault, er relasjonell i den forstand at menneskers handlinger påvirker andres handlinger, ”a mode of actions upon the actions of others” (1982b, s.341). Dette er et annet og mer produktivt maktbegrep enn det som dreier seg om ren despotisme. Makten handler ikke bare om dominans eller om midler som noen bruker mot andre, men ligger snarere i ulike og skiftende subjekt-posisjoner, der kunnskapsmakten ofte definerer hvem som har overtaket. Makten kan derfor minne mer om duell enn underkastelse (Dean, 2007, s. 9). Foucault hevder at makt ikke er ond, og at man må skille mellom minst tre nivåer av makt: ”strategic relations, techniques of government and states of domination” (Foucault, 1984, s.299). På det ene nivået handler makten om et spill eller ”a strategic game between liberties” (Foucault, 1984, s.299), der den ene parten forsøker å kontrollere atferden til en annen, og den andre parten forsøker å unngå å bli kontrollert. Dette så jeg mange eksempler på ved rehabiliteringsavdelingen, for eksempel når pasientene forsøkte å kaste medisinene i toalettet uten at sykepleierne og legene skulle oppdage det (Terkelsen, 2009b). Et annet nivå handler om dominans, og er det man vanligvis forbinder med makt. Mellom disse to nivåene befinner det seg, iflg. Foucault, et tredje nivå, som han kaller styringsteknologier. Da sikter han ikke bare til hvordan institusjoner styres, men også til helt vanlige mellommenneskelige forhold, som for eksempel hvordan man oppdrar barn. I denne

avhandlingen har jeg fokus på hvordan man spissformulert ”oppdrar” pasienter gjennom pedagogiske programmer. Videre er det gjennom disse styringsteknologiene at dominans kan bli etablert og vedlikeholdt (Foucault 1984, s.299). Maktrelasjonene er ikke statiske, men mobile og reversible. De er produktive og allestedsnærværende, og må iflg. Foucault studeres som konkrete fenomener i de praksiser de utfolder seg. I avhandlingens artikler beskriver jeg nettopp dette; hvordan maktrelasjoner skifter, hvordan det duelleres, og om motstands- og unnvikelsesstrategier som iverksettes. Jeg utfordrer eksisterende måter å fortolke psykotiske uttrykk, for eksempel ved å argumentere for at opplevelse av å bli overvåket av en radiosender, kan forstås som et uttrykk for det å være menneske i et kontrollsamfunn (Terkelsen 2006).

Foucaults maktbegrep ble utviklet etter at han skrev *Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language* (1972). Hans begreper om makt var ikke systematisk utviklet før han utga *Discipline and Punish* (1975b), som ble en del av en ny metode kalt “genealogi”. Sammenhengen mellom makt og genealogi ligger i hans beskrivelse av historiske perioder, der han peker på ulike makt -teknologier (senere governmentality), som ikke nødvendigvis er knyttet til et enkelt politisk system eller en historisk periode. Disse teknologiene er snarere overført fra et felt eller en periode til en annen. Derfor kan man ikke se på menneskers praksiser som løsrevet fra nettverk som er utviklet gjennom lang tid. Foucault beskriver utviklingen av en lang rekke makt- og disiplinerings - teknologier som ble etablert i sykehusene, skolene, fengslene og hæren gjennom det attende og nittende århundre. Hans beskrivelser av det panoptiske blikket kan overføres til alle disse institusjonene, der hensikten er å korrigere, rettlede og kontrollere massene via overvåkning av enkeltindividet. Dette representerer en ny type makt som ikke er basert på korporlig avstraffelse, men som innebærer ”a set of techniques and methods by which the authorities will undertake to train those who resist training and to correct the incorrigibles” (Foucault, 1975a, s. 52, 53). Dette gjelder også den psykiatriske kunnskapsmakten som ble utviklet av legene i asylene, og som han hevder er en vitenskap basert på observasjoner, klassifikasjoner og det eksaminerende, avslørende blikket (Foucault, 1961, 1973, 1976).

I sine senere arbeider (1982 a, b, 1984, 1985), utvidet han sitt fokus, og introduserte begreper som selvteknologier og governmentality. Foucault skisserer fire typer teknologier:

[E]ach a matrix of practical reason: (1) technologies of production, which permit us to produce, transform, or manipulate things; (2) technologies of sign systems, which permit us to use signs, meanings, symbols, or signification, (3) technologies of power, which determine the conducts of individuals and submit them to certain ends or domination, an objectivising of the subject; (4) technologies of the self, which permit individuals to effect by their own means or with the help of others a certain number of operations on their own bodies and souls, thoughts, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to obtain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality (Foucault, 1982 a, s.225).

Spesielt punkt tre og fire fungerer som teoretiske referansepunkter for artiklene i min avhandling, særlig når det gjelder den fjerde artikkelen. Foucault beskriver disse teknologiene som vevd inn i hverandre som en matrise. Han forlater derfor ikke sine perspektiver på dominans og disiplinering, men bruker de siste årene av sitt liv til å konsentrere seg om den siste kategorien, dvs. hvilke teknologier selvet iverksetter/skal iverksette for å ivareta og styre seg selv. Møtet mellom makt -teknologi og selvteknologi kaller han for governmentality (1982 a, s.225).

En slik kompleks type styringskunst eller regjering (heretter governmentality) blir ikke først og fremst satt i verk av en sentralisert stat eller av "loven". Governmentality innebærer heller et indirekte styre som fungerer gjennom ulike typer desentraliserte styringsverktøy, dvs. institusjoner, programmer, prosedyrer og manualer (der ESL- programmet er et konkret eksempel). Disse styringsverktøyene skal sikre velferd, kontroll og sikkerhet i befolkningsgrupper, og det ser ut til at regulering og kontroll av psykotiske uttrykk innebærer en spesiell utfordring. De norske statsviterne Ole Jacob Sending og Iver Neumann argumenterer for at "governmentality" som styringsform er like relevant i dag som da Foucault introduserte begrepet. Det handler om pågående sosiopolitiske prosesser, ikke avsluttede epoker. Governmentality åpner derfor opp for et perspektiv som i større grad fokuserer på prosesser og praksiser mer enn statlige strukturer og institusjoner. Sending & Neumann hevder dessuten at denne måten å forstå makt og styring for det første gjør det

mulig å studere empirisk de prosesser som foregår i ulike praksiser. For det andre blir det mulig å identifisere de mentaliteter (jamfør begrepet *govern* kombinert med *mentality*), rasjonaliteter, kunnskaper og tenkemåter som er integrert i disse praksisene. For det tredje, erstatter ikke ”governmentality” begrepet ”disiplinering”, men integrerer disse to (Sending & Neumann, 2006, s.656-57). De konkluderer med at de har identifisert en type styringsrasjonalitet hvor politisk makt utøves *gjennom* autonome subjekter, ikke *på* passive objekter (Sending & Neumann, 2006, s.669). Dette perspektivet, dvs. at makten utøves *gjennom* aktørene (Foucault, 1978, 1982b) har vært fruktbart i min avhandling. Jeg ser ikke pasienten kun som en passiv tjenestemottaker, men som en aktiv aktør i komplekst samspill av mennesker og ting. På den annen side er det viktig å ikke underkommunisere at makt- og disiplineringsteknikker også brukes *på* mennesker i en psykiatrisk avdeling, selv om ingen brukte fysisk tvang overfor pasientene der jeg gjorde mitt feltarbeid. Disiplineringsteknikkene var, som vi skal se, mer subtile i form av obligatorisk opplæring, overtalelser, forventninger og rutiner. Jeg har derfor forsøkt å fremholde flere perspektiver parallelt.

Et annet poeng er at makt-begrepet blir mer håndterlig når det brytes ned til å handle om de mikro-prosessene som foregår i en spesiell type praksis, i dette tilfellet en psykiatrisk avdeling. Jeg hadde mulighet til å studere i detalj de kunnskaper og tenkemåter som utfoldet seg i denne spesielle typen psykiatrisk praksis. Selv om avdelingen var relativt ny, hadde tenkemåtene en tendens til å feste seg, eller som en av informantene uttrykte seg mens hun banket i veggene: ”Det sitter en type mentalitet i veggene her”. Denne informanten, som arbeidet i et tre-måneders vikariat som terapeut, utdypet dette med at man ved denne avdelingen hadde en tendens til å fokusere på det syke i mennesket, ikke det friske, og at den medisinske tankegangen var fremtredende. Dette var også refleksjoner jeg gjorde selv. De menneskene som arbeidet ved avdelingen var i stor grad utdannet innenfor en medisinsk og sykepleiefaglig forståelsesramme med begreper hentet fra psykiatrien som fagfelt. De fleste av de ansatte var godt voksne med lang praksis fra andre psykiatriske avdelinger. Det kan synes som om tidligere tiders kunnskapsregimer med vektlegging av sykdom, diagnostisering og behandling hadde en tendens til å bli videreført og sette seg i veggene (Larsen, 2009^{xxx}). Det oppsto derfor et paradoks som besto i at avdelingens offisielle mål var å vektlegge det friske og selvstendige i pasientene, samtidig som personalet hadde sin utdanning hovedsakelig innenfor en medisinsk eller sykepleiefaglig sykdomsfokusert referanseramme. Dette paradokset kom konkret til uttrykk særlig i sykepleiernes daglige omgang med

pasientene og i diskusjonene mellom sykepleierne om hvor mye pasienten skulle passes på, og hvor mye ansvar han/hun skulle overlates. På den ene siden var det avdelingens målsetting at pasientene skulle lære å leve et selvstendig liv. På den annen side ligger det nedfelt i sykepleieres historiske verdigrunnlag at pasienter skal behandles, pleies, vises omsorg og vernes om. En av terapeutene sa litt syrlig til meg at sykepleierne oppførte seg som overbeskyttende mødre. Sykepleierne på sin side sa ofte at de følte seg misforstått av terapeutene. De opplevde at noen av dem ikke forsto det ansvaret de hadde for at pasientene ikke skulle skade seg selv, særlig om kvelden, natten og i helgene når bemanningen var lav.

Selv om begrepet egenomsorg ble innført i sykepleielitteratur allerede på 1970-tallet (Orem, 1971), har omsorg tradisjonelt vært en grunnleggende verdi i sykepleien (Martinsen, 2003), på samme måte som diagnostisering og behandling av sykdom er et paradigme i medisinen, jamfør skillet mellom "care" og "cure", dvs. legen behandler sykdommen, mens sykepleieren pleier og viser omsorg til den syke (Jecker & Self 1991).

Både sykepleien og medisinen har tradisjonelt hatt elementer av paternalisme i seg. Det oppstår derfor mange paradokser i skjæringspunktet mellom autonomi, omsorg og paternalisme. På den ene siden skal pasienter få behandling, omsorg og beskyttelse. I dette ligger det en paternalisme eller type beskyttelse jeg kunne observere i det daglige livet i avdelingen. Pasientene skal passes på samtidig som de skal være selvhjulpne. Noen av pasientene var selvmordstruet, og de ansatte følte et veldig ansvar for at de ikke skulle skade seg, noe jeg selv også kunne føle på, slik jeg beskrev i innledningen. En av pasientene skadet seg på en fatal måte i løpet av den tiden jeg var der, slik at disse bekymringene er høyst reelle. På den andre siden forventes det at pasientene skal leve et selvstendig liv, gjøre sine egne beslutninger og ta vare på seg selv utenfor institusjon. De nye styringsideologiene eller "selvhjelpsmetodikkene" kan medføre nye paradokser og andre maktkonstellasjoner. Denne velferdspolitikken kan tyde på at idealbildet av en ny type pasient er i ferd med å oppstå, dvs. en pasient som har forvandlet seg fra en passiv pasient og tjenestemottaker til en aktiv og autonom bruker av tjenestetilbud. Flere toneangivende samfunnsforskere påpeker at individet nærmest har en plikt til å bli bra og føle seg vel, et moralsk ansvar for å holde seg frisk

(Greco, 1993) og en forpliktelse til å opprettholde et positivt selvbylde (Cruikshank, 1993,). Neuman & Sending (2003) skriver i en kronikk i Aftenposten de har kalt ”Maktutøvelse frihetens navn” at:

Det skal skapes et nytt individ, som skal ta ansvar for sin egen frihet og sin egen skjebne. Her har vi en prosess som får individer til å handle annerledes enn de ville ha gjort. Det dreier seg om en form for makt der hver og en må styre seg selv i henhold til en modell som en hær av leger, sosionomer og psykologer har satt opp.

Governmentality dreier seg altså ikke bare om hvordan noen blir styrt av andre, men hvordan mennesker skal styre seg selv. Dette er en prosess der ”overmakten” blir ”overlevert” til den enkelte selv, og på denne måten blir makten skjult og usynliggjort. Mennesket blir sin egen vokter eller sin egen ”helseminister” (Dean, 2007), dvs. det integrerer lovgiverens intensjoner og mål som en del av seg selv og framstår derfor som fritt og selvbestemt.

Tanken bak ”selvhjelpsmetodikk” er nettopp at dette er en form for selv-regulering som er mer effektiv og kostnadsbesparende enn å pleie folk i institusjoner. Den passer godt til de nyliberalistiske strømningene i den vestlige verden (Barry *et al*, 1996). Det er en form for ”do it yourself” (DIY) – bevegelse (Dean, 2007, s.73) som ser ut til å ha blitt omfavnet av både politikere, helseplanleggere og byråkrater. Min avhandling dreier seg altså om nye identitets- og subjektivitetsdannelser, der individer skal formes til å bli selvstendige gjennom pedagogiske verktøy. Det forventes at pasientene gjennom opplæringsprogrammer skal bli ”friske” nok til å oppnå et selvstendig liv (Terkelsen, 2009b). Denne læringen foregår ikke på egne premisser, men ut fra kriteriene til diagnose – systemet og ekspertenes ferdigheter og kunnskaper (Terkelsen *et al*, 2005). Nå har man også begynt å innføre sykepleiediagnoser, og i en av artiklene spør jeg om dette er relevant i psykisk helsearbeid. Jeg analyserer innføringen av standardiserte sykepleiediagnoser slik de beskrives i det amerikanske sykepleiediagnose-systemet NANDA-NOC-NIC (Johnsen *et al*, 2001) og begrunner hvorfor disse diagnosene er en videreføring av et medisinsk kunnskapsregime. De er utformet innenfor en essensialistisk forståelsesramme og framstår som fastlåste og ferdigdefinerte uten å ta hensyn til at forståelse og tolkning av psykotiske uttrykk kan forandre seg gjennom

relasjoner, tid, kontekst og læring (Terkelsen, 2009a). Sykepleiediagnosene er altså uttrykk for en ny, men likevel beslektet type styringsteknologi som føyer seg til de øvrige.

Dean hevder at selv om individet møter maktstrukturer på sin vei til "selvaktualisering", er selve formasjonen av dette nyskapte, selvstendige, kosmopolitiske individet løsrevet fra maktrelasjoner, regler og programmer (Dean, 2007, s.73). Det skulle bety at det ferdig formaterte mennesket kommer ut i den andre enden som et selvstendig og "fritt" individ som ikke lenger trenger programmer av for eksempel typen ESL. Jeg tror imidlertid ikke det er så enkelt, fordi programmene ofte ikke virker etter hensikten i praksis. Mange mennesker faller utenfor og passer ikke inn i visjonen om selvhjelpsmetodikk. Egenomsorgsideologien kan like gjerne være uttrykk for offentlig omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse. Jeg traff flere av pasientene etter at feltarbeidet "offisielt" var avsluttet. Noen av dem satt på hybler i ensomhet alene med stemmer i hodet og angst for å gå ut, med få muligheter til "selvaktualisering". Et annet og svært viktig moment er at mange har dårlig råd. De falt ut av skolegang tidlig, og har derfor lite arbeidserfaring, noe som medfører lav uføretrygd. De fleste rettigheter er knyttet opp til lønnet arbeid, og de som ikke har familie til å hjelpe seg økonomisk, har ofte ikke råd til "selvhjelpsmetodikk" i særlig stor grad, for eksempel vanlige fritidsaktiviteter som å gå på byen, på treningsstudio, reise på ferie osv. De aller fleste av mine informanter førte en kamp for å skaffe seg penger. Mange var storrøykere, og brukte store summer på sigaretter. Flere hadde i tillegg problemer med å styre økonomien. Slike vesentlige ting tok ikke ESL-programmet fatt i. Pasientene fikk likevel hjelp til dette, ikke minst gjennom idealistiske og engasjerte helsearbeidere, som fungerte som "advokater" for pasientene ved at de promoterte deres interesser overfor sosialkontor, hybelutleiere, banker osv (Terkelsen, 2009b). Et eksempel var en sykepleier som arbeidet hardt og målrettet for å hjelpe en pasient til å kjøpe seg et lite hus. Dette var en pasient som hadde bodd hos mor i lang tid fordi han hadde blitt kastet ut av de leilighetene han hadde leid tidligere på grunn av betalingsproblemer. Det var derfor viktig å kunne eie noe, både for selvfølelsen, som sykepleieren formulerte det, og for at han ikke skulle bli kastet ut. Det var stor feiring i avdelingen da pasienten fikk kjøpt huset for en akseptabel pris. Sykepleieren hjalp til i forhold til banken, hun skaffet offentlig bostøtte og fikk til en frivillig avtale med sosialkontoret slik at de i stor grad styrte pengene hans. Jeg treffer pasienten fremdeles tilfeldig, og han har i disse årene beholdt huset, noe han er svært stolt av. Slik sett kan man si at selvhjelpsmetodikken virket, men det var sannsynligvis ikke

ESL-programmet som bidro til det, men en engasjert sykepleier som promoterte hans interesser. Når jeg møter ham nå, har jeg inntrykk av at de psykotiske uttrykkene er like nærværende. Han forteller om mennesker som kommer inn og ut av huset hans, men det er usikkert om dette er ”virkelige” mennesker, for jeg ser ham stort sett alene i byen. Han har verken ”sykdomsinnsikt” eller ”medicine-compliance”. Han har altså gått gjennom flere måneders ESL-program, men handler likevel stikk i strid med det som programmet anbefaler. Han lar for eksempel være å ta anti-psykotiske medisiner, men røyker heller hasj i stedet. Han virker litt ensom og tilbaketrukket, men dette kan jo like gjerne være uttrykk for ”positive withdrawal”, slik den er beskrevet av Corin & Lauzon (1992).

I følge mine feltefaringer må hjelpen skreddersys til hver enkelt person dersom den skal være målrettet. Man kunne jo for eksempel begynne å spørre pasienten ovenfor hvorfor han kaster medisinene og røyker hasj i stedet, noe jeg har spurt ham om. Han svarer at medisinene gjør ham sløv i hodet, han får vondt i kroppen, mens hasjen gir en behagelig ro. Selv om helsepersonell mener han burde følge deres anbefalinger og gjøre motsatt, er det forståelig at han velger som han gjør, tatt i betraktning virkningene av de to typer stoff.

Pasientene er ulike personligheter med helt ulike behov, og det forutsetter at hjelperen må gis tid til å lære å kjenne dem inngående. Det burde være unødvendig å argumentere for noe så banalt, men min erfaring er at ”hurtighjelp” i stadig økende grad blir normen, noe som ikke gir rom for nære relasjoner. Dessuten kan standardiserte programmer stå i veien for hjelperens autonomi og for individuelt tilpassede løsninger. På den annen side observerte jeg gjennom feltarbeidet at psykiatriens ulike styringsteknologier i form av opplæringsprogrammer, diagnosesystemer og anti-psykotiske medisiner, også produserte motstands- og unnvikelsesstrategier (Terkelsen *et al*, 2005); Terkelsen, 2009b).

Min avhandling forteller derfor også hvordan mennesker *ikke* føyer seg inn i det psykiatriske kunnskapsregimet. De godtar ikke diagnosen, ser ikke på seg selv som syke, vil ikke ta medisiner, og viser sin motstand på ulike måter. Imidlertid er det ikke gitt at personalet opererer på den ene siden, mens pasientene står fram som en motbevegelse på den andre siden. Dette beskriver jeg i avhandlingens fjerde artikkel (Terkelsen, 2009b).

At makt er produktiv (Foucault, 1982, b) kommer til syne i ulike ”brukerbevegelser” som har forsøkt å dekonstruere det psykiatriske sykdomsbegrepet (Blackman, 2007; Romme & Esher, 1993; Romme, 2000). Den britiske sosiologen Nick Crossley (2004) skriver at det har vært mye fokus på makt og sosial konstruksjon av psykisk lidelse, men lite oppmerksomhet på hvordan pasienter, eller ”overlevende” (survivors) som mange velger å kalle seg, praktiserer motstand mot gjeldende psykiatriske kunnskapsregimer. Crossley har studert hvordan mennesker har gått fram for å *ikke* fremstå som psykisk syke. Ved å ta utgangspunkt i Bourdieus kapitalbegrep beskriver han hvilke strategier ulike motstandsbevegelser har satt i verk for å skaffe seg innflytelse eller kapital. En ”overlevende” etter psykiatrisk behandling, skaper helt andre mentale bilder enn et ”offer”. Man får assosiasjoner til en aktiv person som har utført en bragd, et menneske som verken er passivt, hjelpeløst eller avhengig. Ifølge disse motstandsbevegelsene må man ha styrke og stort mot for å overleve både psykofarmakologisk terapi og elektrokonvulsiv behandling (ECT)^{xxxi} i tillegg til den stigmatiseringen det innebærer å bli karakterisert som en mentalt syk person. De ser på seg selv som ”overlevende” etter de overgrep psykiatrien har påført dem. De negative erfaringene de har, blir således forvandlet fra en svakhet til en styrke; noe som de kan være stolte av og som kan beundres av andre. Ved å kuppe et begrep som ”gal” (for eksempel i den engelsk - baserte bevegelsen Mad Pride), øker de, iflg. Crossley, sin symbolske kapital, og fremstår som et reelt alternativ til den psykiatriske kunnskapsmakten. De kunne imidlertid vanskelig ha gjort dette hvis de ikke hadde stått på skuldrene til tidligere kuppemakere, for eksempel homofilibevægelsens kupp av homse - og lespe - begrepet. Ved å legge til og bygge på andres kapital, kumulerer de på denne måten sin egen kapital (Crossley, 2004)161-180). I en av Mad Prides nettsider står det for eksempel: ”MAD PRIDE – glad to be mad. MAD PRIDE is committed to ending discrimination against psychiatric patients and glorifying madness in all its forms” (Mad Pride 2009). De har dannet sitt eget samfunn, med blant annet sosiale arrangementer og kulturaktiviteter, som for eksempel konserter.

I denne forbindelse er det relevant å også nevne Mind Freedom. Det er en paraplyorganisasjon som består av over hundre grasrot - grupper. De beskriver seg selv som ”overlevende” etter brudd på menneskerettigheter i psykisk helsevern. De har blitt anerkjent av FN som en menneskerettighetsorganisasjon og er i følge dem selv den eneste ”non-

governmental organisation” av denne typen som har fått rådgivende status i FN's økonomiske og sosiale råd (Mind Freedom, 2009).

Fra å være en underprivilegert og stigmatisert gruppe uten stemme, forvandler de ”overlevende” seg til strømlinjeformede organisasjoner. De har profesjonelle ledere, egne nettsider, utgir publikasjoner og markerer seg i media. De gis stemme av politikere, helseplanleggere og store organisasjoner som FN, og utgjør således en reell maktfaktor i samfunnet. Dette er en helt annen selvt teknologi eller selvhjelpmetodikk enn den man finner i programmer som ESL, fordi den springer ut av brukernes egne erfaringer og begreper. Disse bevegelsene har også programmer, men de er definert, initiert og styrt av dem selv.

Kapittel 5: Avslutning

I denne avhandlingen har jeg tatt utgangspunkt i et feltarbeid ved en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling og beskrevet hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres. Ved å følge aktørene (og aktantene) har jeg gjort nærstudier av hva man kan kalle ”mikropraksiser” eller psykiatriske hverdagspraksiser. En viktig konklusjon er at programmer som ESL ikke bare handler om å hjelpe mennesker til selvstendighet, men om identitets- og subjektivitetsdannelser: på den ene siden skal det gjennom myndighetenes ”selvhjelpsmetodikk” oppstå et ”do-it yourself” individ som har omsorg for seg selv, og som klarer seg selv i egen bolig utenfor institusjon. På den andre siden skal det dannes et individ som ser på seg selv som syk og tar medisiner som legen har forordnet. Mange av pasientene lot seg imidlertid ikke innpasse innenfor dette dualistiske budskapet. De opplevde riktignok at det var noe ”galt” med dem, fordi de registrerte at deres erfaringer skilte seg fra majoriteten. De var frivillig innlagt, og ønsket i utgangspunktet hjelp for sine problemer, men mange ville ikke godta det kunnskapsregimet de fikk presentert blant annet gjennom ESL. De ønsket verken ”sykdomsinnsikt”, eller medisiner, og enkelte var heller ikke stand til å leve et selvstendig liv. I utgangspunktet er det positivt at mennesker skal hjelpes til selvhjelpenhet, men jeg har argumentert for at denne politikken også har en bakside. Den er styrt, ikke nødvendigvis ut fra pasientenes individuelle behov, men gjennom ekspertenes programmer og manualer.

Jeg stilte innledningsvis spørsmål om hva man skal gjøre med de som ikke vil eller kan styre seg selv, og de som ikke passer inn i myndighetenes egenomsorgspolitik. Har mennesket en plikt til å ta vare på seg selv? Mine feltobservasjoner, samt mange års erfaring fra psykisk helsevern tilsier at det alltid vil være mennesker som faller utenfor alle typer programmer. De vil ikke bli i stand til å leve et selvstendig liv. Deres psykotiske uttrykk, slik de defineres ut fra ICD-10, lar seg ikke kontrollere eller behandle, og noen av disse pasientene vil heller profitere på å bli ivaretatt av omsorgsfulle, engasjerte mennesker i stedet for å bli presset til et selvstendig liv på en ensom hybel.

Jeg foreslår en epistemologi som baserer seg på personenes eget kunnskapsregime og begrepsapparat, der hjelpen blir formet ut fra personens egendefinerte hjelpebehov og relasjon

til omgivelsene. Dette innebærer at man som hjelper må lære de enkelte pasienters ”språk” for å forstå hva de uttrykker. Noen av hjelperne var svært kyndige i ”flerspråklighet”, og klarte derfor å kommunisere med pasientens psykotiske uttrykk. De korrigerer i liten grad pasientens virkelighetsoppfatninger, men var mer interessert i å få tak i hva denne personen forsøkte å uttrykke.

En av hovedkonklusjonene i denne avhandlingen har jeg uttrykt i den fjerde artikkelen. Der etterspør jeg mindre vektlegging av sykdomsinnsikt og medicine- compliance, og mindre vektlegging av standardiserte programmer utformet av profesjonelle helseeksperter. Jeg foreslår derimot mer frihet og autonomi for både pasienter og profesjonelle til å utforske de psykotiske uttrykkene i fellesskap i form av åpne samtaler og dialoger. En åpen dialog inkluderer også valgfrihet når det gjelder bruk av medisiner. Da mener jeg reell valgfrihet, der pasienter blir forelagt en rekke alternativer uten press eller overtalelse, og der det informerte samtykket blir tatt på alvor.

Brukerperspektivet bør utvilsomt også få konsekvenser for utdanning av fremtidig helsepersonell, ikke bare som målsettinger i offentlige dokumenter, men i form av endret praksis ved at brukerkunnskap blir tatt på alvor innenfor academia. Et forslag er å la personer som er/har vært pasienter forelese for studenter ved universiteter og høyskoler. Dette er en måte å anerkjenne den ekspertkunnskapen som ligger i det å være/ha vært pasient. Utdanningsinstitusjonene kunne for eksempel begynne å ansette personer med pasienterfaringer og gi dem mulighet til å være med å legge føringer for pensum og litteratur.

Avslutningsvis vil jeg også fremheve de metodiske aspektene ved denne avhandlingen, og hvilke implikasjoner jeg håper dette kan få for fremtidig forskning og utdanning, ikke nødvendigvis bare innenfor psykisk helsearbeid. Det har vært fruktbart å bruke en antropologisk fremgangsmåte for å studere de mikropraksisene som utfolder seg i en psykiatrisk kontekst. En slik type metodikk har ikke bare fokus på enkeltindivider, men på grupper av mennesker i et samspill med ikke-mennesker. Ved å bokstavelig gå fra rom til rom i institusjonen har det trådt fram et helt annet forskningsfelt enn det som lar seg begrense av ett enkelt fagområde. Dette er et mangfoldig og komplekst samfunn som består av

læremidler, redskaper (som GAF og ICD-10) publikasjoner, utdanningsinstitusjoner, legemiddelfirmaer, mennesker, kort sagt heterogene sosioteknologiske nettverk. Aktør-nettverksteori og Latours vitenskapsantropologi som inkluderer hybrider, kvasi-objekter og aktanter, har vært en nyttig innfallsvinkel til å studere dette komplekse ”psykiatriske samfunnet”. Ved å følge aktørene og aktantene gjennom tid og rom har det trådt fram forbindelseslinjer som ikke ville ha kommet til syne på andre måter. Jeg har derfor forsøkt å benytte en form for ”assosiologi” i praksis.

Slike aktør-nettverk lar seg ikke stoppe av universitetenes fakultetsgrenser og hegemoniske kunnskapsregimer, og dette vil nødvendigvis fremtvinge en type metodikk som kan utvikles langt utover rammen for denne avhandlingen. Forskningsgrupper som er sammensatt av mennesker med helt ulik fagbakgrunn tror jeg snarere vil bli normen enn unntaket i fremtiden. For eksempel har alle de fire tidsskriftene der jeg har publisert mine artikler erklært en tverrvitenskapelig profil. Bidragsytere består av forskere innenfor blant annet psykologi, sosiologi, sykepleievitenskap, antropologi, medisin og biologi. Noen slipper også til legfolks og pasienters ekspertkunnskap, men altfor sjelden, etter mitt syn. Dette vil forhåpentlig endre seg i fremtiden. Det kan være et paradigmeskifte i sikte, der den sammensatte kunnskapen eller hybridene i stadig økende grad vil sprengre grensene mellom fagområdene og øke respekten for mangfoldet i menneskers liv.

Referanser:

- Aftenposten (2008). *Skjulte dokumenter om alvorlige bivirkninger*, 13.oktober, <http://www.aftenposten.no/helse/article2709721.ece>, hentet 18.februar 2009.
- Agar, M. H. (1980). *The professional stranger: an informal introduction to ethnography*. New York : Academic Press.
- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV), 4th ed Washington: APA.
- Andersen, A.J.W. (2006). Tenkning som former praksis, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(1) 4-15.
- Andersen, A.J.W. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre (Lederartikkel), *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 5 (2), 98-103.
- Anker, C. (2007). Schizofreni, Helsenett, 6.desember, http://www.helsenett.no/index.php?Itemid=69&id=4307&option=com_content&task=view, hentet 11.mai 2009.
- Arbeids - og inkluderingsdepartementet, Helse - og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*, <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>, hentet 20.mai 2009.
- Barry, A.; Osborne, T.; Rose, N. (1996). *Foucault and political reason : liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*, London : UCL Press.
- Baughman, F.A. (2008). Psychiatry's "Chemical Imbalance" Fraud: Who killed Rebecca Riley? *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 10(2) 96-109.
- Bentall, R. (2003). *Madness explained*, London: Allen Lane/Penguin.
- Bentall, R. P. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(5) 524-526.
- Berrios, G.E.(1999). Classifications in psychiatry: a conceptual history, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2) 145-160.
- Bertelsen, A. (1999). Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV Classifications and their diagnostic criteria, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33(2) 166-173.

- Blackman, L. (2007). Psychiatric culture and bodies of resistance. *Body & Society*, 13(2) 1–23.
- Bloor, D. (1999). Anti-Latour, *Studies In History And Philosophy Of Science*, 30 (1), 81-12.
- Borg, M., Topor, A.(2007). *Virkosomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*, 2.rev.utg., Oslo: Kommuneforlaget.
- Bourdieu, P.(1977).*Outline of a theory of practice*, London, New York, Melbourne: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power* (edited and introduced by John B. Thompson), Cambridge : Polity Press.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: En sosiologisk kritikk av dømmekraften*, Oslo:Pax.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: a scientific delusion?* (2nd ed.),London: Routledge.
- Breggin, P.R,(1991). *Toxic psychiatry: why therapy, empathy, and love must replace the drugs,electroshock, and biochemical theories of the "New Psychiatry"*, New York: St. Martin's.
- Breggin, P.R. (1983). *Psychiatric drugs : hazards to the brain*, New York : Springer Publishing Company.
- Breggin, P.R. & Cohen, D (1999).*Your drug may be your problem : how and why to stop taking psychiatric drugs*, Reading, Mass.: Perseus books.
- Breggin, P.R. (2008).*Brain Disabling Treatments in Psychiatry Drugs, Electroshock, and the Psychopharmaceutical Complex*, 2nd ed, New York: Springer Publishing Company.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*, Oslo: Universitetsforlaget.
- N. Ca: Duke University Press.
- Coleman, R. (2007), *The Ron Coleman Story*,
<http://www.roncolemanvoices.co.uk/TheRonColemanStory/tabid/53/Default.aspx>,
 hentet 20.juli 2009.
- Callon, M. & Law, J. (1997). After the individual in society: lessons on collectivity from science, technology and society. *Canadian Journal of Sociology*, 22(2) 165-82.
- Callon, M. (2001). Writing and (Re) writing Devices as Tools for Managing Complexity. In J. Law and A. Mol (Eds.) *Complexities in Science, Technology and Medicine*. Durham,

- Corin, E. & Lauzon, G. (1992). Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics, *Psychiatry*, 55 (3) 266-78; discussion 279-81.
- Corin, E.(2007). The “Other” of Culture in Psychosis: The excentricity of the subject. In J.Biehl, B.Good & A.Kleinman, *Subjectivity*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 273- 314.
- Corcoran, R.*et al.* (2008). A transdiagnostic investigation of ‘theory of mind’ and ‘jumping to conclusions’ in patients with persecutory delusions,*Psychological Medicine* 38 (11)1577–1583.
- Cosgrove, L.; Krinsky, L.; Vijayaraghavan, M.; Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry, *Psychotherapy and psychosomatics*, 75 (3)154-160.
- Crossley, N. (2004). Not being mentally ill. Social movements, system survivors and the oppositional habitus. *Anthropology and Medicine*, 9(2): 161–180.
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69-77.
- Couheron, D (2008), Psykiatriske blindspor, kronikk, *Aftenposten*,31.juli, <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article2569090.ece>, hentet 17.juni 2009.
- Coucheron, D (2009). En humanistisk disiplin, *Dagens Medisin*, 30.januar <http://www.dagensmedisin.no/kronikor/2009/01/30/en-humanistisk-disiplin/index.xml>, hentet 13.mai 2009.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*,5.utg., Oslo: Tano Aschehoug.
- Dean, M. (2007). *Governing societies:Political perspectives on domestic and international rule*,New York: Mc Graw Hill, Open University Press.
- Deegan, P.(2009). <http://www.patdeegan.com/index.html>, hentet 20.juli 2009.
- Douglas, M. (1991).*Purity and danger : an analysis of concepts of pollution and taboo* London : Routledge (first published 1966).
- Engaas, L. O.(2007), *Pilleskandalen ingen skriver om*, <http://www.journalisten.no/story/44482>, 2.mars, hentet 18.februar 2009.
- Erikson, H.E. (1980).*Identity and the life cycle*, New York: Norton.

- Estroff, S, (1993). Identity, disability and schizophrenia. The problem of chronicity'. In S.Lindenbaum & M.Lock (eds), *Knowledge, Power & Practice, The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles:University of California Press,247-87.
- Fairbairn, W.R.D. (1978). *Psychoanalytic studies of the personality* (6.utg.),London : Routledge & Kegan Paul.
- Felleskatalogen (2009). 18.februar, <http://www.felleskatalogen.no/>, hentet 19.februar 2009.
- Finnøy, E.K.(2000). *Dødelig terapi:Innsikt til utsikt*, Oslo:Universitetsforlaget.
- Flyckt, L., Taube, A., Edman, G., Jedenius, E., Bjerkenstedt, L. (1999). Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (5) 377-82.
- Foucault, M.(1961). *Madness and civilisation: a history of insanity in the Age of Reason*, New York: Vintage, 1973.
- Foucault, M.(1972). *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*, New York: Pantheon.
- Foucault, M.(1973). *The Birth of the Clinic: An archaeology of medical perception*, New York: Vintage Books.
- Foucault, M.(1975a).The Abnormals, in Rabinow, P (ed),in *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1, London, Penguin Books, 1997.
- Foucault, M.(1975b). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, New York: Vintage, Books.
- Foucault, M.(1976). *Mental Illness and Psychology*, New York:Harper and Row.
- Foucault, M.(1978).Governmentality, in Faubion, J.D. (ed) *Power: Essential Works of Foucault 1954- 1984*, volume 3, London: Penguin Books, 2001.
- Foucault, M.(1982a).Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault, in Rabinow, P. (ed) *Ethics: Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1, London: Penguin Books, 1997.

- Foucault, M.(1982b). The Subject and power, in Faubion, J.D. (ed) *Power: Essential Works of Foucault 1954- 1984*, volume 3, London:Penguin Books, 2001.
- Foucault(1984) The Ethics of the Concern for Self as a Practice of Freedom, in Rabinow, P. (ed), *Ethics: subjectivity and truth: essential works of Foucault 1954-1984, vol.1*, London: Penguin Books, 1997.
- Foucault, M (1985).*The history of sexuality, vol.3. The care of the self*, New York: Random House.
- Geelmeyden, N. C. (1996). Juklerød-saken: Galskap satt i system, *Morgenbladet*, 18.februar, <http://www.oslo.net/historie/MB/utg/9605/aktuelt/15.html>, hentet 20/5-09.
- Goffman, E. (1968). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other Inmates*, Pelican Books, Hammondsworth: Penguin.
- Good, B. J. (1996). Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20,127-132.
- Greco, M.(1993). Psychosomatic subjects and the ‘duty to be well’: personal agency within medical rationality, *Economy and Society* 22(3), 357-73.
- Gråwe, R. (1991). *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre:Mestring av symptomer*. Arbeidshefte; Intern publikasjon.Østmarka: Psykiatrisk Institutt og Lade:NTNU, Psykologisk Institutt.
- Gråwe, R.W.; Hagen, R.;Espeland, B.; Mueser, K.T. (2007). The Better Life Program: Effects of group skills training for persons with severe mental illness and substance use disorders, *Journal of Mental Health*,6(5) 625 – 634.
- Hagen, R; Berge, T; Grawe, R. W. (2007). Towards a new understanding of psychosis, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(5) 522-523.
- Hagen,R.;Nordahl, H.M.; Gråwe, R.W. (2005) Cognitive–Behavioural Group Treatment of Depression in Patients with Psychotic Disorders *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12 (6) 465-474.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1987). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*,Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Harker, R. (1990). Education and Cultural Capital in Harker, R.; Mahar, C. & Wilkes, C. (eds.) *An Introduction to the Work of Pierre Bourdieu: the practice of theory*, London: Macmillan Press.
- Harper, D. (1992). Defining delusion and the serving of professional interests: the cause of paranoia, *British Journal of Medical Psychology*, 65, 357-69.
- Healey, D. (2005). Contra Pfizer, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(3) 181-195.
- Heise, D. (1988) Delusions and the construction of reality. In Oltmanns, T and Maher, B (eds), *Delusional beliefs*. New York: Wiley and Sons.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (1997). *Åpenhet og helhet*, Stortingsmelding 25, http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086, hentet 14.juni 2009.
- Hofer, M. A. (2005). The psychobiology of early attachment, *Clinical Neuroscience Research*, 5 (5,6) 291-300.
- Helse-og omsorgsdepartementet (1997). *Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997), Åpenhet og Helhet*, http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088, hentet 20.mai 2009.
- Huguelet, P; Mohr, S; Borrás, L. (2009). Recovery, Spirituality and Religiousness in schizophrenia, *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2 (4) 307-316.
- Hummevoll, J.K. (2008). Ethiske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (2) 131-142.
- Hydle, I. (1997). *Antropologiske perspektiver på medisinen, trygden og retten*. Oslo: TANO.
- Aschehoug.
- International Center for the Study of Psychology and Psychiatry (ICSPP), <http://www.icspp.org/>, hentet 16.juni 2009.
- Jecker, N.S., Self, D.J. (1991), Separating care and cure: an analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine, *Journal of Medical Philosophy*, 16(3) 285-306.

- Johnson M. et al. (2001), *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions*, St.Louis: Mosby.
- Johnstone, L. (2001). *Users and Abusers of Psychiatry* (2nd ed.). Hove: Brunner-Routledge.
- Karterud, S.; Pedersen, G.; Løvdal, H.; Friis, S. (1998). *Global funksjonsskåring, splittet versjon*, Klinikk for psykiatri, Ullevål Sykehus,
<http://74.125.77.132/search?q=cache:0mGCxd23kQ4J:www.dagbehandlingsnettverk.no/kvalsikr/skjemaer/Gafveil.pdf+S-GAF,+Norge&cd=5&hl=en&ct=clnk>, hentet 5.juni, 2009.
- Kernberg, O.F. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*, New York : Basic Books.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Kohut, H.(1990). *Selvets psykologi*. København : Hans Reitzels forlag.
- Kringlen, E. (1982). *Psykiatri*, (4.rev.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri*, (8.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, I.B. (2009). "Det sitter i veggene": materialitet og mennesker i distriktspsykiatriske sentra. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life : the construction of scientific facts*, N.J. : Princeton University Press.
- Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, B. (1996). *Vi har aldri vært moderne: Essay i symmetrisk antropologi*, Oslo: Spartacus Forlag.
- Latour, B. (1999). *Pandora's Hope: Essays on the reality of science studies*, Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press.
- Latour, B. (2001a). *Doctoral course: Workshop in thesis writing on actor-network theory*. University of Oslo, Norway.
- Latour, B. (2001b). *What rules of method for the new socio-scientific experiments?* Bruno Latour prepared for the Darmstadt Colloquium plenary lecture, 30th March 2001, <http://www.bruno-latour.fr/poparticles/poparticle/p095.htm>, hentet 5.juni 2009.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to Actor-network theory*, New York, Oxford: Oxford University Press.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*, Oslo: Cappelen.

- Lauveng, A. (2006). *Unyttig som en rose*, Oslo: Cappelen.
- Law, J. & Hassard, J. (1999). *Actor network theory and after*, London: Blackwell Publishers
- Law, J. & Mol A. (2001). *Complexities in Science, Technology and Medicine* (eds), Durham, N. Ca: Duke University Press.
- Law, J. (2004). *After method: mess in social science research*, London : Routledge.
- Leudar, I. & Thomas, P. (2000). *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. London: Routledge.
- Lieberman, R.P. (1985). Psychosocial therapies for schizophrenia, in Kaplan,H.I.& Sadock, B.J.,(eds.) , *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4th ed.), Baltimore, MD: Williams and Wikens.
- Lickliter, R. (2008).Theories of Attachment: The Long and Winding Road to an Integrative Developmental Science, *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 42 (4) 397-405.
- Lommelegen (2009), *Schizofreni*, <http://www.lommelegen.no/322720/schizofreni>, hentet 14.juli 2009.
- Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Alfred A. Knopf.
- Lundsbakken, J. (2002), Forsvar Ellen Kolsrud Finnøy, *Dagens medisin* , 25.januar, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2002/01/24/forsvar-ellen-kolsrud-finn-/index.xml>, hentet 26. februar 2009.
- Lysaker P.H. & Buck, K.D. (2007), *Insight, Outcome and Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders: An Examination of their Paradoxical Relationship*, *Current Psychiatry Reviews*, 3(1) 65-71.
- Mad Pride (2009), <http://www.zyra.org.uk/madpride.htm>, hentet 04.02.09.
- Martinsen, K (2003).*Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*, (2.utg),Oslo : Universitetsforlaget.
- Meyer, S. (2003).Som det står skrevet...Tekst og makt: en introduksjon, i Berge,K.L; Meyer, S.;Trippestad, T.A. (red), *Maktens tekster*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Mind Freedom (2009),
<http://www.mindfreedom.org/about-us><http://www.mindfreedom.org/about-us>, hentet 5.juni 2009.
- Mohr S. & Huguelet P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care, *Swiss Medical Weekly*, 134 (25-26) 369-76.
- Neumann, I.B. (2000). Diskursens materialitet, *Dansk sociologi*, 11 (4) 27-46.
- Neuman, I. B & Sending O.J (2003).Maktutøvelse i frihetens navn. *Kronikk, Aftenposten* 25.09.
- New York Times (2007). *Lilly Settles With 18,000 Over Zyprexa* , 5.januar
<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?sec=health&res=9f00e5db1430f936a35752c0a9619c8b63&scp=2&sq=Zyprexa&st=cse>, hentet 18.februar2009.
- New York Times (2008a).*Lilly Waited Too Long to Warn About Schizophrenia Drug, Doctor Testifies*, 8.mars
http://www.nytimes.com/2008/03/08/health/policy/08drug.html?_r=1&scp=3&sq=Zyprexa&st=cse, hentet 18.februar 2009.
- New York Times (2008b). *Use of Antipsychotics in Children Is Criticized*, 19.november
<http://www.nytimes.com/2008/11/19/health/policy/19fda.html?scp=1&sq=Risperdal&st=cse>, hentet 18.februar 2009.
- New York Times (2009), *Lilly Said to Be Near \$1.4 Billion U.S. Settlement*, 15.januar
<http://www.nytimes.com/2009/01/15/business/15drug.html?scp=11&sq=Zyprexa&st=cse>, hentet 20.februar 2009.
- Norsk Rikskringkasting (2002), *Kjemi eller terapi*, 3. januar
<http://www.nrk.no/programmer/programoversikt/1541125.html>, hentet 26.februar 2009.
- Orem, D.E. (1971).*Nursing:concepts of practice.*, New York: McGraw-Hill.
- Palmer,D. (2000). Identifying delusional discourse: issues of rationality, reality and power, *Sociology of Health and Illness*, 22(5)661-678.
- PsychCenter (2009), Lilly settles Zyprexa Lawsuit for \$1.42 billion, 15.januar,
<http://psychcentral.com/blog/archives/2009/01/15/lilly-settles-zyprexa>, hentet 19.februar 2009.

- Philadelphia Inquirer (2009)., *Warning boosted on Seroquel label*, 27.februar, <http://www.philly.com/philly/business/40409367.html>, hentet 27.februar 2009.
- Repstad, P. (2004). *Sosiologiske perspektiver for helse -og sosialarbeidere*, (2.utg.) Oslo:Universitetsforlaget.
- Repstad, P.(2007).*Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*, (4. rev. utg),Oslo: Universitetsforlaget.
- Romme, M. & Escher, S. (eds.) (1993) *Accepting Voices*. London: Mind.
- Romme, M. (2000).*Understanding voices: coping with auditory hallucinations and confusing realities*. Limburg: Rijksuniversiteit Maastricht.
- Rose, N.(2003). Neurochemical selves, *Society* 41(1)46-59.
- Rose, N. (2008). Psychology as a Social Science, *Subjectivity* 25(1) 446-462.
- Sachs, L.(1996).*Sjukdom som oordning*. Stockholm: Gedins.
- SEPREP (2009) Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser, <http://www.seprep.no/?Informasjon>, hentet 16.juni 2009,
- Schaaning, E. (1996a): Diskursens materialitet - Del I: Foucault, *Arr. Idéhistorisk tidsskrift*, 6(1) 0-73.
- Schaaning, E. (1996b): *Diskursens materialitet - Del 2:Latour*, *Arr. Idéhistorisk tidsskrift*, 6(2) 74-83.
- Sending O.J & Neumann, I.B. (2006).Governance to Governmentality, Analyzing NGO's, state and power, *International Studies Quarterly* 50 (3)651–672.
- Sending O.J & Neumann, I.B. (2003), Maktutøvelse i frihetens navn, *Kronikk, Aftenposten*, 25.09.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne Samtaler*. Tano Aschehoug: Oslo.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E.(2007). *Nettverksdialoger*,Oslo: Universitetsforlaget.
- Silverman, D. (1993).*Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, London: Sage Publications.
- Skorpen, A.; Anderssen, N.; Oeye, C.; Bjelland, A. K. (2008). The smoking room as psychiatric patients` sanctuary: A place for resistance, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9) 728-736.

Sokal, A.(1997). *Professor Latour's Philosophical Mystifications*,

http://physics.nyu.edu/faculty/sokal/le_monde_english.html, hentet 18.juni 2009

Statens Helsetilsyn (2000). Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling, http://74.125.77.132/search?q=cache:S6VJAbxUfWwJ:www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/schizofreni_kliniske_retningslinjer_utredning_behandling_ik-2726.pdf+retningslinjer+for+behandling+a+schizofreni&cd=2&hl=en&ct=clnk, hentet 14.juli 2009.

St.Petersburg Times (2009). *Seroquel maker wants to seal info from you, "for" you*, 15.

februar, <http://www.tampabay.com/news/health/article976067.ece>,

hentet 26. februar 2009.

Terkelsen, T.; Blystad, A.; Hyde, I. (2005). Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizophrenia: A Case Study of a Norwegian Psychiatric Unit, *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229-252.

Terkelsen, T. (2006). Å bli overvåket gjennom en radio- sender – hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 3 (4) 91–112.

Terkelsen, T.B.(2009a), Er sykepleiediagnoser relevant i psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 6(1) 4-14.

Terkelsen, T. B. (2009b), Transforming subjectivities in psychiatric care, *Subjectivity*, 27 (1), 195-216.

Thomas, P. (1997). *The Dialectics of Schizophrenia*. London: Free Association Books.

Tishelman, C.& Sachs, L.(1998).The diagnostic process and the boundaries of normality. *Qualitative Health Research*, 8(1) 48-61.

Tranøy, J. (2008). *Kampen for rettssikkerhet og menneskerettigheter: WSO's historie 1968-1988*,Oslo: Lanser forlag.

Van House, N. (2001). *Actor-Network Theory, Knowledge Work, and Digital Libraries* <http://people.ischool.berkeley.edu/~vanhouse/bridge.html>, hentet 25.februar 2009

Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne: Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avhandling for dr. polit-graden. Oslo:Universitetet i Oslo.

- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning* Flekkefjord: SEEK.
- We Shall Overcome (2009),
<http://www.wso.no/www/index.php?nav=page&p=2049852f1d2e06>, hentet 25. februar 2009.
- World Health Organisation (WHO).(1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Whyte, W.F. (1984). *Learning from the field*. Beverley Hills, London: Sage.
- Wikipedia (2009), *Schizofreni*, <http://no.wikipedia.org/wiki/Schizofreni>, hentet 14.juli 2009
- Winnicott, D.W.(1968).*The family and individual development*, London : Social Science Paperbacks .
- Øye,C. Bjelland, A.K., Skorpen, A (2007). Doing participant observation in a psychiatric Hospital — Research ethics resumed, *Social Science & Medicine* , 65 (11) 2296–2306.
- Aaslestad, Petter (1997), *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990*. Oslo: Tano Aschehoug.

Noter

ⁱ Alle navn er pseudonymer

ⁱⁱ Når jeg i ettertid reflekterer over refleksjonen, ser jeg hvor vanskelig det er å skille rollene som helsepersonell/forsker. Balansen mellom nærhet og avstand var for eksempel ikke bare et metodisk spørsmål, men også et faglig anliggende, da jeg vet gjennom utdanning og erfaring som sykepleier at denne balansen er svært viktig når man skal nærme seg mennesker i psykose.

ⁱⁱⁱ Den biomedisinske forklaringsmodellen har eksistert innen psykiatrisk forskning og behandling helt siden introduksjonen av antipsykotiske medikamenter på 1950-tallet, men det har hele tiden eksistert flere tradisjoner, noe jeg kommer tilbake til.

^{iv} Jeg har gjennom hele avhandlingen brukt begrepene ”pasienter”, ”symptomer” og ”psykose”, selv om dette ikke er uproblematisk. Min kritikk retter seg nettopp mot det psykiatriske kunnskapsregimets klassifisering av menneskelige erfaringer. Selv om disse begrepene ikke gjenspeiler mine egne oppfatninger av helse og uhelse, må jeg likevel forholde meg til ordene som uttrykk for en virkelighetsoppfatning som har glidd inn i språket. Om man skal benytte begrepet pasient, bruker, klient eller beboer, er en diskusjon i seg selv som jeg ikke åpner opp for her.

^v Gråwe *et al* (2007) har senere brukt et lignende standardisert program, *Et Bedre Liv*, for oppfølging av mennesker med dobbeltdiagnoser, dvs. mennesker som har en psykisk lidelse i kombinasjon med rusavhengighet. Programmet var en pilotstudie, og i likhet med ESL benyttet de et konsept som besto av regelmessige kurs. Evalueringen av programmet, der 63 av 81 deltakere fullførte opplæringen, viste signifikant reduksjon av rusmisbruk og bedring av ”global functioning” (s. 625), men ingen endring i ”general symptom

distress ” (s.625). Det indikerer at man kan lære mennesker til å redusere sitt rusmisbruk, men at det er vanskeligere å fjerne symptomer på psykisk lidelse gjennom opplæring og trening.

^{vi} Hvordan det kan være mulig å måle ”selvbilde”, ”håpløshet” og ”depresjon”, er et filosofisk, metodisk og vitenskapsteoretisk spørsmål som jeg ikke tar opp i denne sammenheng.

^{vii} Å bruke Foucault som referansepunkt innebærer ikke at jeg kommer med inngående redegjørelser om nyanser i Foucaults arbeid, for eksempel om detaljerte forskjeller i den tidlige og senere Foucault.

^{viii} Jeg spurte ikke om den eksakte alderen til helsepersonellet, men flertallet var mellom 30 og 50 år.

^{ix} Skillet mellom ”terapeut” og ”sykepleier” er basert på feltets egne definisjoner av disse yrkesgruppene, men man kan jo tenke seg at også sykepleiere utøver terapi.

^x Det kan være vanskelig å tidsfeste slike ”dreininger” eksakt, og det vil være ulike meninger om når denne dreiningen skjedde.

^{xi} De siste årene har objektrelasjonsteoriene fått fornyet aktualitet. Nyere studier innen nevropsykologi viser at den tidlige tilknytningen mellom barn og nære omsorgspersoner har en mye større betydning for normalutvikling av hjernen enn det som har vært antatt tidligere, jamfør for eksempel Hofer (2005) og Lickliter (2008). Gjennom denne typen studier, ser det ut til at psykologi og biologi stadig nærmer seg.

^{xii} Man kan innvende at ved å velge å la seg påvirke av Foucault, er faren stor for å bli blind, dvs. at man ser bare det man er ute for å se. Denne innvendingen er relevant, men på den annen side kan man hevde at ved å ta på et sett med ”briller” ikke blir blind, men ser sammenhenger klarere og oppdager ting en ikke ville ha fått øye på uten disse brillene.

^{xiii} De ulike rommene ble tillagt ulik betydning, og var således ikke bare fysiske rom, men også sosiale rom i Bourdieusk betydning (Bourdieu, 1977,1995). Røykerommet ga for eksempel andre rammer for kommunikasjon enn personalets møterom eller terapeutens kontor.

^{xiv} Latours definisjon av ”den moderne forfatning”:

”the modernist settlement” (...) has sealed off into incommensurable problems questions that cannot be solved separately and have to be tackled all at once: the epistemological question of how we can know the outside world, the psychological question of how a mind can maintain a connection with an outside world, the political question of how we can keep order in society, and the moral question of how we can live a good life- to sum up, “out there”, “in there”, “down there” and “up there” (Latour, 1999, s. 310).

^{xv} Latour har også selv blitt utsatt for sterk kritikk fra ulike hold, i særlig grad fra den britiske sosiologen David Bloor, (1999) og den amerikanske fysikeren Alan Sokal (1997), hver fra sitt ståsted.

^{xvi} Latour (1999, s.304) definerer ”blackboxing” slik:

An expression from the sociology of science that refers to the way scientific and technical work is made invisible by its own success. When a machine runs efficiently, when a matter of fact is settled, one need focus only on its inputs and outputs and not on its internal complexity. Thus, paradoxically, the more science and technology succeed, the more opaque and obscure they become.

^{xvii} Det er utenfor rammen av denne avhandlingen å gå i detalj på Bourdieus forfatterskap.

^{xviii} Man kan spørre om hva som egentlig måles i dette tilfelle, og hva pasienten har svart på. Denne pasienten har altså vært innlagt i flere måneder ved en avdeling der de fleste har alvorlige og langvarige problemer. I løpet av denne tiden har pasienten beveget seg til det øverste skiktet av skalaen, og får en poengskåre de fleste i ”normalbefolkningen” ikke kan oppnå. Dette innebærer at disse instrumentene er avhengig av virkelighetsoppfatningen til den som spør og den som svarer.

^{xix} Melanie Klein (1982-1960) var en britisk/østerriksk psykoanalytiker. Hun ble kjent for sitt banebrytende arbeid innen objektrelasjonsteori og barnepsykologi.

^{xx} Som en kuriositet kan jeg nevne at den opprinnelige tittelen på artikkelen var ”Handling UFOs and angels in psychiatric care.”Jeg fikk beskjed av den amerikanske redaktøren at jeg ikke kunne bruke en slik tittel, fordi svært mange amerikanere tror på Ufoer, og tidsskriftets lesere (dvs. akademikere og praktikere innen psykisk helsevern) kunne misforstå og oppfatte at artikkelen dreide seg om Ufoer.

^{xxi} Dette kan ha en sammenheng med at helsepersonell har en tendens til å tolke pasientens mangel på engasjement og interesse som et ”negativt symptom”, noe som iflg. ICD-10 er et alvorlig tegn på schizofreni.

^{xxii} Både Trilafon og Risperdal er anti-psykotiske medisiner.

^{xxiii} Aftenposten og NRK, blir i 2007 kritisert av frilansjournalist Lars Olle Engaas for manglende vilje til å ta opp disse sakene (Engaas, 2007).

^{xxiv} FDA tilsvarer det norske Legemiddeltilsynet.

^{xxv} I 2007 ble det i USA for første gang lovlig å gi Risperdal til barn barn/ungdommer over 13 år som har fått diagnosen schizofreni, og til barn over 10 år med diagnosen mani/bipolar lidelse (FDA 2007).

^{xxvi} Norges eldste brukerorganisasjon, opprettet i 1968, se også Tranøy (2008).

^{xxvii} Et anti-psykotisk middel som gis i form av depot-sprøyter hver 3. måned.

^{xxviii} En lignende type anti-psykotisk medisin.

^{xxix} Det har tradisjonelt vært en uskreven regel i psykiatriske avdelinger at ”religion, sex og politikk” skal man ikke snakke om, fordi det har vært en forestilling om at pasientene ikke har godt av det. Jeg har imidlertid inntrykk av at denne uskrevene regelen er blitt noe oppmyket.

^{xxx} Den norske forskeren i psykisk helsearbeid, Inger Beate Larsen (2009) har avlagt en doktorgradsavhandling som omhandler sammenhengen mellom arkitektur og helse. Hun har lagt særlig vekt på hvordan tidligere tiders stedsbruk påvirker dagens behandlingspraksis, blant annet gjennom å undersøke tidligere tuberkuloseinstitusjoner som nå er i bruk som psykiatriske behandlingsinstitusjoner.

^{xxxi} ECT blir gitt i form av elektriske støt mot hjernen; en behandlingsmetode som særlig blir brukt overfor pasienter som har fått diagnosen affektiv lidelse. Pasienten blir lagt i narkose og merker ingenting under selve støtet, men kan få hukommelsestap etterpå.

CASE STUDY

Transforming Extraordinary Experiences Into the Concept of Schizophrenia: A Case Study of a Norwegian Psychiatric Unit

Toril Terkelsen, RN, MS
Astrid Blystad, RN, PhD
Ida Hydle, MD, PhD
Arendal, Norway

The dominating paradigm in Western psychiatry is grounded in biomedical thinking, and biological explanations appear to increasingly take the lead. There has been a shift from a psychological approach to the treatment of such experiences to a biomedical framework, with medication and medicine compliance at its core. Patients diagnosed with schizophrenia often tell about extraordinary experiences, such as encounters with UFOs and angels. Drawing upon data collected during 8 months of fieldwork in a Norwegian psychiatric rehabilitation clinic, we explore the translation, transformation and transition of such experiences into psychiatric terminology based upon biomedical knowledge and understanding. We approach these issues with extended reference to a particular patient's experiences, which appeared to represent a fairly typical scenario at this Norwegian and other treatment units. We take a close view into how a patient in a psychiatric rehabilitation unit explains and interprets his extraordinary experiences, how he perceives the manner in which his experiences are confronted by professionals within the psychiatric field of knowledge, and how these phenomena are explained and handled by professionals. The article closes with some indications of potential consequences of employing a different approach to extraordinary experiences.

Keywords: psychiatry; schizophrenia; hallucinations; delusions; power; Latour

The dialogue below is an excerpt from a lengthy conversation taking place between a Norwegian male patient, Tom (pseudonym), and the first author of this article. Tom is in his late 20s, is diagnosed with schizophrenia, and is committed to a Norwegian psychiatric rehabilitation unit for his schizophrenic condition characterized with "hallucinations" and "delusions."

Researcher (R): Do you still believe that you were abducted by a UFO?

Patient (P): Yes I do (with a little excusing laugh). I felt my body suddenly boiling with heat, and then I woke up. Many times it happens at three o'clock at night. It was cloudy and misty, and then "bang" I woke up, and when I looked out of the window, there were stars in the night. I think the UFOs use fields of energy. I've read about someone in the US, they feel they've been abducted, and they have been hypnotized. Then they have been to a psychologist and rediscovered their experiences. I've felt that somebody has used instruments on me. They've put things through my ear and scanned my brain. It's as if they've put microchips in my brain. I'm quite convinced about that. I can't understand what happens to me.

R: I understand these are powerful experiences.

P: Perhaps they want me to do things, that I should tell how important it is with love—that everybody should love each other. Perhaps I should tell other people. Maybe this is the task that they (the space creatures) want me to carry out. I'm very occupied with friendship, and such normal things.

R: Doctors and psychiatrists and maybe others would say that such thoughts are psychotic.

P: (long pause) You could say that, but others believe in supernatural things, space creatures and so on. So if I believe in these things, I think I should be allowed to.

R: You've said all the time that you don't think you are schizophrenic?

P: No, I don't see anything, or hear strange sounds or voices and so on, so I don't think I am schizophrenic. I think I have nerve problems, anxiety and such things.

The conversation above was recorded during an 8-month period of ethnographic fieldwork in a psychiatric rehabilitation clinic in Norway in 2000, and the brief excerpt brings us to the main questions to be addressed in the present article, namely: How do patients in a psychiatric rehabilitation unit explain and interpret their extraordinary experiences, and how do they perceive the manner in which their experiences are confronted by professionals within the psychiatric field of knowledge? How are these phenomena explained and handled by professionals? We shall approach these issues with extended reference to Tom's experiences,¹ which appeared to represent a fairly typical scenario at this Norwegian and other treatment units. The unveiling of how these experiences were talked about and handled in diverse settings and from differing angles gives an insight into contemporary Norwegian psychiatric knowledge, and in the same vein, provide grounds for renewed critical discussion of mainstream Western psychiatry.

The dominating paradigm in Western psychiatry is biomedical², and biological explanations appear to be in progress compared to psychological or sociological explanations (see e.g., Good, 1996; Luhrmann, 2000). Recent research in genetics and pharmaceuticals, and the refinement of psychiatric classification systems, such as the DSM-IV and the ICD-10 (American Psychiatric Association, 1995; World Health Organization, 1992), have contributed to this development. Unnecessary to say Norway is of no exception in the globalization of Western biomedical psychiatry.

We wish to discuss Tom's knowledge and experiences with reference to and discussion of several scholars who have critically explored modern Western psychiatry. The material will be explored with an emphasis on Tom's reality perceptions in the light of biomedically grounded concepts and practices related to schizophrenia, and other alternative views for approaching people's extraordinary experiences. In the discussion and analysis we shall draw upon the writings of the French science theorist Bruno Latour (1987, 1993a, 1993b, 1999, 2000), as his confrontations of dichotomies, such as reality/nonreality, culture/nature, subjectivity/objectivity, facts/ideas, may prove to be useful when discussed in relation to extraordinary reality perceptions like the ones introduced in the dialogue above.

The article closes with some brief indications of potential consequences of employing a different approach to extraordinary experiences.

CONTEXT

The rehabilitation unit, which is situated in a rural area close to a middle-sized town in Norway, has the capacity to treat ten patients at a time. The majority of the patients are young men diagnosed with schizophrenia. Coming inside the building as a visitor for the first time, one is struck by the tasteful furniture and the original art on the walls. Outside the building there is a garden, often used in summer by patients as well as staff as a relaxing area. Inside, apart from the professionals' offices and meeting rooms, there is a spacious living room, a dining room and a kitchen. Each patient has his/her own room with a private bath. Patients are free to move inside and outside the building, and there are no locked doors except the professionals' offices and meeting rooms.³

One of the key ingredients in treatment is a psychoeducational program, labeled "an independent life" (AIL)⁴ that aims at enabling patients to live in the community outside an institution. Besides, patients attend to individual psychotherapeutic sessions with a psychologist or psychiatrist. Furthermore, each patient is attached to a "primary" nurse. The average duration of treatment is 1 year.

The daily program in the unit starts with communal breakfast, followed by a gathering of staff and patients where each patient's schedule for the day is planned. Three days a week there are AIL sessions. During the remaining days and in the evenings, patients are engaged in diverse activities, such as talking with their therapist or nurse, preparing food, tidying their rooms, swimming in a nearby pool, going to town, walking in the woods, watching television or just talking in the living room. The staff points out that they want to create as "normal" surroundings as possible, training patients to do what other "normal" people do, thus enabling them to live an independent life outside the institution.⁵

METHODOLOGICAL CHALLENGES

The first author⁶ visited the institution as a participant observer several days a week during fieldwork. Long and short conversations with both patients and people working at the clinic, including psychiatrists, psychologists, physiotherapists, nurses, nursing students, social workers, and assistant personnel, made up most of the days at the rehabilitation clinic. Patients' and staff's verbal and nonverbal interaction inside and outside the institution were observed and recorded. The researcher also participated in most of the activities of the unit, such as meetings, individual psychotherapy sessions with doctor and patient, physiotherapy sessions, and informal social interaction.⁷ There was regular contact between the researcher and some of the patients also after they were discharged from the clinic.

Notes from conversations and observation were taken either simultaneously or immediately after they took place.⁸ More formal qualitative interviews with patients and employees were tape-recorded and later transcribed. Access to written records was rendered to the researcher, such as medical files and nursing reports.

The writings of Latour (1987, 1993, 1999, 2000), Agar (1996) and Miles and Huberman (1994) have guided the collection of data as well as analysis of the present study. The

study is an effort to take a close view at the everyday practices of contemporary psychiatry in action, or as Latour (1999, p. 309) puts it: "Science studies are not defined by the extension of social explanations to science, but by emphasis on the local, mundane sites where sciences are practiced." This implies a close examination of the contexts and the contents of the different behaviors and reality perceptions taking place between Tom and the professionals (and the researcher⁹).

THE CASE OF TOM

Tom is a 28-year-old man from a small town on the south Norwegian coast. He completed junior college with good marks, and attended a technical school where he dropped out during his final year. He moreover completed military service and worked in a factory for some 2 to 3 years prior to his first hospitalization. He lost his job because he reported late to work and sometimes did not show up at all (according to himself). Tom is not married, nor did he have a girlfriend at the time of the fieldwork, but he later had a girlfriend and a child. He has one brother whom he sees regularly, but describes his relationship with his parents, especially with his father, as very tense. He has together with a group of friends used amphetamine and cannabis for several years.

We will reveal glimpses of the complexity of positions regarding the treatment of Tom through a focus on diverging perspectives as they emerged in relation to the initial hospitalization, the treatment plan, and in talk about Tom's illness/disease and on how to approach it.

On the Hospitalization: Therapists' Versus Tom's Description

The medical records for the last 2 years describe regular consultations with a general practitioner (GP). The GP suspects psychosis because of Tom's "bizarre" thoughts, and his problems relating to colleagues at work. Tom is eventually diagnosed with paranoid schizophrenia and is given anti-psychotic medication. Ten months after initiation of the medical treatment, the GP commits Tom to hospital as he considers Tom's condition to be deteriorating. He no longer shows up to consultation and does not comply with the medical treatment. The medical report below is written at the time Tom is committed to an acute psychiatric clinic for the first time:

Psychiatric status presence:

The patient is oriented of time and space. He has a lower psychomotorical tempo than during the last consultation. He appears somewhat tense, and explains his situation relatively quickly with sudden switches of thought and a relatively rich amount of associations. He sometimes makes a halt, as if by a formal cognitive disturbance, and he is unable to reflect upon the phenomena he experiences as possible signs of something abnormal within himself. His mood in the conversation seems neutral, despite the fact that he has made statements about his parents that are interpreted as depressive.

Evaluation

This is a 28-year-old man with a history of drug abuse who has become increasingly psychosocially disabled, with the appearance of symptoms resonating with psychosis. There have been affective fluctuations, and he has been periodically depressed. However, he has

also revealed a hypo manic level of activity in spring/early summer, in which evident psychotic delusions were dominating. We have tried to make an outpatient treatment alliance with him, starting with small doses of antipsychotic medication. This has not been possible. We therefore find it necessary to hospitalize him in order to make a psychiatric examination assessing serious mental illness. The psychiatric symptoms clearly indicate such a condition. The main criterion according to Section 3 of the Mental Health Care Act¹⁰ is therefore present. The difficulties to make a treatment alliance with him clearly show that he will spoil the possibilities for recovery or permanent improvement if he is not committed to hospital. An additional criterion is therefore present according to the same act.¹¹

In Tom's hospital record some months after the hospitalization the following is written:

He has declared dissatisfaction with medicines, and feels clearer in his mind when he does not take them. He feels like a prisoner, and wants to be free and feel alert. He thinks that he is not really ill, that amphetamine and hashish in his blood have made him confused, have made him sleepless, and given him headaches so that he cannot concentrate but rather talks about strange things.

The latter hospital record provides a description closer to Tom's own view of his illness as revealed in the following excerpt of Tom's talk of the hospitalization:¹²

Researcher (R): I have read in your medical record what happened to you when you were admitted to the acute clinic this summer. I would like you to describe what happened.

Tom (T): Neighbors and my parents thought that I should go to hospital.

R: You saw a doctor before hospitalization?

T: Yeah, he was nice. He helped me to get in contact with a debt adviser.

R: Was the hospitalization carried out voluntarily or involuntarily?

T: Actually it was involuntarily, but was made to look voluntarily.

R: How did you perceive it?

T: As involuntarily. My father said I had to see a doctor. Then I was driven to a hospital. I didn't know anything before I arrived. I was informed by a nurse when I came there that I was to be admitted.

R: How did you react?

T: I complained of the hospitalization in the beginning. Then they told me that I could stay voluntarily. However, if I had refused to stay, they would have used coercion, so it was indeed involuntarily. I felt it was a violation. Somebody came from the Control Committee.¹³ They thought that I should not be there for long. They said that if I agreed to be transferred (to the present ward), I would perhaps be able to work again. But they told me it would imply a big challenge to me to come here.

R: Why do you think you were committed (to the acute ward at the hospital)?

T: I don't know. I didn't understand the point in being there. I don't remember so well. But it was OK being there.

R: The doctors thought you were ill when you were admitted, that you were schizophrenic. Do you think that you were ill?

T: Perhaps a little. I was ill because I used drugs.

Treatment Aims: Professionals Versus Tom's Perspective

After 2 months in the acute ward Tom is transferred to the present rehabilitation unit. A treatment plan is made for him like for every other patient in the ward.¹⁴ The plan gives a

brief impression of how the professionals consider Tom's problems, and the aims they have defined for him. The plan is written in Tom's nursing record, as referred to below:

Problems: Drugs, hash, friends who use drugs. Flat: Has lost his flat earlier. Disorderly economy. Unemployed, lost his job. Resistance against medicines. Small network. Is easy to lead.

Resources: Is easy to lead. Follows the program at the ward. Has a diagnosis. Completed military service. Had a job for 2 to 3 years.

Aims: Insight into own illness. Good manners. Orderly economy. Symptom control. Therapeutic alliance.

Intervention: AIL, optimal medical treatment. Social training/relations. Milieu-therapy.

Tom's aims for an improved condition do only to a very limited degree correspond with the professionals' view. He does not believe that he has schizophrenia, but thinks he suffers from a physical condition and therefore needs a proper physical examination. He does not share the professionals' perception that his drug-using friends represent a problem for him. On the contrary, he points out that his "buddies" are valuable in his life, and that he is not willing to abandon them. He furthermore does not agree that smoking hash is a problem, as it makes him relax and feel well. The only goal that he might agree to is that he needs a more orderly economy.

On the Disease/Illness: Professionals' Versus Tom's Perspective

On Tom's diagnosis the following is written in the records:

The diagnosis is paranoid schizophrenia, according to the ICD-10. He has developed the illness over years. The patient's functional level has gradually decreased (. . .). He has become increasingly reticent, brooding with delusions, and has problems to make decisions. In the ward we have emphasized structure and medication.

One of the therapists says that a doctor's prerogative is his/her ability to quickly diagnose a patient. Doctors have skills in "scanning" the system (i.e., the ICD-10), he explains, to detect symptoms that fit with the diagnostic classification system. One of the criteria for diagnosing Tom with schizophrenia was "psychotic delusions" as described in his medical record.

Another psychiatrist in the rehabilitation unit explains psychosis in the following manner:¹⁵

We emphasize a "stress-vulnerability" way of thinking. Medicines may help patients cope with their stress and vulnerability in a better way. I believe this way of thinking of psychosis is relatively well accepted in Norwegian psychiatry (. . .) Broadly speaking, psychosis is a reaction to, or an overload of the mind and the central nervous system. It can be excessive strain on weak organic points in the brain, which affects its capacity to function. Or it may be rather heavy mental stress produced by external factors (. . .) In a psychosis very primitive defense mechanisms come into effect, as projective identification. Advanced defense mechanisms are not developed in these patients (. . .) I think it's wrong to use an exclusively biological perspective as a basis for understanding psychosis.

Tom's talk about his own illness contrasts with that of the above representations:

Tom (T): I think something is wrong, a disease in the immune system, but not schizophrenia. I don't think they've found out what it is yet. I've heartbeats, attacks of sweating and skin eruptions.

Researcher: Do you worry much about it?

T: I feel it's something. Sometimes it's like my whole body is boiling and sweating. The first time I came to the psychiatric clinic I thought I was going to the emergency ward. I had been on a trip to the mountains when I started to boil and feel warm. I think I got a snake bite or a wasp sting or something like that. Perhaps I had a heart attack. I felt very bad and I wanted to go to the emergency ward, but instead I was driven to a psychiatric clinic. In fact, that night I should have complained (. . .).

R: Do you try to find an explanation of why you feel like you do?

T: Yes, but I don't think I'm schizophrenic. I don't have hallucinations. I'm just not feeling well in my body, but they call it schizophrenia. They say I have to get better before I can work. But how well do I have to be before I can work as other people do? I don't really know what's wrong with me; probably a physical illness. I think I need a proper medical examination (. . .) I need vitamins instead of those brain-medicines (. . .).

R: Why do you resist so much being called schizophrenic?

T: Because I think I'm not. I became ill because of drug abuse.

R: What does schizophrenia mean?

T: That you have delusions, hear sounds, have hallucinations. You can't distinguish between reality and fantasy.

R: Where did you get to know this?

T: At least I've grasped that point.

R: Do you have these symptoms?

T: Not any more. Maybe just before I stopped taking drugs. Perhaps I've had a speed-psychosis. When that was over, I should get well again soon. I might as well have worked.

R: Did you speak with your therapist about that?

T: I don't think he's listening to me.

In the unit, patients clustered into three broad categories: those who agreed with the diagnosis given to them, those who were uncertain, and those who did not agree. Those who did not perceive themselves as ill, at least not mentally ill, were described by professionals as "lacking insight into illness." Tom belonged to this latter category.

The following section indicates how diverging views on what Tom suffers from often confront each other during therapeutic sessions at the rehabilitation unit.¹⁶ The therapist asks Tom what kinds of thoughts he is presently involved in. Tom talks about love and peace on Earth, about angels, vampires, and that he is meant to melt together with a woman. When this happens, a very strong energy will develop, children will be conceived and humanity will fulfill itself, he relates.

Therapist (Th): Can you tell me where these thoughts are coming from, and in which circumstances they emerge?

Tom (T): They just come by themselves.

Th: Did you ask yourself whether you are right? If reality is like this.

T: Perhaps I'm not always right, but I believe that the thoughts I have are right.

Th: (Sends him a worried, frowning look): Do you realize that the thoughts that you describe are characterized as insane in the literature? I believe that you are schizophrenic.

T: I hear you say so, but I know I'm not. I just accept what you say, so that you can get your way. I feel it is absolutely wrong. When I'm very quiet and don't say a thing, you think I'm well, but when I start talking about my thoughts, you say I'm ill. Therefore I don't want to talk about my thoughts. I just sit quietly, and then you keep me there (points at the floor). I feel like a prisoner. Before I came here I felt free. I could think what I liked to think. The thoughts do not disappear anyway. I have the thoughts no matter what you say. What I believe, I believe.

Th: Have you considered that people may react to what you say?

T: Yes. Therefore I say one thing to you and another to others.

Th: Yes, exactly. It's what you say that people react to. But it must make you weary all the time considering whether you are saying something wrong. For instance: You mustn't tell the doctor these thoughts because he'll give you more medicines, but to others you can say other things (the therapist laughs a little; the remark about medicine was meant as a joke).

T: My buddies understand me. I don't want to take any more medicine. I feel you take away my thoughts. Medicines make me lose my thoughts. Why do you do these things to me? I feel it almost as a violation. I believe in God, angels and many more things.

Tom sometimes compares the clinic with a prison, and feels hurt and angry because he has to stay there against his will, but he never lets out his anger physically.

After the therapy session, the therapist asks the researcher:

Therapist (T): What do you think of this conversation?

Researcher: I think you were in two different worlds. What do you think?

T: You don't come far when you talk with these psychotics, especially when the patient has so little insight into his own illness. But I think it's very important to respect their world of experiences and recognize what they go through as valid for them. However, at the same time I think there is much "mud" in their talk. There is much formless, colorless stuff that emerge.

Medication Versus Fantasies

The large majority of the professionals at the rehabilitation unit think that Tom needs antipsychotic medicines in order to reach the aim "symptom-control," as presented in the treatment plan. When the staff described Tom's behavior and speech as "very ill" and difficult to handle, they would often add: "But he's on medicines," and nurses commented that they waited for "medicines to break through." For instance, a nurse commented at a morning meeting: "Tom has few incoming lines."¹⁷ But let's see how things work out when he gets depot medication."

If the staff suspected that a patient did not take the prescribed medication, they would commonly require a blood test to confirm medicine compliance/noncompliance. Confirming compliance/noncompliance was attached substantial significance, and was commented on in terms like: "His blood values are within/outside the therapeutic spectrum" or in terms of "compliance/deficit in compliance." Moreover, the medical therapists usually applied the English word "compliance" and not a Norwegian translation.

Tom's blood tests reveal that he is not medicine compliant. He had initially been given tablets that were difficult for the staff to control. With the confirmation of noncompliance the staff after some time persuaded him to accept depot injections with effects that last for 3 months.

One of the therapists said that if a psychosis remains untreated it will cause damage in the brain, and that antipsychotic medicine is a crucial part of treatment. He has no belief in psychotherapy in treating schizophrenia, and comments:¹⁸

Before we believed we could talk schizophrenics out of their psychosis. Nonsense, of course. The patients did not get pills before three quarters of a year had passed because we should give them talk therapy. They got more and more mad (laughter). That was madness, indeed!

Other voices, commenting on what is the best treatment of schizophrenia, also appeared in the therapeutic landscape in the rehabilitation unit. One therapist, for example,

said that the most important thing for a therapist is to encourage patients to tell their story:

They've been confused so long (. . .) If they're able to explain how their life has been, the incomprehensible will be comprehensible (. . .) There have been many violations (. . .) They're not understood. Sometimes, in an acute situation that has been interpreted as madness, patients have reacted dramatically with a great need to be heard and seen. But, they are interpreted the same way all the time (by professionals): "It's only madness, and there's no logic in it." Of course there's logic (. . .). Patients cope with their world in a way that becomes absolutely necessary for their particular dilemma.

The therapist goes on to say that unfortunately we do not tolerate madness in psychiatry:

Researcher: Should we tolerate more (madness)?

Therapist: Yes, I think we would benefit a lot from tolerating more. If we do, we signal to patients that it's possible to accept you as you are until you don't need madness any more. I think it has to do with confidence. The more insecurity, the more madness. If you're able to relieve psychotic symptoms—actually we're able to do that—we have seen that—simply by making the patient feel confident—no medicines (. . .). You should not be afraid of how madness expresses itself when you work in a system which actually treats madness. It should be self-evident, but of course it's not.

Another therapist holds a related position. He refers to Tom's case and says he should be given more responsibility. Instead of compelling him to take medicines, one should leave it to him to decide for himself:

OK, we have to tolerate that he's without medicines for some weeks. Perhaps he will turn very ill, but he will learn something from it. We should give opportunities for learning experiences instead of imposing something on him that he doesn't want (. . .) (Here) we protect patients against their psychosis because we think it will harm them (. . .). This should however be the safest place on Earth to get ill. The patient gets care, food, heating, etc.

A nurse comments on what appears as a transition toward greater tolerance for "madness" at the ward:

Nurse (N): Before it was forbidden to talk about symptoms, but I think that there is room for it now. However, I think we are too afraid to go into it. We should not inform them about reality all the time. Of course, if things take off in the living room we have to intervene.

Researcher: Do you sometimes experience a conflict between what you think you should do as a nurse and what you really want to do?

N: No, not really. Before, I felt obliged to inform them about reality; we were educated to do so, but now I feel freer. It's important that people get the opportunity to live out their madness. I think people are tolerant here.

R: The inmates or the staff?

N: Both. The inmates are very tolerant (. . .). Inmates are able to regulate behavior between themselves. They manage a lot. They have a more natural relationship to madness than we have, I think. They correct each other.

It should be commented that such opposition to the established approach for the treatment of patients only represented a few voices. Although some of the professionals called for "more tolerance," for letting patients "live out their madness" instead of suppressing symptoms with medicines, the landscape was dominated by a biomedically grounded understanding, and by approaches with "insight into illness" and medication at its core.

The final extract in this section derives from a morning meeting¹⁹ where the staff reviews the nursing reports on each patient. The discussion indicates how the differing views recorded above may emerge during such relatively informal staff meetings:

Nurse I: Tom is very ill.

Nurse II: He's really ill.

N I: He has contact with God, he's an angel, says that women constantly fall in love with him. There are birds flying in through the window sitting down on him. He's not able to concentrate. He's the chosen one to everything; in the peace negotiations in the Middle East he is the central person with telepathic contact with people.

N II: (nods, shaking her head).

Therapist: He's given a reasonable coherent presentation, but suddenly his psychosis breaks through. His delusions imply that he feels like a piece in a puzzle.

N II: He's psychotic and he's been for a long time.

N I: Now he's psychotic all the time.

T: He profits from good, clearing conversations.

N I: Yes, but he's ill all the time.

Nurse III: It's an experience to watch the stars with him. All that he can see in the starry sky.

N I: I told him straight out that he's ill: Your imaginations control you so much that you have problems with daily life. Your talk about vampires and UFOs is now so dominating that it controls your life (leans forward, speaking engaged). I tried to explain to him that problems arise when you perceive yourself so differently from others. He agrees that he has nerve problems. I gave him a pamphlet about schizophrenia. Do you recognize these symptoms? I asked. But that was difficult for him.

T: He needs these fantasies.

N I: (states with force): But he's not feeling well. The boy is really ill. He needs medicine, talk therapy, full package.

In the midst of this quite complex scenario, Tom himself argues that "also others believe in supernatural things, space creatures and so on" and "if I believe in these things, why shouldn't I be allowed to," as seen in the extract at the onset of the paper. Tom often refers to a female Norwegian pop singer, who has publicly claimed that she has been abducted by UFOs. He thinks it is unfair that she is allowed to believe in such things, whilst he is not. He does not believe that such experiences are symptoms of schizophrenia. He is convinced that space creatures have simply chosen him for a special mission on Earth; to tell people how important it is with love and friendships and other "such normal things." Tom has read about people being hypnotized in the US in order to rediscover their experiences, which he often refers to, in order to show that there is not only one way to deal with thoughts such as the ones he has.

FROM UFOs AND ANGELS TO SCHIZOPHRENIA

In the discussion of diverging views on extraordinary experiences we shall assess aspects of the opposition that have critically questioned key assumptions in modern psychiatry, as well as draw upon Latour's writings²⁰ in an exploration of alternative approaches for the comprehension and handling of extraordinary experiences.

To briefly sum up Tom's stand; he does indeed feel that something is wrong with him based on his experiences of attacks of sweating and skin eruptions. He is trying to find

causes to his condition, suggesting possible explanations such as drug abuse, deficit in his immune system, being stung by a wasp or having a heart attack. He is worrying about having a serious physical disease, and he wants a proper physical examination. When he says that he feels examined all the time, and accuses the professionals of looking only for what is wrong with him, he refers to the focus and attention given to his thoughts and not to a physical examination.

Tom talks of being abducted by UFOs at night. He finds the experiences very powerful, and is "100% sure" that these things have happened to him. He defends his position by saying that others have experienced such things, too. However, Tom rejects fiercely that his experiences are symptoms of schizophrenia. He simply does not accept it as a diagnosis appropriate for his condition, claiming that "he does not see anything or hear strange sounds or hear voices," which he has learned are symptoms of schizophrenia. He believes that he may have had a "speed psychosis" due to the use of drugs, but not schizophrenia.

Tom's view emerges, as we saw, in stark contrast to the dominating view among the professionals at the rehabilitation unit. One therapist explained psychosis as something that may cause brain damage if it is not treated with "proper medication." Another drew upon a more dynamic biological explanation, the "stress-vulnerability" theory, where psychosis appears as "a reaction to or an overload of the mind and the central nervous system." When discussing schizophrenia as a general topic, the professionals often explained psychosis and schizophrenia in psychological terms, as a coping strategy. Despite the psychologically derived vernacular, however, the present material indicate that most of the professionals perceive schizophrenia as a disease, as a "real" entity in the patient's head, an entity that ought to be removed and excluded. Psychosis and being psychotic has seemingly turned into something "solid," inherent in patients, illustrated by the quote "suddenly the psychosis breaks through." The remedies for removal and exclusion of the psychosis are medicines and, indirectly, a recognition by the patient that he is sick, resulting in compliance with the treatment.

Such a view can of course not be disentangled from historical, social and political processes. Therapists' biomedically grounded positions as well as the opposition to knowledge and approaches of modern psychiatry must be assessed with reference to developments taking place within a particular historic period. At the end of the 19th century Kraepelin (1896) gave the name *dementia praecox* to a cluster of phenomena that were later to be labeled schizophrenia. These phenomena were transformed from folk notions of insanity, lunacy or madness, and only gradually came to represent a discrete disease entity with its own label within a medical framework (Boyle, 2002). It is not the least the works of Michel Foucault that have explored how earlier perceptions of madness were transformed from the Middle Ages to the establishment of modern medicine. He situates this transition in processes taking place during the 16th and 17th centuries (Foucault, 1961, 1970, 1973, 1975). During the Middle Ages, "madness" was still commonly conceived of as destiny or punishment from God that could strike anybody, and the lunatic was commonly perceived as a fearful, but chosen person with certain and particular abilities. Insanity and sanity were, according to Foucault, at this point still communicating. The immense transitions appearing with Enlightenment, with the "Age of reason," implied that there was no longer room for insanity; the dialogue between insanity and sanity was broken, and the "great confinement" was instigated (Foucault, 1961). With the establishment of the medical profession "mental disease" was created as a social category under the heading "psychiatry." Foucault particularly focuses on the dynamics at work in the creation of the psychiatric asylum and the emerging disease perceptions that were constituted on

scientific medical knowledge. Although Foucault's works have been criticized, his writings have made considerable influence on psychiatric discourse with its demonstration of the historical and social construction of mental illness.

As a discipline rooted in the natural sciences, psychiatry increasingly sought to appear in line with biomedical reasoning, appearing reliable, objective and evidence based. Subjective fantasies, ideas, images, and extraordinary experiences appear as a challenge to rational, modern thought, and patients' odd beliefs could thus not be approached as "real," but were confined to the individual as fabricated inside a distorted mind. Thoughts about UFOs and angels, for example, increasingly emerged as unscientific superstition created in sick brains. Foucault's meticulous historic and discursive analysis details the manner in which "madness" became transformed to a disease entity, and how the evolving medical profession implied that "madness" was silenced and confined in asylums controlled by the medical profession (Foucault, 1961).

Cross-cultural studies have also added to our understanding of how notions of insanity are embedded in history and culture. Such studies reveal how interpretations of human behavior are influenced by cultural traditions and expectations about what is considered normal and abnormal within certain contexts (see, Fabrega, 1989, 1994; Good, 1996; Kirmayer, Young, & Robbins, 1994; Kleinman, 1980, 1988); showing that experiences labeled delusions and hallucinations in Western biomedicine may be expressed, described, and interpreted differently in other cultural settings, and hence demonstrate how people's explanations and interpretations depend on what is accepted as valid knowledge in a particular context. Nergård (1996), for example, demonstrates how shamans, earlier highly respected individuals in Lapp society in northern Scandinavia, experienced phenomena that would probably be characterized as psychotic in a Scandinavian/Western psychiatric context. Lukoff (1990) has explored the relationship with shamanism and psychotic states of consciousness at length. His documentation instigated the establishment of a new category in the globally recognized psychiatric classification system DSM-IV (APA, 1995), a category that includes "mystical experiences," "kundalini," "shamanistic initiatory crisis," "psychic opening," and "possession" (APA, 1995).

The demonstration of how madness is culturally, socially, and historically embedded has spurred a production of writings that critically confront key concepts and assumptions in modern psychiatry. Boyle's (2002) writings, for example, emerge as a radical critique arguing that the conception of schizophrenia is a scientific delusion. She describes how the pathological, "deluded" and "hallucinated" subject is constructed in psychiatric discourse, research and literature as well as in public speech. She argues that the public and the psychiatric profession "need" the concept schizophrenia; the idea of schizophrenia as a brain disease provides a comfort to families who may otherwise blame themselves for their relative's condition (Boyle, 2002, p. 239).

Does this lead us to the conclusion that schizophrenia is merely a social and cultural construction? Ian Hacking (1999) proposes a different angle. He asks how we are to classify a phenomenon that probably has a genetic origin (and as such is not socially constructed), but manifests itself through relations and produces dysfunctional families. He criticizes social constructionist writings on schizophrenia for directing their focus only one way. He introduces an interactive type of social constructivism that implies a two-way street, or rather a labyrinth of channels that influence each other. Hacking (1999, p. 116) distinguishes between what he calls an "indifferent phenomenon," which is independent of our recognition of its existence, and an "interactive phenomenon," which finds itself in

a network of interactive channels. A phenomenon can, however, be both indifferent and interactive, he argues, and claims that this position entails consequences for treatment of schizophrenia. A phenomenon such as schizophrenia may originate genetically; at the same time the best treatment may prove to be psychological (1999, p. 118).

“Modernist” Divisions

Bruno Latour’s works may bring us a step further along the lines indicated by Hacking, although he does not focus on schizophrenia or other mental illness as such. Latour (1993b) calls for attention to what he labels the “modernist settlement,” established during the period of Enlightenment. The core element of “the modernist settlement” was, according to Latour, to scientifically separate the “absolutely true” from the “absolutely false,” and superstition from hard facts (Latour, 1993a). The creation of a duality between the absolutely true and the absolutely false had immense impact on the ways in which “madness” was viewed.

According to Latour, “the modernist settlement” also implies a “modernist division” between nature/culture. He argues that the conception of something being constructed (belonging to the mind, culture or society) and other things being real (belonging to nature), that is, the distinction between realism and constructivism, is a product of a modern way of thinking (1993b). Phenomena are and have always been hybrids of cultural/natural entities, intertwined and entangled, he argues. Latour rejects the “modernist” division between true and false (1999, p. 114) and contests both social constructivism and realism as tools to understand this world. “The truth—the nonmodernist truth—is that facts are neither real nor fabricated,” he writes (Latour, 1999, p. 295). Hence, to question what is real or not is not very relevant. Reality is nothing one needs to believe in, he writes. This constant fear of losing reality must be understood as a heritage of Descartes who was asking for absolute certainty, he argues (Latour, 1999, p. 4).

Latour also criticizes the “modernist” dichotomies inside/outside and human/nonhuman; the notion that facts are “out there”: scientific, reliable, and objective, and beliefs and ideas are “in there,” constructed, subjective, not scientific, and unreliable. Latour (1999, pp. 266–292) attacks this division between knowledge and belief, as if belief were “a palace of ideas, imagination, fancies and distortions ‘in there’” (Latour 1999, p. 283). UFOs and angels indeed challenge the inside/outside/human/nonhuman distinction, and will, in the “modernist” way of thinking, be reserved to “in there,” as fabrications in sick human brains (although popular beliefs in UFOs and angels are widespread). Latour wants to blur the strict distinctions between inside/outside, subjective/objective, human/nonhuman or bypass it all together. Skeptics may argue that this is a futile project, because such distinctions are so embedded in the language that we cannot even imagine a world without it. This is perhaps why Latour constructs new words to overcome the limitations of language. Latour’s point is to open up for pluralities in the understanding of phenomena, not to reduce the world into two realms (Latour, 1999, p. 148).

The project of the “modernist settlement,” according to Latour (1993a) is to purify the hybrids or quasi-objects/subjects as he also calls them. Quasi-objects are fusions of inside/outside, nature/culture or human/nonhuman phenomena. In the “modernist settlement” the quasi-objects are to be purified into two poles, either nature or culture, inside or outside, real or false. However, Latour argues that we have never been modern (1993a), the world has never been made up by dichotomies. For instance, he introduces a neologism

that he calls "factish"; a hybrid of the terms "fact" and "fetish" in order to emphasize that phenomena are both real and constructed.

According to Latour, "the modernist settlement" tolerates quasi-object or hybrids poorly. Thinking with Latour, one could say that the nonmodernist, ambiguous folk-notions of "madness"²¹ have become transformed into a clear-cut disease, labeled schizophrenia, that can easily be approached by modern thought. With the elimination of hybrids, schizophrenia can be viewed either from a "natural," biological pole or from a social/cultural pole (i.e., a social construction), with the "natural," biological pole increasingly in the front. Within these competing paradigms, little is left for alternative perspectives. Such a dualism implies that Tom's voice is simply not heard or regarded as relevant. When he persistently clings to his UFO experiences, his condition is explained by professionals as signal substances running wild in his brain, alternatively as a response to traumatic events in childhood or as primitive defense mechanisms caused by stress/vulnerability. Tom's experiences are taken seriously only as expressions of illness.

A controversial view to patients with extraordinary beliefs was taken by the late Harvard psychiatrist John Mack. Mack worked with more than 100 individuals who were referred to him for psychiatric evaluation of experiences of abductions by UFOs. Through hypnosis and relaxation sessions the patients were able to relive their abduction experiences. Mack (1994, pp. 13) wrote that the consistency of the stories told by his patients and the emotional intensity involved convinced him of the reality of these "anomalous" experiences. When Mack (1994) claimed that alien abductions indeed take place, a major controversy erupted in the Harvard campus.

Mack (1994), like Latour, fundamentally confronted what he calls the "Western materialistic paradigm" (or "modernist settlement" in Latour's terms). This worldview, he claimed, is largely dualistic in the way it separates the observer from the observed, inner reality from outer reality, and the physical world from the spiritual. The Cartesian, dualistic paradigm has excluded the recognition of "crossover phenomena"; that is, phenomena that belong to other dimensions or "subtle realms," which manifest themselves in the material world (Mack, 1995, pp. 14). Latour (1999, p. 286) argues that "the moderns" have stripped belief of its ontological content. We no longer look at the content of the belief, he writes, whether it concerns the Virgin Mary or UFOs. Latour's response to the dualistic paradigm is to call for more reality to be taken into account, or acknowledge the hybrids that have always been there (1999, p. 114).

"Blackboxing" Schizophrenia

In the material on Tom presented above, we saw that aspects of critical views or opposition to the established understanding of extraordinary experiences emerged in diverse contexts. The diversity of views represented by the professionals resonates with the wide range of theoretical approaches described in the literature. The concept of schizophrenia in and of itself is however not contested in practice. It is the approaches to the phenomenon that differ. In the daily practice of a psychiatric clinic, it seems that the existence of schizophrenia is taken for granted by both professionals and patients, and they make use of the concept without hesitation. Schizophrenia is no longer reflected upon, except during the psychiatric examination when the psychiatrist has to decide whether a patient qualifies for the diagnosis or not. In such a framework the psychiatric examination is vested with immense importance. During such an examination psychiatrists focus primarily on the

symptoms that may imply or exclude the diagnosis of a particular psychiatric illness, according to the ICD-10 or the DSM-IV.

Not even Tom rejects that a disease labeled schizophrenia exists. He reveals knowledge about schizophrenia, and accepts it as a mental illness, but he denies that he himself suffers from such a condition; that his symptoms fit into the definition of schizophrenia. As Boyle (2002) points out, schizophrenia has become a part of a common reality, both for patients, professionals and the public. Boyle, referring to the particular power of medical and scientific discourse, argues that schizophrenia is produced, supported and maintained by the way it is written and spoken about.

Latour's concept "blackbox" (1999)²² may be apt to understand the dynamics at work. He argues that some phenomena are under construction, not yet defined, while others are already shaped. When things, knowledge and concepts are not yet fixed, there may be substantial controversies about whose explanation has priority. When things are settled and "facts" are established, the controversy ends, and the thing, concept or knowledge becomes a "blackbox"; a kind of closed file that nobody any longer questions. It becomes accepted as a scientific fact beyond discussion. The manner in which schizophrenia is blackboxed is manifested in the Web sites established to inform the public about schizophrenia. These pages are dominated by a biomedically grounded understanding revealed in the following citation:

Schizophrenia is a chronic, severe, and disabling brain disease (. . .). Since the early 1980s, with the availability of brain imaging techniques and other developments in neuroscience, the evidence has become overwhelming that schizophrenia and manic-depressive disorder are diseases of the brain, just as multiple sclerosis, Parkinson's disease, and Alzheimer's disease are diseases of the brain. The brains of individuals with these diseases are measurably different from individuals who do not have these diseases, both structurally and functionally (Torrey, 2005). (<http://www.schizophrenia.com/disease.htm>)

Such "facts" have not been established without controversies, though. Latour gives attention to the processes that precede the formation of a blackbox. He indeed uses the verb "to blackbox" to indicate that to create a blackbox does not happen by chance, but is a process implying intentional action carried out by scientists or professionals who wish to establish their own explanation as the accepted fact, in opposition to others. In order to win the "war" and convince others, the scientist needs other humans or influential scientists, as well as technology, in other words a whole network of human/nonhumans. These networks are again connected to other networks. The weapons in such a "war of science" (Latour, 1987) can be arguments, discussions, space in prestigious journals, science awards, etc. However, to pursue these networks is not within the scope of this article.

The present material indicates that the concept of schizophrenia is blackboxed as a phenomenon no longer valid for discussion, in the sense that hardly anyone really asks whether schizophrenia exists or not. How to deal with schizophrenia, that is, the therapeutic approaches to the phenomenon, is to some extent up for debate. It is to the treatment of schizophrenia that we now turn.

Insight Into Illness, Medicine-Compliance, and Therapeutic Alliance

Establishing a diagnosis of schizophrenia creates certain expectations about ways to approach the patient in terms of treatment. As revealed in Tom's treatment plan, having a

diagnosis is considered a resource in itself. The key ingredients in the treatment package at this particular rehabilitation unit were the concepts "therapeutic alliance," "medicine-compliance," and "insight into own illness." In Tom's treatment plan "insight into illness" is a desired goal, and "optimal medical treatment" is a prime intervention intended to deal with his illness. There is a close connection established between "medicine-compliance" and "insight into illness." "Insight into own illness," meaning that the patient considers himself schizophrenic and "medicine-compliant," implying that the patient takes the antipsychotic medication as prescribed, would have to be fulfilled for the "therapeutic alliance" to be functional. A lack of therapeutic alliance would render the program futile. Lacking therapeutic alliance was in Tom's case indeed one of the reasons pointed out for the initial committal to hospital.

Professionals at the rehabilitation unit indicated the priority given to medication, as the patients would commonly gain "insight" as soon as the medicines started to work. To be "on medicines" thus created specific expectations and images in the staff. The expression also implied a sort of comfort for the staff as opposed to not being "on medicines," which would indicate more unpredictable talk and behavior. In cases of initiation of new medication regimes, the staff was waiting for "the medicines to break through" as opposed to the "psychosis breaking through."

The emphasis on insight into illness and medication is not particular to this case material. A dominating view among psychiatrists is that it is profitable for patients to accept their diagnosis and obtain insight into their own illness and to be medicine-compliant.²³ These two assets are commonly perceived as a precondition for recovery. A group of Swedish psychiatrists state that: "Motivation for medication and compliance with drug treatment are two of the most important factors to prevent relapse and rehospitalization" (Flyckt, Taube, Edman, Jedenius, & Bjerkenstedt, et al., 1999). Such statements have gained status as unquestioned "facts" in psychiatric circles, being self-evident and largely taken for granted. Opposition to the emphasis on medication and medicine-compliance was detected in the staff at the rehabilitation unit, but this opposition never came close to challenging the prevailing emphasis on medication.

From Tom's perspective there is no need to have insight into a disease that he does not have. As he does not believe that he has symptoms of schizophrenia there is no need for "symptom control" or medical treatment of the kind indicated in the treatment plan, and he is therefore rather unwilling to enter a therapeutic alliance. The psychiatric examination regarding serious mental illness called for in the initial medical records is not what Tom is looking for. According to Tom, it appears illogical to go through a psychiatric examination when his symptoms indicate physical illness, and it surely does not make sense for him to take antipsychotic medication when he believes that he has a disease in the immune system. Tom asks for vitamins rather than "brain medicines." He simply does not understand the point of being in the ward, and would rather be free to leave. Although Tom eventually agrees to the hospitalization, he does not want to give up his status as a healthy person. He is very persistent in his perception of reality while the therapist in vain tries to make him accept that he is ill. Tom tries to develop strategies like being quiet—not to share his thoughts with others. However, this turns out to be difficult in practice; Tom readily tells nurses, therapists and other patients about his encounters with UFOs and angels.

As we saw, Tom fundamentally distinguishes between physical and mental disease in himself, but the professionals' aim, that he eventually comes to share an understanding of schizophrenia within himself, is hardly met during the time of the present fieldwork. Tom

has not yet gained "insight into his own illness" by learning about, detecting and measuring signs of schizophrenia within himself. He has picked up the psychiatric expert terminology and has integrated it into his own vocabulary,²⁴ but not with reference to his own case.

Coercion

Sjøstrøm, who studied the use of coercion in a large Swedish psychiatric hospital, found that "lack of insight into illness" was often interpreted as the cause of "nonmedicine-compliance" and vice versa. He argues that patients often found themselves in a double-bind situation where the denial of mental illness was interpreted as a sign of mental illness itself (Sjøstrøm, 1997, pp. 250–267). We recognize a similar double-bind scenario in the present study. During the initial hospitalization, Tom mentioned that if he agrees to being schizophrenic, he will have to accept a status as a mentally ill person and the medication and modification of his thoughts as implied in the therapeutic alliance. If he does not agree to a treatment alliance, this is interpreted as an additional criterion for using coercion. If he does not comply, however, he will, in his own eyes, maintain a status as a mentally healthy person. Professionals tried to persuade him that he is ill, and interpreted his "lack of insight" as a symptom of the illness itself, in a manner described by Sjøstrøm. The professionals (and the Control Committee) indeed eventually did manage to persuade Tom to be compliant, and the status of the hospitalization was changed from "involuntarily" to "voluntarily." Tom, on his part, held that he did not really have a choice. If he had refused, they would have used coercion.

Although coercion was evident at the acute clinic, forcing patients was no real option at the rehabilitation unit. The professionals said that the use of coercion represented a considerable emotional strain on both patients and themselves. They stated that they would refrain from using force as long as possible, and try other possibilities first. Medication without consent was sometimes discussed during the morning meetings if a patient was considered "very ill," but during the 8 months of fieldwork period no physical coercion was used. The professionals decided to "wait and see" and tried to persuade the patient to comply with treatment instead. Nonetheless, Tom experienced the possibility of coercion as a factor that made him comply with a hospitalization and type of treatment he was highly skeptical about. In spite of the fact that Tom was not physically constrained in the rehabilitation unit, as there were no locked doors, he perceived the institution as a prison.

Disregarding and Decontextualizing Extraordinary Beliefs

Tom appeared to like to tell about his "delusions" when they were not objected to, and was far more comfortable when the nurses or therapists listened to his narratives instead of confronting them or trying to divert his attention. Tom's ideas of UFOs, angels, birds flying in through the window and sitting down on him, etc., were, however, largely regarded by the professionals as symptoms of severe mental illness, as proof that he was "very ill." The professionals explored the content in Tom's beliefs only to a very limited extent. His "delusions" were regarded as something unwanted that should be treated and removed primarily through medication.

Most professionals in the present study were inclined to interpret patients' "delusions" within a medical framework, as symptoms of a distinct disease entity or syndrome. Professionals will with such a vantage point be inclined to think of patients' beliefs as expressions of psychopathology, and the content of the extraordinary beliefs will be explored only up

to a point. When the diagnosis of schizophrenia is established, there appears to be little further reason to focus on the patients' beliefs. Rather, in mainstream psychiatric literature professionals are discouraged to discuss the patients' "delusions" or "hallucinations," because it is assumed that the patient will get worse if such beliefs are given attention. It is believed that patients will become more preoccupied with their strange beliefs if they are allowed to talk about them. However, Leudar and Thomas (2000, pp. 127–147) did explore in depth the content of people's voices, and they found that the very process of letting people talk about their voices in detail without objections or negative judgments helped them get less distressed. They argue that exploration of voices may help people coping with them, but suppressing them can make them more occupied with their voices (Leudar & Thomas, 2000, p. 114).

Romme (2000) found in his studies that auditory hallucinations are present in patients as well as in nonpatients, and that the hearing of voices is a human coping strategy rather than a symptom of a particular disease. Through case studies, Romme (2000, pp. 25–50) documents how the voices have a close connection to the people hearing them. The voices say something about the hearer's life history and the problems the person is going through.

Another exigent aspect of regarding schizophrenia as a "chronic, severe, and disabling brain disease" is that the main focus is placed on the pathological individual, less on social context. Modern psychiatry explains schizophrenia as a disease generated inside patients. The challenge with such categories is that they do not indicate in which social, political, historical or legal context "delusions" appear. It is taken for granted that delusions or deluded people exist, and that they belong to natural occurring classes. It may be difficult, however, to separate delusional beliefs from nondelusional because such an idea implies that some kind of objective standard exists that is capable of distinguishing delusions from nondelusions. Boyle, on the contrary, regards "delusions as a construction rising from an interaction between a speaker and a hearer" and "what is obscured by attempts to define them objectively is that the judgement is always social and relational" (Boyle 2002, p. 273).

What can be said is that Tom's beliefs are delusions because they contradict what is accepted in the culture that he shares, as suggested in the ICD-10 manual. This argument corresponds with the "culture criterion" in the DSM-IV (APA, 1995). According to Boyle, however, such concepts imply that nobody can produce beliefs that contradict the culture they share except as a result of a pathological process, which is absurd, she claims (Boyle, 2002, p. 272). We agree that history reveals many examples of people who created new belief systems that were not culturally accepted at that time, but have been accepted later (however, not indicating that Tom is creating a new belief system).

Nergård (1996), for example, points out in his studies the importance of a social context to situate one's beliefs. Shamans' spiritual experiences made sense in earlier Lapp society, but do not necessarily do so in a broader Norwegian/Western context, nor, we may add, in a "modern" Lapp context. Another way of understanding "delusions" is to look at them as a social enterprise, a social discourse of labeling and judgments (Foucault, 1961, 1975; Goode, 2001).

If a person's belief is decontextualized from its social surroundings, he or she will easily feel alienated and frightened. Tom is left rather alone with his beliefs. His experiences do not make much sense neither to the large bulk of professionals nor to his fellow patients. One may say that it is not Tom's "delusions" in themselves that cause problems, but his lack of concentrating on daily necessities. We may recall how a nurse commented that

Tom could not concentrate on anything because he was so preoccupied with his thoughts. One should, however, also consider turning the argument around, as suggested by Leudar and Thomas (2000, p.114), who argue that psychiatric patients are so engaged in their "delusions" because they continuously have to defend their belief system in order to maintain a status as a healthy person.

Power to Define "Reality"

An exploration of the complex dynamics of power inherent in the approach to extraordinary experience revealed in the case of Tom is beyond the scope of this article, but a few comments are demanded, as the asymmetry of power between the professionals' and Tom's theory of knowledge is evident. The fundamental disregard for Tom's and other patients' extraordinary beliefs emerged through statements and practice throughout the material. The microdynamics of power at play with regards to definitions of Tom's illness were particularly revealing and surfaced in statements such as:

When I'm very quiet and don't say a thing, you think I'm well, but when I start talking about my thoughts, you say I'm ill. Therefore I don't want to talk about my thoughts. I just sit quietly, and then you keep me *there* (points at the floor). I feel like a prisoner. Before I came here I felt free. I could think what I liked to think.

Foucault's classic texts all in one way or another deal with dynamics of knowledge and power, and demonstrate how power is present all the time, integrated in human and non-human networks and practices, in texts and literature, shifting in forms and expressions over time. According to Foucault it is difficult to localize power to any identifiable superstructure or system. He writes: "Power relations are rooted deep in the social nexus, not a supplementary structure over and above 'society' (. . .). A society without power relations is an abstraction" (Foucault, 1982, in Faubion [ed.], 2001, p. 343).

Foucault's confrontation of the conventional macro approach to investigations of power relations in one sense emerges, albeit with differing expressions, also in Latour's works. Latour does not, however, accept the division between "micros" and "macros," "small" and "large," "local" and "global." He argues that the global is to be found in the local and vice versa. Indeed, there is no substantial difference between the local and the global. Micro and macro consist of the same material according to Latour (2001). As we saw, the Mental Health Care Act, which may at one level be considered as a macro system of power, or a superstructure, had a direct influence on the micro level, in one particular institution, on one particular patient, as a way of dealing with UFOs and angels. Similarly, the ICD-10 manuals that are developed on a macro, global level, indeed had impact on the everyday practices in the local institution.

In Latour's writings humans and nonhumans can be viewed as pieces or nodes in a local/global network, in this particular case labeled "modern Western psychiatry." The power to define "reality" is determined by numerous actors, the most conspicuous being those who are able to raise funds to do research, those who have access to prestigious journals and conferences, or influential (mental health) organizations. The local/global power system called "psychiatry" is thus indeed present in the particular institution described in this study. Latour's emphasis on human and nonhuman nodes in a complex network that jointly defines "reality" appears to be a fruitful way of approaching the power dynamics at work in the present case. These dynamics jointly produce contexts in which patients are only allowed to define their own problems and solutions to a very limited degree, as revealed in the citation above.

CLOSING REMARKS

Let us close by very briefly indicating a few potential consequences of drawing upon alternative frameworks such as Latour's for the handling of extraordinary experience. Bridging of established dichotomies such as reality/nonreality, inside/outside, belief/knowledge, subjectivity/objectivity will imply that more reality will have to be taken into account to employ Latour's terms. It will imply a more open encounter with extraordinary beliefs such as Tom's. Tom's thoughts would not necessarily be taken at face value. When conceiving extraordinary beliefs as realms of hybrids that are both "constructed" and "real," "cultural" and "natural," the disregarding of the content of the experiences would however probably appear as less urgent. Symptom control through reality orientation and medication would moreover necessarily be given less emphasis. A more open attitude toward the interpretation of extraordinary beliefs would rather imply development of illness categories somewhat more in line with how patients describe their experiences. An opening up of traditional psychiatric categories in a manner in which more diversity, multiplicity and complexity of human experience is allowed for, could imply that the UFOs, in this particular case, would be approached as neither real nor fabricated, but as "factish," using Latour's vernacular. A consequence could possibly be that Tom would be asked to see a priest or a spiritual adviser or to join a community where UFO abductions are regarded as natural and commonplace.

Thinking with Latourian hybrids implies a focus on the entangledness of phenomena, on networks, on cross-over phenomena, and on the bridging of "inside" and "outside" phenomena. Such an emphasis would provide psychiatry with a framework that would include not only the individual psyche, but also the complexity of communicating, interpreting and expressing "extraordinary experiences." In turn this would demand a wider approach to both the understanding of and the acting upon the phenomenon; in a sense a broad re-contextualization of the phenomenon, as a dialogical phenomenon—between patient and healer.

The above indications would have consequences for the ways in which professionals deal with patients. This is indeed an ethical issue. Professionals will have to listen to and respond to patient narratives in a more open and attentive manner in order to gain the insights necessary for guiding the patient. Allowing for "more reality" would thus imply a stronger emphasis on the dialogues between patients and professionals in a manner that would, in a larger degree, expose the professionals symmetrically with the patients, thus at least in some aspects confronting the daunting structural imbalance found between patients and professionals in modern psychiatry.

NOTES

1. It is our belief that through a focus on one case we reach a further understanding of the complexity and multiplicity of voices and approaches appearing in this landscape than by presenting several shorter extracts from more patients. Unnecessary to say, we are highly aware of the immense challenges of generalization that such a presentation form poses, but let the advantages in terms of potential for "thick description" count more.

2. It is not obvious that psychiatry as a field is recognized (from "within" the field or from the outside) as wholly or partly belonging to the biomedical or natural sciences. However, the similarities of the field/discourse with other biomedical fields/discourses are obvious, concerning, for example, ideas of rationality, objectivity and evidence.

3. It must be commented that this particular rehabilitation unit appears to be of slightly higher standard than the average in Norway. All psychiatric institutions in Norway are part of the public welfare system, and there are no private clinics. Nevertheless, the standard may differ. It was the researcher's impression that this unit also attracted highly motivated and educated employees who were particularly devoted to their work.

4. "An Independent Life" (AIL) is a program for people diagnosed with schizophrenia that is based on the ideas of a group of American psychiatrists (UCLA, 2005) and modified to comply with Norwegian conditions by the Norwegian psychologist Gråwe (1991). The program consists of three courses: the first on managing "symptoms of schizophrenia," the second on "social conversational skills," and the third on "body awareness." It is based on the assumption that psychotic patients have particular problems in these three areas, and that they will manage daily life in a better way if they learn about their illness through theoretical lessons and practical training and exercises within these areas. Nurses are in charge of the first two courses. The aim of the first course is to teach patients to detect symptoms of a relapse into a psychosis. In the second patients are trained to enhance their conversational skills. In the third patients learn body-relaxation techniques from a physiotherapist. All three courses are in principle compulsory, but staff may decide that a patient should attend one, all, or none.

5. The patients did not always want to follow the program set up for them. Some of them overslept, did not show up to appointments or withdrew to their rooms, which represented considerable frustration among the staff.

6. All data were collected by the first author.

7. The researcher was given keys and access to areas of the unit where patients were not allowed, for instance to the nurses' office, so the danger of her being perceived as one of the staff was obvious. Nevertheless, it seemed that neither patients nor staff misunderstood her role in the unit. She was often referred to by patients as the one who was "doing that investigation." The nurses told that they often forgot the presence of the researcher. On the other hand, patients, nurses and therapists often spoke to the researcher spontaneously, wanting to explain their point of view, and she continuously had to reflect on the balance between participation and observation.

8. Interviews from 9 patients, 2 ex-patients who visited the institution regularly, and 11 professionals were recorded. Some of the patients were interviewed several times. Usually the interviews took place in an office connected to the unit or in another room, making undisturbed talk possible.

9. It is a challenge being a researcher "inside" the field, attempting to observe others (and oneself) from the "outside." In analyzing the material in retrospect, we relied on the interviews and field-notes, which also included the researcher's own actions and speech.

10. §3 of the Norwegian Mental Health Care Act meant that a patient could be committed to hospital against his will for a limited period of 3 weeks. A head psychiatrist's decision was necessary (and sufficient) to employ § 3. The Mental Health Care Act in Norway has been revised since the fieldwork was carried out. However, no major changes have been made that concern the use of coercion in administering medicines or committing people to hospital.

11. The reader has to keep in mind that this passage is translated from Norwegian. Such a translation represents a particular challenge, because doctors have developed their own kind of expert language, different from common Norwegian speech.

12. This interview was carried out after Tom had been at the clinic for around 2 months. It was not tape recorded, but detailed notes were written during the conversation.

13. A compulsory Control Committee is established in all Norwegian counties in order to ensure the legal rights of psychiatric patients.

14. Such plans are made when all professionals are gathered for a meeting to discuss the patient's problems and how to resolve them. The room where such meetings take place is usually locked and reserved for staff only, except on special occasions when patients participate in the AIL lessons. Apart from the fact that the patient is not present, the process of making a treatment plan is quite democratic. The atmosphere is rather informal, and all participants are given opportunity to voice their opinion, which they do, often with high level of involvement. Proposals are eagerly discussed,

rejected or accepted. The result is usually based on consensus between the professionals, but in case of disagreement, the head psychiatrist makes the final decision. One professional is standing by a blackboard, writing down proposals from the personnel present, and later the plan is written into the patient's nursing record.

15. Data in the following two excerpts is based upon tape-recorded interviews, transcribed verbatim.

16. The context of the conversation is the therapist's office where the researcher is allowed to be present as an observer. The conversation was not tape-recorded, but notes were taken simultaneously.

17. Meaning that Tom does not respond to the staff's efforts to speak to him.

18. The following excerpts in this section are tape-recorded.

19. During these meetings the researcher usually sat around the table together with the others, taking notes simultaneously. The other persons also had pen and paper, so the researcher did not differ so much from the rest. She did not participate in any of the discussions.

20. It is our intention to follow the line of Latour's thinking to find out if it is capable to add some understanding to contemporary psychiatry.

21. By this we do not romanticize earlier perceptions or treatments of "madness."

22. "Blackbox" is defined by Latour (1999:304) as "an expression from the sociology of science that refers to the way scientific and technical work is made invisible by its own success. When a machine runs effectively, when a matter of fact is settled, one need focus only on its inputs and outputs and not on its internal complexity. Thus, paradoxically, the more science and technology succeed, the more opaque and obscure they become."

23. The issue of medicine compliance cannot be dealt with disconnected from the aggressive marketing of the pharmaceutical companies, which have influenced professionals' as well as public opinion about the efficiency of medicines. Jonathan Leo, for example, states that the pharmaceutical companies have "stretched their fingers into patient advocacy groups, consensus panels, continuing education for psychiatrists, and even major medical journals" (2002, p. 193). He is worried about how the pharmaceutical companies control research and "dictate what get studied, resulting in little investigation into the role of psychosocial factors in the aetiology of mental illness" (Leo, 2002, p. 173). Hence, the pharmaceutical industry may have strong, economical interests in maintaining a biological explanation of schizophrenia.

24. It was an explicit aim of the educational program (AIL) that patients should learn about symptoms of schizophrenia.

REFERENCES

- Agar, M. (1996). *The professional stranger: An informal introduction to ethnography* (2nd ed.). San Diego: Academic Press.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: APA Press.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia. A scientific delusion?* London: Routledge.
- Fabrega, H. (1989). The self and schizophrenia—a cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 277–290.
- Fabrega, H. (1994). International systems of diagnosis in psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 82, 256–263.
- Foucault, M. (1961). *Madness and civilisation: A history of insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1970). Madness and society. In J.D. Faubion (Ed.), *Aesthetics, method and epistemology, essential works of Foucault 1954–1984, Vol. 2*, 335–342. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books.

- Foucault, M. (1975). The abnormals. In P. Rabinow (Ed.), *Ethics, subjectivity and truth: Essential works of Foucault 1954–1984, Vol. 1*, 51–57. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. In J. D. Faubion (Ed.), *Power: Essential works of Foucault 1954–1984, Vol. 3*. London: Penguin Books.
- Flyckt, L., Taube, A., Edman, G., Jedenius, E., & Bjerkenstedt, L. (1999). Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 377–382.
- Good, B. J. (1996). Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 127–132.
- Goode, E. (2001). *Deviant behaviour* (6th ed.). New York: Prentice-Hall.
- Gråwe, R. W. (1991). Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av symptomer, arbeidshefte, Intern publikasjon, Psykiatrisk Institutt, Østmarka, Psykologisk Institutt, Lade, NTNU, Norge. (An independent life. Getting better: Coping with symptoms, Work Book, Internal publication, Department of Psychiatry, Ostmarka, Department of Psychology, Lade, NTNU, Norwegian University of Science and Technology).
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 584–595.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie* (5th ed.). Leipzig: Barth.
- Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Latour, B. (1993a). *We have never been modern*. New York: Harvester, Wheatsheaf.
- Latour, B. (1993b). An interview with Bruno Latour, by T. Hugh Crawford. *Configurations*, 1, 247–326.
- Latour, B. (1999). *Pandora's Hope: Essays on the reality of science studies*. London: Harvard University Press.
- Latour, B. (2000). When things strike back: A possible contribution of science studies to the social sciences. *British Journal of Sociology*, 5, 107–123.
- Latour, B. (2001). *Doctoral course: Workshop in thesis writing on actor-network theory*. University of Oslo, Norway.
- Leo, J. (2002). The chemical theory of mental illness. *Telos*, 122, 169–177.
- Leudar, I., & Thomas, P. (2000). *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. London: Routledge.
- Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Alfred A. Knopf.
- Lukoff, D. (1990). *David Lukoff's experience*. Retrieved March 19, 2003, from <http://www.spiritual-emergency.com/experiences/exp-lukoff-print.html>
- Mack, J. E. (1994). *Abduction: Human encounters with aliens*. New York: Ballantine Books.
- Mack, J. E. (1995, September). *Studying intrusions from the subtle realm: How can we deepen our knowledge*. Developed from a speech given at the International Association for New Science Conference, Fort Collins, CO.
- Miles, M. B., & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nergård, J. I. (1996). Shamanen – tolkare av den samiska gemenskapen [The shaman-interpreter of the Lapp society]. In J. Cullberg, K. Johannisson, & O. Wikström (Eds.), *Mänskliga gränsområden: om extas, psykos och galenskap [Human borderlines: extacy, psychosis and madness]*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Romme, M. (2000). *Understanding voices*. Gloucester, MA: Handsell Publishing.

- Sjøstrøm, S. (1997). *Party or patient: Discursive practices relating to coercion in psychiatric and legal settings*. Linköping Studies, Sweden: Borea.
- Torrey, F. E. (2005). *Schizophrenia is a disease of the brain*. Retrieved June 1, 2005, from <http://www.schizophrenia.com/disease.htm>
- UCLA (2005). Retrieved September 12, 2005, from <http://www.npi.uck.edu/irc/products/products.html>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.

Offprints. Requests for offprints should be directed to Toril Terkelsen, RN, MS, Stromsboveien 34, 4834 Arendal, Norway. E-mail: toril.terkelsen@hia.no

CONTRIBUTORS

ASTRID BLYSTAD is associate professor of anthropology at the University of Bergen in Norway. She teaches social anthropology, supervises doctoral students and is doing anthropological research in Africa.

MICHAEL H. DAVISON did postgraduate studies in psychology, anatomy, physiology, and creative writing and is interested in just about everything not irrational.

DAVID HEALY is reader in psychological medicine at the University of Wales College of Medicine. He is the author of *The Antidepressant Era*, *The Creation of Psychopharmacology*, and *Let Them Eat Prozac*. He is the former secretary of the British Association for Psychopharmacology and is the author of over 120 articles.

IDA HYDLE is a social anthropologist. She is professor of health sciences at Agder University College in Norway. She teaches and conducts research within the fields of medical and legal anthropology.

JEFFREY R. LACASSE is a doctoral candidate at the Florida State University College of Social Work. His research agenda includes evaluating how public policy affects mental health treatment at the micro level. His doctoral dissertation, in progress, evaluates the implementation of an antipsychotic medication algorithm in a state inpatient facility.

NADINE LAMBERT is professor in the cognition and development area in the Graduate School of Education at the University of California at Berkeley, where she has been on the faculty since 1964. She has been the principal investigator on a 30-year prospective longitudinal investigation of ADHD children and their classroom agemates. She is a Diplomate of the American Board of Professional Psychology, and in 1999, she was honored by the American Psychological Association with the award for Distinguished Contributions for Applications of Psychology to Education and Training.

TORIL TERKELSEN is a PhD student and assistant professor at Agder University College in Norway. She teaches psychiatric nursing, ethics, and theory of science. Her research area is within the field of psychiatry.

LOUIS WYNNE has been in full-time independent practice for several years. Former positions include: clinical director of the New Mexico State Hospital, adjunct associate professor of psychiatry and psychology at the University of New Mexico, and consulting surveyor with the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. His novel, *Deliver Us From Evil*, was published in 2002; its Web site is www.deliverusfromevilthebook.com

Å bli overvåket gjennom en radiosender

– hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling

Toril Terkelsen, Norge

Artikkelen handler om, hvordan psykotiske tanker, forestillinger og uttrykk blir forstått og håndtert av personalet og pasienter i en psykiatrisk avdeling. Pasienter, som blir diagnostisert som schizofrene, forteller ofte om spesielle erfaringer som for eksempel å bli overvåket av en radiosender eller å bli utsatt for et komplott. Artikkelen har bakgrunn i et åtte måneders feltarbeid ved en norsk psykiatrisk rehabiliteringsavdeling. Utgangspunktet er en enkelt pasient, som er overbevist om at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans.

Gjennom empiriske eksempler settes fokus på, hvordan disiplin og kontroll av psykotiske tanker utspiller seg. Materialet viser en asymmetri i maktforholdet mellom pasientenes og personalets ulike kunnskapsregimer. Dette forholdet analyseres i lys av bla. Michel Foucaults arbeider om makt, kontroll og selvteknologier. Det argumenteres for et mer åpent og dialogpreget møte med psykotiske uttrykk, der det gis større rom for ulike perspektiver på psykotiske erfaringer.

Søkeord: 'Psykose', 'Schizofreni', 'Psykiatrisk sykepleie', 'Makt', 'Kontroll', 'Foucault'

Indledning

I denne artikkelen setter jeg søkelyset på, hvordan psykotiske tanker, forestillinger og uttrykk blir forstått og håndtert i en psykiatrisk avdeling. Pasienter som blir

diagnostisert som schizofrene, forteller ofte om spesielle erfaringer. Mange opplever for eksempel, at de blir styrt av krefter utenfra, at de blir utsatt for et komplott, overvåket av satellitter gjennom radiosendere, bestrålt av kosmiske stråler fra verdensrommet, eller at de blir bortført av en UFO.

På bakgrunn av erfaringer fra et åtte måneders feltarbeid jeg utførte i en norsk psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, vil jeg beskrive, hvordan psykiatrisk fagpersonell i tale, handling og skrift håndterer slike opplevelser. Jeg tar utgangspunkt i en enkelt pasient, Jon¹, som har fått diagnosen schizofreni. Han er overbevist om, at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans. På denne måten kan legene holde kontroll med ham via en satellitt, som kommuniserer med en TV-stasjon. I følge Jon har legene og naboene inngått et komplott for å overvåke og spionere på ham.

Gjennom eksempler fra dette empiriske materialet beskriver jeg, hvordan Jons opplevelser blir snakket og skrevet om, og hvordan han gir uttrykk for sin egen opplevelse av behandlingen, han har fått. Jeg kommer ikke til å 'gå inn i' Jons hode for å forstå og forklare psykosen derfra men vil snarere beskrive, hvordan hans tanker om radiosenderen får ringvirkninger utover i behandlingsapparatet. Sentrale spørsmål i artikkelen er, hvordan ulike kunnskapsregimer om psykose kommer til uttrykk i en psykiatrisk avdeling, hvordan ulike typer kontroll av psykotiske tanker og atferd utspiller seg, og hvilke samfunnsmessige betingelser som muliggjør slik kontroll. Jeg ser 'psykose' som del av historiske, økonomiske, sosiale og politiske prosesser, og hensikten er å beskrive noen elementer i disse prosessene ved å bruke perspektiver fra blant annet idehistorikeren Michel Foucault.

Foucault har gjennom hele sitt forfatterskap arbeidet med forholdet mellom kunnskap og makt (1972) og med ulike sider av kontroll og disiplin over individer: fra kontroll over galskapen (1999 [1961]) til kontroll over menneskers kropp i fengslet (1999 [1975]). Dette er perspektiver, som kan bidra til å kaste lys over, hvordan Jons opplevelser blir håndtert i den psykiatriske avdelingen. I sine senere arbeider flyttet Foucault fokus fra disiplinær tvang til det, han betegner selvteknologier (1982b), dvs. hvordan individer i ulike sammenhenger utøver selvkontroll. Begrepet selvkontroll er også et fokus i denne artikkelen. Jeg beskriver således, hvordan disiplinær tvang utøves når personalet oppfatter at Jon ikke har selvkontroll, hvordan Jon forventes å oppnå selvkontroll gjennom medisiner og opplæring, og hvordan radiosenderen i seg selv kan forstås som et kulturelt uttrykk for kontroll.

Kontekst

Avdelingen, der Jon var innlagt, hadde ti pasienter; de fleste med diagnosen schizofreni, og behandlingen varte i gjennomsnittlig ett år. Avdelingen ligger i et naturskjønt område nær en middelstor by i Norge. Da jeg kom dit for første gang, ble jeg slått av det smakfulle interiøret og kunsten på veggene. På utsiden er det en hage ofte brukt av pasienter og personale. Inne i avdelingen er det, foruten personalets kontorer og møterom, en stue, et kjøkken og spiserom. Alle pasienter hadde eget rom med bad, og de kunne komme og gå, når de ville på sin 'fritid', men måtte si ifra til personalet når og hvor de gikk. Personalet la vekt på, at omgivelsene skulle være så 'normale' som mulig, da pasientene skulle leve et 'normalt' liv etter behandlingen. Det ble derfor lagt vekt på, at pasientene skulle gjøre 'vanlige' ting som å gå tur, rydde rommet, lage mat, gå på kino, se på TV, delta i uformelle samtaler osv. Hver pasient fikk sin egen terapeut og sin egen primærsykepleier, som de hadde faste avtaler med.

Hovedingrediensene i behandlingen var, slik personalet forklarte det, medisinsk behandling og et såkalt psyko-educativt program, kalt 'Et Selvstendig Liv' (ESL)², der også Jon deltok. Dette er et opplæringsprogram spesielt beregnet på, hva fagfolkene kaller 'ny-syke' pasienter (dvs. de som akkurat har fått diagnosen schizofreni). Programmet består av tre kurs, det første kalt 'symptom-mestrings-kurs'. Her skulle pasientene lære om symptomer på schizofreni og registrere symptomer hos seg selv. Det andre kurset ble kalt 'sosiale samtale-ferdighets-kurs' og det tredje 'kroppsbevissthets-kurs'. Kursene baserer seg på antagelsen om, at pasientene har spesielle vanskeligheter innenfor disse tre områdene, og at de ville mestre dagliglivet bedre, dersom de lærte å håndtere sin lidelse gjennom teori og praktisk trening. Sykepleiere var ansvarlig for de to første kursene, mens en fysioterapeut trente pasientene i 'kroppsbevissthet'. Alle tre kursene var i utgangspunktet obligatoriske, men personalet kunne frita enkeltpasienter fra ett eller flere kurs.

En annen sentral del i behandlingen var antipsykotisk medisin. Personalet anså det som viktig, at pasienten godtok at han/hun var syk, det de kalte 'sykdomsinnsikt', og at de tok medisinen, slik legen hadde forordnet, såkalt 'medicine-compliance'.³ Ettersom mange av pasientene ikke godtok sykdomsdiagnosen, var mange uvillige til å ta medisiner. ESL-kurset skulle bla. bidra til, at pasientene i større grad oppnådde 'sykdomsinnsikt' og 'medicine-compliance'.

I det følgende avsnitt vil fortellingen om Jon og hans radiosender bli presentert. Jeg vil vise to ulike representasjoner av Jon. Den første viser, hvordan han blir

skrevet om i den medisinske journalen, den andre er hentet fra et en morgenrapport, der personalet diskuterer Jon.

Håndtering av Jons radiosender

Jon blir med tvang hentet i sitt hjem av to politimenn, som bringer ham til psykiatrisk avdeling i samsvar med vedtak fattet etter § 5 i Lov om psykisk helsevern⁴. I pasientjournalen er følgende skrevet:

Fra 1995 økende paranoid. Mener seg forfulgt av forskjellige mennesker på hjemstedet. Angir blant annet at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans. Gjennom denne radiosenderen kan legen kommunisere med TV-folk. Kjenner seg videre forfulgt av folk på hjemstedet. Han påstår å være utsatt for et komplott, der andre har kledd seg ut som pas og går rundt i området. Behandlende lege (...) har overveid diagnosen schizofreni, paranoid psykose, schizotyp lidelse, paranoid schizofreni, vrangforestillingslidelse. Under tidligere opphold tilbudt Trilafon⁵ som pas autoseponerte. Behandlende lege (...) har uttrykt, at det er ønskelig å prøve ut antipsykotisk medikasjon, men at dette da må skje med støtte av en tvangsinnleggelse.

Etter innkomsten til avdelingen har pasienten tilpasset seg bra til avdelingens rutiner (...) Sykdomsbildet preges av vag og diffus framtoning, aspontanitet, anhedoni samt paranoide vrangforestillinger(...). Pasienten er samarbeidsvillig men mangler helt sykdomsinnsikt. Fremdeles paranoide vrangforestillinger, men disse har gått noe i regress. Forklarer intensivt og innholdsrikt om radiosender og konspirasjon i hjemtrakten, kan ikke korrigeres men han er fast i sin vrangforestilling, og en tydelig paranoid beredskap fremkommer (...)

På bakgrunn av ovenstående finner undertegnede, at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Uten innleggelse og behandling vil han forspille utsikter til vesentlig bedring og helbredelse. Av denne grunn finner jeg det riktig og rimelig å fatte følgende vedtak:

(...) innlegges til behandling ved sykehus, psykiatrisk avdeling i henhold til Lov om psykisk helsevern § 5. Pas informeres både muntlig og skriftlig om sin klagerett til kontrollkommisjonen.

Etter 72 timer med observasjon uten å bruke antipsykotisk medisin⁶ finner legen det nødvendig å fatte vedtak om tvangsmedisinering, fordi Jon "ikke aksepterer behandling, slik han har blitt rådet til". Legen fatter følgende vedtak:

(..) skal tvangsbehandles (dvs. uten eget samtykke) med legemidler som nevnt ovenfor. Behandlingen er planlagt å vare i 6 mnd. Begrunnelsen er, at pasienten er psykotisk fungerende med hovedsakelig paranoid sykdomsbilde men affektive innslag noteres uten sykdomsinnsikt. Antipsykotisk medisinering er avgjørende for å bringe pas ut av psykosen. Forsøk på å oppnå frivillig samarbeid vil fortsette, i tiden som kommer.

Jon klager på vedtaket til Kontrollkommisjonen⁷ og Fylkeslegen, men får ikke medhold.

Etter noen uker i den lukkede akuttposten blir han overført til en avdeling for langtidspasienter. Personalet der mener, han blir stadig dårligere, og de gir ham økende doser med antipsykotisk medisin til tross for Jons uttalte protester. Etter noen tid blir han igjen overført, da til den avdelingen der jeg gjorde feltarbeid. Fagfolkene her begynner å helle til den oppfatningen, at forverringen i Jons tilstand skyldes bivirkninger av den antipsykotiske medisinen. Slike bivirkninger er blant annet stivhet i kroppen (Parkinsonisme), sløvhhet, tretthet, ufrivillige bevegelser, uro og reduserte kognitive funksjoner. En sykepleier uttaler: "Fingrene hans er så stive, at han ikke engang kan smøre en brødskive. Det er helt forferdelig, hva som har skjedd med han. Søsteren hans kjente han nesten ikke igjen, da hun var på besøk".

Han blir imidlertid fremdeles holdt tilbake i avdelingen mot sin vilje ved bruk av § 5 Lov om psykisk helsevern. Begrunnelsen for denne vurderingen formulerer en av legene slik: "Vi må holde ham her, for å få medisinene ut av kroppen og få kroppen hans mykere. Dette må gjøres under medisinsk overvåking". Nå er altså begrunnelsen for å holde ham tilbake i avdelingen motsatt av det, den var under innleggelsen, der det var om å gjøre å få medisinene inn i kroppen. Under punktet 'mål' i Jons behandlingsplan står det: "Å redusere bivirkninger av medisiner. Å oppnå en behandlingsallianse med Jon og hans familie". Radiosenderen er ikke lenger nevnt i behandlingsplanen, selv om Jon fremdeles er overbevist om, at den er der.

Fagfolkene i avdelingen sier, at behandlingen av denne pasienten er beklagelig. En lege bruker begrepet 'katastrofe' om det, som har skjedd, og en sykepleier

utbryter på et morgenmøte, at behandlingen av Jon "er så tragisk, som den kan få blitt".

Den andre representasjonen er et utdrag fra en morgenrapport, hvor siste døgns hendelser blir gjennomgått. Dette er et typisk eksempel på den kommunikasjonen, som foregår mellom personalet i forhold til Jon (som ikke er tilstede selv).⁸

Sykepleier Anne leser fra rapporten:

Jon er urolig. Har en tendens til å stå, når han spiser. Han får Vival for uroen.

Terapeut Pål: Han er lite motivert for behandling. Disse vrangforestillingene har han i god behold, men han er ikke så opptatt av dem. Så langt har man kommet.

Sykepleier Lise: Han vil jo egentlig ikke være her.

Sykepleier Anne: Når går § 5 ut?

Terapeut Pål: Vi har et par mnd til.

Sykepleier Lise: Så snart han går over på frivillig paragraf, vil han dra på flekken.

Sykepleier Lars: Kan han ikke få lov til det da? Jeg skjønner, at det ikke går an, men kommer vi noen vei med han da?

Terapeut Pål: Vi må få Trilafonen ut av han. Få han litt mykere. Men vi kan ikke regne med å komme så langt med han. Jeg er ikke særlig optimistisk, når det gjelder prognosen.

Sykepleier Trine: Men han er ikke så avvisende, som han var

Sykepleier Hanne: Han liker å bli sett. Han trenger kontakt. *(Her blir forsamlingen ivrig, flere tar ordet på samme tid).*

Terapeut Pål: Det virket som han forbausende fort tilpasset seg institusjonslivet (på langtidsavdelingen), men å snart han fikk en fot hjemme, ville han hjem. *(deretter blir det en del snakk om huset hans, at han har mange fine planter, som han har stelt, og at noen nok har dødd nå)(...)*

Terapeut Pål: Han holder huset fint i orden, vasker og steller. Huset ser ikke mye schizofrent ut.

Terapeut Anders *(ser tenksom ut, sier litt lavt)*: Manisk psykose. Vrangforestillinger. De er vanskelig å behandle. Jeg hadde en slik pasient i mitt forrige arbeidsforhold. De lever godt med sine vrangforestillinger.

Etter hvert fant Jon seg til rette på avdelingen, og det kunne virke, som han begynte å trives. Det så ut til, at sykepleierne hadde en spesiell forkjærlighet for denne pasienten, og de omtalte ham ofte i positive, engasjerte ordelag. Etter en stund stoppet Jon å ta all medisin mot legens råd, og fagfolkene aksepterte Jons valg,

selv om de var i uenige. Da tiden kom for utskrivelse, ville Jon paradoksalt nok ikke reise hjem og måtte overtales under et visst press til å la seg utskrive. Han sa at: "det er ikke så lett å flytte, når du har vært lenge et sted". På avslutningsfesten (avdelingen arrangerer en slik fest for alle som skal utskrives) reiste han seg høytidelig, tok fram medisinerne, ga dem til en sykepleier og deklamerte høyt: "disse trenger jeg ikke lenger", og alle lo.

Selv om Jons fortelling kan synes spesiell, er den på ingen måte eksepsjonell i mitt materiale. Tvangsinnleggelse i psykiatriske avdelinger med psykose som indikasjon foregår dessuten daglig i norsk psykiatri og kan knapt betegnes atypisk. Noe, som karakteriserer slike tvangsinnleggelse, er, at pasienten og fagfolkene oppfatter virkeligheten forskjellig. Jon er for eksempel overbevist om, at radiosenderen er reell, og at han gjennom denne blir kontrollert av leger og naboer. Han oppfatter ikke seg selv som psykotisk eller schizofren. Derfor er det heller ingen grunn til innleggelse på en psykiatrisk avdeling; ja, det hele er 'unaturlig' sett med Jons øyne. I Jons kunnskapsregime er det ingen grunn til å ta medisiner for en sykdom, han er overbevist om, at han ikke har. Han liker seg ikke på institusjoner, vil helst hjem og har vanskelig for å forstå, at han skal bli holdt tilbake med tvang. Han protesterer mot stadig økende medisiner, men protestene fører ikke fram til tross for, at det senere viser seg, at han har blitt overmedisinert. Jon opplever, at han blir kontrollert av fagfolk, og er overbevist, at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans.

Fagfolkene tolker imidlertid Jons tanker om en radiosender som klare symptomer på alvorlig psykopatologi; som psykose eller schizofreni. I legens kunnskapsregime er antipsykotisk medisin den riktige behandlingen for denne typen lidelse. Når legen har kommet fram til diagnosen schizofreni, følger det gjerne automatisk, at pasienten skal mediseres. Dette er leger og delvis sykepleiere lært opp til gjennom sin utdanning. En av de viktigste hensiktene med sykehusoppholdet er således, at pasienten får antipsykotisk medisin. Sykdomsinnsett og behandlingsmotivasjon (dvs. at man er villig til å ta medisiner) blir tillagt stor vekt (Flyckt m.fl.1999) , og derfor står det i journalnotatet, at Jon mangler sykdomsinnsett. Dersom en pasient er uvillig til å la seg medisinere, følger mange ganger tvangsinnleggelse som en 'naturlig' konsekvens av denne måten å forstå psykose på. Lovverket gir dessuten rammer for, når slik tvangsinnleggelse kan settes i verk. Det er tre hovedkriterier for å kunne tvangsinnlegge: at pasienten lider av en alvorlig sinnslidelse (schizofreni, psykose eller manisk/depressiv psykose), at pasienten kan være til fare for seg selv eller andre, og at pasienten kan forspille muligheter til helbredelse eller vesentlig bedring. Jons tvangsinnleggelse blir i

journalnotatet begrunnet ved å vise til to av disse kriteriene. Legen skriver, at "pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og uten innleggelse og behandling vil han forspille utsikter til vesentlig bedring og helbredelse". Journalnotatets utforming må således forstås på bakgrunn av lovverkets bestemmelser.

Journalnotatet er videre preget av en bestemt fagterminologi, der beskrivelser av symptomer på psykopatologi står i fokus. Å tro, at man har en radiosender i kroppen, er i denne tradisjonen et tegn på alvorlig sinnslidelse. Legen ser etter tegn ved pasientens tale og atferd, som kan passe inn i en av diagnosekategoriene, for eksempel schizofreni. Når diagnosen først er satt, blir pasientens opplevelser i mindre grad utforsket videre (Leudar & Thomas, 2000:127-147). Ofte følger diagnosen pasienten resten av livet. I Jons sykejournall finner jeg mange passasjer om symptomer og medikamenter men lite om, hvordan han selv opplever verden.

På møterommet utspiller det seg en frustrasjon over, at behandlingen ikke har de effekter, man forventet. Jon "har vrangforestillingene i behold" og mangler behandlingsmotivasjonen, som blir svært vektlagt. Fagpersonalet bekymrer seg for når tvangsparagrafen utløper, og at de "ikke kommer noen vei" med ham. Dette var omtrent midt i forløpet. Det viste seg senere, at Jons utskrivelse ble feiret i glade omgivelser med humor og latter, til tross for at han leverte tilbake medisinene og beholdt sin radiosender.

Fra disiplinsamfunn til kontrollsamfunn

Fortellingen om Jon illustrerer noe av det komplekse ved dagens psykiatri: På den ene siden fremstår behandlingen som åpen og human med vennlige pleiere i estetiske omgivelser. På den andre siden er tvang og trussel om tvang åpenbar med politi og fem pleiere i rommet, når han skal tvangsmedisineres. Den franske filosofen Gilles Deleuze betegner dette som overgangen fra disiplinsamfunnet til kontrollsamfunnet. Han tegner en dyster fremtid, når han skriver:

Kontrollsamfunnene holder på å erstatte de disiplinære samfunnene. 'Kontroll' er det ordet Burrough bruker for å betegne dette nye monsteret, som Foucault utpekte som vår nære fremtid. Også Paul Virilio har over lang tid analysert de ultrahurtige formene for kontroll i det fri, som erstatter de gamle disiplinene, som opererer innen det lukkede systems tid. Vi behøver ikke påberope oss de ekstraordinære farmasøytiske produktene, de nukleære teknologiene eller de genetiske manipulasjonene, selv om også de kommer til å intervensere i den nye

prosessen. Det finnes heller ikke anledning til å spørre, hvilket regime som er mest utholdelig eller mest utholdende, for i begge finnes det en motsetning mellom frihet og underkastelse. For eksempel når det gjelder sykehuset som innesperringsmiljø, der sektoriseringen, dagpleien og hjemmepleien først innebar ny frihet, selv om de også er en del av kontrollmekanismene, som ikke står noe tilbake for de mest brutale innesperringsmetoder. (Deleuze, 1990:6)⁹

Det er tegn, som tyder på, at disiplinsamfunnet fremdeles eksisterer i psykiatriens lukkede rom. Legens rolle i disiplinsamfunnet innebærer en svært stor grad av autonomi og autoritet. Hans/hennes avgjørelser om tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering blir sjelden imøtegått. Selv om slike tvangsmidler kan være gjenstand for diskusjon i en avdeling, har overlegen det siste ord, og hans skjønn er gjeldende. Pasienten får bare i sjeldne tilfeller medhold i klager til Kontrollkommisjonen. I så måte kan det lukkede psykiatriske samfunn forstås som eksempel på disiplinsamfunnet. Jon blir fysisk hentet av politi for å bli tvangsinnlagt på psykiatrisk avdeling. Han tar medisinen 'frivillig', uten at det blir brukt fysisk tvang, fordi han innser, at det vil bli brukt makt, hvis han ikke samarbeider. Disiplinen er derfor i høy grad til stede som et ris bak speilet. Det anses videre som viktig, at han "tilpasser seg bra avdelingens rutiner", slik det uttrykkes i journalnotatet. Selv om man ikke kan sammenligne dagens psykiatriske avdelinger med anstalter for 2-300 år siden, gir dette likevel assosiasjoner til Foucault's 'Overvåkning og straff' (1999[1975]), der han beskrev disiplinsamfunnene som oppsto på 1700-1800-tallet i skolen, fabrikkene og i sykehusene. Selv om behandlingen er blitt mer human, er dagens lukkede psykiatriske avdeling et innesperringsmiljø. Den har sine egne lover og regler, som det forventes at pasienter følger opp. Overtredelser kan bli straffet, for eksempel med det man på sykepleiespråk kaller grensesetting og skjerming¹⁰, og tilpasning blir belønnet med 'fri utgang' eller 'utgang med følge'. Å holde fast ved sine 'vrangforestillinger', slik som Jon gjør, innebærer en overtredelse (selv om ingen beskylder ham for å gjøre dette med vilje). Han "lar seg ikke korrigere", slike det uttrykkes i journalnotatet. Han viser ikke tegn til behandlingsmotivasjon eller 'medicine-compliance', og "antipsykotisk medikasjon med støtte av tvangsinnleggelse" blir iverksatt.

Den internaliserte kontrollen

Et aspekt ved det moderne kontrollsamfunnet er, at individet skal lære å kontrollere seg selv, slik at det blir minimalt behov for disiplinær tvang. Foucault skriver,

at han etter hvert flyttet fokus fra å studere maktens og dominansens teknologier i ulike sammenhenger (sykehus, fengselsvesen osv) til å studere, hvordan individet former og transformerer seg selv, det han betegner 'selvteknologier'. Møtet mellom disse to typer teknologier: maktens teknologier og selvteknologiene¹¹ kaller han 'governmentality'¹² (Foucault, (1982b, i Rabinow (red), 1997: 225). Foucault skisserer ulike typer 'governmentality' eller regjereri, for eksempel kunsten å regjere seg selv, kunsten å regjere familie og barn og kunsten å regjere en stat (Foucault, 1978, i Faubion, (red) 2000:201-222). Den første typen blir stadig mer fokusert i samfunnsvitenskapelig litteratur. Den norske samfunnsforskeren Iver B. Neumann, inspirert av Foucault, skriver for eksempel:

Et karakteristisk trekk ved samfunnsutviklingen de siste årene, i Norge som annetsteds, har vært et stadig sterkere press på individene for å regjere seg selv (...) den enkelte nordmann skal regjere seg selv, enten hun vil eller ikke. Det skal skapes et nytt individ, som skal ta ansvar for sin egen frihet og sin egen skjebne. Her har vi en prosess, som får individer til å handle annerledes, enn de ville ha gjort. Det dreier seg om en form for makt, der hver og en må styre seg selv i henhold til en modell, som en hær av leger, sosionomer og psykologer har satt opp (Neumann 2003).

Sett fra dette perspektivet er tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering av Jon slett ikke ønskelig for noen parter. Det optimale ville være om Jon blir i stand til å regjere seg selv i henhold til den modellen, som er skissert av leger og psykiatere.

Programmet 'Et selvstendig liv' (ESL), som ble beskrevet i innledningen, kan forstås som et virkemiddel til å lære pasienter opp til å kontrollere seg selv. Det hadde som et eksplisitt mål, at pasientene skulle lære å gjenkjenne, måle og kontrollere sine egne symptomer på psykose. Symptombeskrivelsen i dette programmet er basert på diagnostiske klassifikasjonssystemer som ICD-10 (Verdens Helseorganisasjon, 1992) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995). For å oppnå denne selvkontrollen deltok pasientene i 'symptom – mestringskurs'. De fikk utlevert et arbeidshefte, de skulle jobbe aktivt med. Dette inneholdt blant annet et skjema, der de ble bedt om å måle hyppighets- og styrkegrad av en rekke 'varselsignaler på tilbakefall', som de har lært er begynnende symptomer på psykose. Skjemaet skulle fylles ut hver dag, og etter hvert skulle det fremtre en kurve, som skulle indikere, om de ble dårligere eller bedre. Heftet inneholdt også et spørreskjema om, hva de ville gjøre, dersom symptomene økte, der 'slutte å ta medisiner' åpenbart er det gale svaret, mens 'søke hjelp' (som regel for å få justert medisin-

dosen) åpenbart er det riktige svaret. På denne måten blir pasientene testet i, om lærdommen har gått inn. De læres således opp til å eksaminere seg selv. Målet er å transformere individet slik, at han/hun er i stand til å kontrollere seg selv.

Kontrollsamfunnets forlengede arm

Foucault skriver videre, at maktrelasjoner har blitt stadig mer 'governmentalized'. Med det mener han, at staten gjennom sine institusjoner stadig har blitt en mer rasjonalisert, sentralisert, sofistisert og allestedsnærværende overvåker (Foucault, 1982c, i Faubion(red), 2000:345), samtidig som det forventes, at individet skal ta ansvar for å regjere seg selv. Den psykiatriske avdelingen kan tjene som et eksempel på en slik 'governmentalized' institusjon. Man kan jo kritisere legene for å utvise dårlig skjønn under tvangsinnleggelsen av Jon; på den annen side gjør de egentlig en jobb, de er satt til å utføre, litt spissformulert; å oppfylle kontrollsamfunnets behov for å opprettholde orden, og å holde galskap under kontroll. Den kunnskapen, leger og annet fagpersonell besitter gjennom sin utdanning og erfaring, står i et vekselforhold til den institusjon, de er satt til å tjene og til de lover, regler og forskrifter, som regulerer institusjonen. Legens intensjoner med den aktuelle tvangsinnleggelsen var antakeligvis de aller beste. Sett fra hans kunnskapsregime var det helt nødvendig med tvangsmedisinering "med støtte av tvangsinnleggelse" for å ikke "forspille utsikter til vesentlig bedring og helbredelse". Som Barrett (1996:218) hevder: "Theories of schizophrenia bear the stamp of the institutions that produce them. At the same time, they legitimate the relationships and practices of the people working within these institutions". I dette tilfellet var Jons tvangsinnleggelse ikke bare legitimert gjennom 'theories of schizophrenia', men også hjemlet i lovverk og forskrifter, som igjen er utformet i det samme kunnskapsregimet, som legen har. Sett fra dette perspektivet er legen ikke bare en autonom autoritet, men en part i et komplisert og komplekst nettverk, som er flettet sammen av eksempelvis jus, psykiatri, legemiddelindustri, og det man kan kalle for en lokal praksisteori, som består av regler, rutiner og sedvaner utviklet over tid på stedet.

I 'The political technology of individuals' skriver Foucault (1982a, i Faubion (red), 2000: 408-409), at individet i seg selv ikke er viktig i den rasjonelle staten. Det er statens opprettholdelse, som er det primære, og individet blir viktig først ved dets evne til å styrke eller svekke statens opprettholdelse, hvor den gale åpenbart representerer en spesiell utfordring. Den psykiatriske avdelingen kan i et slikt

perspektiv betraktes som en forlengelse av disiplin- og kontrollstaten, der det utvikles praksiser, prosedyrer og rutiner, som blir tatt som selvfølgelige, udiskutable størrelser, og som dermed blir skjulte for aktørene selv. 'Unormale' fenomener som tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering utvikler seg til å bli normale og dagligdagse. Man finner tallrike eksempler fra historien på, hvordan sensitiviteten for menneskelig smerte på denne måten blir svekket. Betyr det, at Jons tvangsinnleggelse ikke blir reflektert over, fordi den er et resultat av et upersonlig 'system', som har sin egen overlevelse som mål? De interne diskusjonene i avdelingen, der behandlingen av Jon blir karakterisert som 'tragisk' og 'en katastrofe', tyder ikke på det. Både tvangsinnleggelsen og tvangsmedisineringen beskrives som et stort etisk problem blant fagfolkene, og de uttrykker et personlig ansvar for å rette opp feil, som de mener, er begått.

Bevegelige motkrefter

Slik jeg leser Foucault, fokuserte han på menneskers avmakt og lite på motkrefter. Særlig i sine tidlige arbeider, der disiplin/kontrollstaten nærmest beskrives som et panoptisk overvåkningsmonster og en ubevegelig struktur (Foucault, 1999 [1975]). Det kan imidlertid se ut til, at han nyanserer bildet mer senere, der han skriver, at maktrelasjoner er bevegelige, reversible og ustabile, og at maktrelasjoner bare er mulig mellom frie individer. Dersom den ene er fullstendig underlagt den andre, vil det ikke være noen maktrelasjon, hevder han (Foucault, 1984, i Rabinow (red) 1997:292). Han skriver videre, at makt ikke nødvendigvis kan lokaliseres til bestemte steder. Makt er overalt, allestedsnærværende; "deep in the social nexus" (Foucault, 1982c, i Faubion (red) 2000:343). Makten er ikke en superstruktur over menneskene, men utfolder seg i relasjoner *mellom* mennesker. Skal man studere makt, må man gå til de praksiser, der makten er i funksjon mellom mennesker, som psykiatriske sykehus, fengsler, skoler etc. (Foucault, 1975, i Rabinow (red), 1997:51- 57)

Det er mulig, at to perspektiver bør holdes fast samtidig. Det ene perspektivet er, at ulike former for makt og kontroll er resultat av svært langsomt bevegelige strukturer. Det er praksiser, som er utviklet over lang tid gjennom historiske, politiske og sosiale prosesser. Disse praksisene er så selvfølgelige, at de usynliggjøres, ja de kan 'sette seg i veggene' i en psykiatrisk avdeling og styre menneskers tanker og atferd (Larsen, 2004). Det andre perspektivet er, at makt utspiller seg som ustabile og reversible relasjoner mellom mennesker og innebærer, at enkeltindividet ikke

bare er et hjelpeløst offer i et system. Eksempler på dette bevegelige og reversible kunne observeres i den aktuelle avdelingen. Legen ga for eksempel etter, når det gjaldt Jons avgjørelse om å stoppe å ta all medisin. Fagpersonalet viste dessuten evne til kritisk selvrefleksjon over egen praksis. Det kom også fram, at flere av dem tilkjennega en viss fascinasjon over psykosens uttrykk, der de kunne komme med utsagn som, "det er en opplevelse å høre om alt, hva han kan se i stjernene", eller "han er i en blomstrende psykose, er det ikke fantastisk?" Også Jon viste motstand, selv om hans handlingsrepertoar ble begrenset, og hans motstand var passiv. Han hadde ingen mulighet til å motsette seg verken tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering. Imidlertid nektet han å se på seg selv som psykisk syk, han var ingen spesielt lærevillig elev i ESL-programmet, og han oppnådde verken 'sykdomsinnsikt' eller 'medicine-compliance', som er behandlingsmål. Han beholdt radiosenderen i kroppen gjennom hele oppholdet og fastholdt sin versjon av virkeligheten.

Van Dongen, som har gjort feltarbeid i nederlandske psykiatriske avdelinger over en tidsperiode på tolv år, observerte, at pasientenes psykotiske historier utgjorde en kraft og en maktfaktor i seg selv. Hun skriver at pasientene visste når og hvordan, de kunne utøve sin galskap. Sykepleierne fryktet galskapens utbrudd og uttrykksformer, og pasientene var klar over, hvilken makt som lå i selve galskapen, og i hvilken grad de påvirket sykepleierne ved å leve ut galskapen (van Dongen, 2003:212-13). Dette fenomenet observerte også jeg en rekke ganger i mitt eget feltarbeid. 'Psykotisk' atferd, som ble levd ut i form av 'uforståelig snakk', 'underlig' atferd eller raseriutbrudd, skapte ofte bølger og uro i avdelingen. Slik atferd kunne føre til opphissede diskusjoner, særlig blant sykepleierne, ofte med krav om, at "nå må noe gjøres". Det kan således se ut til at galskapens uttrykksformer i seg selv utgjorde en maktfaktor i avdelingen. Man kan dessuten spørre om, hvorfor fagpersonalet ga etter for Jons avgjørelse om å slutte å ta alle medisiner, og hvorfor de ønsket å skrive ham ut. Han hadde jo sin radiosender i god behold etter endt behandling. Van Dongen (2003: 213-14) skiller mellom 'galskapens historier', og galskap som leves ut. Hun observerte, at så lenge psykosen bare er pasientens 'historie', virket den ikke truende på personalet. Det var, når pasientene ble sin egen historie og levde den ut i avdelingen, at den hadde en slikt makt og kontroll over personalet. En hypotese på, hvorfor personalet til slutt viste en slik ettergivenhet overfor Jon, kan være, at han etter hvert snakket svært sjelden om sin radiosender. Han holdt sin historie for seg selv, og hans 'galskap' syntes derfor ikke på utsiden. Som en av legene sa: " Han lever jo greit med sin radiosender og plager ingen". Jon oppførte seg etter hvert 'upåfallende'; et hyppig brukt uttrykk i psykiatrien.

'Upåfallehet' i form av fravær av underlig snakk og atferd blir i psykiatrien oppfattet som et uttrykk for selvkontroll, og at pasienten er på bedringens vei. Blant fagpersonell er det dessuten en utbredt forestilling om, at pasientene blir verre, dersom de snakker om og fokuserer på sine underlige opplevelser. Det kan derfor tyde på, at pasienter, som klarer å skjule sine opplevelser eller i alle fall lar være å snakke om dem, blir mindre utsatt for medisiner og kontroll. Det tyder derfor på, at en del pasienter kan legge opp sine egne strategier for å håndtere personalet. De kan for eksempel styre personalet gjennom psykotiske utbrudd; eller motsatt, ved å skjule og la være å snakke om opplevelsene (se også Terkelsen, m.fl. 2005).

Hvem og hva kontrollerer hvem?

Ikke bare pasienter, men også leger opplever seg selv som kontrollert, for eksempel av jurister og Kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen er også en aktør i et komplekst bilde av kontrollører, noe som samtalen under illustrerer. Noen av personalet ble igjen på møterommet, etter at det formelle morgenmøtet var avsluttet, og samtalen dreide seg etter hvert om Kontrollkommisjonens rolle:

Sykepleier Anne: Det ble bare en vits, med de som satt i den forrige Kontrollkommisjonen. De ga aldri pasienten medhold. Når vi informerte pasienten eller pårørende om hans klagemuligheter, sa pasientene: det er vel ikke noe vits i det hele tatt. Har det noen ganger skjedd, at noen pasient har fått medhold?

Terapeut Pål: Men likevel kunne det være ganske ubehagelig å ha møte med Kontrollkommisjonen.

Sykepleier Anne: Sier du det?

Terapeut Pål: Ja, man ble kjørt ganske grundig og det av jurister. Og de har bare juridiske perspektiver for øye.

Anne: Men det er jo viktig, at lover og regler blir fulgt. Menneskerettighetene skal jo stå over behandlingen.

Pål: Ja, men det er et problem med alliansen med pasienten, noe som juristene ofte hadde veldig liten forståelse for. Pasienten er tjent med å ha et best mulig bilde av behandleren, og dette blir ofte ødelagt i Kontrollkommisjonens møter. Der jeg jobbet før, var det mulig å ha et møte med juristene på forhånd, slik at jeg fikk forklart meg uten pasienten til stede. Jeg skjønner dette med, at man skal være mest mulig uhildet osv., men det er et problem, at jeg må brette ut hele min terapeutiske tenkning foran juristene med pasienten til stede. Og det er det

juridiske, som dominerer. Det man oppnår er, at jeg blir filleristet av advokater, mens alliansen med pasienten er ødelagt. Ofte prøvde jeg å ordlegge meg på en mest mulig diplomatisk måte, men advokatene vrir og vrenger på alt en sier uansett.

Toril: Så dette har noe med tillitsforholdet til pasienten å gjøre? Betyr det, at du prøver å bygge opp en behandlingsmotivasjon hos pasienten, som juristene river ned?

Pål: Ja, og ofte er det veldig vanskelig å behandle etterpå.

Toril: Ofte får jo ikke pasienten medhold i sin klage?

Pål: Nei, det ender opp i ingenting, men med at pasienten har svekket tillit til behandler.

Er menneskers kontrollopplevelser et uttrykk for det samfunnet, vi lever i? Det kan se ut til, at det finnes mange ulike typer kontroller: pasienters opplevelse av å bli kontrollert av radiosendere, medisinenes kontroll over pasienters tanker, legers opplevelse av å bli kontrollert av jurister, ulike lover og forskrifter, som skal beskytte pasientrettigheter og psyko-edukative programmer, som skal lære pasienter egenkontroll. Man kan spørre, om det finnes noen forbindelseslinjer mellom alle disse typer kontroller. Dette er etter mitt skjønn et interessant perspektiv: at disse kontrollene kan være uttrykk for det moderne samfunnets sofistikerte metoder og mekanismer, der det opprettes stadig flere lover, instanser, byråkratier og teknologier, som skal tilse, at vi kontrollerer hverandre, og der det psykotiske uttrykk representerer en særskilt utfordring å kontrollere. Det neste spørsmålet som melder seg er hvordan radiosenderen kan plasseres i en kulturell/sosial referanseramme.

Radiosenderen: sykdom eller kulturelt uttrykk?

Mange mennesker, ikke bare Jon, opplever, at de blir kontrollert av etterretnings-tjenester. På ulike nettsteder kan man finne en rekke eksempler på, at mennesker, som har gjennomgått en psykose, opplever, at de ble kontrollert av krefter utenfra. Følgende sitat er hentet fra en nettside opprettet av en person, som forteller om sine opplevelser av psykose:

One night there were suddenly light flashes in my head and a mysterious power wanted to control my mind. Next day I discovered that it was a magnetic

sensitivity (Maybe I was feeling the earth magnetic field!?). The doctors weren't interested in that. My own explanation was a mind control machine, run by the Americans. Then I discovered that the television program was made exactly for me and my situation. It was a brain perception trap. After months I didn't eat very much and feared to look at anybody because of the mind controlling. (<http://home.arcor.de/pahaschi/welcome.htm>), 06.08.2005, Schizophrenia Story, A first person account)

Man kan spørre om, når radiosendere og 'mind control machines' begynte å inntre i den psykotiske bevissthet. Hva vil det egentlig si å miste evne til realitetstesting? Det kan være slik, at kontrollsamfunnet faktisk har inntatt Jon i form av radiosenderen, han blir kontrollert av moderne satellitter i verdensrommet og motsetter seg den gamle formen for disiplinering (i form av direkte tvang). Hans kontroll tilhører et annet kunnskapsregime, der deler av både det materielle, og det immaterielle er erstattet av bølger og signaler, slik som det er for oss alle i vår nye IT-verden. Slik sett er han et 'barn av vår tid' og forholder seg direkte til dagens kontrollsamfunn i motsetning til personalet, som forholder seg delvis til det gamle disiplinsamfunnet gjennom fysisk tvang og delvis til det moderne kontrollsamfunnet gjennom å lære pasienter egenkontroll. Møtet mellom Jon og personalet kan således analyseres ut fra, at de er i ulike konseptuelle verdener, der det i Jons verden er svært 'unaturlig', at det skulle være nødvendig å legge ham inn på en psykiatrisk avdeling. På en måte kan Jon sies å praktisere en kontrollstatens 'governmentality', i det kontrollen er internalisert bokstavelig talt i en radiosender i hans egen kropp.

Både innenfor det psykiatriske og psykologiske fagområdet har det vært liten tradisjon for å tolke pasienters psykotiske uttrykk i et kulturelt samfunnsperspektiv. Psykiatrien har hovedsakelig beveget seg innenfor et medisinsk paradigme. Pasienters ideer om for eksempel å bli styrt av en radiosender, bli utsatt for kosmiske stråling eller bli bortført av UFOer blir forstått som psykopatologi generert i hjernen i form av ubalanse i hjernens kjemiske overføringssystemer. Psykologien har på sin side, med røtter i Freuds klassiske psykoanalyse og i dets arvtagere som egopsykologi, objektrelasjonsteori (Mahler 1975, Kernberg 1976) og selvpsykologi (Kohut, 1990), forklart individets psykotiske tanker som resultat av tilknytnings-traumer i tidlig barndom. Psykosen forklares som en mestringsstrategi eller en utviklingsskade i selvet. Fokus er riktignok på relasjoner, men da mellom barnet og nære omsorgspersoner. Disse teoretikerne har i mindre grad vært opptatt av individets forhold til samfunn og kultur. Jons radiosender vil således forstås som hans måte å mestre sitt spesielle dilemma, og man vil undersøke og kartlegge,

om han har hatt tidligere traumer særlig i tidlig barndom. Fagpersonalet ved den aktuelle avdelingen (og de fleste psykiatriske avdelinger) er opplært til å tenke innenfor en psykiatrisk og psykologisk referanseramme, der det ser ut til, at det psykopatologiske paradigmet stadig blir mer dominerende.

Medisinske antropologer har imidlertid levert bidrag, som i større grad setter det psykotiske uttrykk i en kulturell sammenheng. Krysskulturelle studier dokumenterer, hvordan tolkning av menneskelig atferd er påvirket av kulturelle tradisjoner og forventninger om, hva som er normalt og unormalt i ulike sammenhenger (se Kleinman 1980, 1988, Fabrega 1989, Good 1996 and Kirmayer, m.fl. 1994). Slike studier viser, hvordan uvanlige opplevelser, som betegnes som hallusinasjoner og vrangforestillinger i vestlig biomedisin, kan bli tolket og beskrevet annerledes i andre kulturelle sammenhenger. Den norske psykiateren Nergård har studert tradisjonelle samesamfunn og sjamaner i Nord-Norge. Han skriver, at en del av sjamanens opplevelser ville blitt beskrevet som psykotisk innenfor en norsk, vestlig forståelsesramme. Innenfor det tradisjonelle samesamfunnet er imidlertid opplevelsen satt inn i en sosial og kulturell sammenheng, der den blir akseptert som 'normal' (Nergård, 1996).

Jons radiosender passer ikke inn i noen sammenhenger eller kategorier bortsett fra de psykiatriske, diagnostiske kategoriene. Van Dongen skriver for eksempel at:

"Mad stories are evocative and metaphoric. They are full of symbols, but we think that those symbols are used in a very personal, even idiosyncratic way. We consider them as incoherent and incomprehensible (...) They do not fit into categories. They escape every classification, save that of 'psychotic' stories (...) they often belong to the underground world in mental hospitals and clinical interaction. This world of stories is feared, therapists and psychiatric nurses often act as if this world do not exist" (Van Dongen, 2003:207)

Jons radiosender blir i det diagnostiske klassifikasjonssystemet betegnet som en paranoid vrangforestilling, dvs. en subjektiv fiksjon produsert i hans egen hjerne. Diagnostiske klassifikasjoner er imidlertid en moderne konstruksjon. Vitenskapsteoretikeren og antropologen Bruno Latour har sterkt kritisert, hvordan 'den moderne tankegang' organiserer verden i dikotomier, for eksempel natur/kultur, subjektiv/objektiv, fakta/fiksjon. Slike dikotomier, som iflg. Latour er arven fra Opplysnings-tiden og spesielt Descartes, blir en tvangstrøye. Vi har egentlig aldri vært moderne, hevder han, da verden alltid har bestått av et mangfold av hybrider og ikke av di-

kotomier. Disse hybridene eller kvasi-fenomenene, som han også kaller dem, unnslipper vår oppmerksomhet, fordi vi ikke anerkjenner dem som hybrider av natur og kultur/samfunn vevd og flettet inn i hverandre. Latour foreslår derfor, at vi opphever skillet mellom natur og kultur/samfunn. Vi vil på denne måten få tilgang til fenomener, som vanskelig lar seg klassifisere, og som befinner seg utenfor eller mellom kategoriene (Latour, 1993). Ved å forstå Jons radiosender og andre 'psykotiske' historier som hybrider av natur/kultur åpnes det opp for flere kategorier enn de biomedisinske klassifikasjonene. Videre er det irrelevant iflg. Latour å spørre om, hva som er 'virkelig' eller 'uvirkelig'. "The truth- the non-modernist truth is that facts are neither real nor fabricated" (Latour, 1999:295). Latours poeng er å åpne opp for mangfoldigheter, ikke redusere verden i dikotomier.

Problemet for Jon er, at han er svært alene om sin radiosender, selv om vi alle er omgitt av radiosendere. Hans radiosender fremtrer som ukontrollert og løstrevet fra den sammenhengen, han befinner seg i. En konsekvens av å bringe for eksempel Latours perspektiv inn i terapien kunne være å fokusere mer på radiosenderen ved å gi den rom, dvs. å hjelpe Jon til å forstå radiosenderen og sette den inn i en sammenheng, som gir mening for ham selv. Radiosenderen vil kunne bli anerkjent og opptre som viktig i seg selv i terapien. Den vil ikke bli redusert til et uønsket symptom på psykopatologi, som skal elimineres eller kontrolleres. Den vil heller ikke bare fremstå som Jons personlige symbol (van Dongen, 2003: 208), men bli plassert i en sammenheng av felles, allmenne symboler.

Konklusjon

Innledningsvis stilte jeg spørsmål om, hvordan psykosens kunnskapsregimer kommer til uttrykk i en psykiatrisk avdeling, hvordan ulike former for kontroll av psykotiske tanker og atferd utspiller seg, og hvilke samfunnsmessige betingelser, som muliggjør slik kontroll. Gjennom eksempler fra det empiriske materialet, har jeg beskrevet, hvordan Jons opplevelser blir snakket og skrevet om, og hvordan han gir uttrykk for sin egen opplevelse av behandlingen, han har fått.

Med referanse til Foucault og Deleuze har jeg analysert, hvordan disiplin- og kontrollsamfunnet kan komme til uttrykk i en psykiatrisk avdeling. Innenfor psykiatriens vegger er det lite rom for å føle seg styrt gjennom en radiosender. Det forventes, at pasienter gir slipp på sitt eget kunnskapsregime ved å akseptere den medisinske fagekspertisens kunnskapsregime. Gjennom deltakelse i psyko-educative programmer forventes det, at pasientene integrerer den medisinske

sykdomsforståelsen, aksepterer at de er syke (oppnår 'sykdomsinnsikt') og tar medisinen, slik den blir forordnet ('medicine-compliance'). Slike opplæringsprogrammer kan forstås som en sofistikert form for kontroll, der målet er, at pasientene oppnår egenkontroll. Disiplin utøves derfor ikke bare gjennom fysisk tvang, selv om vi har observert, at dette også i høy grad foregår. Materialet viser også, at det finnes motkrefter til det rådende medisinske kunnskapsregimet, både hos Jon selv og hos fagpersonalet.

Fortellingen om Jon viser en åpenbar asymmetri i maktforholdet mellom Jon og de profesjonelle, selv om de profesjonelle viste empati, stort engasjement og evne til selvrefleksjon i møtet med Jon. Jons kunnskapsregime skiller seg radikalt fra fagfolkenes medisinske kunnskapsregime, som innebærer klare definisjoner på, hva som er friskt eller sykt, normalt eller unormalt. Man vil sannsynligvis ikke finne noen radiosender i Jons kropp, og jeg hevder ikke, at fagfolk nødvendigvis skal ta radiosenderen som 'face value'. Poenget er å kunne være åpen for flere perspektiver på 'det psykotiske uttrykk', å tillate 'more reality', for å bruke en av Latours betegnelser (1999:114). Det vil si, at man i det psykiatriske rommet åpner døren for hybrider av menneskelige/ikke-menneskelige subjekter/objekter (Latour, 1993), som for eksempel Jons radiosender, og i større grad fokuserer på de sosiale og kulturelle nettverkene som omgir Jon og hans radiosender. Det vil si, at man bygger bro mellom dikotomiene 'normal', 'unormal', 'frisk' og 'syk' og åpner opp for større mangfold i tolkningen av menneskers ekstraordinære opplevelser. Det innebærer, at radiosenderen blir plassert i en sosial/kulturell sammenheng og innlemmet som en viktig aktør i seg selv. Fokus vil endres fra 'symptomkontroll' gjennom medisiner og opplæring til å samhandle med Jon, slik at han kan forstå og finne mening i radiosenderen. Det innebærer mindre kontroll og mer rom til å utforske radiosenderens relasjoner med Jon og omgivelsene. Å tenke med Latours hybrider bør få konsekvenser for psykiatrisk praksis i form av større åpenhet og mer dialog rundt pasienters psykotiske uttrykk. Å ta Jons radiosender på alvor betyr å vise respekt for hans eget kunnskapsregime, der radiosenderen kan forstås som en viktig og relevant representasjon for et kontrollsamfunn, som vi alle er en del av.

Noter

1. Alle personnavn i denne artikkelen, unntatt forfatterens, er pseudonymer.
2. Programmet er laget av den norske psykologen Gråwe (1991), basert på ideer fra en gruppe amerikanske psykiatere (UCLA, <http://www.npi.ucla.edu/irc/products/products.htm>, 12.9.2005).

3. Legene brukte det engelske ordet 'medicine-compliance' i dagligtalen uten å oversette til norsk.
4. Lov om Psykisk Helsevern har blitt endret, siden dette feltarbeidet ble utført. Imidlertid er det ikke gjort vesentlige forandringer, når det gjelder lovhjemmel for bruk av tvang i psykiatriske institusjoner.
5. En type antipsykotisk medisin.
6. Obligatorisk observasjonsperiode er 72 timer i Norge. Hensikten er, at pasientens symptomer skal komme fram og ikke skjules, slik at legene kan komme fram til en diagnose.
7. Kontrollkommissjonen, som ledes av en jurist, skal ivareta pasienters rettigheter ved bruk av tvang. Alle fylker i Norge er pålagt å ha en slik Kontrollkommissjon. Psykiatriske pasienter får imidlertid bare i sjeldne tilfelle medhold i sine klager. Det er en pågående debatt i Norge, om klageinstansene i for liten grad er uavhengige instanser og i for stor grad er en del av det systemet, pasientene klager på.
8. På slike møter var jeg til stede, men deltok som regel ikke i samtale. Jeg tok notater underveis. Andre på møtet satt også med penn og papir, slik at jeg ikke skilte meg nevneverdig ut.
9. Deleuze innfører altså her et skille mellom disiplinsamfunn og kontrollsamfunn, et skille jeg ikke uten videre finner igjen hos Foucault (se også Hardt, 2000: 116-131). Jeg vil imidlertid holde fast ved Deleuze's skille gjennom artikkelen. Slik jeg forstår Deleuze, er disiplinsamfunnet karakterisert ved bruk innesperring, straff og fysisk tvang, mens det moderne kontrollsamfunnet bruker andre, mer sofistikerte metoder, for å kontrollere og overvåke mennesker.
10. Jeg har erfart, at grensesetting og skjerming kan være nødvendig, og hensikten med disse tiltakene er ikke nødvendigvis å straffe. I sykepleielitteraturen blir imidlertid disse tiltakene nesten utelukkende beskrevet som noe positivt, som blir iverksatt til pasientens beste. Pasienters opplevelser av straff og krenkelse er lite fokusert.
11. Det er mulig, det er møtet mellom disse to teknologiene Deleuze sikter til, når han peker på overgangen fra disiplinsamfunnet til kontrollsamfunnet.
12. Det kan tyde på, at selvet ordet 'governmentality' er et ordspill fra Foucault's side, ved at det er sammensatt av 'govern' og 'mentality'. Han utvider på denne måten forståelsen av, hva vi vanligvis forbinder med 'government'.

Litteratur

- American Psychiatric Association, APA 1995 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, (Washington 4th ed.).
- Barrett, Robert 1996 *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia: an anthropological study of person and illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deleuze, Gilles 1990 *Om kontrollsamfunnen*. I: *Morgenbladet*, 29.10.1999.
- Fabrega, H. 1989 "The self and schizophrenia – a cultural perspective". *Schizophrenia Bulletin*, 15/2, s. 277-290.
- Flyckt, Lena, Astrid Taube, Gunnar Edman, Erik Jedenius, Lars Bjerkenstedt, 1999 Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. I: *Nordic Journal of Psychiatry*, 53/5, s. 377-382.

- Foucault, Michel 1972 *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon.
- Foucault, Michel 1975 The abnormals. I: Rabinow, Paul (red): *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1. London, Penguin Books, 1997, s. 51-57.
- Foucault, Michel 1978 Governmentality. I: Faubion, James D(red): *Power: the essential works 3, 1954-1984*. London: Penguin Books, 2000, s. 201-222.
- Foucault, Michel 1982a The political technology of individuals. I: Faubion, James D (red): *Power: the essential works 3, 1954-1984*. London: Penguin Books, 2000, s. 403-417.
- Foucault, Michel 1982b Technologies of the self. I: Rabinow, Paul (red): *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1. London, Penguin Books, 1997, s. 223-251.
- Foucault, Michel 1982c The subject and power. I: Faubion, James D (red): *Power: the essential works 3, 1954-1984*. London: Penguin Books, 2000, s. 326-348.
- Foucault, Michel 1984 The ethics of the concern of the self as a practice of freedom. I: Rabinow, Paul (red): *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1. London, Penguin Books, 1997, s. 281-301.
- Foucault, Michel 1999 *Overvåkning og straff; det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal, Originalutg: *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Bibliothèque des histoires, Paris: Gallimard,1975
- Foucault, Michel 1999 *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal, Originalutg: *Folie et deraison: histoire de la folie a l'age classique*, Paris: Libraire Plon, 1961
- Good, Byron. J 1996 Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. I: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, s. 127-132.
- Gråwe, Rolf W 1991 *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av Symptomer, arbeidshefte*. Trondheim: Intern publikasjon, Psykologisk Institutt, Norges Teknisk Vitenskapelige Universitet (NTNU).
- Kernberg, Otto 1976 *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kirmayer, L. J & Young, A., Robbins, J.M. 1994 Symptom attribution in cultural Perspective. I: *Canadian Journal of Psychiatry* 39/10, s. 584-595.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkely: University of California Press.
- Kleinman, Arthur 1988 *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kohut, Heinz 1990 *Selvets psykologi*. København, Hans Reitzel.
- Larsen, Inger B 2004 *Stedets disiplin. I: Livsfilosofi og livskvalitet, dr. gradsseminar ved UiB*. Bergen: Intern publikasjon, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Latour, Bruno 1993 *We have never been modern*. New York: Harvester Wheatsheat.
- Latour, Bruno 1999 *Pandora's Hope: Essays on the reality of science studies*. London: Harvard University Press.
- Leudar, Ivan. & Peter Thomas 2000 *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. London: Routledge.
- Mahler, Margaret, Fred Pine & Anni Bergman 1975 *The psychological birth of the human Infant: symbiosis an individuation*. New York: Basic Books.
- Nergård, Jens I. 1996 *Shamanen – tolkare av den samiska gemenskapen*. I: Cullberg, J, Johannisson, K, Wikström, O (red) , *Mänskliga gränsområden : om extas, psykos och galenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

- Neuman, Iver B 2003 Maktutøvelse i frihetens navn. Kronikk, I: *Aftenposten* 25.09.2003.
- Romme, Marius 2000 *Understanding voices*. Gloucester: Handsell Publishing.
- Terkelsen, Toril, Astrid Blystad, Ida Hydle 2005 Transforming extraordinary experiences into the concept of schizophrenia: a case study of a Norwegian psychiatric unit. I: *Ethical human psychology and psychiatry-An international journal of critical inquiry*, vol.7, no.3(fall/winter): 229-252.
- UCCLA (University of California), <http://www.npi.ucla.edu/irc/products/products.html>, 12.09.2005
- Ukjent forfatter, Schizophrenia Story. A first person account. <http://home.arcor.de/paha-schi/welcome.html>, 06.08.2005
- Van Dongen, Els 2003 Walking stories: narratives of mental patients as magic. I: *Anthropology and Medicine*, vol. 10, no. 2 s.207-222.
- Verdens Helseorganisasjon, WHO 1992 *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

Er sykepleiediagnoser relevant i psykisk helsearbeid?

Toril Borch Terkelsen

Toril.Terkelsen@uia.no

Fagfelleurdert artikkel, publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol. 4, nr. 1, 2009.

<http://www.idunn.no/ts/tph/2009/01>

Elektronisk pre-print gjengitt med tillatelse fra Universitetsforlaget ©.

Sammendrag:

I denne artikkelen som baserer seg på et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, retter jeg et kritisk søkelys på anvendelse av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid. Jeg tar utgangspunkt i det amerikanske sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemet NANDA- NOC-NIC og vurderer relevansen av slike systemer på bakgrunn av erfaringer fra mitt feltarbeid. Jeg fant at såkalte tegn på psykisk lidelse ikke var statiske størrelser, men endret seg gjennom relasjoner, kontekst, tid og læring. Mine observasjoner tyder på at sykepleiediagnoser ikke egner seg i psykisk helsearbeid, fordi de ikke forholder seg til at mennesker forandrer seg. Klassifikasjonene slås fast som uforanderlige fakta, de problematiseres ikke og innbyr ikke til dialog eller utforskning av ulike perspektiver. De fanger ikke opp det komplekse og dynamiske mangfoldet av menneskelige følelser, tanker og atferd som jeg erfarte i mitt forskningsarbeid.

Innledning

Utvikling av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid skjøt for alvor fart i Norge på begynnelsen av 2000-tallet. Dette må sees på bakgrunn av en generell internasjonal utvikling innenfor

helsearbeid der det blir stadig mer fokus på evidens, klassifisering og målbare resultater (Martinsen & Boge, 2004). Omsorg og gode relasjoner som vanskelig lar seg måle eller bevise, står i fare for å bli fortrent av en type instrumentell fornuft som spesielt kommer til uttrykk i det amerikanske kodeverket for sykepleiediagnoser, NANDA:North American Nursing Diagnosis Association, NOC:Nursing Outcome Classifications og NIC: Nursing Intervention Classifications (NANDA, 2000; Johnson et al, 2001). Utviklingen av dette klassifikasjonssystemet startet allerede på 1970-tallet, og det har fått økende global utbredelse. Det er oversatt til en rekke språk, deriblant norsk og er allerede tatt i bruk i flere norske helseinstitusjoner. Systemet får gradvis mer innflytelse, og helsepersonell og studenter deltar på kurs for å lære om det. Samtidig innpasses kodeverket i elektroniske databaser for å standardisere sykepleiedokumentasjonen.

Som fokus i min analyse av sykepleiediagnoser har jeg benyttet boken "*Begreper i psykiatrisk sykepleie*" av den norske psykiatriske sykepleieren Gunn von Krogh (2005), fordi både boken og forfatteren har vært pådriverer når det gjelder å overføre og implementere NANDA-NOC- NIC til psykiatrisk sykepleie i Norge. Boken er ment som en oversettelse og overføring av systemet til norske forhold, og den er hyppig benyttet innen sykepleierutdanning og – praksis. Den gir en innføring i ideene bak dette klassifikasjonssystemet.

Artikkelen består av to deler. I første del presenterer jeg observasjoner fra et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling og beskriver hvordan tegn på psykisk lidelse forstås, tolkes og endrer seg i forhold til relasjon, tid, kontekst og læring. I andre del diskuterer jeg relevansen av sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemer på bakgrunn av mine feltefaringer.

Metode

Feltarbeidet ble utført i år 2000 i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling som behandler unge voksne som har fått diagnosen schizofreni. Pasientene var innlagt til behandling i gjennomsnitt ett år, og institusjonen hadde kapasitet til å behandle 10 pasienter av gangen. Behandlingen skulle hjelpe dem til å mestre et liv utenfor institusjon. For å oppnå dette, gjennomgikk pasientene et opplæringsprogram kalt Et Selvstendig Liv (ESL). Målet var at pasientene skulle lære om sine symptomer og hvordan de skulle mestre disse (Gråwe, 1991; Liberman, 1985). Programmet er beskrevet mer utfyllende i en annen artikkel (Terkelsen, 2008).

Feltforskning er en type kvalitativ metode som handler om å oppholde seg over lengre tid i et sosialt felt for å studere hverdagspraksiser på nært hold. Man observerer ikke bare enkeltmenneskers atferd, men grupper av mennesker og deres samspill. Det er også vesentlig å ha fokus på den materielle og kulturelle konteksten aktørene befinner seg i, dvs. bygninger, rom, hjelpemidler, ting, lærebøker osv (Latour, 1987). Feltarbeid kalles også for deltakende observasjon, fordi forskeren er både observatør og deltaker i et felt som studeres på nært hold over lang tid (Agar 1980). Man får muligheten til å bli godt kjent; noe som er en styrke ved at man får tilgang til fenomener og sammenhenger sett fra aktørenes ståsted, men også en svakhet, ved at man etter hvert kan bli "nærsynt" og miste forskerens kritiske "utenfra-blikk".

Arbeidene til sosialantropologene Agar (1980), Miles & Huberman (1994), Hastrup (2004) og Latour (1987) har vært hjelpemidler i samling og analyse av data. Jeg hadde i utgangspunktet ingen eksplisitt problemstilling da jeg startet, men hadde et ønske om å finne ut hvordan den daglige samhandlingen foregikk i ulike "rom" ⁱⁱ i institusjonen, hvilke temaer som gikk i igjen og hvordan aktørene samhandlet. Selv om institusjonen var en fremmed arena for meg, ga personalet meg fort tilgang til alle rom. Jeg var til stede under samtaler på røykerommet der omtrent bare pasienter oppholdt seg, på møterommet der personalet diskuterte pasientene, på

sykepleiernes vaktrom der stort sett bare sykepleiere oppholdt seg, på dagligstua der både pasienter og helsepersonell var samlet, på felles utflukter utenfor institusjonen og under samtaler mellom pasient/terapeut. Jeg oppholdt meg på institusjonen flere ganger ukentlig og nedtegnet systematisk over tid feltnotater fra alle aktiviteter i avdelingen. 36 (av 40) personer ga informert samtykke til å delta i studien: 11 mannlige pasienter i alderen 19-40 år, 4 kvinnelige pasienter mellom 20 og 30 år, 10 kvinnelige og 2 mannlige sykepleiere, 4 mannlige and 1 kvinnelig terapeutⁱⁱⁱ og 4 kvinnelige sykepleiestudenter i 20-årene. I tillegg til uformelle samtaler og feltnotater, besto datamaterialet av transkriberte intervjuer med 9 pasienter, 2 tidligere pasienter som besøkte institusjonen jevnlig og 11 helsepersonell. Intervjuene ble analysert i henhold til kvalitativ, etnografisk metode (Miles & Huberman, 1994; Agar, 1980; Hastrup, 2004). Noen av pasientene ble intervjuet flere ganger, og to av pasientene hadde jeg regelmessig kontakt med etter utskrivelse. Jeg hadde også tilgang til pasientjournaler, sykepleierapporter og behandlingsplaner. Analyse av data var en kontinuerlig prosess, der jeg reflekterte over mine observasjoner underveis i feltarbeidet og skrev dem ned som egne notater. Materialet ble også analysert i ettertid ved at jeg leste gjennom feltnotater og journaler flere ganger, for å se etter mønstre og temaer som gikk igjen. Begrepene ”endring av symptomer gjennom relasjoner, kontekst, tid og læring” trådte frem som et mønster i materialet ved gjennomlesing av feltnotater i ettertid. Dette er i tråd med antropologisk forskningsmetodikk (Hastrup, 2004).

Forskningsarbeidet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Endringer i lidelsens uttrykk og tegn gjennom relasjoner, tid, kontekst og læring

Når det gjelder presentasjonen av det empiriske materialet, er det ikke mulig å beskrive dette i sitt fulle omfang i en kort artikkel. I tråd med etnografisk metode vil jeg derfor beskrive mine

erfaringer i form av fortelling, supplert med korte illustrerende sitater fra dialoger mellom de ulike aktørene i feltet, dvs. pasienter, personalet og meg selv.

Endring gjennom relasjoner

I løpet av feltarbeidet registrerte jeg at pasientenes tilstand samspilte med relasjonene de hadde med hverandre og med personalet. Relasjonene var dynamiske og forandret seg. Allianser og tillit ble bygd opp over tid, og pasientene og personalet ble godt kjent med hverandre. Pasientene hadde gjerne sin favorittsykepleier, og de kunne lyse opp og endre ansiktsmimikk når deres favoritt kom inn i rommet. De snakket ofte om personalet inne på røykerommet (den gang røykerom fantes). Personalet kom sjelden dit, og pasientene kunne fritt diskutere hva de mente var personalets positive og negative sider. Det var noen av pleierne som i pasientenes øyne utmerket seg som spesielt ”varme, forståelsesfulle og snille”. Jeg oppdaget videre at beskrivelser av pasienters atferd i journaler og pleierapporter ikke alltid stemte med det jeg opplevde når de var sammen med ”sin” pleier eller andre de likte godt. En pasient ble for eksempel beskrevet i journalen som ”sosialt og emosjonelt” tilbaketrukket, med en ”dominans av negative symptomer”. Denne pasienten satt ofte stille og tilbaketrukket på stua og svarte som regel bare med enstavelserord når man henvendte seg til ham. Sammen med ”sin” sykepleier kunne han spontant ta ordet, snakke sammenhengende, spøke, le og smile, spesielt når han var ute av avdelingen på tur sammen med denne sykepleieren.

Jeg observerte at både pasientens og personalets atferd kunne endre seg ettersom de bygde allianser med hverandre. Pasientene sa at det som var bra med institusjonen, var ”folka”, og da mente de både personalet og medpasientene. Det var ikke behandlingen pasientene spontant snakket om, men den gode nære kontakten mellom mennesker.

Det ser altså ut som om psykisk lidelse ikke bare befinner seg i pasientens hode men snarere flyter fram og tilbake mellom de ulike aktørene. Lidelsen fanges ikke opp av fastlåste begreper, men uttrykkes i dynamiske bevegelser som foregår i relasjonene. Pasientene *er* nødvendigvis ikke slik eller slik, men *gjør* noe med sykepleierne og omvendt. Mennesker sanser hverandre ikke bare intellektuelt, men også via kroppsspråk. Tegn på psykisk lidelse er ikke entydige, ubevegelige størrelser, men kan bli til eller forsvinne i samspill mellom mennesker.

Endring gjennom tid

Tidsaspektet er viktig. Jeg observerte at lidelsens ulike uttrykk og forståelsen av disse endret seg underveis uten at noen forklarte hvorfor. Det var lite utskifting av pasienter de åtte månedene feltarbeidet varte. Jeg fikk således anledning til å observere pasientene over tid. Når jeg i ettertid leser feltnotatene fra begynnelse til slutt, kan det virke som om de fleste av pasientene blir bedre i løpet av oppholdet. Med bedre mener jeg personalets beskrivelser av bedring, for eksempel mindre tilbaketrekning, mer ”normalt snakk” og bedre ”sosial fungering”, men også pasientenes egne utsagn i forhold til å føle seg bedre. Jeg må imidlertid tilføye at personalets og pasientenes oppfatninger ikke alltid stemte overens. Noen av pasientene hadde helt divergerende oppfatninger av hva det ville si å ”være bra”. Personalet kunne for eksempel oppfatte en pasient som ”virkelig syk”, mens pasienten selv mente han var frisk.

Feltnotater som omhandlet pasienter som nettopp var innlagt, var ofte preget av at tilstanden var dårlig. Det følgende er et eksempel fra en morgenrapport der en sykepleier beskriver en ”dårlig” pasient: *”Han er ordentlig sjuk, har kontakt med Gud - er en engel - sier at kvinner stadig er forelsket i han, det kommer fugler inn av vinduet og setter seg på han”*. Denne pasienten snakket uavlatelig om sine opplevelser, for eksempel at han kunne styre været med tankene. Slik atferd ble oppfattet som sykt av personalet og av enkelte medpasienter. Mot slutten av oppholdet endret

pasienten seg gradvis; han snakket mindre om sine spesielle opplevelser, og ble oppfattet som bedre. Pasientens atferdsendring kunne ikke forklares med virkning av anti-psykotisk medisin, fordi det kom fram at han kastet disse medisinene i toalettet. Jeg forsto etter hvert at hans opplevelser ikke hadde forsvunnet, men at han over tid hadde lært å ikke vise dem, eller snakke om dem. Han hadde lært hva som var ”passende” atferd i fellesskapet og ble derfor oppfattet som bedre. Han sa til meg: *”Når jeg forteller om meg selv, oppfatter de meg som syk og vil gi meg medisiner, men når jeg sitter musestille og sier ingenting, oppfatter de meg som frisk”*. Her foregår altså endringen ved at pasienten over tid tilegner seg en mestringsstrategi som gjør at omgivelsene oppfatter ham som mindre syk. Det er imidlertid tankevekkende at pasienter som innlegges for en behandling der samtaler er en del av terapien, opplever at de ikke kan snakke om visse ting (Terkelsen, 2005).

Personalet påpekte også hvordan pasienter endret seg over tid. Det følgende er et eksempel på en pasient som har hatt diagnosen schizofreni i mange år, men personalet er nå usikre på om han virkelig bør ha denne diagnosen. I samtale med meg, fremhever terapeuten at pasienten har forandret seg mye på den tiden han har vært her: *”Da han kom var han mye mer tildekkende, ga lite i samtalen, satt der taus og mutt. Nå har han liksom kledd av seg, er mer åpen...Det er veldig interessant det med tidsaspektet, hvordan han var før og hvordan han er nå. Jeg synes jeg kan se en voldsom forandring på disse månedene”*.

Terapeuten er usikker på hva pasienten feiler, og han er like usikker på hvorfor pasienten har endret seg over tid. Han vet ikke om det er den antipsykotiske medisinen som har virket, og han mener man må revurdere schizofreni - diagnosen. Han fremhever at bedringen like gjerne kan skyldes at *”her jobber vi på relasjonsplanet”*, eller at tidsaspektet i seg selv har forårsaket bedringen. På flere måter framstår lidelsens uttrykk sammensatt.

Endring gjennom læring

Gjennom ESL - programmet ervervet pasientene det medisinske begrepsapparatet. Noen begynte raskt å omtale seg i selv i medisinske termer, for eksempel ved å si at: *”Jeg har en depresjon, men det er ikke en klassisk depresjon”*. Personalet var til dels klar over hvilken påvirkningskraft de hadde i forhold til å definere pasientenes lidelse. For eksempel fikk en ung pasient først diagnosen schizofreni, men etter hvert begynte personalet å tvile på om denne diagnosen var riktig. I et behandlingsmøte der personalet diskuterer de enkelte pasienter, sier en av terapeutene: *” Vi kan ha ledet ham til å beskrive stemmer. Når han er her, leter vi jo etter symptomer, og stiller han visse spørsmål. Han fanger ganske fort opp hva som skal til for å være syk. Vi kan ha lagt det i munnen på ham”*.

Et annet aspekt er at pasientene ofte lærer om hverandres lidelse og om strategier for å mestre den. Dette snakket pasientene mye om, spesielt på røykerommet. Eldre, mer erfarne pasienter lærte bort sine strategier til de som nettopp hadde kommet inn i systemet. For eksempel ga en erfaren pasient som hadde hørt stemmer i årevis støtte og hjelp til en yngre pasient: *”Du må lære deg til å overse disse stemmene dine, spesielt de slemme, så vil de bli svakere etter hvert. Ikke la de få styre deg, kjeft tilbake! Det er ikke noe å være redd for”*. Den yngre pasienten uttrykte overfor meg senere at den eldre hadde vært til stor hjelp. Alternative måter å forstå og mestre stemmehøring, og som ikke tar utgangspunkt i psykopatologi, blir for øvrig beskrevet av blant annet Romme (2000) og Leudar & Thomas (2000).

Endring gjennom kontekst

Jeg observerte at pasientenes atferd ofte forandret seg ettersom konteksten endret seg, og ettersom aktørene befant seg i ulike ”rom”. Røykerommet var for eksempel en arena for mye

latter og fleip. Morgenmøtet i fellesrommet var imidlertid preget av at pasientene snakket lite. Personalet stilte spørsmål, pasientene svarte. De gangene vi var på utflukter og turer utenfor avdelingen, forandret også kommunikasjonen seg. Både pasienter og personalet virket mer avslappet, og praten dreide seg om dagligdagse ting. Pasientene tok i større grad ordet på eget initiativ, og det oppsto mer humor og mindre alvor. Relasjonene var ikke så mye dominert av ”oss og dem”, eller ”personalet kontra pasienter”. Også personalet uttrykte flere ganger at pasientene var mer ”normale” og mindre ”syke” når vi var på tur. Pasientene kunne også endre seg ettersom konteksten *inne i* avdelingen endret seg. For eksempel ble ESL- programmet avsluttet under adventstiden, og det ble lagt vekt på at pasientene skulle ha det hyggelig og kose seg. I dette intime miljøet hvor alle var invitert til å delta på like fot, oppførte pasientene seg annerledes enn under det vanlige programmet på hverdagene. De fleste ønsket å delta, var mindre tilbaketrukne og mer spontane. Det så ut til at ”negative” symptomer på schizofreni, dvs. isolasjon og tilbaketrekning, reduseres, skjules eller forsvinner i en slik setting.

Sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemer og psykisk helse

Sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemer må forstås på bakgrunn av en utvikling mot et evidensbasert kunnskapshierarki som retter seg mot å ”standardisere og styre praksis” (Martinsen & Boge, 2004). Et formål med slike systemer er å utvikle et standardisert, evidensbasert begrepsapparat for sykepleiere som dessuten kan legges inn i databaser. Dette må også sees i sammenheng med et ønske om å oppnå effektivisering i et helsevesen som i økende grad preges av fokus på økonomisk lønnsomhet (Martinsen & Boge, 2004). I denne delen av artikkelen vil jeg beskrive noen eksempler fra von Kroghs ”*Begreper i psykiatrisk sykepleie*” (2005) og deretter diskutere relevansen av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid i lys av mitt feltarbeid.

I von Kroghs system, som altså er basert på NANDA- NOC - NIC, utgjør første del NANDA. Denne delen inneholder en oversikt over ”sykepleiediagnoser relatert til psykiatrisk sykepleie” (von Krogh, 2005 s.137). Diagnosene er inndelt i 7 problemområder. Ett av problemområdene kalles ”psykokognitiv problematikk”(s.137), der bl.a. ”desorientering”, ”persepsjonsforstyrrelser”, ”tankeforstyrrelser”, og ”identitetsforstyrrelse” (s.137) er inkludert. Kjennetegn på de ulike sykepleiediagnosene beskrives også. Karakteristisk for ”persepsjonsforstyrrelser”(s.81) er at dette ”er det første symptomet på forstyrrelser i hjernens funksjon” (s.81)og de kan være forskjellige ”avhengig av hva slags skade eller påvirkning hjernen er utsatt for(s.81)”, der ”hørselshallusinasjoner er vanligst ved schizofreni” (s. 81). Under ”tankeforstyrrelser”, står det at det ”handler både om avvikende tankeinnhold og/eller avvikende tankeprosesser” (s.82), og at dette er karakterisert av bl.a. ”upassende, urealistisk tankegang” (s.64).

Andre del, NOC, beskriver ønsket pasientstatus i forhold til hvert problemområde, samt identifiserer indikatorer som kan måle fremgang hos pasienten (von Krogh, 2005, s.139-182). NOC-området psyko-kognitiv status, relaterer seg til problemområdet psykokognitiv problematikk. Her finner man blant annet ”realitetsorientering” (s.154) og ”indikatorer som kan måle realitetsorientering” (s.155). Disse indikatorene er ”gjenkjenner fantasier, gjenkjenner sanseforstyrrelser, gjenkjenner tankeforstyrrelser, demonstrerer logisk tankeprosess og samhandler med andre på en adekvat måte, andre indikatorer” (s.155).

Tredje del, NIC, beskriver sykepleieintervensjoner. Noen eksempler på ”psykokognitive intervensjoner” er, ”atferdshåndtering” knyttet til ”overaktivitet”, disorganisering” og ”overstimulering” (von Krogh 2005,s.203,204), ” realitetsorientering” , (s.204),”avledning”, (s.205) og ”grensesetting”, (s.209).

Både sykepleiediagnosene, ønsket pasientstatus og intervensjonene er kodet med tall (se tabell under). Kodene skal gjøre det lettere å innpasse klassifikasjonene i elektroniske datasystemer. En sykepleier i praksis kan således elektronisk identifisere et problem, få fram ønsket pasientstatus, samt forslag til hva som kan gjøres med problemet. Det vil si at systemet kan foreslå en ferdig utformet sykepleieplan/behandlingsplan, og det blir viktig å få plassert pasienten i ”riktig” kategori. Målet er å standardisere kunnskapen på tvers av institusjoner, fagmiljøer og landegrenser, og forslag til sykepleieintervensjon vil være omtrent det samme om man befinner seg i USA, Norge, eller et annet land.

Oppsummert kan dette illustreres slik:

NANDA (Pasientproblematikk/ sykepleiediagnoser)	NOC (Ønsket pasientsstatus)	NIC (Sykepleieintervensjoner)
Psykokognitiv problematikk:	Psykokognitiv status	Psykokognitive intervensjoner
Bl.a. - Desorientering (00127) - Persepsjonsforstyrrelser (00122) - Tankeforstyrrelser (00130) - Identitetsforstyrrelse(00121)	Bl.a. - Realitetsorientering (1403) Indikatorer som kan måle realitets orientering (1202), bl.a.: gjenkjenner fantasier, gjenkjenner sanse- og tanke- forstyrrelser, demonstrerer logisk tankeprosess, samhandler med andre på en adekvat måte	Bl.a. - Atferdshåndtering (4352) knyttet til overaktivitet, disorganisering og overstimulering - Realitetsorientering (4820) - Avledning (5900) - Grensesetting (4380)

Relevansen av sykepleiediagnostiske termer i forhold til relasjon, tid, kontekst og læring

Sykepleiediagnostiske klassifikasjoner innenfor psykisk helsearbeid kan sies å gjenspeile et essensialistisk eller realistisk syn, i motsetning til et relasjonelt og sosialkonstruktivistisk syn. Filosofen Harald Grimen skriver at ”realisme er en antakelse om at det finnes en verden som er uavhengig av vår erkjennelse”, mens ”sosial konstruktivisme er en antakelse om at verden, eller noen fenomener i verden, er et produkt av kollektivens virksomheter” (Nortvedt & Grimen, 2004,s.141). Selve forutsetningen for å kunne utvikle diagnosesystemer er nettopp ideen om at sykdomstilstander eksisterer ”i virkeligheten”, dvs. en bestemt virkelighet som defineres av en spesiell gruppe fagfolk med en spesiell type kunnskapsteori og -praksis. Denne ”virkeligheten” som man mener eksisterer uavhengig av vår erkjennelse, har universelle kjennetegn som skal beskrives i presise termer. Man søker altså å finne en absolutt definisjon, som innebærer at avviket er å finne i selve fenomenet.

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv fokuserer man ikke bare på et fenomen i seg selv, men på sosiale prosesser og fenomeners samspill; i dette tilfellet lidelsens uttrykk i samspill med institusjonens kollektive virksomhet iv. Man kan innvende at diskusjonen omkring sosialkonstruktivisme og essensialisme er utdebattert, men etter mitt syn er det viktig å minne om denne distinksjonen fordi de ulike perspektivene får store konsekvenser for hvordan helsepersonell møter og behandler psykisk lidende mennesker. I NANDA- NOC -NIC blir symptomkategoriene uten diskusjon slått fast som reelle fakta. Kategoriene blir ikke problematisert i forhold til relasjon, tid, kontekst eller læring. Det innbys ikke til dialog eller utforskning av ulike perspektiver (Seikkula, 2000), men til en monologisk ”håndtering” av

pasientens symptomer. Pasienten er i stor grad klassifisert, diagnostisert og derved utestengt fra en dialog om sitt eget liv. Det er en fare for at pasientens virkelighetsoppfatninger ikke får noen stemme, og at pasienten ikke får tid, rom og anledning til å definere sine egne behov eller problemer, fordi de allerede er ferdig definerte. Klassifikasjonssystemet innbyr ikke til at man går inn i pasientens livsverden og deler denne. ”Skaden” er plassert hos pasienten, for eksempel som forstyrrelser i egofunksjonen eller i selvet (von Krogh 2005, 70-79) eller som ubalanse i signalstoffer i hjernen. I dette perspektivet fremtrer problemene som uforanderlige og sementerte.

Karakteristisk ved klassifikasjonssystemet er også troen på at psykologiske fenomener er målbare. For å være målbare, må fenomenene ha en eller annen form for essens, dvs. at det finnes en realitet der ute - eller inne i mennesket. Når von Krogh skriver ”realitetsorientering” (s.154) indikerer det at det finnes en relativt klart definert og felles realitet å orientere seg i. ”Normalitet” beskrives som noe som er gjennomsnittlig eller middels; det som er mest vanlig eller typisk for en befolkningsgruppe (s.145). Selv om normalitetsbegrepet heldigvis er tonet ned fra 1. til 2. utgave, går det likevel fram at boken handler om avvik fra det normale og at det er ønskelig at pasientene beveger seg fra det unormale til det normale. For eksempel brukes begreper som ”forstyrrelser i ego -funksjonen” med underkategoriene ”skjev, løs eller unyansert egostruktur” (s.71-76). Dette er begreper innen rammene av et essensialistisk kunnskapsgrunnlag. Man mener det finnes noen strukturer inne i personligheten som kan være ”skjeve” og avvike fra det normale. Dette er noe pasienten ”har”, eller snarere ”er”, uavhengig av hvilken kontekst eller relasjon pasienten befinner seg i. Forfatteren nevner riktignok at normalitet kan variere innenfor kultur og tid (s.145), men uten at klassifikasjonene gjenspeiler dette.

Mitt feltarbeid viser at atferd, tanker og følelser hos den psykisk lidende person endres kontinuerlig, avhengig av relasjon, tid, kontekst og læring. Det er tvilsomt om slike standardiserte klassifikasjonssystemer fanger opp menneskelig mangfold. Von Krogh bruker begreper som ”avvikende tankeinnhold”(s.82), ”vrangforestillinger” (s.117) og ”tilbaketrekning” (s.118), og skriver at ”tankeforstyrrelser manifesterer seg i eksponering av upassende, urealistiske tanker” (s.83) Disse begrepene er tatt ut av enhver sammenheng, og vi får ikke informasjon om kultur og kontekst i relasjon til psykisk lidelse, noe anerkjente forskere har fokusert på i ulike krysskulturelle studier (jf. Kleinman,1980).

Man kan dessuten stille spørsmål om hva ”upassende tanker” innebærer, og hvem som tenker ”passende” og ”realistisk”. Min erfaring fra feltarbeidet var at bedømmelsen av tanker kunne avhenge av hvilket ståsted man selv hadde, og hvilken relasjon man hadde til pasienten. Selv om pasientenes utsagn og atferd mange ganger kunne oppleves underlig for en utenforstående, hadde deres fortellinger og atferd en egen mening og logikk, bare man lyttet godt nok til pasientene over tid. Når jeg i rollen som forsker lyttet til pasientenes historier uten avbrudd, sa de ofte at de følte seg bedre etterpå. Når sykepleiere og terapeuter lærte pasientene å kjenne og fikk innsikt i deres tanker og uttrykksmåte, fremsto ikke tankene nødvendigvis som upassende og urealistiske. En av terapeutene kommenterte en pasient på denne måten: *”Hans psykose har en funksjon, det er hans måte å overleve i verden. Min oppgave er å være der, få han til å fortelle og uttrykke sin historie og skape mening. Da vil han kunne gi slipp på psykosen”*. Pasienten hadde hva man i psykiatrisk terminologi vil karakterisere som omnipotente vrangforestillinger, der han så seg selv som utvalgt til å redde verden fra det onde.

Von Krogh skriver om hvordan man skal ”håndtere” slike ”vrangforestillinger”: ”Det er viktig å ikke avvise vrangforestillingene, men heller ikke rette oppmerksomheten mot dem eller utforske

dem”(von Krogh, 2005, s.202). Dette ser ut til å bygge på en forestilling om at pasienter blir mer psykotiske når man utforsker psykosen. Det står i sterk kontrast til ovennevnte terapeuts tilnærning, og min egen og andres erfaring (Terkelsen et al,2005; Terkelsen, 2006; Leuder &Thomas, 2000). Den finske professor i psykologi, Jaakko Seikkula, har i en årrekke samarbeidet med mennesker med psykoseproblematikk. Han hevder at mennesker blir mindre psykotiske av å kunne snakke fritt i et nettverk av familie og andre nære personer, i det han betegner som ”*Åpne samtaler*”. Han har også dokumentert at behovet for antipsykotisk medisin reduseres ved å møte mennesker på denne måten (Seikkula, 2000).

Von Krogh (2005, s.202) skriver videre at ”En viktig aktivitet er å forklare pasienten nødvendigheten av å ta antipsykotisk medikasjon”. For det første er antipsykotisk medisin en kontroversiell behandling med mange bivirkninger. For det andre inviteres ikke pasienten til dialog; hun/han skal derimot ”forklares” noe. Dette gjenspeiler et essensialistisk, monologisk og paternalistisk syn der psykosen skal forstås og forklares som en ”reell” ”sykdom” uavhengig av relasjon, tid, kontekst og læring, og der den beste behandlingen er den som fjerner symptomene på sykdommen.

Et annet kunnskapsgrunnlag med større romslighet for avvik

Et betimelig spørsmål er hvorfor man ønsker å innføre et klassifikasjonssystem i tillegg det medisinske ICD-10-systemet (WHO, 1992). Crowe (2000, s. 585) påpeker at slike klassifikasjonssystemer passer som hånd i hanske til vestlig subjektforståelse og normalitetstandard; en forståelse av selvet som rasjonelt, stabilt og samlet, med et klart skille mellom det indre og ytre. Mennesker som avviker fra denne kulturspesifikke normalitetstandarden, blir betraktet som syke. Man kan spørre om et annet kunnskapsgrunnlag,

med større romslighet i forhold til grenser for avvik og normalitet, kunne gi mennesker mer rom til å uttrykke hele sin person. Dette forutsetter imidlertid en endring av helsepersonellens utdanning og praksis, med større vekt på pasientenes kunnskap og virkelighetsforståelser.

Det kan se ut som den største svakheten ved klassifikasjonssystemene er at de simpelthen gir lite rom for annerledes tenkende mennesker, enten de er pasienter eller hjelpere. Kategoriene er tatt ut av enhver sosiologisk, historisk, eller politisk sammenheng. De er verken drøftet eller problematisert, og det stilles ikke spørsmål ved hvilket kunnskapssyn klassifikasjonene representerer. Begrepene har også en etisk dimensjon ved at det er en risiko for at de ved sin monologiske form kan leve sitt eget uberegnelige liv. Fordi kategoriene i så liten grad fanger opp erfaringsrikdommen i menneskelige opplevelser, er det spørsmål om slike klassifikasjoner vil tilføre pasientene noe positivt, og om det tjener pasientenes interesser at sykepleiere på dette området ukritisk følger den medisinske diagnostiske tradisjon.

Noter:

i "Psykiatrisk sykepleie" hviler på ulike tradisjoner, men blir i noen sammenhenger assosiert med en amerikansk orientert "nursing science" tradisjon (som sykepleiediagnosene springer ut fra). Psykisk helsearbeid hviler i større grad på en tverrfaglig tradisjon som distanserer seg fra en medisinsk sykdomsmodell (jf. for eksempel leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr.2, 2008) I en slik forstand representerer psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ulike paradigmer eller kunnskapsregimer.

ii De ulike rommene ble tillagt ulik betydning, og var således ikke bare fysiske rom. Røykerommet ga for eksempel andre rammer for kommunikasjon enn personalets møterom eller terapeutens kontor. Jeg kommer tilbake til det senere i artikkelen.

iii Jeg spurte ikke eksplisitt om helsearbeidernes alder, men de var mellom 30 og 60 år; majoriteten mellom 35-45. Både helsearbeidere og beboere brukte fornavn når de omtalte

hverandre. Når de omtalte grupper, brukte helsearbeiderne begrepene ”sykepleiere”, ”terapeuter” (evt. ”legen” eller ”psykologen”) og ”pasienter”. Beboerne omtalte helsepersonell som ”pleiere” og ”leger” og brukte sjelden ordet pasient på seg selv og andre.

iv I vid forstand inkluderer den kollektive virksomheten også hele det psykiske helsevernfeltet, for eksempel behandlingsmetoder, teknologier, litteratur, forskning, ideologier, offentlige dokumenter og bygninger.

Litteratur

- Agar, M.H.(1980). *The professional stranger: an informal introduction to ethnography*.
New York: Academic Press.
- Crowe,M.(2000). Psychiatric diagnosis: Some implications for mental health nursing care.
Journal of Advanced Nursing, 31 (3)583-89.
- Gråwe, R.(1991). *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av symptomer, arbeidshefte, Intern publikasjon*. Østmarka: Psykiatrisk Institutt og Lade: NTNU, Psykologisk Institutt.
- Hastrup, K. (Red.)(2004). *Viden om verden: en grundbog i antropologisk analyse*. København: Reitzel.
- Johnson M., Bulechek, G.M., Dochterman J.Mc Closkey, Maas L.M., Moorhead S., Swansen E. & Butcher H.K. (2001) *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions*. St.Louis: Mosby.
- Kleinman, A.(1980).*Patients and healers in the context of culture*. Berkely: University of California Press.
- Latour, B.1993). *We have never been modern*. New York: Harvester: Wheatsheaf
- Leudar,I. & Thomas,P. (2000).*Voices of reason, voices of insanity Studies of verbal Hallucinations* London: Routledge.
- Liberman, R.P. (1985). Psychosocial therapies for schizophrenia, i H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4.utg.). Baltimore MD: Williams & Wikens.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie.
Sykepleien, nr.13. [Online]. Lastet ned 2.desember, 2008, fra
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1035>
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994).*Qualitative data analysis: an expanded*

- sourcebook*, Thousand Oaks, California: Sage.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2000). *Nursing diagnosis: Definitions & Classifications 2002-2002*. Philadelphia.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romme, M. (2000). *Understanding voices: coping with auditory hallucinations and confusing realities*, Limburg : Rijksuniversiteit Maastricht.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne Samtaler*. Tano Aschehoug: Oslo.
- Terkelsen, T., Blystad, A., Hydle, I. (2005), Transforming extraordinary experiences into the concept of schizophrenia: a case study of a Norwegian psychiatric unit. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229-252.
- Terkelsen, T. (2006). Å bli overvåket gjennom en radiosender- hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* nr.4 ss. 91-112.
- Terkelsen, T. (2008). Transforming subjectivities in psychiatric care. (upublisert materiale, under revisjon i *Subjectivity*).
- Von Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie- sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organisation (WHO)(1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

Are nursing diagnoses relevant in the mental health field?

In this article, which is based upon eight months of ethnographic fieldwork in a psychiatric rehabilitation unit, I critically view the application of nursing diagnoses in the mental health field. I focus on the American classification system NANDA- NOC- NIC and consider the relevance of this system in the light of my field experiences. I learned that so called signs of mental illness were not static, but altered according to relations, contexts, time and learning. My observations therefore indicate that nursing diagnoses are not relevant in the mental health field, because they do not consider the fact that people change. Diagnoses are asserted as unchangeable facts; they are not discussed or scrutinized. Moreover, they do not encourage dialogue or the exploration of different perspectives. They do not absorb the dynamic complexity of human emotions, thinking and demeanour, as I observed during my field experiences.

Transforming subjectivities in psychiatric care

Toril B. Terkelsen, Senior Lecturer, Phd

University of Agder, Institute of health- and nursing science

Box 509, 4898, Grimstad, Norway

E-mail: Toril.Terkelsen@uia.no

This is a post-peer-review, pre-copyedit version of an article published in *Subjectivity*. The definitive publisher-authenticated version: Transforming subjectivities in psychiatric care, *Subjectivity*, Vol. 27, 195–216 , 2009, Palgrave Macmillan is available online at:

<http://www.palgrave-journals.com/sub/journal/v27/n1/full/sub20096a.html>

Abstract:

This article is based upon ethnographic fieldwork in a Norwegian psychiatric unit practicing a psycho- educational treatment of young adults diagnosed with schizophrenia. An aim of the program is that patients learn to detect and monitor their ‘symptoms’ in order to obtain ‘insight into their own illness’, thus transforming themselves into self-governed and self-responsible subjects who are able to cope with life outside institutions. The program is constituted within a medical framework with strong emphasis on medicine-compliance. I explore the dynamics of power relations inherent in the program, referring to Foucault’s descriptions of discipline and normalisation through pedagogy and examinations. His concepts of governmentality and self-technologies have proved useful as a frame for a critical evaluation of such programs. However, subjectivities cannot be read off directly from educational technology, and my data from everyday, mundane settings in the institution reveal paradoxes and contradictions which are accounted for in this study.

Keywords: Schizophrenia

Psycho-education

Foucault

Power-knowledge

Governmentality

Subjectivity

Introduction

In this article I focus on how subjectivities emerge and transform in relation to a psycho-educational program treating people diagnosed with schizophrenia; in this particular case a Norwegian educational program labelled ‘An Independent Life’ (AIL hereafter). The article is based upon eight months of ethnographic fieldwork in a Norwegian rehabilitation unit. Referring to Michel Foucault, I explore the creation and expression of power relations through AIL and how the programme aims at teaching patients self-observation, self-classification and self-examination in accordance with the psychiatric diagnostic vernacular. The objective of the program is self-governance and independency, and through a specific knowledge-regime designed for regulating psychotic thoughts, feelings and behaviour, patients are supposed to ‘detect and manage symptoms with the help of professionals from the psychiatric field’ (from the introduction of the AIL- program’s workbook, in Gråwe, 1991, my translation). I will discuss how this takes place in everyday practice in the institution and how the program affects the people there.

To say that psychiatric knowledge and technology represent power is hardly controversial today. However, we are not dealing with a ‘one to one’ exploiting/exploited perspective, but a

rather large and ambiguous field of power-knowledge relations, as laid out by Foucault (1972, 2001a). This complex type of power is displayed, not mainly through a centralised state or ‘the law’, but through governmental apparatuses, institutions and procedures (the psycho-educational program is a particular example), aiming at the welfare, security and governance of the population, where the mental health field seems to pose a particular challenge.

Foucault (2001b, p. 220) states that ‘we live in the era of a “governmentality” first discovered in the eighteenth century’. His writings on self-technologies and governmentality are perhaps even more relevant today. Self-governance and self-care are traditional Western liberal ideals. Thus, psycho educational programs may be associated with the increasing neo-liberalism in Western societies. On the one hand, patients are expected to be self-governed and independent, to live a life outside an institution. On the other hand, such ‘freedom’ outside the institution is limited and constricted in several ways. In addition to social and economic limitations of ‘freedom’, people with mental health difficulties are not free to think or speak as they wish. They are expected to accept having a stigmatising chronic psychiatric illness (Estroff, 1993) and taking medicines which have a severe impact on their cognitive functions (Breggin and Cohen, 1999). What is to be done with individuals who do not accept the definition of illness presented to them, who are not able to or willing to govern themselves i.e. to comply with the program set up for them? What about people who do not see their problems as illness and claim their right to refuse medication? These questions are indeed political, ethical and economic. The various rehabilitation programs aiming at helping patients to govern themselves are perhaps not solely expressions of democracy and liberation. As Rose points out, ‘modern individuals are not merely “free” to chose, but *obliged* to be free’ (Rose, 1999, p.87). The change from taking care of ill people to teaching them responsibility for their own health has become a technology of ‘responsibilisation’ (Rose, 1999, p.74). For example,

the introduction of the concept of 'self-care' in nursing literature in the 1970s (Orem, 1971) almost created a revolution in nursing theory and practice. To be able to cope, to be independent and autonomous are highly valued properties described in nursing literature today. The individual has a 'duty to feel well', a moral responsibility to 'stay well' (Greco, 1993, p.357) and an obligation to have self-esteem. Cruikshank (1993 p.330) argues that 'those who have failed to link their personal fulfilment to social reform are lumped together as "social problems", diagnosed as "lacking self-esteem" and charged with "anti-social" behaviour'. Responsible, worthy patients on the other hand, comply with experts' advice in order to obtain self-care and independence. Such 'freedom' is referred to by Rose (1999, p.137-166) as 'advanced liberalism'; in order 'to govern better, the state must govern less' (Rose, 1999,p.139). A different kind of subject emerges, i.e. an individual who does not need to be governed by others but are 'free' to govern him/herself; as expressed in this study by the term 'An Independent Life'.

However, my objective is also to go beyond a power-knowledge perspective. My field data reveal that subjects are not only passively formed or produced by psychiatric discourses or governmental apparatuses. I focus on human agency and lived experience, reflecting on how subjects create and re-create themselves in local interactions (Biehl *et al* 2005, p.14). Not leaving Foucault's and Rose's works aside, I address the issue of experience; how subjectivities emerge, are shaped and reshaped through a flow of multiple, diverse and sometimes paradoxical everyday experiences in a psychiatric institution. Studies of lived human experiences in local, mundane settings in the present have not been issues in Rose's or Foucault's analyses. Blackman *et al* (2008, p.15) state that 'Experience [...] was always an important element for understanding subjectivity' and 'the role of experience [...] has always accompanied the concept of subjectivity '

Kleinman and Fitz-Henry (2007) deal with the issue of subjectivities and experience in a recent anthology. They point out that subjectivities are interactive, multiple, never static, always in-flux (p.55), writing that 'Experience is intersubjective inasmuch it involves practices, negotiations and contestations with others with whom we are connected. It is also the medium within which collective and subjective processes fuse, enter into dialectical relationships, and mutually condition each other' (p 53).

Through examples from my fieldwork, I describe how such practices, negotiations and contestations take place in a psychiatric institution. I also aim at illustrating the ambiguity and bewilderment in psychiatric care today, and how people, both patients and helpers, interact and influence each other in everyday settings

Psycho- educational programs

Psycho- educational programs in psychiatry emerged at the end of 1970. The impetus for the creation of such treatment programs was the explicit aim of many Western countries to reintegrate psychiatric patients into society. This development also took place in Norway. Inspired by the de- institutionalisation reform in Italy, several large psychiatric hospitals and asylums in Norway were closed down during the 1980s, and patients were transferred to open care in their communities. Independence, self-care and ability to cope with life became highly valued properties during this reform. However, many communities did not have the resources, competence or ability to take care of these patients in a proper way. Although Norway has a well developed, public welfare system compared to many other countries, several of these patients became marginalised and were left alone in poor conditions without the ability to care for themselves. The introduction of psycho- educational programs should also be viewed against this background. The programs are for the most developed within a biomedical

framework where acceptance of drug intervention is crucial in coping with illness (Falloon *et al*, 1996, Terkelsen *et al* 2005). Recent research in genetics and pharmaceuticals, and the refinement of psychiatric classification systems such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA 1995) and the International Classification of Diseases (ICD-10, WHO1992) have contributed to this development. Within this framework schizophrenia is regarded as a distinct disease, caused by imbalance in chemical neurotransmitters in the brain, characterized by 'well-defined' symptoms, such as hallucinations, delusions, ambivalence, thought disorders and social withdrawal. These symptoms are perceived as essential and self-evident. Extensive literature show that schizophrenia is an incoherent, invalid concept, and no consistent evidence for a brain malfunction or disorder has yet been identified (Bentall, 2003, Boyle, 2002, Johnstone, 2001, Thomas, 1997). Nevertheless, patients are expected to adopt the biomedical explanation, accept that they are ill and adjust themselves through education and medicine compliance.

A limited body of research and evaluation of the psycho-educational programs exists, focussing on reduction of symptoms and prevention of relapse. The authors, mostly psychologists and psychiatrists, emphasise what they consider positive effects on symptoms and relapse (e.g., Hogarty *et al* 1991, Goldstein & Miklowitz 1995, Bentsen 2003). A review of 10 studies concludes that psycho education is useful in the treatment of schizophrenia. Usefulness is measured by medicine compliance and decrease in readmission (Pekkala & Merinder, 2006). Ethical aspects associated with this treatment are, however, not discussed, nor questions related to the dynamics of power - knowledge in educational programs. According to my study, usefulness should be measured by how patients define it. Field data reveal that several patients object to the AIL program and do not find it useful at all.

Context and methodological challenges

The rehabilitation unit (Sunhillⁱ hereafter), is nicely situated, surrounded by a large garden, close to a medium-sized Norwegian town. The institution is characterised by a homely, light atmosphere with tasteful furniture and art on the walls. The staff points at surroundings as important in order to make patients feel ‘normal’. Each patient has his/her own room. There are no locked doors except in the staff’s offices, and patients are free to leave the institution in their ‘spare’ time, as long as they tell the staff where they are going and when they will return. The staff is well educated; most of the nurses have had 1-2 years of specialisation in advanced psychiatric nursing. My impression was also that both nurses and therapists were highly motivated and engaged in the welfare of the patients.

The institution has the capacity to treat 10 patients diagnosed with schizophrenia at the one time. 36 (of 40) people gave their informed consent to participate in the field-work: 11 male patients between the age of 19-40, 4 female patients between 20-30, 10 female and 2 male nurses, 4 male and 1 female therapistsⁱⁱ, and 4 female student nurses in their twenties. All participants were white ethnic Norwegians living in the southern part of Norway.

I stayed in the institution several times a week throughout the fieldwork period, carrying out participant observation and having conversations with varying degrees of formality with all participants. I observed and systematically recorded people’s verbal and non-verbal interaction inside and outside the institution. I had access to an office where I could retire to write my field-notes regularly several times a day. I told all participants that I was taking field-notes, and in the beginning they seemed uneasy, but they told me that they got used to it after a while. I participated in all the activities of the unit, such as meetings, individual psychotherapy sessions with therapists and patients, physiotherapy sessions, and informal

social interaction, taking notes either simultaneously or immediately after the sessions. In addition to informal conversations, interviews with 9 patients, 2 ex-patients who visited the institution regularly and 11 professionals were tape-recorded, transcribed verbatim and analysed according to ethnographic methodology (Miles and Huberman 1994, Agar 1980). Some of the patients were interviewed several times. I also had access to and reviewed hospital records and had regular contact with some of the patients after they were discharged.

Having previously been a nurse working in psychiatric hospitals, I easily got access to all rooms in the institution. This was an advantage, but also a challenge, because as a fieldworker aiming at an ethnographic space, I had to distance myself as a nurse. I was treated by the nurses as 'one of them' and balanced between observation and participation. Thus my data were of a different kind than the data collected by the staff. A particularly useful space in the field was the smoking room where staff seldom came. I was impressed by how openly the patients spoke about themselves. An ethical issueⁱⁱⁱ was raised when some patients wanted to make appointments with me as if I were a staff member, although it seemed that they distinguished my role as a researcher from the role of the professional staff.

Psycho-education

The psycho-educational program (AIL) at Sunhill consisted of three courses: the first on managing symptoms, the second on social conversational skills and the third on body awareness. There were three sessions a week, each lasting about one and a half hours. The program was based on ideas of American psychiatrists (Lieberman *et al* 1985) and translated and modified by the Norwegian psychologist Gråwe (1991). The assumption was that people with psychosis have particular problems in these three areas, and that they would manage daily life in a better way if they learned about their illness through theoretical lessons and

practical exercises within these areas. Nurses were in charge of the first two courses, while a physiotherapist ran the final course.

The aim of the first course was to teach patients to detect symptoms of a relapse into psychosis and to manage 'persistent symptoms' of schizophrenia. Gråwe (1991) has compiled a workbook which patients in this unit were expected to use under nurse guidance. In the second course patients were trained to enhance their conversational skills. The body awareness course consisted of simple physical exercises and relaxation techniques.

It seemed that the 'Managing symptoms course' (MSC hereafter) was rather unpopular among several patients, but that they were more willing to attend the 'Social conversation skills course', probably because they felt they had problems in this area. Many patients complained about lack of concentration, that their thoughts just stopped, that they did not know what to talk about in an ordinary conversation. I felt the atmosphere in the Social-conversation course was less tense than in the MSC. Patients appeared to be more engaged, talking and laughing more, seemingly enjoying the funny situations that sometimes appeared during role-plays.

I will particularly focus on the MSC because it involved questions of governance and regulation to a much larger extent than the other two courses. All three courses were compulsory, but staff could decide that a patient should attend one, all, or none of the courses, depending on an assessment of the patient's condition.

In the MSC, patients were to achieve skills related to the following four areas:

- 1) To recognise warning symptoms of relapse
- 2) To manage warning symptoms
- 3) To manage persistent symptoms

4) To avoid alcohol and drugs (Gråwe1991, p.65, my translation).

Patients were thoroughly tested with multiple choice questionnaires, in which they were asked what they would do in the case of symptoms of a relapse. An example of one of the questions was:

I can reduce the danger of relapse by:

- 1) Learning to manage my disease
- 2) Ignoring my symptoms
- 3) Stopping taking medicine
- 4) Taking painkillers every day (Gråwe, 1991:65, my translation).

It is implied that some of the answers are 'right' and some are 'wrong'. The three latter alternatives are obviously 'wrong' answers.

Symptoms were divided into 'warning signs' of relapse and 'persistent symptoms' of schizophrenia. For each sign and symptom, the workbook describes examples, and patients are expected to monitor their own symptoms. 'Warning signs of relapse' were classified as deviations in sleep, appetite, mood, thought, feeling or behaviour. Examples of 'changes in thoughts and feelings' were 'being suspicious' or 'becoming excessively religious'. The 'persistent symptoms' of schizophrenia were described as 'hearing voices', 'suspiciousness towards other people' and 'depressive feelings'(Gråwe1991). Patients were given a registration and classification formula with squares to fill in every day. They were supposed to grade the strength of their signs and symptoms on a scale from strong, moderate, and weak to none. In this way patients were expected to measure and record their own feelings.

The AIL program in action and how it affects people

An extract from a session in MSC gives insight into the concrete workings of the AIL program. It is the eighth session. In the room are two patients, two nurses, and myself, sitting outside the circle as an observer, taking notes. The patients have brought their workbooks. They are going to learn about warning signs of psychosis:

Nurse, (directed to the patients): Today we're going to learn how to recognise and grade warning signs. You have to register the warning signs every day, and you begin here at day one (points at the formula in the workbook). When you've registered for one week, a pattern will emerge. If the curve is completely flat, you've perhaps had a good period. You also have to compare the curve with what you've done. This is also a registration of stressful events. The homework for the next session is to fill out the form.

Following this teaching session, a video is shown about a boy, Anders, who is worried about hearing voices and sleeping poorly. The lesson to be learnt from the video is that Anders should contact a person he knows well or a doctor to get help (which usually means increased medicine dosage). After the video session, the nurses try to establish a conversation with the patients about Anders' problems, but that proved to be difficult. The nurses asked whether the patients had similar problems as Anders', but they hardly said a word. They looked down and replied politely when spoken to. I felt the atmosphere in the room to be tense. For some of the patients, with whom I spoke later, I think the silence was an expression of avoidance, a subtle resistance by retreating.

Some of the patients in the rehabilitation unit did not have the kinds of symptoms that were expected of psychotic individuals. The course however was still compulsory. The following is an extract from a session where this is the case.

Nurse to the patient: Do you record your symptoms daily as requested?

P: No, I haven't come that far.

N: What stops you from doing so?

P: I don't have such symptoms.

N: Does Peter (*the nurse who is in charge of him*) agree?

P: Yes, he does. I don't have symptoms, and it's not my fault.

N: Yes, but it's important anyway to be observant about symptoms [...]What do you benefit most from here?

P: I'm looking for an apartment to rent.

N: It's okay that you use your energy on this. But it's important that you can recognise symptoms when you're going to live alone.

It appears as if the nurse's obligation to follow the program overshadows the patient's actual experience. When the session was over, the patient rushed out in a hurry. He was red in his face and clearly upset. A nurse said after the patients left: 'It's difficult to make the group dynamic now. Nevertheless I think they benefit from it'. Later I spoke with the patient in the smoking-room. He said that he had nothing to learn from this program. He had been living for years in his own apartment and need not learn to live alone, he said. His problem, according to himself, was drug abuse that went out of control when his girlfriend died. He explained his psychotic episodes as a result of using too much amphetamine.

Patients often interpret 'symptoms' differently from the professionals. At Sunhill, professionals and patients often disagreed about having warning signs or not. Professionals more often than patients believed that patients experienced warning signs, therefore disagreeing about the usefulness of AIL. In general the nurses considered the program as more useful and beneficial than the patients did. Below is an excerpt from an interview with one of the nurses (Anna) who was active in introducing the AIL at Sunhill several years ago.

Anna: Many of the patients had developed strange coping strategies... before they came here ...in order to learn to live with themselves. It takes time to make them unlearn and relearn new coping strategies..

[...]

T: There may be some who think they aren't so ill? Is it difficult if you...?

A: Yes, that is difficult. There are many who think they are not ill. But...usually they want to join anyway[...] Even if they don't admit that they're ill, they have a slight suspicion that something is wrong (*laughs a bit*). [...] There are very few who don't want to attend the AIL course. They want it. And it's so good. They learn a lot on that course about coping with symptoms. It's *so* useful, and *such* a good course.

Indeed, some patients thought there was 'something wrong' with them, in spite of the fact that they were sceptical to the AIL program and reluctant to label themselves as schizophrenic.

Like Danny, who told me of his 'strange ideas'

I thought that the the Leonids (*a meteor shower, my comment*) from space should come and take me away. Although it was frightening, it was a thrilling experience too. I looked at a pattern on the wall and was convinced that it was the Leonids formatting on the wall. I asked one of the nurses if she could see it too, and she said yes, she saw it. However, I did not dare to tell most people about my experiences, because they would believe I was mad. So I kept it to myself.

Such 'strange ideas' and 'wrongness' were dealt with differently. Some of the staff did not object to the patients' experiences. They even joined the 'strange ideas', particularly outside the serious atmosphere of the MSC. Moreover, it seemed that some of the nurses were attracted to the 'strangeness' and the 'wrongness'. One nurse said about a patient: 'He is *so* psychotic. It's beautiful. What that guy can see in the stars'. Thus, along with suffering, there was beauty and excitement, but this was not recognised by the AIL program. Patients are simply not supposed to enjoy their illness (Barrett, 1996). When patients did not express their psychotic experiences in an open manner, they were usually perceived as 'better'. Therefore

many patients soon learned how to hide their thoughts. One patient said to one of the therapists: 'When I look down and say nothing, you think I'm well, when I start to speak, you think I'm ill'. In the psychiatric unit and in the AIL program, patients are supposed to speak about themselves, but when speaking freely about 'strange' things, they are perceived as 'very ill'. There is a common expectation that people should reveal their inner thought when they are assigned for psychiatric treatment, but the opposite can be the case. The nurses were expected to limit 'psychotic talk' by making the patient talk about something else, or by secluding the patient in his room. Usually the staff followed this unwritten rule, presumably having been taught that patients may get worse if psychotic experiences are given attention (Leudar & Thomas, 2000). Sometimes, however, the nurses just let 'madness' flourish, joining into the 'craziness', laughing and joking together with patients. Such kind of humour seemed to ease tension for both patients and staff.

On the other side, the nurses were occupied with motivating the patients to attend to the AIL-course, while patients were occupied with different matters, such as getting money or cigarettes, which was a big issue in the smoking-room. Talks about girls was also a common theme there, as most of the clientele were young men. Indeed, I had the impression that lack of a girl-friend was one of the biggest problems. Impotence as a side-effect of psychotropic drugs was also a problem, but these issues were not raised in the AIL sessions, probably because the conversations in the sessions were restricted by the AIL workbook which did not hold such topics.

Sometimes the professionals made deviations from the AIL program. There were many events which were 'merely' social. At times I felt that I was part of a cosy, not very disciplined family, particularly during Christmas preparations when patients and nurses were engaged in

baking and making Christmas sweets. There was no AIL program for several weeks. Even some of the shy patients now voluntarily chose to participate, looking more spontaneous and less tense in these situations. Quite often the nurses and the physiotherapist made trips outside the institution with a group of patients. Such activities included seeing a movie, walking and strolling in the woods, swimming in a nearby pool, going to a cafeteria etc. In such relaxed contexts, the patients laughed, participated and seemed to enjoy themselves. The staff pointed out that patients often changed for the better when they went on trips outside the institution, and staff themselves seemed to enjoy these occasions too. Normal communication in everyday settings seemed to contribute more to patients' well-being than the AIL program. Several patients became friends during their stay at Sunhill, thus strengthening their network resources.

Transforming subjectivities through classification, normalisation and examination

One of the key objectives in the AIL program is to make patients unlearn and relearn new coping strategies, as outlined in the conversation with Anna. Such coping strategies imply that patients learn, accept and integrate the psychiatric definition of illness. Moreover, coping with life is learning about medicines in order to become medicine-compliant. Through these strategies, patients are supposed to obtain a larger degree of self-management.

A relevant question is whether these coping strategies can be associated with the disciplinary techniques described by Foucault in *Discipline and Punish* (1977) and with his later work on self-technologies (1997). The core elements in the AIL program can be understood as technologies of management and self-management, as a way of training and transforming subjects, and as 'a conduct of conduct' (Foucault 2001a, p.341). Foucault (1977, p.170-196) describes 'the means of correct training' through various disciplinary techniques. At Sunhill,

with its strong emphasis on pedagogy, patients' 'conduct is 'conducted' particularly through the techniques of classification, normalisation and examination. I think that the AIL program can be viewed in this perspective, and in the next paragraphs I will elaborate such attempts at transforming subjectivities, however afterwards pointing at the limitations of such an approach.

Classifications/observations: AIL cannot be disentangled from international psychiatric classification systems, such as DSM-IV (APA, 1995) or ICD-10 (WHO, 1994). These systems enable psychiatrists world-wide to define and diagnose symptoms of mental disease. The medical gaze is trained to scrutinize and classify. To examine, diagnose and to monitor the patient's movement from illness to normality or vice versa is part of a medical education. The classifications of symptoms in the AIL program are much the same as outlined in the illness categories described in the DSM-IV and ICD-10, where every disease is perceived as a distinct entity with its own symptoms. A successful outcome of the educational program largely depends on the patient's acceptance of such perceptions of disease.

Diagnoses have several effects. For instance, some patients in the present study said it was a relief to be able to put a name to their problems; others resisted strongly the diagnosis of schizophrenia. Besides, having a diagnosis is needed in order to gain certain advantages in the welfare system, such as sick-leave or disability pension. On the other hand, such classification systems may be understood as a part of a governmentalising enterprise, as powerful tools of configuring and surveying people. Patients are expected to adopt new strategies by learning to 'manage symptoms'. When a patient is diagnosed with schizophrenia, the professionals automatically look for and report pre-defined symptoms. Moreover, anti-psychotic medicines were almost always prescribed for patients in this study without debate. The term

'schizophrenia' triggers some automatic responses in the staff (and in patients too, as long as they accept their illness). This is perhaps an example of what Gordon calls 'techniques of power designed to observe, monitor, shape and control the behaviour of individuals' (Gordon 1991, p.3). I will argue that Foucault's notion of governmentality has even more significance today in the way standard classifications (such as the DSM and ICD) and standard programs (such as the AIL) have been elaborated in detail in order to govern people from a distance. It is to govern 'each and all' (Gordon 1991, p.3) through micro programs which the experts are taught to administer. It is to totalise and individualise, to see and control each individual as well as teaching people to monitor themselves. In such a way the health and welfare of the collective is governed by letting the expert authorities teach the marginalised people to govern themselves.

Normalisation: The idea of normality is pervasive in Norwegian society: e.g. national standards for educational programs, for social aid and for medical practice. The AIL program aims at improving the quality of life of suffering patients. However, viewed from another angle, it can also be conceived of as a normalisation program. Patients have to accept the standard psychiatric definition of mental illness, also termed 'insight into one's own illness'. Paradoxically, patients are told that in order to get well, they have to accept that they are ill. To obtain 'insight into one's own illness' is by most health professionals regarded as an important step on the way to recovery (Flyckt et al, 1999). Estroff's studies of the relation between the self-concept and explanations of suffering are relevant in this context. Her work indicates that psychiatric patients who define themselves as ill lose their sense of themselves as competent individuals and gradually come to see themselves as incompetent. She suggests that learning to be a patient is a way to chronicity (Estroff 1993). Thus the price of 'normality' could be chronicity, paradoxical as it may seem.

Examination and self-examination: Examination is a clue in Foucault's analysis of discipline. The examination, according to Foucault (1977) is a method of control that combines hierarchical observation with normative judgment. It is a prime example of power-knowledge in Foucault's terms, since it combines into a unified whole the deployment of force and the establishment of 'truth'. It both elicits the truth about those who undergo the examination, (tells what they know/should know or what the state of their health is) and controls their behaviour (by directing them to a course of treatment). Control and registration of every detail of individual behaviour was indeed the aim of the new strategies of discipline, as described by Foucault (1977).

The relationship between power-knowledge and examination is significant in the AIL program. Warning signs and persistent symptoms are predefined, and the multiple-choice exam requires the 'right' answer. In this way it is possible to control whether patients have accepted the knowledge presented to them or not. Patients' bodies or souls are minutely registered day by day. The system's efficacy is further developed when patients learn to self-examine and self-report themselves on the registration formula. Patients are supposed to monitor their own 'symptoms' every day by writing down the strength and duration of symptoms in the registration formula. If they have a 'good' period, the curve is flat. If it is not, they are expected to seek help, usually to be persuaded that they need more medicines. Thus, they are governed not only as *objects* of psychiatric disciplines but also as self-scrutinizing and self-forming *subjects*.

Resistance strategies to the AIL program

However, as I suggested, this analysis has its limitations. According to my field experiences, people are not as easily formed as the AIL presupposes. Both patients and helpers proved to be unpredictable and complex, as the many paradoxes in the data reveal.

Foucault in his later work to a larger degree acknowledged the individual's freedom and resistance. He focused on the mobility and instability of power relations, making statements such as 'there is no relationship of power without the means of escape or possible flight' (Foucault, 2001a, p.346). Relations of power and strategies of resistance are intertwined, and the freedom that is a necessary condition for relations of power is therefore the very thing that allows the possibility of resistance.

Several patients developed resistance or avoidance strategies in different ways. Sometimes they did not show up to the AIL-session without any excuse, even though it was obligatory, or they appeared mentally absent during the session, looking down, not really participating. The staff tended to interpret such withdrawal as part of the illness syndrome. However, even some of the nurses were sceptical about the courses, but they said it was part of their job to go through with the program. They pointed out that many of the patients were highly educated people, and thought that the program was a way of patronising them. One nurse said: 'It's a bit like looking down on them from above'. Another stated: 'It's a bit banal, I feel almost embarrassed to present such stuff to the patients. But, on the other hand, it's been developed by highly competent people. They say they've used the program with good results in other countries. They've done research ...but I'm a bit ambivalent'.

Patients seldom voiced their resistance against the AIL program directly in the 'public' areas, but they discussed the program when the staff was not present, for instance in the smoking

room. These patients did not necessarily disagree that mental illness existed, but they did not think the diagnosis was appropriate for them. They did not accept that the problems they had were symptoms of schizophrenia. Reluctance to accept the illness definition was called 'lack of insight' by most of the staff and was interpreted as part of the illness (see also Blackman, 2007, p.8). When I was talking with the patients alone or in the smoking room, they would tell me about all sorts of problems. The smoking room was a 'free area' in the eyes of the patients. They played 'underground' rock music, smoking cigarettes incessantly, sometimes cannabis too, I heard, which was a reason to close down what the doctor called 'an unacceptable subculture within a psychiatric institution', however against fierce protests from several patients. The smoking room was a site through which very different stories started to emerge, circulate and gain currency. Patients told me that they had problems or experiences such as being anxious, hearing voices, having difficulties in sleeping, worrying about their financial situation, being unemployed, having no girl-friend, being lonely, being abducted by UFOs at night (Terkelsen, *et al* 2005) or being controlled by neighbours through satellites in space. Such issues were not discussed during the AIL lessons. One girl spoke about her feelings of depression and despair during three suicide attempts. She had dropped out of school, because the voices inside her head were so loud that she could not hear what the teacher said. However, she did not define herself as schizophrenic. Thus, several patients simply did not integrate the knowledge presented by the psychiatric staff, which in turn tended to see resistance against the diagnosis as a symptom of the illness itself. One patient, who was quite articulate in formulating his dislike for both medication and the AIL program, said that he was being exposed to 'thought control'. 'I am 100% sure that I am not schizophrenic, I need vitamins instead of those brain medicines', he declared several times. When he was confronted with the schizophrenia diagnosis in a therapy session, he opposed the therapist fiercely by saying that 'you try to take away my thoughts, why do you do that? I

feel it's almost a violation'. Claiming his right to believe in UFOs, angels and vampires, he said 'I believe in what I believe in, no matter what you say'. The therapist commented after the session that the patient's prognosis was gloomy, because of 'his complete lack of insight into his illness, his drug abuse and his refusal to take antipsychotic medicines'.

Throwing medicines into the toilet was also a strategy used by patients. Some of the nurses felt they were being manipulated or cheated by patients who tried to spit out the tablets when the nurses were not watching them. This was usually detected by blood-tests which revealed medicine non-compliance. In these cases the therapist tried to persuade the patient to accept depot medication, an injection with effects that last for three months.

However, relations of power and resistance were not necessarily characterised by a 'staff against patients relation' and vice versa. On the contrary, patients often spoke well of both therapists and nurses, and many patients seemed to be particularly attached to 'their' therapist or nurse. I was at first surprised by this paradox: patients who revealed resistance and non-compliance at the same time seemed to have good relations with their nurse or therapist. Moreover, professionals often gave in to patients' will. Sometimes a nurse or a therapist together with a patient would create a powerful dyad against other professionals. The nurse or therapist commonly defended 'his' or 'her' patient's interests at staff meeting. At times this staff member also functioned as 'a lawyer' for a patient, towards other institutions, such as the bank, the social security office, other hospitals etc. The patients were very interested in having such a defence to promote their interests, and they might even take medicines in return. A patient said straight out: 'I don't like the pills, but I will take them for the sake of my nurse'.

Negotiating illness and health

I will argue that subjectivity should not be reduced to a question of disciplinary technologies on one side and resistance, escape or freedom on the other side. As Cohen points out (1994, p. 23) 'the self is not a monolith, it is plastic, variable and complex'. It is 'inconsistent, a chameleon, adapting to specific persons with whom it interacts and to the specific circumstances of each interaction' (p. 98).

Patients are throughout the AIL program urged to accept that they are ill. According to my field notes, they respond to this by rejecting or accepting that they are ill. A third response is ambivalence and uncertainty about being ill or not, trying to judge themselves on a scale from 'normal' to ill. Indeed, the same person may shift between rejection, acceptance and ambivalence. Thus, being a patient can be considered a practice which involves slipping between different, multiple subjectivities, negotiating between 'normality' and illness.

As I pointed out, several patients resisted the diagnosis schizophrenia. At the same time many felt that there was something 'wrong' with them. Patients heard and saw things that nobody else did, and sometimes they became confused of what was in their head, and what was 'real'. Yet, they so much wanted to be 'normal' and do the same things as 'normal' people were able to do, however not wishing to give in to the normalisation-technologies described in the AIL.

Both patients and staff made negotiations about the boundaries of normality; they asked themselves whether certain thoughts, behaviour or feelings would match the criteria of being ill or not. The following is an example of such negotiations. Billy, a 19 year old boy and I, are sitting in Billy's bedroom, talking about his problems hearing male, angry voices mocking him. 'They all the time tell me I'm stupid, gay and worth nothing' he says. His therapist has recently told him that he is suffering from schizophrenia. Billy puts an information-booklet

about schizophrenia in front of me on the table, drawing a line on the sheet, dividing it into two pieces, about $\frac{1}{4}$ and $\frac{3}{4}$, saying: 'I'm perhaps that much ill (pointing at the smallest part), but the rest of me is healthy. So, I'm only one fourth ill'. He tells me that he is relieved to learn what is wrong with him. Finally there is an explanation to his suffering and a label on his condition. Later however, he complains that the diagnosis did not solve anything, he still feels miserable. In the smoking room he said to me: 'I'm afraid that I'm never going to be normal, that I will not be able to work or do other normal things'.

After a while the therapists and nurses become bewildered regarding what kind of illness Billy is suffering from. In a staff meeting the nurse Lisa says 'Billy doesn't have the look of a schizophrenic. I think his voices are more thoughts in his head than real voices' The therapist agrees and says that Billy is not able to be psychotic more than half an hour when he is given no attention. 'That's not schizophrenia', he claims. He writes in the medical record that: 'It seems that Billy is manipulating himself in and out of a psychotic condition'. The antipsychotic medication (Zyprexa) is terminated, and the nurses are told not to focus on his 'symptoms' anymore, because it may worsen his condition. Besides, Billy is not to attend the MSC, because it is assumed that he does not have those symptoms. His condition does not fit into the program anymore. According to the therapist's written record, there were no 'psychotic breakthroughs' reported after this change of treatment strategy. Consequently, the problem 'auditory hallucinations' was deleted from the treatment plan. One month later, however, the problem returned, formulated as 'inexpedient ways of coping with voices'. In the meantime, the therapist tries to find the right diagnosis for Billy. He does not resume the schizophrenia diagnosis, but decides on post-traumatic stress syndrome (PST). Billy tells me that he is relieved to get a diagnosis which he perceives as less serious than schizophrenia. Nevertheless the nurses report in the record that 'he is worried that he might not be a normal

boy'. After a while, the PST diagnosis is abandoned too. The therapist writes that Billy does not match the criteria of PST because 'he lacks an extreme stressful situation'. Instead, he writes that Billy 'satisfies the criteria of adjustment disorders, code F43.2' (in the ICD-10, my comment), due to the fact that 'extended psychological stress and poor coping abilities may have provoked a similar illness'.

This story is an example of the ambiguity of illness categories and the unclear boundaries of normality. Billy's illness was negotiated from 'schizophrenia' to PST, to the less stigmatizing 'adjustment disorder'. It seems that the ICD- classification system find spaces for conditions that do not fit traditional illness categories. Billy was indeed relieved; he could maintain his self-concept as a normal boy, and in his own eyes he was now only a badly adjusted person due to stress, which might be the fate of many 'normal' people. Moreover, the professionals told him that his voices more likely could be unpleasant thoughts than real voices. Billy found this reassuring; he more easily could look at himself as 'normal' ^{iv}. In this way one of the main symptoms of schizophrenia, 'auditory hallucinations' were transformed to 'thoughts'. The story is also an example not only of resistance to diagnostic categories but also of how the validity of the categories themselves is to some extent accomplished through successful attempts by professionals to apply them and by the acceptance of Billy (i.e. of the situated construction of schizophrenia itself). It shows the complexities of power relations and how power can be reproduced at the micro-level of individual diagnoses.

Hearing voices was sometimes a subject in the smoking room. It did not happen very often, because it seemed to be a very private matter. Billy however, spoke openly about his voices in

the smoking room. He was comforted to hear that several of the other patients heard voices too. He thought he was the only one. One of the ‘veterans’, who had heard voices for years, gave Billy advice how to cope with them: ‘Don’t let them bother you, they won’t hurt you. Just yell back and tell them to shut up. Probably they won’t go away, but after a while you don’t care about them anymore.’ Billy told me afterwards that this conversation had been of great help, mostly because he learned that hearing voices was common among the other patients too. Thus, ‘hearing voices’ in the smoking room is different from ‘hearing voices’ in the treatment plan or in the staff’s meeting room.

Lisa Blackman’s research on the Hearing Voices Network (HVN) is interesting in this context (Blackman, 2001, 2007). This network, initiated by the works of Romme and Escher (1993) encourages people to become friends with the voices, to enter into a dialogue with them, and to use the positive voices to deal with the unwanted voices instead of denying the voices. Blackman describes a technology and a workbook developed by and for voice-hearers, i.e. how to cope with voices, how to use them as a resource and how to incorporate them instead of working against them. This is a different frame of reference than the approach described in the case of Billy where professionals interpret voices as symptoms of psychopathology. HVN seems to offer a kind of agency which allows voice-hearers to actively take part in the shaping and reshaping of voices. I assume that such a network may contribute to reframe voice-hearing from a symptom of schizophrenia to a ‘normal’ activity.

According to my field experiences it seemed that at least two kinds of subjectivities co-exist side by side within the same subject. One was the resistant subject, rejecting the pathologisation of the AIL program, refusing to integrate a chronic ill identity. The other subjectivity was aspiring for a ‘normal’ identity, ‘being normal, doing what normal people

do'. Billy was relieved when he could define himself on the 'right' side of normality. Several of the other patients in my study had the same aspirations as Billy. Such a duality is described in Luhrmann's portrait of homeless women in Chicago. They live within two codes, she writes: 'One code is appropriate to the middle-class world to which they aspire, the other one enables them to survive on the street' [...] 'The subjectivity they share is the challenge of negotiating two competing and contradictory sets of display rules' (Luhrmann, 2006, p.347).

The question at hand is how patients suffering from severe mental health difficulties are negotiating competing display rules. They live in two different worlds, in which one is a shared 'normal' world; a world comprised of 'normal talk' display rules, which they try to comply with. The other world is their 'psychotic' world which they often try to keep secret, hiding their experiences of UFOs, Leonids, voice-hearing etc. The suffering, according to my field experiences, lies in the struggle of constantly negotiating between the demands of these two worlds. It is a lonely quest. I therefore do believe that more attention should be given to the struggle of living in two worlds/realities, creating a space for both patients and professionals to explore such experiences in depth. The Hearing Voices Network I believe is an example of the creation of such a space.

Movements of resistance

There are and have been other networks and movements too that challenge mainstream psychiatry. Just to mention a few: The anti-psychiatric movement in the nineteen-sixties (Laing, 1967, Cooper, 1967), the Soteria project (Mosher 1999) and the contemporary Mad Pride (2008) and Mind Freedom International (2009). The latter is an international coalition of more than hundred grassroots groups. According to Wikipedia (2008), Mind Freedom has been recognized by the United Nations Economic and Social Council as a human rights non-

governmental organisation with a consultative status to the UN. Thus, Mind Freedom International has gained considerable formal influence.

Nick Crossley gives an historic account of how such movements have evolved, and how patients, or survivors as they prefer to call themselves, have developed strategies to resist psychiatric domination by making efforts to present themselves as ‘not being mentally ill’ (Crossley, 2004, p. 161). A ‘survivor’ creates other mental images than a ‘victim’. A survivor is not a person who is weak, helpless and dependent, but a strong and potent person who has had the nerve and strength to ‘survive’ the stressors of modern psychiatry. According to these movements (for instance ‘Mad Pride’) one needs courage to survive both chemo-therapy, ECT and the stigma associated by being labelled ‘schizophrenic’. In this way the survivors have transformed their negative experience from weakness to strength, to something they can be proud of, something worthy the admiration of others. Moreover, they reclaimed the stigmatizing word ‘mad’ into their own vocabulary as ‘mad pride’. By this, they reconfigure the very content of ‘madness’ by situating it into another context, for their own benefit, just like for example the gay-movement has done before them (Crossley, 2004, pp.61-180). Some of these movements have transformed themselves from representing an underprivileged class without a voice to become a voice of power (at least to a certain degree) among politicians and health – planners, as well as in the media and in organisations such as the UN.

Conclusion:

Psychiatric knowledge with its predefined concepts of illness has become so powerful that not only professionals but also patients tend to become its defenders. Concepts like ‘thought disorders’ and ‘delusions’ are taken for granted in a biomedical psychiatric power-knowledge

framework. Patients are expected to subdue their perceptions of reality in order to accept and integrate medical knowledge and understanding, where medicine-compliance is a crucial part of the education. The AIL program, the ICD-10 classifications of mental illness (WHO, 1992), and the expert knowledge that such technologies represent, are entangled parts of a large system of governmental technologies, institutions and procedures, not only located at Sunhill or in Norway, but globally spread. Thus, psycho-educational programs can be viewed as a part of a larger social enterprise or governmentality. Foucault's descriptions of discipline and normalisation through training and examinations have proved to be relevant in this context.

One conclusion is therefore that modern psychiatry succeeds in recruiting self-forming subjectivities that master and monitor themselves - but only partly. Many patients who seek help to find out what is wrong with them, do not/will not integrate the explanation offered to them by the psychiatric profession. Even professionals are bewildered about what is wrong, and sometimes they even doubt their own explanations. Often the patients' stories about hearing voices, being abducted by UFO's etc are not listened to in depth and interpreted on the premises of the patient, partly because doctors are trained to concentrate on the 'right' diagnosis and the 'right' medicine, including monitoring the effects of medicines.

Although subjectivity and experience are both regulated by power relations, they have the potential to exceed and subvert them. According to Dean (2007, p.9), 'Power is [...] more like a duel than a total system of subordination.' AIL as a technology of self-production or responsabilisation shows that subjectivities cannot be read off directly from an analysis of the techniques themselves, because people often act in a different manner than what they are expected to do. Thus more research should be done in this area of the mental health field, i.e. to study how people accept or reject biomedical power-knowledge and how power-relations

are enacted in everyday settings. Power creates resistance (and avoidance) on an individual level, as revealed in my empirical material, but also on a larger scale, as shown by the formation of various movements initiated by patients, ex-patients and professionals, who in one way or the other have negative experiences with mainstream psychiatry. Stories about such experiences are for example to be found under 'Personal Stories' on the Mind Freedom web-site (2008).

It seems that some user- groups contribute to another kind of self-conception in patients/ex-patients/survivors, because the very notion of illness is contested. These groups are based on different kinds of self- technologies than the ones described in the AIL-program. Although these movements also have developed programs, they are different, because they are grounded in people's own experiences and conceptions.

In spite of enactments of resistance which I have described in this paper, many patients feel that something is wrong with them, even though they do not accept the illness-definition presented to them by psychiatric professionals. They try to find out what is going on with them, why they see and hear things that others do not perceive. They want to be 'normal' in the eyes of themselves and others. However, the AIL's normalisation-, self-observation- and self-examination- techniques, designed to normalise and 'conduct people's conduct' (Foucault,2001a, p. 341), are of a different kind than the normalisation technologies developed in the context of the consumer/ex-patient/survivor movements. The difference lies in the deconstruction of illness itself. In the survivors' eyes, their experiences are perhaps unusual, but they are not signs of illness, and can be dealt with as normal human expressions of stressful events. Moreover, being 'unusual', can be transformed to something positive, for example being unique and creative (see the Mad Pride 2008 website). In this way, the reshaping of one's self- concept seems to be at the very core of such movements.

I do not claim that joining user movements is a suitable solution for everyone, or that serious mental health problems do not exist. What I ask for however, is less emphasis on psychiatric diagnoses, medicine compliance and ‘insight into own illness’, less emphasis on standard programs designed by professional health experts, more political and economical support to user-movements, more freedom for patients and professionals to explore the multiplicity of subjectivities in an open manner, and finally, a different epistemology based on categories more in line with how patients/users describe their experiences, which again would imply radical changes in professionals’ education and training.

Notes:

i All names are pseudonyms.

ii I did not ask the explicit ages of the professionals, but they were between 30 and 60, with the majority between 35 and 45.

iii The research project has been reviewed and accepted by the Norwegian Committee of Medical Ethics.

iv Shortly afterwards, Billy was discharged. Six months later he phoned me. He was now admitted in an acute unit in another town. He was really sad, he told me, because he had got back his first diagnosis schizophrenia by the new therapists.

References:

Agar, M. H. (1980). *The professional stranger : an informal introduction to ethnography*.
New York : Academic Press.

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*, 4th ed., Washington.
- Barrett, R. (1996). *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness*. New York/Cambridge: University Press.
- Bentall, R.(2003).*Madness Explained*. London: Allen Lane / Penguin.
- Bentsen, H. (2003).Does psycho educational family intervention improve the outcome of schizophrenia? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 123(18)pp. 2571-4.
- Biehl,J., Good,B.,Kleinman, A.(2007) Introduction. Rethinking Subjectivity, in Biehl, J. Good, B., Kleinman,A. (eds), *Subjectivity*. Los Angeles: University of California Press, pp.1-23.
- Blackman, L.(2001). *Hearing Voices: Embodiment and Experience*. London and New York: Free Association Books.
- Blackman, L. (2007). Psychiatric culture and bodies of resistance. *Body & Society* 13(2), pp.1-23.
- Blackman,L.,Cromby, J., Hook,D., Papadopoulos,D.,Walkerdine, V. (2008) Creating Subjectivities (editorial).*Subjectivity*, (22) pp.1–27.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: a scientific delusion?* (2nd ed.), London: Routledge.
- Breggin, P.R., Cohen, D. (1999).*Your drug may be your problem: how and why to stop taking psychiatric drugs*. Reading, Mass.: Perseus books.
- Cohen, A.P.(1994). *Self-consciousness. An alternative Anthropology of Identity*. London: Routledge.
- Cooper, D.(1967).*Psychiatry and anti-psychiatry*, London:Tavistock.
- Cruikshank, B. (1993) Revolutions within: self-governance and self-esteem. *Economy and Society*, 22(3) pp.327-55.
- Dean, M.(2007). *Governing societies:Political perspectives on domestic and international*

- rule*, New York: Open University Press, Mc Graw Hill.
- Estroff, S, (1993) Identity, disability and schizophrenia. The problem of chronicity'. In S.Lindenbaum & M.Lock (eds), *Knowledge, Power & Practice, The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Los Angeles:University of California Press, pp. 247-87.
- Falloon, I.R., Kydd, R.R., Coverdale J.H., Laidlaw, T.M. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), pp.191-401.
- Flyckt, L., Taube, A., Edman, G., Jedenius, E., Bjerkenstedt, L. (1999). Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. *Nordic Journal of Psychiatry*,53(5)pp. 377-82.
- Foucault, M(1972). *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*, New York: Pantheon.
- Foucault, M(1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, New York: Vintage, Books.
- Foucault, M.(1997).Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault.In P.Rabinow(ed), *Ethics: Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1, London: Penguin Books, pp.223-251).
- Foucault, M(2001a). The Subject and power.In J.D. Faubion (ed) *Power: Essential Works of Foucault 1954- 1984*, vol. 3, Penguin Books: London, pp.326-348.
- Foucault, M.(2001b).Governmentality.In J.D Faubion, (ed) *Power: Essential Works of Foucault 1954- 1984*, vol. 3, London; Penguin Books, pp. 201-222.
- Goldstein M.J. Milkowitz D.J.(1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4) pp.361-376.

- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: an introduction, in Burchell, G., Gordon, C., Miller, P.(eds), *The Foucault effect: studies in governmentality, with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Greco, M.(1993). Psychosomatic subjects and the ‘duty to be well’: personal agency within medical rationality, *Economy and Society* 22(3), pp.357-73.
- Gråwe, R.(1991). *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av symptomer*, arbeidshefte, Intern publikasjon, Psykiatrisk Institutt, Østmarka, Psykologisk Institutt, Lade, NTNU, Norge. (*An independent life. Getting better: Coping with symptoms*, Work Book, Internal publication, Department of Psychiatry, Ostmarka, Department of Psychology, Lade, NTNU ,Norwegian University of Science and Technology, Norway, my translation).
- Hogarty. G.E., Andersin C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Ulric, R.F. Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives in General Psychiatry*, vol.48.
- Johnstone, L. (2001). *Users and Abusers of Psychiatry* (2nd ed.). Hove: Brunner-Routledge
- Kleinman, A., Fitz-Henry, E., (2007), The experiential basis of subjectivity: How individuals change in the context of societal transformation, in J.Biehl, B., Good & A.Kleinman(eds), *Subjectivity*. Los Angeles: University of California Press, pp.52-66.
- Laing, R. (1967), *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, London: Penguin Books
- Leudar, I., Thomas, P. (2000). *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal*

- hallucinations*. London: Routledge.
- Lieberman, R.P. (1985). Psychosocial therapies for schizophrenia, in Kaplan,H.I., Sadock, B.J.,(eds.) , *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4th ed.) , Baltimore, MD: Williams and Wikens.
- Luhrmann, T.M. (2006). Subjectivity, *Anthropological Theory*. 6(3) pp.345–361.
- Mad Pride (2008), 2 December, <http://madpride.org>, accessed 5 February 2009.
- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994).*Qualitative data analysis : an expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Mind Freedom (2009) 2 February, <http://www.mindfreedom.org>, accessed 6 February 2009.
- Mosher, L.R.(1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization. A personal and professional review, *The Journal of nervous and mental disease*,vol. 187, pp.142-149.
- Orem, D.E. (1971).*Nursing:concepts of practice.*, New York: McGraw-Hill.
- Pekkala, E., Merinder, L. (2006). Psycho education for schizophrenia.*The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1,
- Romme, M., Escher,S. (eds) (1993) *Accepting Voices*. London: Mind.
- Rose, N.(1999). *Powers of freedom:Reframing political thought*. Cambridge: University Press.
- Terkelsen, T., Blystad, A., Hydle, I. (2005), Transforming extraordinary experiences into the concept of schizophrenia: a case study of a Norwegian psychiatric unit. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229-252.
- Thomas, P. (1997). *The Dialectics of Schizophrenia*. London: Free Association Books.

Wikipedia (2008) Mind freedom international, 14 Dec

http://en.wikipedia.org/wiki/MindFreedom_International, accessed 5 February 2009.

World Health Organisation (WHO).(1992). *The ICD-10 Classification of Mental and*

Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva.



Høgskolelektor Toril Terkelsen
Institutt for sykepleie
Avd. for Helse og idrettsfag
Høgskolen i Agder
Sykehusveien 4
4800 Arendal

8/5.01
Omarib Hennicken
Sekr.

Deres ref.: 3. august 1999

Vår ref.: S-99144

Dato: 06.09.99

Selvforståelse og virkelighetsoppfatninger hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, belyst i et relasjonelt og kulturelt perspektiv

Prosjektleder: Høgskolelektor Toril Terkelsen, Høgskolen i Agder

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 26. august 1999 og gjorde slikt vedtak:

“Komiteen vil be om en nærmere redegjørelse for hva slags data som registreres og på hvilken måte de registrer. Det virker som det bes om ubegrenset tilgang på data. Informasjonen må gjøres mer presis med hensyn på dette.

Det må sikres at det er en reell valgfrihet når det gjelder å delta i prosjektet, og pasientene må ha en reell mulighet til å trekke seg selv om de er medlemmer i en gruppe. Komiteen ber om en redegjørelse for hvordan dette vil være ivaretatt.

Komiteen setter pris på at pkt. 5 i søknadsskjema vedrørende etiske spørsmål drøftes grundig. Det påpekes bl.a. at tilnærmingen til pasientene i studien kan forverre sykdommen. Komiteen vil understreke at det er en forutsetning at det er en faglig beredskap klar til å takle slike situasjoner.

Komiteen vil behandle prosjektet på nytt når svar fra prosjektleder foreligger.”


Det er utarbeidet nytt søknadsskjema for de regionale komiteer for medisinsk forsknings-etikk, og vi ber om at det blir tatt i bruk ved nye søknader (Gjelder altså ikke dette prosjektet). Skjemaet i wordversjon kan lastes ned fra Internett. Det kan da skrives direkte inn i skjemaet. Adressen er: <http://www.etikkom.no/NEM/REK/rek.htm>. Søknadsskjema ligger i pekeren Søknadsskjema for vurdering i REK. Der er det også pekere til Veiledning for utfylling av skjema og Standardprosedyrer for saksbehandling og andre dokumenter. De som ikke har tilgang til Internett, kan få tilsendt skjema ved henvendelse til komiteen. Ved å sende

Obs! ny adresse, nytt telefon- og faksnr

en diskett (3,5") til komiteen, kan man få kopiert dokumentene inn på denne. Komiteen ønsker nå å få tilsendt 10 eksemplarer av skjema og vedlegg.

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
professor dr.med.
leder



Ola P. Hole
avdelingsleder
sekretær



Helseregion II

Høgskolelektor Toril Terkelsen
Institutt for sykepleie
Avd. for Helse og idrettsfag
Høgskolen i Agder
Sykehusveien 4
4800 Arendal

8/5.01
Manik Havn Hansen
sekret.

Deres ref.: 8.september 1999

Vår ref.: S-99144

Dato: 23.09.99

Selvforståelse og virkelighetsoppfatninger hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, belyst i et relasjonelt og kulturelt perspektiv

Prosjektleder: Høgskolelektor Toril Terkelsen, Høgskolen i Agder

Vi takker for svar på vårt brev av 06.09.99.

Komiteen behandlet prosjektet på nytt i sitt møte torsdag 16. september 1999 på grunnlag av svaret og gjorde slikt vedtak:

“Komiteen finner prosjektleders svar på komiteens merknader tilfredsstillende. Vi ber om at personidentifiserbare data slettes etter 2 år.

For øvrig har komiteen ingen merknad til prosjektet og tilrår at det gjennomføres.”

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Vennligst oppgi vårt referansenr. ved korrespondanse om et prosjekt.

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
professor dr.med.
leder

Ola P. Hole
avdelingsleder
sekretær

Obs! ny adresse, nytt telefon- og faksnr

**Til****Beboere, pårørende av beboere, og ansatte ved Psykiatrisk Avdeling, Sengepost****Forespørsel om å delta i en undersøkelse**

Mitt navn er Toril Terkelsen. Jeg er utdannet sykepleier og høgskolelektor og arbeider med undervisning og forskning ved Institutt for Sykepleie, Høgskolen i Agder, Arendal. Jeg har nå fått fri fra mitt daglige arbeid i ett år for å utføre denne undersøkelsen.

Jeg har tidligere arbeidet ved psykiatrisk avdeling og har i den forbindelse vært opptatt av hvordan mennesker med psykiske lidelser har det i sin hverdag. Jeg er interessert i å få vite hvordan beboere ved [REDACTED], pårørende av beboere, og ansatte ved [REDACTED] føler og tenker om spørsmål som f.eks.:

Psykiatrisk behandling, bruk av medisiner, hvordan mennesker med psykiske lidelser takler daglige, nødvendige aktiviteter, hvilke muligheter de har for innflytelse over eget liv, muligheter til utdanning, meningsfull fritid, tilfredsstillende bolig og økonomi, hvordan de ser på fremtiden og hvilket forhold de har til mennesker rundt dem. Med andre ord er jeg opptatt av å få tak i hvordan livet fortøner seg for mennesker med psykiske lidelser; slik beboerne selv ser det, og slik de ansatte og pårørende ser det.

For å få svar på disse spørsmålene vil jeg gjerne få lov til å være til stede ved de daglige gjøremålene i avdelingen, først og fremst på hverdager, men også kvelder, helger og høytider. Jeg vil også be om å få være med beboerne på eventuelle aktiviteter utenfor institusjonen som f.eks. byturer, utflukter eller besøk hos pårørende eller venner.

Undersøkelsen vil foregå i underkant av ett år fra august /september 1999 til juni 2000. I løpet av dette året ønsker jeg å komme jevnlig på besøk til avdelingen. Jeg vil også be om å ha samtaler med beboere, pårørende og ansatte. Det er en fordel om jeg kan benytte båndopptaker under disse samtale. Opptakene vil ikke være tilgjengelig for andre enn meg, og vil bli oppbevart forsvarlig innelåst.

Hensikten med undersøkelsen er å få mer og dypere kunnskap om livet til mennesker med psykiske lidelser. Slik kunnskap kan bidra til at hjelp fra helsevesenet kan bli bedre tilrettelagt.

Jeg vil presisere at deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Selvom du har undertegnet samtykkeerklæringen, kan du når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn. Videre vil jeg understreke at selv om du er med i undersøkelsen, kan du når som helst avslå at jeg deltar i dine aktiviteter. Du velger også selv om du vil delta i samtale med meg. Du er sikret full anonymitet og ditt navn vil ikke bli nedtegnet i forbindelse med undersøkelsen. Alle kassetbåndopptak og alt jeg observerer vil bli behandlet konfidensielt. Jeg kommer til å utarbeide en rapport om resultatene fra undersøkelsen. Jeg vil presisere at du som person ikke vil kunne gjenkjennes i denne rapporten. Dersom du er villig til å delta i denne undersøkelsen, ber jeg om at du underskriver erklæringen og leverer den til avdelingsledelsen eller til meg personlig.

Sentraladministrasjonen	Gimlemoen, Serviceboks 422	4604 Kristiansand	Tlf 38 14 10 00	Faks 38 14 10 01
Kontor	Tordenskj. gt. 65, Serviceboks 422	4604 Kristiansand	Tlf 38 14 17 85	Faks 38 14 10 11
Kontor	Kongsgård allé 20, Serviceboks 422	4604 Kristiansand	Tlf 38 14 10 00	Faks 38 14 12 01
Kontor	Groosev. 36	4876 Grimstad	Tlf 37 25 30 00	Faks 37 25 30 01
Kontor	Sykehusv. 4	4838 Arendal	Tlf 37 00 40 00	Faks 37 00 40 01

SAMTYKKEERKLÆRING:

Jeg er villig til å delta i Toril Terkelsens undersøkelse. Alt som blir skrevet om i undersøkelsen vil bli anonymisert.

Jeg deltar frivillig i denne undersøkelsen, og kan trekke meg også etter at undersøkelsen er kommet i gang uten å måtte oppgi grunn.

Sted:

Dato:

Underskrift:

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg ber om ditt samtykke til å få innsyn i din legejournal og dine pleierapporter. Jeg vil kun bruke opplysningene i forbindelse med mitt forskningsprosjekt, ikke til andre formål. Jeg vil anonymisere alle opplysninger, slik at du ikke skal bli gjenkjent.

Vennlig hilsen Toril Terkelsen

Samtykke gitt:

Sted, dato:.....

Underskrift:.....

Overlegens samtykke:

Sted, dato:.....

Underskrift:.....