

**Meining som medisn**  
**Ein analyse av placebofenomenet**  
**og implikasjonar for terapi**  
**og terapeutiske teoriar**

av

*Tor-Johan Ekeland*

**1999**

Institutt for samfunnspsykologi  
Psykologisk fakultet  
Universitetet i Bergen, 1998

*«...medicine will eventually flounder in a sea of irrelevancy unless it learns more of the relations of the body .... to the total environment, ...the past, and the aspirations of human beings.» (Dubos, 1965)*

*«Meaning mends. Study meaning, and we learn about mending. But study mending, and we might learn about meaning». (Moerman, 1983, s. 165)*

*«Human suffering responds to the spoken word rendered by compassionate persons cast in the role of healer. Even though men have known this for a long, long time, it is still very good news.» ( Bowers, 1976; s. 152)*

## INNHALD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Forord</b>                                      | <b>6</b>  |
| <b>Samandrag</b>                                   | <b>8</b>  |
| <b>Kapittel 1 Innleiing</b>                        | <b>11</b> |
| Placebosporet (11)                                 |           |
| Psykoterapisporet (12)                             |           |
| Terapi og teori (14)                               |           |
| Fellssporet - terapi og placebo (15)               |           |
| Problemstillinga (17)                              |           |
| Veg og perspektiv (18)                             |           |
| Biosemantisk (18)                                  |           |
| Delar og heilskap (20)                             |           |
| Meining og kontekst (21)                           |           |
| Det diakrone og det synkrone (22)                  |           |
| Vitskapssyn (25)                                   |           |
| Framstilling og struktur (25)                      |           |
| <br>   |           |
| <b>DEL I PLACEBO</b>                               |           |
| <br>   |           |
| <b>Kapittel 2 Historia og historier om placebo</b> | <b>30</b> |
| Medisinske anekdotar (32)                          |           |
| Spontan remisjon (38)                              |           |
| Historia om omgrepet placebo (40)                  |           |
| Frå feilkjelde til læking (41)                     |           |
| Haldningar til placebo (43)                        |           |
| Ein førebels definisjon (44)                       |           |
| <b>Kapittel 3 Verknader av placebo</b>             | <b>46</b> |
| Dobbel blind (46)                                  |           |
| Klassiske studiar (48)                             |           |
| Nocebo (50)  |           |
| Omvendt placeboeffekt (51)                         |           |
| Smerte (52)  |           |
| <b>Kapittel 4 Behandlinga og legen som placebo</b> | <b>55</b> |
| Farge og form (55)                                 |           |
| Placebo kirurgi (55)                               |           |
| Legen som placebo (57)                             |           |
| Legen som variabel (58)                            |           |
| Psykofarmaka (59)                                  |           |
| Placebo og lækjekunst (61)                         |           |
| <b>Kapittel 5 Pasienten si rolle ved placebo</b>   | <b>63</b> |
| Personlegdom (63)                                  |           |
| Suggestibilitet, placebo og hypnose (66)           |           |
| Angst (70)   |           |
| Kognitive faktorar (73)                            |           |
| <b>Kapittel 6 Situasjon og kontekst</b>            | <b>75</b> |

|   |            |
|---|------------|
| Dissonans (77)  |            |
| Attribusjon (78)  |            |
| Sjølvperspepsjon (79)                                   |            |
| Motivasjon (81)   |            |
| Sjølvhemming (82)                                       |            |
| Behandling (83)   |            |
| Kontekst (86)   |            |
| <b>Kapittel 7 Definisjonar og omgrep - ei drøfting</b>  | <b>92</b>  |
| Konnotasjonar (92)                                      |            |
| Placebo som feilkjelde (93)                             |            |
| Forsøk på ein allmenn definisjon (94)                   |            |
| Placebo i psykoterapi (96)                              |            |
| Babelsk forvirring (101)                                |            |
| <b>Kapittel 8 Læringsteori og placebo</b>               | <b>104</b> |
| Læringsteori (105)                                      |            |
| Vitskapsteoretisk kommentar til læringsparadigmet (107) |            |
| Forsterkar eller informasjon (109)                      |            |
| Læring som kommunikasjon (114)                          |            |
| <b>Kapittel 9 Sosialpsykologiske modellar</b>           | <b>119</b> |
| Sosial læringsteori (119)                               |            |
| Teorien om sjølv effektivitet (120)                     |            |
| Sjølv effektivitet som common sense (124)               |            |
| Attribusjon og motivasjon (125)                         |            |
| Sjølv effektivitet som kybernetikk (126)                |            |
| Ein attribusjonsmodell om placebo (132)                 |            |
| Eit attribusjonskybernetisk døme (136)                  |            |
| <b>Kapittel 10 Placebo som biokjemi</b>                 | <b>139</b> |
| Psykoimmunologi (142)                                   |            |
| Endorfiner og det neuropeptide systemet (144)           |            |
| <b>Kapittel 11 Placebo som magi</b>                     | <b>149</b> |
| Kart versus terreng (151)                               |            |
| Energi versus informasjon (152)                         |            |
| Pleroma versus creatura (155)                           |            |
| Placebo som creatura (155)                              |            |
| <b>Kapittel 12 Heilskap, delar og kommunikasjon</b>     | <b>160</b> |
| Lærdomen av placebo (161)                               |            |
| Det mentale (164)                                       |            |
| Heilskap (167)  |            |
| Adaptasjon og meining (172)                             |            |
| Meining - med og utan medvit (173)                      |            |
| Implikasjonar for psykoterapi (177)                     |            |
| Vegen vidare (179)                                      |            |

## **DEL II KULTURELL OG INDIVIDUELL ADAPTASJON**

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>Kapittel 13 Kultur og meining</b> | <b>180</b> |
| Kognisjon og meining (180)           |            |
| Eit biosemantisk perspektiv (185)    |            |

|   |            |
|---|------------|
| Kultur (190)  |            |
| Kollektive og sosiale representasjonar (193)                    |            |
| Makt og meningssystem (195)                                     |            |
| Sympatrisitet (199)   |            |
| Kultur og individ (201)   |            |
| Adaptasjon (203)  |            |
| <b>Kapittel 14 Medisin som meningssystem og handlingssystem</b> | <b>206</b> |
| Sjukdomsteori og behandling (208)                               |            |
| Sjukdomsteori - ein taksonomi (210)                             |            |
| Balanse versus ubalanse (214)                                   |            |
| Medisin som praksis (215)                                       |            |
| Helseomsorgssystem (217)  |            |
| <b>Kapittel 15 Lækjeteoriar - kulturell adaptasjon</b>          | <b>221</b> |
| Legitimitet (221)   |            |
| Alternativ medisin (225)  |            |
| Å lage seg teoriar (227)  |            |
| Gul feber (231)   |            |
| System og praksis (233)   |            |
| <b>Kapittel 16 Sjukdom - individuell adaptasjon</b>             | <b>235</b> |
| Observatørposisjonar (235)                                      |            |
| Sjukdom som forhandling (236)                                   |            |
| Sjukdom som sosial kategori (237)                               |            |
| Disease <i>versus</i> illness (239)                             |            |
| Den kliniske røyndomen (241)                                    |            |
| Attribusjon av sjukdom (244)                                    |            |
| Sjukdomsatferd (245)  |            |
| Voodoo som dødeleg illness (250)                                |            |
| Disease <i>og</i> illness (252)                                 |            |
| Søking etter helse (258)  |            |
| <b>Kapittel 17 Sjukdom - frå biomedisin til systemteori</b>     | <b>263</b> |
| Systemteori (267)   |            |
| Kybernetikk (268)   |            |
| Multikausalitet (270)   |            |
| Stress (271)  |            |
| Biosemantiske system (273)                                      |            |
| Sjukdom sett systemisk (277)                                    |            |
| Lækning og behandling sett systemisk (279)                      |            |
| Kreft som døme (283)  |            |
| <br>  |            |
| <b>DEL III TERAPEUTISKE SYSTEM</b>                              |            |
| <br>  |            |
| <b>Kapittel 18 Esoterisk medisin</b>                            | <b>287</b> |
| Del eldste medisinen (290)                                      |            |
| Khanty-sjamanen (291)   |            |
| Diegueno-sjamanen (293)   |            |
| Xhosa-sjamanen (295)  |            |
| <b>Kapittel 19 Sjamanisme som terapi og system</b>              | <b>300</b> |
| Sjamanen som psykoterapeut (301)                                |            |

|   |            |
|---|------------|
| Ekstasen (303)  |            |
| Magi og billege triks (304)                             |            |
| Frisjela (305)  |            |
| Visualisering som analog kommunikasjon (307)            |            |
| System og rolle (308)                                   |            |
| <b>Kapittel 20 Psykoterapi i moderne form</b>           | <b>315</b> |
| Drøfting av definisjonar (316)                          |            |
| Vitskap og legitimering (318)                           |            |
| Hundreårsjubileum (320)                                 |            |
| <b>Kapittel 21 Frå psykoterapien si forhistorie</b>     | <b>322</b> |
| Frå Asklepios til Hippokrates (322)                     |            |
| Mellomalderen (325)                                     |            |
| Renessansen (327)                                       |            |
| Vitskapen veks fram (329)                               |            |
| Frå Descartes til Freud (331)                           |            |
| <b>Kapittel 22 Psykoanalysen sin kontekst</b>           | <b>334</b> |
| Psykoanalysen som epistemologi (335)                    |            |
| Subjektet i sentrum (337)                               |            |
| Sjølvkontrollen (338)                                   |            |
| Splittinga (339)  |            |
| Moderniteten (340)                                      |            |
| Den sekulariserte sjela (341)                           |            |
| Det umedvitne (343)                                     |            |
| Freud og darwinismen (345)                              |            |
| Inspirasjonen frå Frankrike (346)                       |            |
| Anna O. (348)   |            |
| Forføring og overgrep (350)                             |            |
| Seksualitet og determinisme (352)                       |            |
| Wienerkulturen (354)                                    |            |
| <b>Kapittel 23 Psykoanalysen - vitskap eller gnosis</b> | <b>358</b> |
| Vitskap eller rørsle (363)                              |            |
| Freud som gnostikar (365)                               |            |
| Psykoanalysen som scientisme (366)                      |            |
| Eit postmodernistisk perspektiv (367)                   |            |
| Makt (368)  |            |
| Psykoanalysen som psykoterapien sine kulissar (370)     |            |
| <b>Kapittel 24 Verkar psykoterapi?</b>                  | <b>372</b> |
| Ein provokasjon (374)                                   |            |
| Eit vendepunkt (375)                                    |            |
| Meta-analyse - avklaring eller tilsløring? (378)        |            |
| Effekt eller effektivitet? (381)                        |            |
| Betre enn kva? (383)                                    |            |
| <b>Kapittel 25 Kva slags psykoterapi er best?</b>       | <b>388</b> |
| Dodoerklæringa (389)                                    |            |
| Matriseparadigmet (392)                                 |            |
| Ulik teori - same praksis? (394)                        |            |
| <b>Kapittel 26 Kva er det terapeutiske i terapi?</b>    | <b>395</b> |
| Felles faktorar (396)                                   |            |
| Terapeutfaktorar (396)                                  |            |

|  |            |
|--|------------|
| Kompetanse (397)                               |            |
| Personfaktoren (400)                           |            |
| Klientfaktorar (402)                           |            |
| Klientpersepsjon (403)                         |            |
| Klientatferd (404)                             |            |
| Klientforventningar (404)                      |            |
| Relasjonsfaktorar (406)                        |            |
| Empati (407)                                   |            |
| Den terapeutiske alliansen (408)               |            |
| Prosess eller medisin? (411)                   |            |
| <b>Kapittel 27 Psykoterapi i framtida</b>      | <b>415</b> |
| Kan psykoterapien «reddast»? (416)             |            |
| Psykologikk (419)                              |            |
| Postmoderne psykoterapi (422)                  |            |
| George A. Kelly (423)                          |            |
| Konstruktivisme (424)                          |            |
| Ein konstruktiv(istisk) kritikk (428)          |            |
| <b>Kapittel 28 Den terapeutiske konteksten</b> | <b>436</b> |
| <b>Avslutning</b>                              |            |
| Den terapeutiske mekanismen (442)              |            |
| Meining og transformasjon av mening (443)      |            |
| Meining og «patologi» (444)                    |            |
| Terapi som kommunikasjon (449)                 |            |
| Tillit (450)                                   |            |
| Den terapeutiske relasjonen (452)              |            |
| Innhaldsplanet (453)                           |            |
| Relasjonsplanet (456)                          |            |
| Konklusjon (457)                               |            |
| Den terapeutiske konteksten (458)              |            |
| <b>Litteratur</b>                              | <b>460</b> |

## FORORD

På ein ferietur til Italia midt på åttitalet hadde eg på lettsindig vis med meg litteratur, notat og utkast til ein liten artikkel om placebofenomenet. Ambisjonen om å nytte ferien til å slutføre denne sette ein italiensk tjuv ein stoppar for. Sidan eit forord er ein arena for takksemd, byrjar eg med denne tjuven. Han rana det som kunne ha blitt ein artikkel, men også ein altfor tidleg konklusjon eg i ettertid ikkje ville ha vore nøgd med. Dessutan ga han meg høve til å oppleve eit velkjend fenomen, at det uferdige gneg i sjela og ikkje heilt vil slepp taket. Når eg såleis på eit langt seinare tidspunkt sette meg føre å finne ut kva psykoterapi handlar om, vende det uferdige tilbake, tydelegvis foredla sidan temaet no opna perspektiv eg ikkje hadde sett i Italia. Prosjektet som dette arbeidet rapporterer om har såleis ein noko uklår start. Materialiseringa av det har gått føre seg i litt ulike periodar med oppstart og strekking av kjøp våren 1991 i samband med eit vikarstipend frå Høgskulen i Volda. Forskingsrådet skal ha takk for ikkje å ha støtta prosjektet, der var det ikkje nokon bås som passa. Følgjeleg har det tatt lang tid og hatt periodar med avstand og stillstand. I ettertid ser eg at det har vore ein fordel. Fullføringa av arbeidet skuldast vesentlege og intensive arbeidsøkter våren 1995 og våren 1997, begge gonger i samband med vikarstipend frå Høgskulen i Volda, noko eg med dette takkar for. Skriveprosessen har vore ei lærerik og einsam verksemd der eg lenge heldt meg unna rettleiing og råd i intuitiv forståing av at dette var eit halsbrekkande prosjekt mange ville åtvare mot. Undervegs har eg likevel hatt høve til å legge fram ideane eg sysla med i ulike samanhengar. Det gjeld både kollegaer og studentar ved Høgskulen i Volda og ved Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen. Det har inspirert til vidare arbeid. Like eins har eg blitt inspirert av tilbakemelding på innlegg i ulike konferansar og seminar i inn- og



utland. Klientane mine har, utan sjølve å vite det, sett meg på vesentlege spor. Eg må difor takke mange namnlause som på dette viset har vore mine «rettleiingar». Avgjerande for slutføringa vart likevel synspunkt frå Heward Wilkinson, redaktøren av International Journal of Psychotherapy. I ein situasjon der arbeidet nærma seg permanent status som det uferdige, ga han meg trua på at eg hadde noko å formidle. I slutfasen har professor Leif Edvard Aarø fungert som kritisk lesar - og må eg legge til, på svært konstruktivt vis. Stor takk! Kona mi, Sissel Olden Ekeland, skal takkast for som så ofte før å ha luka språkleg ugras - også denne gongen like fortvila over alt eg ikkje lærer. Til slutt ei varm takk til barna mine, Silje og Lars, som i mange samanhengar der tanken som helium har dratt meg til tynne luftlag, mildt har henta meg ned ved å minne meg om mine eigne utsegner om kunnskapen sine destruktive sider. Ein treng ikkje alltid leve som ein lærer berre ein lever slik at ein lærer.

Volda, mai 1998

Tor-Johan Ekeland

## **SAMANDRAG**

*Arbeidet har bakgrunn i eiga røynsle frå terapeutisk arbeid og refleksjonar over fenomenet placebo. Det blir stilt spørsmål om kva placebifenomenet gjeld, og korleis det skal forklarast. Dersom dette er eit reelt lækjefenomen må det logisk sett gjelde lækning gjennom det mentale domenet, med andre ord gjennom psykologiske mekanismar. Psykoterapi er nettopp ei verksemd som på intendert vis, og med grunnlag i vitskapen, hevdar å kunne lækje gjennom slike mekanismar. Samstundes har langvarig forskning på psykoterapi ikkje kunna gjere greie for korleis denne lækinga går føre seg. Utifrå dette blir forholdet mellom psykoterapi og placebo problematisert, og som abduksjon stilt ein hypotese om det er sams reglar som ligg til grunn.*

*Analysen av fenomenet placebo (del I) viser for det første at det er tale om eit relativt kraftfullt og undervurdert lækjepotensiale, eit potensiale som ikkje gjer seg gjeldande berre som subjektiv betring (illness), men også som reell kroppsleg lækning (disease) på «djupt» biologisk nivå. Dessutan er det ikkje snakk om eit fenomen som er spesifikt for visse behandlingar eller typar pasientar, men som vil kunne gjere seg gjeldande ved dei fleste medisinske behandlingsprosedyrar og for dei fleste personar. Det er med andre ord tale om eit allmennmenneskeleg potensiale. Det blir konkludert med at dei viktigaste føresetnadene for at dette potensialet blir utløyst har med kontekstuelle forhold å gjere, og at ein kan differensiere ulike verknader gjennom måten informasjon i konteksten vert fortolka på. Ulike psykologiske teoriar blir prøvd til å gjere greie for dette. Dei mest vesentlege implikasjonane av placebifenomenet er likevel metateoretiske. Når ein «narrepille» verkar er det ikkje som substans, men som symbol - og symbol er måtar meining vert formidla på. Kva som er meining er alltid relativt til ein kulturell kontekst. Difor er placebifenomenet eit prov på at kultur og kropp kommuniserer, og denne kommunikasjonen gjeld det mentale domenet. Sjølv omgrepet placebo blir etter dette sett på som ein paradigmatiske anomali relativt til eit dualistisk syn på tilhøvet mellom psyke og soma.*

*Analysen av placebo utfordrar dermed korleis vi tenkjer om den heilskapen som er utgjord av relasjonen kropp-kultur (del II). Ved å problematisere mentale prosessar som eit kommunikativt «grensesnittet» mellom kropp og omgivnad, blir det formulert eit biosemantisk perspektiv til å omgå den nemnde dualismen, og omgrepet «meining» utvikla som sentralt for å skjønne det mentale som adaptive prosessar. Meiningsskapning som adaptiv prosess går føre seg både på individuelt og kulturelt nivå.*

*Kultur dreier seg essensielt om kollektive og aggregerte meiningssystem i den historiske evolusjonen. Den kulturelle evolusjonen vil på den eine sida utvikle epistemologiar og meiningssystem som vil gi opphav til strukturering av handlingssystem - som igjen vil kommunisere med sitt epistemologiske grunnlag. Dette er eit kybernetisk resonnement. Innafor denne «store kybernetikken» vil den*

individuelle adaptasjonen og meiningssøkinga, den «vesle kybernetikken», gå føre seg. Dei individuelle meiningaspekta vil difor forhalde seg til kulturen som tekst til kontekst.

Dette allmenne perspektivet vert deretter prøvd på sjukdom og læking. Det gjeld først utvikling av kulturelle meiningssystem om sjukdom og behandling som kulturell adaptasjon, og korleis teoriar og metodar kan oppstå og generere praksisar gjennom denne adaptasjonen. I perspektiv av dette nivået blir deretter den individuelle adaptasjonen ved sjukdom og læking drøfta, og læking gjennom psykologiske mekanismar gjort sannsynleg som kommunikasjon av meining innafor ein kulturell kontekst. Sentralt i denne drøfting er ein analyse av det vanlege skiljet ein gjer mellom «disease» og «illness». Det blir konkludert med at sjølv om dette er eit relevant analytisk skilje mellom ulike nivå, vil det i mange samanhengar kunne fungere dualistisk på same vis som skiljet mellom psyke og soma. Som skilje mellom ulike nivå er det difor ikkje skiljet i seg sjølv, men kommunikasjonen mellom desse nivåa det er viktig å skjønne. Analysen av den kulturelle og individuelle adaptasjonen (del II) vert avslutta med ei skisse av eit alternativ til det biomedisinske paradigmet. Dette alternativet byggjer på den biosemantiske premissen, og nyttar kybernetikk og systemteori som omgrepsrammer til å skjønne sjukdom og læking som kommunikative prosessar.

Fokuset er deretter terapeutiske system (del III) som blir prøvd analysert i perspektiv av analysen i del II. Det gjeld for det første sjamanismen som døme på verdas eldste medisin. Gjennom drøfting av døme frå antropologiske studiar blir det sannsynleggjort at lækjepotensialet botnar i at dette er institusjonalisering av ein kulturell praksis djupt forankra i ein viss epistemologi. Det er difor sjamanismen som system og den konteksten den genererer som er «det terapeutiske» - ein kontekst som fasiliterer læking gjennom det mentale domenet (placebo).

Deretter blir moderne psykoterapi analysert frå eit tilsvarande perspektiv. Det gjeld for det første framveksten av denne verksemda som ein del av den kulturelle evolusjonen, spesifikt etablering av moderniteten som periode i europeisk kultur. Innafor denne perioden oppstår psykoanalysen som eit «språk» om den nye subjektiviteten, eit språk om det indre romet eller den sekulariserte sjela. Psykoanalysen blir eit prosjekt i samsvar med moderniteten sin ambisjon om ei vitskapleggjering av tilværet. Samstundes, blir det argumentert for, er psykoanalysen ikkje berre ein vitskap som utforskar «det sjelelege», men også ein praksis som konstruerer dette. Psykoanalysen si kulturhidstoriske rolle blir difor langt meir vidfemnande enn berre ein teori og praksis om psykoterapi. Den skaper samstundes den epistemologien som blir føresetnaden for at den kan vere ein slik praksis. Psykoanalysen blir såleis psykoterapien sine kulissar, dei epistemologiske og institusjonelle rammene for seinare utvikling av moderne psykoterapi. Denne verksemda legitimerer seg i samfunnet som ein praksis forankra i vitskapen. Ein slik legitimitet føreset vanlegvis at ein med grunnlag i vitskaplege metodereglar kan påvise effekt, og at effekten kan gjerast greie for som kausalrelatert til praksisen gjennom haldbar teori.

Grunnlaget for denne legitimiteten blir utforska gjennom ein analyse av empirisk forskning på psykoterapi. Sjølv om denne forskinga kan dokumentere at psykoterapi generelt sett har effekt, har det vore problematisk å forklare kvifor og korleis. Mellom anna ser det ut til at dei mange ulike terapeutiske teoriane stort sett er ekvivalente i høve til utbytte, og at det difor ikkje er spesifikke faktorar,

men eit sett av mulege felles faktorar som gjer seg gjeldande på tvers av ulike teorian. Det tyder at psykoterapien si «marknadsføring» som ein instrumentell praksis utleia frå haldbare vitenskaplege teorian, ikkje har støtte i empirien. Følgjene av dette, og psykoterapien sin legitimitet i framtida, gjer det nødvendig med ei reformulering av psykoterapien sitt teoretiske grunnlag. Det blir argumentert for at dette må inkludere ei avmystifisering som gjer synleg at denne praksisen er ein kulturell og moralsk diskurs om måtar å vere menneske på, ei forståing som er implisert av dei generelle perspektiva frå tidlegare analysar, og er parallell til analysen av sjamanismen.

Eit samlande perspektiv om dette blir drøfta i avslutninga, samstundes som det blir utvikla ein teori som kan gjere greie for den empiriske forskinga, og kva psykoterapi gjeld. Sentralt i denne teorien er «mening» som eit generelt perspektiv å sjå psykologiske fenomen i, og at mentale problem essensielt gjeld ulike former for meningsproblem: underskot på mening, tap av mening eller ein meningsfeil. Den felles mekanismen ved psykoterapi blir deretter utlagt til å vere «transformasjon av mening», og at dette gjeld mekanismer som generelt sett ikkje er spesifikke korkje for psykoterapi eller andre former for påvirkning og kommunikasjon. Det spesielle ved psykoterapi er difor ikkje essensen i det som går føre seg, men den konteksten som blir utvikla for å fremje denne transformasjonen. Denne konteksten, den terapeutiske konteksten, blir deretter analysert i samsvar med tidligare perspektiv på relasjonen mellom kultur og individ, og den empiriske forskinga på den psykoterapeutiske relasjonen og prosessen. Analysen fører fram til eit sett av nødvendige, men kvar for seg ikkje tilstrekkelege vilkår for at ein kontekst kan fungere terapeutisk. Desse vilkåra utgjer samstundes kontekst for kvarandre, og det er difor ikkje enkeltfaktorane i seg sjølv, men relasjonane mellom dei som formar det mønsteret som den terapeutiske konteksten er. Ein slik kontekst blir sett på som tilstrekkeleg til å fremje læking gjennom det mentale domenet, og er difor ein teori som er metateoretisk til dei ulike psykoterapeutiske teoriane. Samstundes vil ein slik kontekst kunne vere optimal til å fremme sjøvlvæking og placebo i medisinsk behandling, og i alternativ medisinsk behandling i mange samanhengar tilstrekkeleg for å forklare læking.

## **Kapittel 1**

### **INNLEIING**

Ei av favoritthistoriene mine handlar om fylliken som kravlar rundt på eit gatehjørne - under ein lyktestolpe. På spørsmål frå ein konstabel som kjem til, forklarar han at han leitar etter nøkkelen sin. Konstabelen vil vite kvar han mista denne og får som svar at nei, det var på eit heilt anna gatehjørne. Som avgjerande forklaring på kvifor han då leitar der han leitar, er svaret: «det er mest lys her». Metaforisk handlar dette arbeidet både om nøklar og gatehjørne - og om å leite. Det handlar også om å erkjenne at det ikkje alltid er på dei mest opplyste gatehjørna, i dei dominante teoriane og aksepterte paradigma at ein finn nøklar som kan opne rom til nye innsikter og nye spørsmål. Dette gjeld både fenomenet placebo og psykoterapi, dei to tema som står sentralt i dette arbeidet og som eg skal freiste å kaste lys over. I utgangspunktet var dette tema eg sysla med som to uavhengige prosjekt, innafor sine respektive opplyste gatehjørne, biomedisin og klinisk psykologi.

#### **Placebosporet**

Placebo er eit velkjent fenomen i medisinen, men høyrer likevel med til dei marginale og dimme tema, referert til både som noko mystisk og samstundes som velkjent og sjølv sagt. Sistnemnde bruksmåte møter ein regelmessig i dei stadig tilbakevendande debattane mellom alternativ medisin og skulemedisinen. Det er representantar frå sistnemnde som, ofte mildt overberande, nyttar dette fenomenet som forklaring på mangt av det den alternative medisinen syslar med. Spørsmålet blir då: kva *veit* vi om dette fenomenet og *korleis* kan det gjerast greie for? Dette er spørsmål eg vil freiste gi svar på, det første er empirisk, det andre teoretisk. Og

det er i seg sjølv noko fascinerande med ein «pille utan verknad» som likevel verkar. Men det viste seg å vere lite oppklarande å finne om dette på medisinen sitt mest opplyste gatehjørne, det biomedisinske paradigmet, den dominerande sjølvforståinga i vitskapleg vestleg medisin som enkelt sagt tilseier at medisinen steller med kroppen som *natur*. Trass i den hyppige bruken av omgrepet til å forklare ymse lækjefenomen viste placebo seg i seg sjølv lite opplyst - ei forklaring som difor ofte vart nytta som bortforklaring. Slikt gjer ein nyfiken og motiverer til å leite på andre gatehjørne. For utgangspunktet er enkelt å avklare. Sidan det ikkje kan vere kjemi, må det vere psykologi «som er ute og går». Og sidan det ikkje er «pillen som kjemi» må det vere «pillen som bodskap» som spelar ei rolle - det vil seie at pillen kommuniserer ei meining, noko som tyder noko *for* nokon. Men ei slik meining kan ikkje vere noko som er gitt for subjektet, noko som ligg føre, men noko subjektet skaper *av* det som ligg føre. Og det enkelte subjektet vil alltid skape meining og samanheng av det som ligg føre av allereie skapte meiningar om samanhengar. Og det er då det viser seg at placebo sjølv er ein nøkkel - ein nøkkel som framfor alt opnar for det store romet vi kan kalle *kultur*, den store veven av samanheng og meining, som rett nok ikkje alltid heng saman, men som likevel tener til å binde menneska til tida og tilværet - og i det daglege til kvarandre. Slik gjeld forståinga av placebofenomenet ei utfordring jamgod med å skjønne det allmenne samspelet mellom natur og kultur. At dette viste seg å vere nødvendig vart undervegs inspirert av Gregory Bateson. I ein av metalogane med dottera si nyttar han placebo som provet på at menneskeleg liding og læking høyrer med til verda av mentale prosessar, og at vitskapar om mennesket som ikkje kan gjere greie for dette, er på feil veg (Bateson og Bateson, 1987). Stort meir sa han ikkje om placebo, men Bateson sitt store prosjekt var nettopp å utforske korleis vi skjønar det mentale (mind), og korleis natur *og* kultur er ein mental relasjon. Men dette arbeidet hadde ikkje kome i stand om ikkje «nøkkelen» også opna døra til eit langt mindre rom, psykoterapien, som altså var den andre saka eg sysla med.

### **Psykoterapisporet**

For psykoterapi gjeld rom, som oftast lukka rom i bokstaveleg tyding. Sidan det er eit rom eg også arbeider i, la meg knytte nokre personlege refleksjonar til det

prinsipielle. Gjennom mange år har eg hatt den «urovekkjande» glede av å praktisere denne verksemda, rett nok berre som ein mindre bit av mitt faglege liv. Og kanskje nettopp derfor, sidan eg ikkje har knytt heile min faglege identitet til dette romet, har motivasjonen vore dobbel. På den eine sida glede ved å kunne bidra til at menneske som lid finn ut av livsens knutar og greier å skape ein betre livsveg. Om dette gjeld klienten si læring, har den andre motivasjonen vore mi eiga - ikkje i privat tyding, men terapiromet som «laboratorium» for refleksjon over «det menneskelege» og tilhøvet mellom psykologi som fag og vitskap, og psykoterapi som praksis forankra i denne vitskapen. Og det er her glede har vore «urovekkjande». Men, for å unngå mistyding, la det straks vere sagt at dei kritiske kommentarane til psykoterapi som blir ført fram ikkje botnar i at terapeuten kjenner seg mislukka eller har mist trua på denne verksemda. Tvert om. Kjensla av å lukkast har vore aukande - det urovekkjande er at dette har skjedd samstundes som distansen til psykoterapien sine teoretiske preskripsjonar og «bruksanvisningar» også har auka. La meg forklare. Det er vel neppe uvanleg at ein som nyutdanna psykolog kjenner seg teoriavhengig, at ein er oppteken av å utvikle ein praksis slik lærebøkene tilviser - å utvikle ein praktisk kompetanse som leverer den «terapeutiske medisinen». Implisitt i eit slikt rasjonale ligg ein tanke om *metoden* - at terapeuten på grunnlag av diagnostiske vurderingar kan iverksette ei behandling som teoretisk er implisert av denne vurderinga og har ein empirisk og teoretisk predikerbar effekt. Men i litteraturen er teoriane mangfaldige og metodane legio, og har ein i utgangspunktet ei open og eklektisk haldning villig til å prøve ut fleire vegar, melder etter kvart ettertanken seg om kva som styrer dei vala du gjer i løpet av ein terapeutisk prosess. For meg vart det ein refleksjon over mine eigne teoretiske refleksjonar i terapiprosessen, og etter kvart ei erkjenning av at *prosessen* truleg styrte desse refleksjonane meir enn refleksjonane styrte prosessen. Det er muleg at røynsle i seg sjølv gjer ein til ein betre terapeut, men opplevinga av å lukkast betre gikk like mykje saman med at eg vart meir uavhengig av dei spesifikke terapiteoriane sine instrumentelle imperativ. Det prinsipielle spørsmålet i dette gjeld teorien si rolle i psykoterapi. Kva relasjon er det mellom teorien og det terapeutisk resultatet? Er teorien og dei operasjonaliseringar den impliserer instrumentelt eller vilkårleg relatert til utbyttet?

## Terapi og teori

Tilhøvet mellom vitenskap og praksis er som tilhøvet mellom det allmenne og det partikulære. For ein kvar terapeut vil det kjennest nødvendig å kunne forklare både det ein lukkast med og det ein ikkje fikk til. Vi likar best å forklare våre suksessar, og det er vel berre menneskeleg at slike lettare blir attribuert til eigen dugleik mens nederlaga helst finn si forklaring i klienten, hans motstand eller manglande motivasjon. Å forklare er også eit spørsmål om teori, og teori er ikkje mangelvare i terapibransjen - slike har også healrar og handspåleggjarar. Men psykoterapi vedkjenner seg vitenskapen som grunnlag, og av ein teori som hevdar å vere vitenskapleg haldbar krevst det ei empirisk sannsynleggjering, i det minste at den spesifikke teorien ein nyttar er utleia, implisert av eller er i samsvar med andre haldbare teoriar og forskingsfunn. Er det slik i psykoterapi? Dersom praksis skal byggje på slike teoriar tilseier det ein kausal relasjon mellom teori og resultat, og at teorien kan predikere resultat utover det tilfeldige. Vidare at teorien har forklaringskraft både når terapien gir resultat, og når den ikkje gjer det.

Slike refleksjonar om tilhøvet mellom teori og terapi vart ytterlegare utfordra gjennom samtalar eg har hatt høve til å ha med tidlegare klientar der vi har reflektert over terapiprosessen og våre opplevingar av den. Ei nyttig røynsle. Sjølv om eg sjeldan har opplevd at prosessen generelt sett har blitt opplevd særleg ulikt når det gjeld samarbeid og relasjon, har det slått meg at mange av dei hendingar klientar legg vekt på som vesentlege, ofte som vendepunkt; er hendingar som eg etter kritisk sjølvgransking har måtta innrømme berre har vore tilfeldig relatert til mine intenderte og teoristyrte intervensjonar. I mange høve har eg knapt hugsast eg sjølv la særleg vekt på dei. No finn eg alltid ei forklaring i slike høve, det vil seie eit teoretisk rasjonale som *for meg* gir mening - i ettertid. I slike høve tek ein seg sjølv på fersk gjerning i å nytte teori til det ein elles i psykologien kallar rasjonalisering. I ein slik retrospektiv gjennomgang av terapiprosessar blei det også synleg for meg korleis ulike terapiteoriar hadde gjort seg gjeldande på ulike tidspunkt, teoriar eg gikk «inn og ut av» ettersom klienten og det klienten formidla meg behov for eit språk å fortolke i. Kva rolle teorien har spela i den instrumentelle tydinga eg innleidde med, skal eg førebels la stå ope. Men, at eg sjølv er heilt avhengig av teorien i min indre dialog om det som går føre seg i



terapi, er ei overtydd erkjenning eg trur dei fleste terapeutar vedkjenner seg. Når det difor gjeld tilhøvet mellom terapi og teori allment sett, set eg fram følgjande påstand: *den terapeutiske teorien fungerer terapeutisk først og fremst for terapeuten*. Denne påstanden ekskluderer sjølvsagt ikkje at teorien også kan vere instrumentelt relatert til klienten sitt utbytte. Men, og her foregrip eg dokumentasjon og analyse, den empiriske påvising av slike kausale samanhengar er mildt sagt uklår. Like eins har det vore notorisk vanskeleg å påvise særleg skilnad i effektivitet mellom høgst ulike terapeutiske retningar og metodar. Om det då er slik, og her legg eg førebels berre refleksjonane over eigne røynsler til grunn, at teori og metode berre er tilfeldig relatert til utbytte, kva er det då som verkar når terapi verkar?

### **Fellessporet - terapi og placebo**

Det var på dette punktet at allusjonen til placebo gjorde seg gjeldande og mine to «prosjekt» kryssa kvarandre. Om vi tenkjer på teorien som «terapien sin kjemi» og det ikkje er den som verkar, er ikkje verknaden då placebo i høve til teorien?

Påstanden om at psykoterapi *er* placebo viste seg korkje ny eller original. Den vart i si tid sett fram av Jerome Frank (1961). Det er ein opplagt provoserande påstand i høve til psykoterapien si vanlege sjølvforståing. Det er likevel ikkje ein påstand som har blitt forfølgd og granska med særleg systematikk og konsekvens. I alle høve er det i båd tilfelle tale om fenomen som høyrer til same klasse, læking gjennom det mentale domenet - gjennom psykologiske mekanismar. Påstanden om placebo var altså at det ikkje er pillen som kjemi, men som bodskap og meining som lækjer. Den tilsvarande når det gjeld psykoterapi vert då følgjande: *Kor vidt ein terapeutisk teori er terapeutisk verksam er uavhengig av teorien sitt empiriske eller vitenskaplege grunnlag, men avhengig av om den bidreg til å skape ei meining som lækjer eller ikkje.*

Spørsmåla om psykoterapi så langt kan ein subsummere under dette: kva er psykoterapi - verkar den og korleis? Som ved placebo er dette eit spørsmål både om empirisk dokumentasjon og om teoretiske forklaringar. At ein må spørje slik om ei verksemd som både er omfattande og som har vore utøvd i over hundre år er for mange underleg, men slik er det - ein aktuell dagsorden i litteraturen så vel

som i faglege fora, konferansar og seminar. For den enkelte terapeut gjeld det, som for ein kvar som utøver ei profesjonell verksemd, å kunne gjere greie for seg. For psykoterapien som institusjon gjeld det både sjølvforståinga og legitimiteten i samfunnet. Om vi berre ser på den seriøse delen, den som gir seg ut for å ha ankerfeste i psykologien som fag, er det så visst ikkje mangel på både refleksjon, teori- og metodeproduksjon. Der er gathjørne overalt - og lys så det blendar slik det er når neon kastar reklamen sin bodskap etter oss. Når ein jaktar på svar til spørsmål som ovanfor er slike heller ikkje vanskelege å finne, ofte framført med overtyding. Og sjølv om svara kan gi kveik sloknar dei fort, slik tabloide opplevingar gjer om ein jaktar på innsikt som varer. Mi eiga jakt i terapilitteraturen skapte difor etter kvart ein mild melankoli, og det har slått meg at mykje av denne litteraturen fungerer meir som retorikk enn som god teori. Skilnaden er jo, om ein vedkjenner seg eit litt naivt vitskapsideal, at ein vitskapleg teori bør kunne *avdekkje* samanhengar, medan retorikk er ein måte å *skape* meining og samheng på slik at den vert opplevd overtydande. Og nettopp slik får terapeuten sin terapi. Men det er ein terapi som likevel gir næring til tvilen, denne akademiske tvangstrøya som driv ein vidare. Og, tvilen kan vere ein god læremeister om den jagar seg sjølv med audmjuk erkjenning av at den aldri bør gjerast overflødig. Sanninga vil alltid vise seg berre som siste versjon.

No kan ein med ein viss rett innvende at terapilitteraturen først og fremst er praksisorientert, at det er kunnskap om det nære og mangfaldige, ein ideografisk kunnskap som ikkje høver med dei nomotetiske vitskapsidealane. Men, dette er berre delvis rett, for alle terapeutiske teoriar inneheld også ein allmenn psykologi anten den er uttrykt eksplisitt eller er implisert som skjulte føresetnader. Korleis er så tilhøvet mellom denne psykologien og den vitskaplege psykologien, den generelle psykologien som spring ut av dei akademiske grunndisiplinane i faget og som strengt sorterer det haldbare frå det som ikkje held med grunnlag i empiriske og teoretiske metodekrav? Mildt vurdert er det eit tilhøve i utakt, dels er det direkte i opposisjon, og dels er det to domene som ikkje kommuniserer. Dette er ei gamal motsetning - like gamal som den kliniske verksemda sjølv. Klagemåla frå dei som vaktar den «akademiske gral» om at klinikaren ikkje har vitskapleg dekning for sin praksis er velkjent. Ofte er det med rette. Like velkjent er det at

slikt ser ut til å affiserer klinikaren lite. Kvifor? Det kan ein ha mange hypotesar om, og her er ein. Kan det vere fordi klinikaren opplever at det er uvesentleg, at praksis og «det terapeutiske» går strålande uaffisert av dei vitskaplege sanningskrava? Er det i så fall tale om to heilt ulike kunnskapstradisjonar som berre overflatisk skyt seg inn under eit fellesskap? I så fall, kva kviler då psykoterapien sin legitimitet på sidan den kommuniserer ei sjølvforståing som inneber å vere forankra i vitskap? Men, vi kan og snu problemstillinga. Kva *er* den vitskapen som ikkje kan gjere greie for det som går føre seg i psykoterapi? Er det ein vitskap som set sine egne ideal framfor det å vere *vesentleg* - ein vitskap som har gitt seg sjølv eit kart den insisterer på å finne eit terreng som passar til? Vitskap skal opplyse, men som ved all bruk av lyskjelder vil ein berre sjå det ein set lys på. Er det i det heile teke muleg å finne eit kart som passar til den psykoterapeutiske verksemda utan å ta utgangspunkt i dette terrenget sjølv?

### **Problemstillinga**

Dette arbeidet kom til gjennom at mine i utgangspunktet to uavhengige utforskingar av psykoterapi og placebo kom til å kaste lys over kvarandre. La meg presisere resonnementet. Om placebolækning viser seg å vere vesentleg lækning har vi med lækning gjennom psykologiske mekanismar å gjere. Psykoterapi er nettopp ei verksemd som med grunnlag i kunnskap om psykologiske mekanismar hevdar å kunne skape lækning gjennom slike, rett nok først og fremst lækning av det psykiske. Men psykoterapi er i motsetnad til placebolækning ei *intendert* lækning. Placebo er vanlegvis ikkje det. Det kan likevel ikkje vere tale om noko vilkårleg, men noko som skjer i samsvar med visse reglar som ligg under, og då er det ein rimeleg hypotese at dette også er reglar ein vil finne i den intenderte psykologiske lækninga, psykoterapi. Dette er ei form for *abduksjon*, at ein med utgangspunkt i ein viss likskap mellom A og B undersøker om der også er ein grunnleggjande likskap<sup>1</sup>. Men, abduksjonen kan ikkje berre vere relevant i høve til psykoterapi, men til lækning allment sett. Tydelegvis kan placebo, og dermed psykologisk lækning, vere eit aspekt også ved medisinsk behandling der ein intendert og på

---

<sup>1</sup> Abduksjon er ein heilt vesentleg måte å resonnerer på innan vitskapleg tenking, men i følgje Bateson mindre påakta enn dei meir kjende resonneringstypane induksjon og deduksjon (Bateson og Bateson, 1987, s. 206).

vitskapleg grunnlag lækjer med substansar og fysiske inngrep. Og lækning og behandling er ein av dei eldste praksisar mennesket har utvikla, i eit utal av former både sett historisk og på tvers av kulturar og kunnskapstradisjonar. Mangt av dette er intendert behandling med substansar og inngrep ein opplagt må hevde ikkje kan vere kausalrelatert til eventuell lækje-effekt. Er det i så fall placebo - og kva forklarar vi ved ei slik forklaring? Resonnementet fører med andre ord til fokus på lækning og behandling generelt sett, til fokus på teoriar om behandling og korleis vi tenkjer om behandling - og om det er mulig, på tvers av diversitet og mangfald i behandlingsformer å utleie nokre sams reglar, å seie noko som har med terapeutiske universalialia å gjere?

### **Veg og perspektiv**

Tilsynelatande fører dette meg langt vekk frå mitt eige terapirom, og ofte må ein nettopp på utsida for å skjøne kva ein driv med. Dette arbeidet skal difor berre i liten grad handle direkte om kva som isolert sett går føre seg *innafor* veggane i det terapeutiske romet. Det er likevel dette romet eg skal vende tilbake til etter å ha undersøkt *føresetnadene* for det som går føre seg, psykoterapien sin kontekst. Det er å gå frå det allmenne til det spesifikke, og det allmenne har utgangspunkt i placebofenomenet og lækning gjennom psykologiske mekanismar slik ein kan skjøne dette som naturlege hendingar i ulike behandlingsformer. Ei slik vandring frå gatehjørne til gatehjørne kan likevel ikkje vere tilfeldig og utan mål og meining.

### *Biosemantisk*

Og nettopp omgrepet *meining* har vore ein vesentleg kartreferanse, ein sentral ide om at det som lækjer når «psykologi lækjer» har med meining å gjere, og at utforsking av denne ideen kan kaste lys over mulege «felles reglar» i mangfaldet av behandlingsformer. Denne ideen byggjer igjen på ein generell antropologi som ser meiningsskaping som eit karakteristikum ved den menneskelege veremåten - eit karakteristikum som er innebygd i vår biologi og som seier noko om korleis vi både relaterer oss til omgjevnaden, og skaper denne omgjevnaden. Dette er eit syn eg ikkje berre tek for gitt, men også har funne nødvendig å drøfte grunnlaget for. Framstillinga er difor diskursiv, ei veksling mellom posisjonar der drøftinga av

lækjefenomen både vert sett i lys av den allmenne drøftinga, og samstundes kastar lys over denne. Det er velkjende tankeknutar og problemstillingar ein møter i ei slik drøfting. Ei av dei er tilhøvet mellom kropp og sjel, psyke og soma eller uttrykt i ulike synonyme variantar. Det er vanleg sjargong i vår tid å avvise at denne dikotomien i språket er ein relevant dikotomi i røynda. Det er to sider av same sak, seier vi lett og held fram med ein praksis og ein tenkjemåte som om det ikkje var slik likevel. Det er ikkje mitt prosjekt å drøfte dei filosofiske sidene ved denne velkjende problemstillinga, men forankre den i ei forståing som spring ut av vitskaplege granskingar sjølv. Om placebo viser seg å vere lækning av kroppen, er jo det samstundes døme på at psyke lækjer soma. Eg prøver også å vise at denne motsetninga har sin parallell i motsetninga mellom natur og kultur, og må integrerast i denne. Det er ei uomtvisteleg sanning at mennesket er den einaste biologiske organismen som skaper kultur, som igjen er eit uttrykk for at vi er dei einaste organismar som tilpassar oss omgjevnaden ved å omforme den. Vi lever i ein fysisk omgjevnad som i stadig mindre grad er ein naturgitt omgjevnad, men ein omgjevnad av bearbeidd natur, av kulturelle artifakta. Men, i motsetnad til andre artar er vi ikkje innelukka i den fysiske omgjevnaden som faktisitet, for føresetnaden for å kunne omskape sin omgjevnad ligg i evna til distanse. Det er i denne distansen mennesket *eks-isterer*, som nettopp tyder å utstå frå. Dette er ikkje eit fysisk univers, men eit symbolsk univers - eit univers av versjonar om universet, det vi nyttar den litt lause nemninga kultur til å karakterisere. Ei forståing av mennesket som eit vesen som skaper kultur må nødvendigvis kunne forankrast i ei forståing av mennesket som biologi. Men kultur kan ein aldri redusere til biologi, for denne biologien er også uløyseleg voven inn i det kulturelle og ytrar seg kulturelt. Ein kan også seie det slik at kroppen som *gjenstand* tilstrekkeleg kan gjerast greie for som natur, men kroppen som *liv* og som *subjekt* som lever og handlar i verda - det er ein kulturell kropp. Dette synet vil eg undervegs prøve å forankre i det eg kallar eit *biosemantisk* perspektiv; som altså ikkje er ein teori, men eit perspektiv i tydinga ein måte å sjå på som freistar å gjere om dei nemnde dikotomiane til eit spørsmål om relasjonar og kommunikasjon. Eit slikt perspektiv inneber på den eine sida å utvide den vanlege avgrensinga av det biologiske til å inkludere relasjonen til omgjevnaden. Dette er ein semantisk relasjon, ein relasjon som er gjort muleg av eigenskapar ved det

biologiske. På den andre sida inneber perspektivet også ei utviding av korleis vi tenkjer om kultur ved å relatere dette domenet til dei former for biologi som produserer kultur. Denne relasjonen kan vi og kalle eit mentalt domene, eller domenet for det mentale. Dette er samstundes domenet for dei «psykologiske mekanismane», og for psykologien som fag.

### *Delar og heilskap*

Resonnement som dette møter også den allmenne problemstillinga om tilhøvet mellom delar og heilskap, og heilskap og delar. Og nettopp når det gjeld teoriar og modellar i behandlingsslitteraturen er «heilskapleg» eller «holisme» ein ofte nytta retorikk. Men, går ein inn i kva som vert meint med dette, er det sjeldan den same heilskapen ein finn. Versjonane er ulike, og sjeldan er heilskapen anna enn generaliseringar som spring ut frå eit føretrekt prinsipp. Sidan eg sjølv legg opp til eit resonnement som rører ved det ein kan kalle ei heilskapleg tenking, finn eg det nødvendig å drøfte om ei slik tenking i det heile teke er muleg. Av logiske grunnar er den sjølv sagt ikkje det, sidan ein alltid må velje ein posisjon å sjå frå. Å tale om verda inneber alltid å etablere ein distinksjon og dermed ei oppdeling. Men, *korleis* ein deler opp er ikkje noko som følgjer av logiske reglar, det er snarare tale om å følgje ein føretrekt logikk. Vi må med andre ord skilje mellom *korleis* vår *tenking* om verda deler verda og *korleis* verda eventuelt er oppdelt. I vår tenking langs relasjonen natur *og* kultur finn vi oppdelingar som samstundes er oppdelingar i vitskapane om mennesket. Det er eit karaktertrekk ved vitskapen si utvikling at differensieringa har auka og ein har hatt ei opphoping av kunnskap *innan* dei ulike nivå ein har delt opp i, medan kunnskapen og omgrepa når det gjeld relasjonen og kommunikasjonen mellom nivåa har vore dårlegare utvikla. Slike drøftingar «på tvers» er likevel heilt nødvendige generelt sett, og viste seg avgjerande for dei spørsmåla eg har reist om behandling. Likevel er det ofte ei halsbrekkande øving, ikkje minst sidan språka er ulike på dei ulike gatehjørna, og karta som kan vise veg mellom dei manglar. Det er eit spørsmål om omgrep å begripe med, og eg har trekt vekslar på dei ulike systemteoriane sine termar sidan ein her nettopp finn modellar som gjeld relasjonar mellom delar og heilskap, og om kommunikasjon og utvikling. Samstundes inkluderer systemteori prinsippet

om kontekstualisering, at vi ikkje kan skjøne spesifikke og avgrensa fenomen ved å «isolerere» dei, men ved å sjå dei i den samanhengen dei inngår i.

### *Meining og kontekst*

Og nettopp kontekst, og tenking om tekst i kontekst, er ein gjennomgåande refleksjon i dette arbeidet anten den ytrar seg eksplisitt eller som skjult metafor i resonnementa som blir utvikla. For kontekst er ikkje noko «der ute», men ei oppleving av samanhengar «der ute», med andre ord noko som har med mening å gjere. Men, ideen om at det er mening som lækjer når «psykologi lækjer», kan ikkje berre vere eit svar, men og eit spørsmål. Eit så vanleg og tilforlateleg uttrykk som «mening» utløyser dessutan i seg sjølv mange spørsmål. Kva meiner vi med mening? Det er spørsmål filosofien har sysla med og som semantikken og dei lingvistiske disiplinane har fokusert særskilt. Det er ikkje i slike spor eg vil gå, og la meg difor gjere ei førebels avklaring. Utgangspunktet er sosialpsykologisk, ei oppsummert erkjenning av at mange av dei fenomena og atferdsformene denne disiplinen har avdekt i eit overordna perspektiv syner mennesket sitt behov for å skape struktur, samanheng og orden i sitt opplevde og daglege tilhøve til omgjevnaden. Dette kan vi sjå som meningsskaping og det vesentlege psykologisk sett er ikkje *kva* mening som blir skapt, men at meininga fungerer adaptivt. Dette er altså eit pragmatisk syn, og den psykologiske meininga er alltid pragmatisk. For meininga sin motsats er ikkje-orden, kaos og det namnlaust ukjende - det som også er angsten si kjelde. Ein kan difor seie at meininga sin motsats er angst, og angst motiverer. Det er altså mening som motivasjon som er det vesentlege aspektet her, og at meining både uttrykkjer og driv adaptasjonen til omgjevnaden. For enkeltindividet er dette «dagliglivets psykologi» som spring ut av lokale kontekstar. Men det nære og det intersubjektive er også tekstar i den konteksten vi kan kalle kultur. Og kultur kan vi på mange vis sjå som kollektivt oppsummert mening ut frå den same pragmatismen eg nyss har skissert. Det er i alle høve ei innsikt antropologien formidlar at ingen kulturar overlever gjennom kaos og uorden, men tvert om gjennom å skape seg eit univers ein kan plassere seg sjølv innafor.

### *Det diakrone og det synkrone*

Vi er altså ved den allmenne problemstillinga om tilhøvet mellom kultur og individ, og for psykologien sitt vedkomande tilhøvet mellom kultur, mentale prosessar og atferd. Spørsmåla eg har reist om læking og behandling må drøftast i eit slikt perspektiv, og eg gjer det i lys av resonnementa om heilskap og delar. Det er ei drøfting langs to aksar som svarar til det eg kallar eit *diakront* og eit *synkront* perspektiv. Det diakrone gjeld det kulturelle, den lange læringa eller den kulturelle evolusjonen av meningssystem om liv og helse, sjukdom og læking. Dette er sentrale domene i livet som det i ein kvar kultur er ei utfordring å skape orden og mening i. Korleis skaper kulturar meningssystem om desse spørsmåla og korleis utviklar kulturar system og ordningar for å hanskast med sjukdom og læking? Korleis vert sjukdom fortolka kulturelt og kva slags logikk er det mellom slike fortolkingar og handlingssystema ein utviklar? Det er alltid individet som er sjukt, og dette gjeld det synkrone perspektivet, individet sin adaptasjon og meistring i sin lokale kontekst. Men sjukdom er ein kategori utløyst gjennom fortolking, og individet er alltid sjukt i høve til ei sosial og kulturell oppfatning av sjukdom. Kva rolle spelar så sjukdom som kultur for sjukdom som natur? Kva slags «logikk» er det mellom dei kulturelle meningssystema om sjukdom og læking og individet sin lækjeprosess? Slike spørsmål gjeld den kommunikative sirkulariteten mellom kulturnivået og individ- og behandlingsnivået. Tesen er at når «psykologi lækjer» er dette ein kulturell medisin, ein medisin som lækjer i kraft av meninga si slik denne er innvoven i og koordinerer det handlingsplanet som utøver behandlinga. Eit slikt resonnement kan ein argumentere for generelt, men er lettare å sannsynleggjere gjennom eit konkret fokus. Drøftinga og analysen av sjamanistisk læking er grunngeve med eit slikt siktemål. Gjennom døme frå ulike kulturar kan denne lækjepsaksisen sitt terapeutiske potensiale gjerast sannsynleg berre ved å sjå praksisen som eit sosialt system som kommuniserer eit kulturelt forankra meningssystem. Det er såleis tale om ei kulturell læking betinga av at den som lækjer og den som blir lækt er i ein felles kulturell epistemologi. Om ein analyserer den sjamanistiske lækjeseansen som eit sosialt system, vil ein samstundes kunne reise ein meir allmenn hypotese om egenskaper ved terapeutiske system. For sjølv om den meninga som lækjer er ei kulturelt forankra mening (innhald) og difor ikkje kan vere ein dekontekstualisert «medisin», kan



det likevel vere slik at sjølve konteksten som evnar å realiserer denne «medisinen» (form) har visse allmenne karakteristika?

Det er lettare å sjå mønster og samanhengar i førmoderne og relativt «enkle» kulturar som dei sjamanistiske døma illustrerer, enn i eigen moderne og komplekse kultur. Men, slik same mønster kan gå igjen både i den enkle veven med få trådar og i den komplekse og ornamenterte der dei er mange, kan den komplekse kulturelle veven også skjule eit enklare grunnmønster. Den vanlege tilnærminga har jo vore å fortolke sjamanisme i lys av våre eigne gatelykter. Kan det og vere motsett - kan vi skjøne meir av våre eigne lækjepraksisar i lys av den sjamanistiske praksisen? Sjamanismen er i dette arbeidet difor ikkje eit esoterisk reisemål i seg sjølv, men ei eksemplarisk reise med ein analytisk bagasje å ta med seg tilbake til eigen kultur og til drøftinga av psykoterapien. Det er eit spørsmål om abduksjon, om psykoterapien og det terapeutiske i den kan gjerast greie for gjennom ei tilsvarande kontekstualisering? Vegen tilbake for å skjøne det som går føre seg i det terapeutiske romet byggjer såleis på ein hypotese om at dette må gjerast gjennom å utforske kva som konstituerer dette romet. Det inneber på den eine sida å analysere korleis framveksten av psykoterapien spring ut av den kulturelle evolusjonen, og på den andre sida korleis institusjonaliseringa av denne verksemda og kunnskapsgrunnlaget i den samstundes skaper denne evolusjonen. Drøftinga av dette byggjer eg først på ei skisse av psykoterapien sine røter, ein førvitskapleg tradisjon for læking, som historisk kontekst for den vitskapleggjeringa av psykologisk behandling som oppstår gjennom psykoanalysen og Sigmund Freud. Eg argumenterer for at skal ein skjøne framveksten og institusjonaliseringa av moderne psykoterapi er det umuleg å gå utanom psykoanalysen. Psykoanalysen etablerer psykoterapi som intendert psykologisk behandling ut frå ein påstått vitskapleg legitimitet, og blir såleis psykoterapien sine kulissar generelt sett. Men denne påstanden inneber ikkje at eg skal sverme kring psykoanalysen sine eigne gatelykter, eller ei drøfting av denne læra sine tesar *i og for seg*. Det er den kulturelle rekursiviteten som psykoanalysen inngår i som eg vil freiste å gjere synleg. Psykoanalysen uttrykkjer samstundes både eit epistemologisk brot, og ein djup kulturell kontinuitet. Det er ei lære som på den eine sida oppstår *innan* moderniteten både som paradigme og som historisk

periode, ein periode der mennesket blir rekonstruert som subjekt. Samstundes *skaper* læra denne perioden og subjektet si sjølvforståing i den. Psykoanalysen som kommunikasjon i det terapeutiske romet går difor føre seg *innafor* ein kulturell kommunikasjon om det menneskelege som psykoanalysen sjølv er leverandør av. Om vi ser psykoanalysen som ein vitskapleg praksis, er dette ein synsmåte som samsvarar med det modernitetsanalytikaren Anthony Giddens kallar samfunnsvitskapane sin refleksivitet, at dei samstundes skaper det terrenget dei utviklar sine kart over (Giddens, 1997). Ei drøfting av psykoanalysen i eit slikt perspektiv er samstundes ei drøfting av den generelle tesen om psykoterapi som ein praksis som lækjer gjennom kulturelt konstituert mening. I eit slikt perspektiv kan ein difor hevde at psykoanalysen er like lite «sann eller usann» som sjamanismen er det, og at ein ikkje kan ekstrahere den «medisinen» dei leverer frå den konteksten dei leverer den i.

Men, det er vel hundre år sidan psykoanalysen sin framvekst og teoriar og metodar har hatt ei eksplosiv utvikling. Samstundes har psykoterapien sin samfunnsmessige legitimitet vorten meir og meir avhengig av vitskapleg dokumentasjon. Verkar den og kvifor? Dermed er vi tilbake til problemstillinga eg innleidde med og kan undersøkje den ut frå kva den empiriske vitskapen sjølv fortel om dette. Korleis høver så denne «forteljinga» med psykoterapien si institusjonaliserte sjølvforståing og med den allmenne drøftinga av behandlingsformer som lækjer gjennom psykologi, slik nøkkelen placebo opna døra til? Og for det praktiske føremålet, korleis kan eg no gjere greie for min eigen praksis - og korleis kan psykoterapien forstå seg sjølv? Frå denne drøftinga til slutt skal eg her trekke fram to konklusjonar. Til spørsmålet om kva psykoterapi *er*, er svaret at psykoterapi ikkje kan gjerast greie for ut frå eit slikt essensialistisk spørsmål. Psykoterapi inneheld ikkje ein spesifikk medisin eller spesifikke mekanismar, og er difor ikkje noko som *er* i ei essensialistisk eller dekontekstualisert tyding. Derimot er det grunnlag for å seie at psykoterapi som praksis er ein måte å skape ein kontekst kring ein relasjon på, og at det er konteksten som heilskap og ikkje som enkeltelement som er det terapeutiske. Det er difor ikkje *innhaldet* i og for seg (essensialisme), men *mønsteret* det inngår i (kontekstualisme) som gjer psykoterapi terapeutisk. Eg avsluttar nettopp med ei

drøfting av dette mønsteret, ei drøfting av kjenneteikn og liturgi som gjer sannsynleg at læking skjer, med andre ord ein teori om den terapeutiske konteksten.

### **Vitskapssyn**

Om dette har blitt eit ambisiøst prosjekt, var det ikkje tenkt slik. Det er spørsmåla sjølve som har drive meg «frå gatehjørne til gatehjørne» og til nye spørsmål på eit vis der forskinga tidvis også har blitt etterforsking. Eg har ovanfor skissert hovudstrukturen i dei linjene eg har resonnert etter, men eg skal glatt vedgå at uttrykket «vegen vert til mens ein går» har gjort seg gjeldande like mykje som det planlagde. Det er heller ikkje ei analytisk reise etter kortaste reisealternativ. Det har vore nødvendig med fleire sidespor undervegs for å grunnge vidare kurs. Det gjeld drøftingar både av konkrete teoriar på ulike gatehjørne, ulike empiriske funn som lyser mot ein; og framfor alt kva bitar av kunnskap fortel om mønster av kunnskap, og grunnlaget for den kunnskapen vi vedkjenner oss som vitskapleg. Eg har såleis ønskt å halde fleire drøftingar opne samstundes, drøftingar som vedkjem ulike nivå om både det allmenne og det spesifikke, og som samla kan kaste lys over det som trass alt både var utgangspunkt og mål: å skjone kva læking gjennom psykologiske mekanismar er for noko. Problemet som straks dukkar opp er at dette ikkje berre er eit spørsmål om empiri, men like mykje eit spørsmål om korleis vi *tenkjer* om empiri, og i neste instans eit spørsmål om epistemologi, om kunnskapen sitt grunnlag og refleksive karakter. Som ved andre reiser, for å vere i metaforane, har difor kikkerten vore eit hendig reisefølgje. Den kan som kjent nyttast to vegar, til å bringe det fjerne nærare slik at detaljar kjem fram - og til å skape avstand slik at oversikt og mønster vert synleg. Søkjer ein fellesnemnarar og integrasjon føreset det også ei opa haldning til ulike teoretiske posisjonar. Mitt utgangspunkt har difor vore at ulike teoriar kvar for seg korkje er sanne eller usanne, men meir eller mindre nyttige til å gjere synleg ulike område av tilværet. Men lokale teoriar kviler samstundes på visse aksiomatiske eller grunnleggjande premissar som i seg sjølv er teoretiske - eller paradigmatiske. Ikkje minst viser dette seg når fokuset er teoriar om sjukdom og behandling. Det har difor vore nødvendig også å undersøkje kor haldbare slike føresetnader er. Dette gjeld den vitskapsteoretiske dimensjonen i drøftingane. Det er nemleg ei korttenkt

oppfatning av vitenskapleg praksis at den har stadfesting av teoriar som sitt fremste mål. Vitenskapen sitt kjennemerke som kunnskapstradisjon er at den er kritisk, og at den stendig utøver ein praksisen som inneber å angripe og å underminere sine eigne teoriar og «sanningar». Ein slik praksis må difor vere open for å stille kritiske spørsmål om seg sjølv og undersøkje kva vitenskapen sin privilegerte kunnskapsposisjon kviler på. Vitenskapen sine metodeideal har røter i utforsking av den fysiske verda. No er det vel neppe slik at den fysiske verda i seg sjølv let seg affisere av våre teoriar om den, sjølv om slike på avgjerande vis får følgjer for våre inngrep i den. Når det gjeld teoriar om det menneskelege er det ikkje grunnlag for å hevde ein tilsvarande uavhengig posisjon. Den vitenskaplege praksisen om mennesket kan difor ikkje setje seg på utsida av den kulturelle evolusjonen eller hevde å vere i tilskodaren sin uavhengige og objektive posisjon. Vitenskapane om mennesket kommenterer ikkje eit naturgitt terreng, men eit «terreng» som er kulturelt og difor alltid under konstruksjon, ein konstruksjon som vitenskapen sjølv er ein viktig del av. Dette er forenkla utlagt noko av kjernen i den kritikken som Hans Skjervheim (1974) alt i 1959 og på filosofisk grunnlag framførte mot objektivismen i studia av mennesket, og med adresse framfor alt til psykologien. Slike posisjonar vart på syttitalet omtala som positivismekritikk, og i dag finn ein tilsvarande synsmåtar resirkulert innafor det oppgjeret med moderniteten sitt syn på vitenskapen som skyt seg inn under den noko lause nemninga postmodernisme. Og positivismekritikken har framleis sin relevans, men der Skjervheim var ein systematisk analytikar, viser den postmoderne retorikken at positivismekritikk kan vere så mangt. Ein av dei merkelege og farlege variantane er den som gjer positivismekritikk til ei øving i å vere anti-empirisk. Rett nok kan god tenking gjere ein god del dårleg empiri overflødig, men dårleg tenking kan aldri erstatte god empiri. Historisk sett er den empiriske metoden trass alt noko av det beste bidraget til sivilisasjonen som moderniteten har gitt, og stadig eit nødvendig korrektiv til mennesket sin dårskap, også den som seglar under antipositivismen sitt banner. Positivismekritikken råkar nemleg etter mitt syn ikkje den empiriske praksisen *per se*, men denne praksisen sine grenser, og den naive nektinga av desse grensene og oppfatninga av at empirien «talar for seg» utan fordommar om verda. Sidan eg sjølv vedkjenner meg posisjonar ein ofte finn utlagt som postmoderne, finn eg det alt her nødvendig å markere ein viss

kritisk distanse også den vegen. Når dette er eit teoretisk arbeid, tyder sjølvsagt ikkje det at det dermed ikkje er empirisk. Tvert om. Grunnlaget for svært mykje av det som vert ført fram byggjer nettopp på ein gjennomgang av omfattande empiri. Ikkje minst gjeld det placebofenomenet og psykoterapi. Når det gjeld vitenskapane om mennesket finn ein sjeldan eller aldri enkeltstudiar som serverer avgjerande empiri. Empiriske studiar er likevel ein vesentleg måte å vere kritisk på så sant ein legg til grunn at dei data vi gir status som empiriske ikkje kan vere direkte tale frå ei objektiv verd, men ein form for kritisk korreksjon av vår løpande konstruksjonar av verda. Når eg avslutningsvis i dette arbeidet kjem tilbake til spørsmåla om psykoterapien sitt vitenskaplege grunnlag og konkluderer med at ei reformulering er nødvendig, er dette difor ikkje ein analyse som spring ut frå gitte vitenskapsteoretiske posisjonar, postmoderne eller ei. For å seie det enkelt, det er empirien sjølv som fører meg dit. Det er den empiriske praksisen sjølv som viser seg som det beste korrektivet til den positivistiske sjølvforståinga som legg til grunn at ein frå psykologien som vitenskap kan utleie ein teknologi, ein instrumentell praksis. På sett og vis fører denne analysen også til ei avmystifisering av psykoterapien slik empiri elles gjennom historia trass alt har avslørt så mang ein menneskeleg dårskap, anten dette gjeld astrologien sitt fantasifulle meiningsunivers eller Anton Mesmer sitt påståtte universelle fluidum, den animalske magnetismen. Og stadig lar vi oss forføre, til tider insisterer vi på det. Problemet er ikkje dei banale forføringane som askeavkoket si mellombelse velsigning, men dei kollektive og destruktive vrangførestellingane. Så la meg minne om at både hekseprossessar og rasehygiene har hatt sine teoriar som kvar for seg har blitt utlagt som «vitskapelege» i sine respektive samtider. Poenget er dette: empiri er ein måte å vere kritisk på, og som kritisk korrektiv er empirisk praksis først og fremst egna til å seie noko om kva som høgst sannsynleg *ikkje* kan vere sant, ikkje dermed kva som *er* sant.

### **Framstilling og struktur**

Medan tanken og refleksjonen er rekursiv, har teksten ein lineær tvang. Ei innleiing er eit møte med lesaren som også skaper ein illusjon om fellesstart. Men alle skrivande veit at det som er starten for lesaren er slutten for skrivaren, og at teksten sin lineære og planlagde logikk berre tilsynelatande er slik. Dette gjeld

også denne teksten som både rapporterer *om* ein analyse og samstundes *er* denne analysen. Og sidan prosessen sjølv har veksla mellom systematikken sin disiplin og refleksjonen sin fantasi og rekursivitet, har eg også i teksten prøvd å gi rom for noko av denne kombinasjonen. Eg har valt ein framstillingslogikk der eg i framdrifta legg noko bak meg, mens andre tema og problemstillingar vert opna fleire gonger i ulike diskursive samanhengar. Kostnaden ved dette er eit visst mon av gjentakingar. Arbeidet har ein hovudstruktur i tre delar. Del I er ein systematisk gjennomgang av placebofenoment, av dei anekdotiske bruksmåtane i medisinen og sjølve omgrepet si historie (kapittel 2). Deretter er fokuset empirisk (kapittel 3-6), ein systematisk og kritisk gjennomgang av det som ligg føre av studiar der placebo er fokusert som den avhengige variabelen. Med denne gjennomgangen som grunnlag drøftar eg i kapittel 7 sjølve omgrepet, korleis det kan definerast og kor relevant det i det heile teke er innan behandlingsforskning, ikkje minst psykoteraiforskinga. Kapittel 8-10 er både ein gjennomgang og ei kritisk drøfting av ulike teoretiske modellar som har blitt nytta som forklaringar på placebofenomenet. I kapittel 11 og 12 gjer eg ei analytisk avklaring av kva placebofenomenet gjeld, og korleis det impliserer ei paradigmatisk utfordring til vår tenking om det menneskelege generelt sett, og vårt syn på læking og behandling. Kapittel 12 oppsummerer dette og utleier ein del sentrale implikasjonar. Desse to kapital, som avsluttar del I, utgjer såleis premissar for vegen vidare. Det overordna perspektivet i del II er den kulturelle og den individuelle adaptasjonen, og kommunikasjonen mellom desse nivåa. Eg drøftar dette både allment og i høve til adaptasjon ved sjukdom og læking. I denne drøftinga blir først omgrepet *meaning* utforska og argumentert for som eit vesentleg perspektiv til å skjønne kommunikasjonen mellom desse nivåa (kapittel 13). I kapittel 14 gjer eg greie for utvikling av medisinske meinings- og handlingssystem som del av den kulturelle adaptasjonen. Kapittel 15 fører dette perspektivet vidare gjennom å drøfte dei sosialpsykologiske mekanismane som kan gjere seg gjeldande ved utvikling av teoriar om læking, og korleis slike går inn som ein del av det sosiale og kulturelle behovet for orden og meaning. Det er innafor slike kontekstar sjukdom oppstår som individuelle hendingar, og perspektivet i kapittel 16 gjeld den individuelle adaptasjonen, samspelet mellom fortolking av sjukdom og handling overfor sjukdom. I dette kapittelet drøftar eg

også kritisk dei sentrale omgrepa «disease» og «illness» slik desse har vorte nytta i medisin, antropologi og sosiologi. Del II blir avslutta med ei problematisering av biomedisinsk tenking i lys av denne drøftinga, og ei skisse av korleis system- og kommunikasjonsteoretisk tenking kan vere ein alternativ diskurs. Del III gjeld terapeutiske system sett i perspektiv av drøftingane i del II. Konkret gjeld det sjamanisme og psykoterapi. Sjamanismen er verdas eldste institusjonalisering av læking, og dei eksemplariske utdraga frå antropologisk litteratur (kapittel 18) er grunnlaget for ein analyse som nettopp sannsynleggjer den terapeutiske verknaden ved å fokusere korleis meiningsystem og handlingssystem er integrert i ein kulturell epistemologi (kapittel 19). Spranget frå sjamanisme til psykoterapi er skiljet mellom det førmoderne og det moderne, mellom magi og vitenskap. Men som Wertsch (1995) peikar på har det «primitive» aldri slutta å spele ei rolle, og i staden for å studere diskontinuitet burde vi heller sjå nærare på kontinuitet mellom tidlegare og nyare former - på korleis tidlegare kulturelle mønster set seg igjennom i moderne former og psykologisk arkitektur. Om ein snur kikkerten og ikkje er nærsynt kan slike mønstre bli synlege. Sjamanismen vert såleis eit spel for drøftinga av psykoterapi. Denne blir innleidd med ei omgrepsdrøfting og ein «statusrapport» (kapittel 20) før forhistoria og røtene til denne verksemda vert gjort greie for (kapittel 21). Psykoterapien si etablering blir drøfta som eit modernitetsprosjekt, som ein del av den kulturelle evolusjonen i Europa. Dette blir gjort gjennom ei kontekstualisering av psykoanalysen som ein sekularisert epistemologi om den nye subjektiviteten (kapittel 22-23). I kapittel 24-26 er fokuset empirisk forskning på psykoterapi, og eg prøver gjennom ein systematisk og kritisk gjennomgang å vurdere kva denne empirien fortel, og drøfte dette i lys av mi eiga forteljing om placebo, læking og behandling generelt sett. Dette er igjen grunnlag for ei drøfting av den vitenskaplege legitimeringa og psykoterapien si framtid og sjølvforståing (kapittel 27). Arbeidet vert avslutta (kapittel 28) med ei oppsummering som samstundes er ei utvikling av ein teori om det eg kallar den «terapeutiske konteksten» som byggjer på mine tidlegare analysar. Denne teorien er kongruent med det forskinga på psykoterapi viser, samstundes som den er metateoretisk til ulike teoriar om behandling som verkar gjennom det mentale domenet.

## DEL I PLACEBO

### Kapittel 2

#### HISTORIA OG HISTORIER OM PLACEBO

Helse og sjukdom er av gode grunnar godt stoff i media. Med jamne mellomrom serverer pressa, ikkje minst den kulørte, sensasjonsoppslag om mirakelkurar og læking som anten ikkje let seg gjere greie for, eller vert forklart på eit vis som er spekulative sett frå vitskapen og skulemedisinen sin synsstad. Marknaden for alternative og esoteriske behandlingsformer synest å vere omfattande - sjølv i moderne samfunn med eit sterkt institusjonalisert helsestell rotfesta i ein vitskapleg medisinsk tradisjon. Og folk står fram og meiner seg hjelpete - anten vitskapen vil tru dei eller ikkje. Skulemedisinen vil i høve som ovanfor ofte ty til omgrepet *placebo* som forklaringa på uforklarleg læking; ofte underforstått at det kan vere tale om ei innbilt, ei ikkje verkeleg kurering. Skulemedisinen gjer seg ofte nytte av placebo som eit sekke-omgrep med god plass til det meste av lækjefenomen som ikkje høver inn i det biomedisinske paradigmet. Med ein viss rett kan ein legge til at sekken vert knytt godt igjen. For paradokset er at samstundes som placebo vert nytta som forklaringskategori har fenomenet i medisinsk litteratur for det meste hatt status som eit kuriøst og marginalt fenomen ein ikkje har fullgode forklaringar på. «Placebo - eit mysterium i medisinen» er døme på avisoppslag<sup>1</sup>. Framståande medisinarar står der fram og vedkjenner pasienten si tru ein viss lækjeeffekt, men altså på uforklarleg vis. Placebo er såleis døme på ei forklaring som tener som bortforklaring.

---

<sup>1</sup> Aftenposten, 01.09.90



Innan ein kvar vitkapsdisiplin vil det vere ei spenning mellom det ein vitenskapleg sett kan gjere greie for, og det som fell utanfor eller ikkje let seg inkludere i det rådande paradigmet. Vitkapssteoretikaren Kuhn (1962) viser oss ei vitkaps historie rik på døme om korleis etablerte forklaringsparadigme også kan få ein dogmatisk funksjon ved rett og slett å forvise, fortrenge og å marginalisere det som er avvikande eller impliserer ei omstøyting av rådande paradigme. Samstundes er den historiske lærdomen at nettopp i det avvikande kan kimen ligge til nye innsikter, vitenskapleg framsteg og fornying. Det som vert tydeleg i eit historisk lys, er derimot ikkje enkelt i det notidige. Skiljet mellom dogmatisme (som utifrå vitkapen sine egne normer er uvitenskapleg) og den innebygde konservatismen i vitkapen sin etikk om å halde tydeleg skiljet mellom tru og det ein kan vite, er på ingen måte enkelt. Overfor marginale fenomen oppstår det ofte ei polarisering mellom dei etterkvart ukritisk «truande» på den eine ytterfløya, og dei på mange vis like truande «vitande» på den andre. Om vi held oss til skulemedisinen, er det ikkje vanskeleg å få auge på begge desse posisjonane, både i høve til placebofenomenet og til ulike former for alternative behandling. I eit forskingsområde som er lite utvikla, møter ein både entusiastane som i sin iver etter vitenskapleg dokumentasjon overser elementære feilkjelder, og dogmatikaren som nettopp av den grunn, anten overberande eller med forakt, kastar «barnet ut med badevatnet». Litteraturen på området er difor eit vanskeleg terreng der det er turvande med kritisk navigering mellom dogmatiske bortforklaringar på den eine sida, og mytar, anekdotar og ukritiske generaliseringar på den andre. «Holisme» og «healing» har vorte moteord på alternativmarknaden framstilt slik at William James sin kommentar frå snart hundre år sidan framleis er aktuell. Han karakteriserte litteraturen om det han kalla «the mind-cure movement» på slutten av nittenhundretalet slik:

*« ..it is so moon-struck with optimism and so vaguely expressed that an academically trained intellect finds it almost impossible to read it at all.»*

(James, 1902, s. 94)

## **Medisinske anekdotar**

Konsulterer ein den meir nøkterne medisinske faglitteraturen møter ein også anekdotane - paradekasusa som nærast har vorte klassiske. Ein slik status har Norman Cousins fått, redaktør av eit framstående amerikansk tidsskrift, *The Saturday Review*, og seinare adjunkt professor ved det medisinske fakultetet, Universitetet i California. Bakgrunnen er at han i 1964 utvikla ei revmatisk lidning med aukande rørslevanskar av nakke, armar, hender, fingrar og føter. Han var hospitalisert over ei tid, og sjølv om diagnosen var noko omdiskutert, var det semje om at faren for ei kronisk utvikling var stor. Ein av dei medisinske ekspertane ga melding om at sjansane for å verte frisk var omlag ein til fem hundre, og at det var lite ein kunne gjere. Med denne budskapen tok Cousins sjølv over regien. Han flytta ut av sjukehuset, installerte seg i eit hotell, sytte for store daglege dosar av latter og godt humør, framkalla m.a. av Max Brother filmar - fast overtydd om å skulle kurere seg sjølv. Det greidde han også. No kunne dette ha vore ei kuriøs historie blant mange andre uforståelege lækjehistorier. Det spesielle med denne er at Cousins slapp til med historia si i eit velrenommert medisinsk tidsskrift, *New England Journal of Medicine* (Cousins, 1976). Dette førte til ein intens debatt i medisinske fagkrinsar med aktørar frå tidlegare omtalte ytterpunkt. Seinare fikk Cousins eit alvorleg hjarteinfarkt som han på liknande vis kurerte seg sjølv for, denne gongen under observasjon av fire hjartespesialistar (Cousins, 1983). Cousins har skreve fleire bøker og artiklar om røynslene sine med sjukdom - også frå barndomen. Ei av dei handlar om då han 6 år gamal var innlagt på eit tuberkelosesanatorium i seks månader. Han fortel:

*«What was most interesting to me about that early experience was that patients divided themselves into two groups: those who were confident they would beat back the disease and be able to resume normal lives, and those who resigned themselves to a prolonged and even fatal illness. Those of us who held to the optimistic view became good friends, involved ourselves in creative activities, and had little to do with the patients who had resigned themselves to the worst. When newcomers arrived at the hospital, we did the best to recruit them before the bleak brigade went to work.*

*I couldn't help being impressed with the fact that the boys in my group had a far higher percentage of "discharged as cured" outcomes than the kids in the other group. Even at the age of ten, I was being philosophically conditioned; I became aware of the power of the mind in overcoming disease. The lesson I learned about hope at that time played an important part in my complete recovery (as an adult) and in the feelings I have had since about preciousness of life.»*

(Cousins, 1979, s. 155)

Desse tidlege opplevingane har tydeleg gitt bidrag til Cousins livslange engasjement i spørsmål vedkomande helse og behandling. Om placebo seier han:

*«... the placebo, then, is an emissary between the will to live and the body. But the emissary is expendable. The mind can carry out its functions without the illusions of material intervention. The placebo is the doctor who resides within.»*

(Cousins, 1979, s. 69)

Eg skal ikkje her, som så mange andre har gjort, diskutere truverde eller alternative forklaringar til Cousins lækjehistorier. Poenget i denne samanhengen er vitskapsosologisk. Cousins sine sjølvbiografiske bidrag og debatten kring historia hans har vore med på å påverke vestlege behandlingssparadigme meir enn til dømes vitskapleg forskning som viser oss at det er meir mellom lege og pasient enn piller og stetoskop. Historia hans har gått verda rundt, også i norske media<sup>2</sup>, og stimulert til forsøk med «latterklinikkar» - også i nordiske land.

Ei anna historie er også velkjend. Også den fordi den dukkar opp innan vitskapssamfunnet sjølv - og vedkjem eit av dei meir dramatiske sjukdomsområda i den vestlege verda, nemleg kreft. Det er historia om mr. Wright, formidla av den kjende og velrenomerte forskar og psykolog, Bruno

---

<sup>2</sup> T.d. Aftenposten 7.11.1987

Klopfer. Klopfer var ekspert på tolking av Rorschachtestar og har skrivne eit trebinds standardverk om denne metoden. Klopfer hadde lagt fram solid dokumentasjon for at han ved hjelp av Rorschachtestar var i stand til å skilje mellom pasientar som hadde rask versus sein kreftutvikling. Mr. Wright var eit av Klopfer sine mislukka tilfelle som han i 1957 la fram for *The Society of Projective Techniques*. Originalrapporten om mr. Wright var skriven av ein av legane han hadde, dr. Phillip West. Klopfer har sjølv formidla protokollen i utdrag, og eg let han sjølv fortelje:

*«Mr. Wright had a generalized far advanced malignancy involving the lymph nodes, lymphosarcoma. Eventually the day came when he developed resistance to all known palliative treatments. Also, his increasing anemia precluded any intensive efforts with X-rays or nitrogen mustard, which might otherwise have been attempted. Huge tumor masses the size of oranges were in the neck, axillas groin, chest and abdomen. The spleen and liver were enormous. The thoracic duct was obstructed, and between 1 and 2 liters of milky fluid had to be drawn from his chest every other day he was taking oxygen by mask frequently, and our impression was that he was in a terminal state, untreatable, other than to give sedatives to ease him on his way.*

*In spite of all this, mr. Wright was not without hope, even though his doctors most certainly were. The reason for this was that the new drug that he had expected to come along and save the day had already been reported in the newspaper. Its name was "Krebiozen" (subsequently shown to be a useless, inert preparation).*

*Then he heard in some way that our clinic was to be one of a hundred places chosen by The Medical Association for evaluation of this treatment. We were allotted supplies of the drug sufficient for treating 12 selected cases. Mr. Wright was not considered eligible, since one stipulation was that the patient must not only be beyond the point where standard therapies could benefit, but also must have a life expectancy of at least three, and preferably six, months. He certainly didn't qualify on the latter point, and to give him a prognosis of more than two weeks seemed to be stretching things.*

*However, a few days later, the drug arrived, and we began setting up our testing program which, of course, did not include Mr. Wright. When he heard we were going to begin treatment with Krebiozen, his enthusiasm knew no bounds, and as much as I tried to dissuade him, he begged so hard for this "golden opportunity", that against my better judgment, and against the rules of the Krebiozen committee, I decided I would have to include him.*

*Injections were to be given three times weekly, and I remember he received his first one on a Friday. I didn't see him again until Monday and thought as I came to the hospital he might be moribund or dead by that time, and his supply of the drug could then be transferred to another case.*

*What a surprise was in store for me! I had left him febrile, gasping for air, completely bedridden. Now, here he was, walking around the ward, chatting happily with the nurses, and spreading his message of good cheer to any who would listen. Immediately I hastened to see the others who had received their first injections at the same time. No change, or change for the worse, was noted. Only in Mr. Wright was there brilliant improvement. The tumor masses had melted like snowballs on a hot stove, and in only these few days, they were half their original size! This is, of course, far more rapid regression than the most radio-sensitive tumor could display under heavy X-ray given every day. And we already knew his tumor was no longer sensitive to irradiation. Also, he had no other treatment outside of the single useless "shot".*

*This phenomenon demanded an explanation, but not only that, it almost insisted that we open our minds to learn, rather than try to explain. So, the injections were given three times weekly as planned, much to the joy of the patient, but much to our bewilderment. Within 10 days Mr. Wright was able to be discharged from his "death-bed", practically all signs of his disease having vanished in this short time. Incredible as it sounds, this "terminal" patient, gasping his last breath through an oxygen mask, was now not only breathing normally, and fully active, he took off in his plane and flew at 12,000 feet with no discomfort!*

*This unbelievable situation occurred at the beginning of the "Krebiozen" evaluation, but within two months, conflicting reports began to*

*appear in the news, all of the testing clinics reporting no results. At the same time, the originators of the treatment were still blindly contradicting the discouraging facts that were beginning to emerge.*

*This disturbed mr. Wright considerably as the weeks wore on. Although he had special training, he was, at times, reasonably logical and scientific in his thinking. He began to lose faith in his last hope which so far had been life-saving and left nothing to be desired. As the reported results became increasingly dismal, his faith waned, and after two months of practically perfect health, he relapsed to his original state, and became very gloomy and miserable.*

*But there I saw the opportunity to **double-check** the drug and maybe, too, find out how the quacks can accomplish the results that they claim (and many of their claims are well substantiated). Knowing something of my patients innate optimism by this time, I deliberately took advantage of him. This was for purely scientific reasons, in order to perform the perfect control experiment which could answer all the perplexing questions he had brought up. Furthermore, this scheme could not harm him in any way, I felt sure, and there was nothing I knew anyway that could help him.*

*When mr. Wright had all but given up in despair with the recrudescence of his disease, in spite of the "wonder-drug" which had worked so well at first, I decided to take the chance and play the quack. So deliberately lying, I told him not to believe what he read in the papers, the drug was really most promising after all. "What then", he asked, "was the reason for his relapse?" "Just because the substance deteriorated on standing", I replied, "a new superrefined, double-strength product is due to arrive tomorrow which can more than reproduce the great benefits derived from the original injections."*

*This news came as a great revelation to him, and mr. Wright, as ill as he was, became his optimistic self again, eager to start over. By delaying a couple of days before the "shipment" arrived, his anticipation of salvation had reached a tremendous pitch. When I announced that the new series of injections was about to begin, he was almost ecstatic and his faith was very strong.*

*With much fanfare, and putting on quite an act (which I deemed permissible under the circumstances), I administered the first injections of the doubly potent, **fresh** preparation - consisting of **fresh water** and nothing more. The result of this experiment were quite unbelievable of the remotely possible outcome to have even attempted it at all.*

*Recovery from his second near-terminal state was even more dramatic than the first. Tumor masses melted, chest fluid vanished, he became ambulatory, and even went back to flying again. At this time he was certainly the picture of health. The water injections were continued, since they worked such wonders. He then remained symptom free for over two months. At this time the final AMA announcement appeared in the press - "nationwide tests show Krebiozen to be a worthless drug in treatment of cancer."*

*Within a few days of this report, mr. Wright was readmitted to the hospital **in extremis**. His faith was now gone, his last hope vanished, and he succumbed in less than two days."*

(Klopfer, 1957, s. 337-339)

Takka vere Bruno Klopfer sin status i vitenskapssamfunnet vekte historia om mr. Wright stor oppsikt. Den er framleis levande og har nærast fått ein mytologisk status. Like mykje som den har vorte misbrukt og utnytta av opponentar til rådande biomedisinsk skulemedisin, har forsvararar av dette paradigmet vore avvisande på prinsipielt grunnlag. Spiro (1986) viser til, og med rette, at det ikkje ligg føre ein vitenskapleg rapport. Der er ingen objektive data i historia utanom andrehands vitnemål frå ein lege som dessutan er ukjend. Sjølv sagt kan ein tru på at pasienten reint subjektivt opplevde ein betra tilstand, seier Spiro, men at sjukdomen reint faktisk, på cellenivå, vart påverka er det ingen dokumentasjon for anna enn det som kan vere legen si entusiastiske overfortolking. Spiro, som er professor i medisin ved *Yale Medical School* og ein internasjonal kjend forskar og indremedisinar, er elles open for at placebofenomenet impliserer ei utviding av det biomedisinske paradigmet, eit paradigme som i si konservative form ikkje inkluderer psykisk kausalitet. Men han seier på eit vis «hit, men ikkje lenger». Placebo er ein effekt på den subjektive opplevinga av sjukdom (illness) og kan difor påverke fysiologiske

variablar som er relevante for mellom anna smerteoppleving, men kan ikkje ha innverknad på sjølve sjukdomen (disease) som cellestruktur (Spiro, 1986)<sup>3</sup>. Det kan vel vere at Spiro har rett i tilfellet mr. Wright. Slik eg les han finn eg det likevel interessant at hovudargumentet som ligg under er paradigmatisk: ein psykisk verknad på cellenivå er umuleg - difor må vitnemål om dette avvisast.

### **Spontan remisjon**

Ei anna forklaring, som også Spiro viser til, og som også i mange andre høve vert nytta alternativt til placebo, er *spontan remisjon*<sup>4</sup>. Dette er ein merkelapp ein nyttar når sjukdomar av ukjende grunnar går over «av seg sjølv». Det er dokumentert at dette også kan vere tilfelle med alvorlege krefttilstandar (Everson og Cole, 1966). Eit poeng i denne samanhengen er at spontan remisjon berre er ein merkelapp på eit empirisk fenomen ein ikkje har noko fullgod teoretisk forklaring på. Likevel vert uttrykket, til liks med placebo, nytta som ein forklaringskategori - altså at ein forvekslar klassifisering med forklaring. Sjølv om ein kan nytte placebo og spontan remisjon som to ulike deskriptive kategoriar, kan ein ikkje à priori gå ut i frå at det som går føre seg ved placebo og spontan-remisjon er prinsipielt ulike mekanismar.

No kan ein også godta historia om mr. Wright, men samstundes argumentere med at ein her stod overfor ein svært spesiell person og at ein difor ikkje kan generalisere noko frå den. Frå ein paradigmatisk synsstad er det likevel ikkje avgjerande at mr. Wright var eit særtilfelle. Heller ikkje om psykiske verknadsmekanismar på kreftceller kan ha noko avgjerande å seie for behandling. Det avgjerande i fyrste omgang er kor vidt slik innverknad i det heile teke er muleg. For over 30 år sidan, då historia vart presentert, var dette ein umuleg tanke innan konvensjonell biomedisin. I dag, og i dei aller siste åra, har det vakse fram eit nytt forskingsområde, *psykoimmunologi*, som ser ut til å vere eit godt stykke på veg i å vise at det umulege kanskje er muleg likevel. I så

---

<sup>3</sup> Omgrepa «illness» og disease» vert grundig drøfta i kapittel 16.

<sup>4</sup> Det er etablert ein database med 3.600 dokumenterte tilfelle av sjukdomsbetring utan medisinsk forklaring ved Universitetet i California, San Fransisco Medical School (Pelletier & Hertzling, 1989).



fall ber denne forskinga i seg ein paradigmatisk revolusjon. Eg skal kome attende til dette seinare.

Men uavhengig av denne forskinga, som vil vere ukjend for dei fleste, har historia om Norman Cousins, mr. Wright og andre kliniske vitnesbyrd gradvis påverka behandlingssideologien også når det gjeld kreftpasientar. Avantgarde-klinikkar har teke i bruk miljøstimulering, psykoterapi og krea(k)tive tilbod som nye innfallsvinklar i behandlingssopplegga. Om ein ikkje heilt veit kvifor og korleis, kan ein i allfall kunne hevde at det neppe kan skade å mobilisere pasienten sine psykiske ressursar i kampen mot sjukdomen<sup>5</sup>.

Eg har valt å innleie med desse historiene som døme på fenomen som i kliniske samanhengar vert klassifisert under omgrepet *placebo* - døme som også illustrerer det vi kan kalle ein placebomytologi. I framhaldet skal vi ta føre oss placeboforskning, i hovudsak vitskaplege tilnærmingar til fenomenet i seg sjølv (som den avhengige variabelen) og ikkje berre som feilkjelde i kontrollerte forsøk. Etter å ha jakta på slike vitskaplege tilnærmingar er det ikkje vanskeleg å slutte seg til Sean O`Connell sitt hjartesukk i ei oppsummering:

*«Although the placebo`s power has been persistently at work for thousands of years, its remarkable properties have been relegated to a marginal status: it has been variously regarded with amusement, annoyance, incredulity, or indifference. Few have been mystified and intrigued by it, even fewer have divined its theoretical significance.»*

(O`Connell, 1983, s. 337)

Siktemålet er å bidra til noko av det O`Connell etterlyser. Men, som eg tidlegare har gjort greie for, går analysen av placebo inn i ein meir omfattande ambisjon som gjeld «psykologiske mekanismar» ved terapi og behandling generelt sett. I vår kulturkrets er prototypen, eller den kulturelle referanseramma for behandling av sjukdom og liding, den institusjonaliserte

---

<sup>5</sup> Radiumhospitalet si avdeling på Mesnalia er eit norsk døme på dette.

skulemedisinen forankra i det som til ei kvar tid er den aksepterte vitskap om kroppen som objekt. Men behandling og læking har sjølvstøtt ei historie, ei førvitskapleg historie gjennom årtusen. Uttrykket *placebo*, i tillegg til å handle om fenomen som er interessante i seg sjølv, har også tent til å marginalisere og fortrenge medisinen sin førvitskaplege barndom - og kan hende også noko av visdomen. For før medisinen vart vitskap var den på sist beste også lækjekunst, ein kunst som er muleg gjennom placebo. Som medisinen har si historie, har også omgrepet placebo si eiga historie. Det har ikkje alltid høyrte medisinen til. Det skal vi no sjå nærare på.

### **Historia om omgrepet placebo**

Det er eit interessant apropos til medisinen og lækjekunsten sine røter i religiøse rite at vi må til skrifter om slike for å finne det etymologiske opphavet til ordet *placebo*. I følgje Oxford English Dictionary (1971) vart uttrykket først nytta i kyrkjelege samanhengar som namnet på ei romersk-katolsk bøn ved gravferder. Grunnen var at den fyrste strofa i ein vekselsong ved slike seremoniar byrja med det latinske «*placebo*» (*Placebo Domino in regione vivorum.*) Direkte omsett tyder ordet «eg vil behage». I følgje same kjeldeverk skuldast dette eigentleg ei feil omsetjing i ein tidleg bibelversjon. Å syngje bøner ved gravferder var også ein måte å tene til brødet på, men ikkje særleg omtykt. «*He earned a miserable livelihood... by singing placebos and diriges*», er eit sitat som illustrerer samanhengar ordet vart nytta i. Det fekk difor etterkvart negative konnotasjonar. På 1300-talet finn vi i følgje Berg (1983) ordet nytta synonymt med uttrykk om personar som dreiv angiveri, pengeutpressing eller som utnytta andre med list og smiger. I følgje Shapiro (1964), som har etterrøkt den historiske bruken av uttrykket, dukkar det i medisinske samanhengar fyrste gong opp i 1785 med den nokså omfattande tydinga «*commonplace method or medicine*». I 1811 finn vi i Hoopers Medical Dictionary ei noko meir avgrensa tyding: «*all medicine prescribed more to please the patient than for its effectiveness*». Dette ser ut til å vere utgangspunktet for uttrykket i medisinsk nomenklatur. I seinare definisjonar vart det klårare understreka at placebo var noko «utan verknad» - ei utvikling som Shapiro (1964) finn fell saman med utviklinga av den vitskaplege

medisinen i samtida. Frå eit vitenskapleg perspektiv kan ein med denne tydinga nokså trygt karakterisere mesteparten av den førvitskaplege medisinen som placebo, til dømes Galen si liste over 820 genuine lækjemiddel. Men også innan den vitenskaplege medisinen har nyare forskning vist, og vil truleg framleis vise, at mange medikament og behandlingar er placebo i den tyding at dei er farmakologisk og klinisk irrelevante i den medisinske samanhengen dei vert nytta. Kva som reint faktisk vert karakterisert som placebo er difor skiftande, og må sjåast i ein historisk samanheng.

Ein bruksmåte i nemnde tyding var vanleg heilt fram til 1950-talet. Placebo vart sett på som ein ingrediens i lækjekunsten der ein i mangel på boteråder med kjend verknad gjorde noko som i det minste var til pasienten sitt «behag». Det ein i ettertid kan undre seg over er at ein i litteraturen omtrent ikkje finn refleksjonar over *korleis* placebo verka, eller at det vart stilt spørsmål om kor vidt såkalla spesifikke medikament og behandlingar kanskje også var placebo. Dette trass i at det alt i 1909 vart skrive ei mykje sitert avhandling om dei etiske sidene ved bruk av placebo<sup>6</sup>. Det kan nesten sjå ut som at ein ikkje såg, eller aktivt fortrengde, at det ein berre gjorde til pasienten sitt «behag», også kunne ha ein reint faktisk verknad på pasienten sin tilstand.

### **Frå feilkjelde til lækking**

Ei vedgåing av placebo som noko som kunne lækje i seg sjølv dukka opp i ein vitenskapleg samanheng først i 1945, i ein liten artikkel i *American Journal of Pharmacology*, skriven av Perry Pepper (1945). Frå då av skjer det ein nokså brå auke i publisering av arbeid med relevans for placebofenomenet. Dette skuldast utviklinga av farmakologien på denne tida og vitenskapleg testing av nye medikament. Placebo vart i den samanheng eit uttrykk for «baseline» eller eksperimentell kontroll for reelle farmakologiske effektar. For forskarane vart placebo difor synonymt med feilkjelde, og dei negative konnotasjonane opprettheld på eit vis fenomenet sin marginale status i vitenskapelege samanhengar.

---

<sup>6</sup> Cabot, R.C. (1909): *Social service and the art of healing*. New York: Moffat. (Omtala i Berg, 1983).

Vendepunktet kom i følge Stewart Wolf (1977) gjennom konferansen *The Cornell Conferences on Therapy* i 1946. Der vart det lagt fram og drøfta fleire døme på fysiologiske endringar som skuldast placebo - mellom anna kasuset *Tom* der ein indresekretoriske placeboeffekt for fyrste gong var dokumentert med objektive mål. Noko seinare publiserte Lasagna (1955) forskning som viste at saltvatn (farmakologisk uverksam), etter to injeksjonar, ga 69 prosent smertelindring samanlikna med morfin. Dette er ein av dei første publiserte studiane som vekte paradigmatisk oppsikt og debatt. Det stimulerte og initierte forskning på placebofenomenet i seg sjølv, og førte etterkvart til ein bruksmåte av omgrepet utover statusen som feilkjelde. Beecher (1955) sin oversynsartikkel påskunda også denne utviklinga. I ei oppsummering av 15 dobbel blind studiar som omhandla smertep placebo og involverte 1082 pasientar, finn han ein verknad av placebo i gjennomsnitt på ca. 35 prosent. Eit interessant poeng er at 20 år seinare kjem Evans (1974) til same resultat etter å ha gått gjennom 11 liknande studiar der 908 pasientar var involvert. Når det gjeld bruk av placebo oppsummerte Beecher sine observasjonar på følgjande vis:

*«...as a psychological instrument in the therapy of certain ailments arising out of mental illness, as a resource of the harassed doctor in dealing with neurotic patients to determine the true effect of drugs apart from suggestion, in experimental work, as a device for eliminating bias not only on the part of the patients but also, when used as an unknown, of the observer, and, finally, as a tool of importance in the study of mechanism of drug action.»*

(Beecher, 1955, s. 1604)

I det komande tiåret vart det i stigande grad gjort synleg i den vitenskaplege litteraturen at placebo var eit reelt fenomen (Phil og Altman, 1971). Shapiro (1960) fann fleire publiserte artiklar som omhandlar placebo i åra frå 1954 til 1957 enn i dei femti åra før denne perioden. Av andre relevante oversynsarbeid og bibliografiar kan det visast til Haas, Fink og Hartfelder (1959); Shapiro

(1968); Turner, Gallimore og Fox-Henning (1980)<sup>7</sup> ; Buckalew (1969); Buckalew og Ross (1981); og Ross og Buckalew (1983).

### **Haldningar til placebo**

I eit historisk perspektiv er forskinga med relevans for placebofenomenet svært lite eintydig. Det gjeld både bruken av omgrepet, metodisk og teoretisk tilnærming, og tolking av resultatata. Det er difor vanskeleg å snakke om placeboforskning i ei tyding som inneber eit samlande perspektiv med akkumulert innsikt. Bortsett frå ein overtydande dokumentasjon av at placebo har effektar, også på ulike somatiske variablar, er det framleis liten konsensus om både omgrepsbruk, teoretiske forklaringar og implikasjonar av fenomenet. Frå ein medisinsk sosiolog kjem denne karakteristikken:

*«Medicine has dealt with the placebo effect in the only way its paradigm logically permits - exclusion. To accept the implications of the placebo effect would be to challenge the claims to truth of **all** medical knowledge: it would necessitate a paradigmatic revolution of untold proportions.»*

(Price, 1984, s. 69)

Price gir også ei treffande oppsummering av dei ulike haldningane til placebo ein kan støyte på i den medisinske litteraturen:

*« i) it is ignored, or attributed to quackery, or held not to belong in orthodox medicine, or regarded as a "nuisance variable", the medical equivalent to the Hawthorne effect, intruding into "real" therapeutics; ii) it is acknowledged, but regarded as a phenomenon located in the deviant psychology of certain individuals and as such outside the remit of somatic medicine and therefore uninteresting; iii) it has been recognized as a powerful therapeutic tool, but one whose use by doctors is precluded by medical ethics; iv) it has been recognized as a powerful therapeutic tool which, with a little redefinition, can be usefully incorporated into medical practice.»*

(Price, 1984, s. 69)

---

<sup>7</sup> Bibliografi med ca. 1000 referansar.

I analysen sin konkluderer Price med at fenomenet placebo gir eit påtrengande vitnemål om at medisin og medisinsk praksis må sjåast sosialvitskapleg og ikkje naturvitskapleg. Dette er ein posisjon eg sjølv vil argumentere for seinare. Men Price har eit problem som ikkje er uvanleg i samfunnsvitskaplege tilnærmingar. Ved å distansere seg frå naturvitskapen distanserer ein seg også frå kroppen som natur, og dreg dermed på seg polarisering natur *eller* kultur. Poenget må ver at naturvitskapen si forteljing om kroppen som objekt må kunne verte inkludert i eit perspektiv om kroppen som subjekt i ein sosial og kulturell kontekst. Placebofenomenet kan vise seg som ein viktig nøkkel til å skjone meir av samvirket mellom det kulturelle og det sosiale på den eine sida, og det mentale og kroppslege på den andre sida. Og dette kan igjen vise seg å vere viktig lækjedom til ein nokså splintra epistemologi representert ved dei ulike vitenskapar og disiplinar om menneskebehandling. Ein teori om behandlinga sitt vesen må gå bak *behandlingane* sine framtreidingsformer, og inkludere perspektiv om det kroppslege så vel som det kulturelle. Perspektivet mitt er difor metateoretisk. Og frå ein meir praktisk synsstad, trur eg Jay Katz vil kunne få rett i følgjande:

*«If placebos were to be acknowledged as effective in their own right, it would expose large gaps in medicine`s and doctor`s knowledge about underlying mechanisms of care and relief from suffering».*

(Katz, 1984, s. 191)

### **Ein førebels definisjon**

Eg skal seinare drøfte definisjonar av placebo meir inngåande. Før vi ser nærare på noko av den empirien som ligg føre, treng vi likevel ei avklaring. I den moderne litteraturen på området ser det ut til at Shapiro og Morris sitt bidrag har fått status som «standard definisjon». Shapiro vert rekna som ein av dei fremste autoritetar på placebo, og har sjølv arbeidd seg gjennom ei myriade av ulike definisjonar utan å finne særleg stor semje mellom leksiografar, historikarar, klinikarar og forskarar. Etter ein del revisjonar kom han fram til ein definisjon han hevdar inkluderer både historiske og hevrstiske omsyn:

*«A placebo is defined as any therapy or component of therapy that is deliberately used for its non-specific, psychological or psychophysiological effect, or that is used for its presumed specific effect, but is without specific activity for the condition being treated.»*

(Shapiro & Morris, 1978, s. 371)

## Kapittel 3

### VERKNADER AV PLACEBO

Etterkvart har vitenskaplege studiar som på ulikt vis har gjort fenomenet placebo synleg vorte omfattande. Det er av ulike grunnar likevel ikkje like lett å vurdere ein del av denne forskinga. For det første vert det ikkje alltid gjort tydeleg kva slags målemetodar ein har nytta på placebo som avhengig variabel. Dette gjeld til dømes mange av dei studiane som omhandlar smertereduksjon. Smerte er i seg sjølv ein svært subjektiv kategori som det er problematisk å operasjonalisere i form av objektive fysiologiske mål. Det vanlege målet er difor ulike former for subjektiv rapportering. Sjølv om dette er relevant nok, etterlet det ein mangel på presisjon der det er uklårt kor vidt endringane ein har demonstrert også gjeld endringar i fysiologiske variablar. Etterkvart har ein i omgrepsbruk freista å sonde mellom dette ved å skilje mellom *placeborespons* og *placeboeffekt* der sistnemnde ofte, men ikkje alltid, vert nytta synonymt med ein objektiv målbar effekt.

#### Dobbel blind

Svært mykje av dokumentasjonen av placeboeffektar kjem frå farmakologisk utprøving av medikament. Vanleg metodisk oppsett er i denne samanhengen såkalla dobbel blind kontroll. Det vil seie at kven som får placebo og kven som får eit verksamt medikament er ukjent både for forsøkspersonen og forskaren. Medan siktemålet i slike studiar er å dokumentere ein spesifikk effekt, kan andre studiar vere motiverte utifrå hypotesar om å påvise placeboeffektar. Det kan tenkjast at mulege eksperiment-effektar kan ha ulike implikasjonar avhengig av desse siktemåla. Som Ross og Buckalew (1983) har peika på, kan ein innan dobbel blind design på ingen måte snakke om ein *standard metode*. Mellom anna finn dei i sin



gjennomgang ei svært uklår rapportering om prosedyrar og innhald av verbale instruksjonar.

Eit anna moment som må nemnast er at eit laboratorieeksperiment med friske forsøkspersonar betalt for å ta del i eit forskingsprosjekt er ein anna kontekst ulik reell behandling av sjuke personar. I kliniske situasjonar vil det alltid vere ein større fare for både underestimering og overestimering av placebo. Også ein klinisk situasjon som gjeld utprøving av medikament er ulik ein vanleg klinisk situasjon på den måten at legen vil vere meir nøytral og standardisert i føreskriving av medikamentet. Det er difor ein rimeleg hypotese at vanlege kliniske situasjonar vil innehalde fleire placebostimulerande element om legen er normalt entusiastisk til behandlinga som vert gjeven. Når det gjeld smertelindring av placebo, finn ein forskning som indikerer at om smerte har ein reell patologisk bakgrunn, vil effekten i kliniske samanhengar kunne vere opptil ti gongar effekten ved eksperimentelt induisert smerte (Mechanic, 1966).

Kroppen har ei eiga evne til læking, og mange sjukdomar vil gjennom ein kjend syklus kunne gå tilbake av seg sjølv utan spesielle terapeutiske tiltak. Som nemnt nyttar ein merkelappen spontan remisjon om spesialtilfelle av dette: nemleg når slik betring skjer uventa i den tyding at den ikkje samsvarar med prediksjonen utifrå rådande medisinsk kunnskap. I kliniske samanhengar vil terapeutiske tiltak kunne vere gratispassasjer på slike effektar. Spiro (1986) finn grunn til å differensiere mellom spontan remisjon og placebo - og hevdar at betring forklart som sistnemnde ofte kan vere ei forveksling med førstnemnde. Ein kommentar til dette synet er at både placebo og spontan remisjon kan vere ulike uttrykk for det vi kan kalle sjølvregulerande prosessar, og at skilnaden først og fremst er uttrykk for at ved placebo kan effekten av slik regulering attribuerast til variablar ved behandlingssituasjonen, medan spontan remisjon opptreer uavhengig av behandling og difor av ukjend årsak.

Med desse momenta i mente, skal vi difor med ei viss varsemd fyrst sjå litt på ulike døme på verknader av placebo, og seinare drøfte ein del av empirien som gjeld ulike klasser av uavhengige variablar.

## **Klassiske studiar**

Nokre av dei fyrste objektivt målte eksperimentelle placeboeffektar galdt sekresjon frå mage-tarm systemet (sjå t.d. Wolf, 1977). Det er difor ikkje underleg at det har vist seg svært lett å kunne påverka magesår (duodenal og peptic ulcers) med placebo i kontrollerte kliniske utprøvingar av medikament. Det er relativt vanleg i slike utprøvingar at i løpet av ein periode på seks veker vil 50-60 prosent av tilfella vise placebobetring, medan det spesifikke medikamentet står for ca. 70 prosent. Ein slik skilnad vil kunne vere tilstrekkeleg for å demonstrere spesifikk effekt av medikamentet. Sidan det ofte vil være føremålet, finn ein i liten grad ei eksplisitt drøfting av den etter måten store insidensen av placebo. Sjølv om ulike tilstandar for magesår såleis kan reknast som svært følsame for placebo, varierer rapporterte placeboeffektar frå kontrollerte kliniske utprøvingar i ulike land svært mykje. I følgje Spiro (1986, s. 17) er det vist til 50-60 prosent i USA, 20 prosent i England og 70 prosent i Sveits. At denne variasjonen kan vere vanskeleg å gjere greie for, og at placeboeffektar er vanskeleg å predikere, viser ein interessant studie frå England. Same medikament vart der testa ut med eksakt same metodiske oppsett og prosedyre på to ulike sjukehus. Placeboinsidensen viste seg å vere 73 prosent ved det eine sjukehuset og 43 prosent ved det andre, utan at forskarane kunne finne noko plausibel forklaring (MacDonald et. al, 1980). Som vi skal sjå seinare kan dette truleg forklarast ved at ikkje tilsikta ulikskapar i konteksten kan ha indusert ulike forventningar om effekt.

At induserte forventningar også kan motvirke ein forventa spesifikk verknad vart fyrste gong demonstrert av Wolf (1950) gjennom fleire studiar av eit brekkrotpreparat (ipecac) sin verknad på gastriske funksjonar. Middelet hadde ein klar effekt på magen sin motoriske aktivitet og kunne framkalle kvalme og oppkast. Ei gruppe forsøkspersonar med kvalme og oppkast vart deretter gitt middelet i same dose som ved utprøving, men med den informasjon at dette var eit nytt medikament som ville motvirke plagene deira. Innan 15 minutt skjedde nettopp dette, både subjektivt rapportert og målt ved motorisk mageaktivitet. Induserte forventningar om at eit eigentleg verksamt medikament er utan verknad (placebo) har dessutan vist seg å hemme den farmakologisk forventa verknaden (Gammer og Allen, sitert i Jospe, 1978 s. 12).

I faglege artiklar om placebo vil det svært ofte innleiingsvis vere ei oppstilling av ulike tilstandar (t.d. sjukdomar) eller fysiologiske variablar som har vist placeboeffekt. Det er ikkje uvanleg at den ser ut som denne, henta frå *Concise Encyclopedia of Psychology*:

*«The placebo response has been documented in pharmacological studies related to adrenal gland secretion, angina pain, blood cell counts, blood pressure, cold vaccine, common cold, cough reflex, fever, gastric secretion/motility, headache, insomnia, measles vaccine, oral contraceptives, pain, pupil dilation/constriction, rheumatoid arthritis, vasomotor function, and so on».*

(Corsini, 1987 s. 856).

Andre oppstillingar inneheld i tillegg effekt på blodsukker i diabetes, patologisk angst og depresjon (t.d. Bourne, 1971). I sekundærlitteratur er ofte Beecher (1955) si oppstilling frå 1955 meir eller mindre korrekt gjengitt. Spiro (1986) hevdar at mange av desse tidlege studiane av metodiske grunnar er inkonklusive, og at det stort sett berre er psykofysiologiske effektar som er tilstrekkeleg dokumentert med objektive mål. Rossi (1986) finn derimot overbevisande grunnar til å konkludere med at det i tillegg er demonstrert effekt av placebo som impliserer både det endokrine systemet og immunsystemet. Ross og Buckalew (1983) har gått grundigare til verket og tatt for seg publiserte studiar etter 1960 og lagt strenge metodiske kriterium til grunn. Av fysiologisk målte effektar finn dei dokumentasjon for blodtrykk/puls, bronkiekonstriksjon, angina-smerte, muskelsmerte, fødsel- og post-partum smerte, smertetoleranse generelt og endring av smerteterskel, motorisk mageaktivitet, magesmerte, GSR, søvnstadium, innsovning og søvnlengd. Usemja ovanfor er eit uttrykk for ulike oppfatningar av kor haldbar empirien som ligg føre om placebo er. Men kva slags biologiske parameter placebo verkar på er også eit spørsmål om kva ein oppfattar som teoretisk muleg når det gjeld psyke-soma interaksjon. Eg kjem attende til den diskusjonen.

## Nocebo

Men placebo gir ikkje berre verknad - også biverknader er påvist. Jospe (1978) har foreslått å nytte omgrepet *nocebo* (latin for «eg vil skade») for biverknader og negative verknader. Eit av dei fyrste døma på det finn vi hos Wolf (1954). Studien galdt utprøving av det roande medikamentet Tolserol på 31 pasientar ved eit sjukehus i New York. Pasientane leid av ulike plager der symptoma angst og spenningstilstandar dominerte. Medikamentet vart testa med dobbel blind prosedyre der pasientane var sin eigen kontroll. Observasjonsintervalla var to veker. Effektiviteten av medikamentet interesserer ikkje i denne samanhengen, men det at tre pasientar viste klåre toksiske reaksjonar på placebo. Ein utvikla alvorlege hudutslett som vart borte straks inntaket av placebo vart stoppa. Ein annan reagerte med kvalme, avkrefting og skjelveaksjonar ca. 15 minutt etter kvar dose. Den tredje reagerte med magesmerter, diare og leppeødem innan 10 minutt etter pilleinntaket.

Pincus (1966) rapporterer om eit eksperiment der to grupper kvinner fikk p-pillen Enovid. Berre den eine gruppa vart informert om biverknader som kunne oppstå: kvalme, svimling og hovudverk. Ei tredje gruppe fikk placebopille<sup>1</sup>, men vart og informert om dei same biverknadane. Skalering av biverknader viste omlag same omfang i dei to gruppene som hadde fått informasjon om dette, uavhengig av placebo eller Enovid. Der er mulige feilkjelder i denne studien som det ikkje er kontrollert for, mellom anna informasjon som forsøkspersonane kunne ha hatt om biverknader generelt ved p-piller. I alle høve er biverknader rapportert i ei rekkje andre samanhengar (Wolf, 1977; Beecher, 1955;) og samsvarar stort sett med dei biverknader ein finn for det verkelege medikamentet (Green, 1964; Pogge, 1963; Shapiro og Morris, 1978). Spiro (1986) rår likevel til ein viss skepsis i høve til ein del av desse studiane, då ein del av dei symptoma som viste seg alt kunne ha vore til stades, og berre ha blitt forsterka ved fokuseringa på dei som ein konsekvens av medikasjonen. Green (1964) viser også til placebotilfelle der symptom som har fått merkelappen «biverknad» eigentleg er symptom ved lidinga som vert behandla. At placebo er «mektig» nok til også å kunne skape biverknader står

---

<sup>1</sup> Denne gruppa vart beden om samstundes å fortsette med å nytte den mekaniske prevensjon dei alt nytta.

likevel til truande sidan det også er vist at ein placeboinstruksjon kan gi verknad i motsett retning av den farmakologiske verknaden. Lysterly et al. (1964) viste dette i eksperiment med både amfetamin og klorhydrat gitt i små dosar. Amfetamin virka sløvande og klorhydrat oppkvikkande når forsøkspersonane vart gitt forventningar om slike verknader, altså motsett av dei farmakologiske verknadane.

### **Omvendt placeboeffekt**

Kan placebo vere skadeleg? Ein del studiar rapporterer om ein viss del pasientar som har blitt dårlegare av placebobehandlinga (Shapiro og Morris, 1978; Wolf og Pinsky, 1954; Rickels et al., 1964 og 1965). I litteraturen har dette også blitt omtala som *omvendt placeboeffekt* (reverse placebo effect) - at ein i staden for forventa symptombetring får ei forverring eller intensivering av symptoma. Ross og Olson (1981) har gått kritisk gjennom kliniske studiar som rapporterer om dette og finn, om ein legg strenge metodiske kriterium til grunn, at den empiriske dokumentasjonen av denne effekten i kliniske samanhengar er heller mager. Derimot har effekten vorte demonstrert i eksperimentelle samanhengar. Mest kjent (og omdiskutert) er ein studie frå sosialpsykologien av Storm og Nisbett (1970) som galdt pasientar med søvnproblem. Dei baserte designet for forskinga si på teoretiske resonnement utleia frå attribusjonsteori, og frå tidlegare forskning av Schachter og kollegaer (Schachter og Singer, 1962; Schachter, 1964 og Nisbett og Schachter, 1966). Denne forskinga har blitt tatt til inntekt for ein sosialpsykologisk teori om emosjonar; at opplevde emosjonane er fortolka fysiologisk aktivering og at den sosiale konteksten er avgjerande for kva meining som vert tillagt den fysiologiske aktiveringa, og formar dermed den emosjonelle opplevinga. Det bør nemnast at dette er ein omstridd teori, og eksperimenta den er utleia frå har ikkje vore kurrante å replikere (Eiser, 1980; Manstead og Wagner, 1981). I alle høve har teorien funne klangbotn innan attribusjonsteori.

I eksperimenta som er vist til finn ein at forsøkspersonar rapporterer mindre grad av emosjonalitet når symptoma på aktivering blir attribuert til emosjonelt nøytrale stimuli framfor emosjonelt relevante eksterne årsaker. Storm og Nisbett la til grunn det synspunktet at emosjonalitet og aktivering ved leggetid interfererer med innsovning. Det kunne difor tenkjast at vanskane med å sove kunne lettast om

personen fikk placebo med informasjon om at den ville skape aktivering. Den aktiveringa som hemma søvnen kunne såleis atribuerast til placebopillen. Utifrå same logikk spekulerte dei over kor vidt ein relakserande placebo kunne forsterke vanskane med søvnen. Personar som på dette viset feilaktig trudde dei var påverka av avslappande medikament, kunne så fortolke aktiveringa si på ein meir emosjonelt lada og aktiverande måte - til dømes «når ikkje eingong sovemedisinen verkar på meg, må det vere verre fatt enn eg trudde». Som lesaren vil skjønne vart hypotesane stadfesta. Eksperimentet har vore omdiskutert og fleire forsøk på replikasjons har vore mislukka (Kellog og Baron, 1975; Bootzin et al., 1976), og sameleis forsøk på å gjere seg nytte av teknikken til å modifisere tale-angst (Singerman et al., 1976) og røykeatferd (Chambliss og Murray, 1979).

Effekten som Storm og Nisbett (1970) fann er likevel konsistent med mange andre eksperiment i sosialpsykologien som ikkje eksplisitt har retta seg mot placebo. Harvey og Weary (1981) forsvarer difor det teoretiske grunnlaget Storm og Nisbett bygger på. Dei teoretiske implikasjonane er interessante, og har difor vore ein innfallsvinkel til eit teoretisk perspektiv på placebofenomenet som bygger på attribusjonsteori (Ross og Olson, 1981). Det kjem eg attende til. Men vi kan i det minste her peike på ein brest i Storm og Nisbett sitt resonnement, nemleg føresetnaden om at placebo ikkje har nokon reell (fysiologisk) verknad.

## **Smerte**

Smerte er ein av farmakologien sine store kundar i vestleg medisin. Vi assosierer smerte med sjukdom - samstundes er smerte for store pasientgrupper sjølve «sjukdomen», ofte vedvarande og kronisk. Eg vil kommentere smerte som fenomen ved fleire høve seinare. I denne omgangen skal vi sjå litt nærare på studiar av placebo og analgesi (smertehemming). Eg har tidlegare vist til Lasagna (1955), Beecher (1955) og Evans (1974) om dette. Evans, som er psykolog, har i nyare arbeid freista å gi eit meir generelt svar på den kliniske effektiviteten av placebo (Evans, 1985). Gjennom egne eksperiment og gjennomgang av andre dobbel blind studiar av analgesi-medikament, finn Evans ein overraskande konsistens i placeboresponsen - i gjennomsnitt 56 prosent av den totale terapeutiske effekten av dei studerte medikamenta. Dette kjem fram ved å

kalkulere ein indeks der placebo vert relatert til medikamenteffekt. Medan morfin opplagt er meir potent enn aspirin, er altså 56 prosent av verknaden av begge ein placeboverknad. Med Evans sine egne ord:

*«In other words, the effectiveness of a placebo compared to standard doses of different analgesic drugs under double-blind circumstances seems to be relatively constant. This is indeed a rather remarkable and unique characteristic for any therapeutic agent! The effectiveness of the placebo is proportional to the apparent effectiveness of the active analgesic agent».*

(Evans, 1985, s. 223)

Evans gjennomgår deretter studiar av andre typar medikament (ikkje-analgetiske) og konkluderer:

*«It is worth noting that this 56 % effectiveness ratio is not limited to comparing placebo with analgesic drugs. It is also found in double-blind studies of nonpharmacological insomnia treatment techniques (58 % from 13 studies) and psychotropic drugs for the treatment of depression such as tricyclics (59 % from 93 studies reviewed by Morris & Beck, 1974) and lithium (62 % from 13 studies reviewed in Marini, Sheard, Bridges & Wagner, 1976). Thus, it appears that placebo is about 55-60% as effective as active medications, irrespective of the potency of these active medications».*

(Evans, 1985, s. 223)

Evans sin analyse stør same konklusjon som fleire andre også har sett fram på grunnlag av ein gjennomgang av forskning om placebo (t.d. White et. al, 1985, Wickramasekera, 1985). I alle kliniske situasjonar er der truleg ei generell underliggjande mekanisme som uavhengig av aktuelle sjukdom eller symptom og spesifikke terapeutiske tiltak, har eit terapeutisk potensiale. Diverre endar dei fleste analysane slik. Men ein slik konklusjon burde bli til hypotesar og utforsking av kva denne «mekanismen» eigentleg er. Ein innfallsvinkel for å kome dette nærare, er å sjå etter studiar som har sett på korleis ulike uavhengige variablar verkar inn på placebo. Det finst studiar der slik variasjon er studert med grunnlag i spesifikke hypotesar, men mest typisk implisert utifrå ei meir tilfeldig og induktiv

tilnærming. Dei aktuelle klasser av uavhengige variablar har eg for eit analytisk føremål kalle *terapivariablar*, *terapeutvariablar*, *pasientvariablar* og *situasjonsvariablar*, og vi skal sjå på desse i komande kapittel. At føremålet er analytisk inneber at eg førebels set konteksten i parentes, men kjem attende til ei meir eksplisitt drøfting av dette omgrepet til slutt.



## **Kapittel 4**

### **BEHANDLINGA OG LEGEN SOM PLACEBO**

Vi skal her først sjå på terapivariablar. Det vil seie både ulike former for behandling, og variasjon av stimuli innan same type behandling. Sistnemnde gjeld spesielt medikamentell behandling. Dette er den behandlingsforma som mest typisk er studert i samband med placebo. Det er vel grunnen til at sjølve omgrepet ofte vert nytta synonymt med ein pille utan verknad, og i mange ordbøker er placebo definert som «narrepille».

#### **Farge og form**

Det er funne evidens for at både medikamentet sin farge, storleik, form og smak gir variasjon i verknaden. For å oppsummere: farga medikament er meir potente enn fargelause og mest når dei er raude, gule eller brune. Raude og gule piller blir assosiert med stimulerande verknad, medan blå og grønne vert assosiert med sedativ verknad. Smaklause piller er underlegne dei med vond, helst ein bitter smak. Påtakeleg store eller spesielt små piller er mest potente. Om pillen liknar daglegdagse medikament som t.d. aspirin, forsvinn noko av potensen (Jacobs og Nordan 1979, Buckalew og Coffield, 1982a, 1982b). I sistnemnde studie er etnisk variasjon også studert, med den konklusjon at farga amerikanske studentar blir mindre påverka av perseptuelle karakteristika ved medikamentet. I sekundærlitteraturen vert det dessutan vist til at injeksjon gir større placeboverknad enn pille tatt oralt (t.d. O`Connell, 1983). Eg har ikkje funne konkret empiri på ein slik samanheng, men hypotesen kan vere rimeleg av fleire grunnar, ikkje minst fordi injeksjon og penetrering av hud inneber ei nærare involvering frå legen si side.

#### **Placebo kirurgi**

Meir dramatisk kan det høyrest ut at vi også kan snakke om placebo ved kirurgi. Det er kirurgien si historie som først og fremst gir oss vitnesbyrd om dette. Wolf (1977) viser til at i 1920-åra gratulerte kirurgien seg sjølv med å ha funne effektiv behandling mot resistente magesår, nemleg fjerning av pylorus - ein operasjon som vart kalla «gastroenterostomi». Den vart etterkvart ein vanleg operasjon, og på eit symposium i *American Surgical Society* vart det lagt fram studiar som viste at over ei femårs periode vart 80 prosent av 68 pasientar friske. Det interessante med dette, legg Wolf til, er at i dag vert ein slik operasjon ikkje berre rekna som bortkasta, men også som feilbehandling.

Henry Beecher (1961) var tidleg ute med å åtvare mot ukritisk kirurgi nettopp med tilvising til placebo. Han nemner *en passant* at operativ behandling ved inflammasjon av bekken gjennom mange år blant kirurgar vart omtala på følgjande vis: «*You just open up the belly and let in a little light and air*». Spiro (1986) har summert opp akkumulert kunnskap om ein del operative inngrep som tidlegare vart utført på pasientar med anginasmerter, og konkluderer med at placebo må ta æra for det meste. Anginasmerter har dessutan vist seg å bli svært lett påverka av placebo medikament (Benson og McCallie, 1979).

Tablettbehandling, injeksjon og kirurgi er i hovudsak dei vanlegaste behandlingsformene i skulemedisinen, og let seg alle påverke av placebo. Men placebo er og assosiert med mange andre prosedyrar (sjå Spiro, 1986 s. 41), t.d. biofeedback (Gatchel, 1988; Nicassio et al., 1982; Plotkin, 1980). Stroebel og Glueck (1973) har like godt omtala biofeedback som «*the ultimate placebo*». Dessutan er det mykje som talar for at placebo er ein vesentleg ingrediens (og kanskje den einaste?) i effektar av akupunktur (Barbet et al., 1974; Chaves & Barber, 1973). I ein studie med dobbel blind prosedyre der ein nytta simulert ECT som kontroll for den genuine ECT-behandlinga overfor depressive psykoser, viste det seg at den simulerte sjokkbehandlinga var omtrent like effektiv som den genuine (Lambourn og Gill, 1978). Eit sjokkerande placebofunn kan vel dette kallast. Som eit siste moment når det gjeld terapivariablar skal det nemnast at den potensen for placebo som eit medikament eller ei behandlingsform kan tenkjast å ha, ser ut til å avta med tida - dvs. nyheit kurerer best! Gustav Fechner, rekna som

grunnleggjaren av psykofysikken, vert ofte tillagt å ha uttalt følgjande i den samanhengen: «*When a new drug appears, be quick to use it before it is shown to be useless*» (sitert i Medvedev et. al, 1984, s. 216).

### **Legen som placebo**

Terapeuten, eller legen er opplagt ein viktig aktør i regien av det psykologiske «dramaet» som iverkset placebifenomenet i ein behandlingssituasjon. Når ein nyttar nemninga legekunsten impliserer det også ein kunstnar. Og før medisinen vart vitenskap var den i beste fall berre kunst. Denne kunsten, med sine ulike kunstneriske verkemiddel, kan vi i dag sjå på som legen si evne til å utløyse terapeutisk verksame placeboreaksjonar. At mange av boterådene ein nytta også kunne vere skadelege - er ei anna sak. Legen si rolle er poengtert på dette viset av Benson (1979):

*«...from antiquity until the present era, the physician, himself, has been a significant factor in the treatment of the patient. Until recently, this was the physician`s most potent tool in restoring his patient to good health.»*

(Benson, 1979, s. 60)

Spiro (1986) har hevda at i takt med at medisinen vart vitenskap, har medvitet om legen eller behandlaren si rolle i behandlinga blitt svekt. Ettersom legevitenskapen har blitt styrkt, har legekunsten blitt borte. Om vi gir han rett i dette, noko det er rimeleg grunn til, har vi å gjer med ein paradigmatisk konsekvens. I medisinen som objektiv orientert vitenskap forankra i biologiske variablar blir behandling synonymt med teknologi. Og som teknologi skal ein objektivt kunne predikere verknaden av behandlinga uavhengig av aktøren som utøver behandlinga. Legen sin kompetanse er ein del av denne teknologien, men legen som person har ingen plass i det biomedisinske kausaldiagrammet. Ein slik plattform for den medisinske vitenskapen har sjølvst gitt store framsteg. Det er det ingen grunn til å underslå. Poenget er kostnadene, at etterkvart som ein har akkumulert kunnskap om sjukdomar har ein vorte blindare for det sjuke mennesket og forståinga av kroppen som subjekt. Når interessa for placebo som fenomen no gjer seg gjeldande i nyare medisin er det, for å nytte ein freudianske metafor, medisinen sin fortrenge

barndom som vender tilbake. Ei integrering i medisinen sitt ego vil kunne gi medisinen ei tiltrengt identitetsfornyng til beste for pasientane.

### **Legen som variabel**

Det er sjølvsagt problematisk å isolerer legen som variabel frå behandlingsskonteksten. Legen som *rolle* er det viktigaste elementet til å konstituere denne konteksten, og for pasienten sjølve konteksten. Det er difor denne legeatferda, ikkje legen som personlegdom, vi no skal sjå nærare på. Ein anekdote formidla av Gordon Allport (1968) kan illustrere eit viktig moment. Det gjeld eit lite sjukehus i Austerrike der ein pasient ligg for døden. Legane har fortalt at dei ikkje greier å diagnostiserer sjukdomen hans. Dei forsikrar han likevel om at dersom dei visste diagnosen ville dei høgst sannsynleg kunne kurere han. Samstundes vart pasienten fortalt at det om nokre dagar skulle kome ein spesialist til sjukehuset som var kjend som ein god diagnostikar, og kanskje kunne han greie det. Nokre dagar seinare kom denne legekjendisen til sjukehuset. Då han på vitstrunden kom til vår pasient si seng, såg han kort på han og mumla «moribundus» (døyande) før han gikk vidare. Seinare vart denne legen oppsøkt av ein takknemleg pasient som sa han hadde sett fram til å få takke han for diagnosen. Dei hadde sagt til meg, forklarar han, at dersom du kunne diagnostisere meg ville eg bli bra, og i det eg hørde du sa «moribundus» visste eg at eg ville bli frisk.

Legen er i vårt samfunn ein autorisert fortolkar av sjukdomsteikn, og forvaltar av vitenskapleg funderte behandlingstiltak. Ein kvar pasient vil vere oppteken av å forstå og finne mening i sin eigen tilstand, og difor presumptivt mottakeleg for det ekspertten byd fram av fortolkingar og boteråder. Det er difor ein rimeleg hypotese at legen si haldning til behandlinga, til dømes til eit bestemt medikament, vil påverke pasienten si haldning og forventning og følgjeleg sjansane for placeborespons. I medikamentell behandling, spesielt ved psykofarmaka, er legen sin innverknad på medikamenteffekten påvist til det udiskutable (Joyce, 1968; Balint et al. 1970). Balint (1968) finn denne effekten så påfallande at han nyttar nemninga «*the doctor as drug*».

Litt empiri. Freund et al. (1972) nytta i ein studie åtte ulike legar og fann at skilnaden i behandlingseffekten av medikamentet var så stor at om lege A eller lege B var aleine om å prøve ut medikamentet, ville konklusjonane om medikamentet sin effektivitet ha vorten heilt ulike. Også Sarles (1977) finn, ved behandling av duodenal ulcer, at ulike legar har ulik placeboeffekt på pasientane sine - og at dette er ein temmeleg stabil tendens.

I ein studie av Gliedman et al. (1957) vart to pasientgrupper med blødande magesår behandla med placebo. Den eine gruppa vart fortald av ein lege at dei skulle få ein ny medisin som utan tvil ville hjelpe dei. Den andre gruppa fikk vite av ein sjukepleiar at dei skulle få prøve ein medisin for eksperimentelle føremål, men at effekten førebels var ukjent. Vi kan legge merke til at det her er to aktuelle uavhengige variablar som er manipulert: både informasjon om verknad, og statusen til den autoriteten som gir denne informasjonen, lege eller sjukepleiar. Variasjonen ga i alle høve effekt idet sytti prosent viste betring i den fyrste gruppa, men berre tjuefem prosent i den andre.

Ein annan studie, som tok føre seg smertelindring ved ulike placebomedikament, viste signifikant samsvar mellom legen sine forventningar om betring og pasienten si rapportering om smertelindring (Gracely et al., 1985). Liberman (1961) har lagt vekt på legen si rolle som kommunikatør. For at legen skal kunne bidra til god behandlingseffekt, må han vere i stand til å fange pasienten si merksemd, snakke til pasienten på ein skjøneleg måte, og gjere pasienten motivert for behandlinga. Om legen vert oppfatta som truverdig og som ekspert, vil hans eigen entusiasme og optimisme overfor behandlinga kunne ha stor verknad. I ein studie av Uhlenhuth et al.(1959) finn ein støtte for noko av dette i det dei viste at aktive medikament var overlegne placebo berre når det vart gitt av ein lege som var entusiastisk og interessert. Ein del seinare studiar viser same mønster (Fisher et al., 1964; Rickels et al.,1964; Rickels og Cattell, 1969).

### **Psykofarmaka**

Legen si haldning til medikamentet har spesielt vist seg å spele ei viktig rolle ved bruk av psykofarmaka. Feldman (1956 og 1963) studerte verknaden av

klorpromasin i relasjon til ulike psykiatrar si haldning til bruk av dette medikamentet. Blant dei som var entusiastiske til klorpromasin, var medikamentet overveldande meir effektivt (77%) enn hos dei som var skeptiske eller antagonistiske til bruken av dette (10%). I psykiatrisk behandling kan legen i visse høve også vise seg å vere ein langt viktigare behandlingfaktor enn medikamentet han føreskriv. Shapiro (1983) har utført ein omfattande og grundig klinisk dobbel blindt studie av *diazepam* (valium) på 224 polikliniske pasientar med nevrotisk angst. Valium er som kjent eit svært mykje brukt (og misbrukt?) roande medikament, også her til lands. Studien gikk over seks veker, og for kvar veke hadde ein både observasjonsdata og registrerte data basert på korte møte (ca. 15 min.) med behandlar og klient. Dei avhengige måla var både sjølvvurderingar på ulike skalaer, og skalering utført av tre psykiatrar og psykologar. Ei rad ulike uavhengige og mellomliggjande variablar vart nytta, mellom anna legen sine haldningar til pasienten, og pasienten sine haldningar til legen. I granskinga vart desse definert som *ikkje spesifikke faktorar*. Når det galdt medikament versus placebo fann ein at diazepam var overlegent berre ved første registrering etter ei veke - deretter ikkje. Meir interessant er det at medikamentvariabelen (valium eller placebo) forklarte berre 1-4 prosent av den totale variansen for betring, medan dei *ikkje spesifikke faktorane* bidrog med 11-22 prosent. Etter den fyrste veka, og ved slutten av studien, var det berre dei ikkje-spesifikke faktorane som bidrog, frå 20 til 26 prosent av variansen på fire ulike mål. Av desse viste det seg at pasienten si positive haldning overfor legen var ein sterk prediktor. Legen si haldning overfor pasienten hadde liten effekt ved første registrering, men for seinare registreringar, og ved slutten av behandlinga, var dette også ein sterk og unik prediktor.

Studien gir grunn til fleire refleksjonar. Ein er at i eit psykoterapeutisk behandlingssopplegg som også inkluderer medikament (t.d. valium), vil medikamentet kunne bli tillagt ein større behandlingseffekt enn fortent, rett og slett fordi det er eit eksternt og konkret element som lett kjem i «figur» i behandlinga og difor lett let seg attribuere som kausalfaktor. No kan ein frå ein praktisk og klinisk synstad hevde at det i og for seg er irrelevant korleis ein forklarar effekten, berre pasienten vert betre. At det ikkje er så enkelt viste ein

serie av studiar ved John Hopkins Psychotherapy Research Unit. For pasientar som attribuerte betringa til medikamentet (placebo) vart betringa ikkje halden ved like i same grad som dei som attribuerte betringa til eigen innsats (Frank, 1976; Lieberman, 1978).

### **Placebo og læjekunst**

Det er på mange vis i utakt med eit biomedisinsk paradigme å måtte konkludere at behandlaren er ein del av behandlinga. I kliniske samanhengar er det som Bourne (1971) hevdar ikkje muleg å isolere farmaka frå placebo i behandlinga - og det skulle vel heller ikkje vere nokon grunn til det:

*«...the placebo is always indicated, as a necessary adjunct to specific drugs. We often assume that compassion and experience on the part of the physician are enough, and that the fears and hopes of patients will in effect take care of themselves. Everyday life provides abundant evidence, however, that personal relationships, especially in a setting of stress, can be far more difficult - even dangerous - than many of the intellectual judgments required for proper management of patients.... Honest straightforward communication can relieve anxiety. Perhaps more important, this sort of placebo may make fewer and less toxic drugs necessary to produce satisfactory relief of the patient`s discomfort.»*

(Bourne, 1971, s. 5)

Når skulemedisinen, slik eg har vist til, stemplar mangt av det alternative behandlarar driv med som placebo, ser dei altså bort frå at placebo er ein ingrediens og eit potensiale i det dei sjølve driv med. Og sjølv om ein for vitskaplege føremål må kontrollerer for placebo (og læjekunsten), bør vel imperativet i den kliniske situasjonen vere det motsette. Det er ein rimeleg hypotese at gjennom utviklinga av moderne vitskapsbasert medisin har den vitskaplege konteksten vorte normgjevande og trengt seg inn i den kliniske konteksten og gjort legen til ein passiv leverandør av behandling. Ei slik samanblanding av kontekst vil kunne føre til at potensialet for læking vert underutnytta i dei enkelte tilfella, og at læjekunsten på lengre sikt døyrt ut. Spiro,

som eg har karakterisert som ein autoritet på området, har denne kraftfulle konklusjonen om legen si rolle:

*«...it is not the ritual, nor the pill which has the power, but the practitioner - and the time he spends with the patient, the energy he directs at helping. The placebo has no power of its own; it is inert and inactive, but it is the person giving it who gives the help, the miracle of one person helping another».*

(Spiro, 1986, s. 75)

Om ein er behandlar og ønskjer å styrke sjølvkjensla, er det lett å slutte seg til dette. Men for presisjonen si skuld, og for å føregripe eit seinare teoretisk resonnement, må eg få legge til at også legen i seg sjølv er utan verknad (inert) med mindre pasienten tillegg han ein verknad og slik gjer seg nytte av denne i sin eigen lækjeprosess. Korleis det skjer er ikkje utan vidare lett å gjere greie for.



## **Kapittel 5**

### **PASIENTEN SI ROLLE VED PLACEBO**

Ikkje alle personar viser reaksjonar på placebo. Eg har tidlegare vist til Beecher (1955) sin gjennomgang av placebostudiar. Når det galdt dette spørsmålet, fann han at andelen av forsøkspersonane som viste reaksjonar på placebo varierte frå 15 til 58 prosent. Byerly (1976) estimerer den same variasjonen til mellom 20 og 70 prosent. Dette er rimeleg i samsvar med Lowinger og Dobie (1965; ref. i Clyne, 1985, s. 38) som gjennomførte fleire dobbel blind placebostudiar av roande medikament i perioden 1959 - 1964. Andelen pasientar som viste placebobetring varierte frå 24 til 76 prosent.

#### **Personlegdom**

Det er sjølvsagt ein nærliggjande hypotese at meir eller mindre stabile tilhøve og eigenskapar ved individet heng saman med kor vidt ein reagerer på placebo eller ikkje, og at dette kan forklare noko av variansen. Jakta på ein muleg placebopersonlegdom har følgjeleg initiert mykje forskning, ofte med ulike motiv. Ikkje minst har det vore eit ønske om å kunne identifisere placebo-personar på førehand slik at ein kunne eliminere dei frå studiar av farmakologiske verknader. I tidlege placebostudiar finn ein også tilvising til personlegdom som forklaring på placebo. Det er påfallande at det svært ofte er avvikande og monaleg negative personlegdomstrekk det vert vist til. Hos Platt (1947; sitert i Price, 1984, s. 67) heiter det til dømes at enkelte pasientar er så lite intelligente og så nevrotiske at livet kan gjerast lettare for dei berre ved placebo. Som Claridge (1972) har summert opp er det skapt eit bilde av ein typisk placeboperson som «weak-minded», hysterisk, hypokondrisk, religiøs, engsteleg, avhengig, ikkje-intellektuell

og kunnskapsfattig, ekstrovert og med ustabil personlegdom - og på anna vis atypisk i sine reaksjonsmåtar. Claridge konkluderer:

*«The truth is that intensive research has failed to identify any particular "placebo type" who will respond to placebos continually under all conditions.»*

(Claridge, 1972, s. 36)

Ikkje alle vil slutte seg til ein slik konklusjon. Jospe (1978) er ein av dei, og konkluderer sin gjennomgang av litteraturen med at det er liten tvil om at:

*«The placebo reactors place much reliance on others to be the agents in their therapeutic change... They cannot get along well without other people, even though at times they allow themselves to be dominated by others, especially authority figures (like physicians).»*

(Jospe, 1978, s. 90)

Det empiriske grunnlaget for ein slik konklusjon er likevel magert, og i høg grad inkonsistent. Ein av dei første grundige studiane av dette var Lasagna et al. (1954). Dei som viste seg som placeboreaktive vart karakterisert som svært normale, medan det hos dei som ikkje reagerte var det typisk med rigide og nevrotiske personlegdomstrekk. Dei fann også at ein standard dose morfin gitt til placebonegative personar var effektiv for 54 prosent medan det tilsvarande var 95 prosent for placebopositive. Noko meir kuriøst var at dei fann vesentleg fleire kyrkjegjengarar blant dei som reagerte placebopositivt.

At ein er emosjonelt avhengig har heller ikkje vist seg å korrelere med placebo (Campbell og Rosenbaum, 1967; Sharp 1965). Ein studie av Lieberman (1964) kan tyde på at reaktiviteten på placebo i liten grad er ein stabil eigenskap. Placeboeffekten ved fødselssmerter, post-partum smerter og eksperimentelt induisert smerte hos 52 kvinner ved ein fødselsklinikk vart samanlikna. At ei kvinne viste placeboreaksjon i *ein* av desse tre situasjonane, kunne ikkje predikere placeboreaksjon i nokon av dei to andre situasjonane. Sjølv om variasjonen mellom personar som nemnt kan vere stor, er det òg studiar som viser

placeboreaksjon hos omtrent alle forsøkspersonane. Houde et al. (1966) fann til dømes i ein studie av kreftpasientar at 90 prosent reagerte positivt på smerteplacebo.

Det er likevel lita usemje om at tilhøve som kjønn, sosioøkonomisk status og intelligens ikkje heftar for individuell varians (Bishop og Gallant, 1966; Gleidman et al., 1958; Shapiro, 1968, 1971). Sjølv om det er slik at det i enkelte studiar er vist til at skilnader i personlegdom kan forklare varians i den aktuelle studien, har slike skilnader i liten grad vist seg stabile på tvers av studiar. I ein del studiar viser dei omtalte skilnadene seg å vere basert på kliniske fortolkingar - og dermed truleg skilnader som forskarane har projisert inn i materialet. Hypotesen om ein placebo-personlegdom har vore grundig vurdert av Buckalew et al. (1981). Dei konkluderer også med at der ikkje ligg føre haldbar empiri for å støtte ein slik tese, og at placebo er ein type respons meir bunden av situasjonsfaktorar enn av personfaktorar. Brody (1980) støttar også ein slik konklusjon, men er derimot meir optimistisk med omsyn til at det vil vere muleg å identifisere den type personar som *ikkje* reagerer på placebo. Som vi har sett fann Lasagna et al. (1954) eit visst mønster hos desse, og i ein gammalt norsk studie vart det registrert ein påfallande låg placeboeffekt hos psykiatriske pasientar. Dette vart forklart med at desse pasientane (nevrotiske, psykotiske og alkoholikarar) hadde hatt mange negative røynsler med medikament utan vesentleg verknad (Lehmann, Retterstøl og Sirmes, 1958). Shapiro (1971) finn likevel grunn til å konkludere med at dei som ikkje reagerer på placebo ofte er meir rigide og emosjonelt kontrollerte. Dei er meir autoritære, stereotype, fornektande, mindre psykologisk orienterte, og har ein tendens til paranoide og masochistiske personlegdomstrekk. Dette er vel eigenskapar som generelt er hemmande for terapeutisk utbytte. Shapiro et. al. (1980) har seinare freista å utvikle ein placebotest utifrå dette, men utan å lukkast. Konklusjonen må altså bli at placebo først og fremst er eit allment fenomen, og at eventuelle personlegdomsavvik først og fremst kan vere ei forklaring når placebo *ikkje* gjer seg gjeldande.

### **Suggestibilitet, placebo og hypnose**

Ei av dei eldste og mest populære forklaringane på placeboeffekten er at den skuldast suggesjon, og suggesjon og placebo har vore omtala nærast som synonyme fenomen (t.d. Beecher, 1968; Brodeur, 1965; Melzack, 1973; Kaada, 1986). Sidan suggestibilitet også vert omtalt som ein eigenskap ved personar, er det ei nærliggjande hypotese at ein slik eigenskap kan predikere placeboreaktivitet. Wickramasekera (1985) er ein av dei som i utgangspunktet har sett likskapsteikn mellom placeboreaktivitet og at ein lett let seg hypnotisere. Hypotesen er grunna i forskning og teoriar om skilnader mellom høgre og venstre hemisfære når det gjeld mentale aktivitetar (Gazzaniga, 1967, 1985). Det slike personar har til felles, meiner han, er ein høgredominans i måten å organisere informasjon på, eller ei evne til å hemme den analytiske og kritiske måten som er den dominante venstre hemisfæren sin måte å fungerer på. Svært mange har prøvt denne hypotesen. I eksperimentelle oppsett har ein samanlikna suggestibilitet ved hypnose med placeborespons. Det er ein overraskande samstemt konklusjon ein kan dra frå desse studiane. Der er ingen eller berre svake korrelasjon mellom placeboreaktivitet og hypnotisk suggestibilitet (Gleiderman et al., 1958; Steinbock et al., 1965; Evans, 1974, 1977 og 1981; McGlashan, Evans og Orne, 1969; Orne, 1974). Evans konkluderer slik i ei oppsummering av dette:

*«The few available clinical and experimental studies have found no consistently significant relationship between the placebo response and a variety of measures of suggestibility..... In addition, the placebo response is uncorrelated with susceptibility to hypnosis. However, even in subjects who are incapable of experiencing deep hypnosis, the context of hypnosis itself may (like any other powerful therapeutic intervention) produce a placebo effect. The placebo effect of the hypnotic situation is an expectational effect, which must be distinguished from whatever specific effects hypnosis itself may produce in deeply hypnotized individuals.»*

(Evans, 1985, s. 219)

Det kan vere nærliggjande å slutte frå dette at det som går føre seg under hypnose og ved placebo er heilt ulike og uavhengige prosessar. Ein slik konklusjon er det strengt tatt ikkje grunnlag for, og den manglande samanhengen mellom placebo og

suggestibilitet har ført til ein intens debatt om tilhøvet mellom hypnoterapi (klinisk bruk av hypnose) og placebo. Om suggestibilitet er eit greitt nok omgrep i vanleg tale, har det vist seg vanskeleg teoretisk og operasjonelt. I dei empiriske studiane er dette ikkje alltid gjort tilstrekkeleg greie for, sjølv om tidleg forskning på tilhøvet mellom hypnose og suggestibilitet har ført til differensiering mellom *primær* og *sekundær* suggestibilitet (Eysenck og Furneaux, 1945). Det er primær suggestibilitet som har samanheng med evna til å bli hypnotisert, medan sekundær, som samsvarar meir med den folkelege oppfatninga, ikkje er assosiert med denne evna. At der såleis ikkje er samsvar med hypnotisk evne og placebo, treng difor ikkje tyde at suggestibilitet i denne sekundære tydinga ikkje er relatert til placebo (Gibson, 1987).

Det mest siterte og respekterte, men framleis omdiskuterte studien av forholdet mellom hypnose og placebo, er McGlashan et al. (1969). Dette var ein sofistikert laboratoriestudie der forsøkspersonane var 24 menn som utifrå skåre på eit standard mål på suggesjon høyrde til øvre eller nedre fem prosent. Dei vart først gitt ein baseline test for iskemik smertetoleranse, og deretter ein hypnotisk induksjon med analgetisk suggesjon. Etter dette vart dei informert om at i neste smertetest ville dei få ein smertelindrande pille (placebo), og vart bedne om å underskrive samtykke for dette. Dei tok på nytt ein smertetest, og ved alle høva vart det nytta fire ulike mål på smertetoleranse. Medan samanhengen mellom suggestibilitet og hypnotisk analgesi var som venta, var der ingen samanheng mellom suggestibilitet og placeboanalgesi. McGlashan et al. (1969) konkluderte difor med at dei to fenomenena hypnose og placebo ikkje er relaterte til kvarandre. I ein delvis replikasjon av denne studien har Stam og Spanos (1987) funne at rekkefølga mellom placeboanalgesi og hypnotisk analgesi spelar ei rolle for effekten av desse intervensjonane, og desse forfattarane konkluderer med at både placeboanalgesi og hypnoanalgesi er kontekstuelt avhengige fenomen. Medan det har vore vanleg å sjå hypnobilitet som ein stabil eigenskap hos personar, har placebo (som vi har sett) ikkje vist seg å ha slike eigenskapar. Men, det har også kome innvendingar mot dette synet på hypnobilitet, eit syn utleia av Milton H. Erickson sin hypnosepraksis der terapeuten sin fleksibilitet i induksjonen vert sett

på som meir avgjerande enn hypnabilitet som ein stabil eigenskap hos klienten (sjå Dyck og Hoogduin, 1990).

Ein av dei som sterkast har kritisert McGlashan et al. (1969) sitt eksperimentet og konklusjonane deira, er Graham Wagstaff (1987a). Ein del av kritikken hans er grunna i innvendingar mot metode og den statistiske analysen, noko eg ikkje detaljerer her. Wagstaff finn difor at det er problematisk å generalisere til ei slutning om at placebo og klinisk bruk av hypnose er urelaterte fenomen. Han hevdar tvert imot påstanden at hypnoterapi kanskje berre *er* placebo. Ein studie som kan indikere dette vart gjort av Marks et al. (1968) der hypnose vart nytta som kontrollgruppe i ein studie av desensitivisering sin effekt på fobiar. Kontrollgruppa vart her gjeve ein nøytral hypnotisk induksjon utan terapeutisk suggesjon. Likevel viste det seg at dei på mest alle mål kom like bra ut som eksperimentgruppa. Ein kan legge vekt på at denne studien fortel at desensitivisering ikkje var meir effektiv enn placebo, men i denne samanhengen er poenget at ein hypnotisk induksjon i seg sjølv, utan terapeutisk suggesjon, ga terapeutisk effekt - altså ein placeboreaksjon. Eit poeng til Wagstaff sin påstand kan også hentast frå ein studie av Goldstein (1981) som fann at blant overvektige pasientar som vart behandla med hypnose, kom dei som hadde blitt hypnotisk indusert med handhevings-teknikken betre ut enn dei som var blitt indusert gjennom vanleg avslappingsprosedyre. Sidan handheving i seg sjølv ikkje kan ha nokon effekt på overvekt, er det rimeleg å tenkje seg at denne spesielle opplevinga (av at handa som løftar seg) i seg sjølv må ha indusert forventningar som har hatt terapeutisk effekt. Wagstaff (1987) har utløyst ein viktig, men også til dels avslørande debatt. Dei fleste som har «meldt seg på» har ikkje direkte avvist at placebo er involvert i hypnoterapi, som placebo er i mest alle terapeutiske prosedyrar, men argumentert for at hypnoterapi har spesifikk effekt utover placebo (Gibson, 1987; Barber, 1987; Jackson, 1987; Rowley, 1987; Spiegel, 1987; Vingoe, 1987 og Dyck og Hoogduin, 1990). Debatten har vist at ikkje berre omgrepet placebo, men også *hypnoterapi*, kan vere eit vagt og forførande omgrep. Som definisjon på hypnose er det vanleg å vise til Orne:

*«...that state or condition in which subjects are able to respond to appropriate suggestions with distortions of perception or memory».*

(Orne, 1980, s. 29)

Spørsmålet som kan stillast er om denne tilstanden i seg sjølv er terapeutisk, eller om hypnose berre utgjer ein kontekst som fasiliterer terapi. Både Gardner og Olness (1981) og Clarke og Jackson (1983) legg avgjerande vekt på eit slikt skilje, og hos dei sistnemnde heiter det:

*«An axiom that we favour is that people get treated **in** hypnosis but not **by** hypnosis. To say this another way, hypnosis is an adjunct to therapy and not a therapy itself».*

(Clarke og Jackson, 1983, s. xv)

Om vi forfølger dette resonnementet blir spørsmålet om hypnose gir «noko i tillegg» til den nytta terapien *i* hypnose, og kva dette eventuelt er. Det har ikkje vore uvanleg (t.d. Stanton, 1978) å hevde at essensen ved terapeutisk bruk av hypnose er den verdien det har som ein seremoni som kan aktiviserer terapeutiske forventningar. Wagstaff (1987b) er på linje med ein slik tankegang når han i ein kommentar til kva dette «noko i tillegg» kan vere konkluderer:

*«Put simply, placing therapeutic procedures in the context of «hypnosis» may be a good placebo for the hypnotically susceptible!»*

(Wagstaff, 1987b, s. 169)

Det er grunn til å karakterisere debatten førebels som inkonklusiv, men den er samstundes interessant som ein studie i retorikk. For det første, gitt den tradisjonelle assosieringa av placebo med suggestibilitet, har det vore vanskeleg å akseptere dei empiriske funna om manglande samanheng. Dernest har det, iallfall for tilhengarane, vore maktpåliggjande å dissosiere hypnoterapi frå placebo med dei negative konnotasjonane som omgrepet gir. Det empiriske grunnlaget for dette byggjer i hovudsak på manglande korrelasjon mellom placeborespons og gitte psykometriske mål på suggestibilitet. Sidan det også framleis er uavklara både

korleis hypnoterapeutiske effektar og placeboeffektar skal forklarast, ville det vere forhasta å skilje desse som ulike klasser av fenomen. Det heile er og eit spørsmål om definisjonar, og debatten avslører dei store problema som oppstår når ein definitorisk skal skilje mellom terapeutisk faktorar som begge er psykologiske i sin natur. Dette er eit generelt problemet når det gjeld tilhøvet mellom psykoterapi og placebo, og eg viser difor til seinare drøftingar av dette.

Til spørsmålet eg her har drøfta kan ein tenkje slik at suggesjon ved hypnose og placeboinduksjon i ein behandlingssituasjon representerer ulike modus for input, men at den mentale medieringa likevel kan vere felles. Som Stam og Spanos (1987) har peikt på er det ein vesentleg skilnad i kognitiv aktivitet mellom det å gi ein pille (som placebo) og hypnoterapi. I sistnemnde tilfelle vert ein aktivt invitert til førestellingar om verknad, medan ein tek ein pille «for gitt» utan særleg refleksjon. Men, som vi har sett, vil det vere ei alt for snever oppfatning å reservere placebofenomenet til ein slik «umedviten» situasjon. At personar som reagerer lett på placebo ikkje er meir suggestible enn andre, kan vi heller ikkje generalisere til at det ikkje spelar noko rolle om ein let seg påverke av informasjon frå andre eller ikkje. Som vi skal sjå seinare viser mange studiar bit for bit eit mønster som syner at placeboreaktivitet går saman med nettopp det å kunne gjere seg nytte av informasjon frå den konteksten ein er i. Suggesjon er informasjon i ei spesiell form, eller snarare form meir enn innhald, og placebo ser ikkje ut til å vere betinga av ei slik form. Kan hende kan vi difor sjå det slik at hypnoterapi er eit særtilfelle innan placebo som det generelle uttrykket for terapeutisk kommunikasjon.

### **Angst**

Om det har stått strid om forholdet mellom suggestibilitet og placebo er det større konsensus om at angst er eit sentralt element assosiert med effekten av placebo (Buckalew et al. 1981; Evans, 1974). Det er velkjent at høg angst potenserer smerteoppleving, og at både analgetika og akupunktur gir dårlegare effekt hos personar med høg angst (Kaada, 1986). Den biokjemiske forklaringa på dette er at det ved angst vert frigjort adrenalin og noradrenalin som har ein antagonistisk verknad på det smertelindrande peptidet endorfin (sjå kapittel 10). At personar



med angst har god effekt av placeboanalgesi kan då forklarast ved at placebo verkar gjennom å redusere angsten. Ein kan likevel ikkje slutte av dette at engstelege personar generelt er meir placeboreaktive enn andre. Når det gjeld angst er det vesentleg å skilje mellom angst som ein stabil eigenskap (trait anxiety) eller som ein reaksjon betinga av situasjonen (state anxiety). Ein person som generelt vert oppfatta som roleg og avbalansert og viser lite angst (låg «trait anxiety») kan likevel i ein spesifikk situasjon reagere med høg angst (høg «state anxiety»). Evans (1977) har diskutert dette forholdet mellom angst og placebo og konkluderer med at kor vidt ein person vil reagere placebopositivt eller ikkje er mest relatert til angsten i situasjonen som ligg føre (state anxiety) og minst til personen sitt generelle angstnivå (trait anxiety).

Følgjande studie kan gi oss noko meir innblikk i det kompliserte samspelet mellom placebo og personen sin emosjonelle tilstand. Medvedev et al. (1984) var opptekne av å studere den funksjonelle strukturen i placeboresponsen. Denne vart studert i to ulike situasjonar, ved kvile og ro - og i ein stressituasjon.

Stressituasjonen vart skapt gjennom oppgåver som kravde at ein kunne arbeide raskt og presist, hadde god koordineringsevne så vel som fysisk styrke og evne til å halde ut. Den førte med seg både emosjonell og fysisk belastning.

Forsøkspersonane var 15 friske menn i alderen 19 til 24 år. Placebo vart gjeven i form av ein pille. Instruksjonen ga ingen informasjon om korleis denne kunne verke. Folk reagerer ulikt, og ein kan ikkje forutsjå verknaden på førehand, vart det sagt. Det vart nytta ei rekkje ulike mål, både subjektive og objektive (fysiologiske) for å indikere placeborespons. Som mål på emosjonell tilstand vart Cattel sitt skjema (form C) nytta. Sjølv om denne studien i form og oppsett tilseier at ein berre i liten grad kan generalisere til kliniske situasjonar, gir det eit interessant innblikk i dynamikk og kompleksitet når det gjeld placeboresponsen. I kviletilstanden indikerte både subjektive og objektive mål ein placeborespons. I stressituasjonen skjer det ei dissosiering ved at subjektive mål gir markert rapportering av positive verknader, medan objektive mål gir mindre utslag.

Korrelasjonsanalyse viste samvariasjon mellom placeborespons og emosjonelle parameter. Denne skilnaden vart tydeleg når forsøkspersonane vart splitta i to grupper: emosjonelt stabile og emosjonelt ustabile (låg og høg skåre på angst). Det

var skilnader på ei rekkje parameter mellom desse gruppene. I kvilesituasjonen hadde placebo ein roande og normaliserande effekt i angstgruppa (både subjektive og objektive mål), medan den stabile gruppa omtrent ikkje viste placeboeffekt. Situasjonen med stress ga ein intensivert placeboeffekt i begge grupper, både på subjektive og objektive mål, men med markerte skilnader i responsprofil. I angstgruppa hadde placebo ein roande effekt med mellom anna betring av konsentrasjonsevne, men utan betring av prestasjonsevne. I den stabile gruppa ga placebo ein auke i angst og ei viss svekking av subjektive mål for motivasjon, men ikkje svekking av prestasjonane. Det mest stabile funnet i Medvedev et al. (1984) sin studie er ulikskapar i responsprofil og placeboaktivitet mellom personar med høg og låg angst.

Ein bør vere varsam med å legge avgjerande vekt på innhaldet i dei ulike profilane. Det er etter mitt syn av interesse å sjå resultat av denne studien i lys av eit overordna perspektiv som har med adaptasjon og sjølvregulering å gjere, og at placeboresponsen kan gjerast forståeleg som ein adaptiv respons. Vi kan likevel spekulere litt utover det granskinga strengt tatt gir empiri for. Ein kan legge til grunn at initiering av ein adaptiv prosess er avhengig av individet sin tilstand i forhold til korleis ein konkret situasjon vert oppfatta. Med utgangspunkt i det tilhøvet som vart vist mellom subjektive og objektive mål, kan vi setje fram følgjande hypotese. Placebostimuli kan initiere kognitiv sjølvregulering aleine, noko som i seg sjølv kan ha ein adaptiv funksjonar. Men kognitiv regulering kan òg aktivisere fysiologisk regulering som ein del av personen si adaptering til situasjon. At personar med høg angst er mest placeboaktive kan vi forstå dersom vi ser på angst som uttrykk for eit mistilhøve i adaptasjonen mellom person og situasjon, slik personen subjektivt fortolkar dette. Ein placebopille vil difor kunne ha ulik meining og informasjonsverdi avhengig av ulik oppleving av utfordringa i situasjonen. Hos personar med angst kan pillen understøtte den adaptive sjølvreguleringa, fyrst kognitivt og deretter fysiologisk. Ein fysiologisk dempende effekt er sjølv sagt meir sannsynleg når utgangspunktet er at ein alt er aktivert i eit visst mon - slik det i større grad vil vere med dei som har angst. At den stabile gruppa reagerer med auka angst på placebo i situasjonen med stress, kan tentativt forklarast med at aktiveringa induisert av stress har blitt attribuert til placebopillen.

Ei slik attribuering kan interferere med opplevinga av kontroll i situasjonen, og gi svekt adaptasjon. Dette er døme på ein type resonnement som eg skal ta for meg meir utførleg seinare i samband med drøfting av ulike teoriar om placebo. I denne samanhengen kan synspunkta gi ein betre innfallsvinkel til å forstå samanhengen mellom angstnivå og placeborespons enn Frank (1982) sin konklusjon om at dette er uttrykk for samheng mellom nevrotisisme og placeboreaktivitet.

### **Kognitive faktorar**

Ein annan innfallsvinkel til personvariabelen i placeboresponsen er hypotesar om kognitive faktorar. Denne tilnærminga ser ut til å vere meir lovande enn dei som går på personlegdom i tradisjonell tyding. Lundh (1987) har spekulert i slike baner, til dømes at kunnskap om personen sin meningsstruktur vil kunne predikere respons på placebo. Om vi i denne omgang nøyer oss med å inkludere eit meningsaspekt i omgrepet haldning, er det rimeleg empirisk belegg for at ei positivt haldning frå pasienten si side overfor behandliga vil lette placeboresponsen (Shapiro og Morris, 1978; Shapiro og Shapiro, 1983).

Gibbons et al. (1979) har tatt utgangspunkt i Duval og Wicklund sin teori om *objektiv sjølvfokusering* (objective self-awareness). Dette er ein teori om sjølvpersepsjon som kort skissert legg vekt på skilnadene ved å vere i ein subjektiv posisjon versus å fokusere seg sjølv som objekt. Ein slik posisjon - seg sjølv som objekt - aukar merksemda på indre prosessar og persepsjonen av variablar om sjølvvet (Duval og Wicklund, 1972). Gibbons et. al. (1979) har omtalt denne dimensjonen som ein dimensjon ved personlegdomen, det vil seie at der er stabile skilnader i høve til kor vidt ein er sjølvfokusert eller ikkje. Poenget med Gibbons og medarbeidarar sin studie er at dei finn at sjølvfokuserte personar rapporterer mindre placeborespons på forventa aktivering av placebo, og også færre biverknader slik det vart indusert forventningar om frå eksperimentator si side. Samanhengen er reprodusert også i ein seinare studie (Gibbons og Gaeddert, 1984). Forklaringa på dette er at sjølvfokusering gir høve til ein meir direkte persepsjon av at der ikkje skjer venta forandringar i kroppen. Ein kan skjønne dette slik at placeboresponsen vil vere påverka av i kva grad ein i sjølvpersepsjonen legg vekt på informasjon frå omgjevnaden, eller frå eigen indre tilstand. Det er

likevel mangt som tyder på at samanhengane er meir kompliserte enn dette. Novotny et al. (1985) ga medisinstudentar placebo med instruksjon om at dei fikk eit psykotropisk medikament med korttidseffekt, og at dei skulle observere verknaden. Etter inntaket av medikamentet vart dei delt i to grupper. Den eine gruppa vart i ei periode på 30 minutt sett til å utføre ein del faglege oppgåver. Den andre gruppa fikk beskjed om ikkje å kommunisere seg imellom, men berre observere sin eigen tilstand. Dette vart gjort i eit rom med lett musikk, og framgangsmåten skulle indusere sjølvfokusering (av Novotny et al. kalla introspeksjon). Denne gruppa viste størst placeborespons. I ein studie av Bootzin, Herman, og Nicassio (1976) var utgangspunktet ein liknande hypotese, nemleg at den såkalla omvendte placeboeffekten (jfr. Storms og Nisbett, 1970), føresette introspeksjon eller sjølvfokusering. Dei fann ikkje støtte for dette, og såleis har heller ikkje dei gitt Gibbons et. al. (1979) medhald i at sjølvfokusering generelt reduserer verknaden av placebo. Også desse forholda skal eg ta igjen i den teoretiske drøftinga.

Ei tilnærming til fenomenet placebo utifrå eit perspektiv på korleis personar persiperer og tolkar informasjon er fruktbar, men vurderinga mi av denne forskinga er at ein så langt i liten grad har fått ny innsikt ved å studere placebo i forhold til kognitive variablar som eigenskaper ved personlegdomen. Derimot har studiar av samspelet mellom kognisjon og det aktuelle sosiale feltet gitt opphav til spanande analysar med teoretiske implikasjonar. Inkonsistensen i synet på kva rolle sjølvfokusering spelar, har truleg samanheng med ei overvurdering av denne måten å vere på som ein eigenskap ved personar, og ei undervurdering av den situerte relasjonen - at kognisjon generelt sett må studerast kontekstuel. Eg kjem difor attende til denne problemstillinga i samanheng med drøfting av kontekstuelle tilhøve.

## **Kapittel 6**

### **SITUASJON OG KONTEKST**

Først skal vi sjå nærare på ein del granskingar som har studert verknader av placebo i høve til ein del variablar i situasjonen, fyrst og fremst variasjonar i den informasjonen som vert gitt. Deretter skal eg problematisere sjølve omgrepet kontekst, og placebo som eit kontekstuel fenomen.

Sternbach (1966, s. 122) er eit døme på ein studie som har nytta informasjon som uavhengig variabel. Seks studentar over 21 år vart rekruttert til eit eksperiment som inneheldt tre sesjonar. Dei vart fortalt at dei skulle ta tre forskjellige medikament (piller) som hadde tre ulike typar verknader på mage-tarm aktiviteten. Effektane kom til å bli kortvarige, utan etterverknad eller viktige biverknader. Dei tre ulike vilkåra vart indusert med informasjon om at 1) pillen ville ha ein roande og avslappande verknad på magen, 2) pillen ville ikkje ha nokon verknad, den vart berre gitt som kontroll, og 3) pillen ville ha ein stimulerande verknad på mage-aktiviteten. Studentane tok del i alle vilkåra i ulik rekkefølge. Dei vart fortalt at det berre var målinga av dei fysiologiske forandringane i magen som var av interesse, og at det var difor dei vart førebudd på kva verknad dei måtte rekne med, slik at dei ikkje vart alarmert av det som ville skje. Pilleren som vart teken var ein liten magnet brukt for å måle perialistikken i magen (mål på mage-aktivitet). Resultata var eintydige. Instruksjonen påverka mage-aktiviteten i samsvar med den.

Dinnerstein og Halm (1970) manipulerte også informasjonen slik at ei gruppe vart fortald at dei fikk eit roande medikament, og ei anna at medikamentet var stimulerande. Manipulasjonen ga ulike effektar både på subjektive og fysiologiske mål i samsvar med den informasjonen som var gitt. Dei fann også at aspirin berre hadde effekt på stemningsleiet når forsøkspersonane på førehand var indusert til å forvente nettopp ein slik verknad. Penick og Hinkle (1964) samanlikna effekten av fenmetrazine og placebo på appetitten. Medikamentet var berre meir effektiv enn placebo når forsøkspersonane var gitt informasjon på førehand om ein slik verknad - elles ikkje.

Desse døma, saman med implikasjonar i ein del tidlegare omtalte eksperiment, tilseier at «informasjonsverdien» av eit medikament - anten det er placebo eller eit som er farmakologisk aktivt - er ein viktig ingrediens i det som skaper verknaden. Placebo er difor ikkje berre eit fenomen ved farmakologisk inaktiv medikasjon (rein placebo), men eit potensiale i all medikasjon, og kan anten fremje eller hemme den farmakologiske verknaden (urein placebo). Implikasjonen for medisinsk praksis er at medikamentell behandling ikkje berre er ein kjemisk påverknad av kroppen, det er og ei meiningsberande handling - kommunikasjon med det kroppslege subjektet. Når eg nyttar nemninga «informasjonsverdi» er det for å streke under at det informative ikkje berre ligg i den informasjonen som legen reint faktisk formidlar, men i mottakar si fortolking av denne og av eventuelle andre meiningsberande element i konteksten. Følgjande eksperiment indikerer at sjølv når pasientar blir informert om at dei får placebo, vil ein placeboeffekt kunne vere muleg. Etter ei inntaksevaluering på ca. ein time, ga Park og Covi (1965) følgjande instruksjon til femten nevrotiske pasientar:

*«Many people with your kind of condition have also been helped by what are sometimes called "sugar pills", and we feel that a so-called sugar pill may help you, too. Do you know what a sugar pill is? A sugar pill is a pill with no medicine*

*in it at all. I think this pill will help you as it has helped so many others. Are you willing to try this pill?»*

(Park og Covi, 1965, s. 41)

Fjorten av pasientane tok imot pillen, og ei veke seinare rapporterte tretten av desse om betring. Ei skalering gjort av legane deira viste symptomlette for 41 prosent. No kan dette tolkast på mange vis. Det mest trulege er at pillen var irrelevant i høve til andre placeboelement i inntaksintervjuet, og effekten av etablert kontakt for behandling. Frå ein sosialpsykologisk synsvinkel er ein assosiasjon til Festinger sin teori om kognitiv dissonans også relevant (Festinger, 1956). Å gå med på å ta ein pille utan verknad er på eit vis paradoksalt og dissonant. Pasientane kan difor ha blitt dratt i retning av å tru at den verkar likevel. I intervju av pasientane etterpå viste det seg at for seks av dei sitt vedkomande hadde ei slik fortolking gjort seg gjeldande. Denne fortolkinga var imidlertid ikkje relatert til betringa.

### **Dissonans**

At dissonansteori kan vere relevant til placebofenomenet er det mange døme på i litteraturen. Utgangspunktet har imidlertid som regel vore at ein har studert dissonans og ikkje placebo i seg sjølv. Zanna og Cooper (1974) har vist at forsøkspersonar som frivillig deltok i atferd som stridde mot haldningane deira ikkje viste endring av haldning slik ein kunne vente utifrå dissonansteori når dei vart gitt ein placebopille som skulle verke aktiverande. Når placebopillen var relakserande var haldningsendringa som venta. Zanna og Cooper (1974) konkluderer med at atferd som reduserer dissonans er mediert av opplevd aktivering (arousal), og at attribuering av årsak til aktiveringa er ein avgjerande faktor. Når aktiveringa kan attribuerast til årsaker som er irrelevante for dissonansen, som pillen i dette høvet, vil det ikkje skje reduksjon i dissonans. At ein placeboindusert tilstand på dette viset kan vere eit verksamt element i kognitiv sjølvregulering, er seinare gjenteke av fleire (sjå Pittman, 1975 for oversyn). Her

skal eg i tillegg nemne Frey et al. (1983). I deira opplegg gjennomførte forsøkspersonane først ein intelligenstest. I tillegg til testen estimerte dei sin eigen intelligens på ein skala. Ei veke seinare kom forsøkspersonane tilbake for, som det vart sagt, å delta i eit eksperiment for å studere verknaden av medikament på mellom anna konsentrasjonsevna. Resultata frå intelligenstestinga var snart ferdig vart dei fortalt, og dei ville få vite resultata litt seinare. Dei gjennomførte fyrst ein konsentrasjonstest, og fekk deretter medikamentet. Medikamentet var placebo med skriftleg informasjon frå produsent om verknad, anten aktiverande eller roande. Før testing av konsentrasjonen igjen måtte dei vente litt på at medikamentet skulle virke, vart det sagt. Mellomtida vart nytta til å gi tilbakemelding om resultata på intelligenstesten. Dette var ei falsk tilbakemelding slik at den inneheldt eit negativt avvik i høve til den sjølvvurderinga dei hadde gjort tidlegare. Samstundes vart dei bedne om å fylle ut eit evalueringsskjema av sjølve testen som på ein sjupunkt skala ga høve til å gi uttrykk for tiltrua til den, og til testar generelt. Dette var det reelle avhengige målet på reduksjon av dissonans, formulert som fire utsegner for og imot. Placeboeffekten vart målt gjennom eit skjema for sjølvvurdering og var eintydig som forventa med signifikant skilje mellom gruppene. Reduksjon av dissonans viste seg å korrelere med avviket mellom sjølvvurdeing av intelligens og tilbakemelding, men med klar forskjell mellom gruppene. Gruppa med placeboaktivering viste langt mindre reduksjon av dissonans (Frey et al., 1983).

### **Attribusjon**

Eit interessant teoretisk poeng i dømet ovanfor er kombinasjonen av dissonansteori og attribusjonsteori i resonnementet. Her vil eg vise tilbake til drøftinga av «den omvendte placeboeffekten», og den rolla som sjølvfokusering kan spele for utfallet av placeboinduksjon. Begge problemstillingane vedkjem noko felles, nemleg individet sitt tilhøve til informasjon frå ytre og indre kjelder, og korleis denne informasjonen vert nytta. Det er difor gode grunnar til å drøfte dette i samanheng, og sidan attribusjonsteori vedkjem nettopp denne prosessen



skal eg her gi ein kort presentasjon. Det er eigentleg tale om ei relativ lausnemning på eit knippe av teoretiske innfallsvinklar som har til felles at ein freistar å gjere greie for korleis individet både i sjølvpersepsjon og i persepsjon av andre sluttar seg til årsaker for både eigen og andre sin atferd. Attribuering av årsak blir sett på som ein sentral dimensjon i persepsjonsprosessen. Ulik attribuering vil ha ulike konsekvensar både for oppleving og atferd. Som sentrale dimensjonar er det relevant å skilje mellom lokalisering av årsaka, og type årsak. Lokalisering gjeld kor vidt årsaka vert attribuert til individet sjølv, eller ytre tilhøve (inklusiv andre aktørar i situasjonen). Som type årsak er skiljet mellom kausale og intensjonale årsaker relevant - stort sett samanfallande med kor vidt atferda vert oppfatta som å ha årsaker som kan kontrollerast (aktør-påverkast) eller ikkje. Perspektivet er utvikla med utgangspunkt i Fritz Heider (1944, 1958) sin analyse av den naive observatør si fortolking og konstruksjon av daglegdagse hendingar. Som vesentlege teoretiske hovudbidrag i ettertid bør Jones og Davis (1965) og Kelley (1967) nemnast når det gjeld sjølv attribueringsprosessen, Bem (1972) når det gjeld sjølvattribuering, og Weiner (1974, 1986) når det gjeld implikasjonar for motivasjon og atferd. Attribusjon er ein ikkje-medviten prosess (Nisbett og Wilson, 1977), og nettopp vanskane som dette skaper i ein vitskapleg analyse har fått enkelte til å stille seg avvisande til perspektivet.

### **Sjølvpersepsjon**

I denne samanhengen er det attribusjon i sjølvpersepsjon som er relevant. Attribusjon er avhengig av tilgjengeleg informasjon. Men det som ytre sett (observatørperspektivet) er tilgjengeleg informasjon treng ikkje vere samanfallande med det som er relevant informasjon for den som fortolkar. Det er med andre ord vesentleg korleis individet fokuserer informasjonen i konteksten, og deretter transformerer meiningsrelevansen. La oss med dette som utgangspunkt på nytt sjå på tilhøvet mellom sjølvfokusering og placebo. Inkonsistensen eg har vist til i granskingar av dette kan tenkjast å botne i at generaliseringa «sjølvfokusering reduserer placebo» er for enkel. Sjølvfokusering peikar eigentleg

berre på eit modus eller ein posisjon i høve til konteksten. Slik sett er det rimeleg at sjølvfokusering versus ytfokusering potensielt vil spele ei rolle, men kva slags rolle kan vi neppe sjå uavhengig av informasjonsinnhaldet i fokuseringa. Sidan informasjon *er* skilnad, vil sjølvfokuseringa ha ulike implikasjonar avhengig av avviket mellom sjølvpersipert fysiologisk tilstand og forventa tilstand av placeboinduksjonen. Når personen er aktivert og forventar ein roande effekt (av placebo), vil sjølvfokuseringa kunne gi ein effekt som hemmar placebo, og slutninga «pillen ga ingen verknad». Kor vidt det skjer ein omvendt effekt, det vil seie at aktiveringa aukar, føreset ei slutning om kvifor pillen ikkje verka. Attribuering til pillen («pillen *er* utan verknad») vil truleg ikkje gi auka aktivering. Attribuering til ein sjølv («pillen har verknad, men verkar ikkje på meg») kan gi omvendt effekt fordi den kan potensere ei indreattribuert årsak til at ein er aktivert («når ikkje eingong piller verkar på meg....»).

Når forventa verknad fell saman med eller er parallell til den tilstanden ein er i, vil det for det fyrste vere vanskelegare å diskriminere. Når ein alt er aktivert og forventar ytterlegare aktivering (placeboindusert), kan sjølvfokusering motvirke at det skjer. Men placebo kan likevel påverke attribueringa slik at pillen blir opplevd som årsak til ein viss del av aktiveringa. Ei viss empirisk støtte for dette poenget finn ein hos mellom anna Gibbons og Gaeddert (1984) og Levine og McDonald (1981).

Resonnementet ovanfor kan gjere greie for Storm og Nisbett (1970) sine funn, og er kan hende ein innfallsvinkel til å forklare kvifor replikasjonane er så inkonsistente. Ein del studiar underbyggjer premissane. Duncan og Laird (1980) differensierte forsøkspersonane (N=74) i to grupper med omsyn til kor vidt dei som var vurdert som dominerande lot seg påverke av situasjonsproduserte eller eigenproduserte stimuli. Eg tolkar dette som parallelt til sjølvfokusering versus ytfokusering. Begge gruppene var personar som skåra høgt på ein skala for fobisk angst (etter Wolpe). Dei vart utsette for fobiske objekt (elektrisk støy og

slange) under påverknad av ein placebopille indusert anten som roande eller aktiverande. I gruppa med situasjonsorienterte personar gjorde den roande placeboen dei mindre redde for dei fobiske objekta og meir redde når placebo var indusert som aktiverande. I den andre gruppa var resultatet at roande placebo gjorde dei meir redde, medan aktiverande placebo gjorde dei mindre redde.

Brockner og Swap (1983) har replikert Storm og Nisbett (1970) sin klassiske studie av omvendt placeboeffekt hos personar med søvnevanskar. Dei påviser den omvendte effekten, men også at den er sterkare for personar som er sensitive for kroppslege signal og sansingar samanlikna med dei som i liten grad er det. Denne siste samanhengen er også vist av Duncan og Laird (1980). I tillegg finn dei at denne effekten av «kroppsleg medvit» var influert av personen si sjølvopfatning. Hos personar med lågt sjølvbilde var det eit eintydig omvendt forhold mellom grad av kroppsleg medvit og storleiken av placeboeffekten. Hos dei med høg skåre på sjølvbilde var det derimot ingen slik samheng. Implikasjonane av dette er at kognitive prosessar er komplekse, og at dimensjonen sjølvfokusering (inkludert alle synonyme og parallelle omgrep som i hovudsak skil mellom ei ytre- versus indre-orientering) ikkje opptrer isolert, men på ulikt vis i samvirke med andre dimensjonar og informasjonselement.

### **Motivasjon**

Til no har framstillinga i liten grad teke opp faktorar som vedkjem motivasjon og emosjonar. Det er sjølvstapt ingen grunn til at slike faktorar skulle vere uvesentlege. På same vis som både søking etter og transformasjon av informasjon generelt er influert av motivasjon og emosjonar, er det grunn til å rekne med at dette gjer seg gjeldande også i dei kognitive prosessane som influerer på verknader av placebo. Det er ein rimeleg hypotese at placebo som er forventa å gi ein sterkt ønska og god effekt, vil ha større potensiale for verknad enn placebo som også inkluderer negative og lite ønskelege effektar. Eit relativt nøytralt sjølvfokusert observatørmodus vil truleg vere påverka av motivasjon slik at sterke

forventningar vil interferere og gi retning til fokuseringa. Eit døme i den retning finn vi hos Hilgard og Hilgard (1975) som fann at mange smertepasientar rapporterer smertelette på aspirin nesten umiddelbart etter inntak av medikament, før medikamentet kan ha blitt oppteke i blodet. Eit sterkt ønskje om verknad er truleg utslagsgjevande for dette.

Eit poeng til same hypotese finn vi i ein studie av Gibbons og Wright (1981). Forsøkspersonar fikk i dette eksperimentet eit aktiviserande placebo før dei skulle sjå ein utprega erotisk film. Deretter fikk dei ein del spørsmål som inneheldt attribuering av opplevd aktivering. Som forskarane forventa rapporterte personar som skåra høgt på seksuell skuldkjensle meir attribuering til pillen for aktiveringa enn dei som skåra lågt på dette målet. Forfattarane konkluderer med at personane med skuldkjensle utnytta det at situasjonen var tvitydig til sin fordel. Ved å attribuere aktiveringa til ei nøytral kjelde som pillen, slapp ein ta inn over seg å ha blitt opphissa av stimuli som vekker skuldkjensle. Placebopillen har på eit vis spela ei adaptiv rolle i forhold til sjølvbiletet. Gibbons og Wright (1981) sitt funn er konsistent med empiri frå generell attribusjonsforskning der ein slik sjølvtenande eller ego-forsvarande tendens ved attribusjon er påvist i mange ulike samanhengar<sup>1</sup>.

### *Sjølvhemming*

Ein liknande variant finn vi i omgrepet *sjølvhemming*<sup>2</sup> introdusert av Berglas og Jones (1978) i følgjande studie. Forsøkspersonar som skulle arbeide med ein del intellektuelt utfordrande oppgåver fekk på førehand høve til å velje mellom to typar medikament. Medikamenta (som var placebo) var omtala som høvesvis hemmande eller lettande på prestasjonane. Mannlege forsøkspersonar som var mest bekymra for å ikkje lukkast med oppgåvene, viste ein større tendens til å velje det hemmande medikamentet framfor det lettande - i følgje forfattarane truleg fordi medikamentet ville vere nyttig til å forklare ein føresett dårleg

---

<sup>1</sup> «Self-serving bias in attribution» - sjå Weary og Bradley (1978) for oversyn.

<sup>2</sup> Mi omsetjing av «self-handicapping strategies».

prestasjon. No er det ingen data på korleis placeboverknaden vert attribuert i denne studien. I samsvar med attribusjonsteori og den omtalte sjølvtenande funksjonen, bør hypotesen vere at dei som tok hemmande medikament rapporterer større placeboeffekt enn dei andre. I ein liknande studie av Gibbons og Gaeddert (1984) finn vi støtte for dette. Framfor prestasjonsoppgåver av same type vart ei gruppe gitt placebo med prestasjonslettande induksjon, og den andre med prestasjonshemmande induksjon. Sistnemnde gruppe rapporterte signifikant større effekt enn dei som fikk lettande placebo. I ei meir generell analyse der omgrepet «sjølvhemming» vert utvikla, tenkjer Berglas og Jones (1978) seg at denne mekanismen kan spele ei rolle ved visse typar misbruk av medikament, alkohol og andre rusmiddel. Sjølvhemming kan i høve til sjølvbiletet tene adaptive funksjonar, men med ikkje-adaptive sosiale følgjer. Dei karakteriserer ein slik person på følgjande vis:

*«The self-handicapper, we are suggesting, reaches out for impediments, exaggerates handicaps, and embraces any factor reducing personal responsibility for mediocrity and enhancing personal responsibility for success.»*

(Berglas og Jones, 1978 s. 202)

Arkin og Baumgardner (1985) har gjort ei interessant analyse av dette fenomenet utifrå attribusjonsteori. Ved å nytte analyse av ulike attribusjonsdimensjonar viser dei korleis slike strategiar kan ha ulike former å tre fram på - både for primært å verne sjølvbiletet, men og som strategisk sjølvpresentasjon i sosial samhandling. Poenget i denne samanhengen er at placebo, og dermed verknaden, kan spele ulike roller avhengig av den adaptive utfordringa i den situasjonen målpersonen er i.

### **Behandling**

I det vi forlet attribusjonsperspektivet i denne omgang, er det kanskje på sin plass med ein rask implikasjon til behandling. Forestillinga om ein eintydig motivasjon hos pasienten til å bli kvitt symptomet må modifierast. Det vi oppfattar som

«symptom» kan ha ulike roller. Sett frå eit systemteoretisk perspektiv kan symptom utvikla seg frå å vere teikn på disorganisering og ulikevekt, til å bli ein del av likevekta i systemet (Ekeland, 1981). Perspektivet har implikasjonar for behandling. Symptom som er inkludert som ein del av sjølvreguleringa (morfostatisk) vil truleg vere mindre placeboreaktive og difor også farmakologisk vanskelegare å kurere. Dette er eit interessant perspektiv når det gjeld forståinga av kroniske smertetilstandar.

Vi har sett at placebo i høg grad let seg påverke av den tilgjengelege informasjonen i den aktuelle situasjonen. I ein behandlingssituasjon vil legen sine ord og talemåtar vere heilt vesentlege element i sjølvrefleksjonen og sjølvreguleringa som pasienten etablerer i konteksten. Det burde difor ikkje vere ein imperativ karakteristikk å kalle medisinen for «the silent art» (Spiro, 1986, s. 245). Som Entralgo et al. (1970) har peika på vart medisinen taus for å distansere seg frå religiøse lækjetradisjonar med besvergelsar, songar og bønner, og frå den hippokratiske medisinen. Hippokrates rådde rett nok legen til å lytte til pasienten før han gjorde noko anna, og hadde syn for at enkelte pasientar vart friske rett og slett gjennom den gode legen sin måte å vere på. Aristoteles hadde i følge Entralgo et al. (1970) også sans for læking med ord:

*«For Aristotle a physician who was able with his words to produce in a certain patient psychological effects similar to those of the tragic poem would be therapeutically more effective and complete than the one who sees therapeutic practice as only a "mute art", in the manner of the Vergilian Iapex... Can it then be surprising that the word, an instrument so powerful and modifying in governing man`s reality, should by itself, without the addition of a magical power, have the ability to achieve the cure of human disease or at least to help in it?»*

(Entralgo et al., 1970, s. 242)

Men spora etter Hippokrates viser i følge Entralgo et al. (1970) ein medisin som vert stendig meir taus etterkvart som den støttar seg til vitskapen og berre det som let seg måle som rasjonale for «kunsten». I den grad det vart tala, var talen ein monolog over den sjuke. På mange vis er det Freud som innfører dialogen, og dermed psykoterapien. Men, det har vore tilbakeslag. Spiro skriv:

*«For a while, in the nineteenth and twentieth centuries, the spread of psychotherapy and psychosomatic medicine made it look as if physicians were beginning to talk to patients again, and to listen to them. Yet the imaging revolution in the 1970s and 1980s has pushed medical practice far toward the silent art once again. Medicine has become a world of silence between doctor and patient, broken by the beeps and whirrs of the monitors.»*

(Spiro. 1986, s. 245)

At ord skaper bilete hos mottakar treng ikkje nærare dokumentasjon. Og at førestellingar påverkar fysiologi er empirisk veldokumentert, ikkje minst gjennom moderne forskning på biofeedback. Barber (1984) oppsummerer meir enn 30 års forskning om dette, og finn det dokumentert at kontroll av autonome fysiologiske reaksjonar indusert av førestellingar blir mediert på same vis som slik kontroll elles, nemleg gjennom det limbisk-hypotalamiske systemet. Eit interessant poeng, som Green (1979) har peika på, er at desse lågare sentra i hjernen ikkje diskriminerer mellom perspekt utløyst av ytre stimuli og persept aktivert som førestilling. Med andre ord at perseptet av eit objekt og førestillingsbiletet av objektet er nevrologisk like.

Eg omtalte tidlegare Norman Cousins som ein moderne faneberar for ein ny medisin som tek på alvor at sjukdom først og fremst dreier seg om sjuke menneske. Han har noko å seie også om *ordet* si rolle, og eg gir han nettopp det som avsluttande kommentar til denne sekvensen:

*«Words, when used by the doctor, can be gate openers or gate slammers. They can open the way to recovery, or they can make a patient dependent, tremulous, fearful, resistant. The right words can potentiate a patient, mobilize the will to live, and provide a congenial environment for heroic response. The wrong words can produce despair.»*

(Cousins, 1983 s. 13)

### **Kontekst**

Sidan *kontekst* er eit viktig omgrep i dei analysane eg skal føre fram seinare, skal eg her drøfte det prinsippielt. Det er på mange vis eit vanskeleg omgrep. Det er ikkje til hinder for at det ofte vert nytta - og ofte utan nokon eksplisitt refleksjon om kva omgrepet impliserer. I mange samanhengar er det tydelegvis meint situasjonen, dvs. tilhøve som er diskontinuerlege, ustabile og som berre har aktualitet i eit bestemt samanfallande tidsintervall med den avhengige variabelen. I andre samanhengar vert kontekst nærast referert til som ein restkategori - eller i statistiske samanhengar som restvarians. Endeleg vert kontekst nytta som den «totale kontekst», dvs. den samtidige verknadsrelasjon mellom alle variablar, både kjende og ukjende.

Ein kan finne alle desse variantar i litteraturen om placebo, og rett så ofte ei tilvising til at konteksten er viktig for placebofenomenet. Derimot finn ein omtrent ikkje studiar og analysar som tek dette på alvor, sjølv om ein del av dei vi har sett på i prinsippet impliserer eit kontekstuellet perspektiv. Grunnane til dette kan vere fleire. For det første er vi i vitenskaplege samanhengar nokså fattige på omgrep om kontekst som kan gi oss analytisk hjelp for vitenskaplege føremål. Ein annan grunn kan vere at ein ignorerer implikasjonane av eit kontekstuellet perspektiv. Anthony Wilden (1972) hevdar eit slikt synspunkt. Med referanse til vitenskapen generelt kjem han med denne kraftsalven: «... - and ignorance of the context happens to be one of our most highly developed cultural values.» (Wilden, 1972, s. 114).



Wilden sin kritikk vedkjem ulike analytiske nivå - både ignorering i høve til «aktuell kontekst», det vil seie den konteksten som det fokuserte objekt ein studerer er ein del av. Men Wilden sin kritikk femner vidare, nemleg ignorering av den konteksten som forskaren, hans teoriar og metodar er ein del av. Ignorering av denne konteksten kan ha følgjande utfall: at røyndomen vert forveksla med metoden som studerer han, at metode vert ontologi, og at vitskaplege disiplinar vert «imperialistiske» ved ukritisk å generalisere sin kunnskap frå «*part of the field to the whole of the field*» (Wilden, 1972, s. 115).

For psykologien sin del kan ein med eit blikk på den historiske utviklinga hevde at trenden har vore ei auka merksemd mot større vektlegging av situasjon og kontekst i forståinga av atferd, sjølv om det alltid har vore (og framleis er) eit spenningstilhøve mellom «situasjonistar» og «personistar». Ross og Nisbett (1991) har gitt eit overtydande oversyn over tendensen både blant lek og lærd til å undervurdere det sosiale feltet si rolle når atferd skal gjerast greie for.

Framveksten av sosialpsykologi som teori- og forskingsfelt var historisk sett eit opprør mot denne tendensen. Kurt Lewin sin *felteori* er ein klassisk modell som gir dette perspektivet ei teoretisk form. At kontekst ofte vert undervurdert også av fagfolk, er Stanley Milgram sine studiar av autoritet og lydnad eit klassisk døme på (Milgram, 1963, 1964). Før Milgram sette i gang forsøket sitt for å sjå kor langt forsøkspersonar ville gå i å påføre ein elev straff (elektrisk sjokk) i ein simulert laboratoriestudie om læring, bad han psykiatrar og psykologar om å estimere dette. Ekspertane, som truleg vurderte kva individuelle eigenskapar som skulle til, meinte at omlag ein prosent av forsøkspersonane ville vere medløparar heilt til slutt. Resultatet av Milgram sitt første eksperiment viste at 65 prosent fullførte - eit omfang som også er stadfesta i seinare studiar. Dei individuelle faktorane vert i ein slik samanheng trivielle i høve til sjølve konteksten. At vi også i dagleglivet har ein generell tendens til å undervurdere kontekstuelle tilhøve og å overvurdere personkarakteristika er veldokumentert i sosialpsykologien og fått sitt eige namn som *den fundamentale attribusjonsfeilen* (Ross, 1977).

*Kontekst* tyder «samanvevd» (con=saman, texere=veve). I denne tydinga er «alt kontekst» og «kontekst er alt». Når Gro Harlem Brundtland blir sitert med ironi på utsegna «Alt henger sammen med alt» uttrykkjer dette at det sjølvsegte samstundes vert meiningslaust fordi kontekst ikkje kan gjerast synleg utan gjennom reduksjon av kontekst. Noko i kontekst må gjerast eksplisitt som «tekst» for at kontekst skal kunne omtalast, men då er det samstundes ein annan kontekst enn «kontekst er alt». Det som er gjort eksplisitt som tekst kan samstundes berre vere tekst i relasjon til kontekst - altså som *tekst* i *kon-tekst*. Problemstillinga er parallell til figur-grunn fenomenet i persepsjonpsykologien. Det som er *figur* kan ikkje samstundes vere *grunn*, samstundes er figur ein eksplikasjon frå grunn som såleis definerer grunn - og av denne defineringa følgjer at grunn kan bli figur og figur bli grunn. Kontekst er med andre ord et spørsmål om *punktuering*, og punktuering føreset ein observatør som punktuerer. Punktuering inneber å etablere skilnader eller grenser. Når observatøren punktuerer kontekst i eit «figur-grunn» perspekt, grip han samstundes inn i konteksten og forandrar den. Observatøren vert ein del av det observerte. Det observerte er følgeleg alltid observert av ein observatør i ein observatør-kontekst relasjon. Det observerte er difor alltid relativt til observatøren. Det vi difor for ulike føremål, kliniske eller vitskaplege, definerer som kontekst, er ein observatør-punktuert kontekst - med andre ord ein tekst i høve til eit ukjent tal på mulege tekstar.

Går vi attende til temaet placebo er gjennomgangen av det eg har kalla placebovariablar ein gjennomgang av punktueringar som anten kan vere metodiske eller teoretiske punktueringar. Ein behandlingsskontekst i tydinga «kontekst er alt» inkluderer nødvendigvis alle desse punktueringane, og ikkje minst relasjonen mellom dei. Uansett kor mange enkelte variablar vi finn det relevant å punktuerer, vil konteksten vere meir enn summen av dei enkelte variablane. I ein lege-pasient relasjon vil der vere to observatørar. Når relasjonen vert gjort til gjenstand for analyse vil forskaren vere den tredje observatøren. Når vi diskuterer kva rolle kontekst spelar er det difor avgjerande å definere kva slags

observatør-kontekst-relasjon vi refererer til. Når vi studerer placeboverknader er det pasienten-som-observatør-konteksten som sjølv sagt er den relevante, med andre ord at den einaste konteksten som kan initiere placeboverknad er den som er punktuert av pasienten. Den lege-punktuerte konteksten er berre verksam som ein del av denne konteksten.

Men kontekst er også som kinesiske øskjer - dei impliserer andre kontekstar. Når behandlingssituasjonen vert fokusert som kontekst er det stort sett som aktuell kontekst, som situasjon. Men ein gitt behandlingssituasjon er nettopp ein behandlingssituasjon fordi den er tekst i høve til ein meta-kontekst, det vil i vår samanheng seie eit kulturelt akseptert system for definering og handsaming av sjukdom. Når dette poenget i så liten grad er fokusert i litteraturen om placebo, kan det skuldast den klassiske vansken med å sjå den konteksten som ein sjølv er inkludert i. Perspektivet vert tydelegare når vi seinare skal drøfte behandlingssystem i andre kulturar.

Som tidlegare nemnt vert placebo ofte omtala synonymt med «narrepille». At ein pille «utan verknad» verkar, er det «magiske» ved placebofenomenet. Men det er sjølv sagt ikkje pillen som konkret gjenstand, pillen som stoffleg substans som kan virke. Placebopillen kan berre virke fordi den samstundes er symbol og informasjon. Med andre ord, det er pillen som meining som initierer placeboverknaden, og meining er alltid noko kontekstuell. Når det norske flagget skaper kjensler i folk, er det ikkje som eit stykke ty, men som symbol som kondenserer ein kontekst. På same viset vil ein pille berre kunne verte placebo ved at den i ein aktuell kontekst vert oppfatta som symbol for den konteksten som samstundes definerer den. Uavhengig av pillen sin kjemi kan pillen slik ha ei meining - og meininga spring ut av ein pille-kontekst relasjon. Der det i utgangspunktet ikkje er kjemi, er der ei meining som aktiviserer «kroppen sin kjemi». Ignorering av kontekst, anten som sosial eller biologisk, har i følge Dubos (1965) ei historisk forankring i moderne medisin knytt til doktrinen om «spesifikk

etiologi». Enkelt sagt inneber den at for kvar sjukdom er der ei årsak - vanlegvis ein mikrobe (smitte) eller ein eller anna mangeltilstand som er årsak til sjukdomen. Denne doktrinen vart på slutten av 1900-talet sementert som nærast synonymt med vitenskapleg medisin. Den historiske bakgrunnen var den suksess som Louis Pasteur og etterfølgjarane hans hadde i å påvise samanhengen mellom akutte infeksjonssjukdomar og smitemikrobar. Dodge og Martin (1970) gir denne framstillinga:

*«For one disease after another, specific causative pathogens were isolated and specific curative agents were developed. The traditional multicausal perspective, stressing the loss of a maintenance equilibrium involving man as a whole and varying factors in his total environment, was slowly being relinquished in the face of overwhelming evidence in favor of the germ theory. Indeed, during this period Pasteur attested before the Paris Academy of Medicine that the discovery of specific causes heralded the end of the "old medicine".»*

(Dodge og Martin, 1970 s. 13)

Den «gamle» medisinen i denne tydinga har gradvis vorte moderne igjen. Claude Bernard, ein samtidig av Pasteur, var ein viktig føregangsmann for dette. Han kritiserte Pasteur for den einsidige vekta han la på mikroben. Sjølv la han vekt på kroppen sin tilstand av likevekt og dei kroppslege reaksjonane på mikrobessmitte. Doktrinen om spesifikk etiologi let for mange spørsmål verte ståande utan svar, det var meir som gikk føre seg enn ein mekanisk sjukdomsprosess initiert av ein mikrobe som hadde invadert kroppen. I følgje Hans Selye, kjent som grunnleggjar av moderne stressforskning, er det ein kreditt til Pasteur sin storleik som vitenskapsmann at han då han låg for døden skal ha uttala: *«Bernard was right. The microbe is nothing, the soil is everything. (Bernard avait raison. Le germe n'est rien, c'est le terrain qui est tout.)»* (Selye, 1956, s. 205)

Anten det er det biologiske eller det sosiale og kulturelle som er «gjenstanden», er utfordringa like fullt den same. Korleis utvikle omgrep om heilskap som gjer det muleg å studere delar både som delar, og som relasjonar. Vitskapen gjer helst bruk av variablar når det studerer sine objekt, det er enklast slik. Variablar let seg kvantifisere. Men i relasjonar *mellom* variablar kan det kvantitative aspektet vere trivielt. Det er som med mønster - ein karakteriserer ikkje det som *meir* eller *mindre*. Kontekst kan ein likne med mønster - måten noko er vove saman på. Eg skal la dette vere ein førebels posisjon, nødvendig som kommentar til litteraturen om placebo og kontekst. Men før vi drøftar dette vidare er det på tide, også i lys av empirien som er lagt fram, å sjå på ulike definisjonar og teoriar om placebo.

## Kapittel 7

### DEFINISJONAR OG OMGREP - EI DRØFTING

Innleiingsvis kommenterte eg den historiske utviklinga av omgrepet placebo. Etter å ha gått gjennom det forkinga så langt kan fortelje oss om fenomenet, er det nødvendig med en ein meir eksplisitt diskusjon av omgrepet i ein vitskapeleg samanheng. For når placebo, som det er vist, har vorte eit tema for forskning i seg sjølv, trengst det ein definisjon som i det minste gjer det muleg å spesifisere *kva* ein skal studerer når ein studerer placebo.

#### Konnotasjonar

Placebo har vist seg å vere eit vanskeleg omgrep i ein slik samanheng. Av mange grunnar. Ikkje minst av at omgrepet er invadert av bruksmåtar som vi kan kalle behandlingpolitiske, det vil seie som invektiv til å karakterisere behandlingar ein sjølv tek avstand frå - som ein grensepost mellom kvakksalveri og vitskap. I desse bruksmåtene kan det ligge to ulike tydingar. Behandlinga vert anten karakterisert som placebo fordi den vert vurdert til ikkje å ha nokon reell verknad i det heile teke, eller at verknaden ikkje heng saman med behandlinga slik tilhengarane hevdar. Placebo vert i den samanheng nytta som ei alternativ forklaring. I båd høve får omgrepet negative konnotasjonar. Kva slags bityding som gjeld kan ofte vere uklart. Som vi såg i den historiske gjennomgangen vart placebo nytta om noko «som ikkje verka». Språkleg har difor «placeboverknad» vorte ein oxymoron - eit uttrykk som kan nyttast på innbyrdes motseiande måtar. Men, som vi no har sett er det ingen grunn til å assosiere placebo med «ikkje-verknad». Det er heller

ikkje grunnlag for å distansere placebo frå verknader som er spesifikke i høve til behandlinga. I ein klinisk samanheng vil placebo kunne vere ein integrert komponent av verknaden av ei kvar behandling - og kva som er kva, vil kunne vere uvisst både for lege og pasient. Som invektiv måtte ein i så fall seie «berre placebo», og dette er då også ein av konnotasjonane. Men «berre» ligg nokså nært noko som er marginalt og av liten verdi. Gjennomgang av empirien tilseier at ein slik status ikkje er fortent.

### **Placebo som feilkjelde**

Konnotasjonar er ikkje utan vidare uavhengig av denotasjonar, og det er ikkje vanskeleg å finne døme på presumptivt faglege definisjonar som er meir vinkla av behandlingsspolitisk omsyn enn i samsvar med empirisk kunnskap om fenomenet. At placebo er vanskeleg å gripe i ein allmenn definisjon, må vi også sjå på bakgrunn av brukstydinga omgrepet har hatt i samband med forskning i moderne tid. I samband med farmakologisk forskning treng ein ikkje ein definisjon av placebo som seier kva dette fenomenet er. Ein kan nøye seg med ein negasjon: Placebo høyrer til den klasse av uavhengige variablar som ikkje er kjemiske, og vert såleis jamgodt med feilkjelde. For forskaren som har som mål å dokumentere vitenskapleg kva samanheng det er mellom eit bestemt farmakologisk stoff med ei kjent kjemisk samansetting, og verknaden på bestemte kroppslege tilstandar, er det dei fysiokjemiske verknadsvegane som er interessante. Andre ikkje-kjemiske verknadsvegar har i denne samanhengen ikkje nokon annan status enn det omsyn forskaren må ta for å skaffe seg vitenskapleg grunnlag for slutningar om samanheng mellom farmaka og verknad på kroppen. Dette vil ein kalle *spesifikke verknader*, fordi dei er spesifisert av behandlinga ein studerer. Verknader som må ha andre grunnar (placebo-kontroll), kan ein tilstrekkeleg omtale som *ikkje-spesifikke* av den enkle grunn at årsakene er empirisk ukjente. Variablane er ikkje empirisk spesifiserte variablar, dei er ikkje-spesifiserte variablar ein har kontrollert for. Placebo er i ein slik samanheng eit metodeomgrep, relativt uproblematisk å definere for operasjonelle føremål. Problema er heller ikkje avgjerande så lenge

ein byggjer inn i definisjonen ei avgrensing som berre inkluderer medisinsk behandling. Brody, filosof og kliniskar, har gitt ein slik avgrensa definisjon av placebo-effekten:

*«The placebo effect is the change in the patients condition that is attributable to the symbolic import of the healing intervention rather than to the interventions specific pharmacologic or physiologic effects.»*

(Brody, 1980 s. 113).

Denne definisjonen seier to ting samstundes om årsaker. For det fyrste at placebo *ikkje* er verknader av farmakologiske årsaker, og at årsakene har med symbol å gjere, det vil seie gjeld meiningsinnhaldet i behandlingsprosedyren. Dette samsvarar med distinksjonen «pille som kjemi» og «pille som flagg». Det vil vere muleg å detaljere ein slik definisjon ytterlegare etterkvart som ein vinn innsikt, og såleis kan spesifisere innhaldet i *«the symbolic import»*.

### **Forsøk på ein allmenn definisjon**

Meir problematisk vert det når ein vil finne ein definisjon for eit utvida bruksføremål; ein allmenn definisjon som ikkje er avgrensa til bestemte typar behandling. Det var ein slik allmenn definisjon Shapiro tok sikte på å utvikle. Etter ein del revisjonar vart definisjonen frå 1978 ståande - og har fått status som standarddefinisjon. Eg har tidlegare sitert den, og gjentek den her. For, som vi skal sjå, den er på ingen måte uproblematisk:

*«A placebo is defined as any therapy or component of therapy that is deliberately used for its non-specific, psychological, or psychophysiological effect, or that is used for its presumed specific effect, but is without specific activity for the condition being treated.»*

(Shapiro og Morris, 1978, s. 371)



Som vi ser er dette ein definisjon av placebo som terapi. For samanhengen si skuld tek vi også med definisjonen på placeboeffekt:

*«A placebo effect is defined as the psychological or psychophysiological effect produced by placebos.»*

(Shapiro og Morris, 1978, s. 371)

Definisjonen seier at placebo er noko som vedkjem ei kvar behandling. Shapiro og Morris drøftar dette og gjer framlegg om distinksjonen «rein» versus «urein» placebo. Rein placebo er terapi som ikkje inneheld aktive komponentar, medan urein placebo er aktive komponentar som i tillegg har ein placebo komponent. Samtidig seier definisjonen at placebo som terapi både kan vere intendert (deliberately=med overlegg) og ikkje intendert som del av ei spesifikk behandling. Eit problem her er etter mitt syn at denne inkluderinga av *både og* er irrelevant i høve til fenomenet. Terapeuten som føreskriv ei behandling som han *veit* er placebo, vil ikkje gjere det med mindre han framstiller den som ikkje-placebo. Men, terapeuten vil òg foreskrive behandlingar som han *veit* (eller trur han *veit*) ikkje er placebo, men som reelt er placebo. Medisinen si historie gir nok av døme på det, men også på den varianten at terapeuten gir behandling han trur er placebo, men som reelt viser seg ikkje å vere placebo. Effekten er i alle høve «ikkje-spesifikk» og utan spesifikk aktivitet for tilstanden som vert behandla. Dette er meir problematisk. Om «spesifikk aktivitet» seier Shapiro og Morris:

*«Specific activity is the therapeutic influence attributable solely to the contents or processes of the therapies rendered. The criterion for specific activity (and therefor the placebo effect) should be based on scientifically controlled studies.»*

(Shapiro og Morris, 1978 s. 372)

## Placebo i psykoterapi

Om konteksten er medisinsk behandling er «ikkje-spesifikk» kurant som synonym for ikkje-farmakologisk. Men kva er ikkje-spesifikt i psykoterapi? Termen ikkje-spesifikk er ikkje ei nyskaping av Shapiro og Morris. Den har vorte nytta synonymt med placebo av fleire forfattarar i samband med psykoterapi, introdusert fyrst av Rosenthal og Frank (1956) i samband med ei utviding av placebo-omgrepet til å omfatte også psykologisk behandling. Dei refererer til placebo som ei ikkje-spesifikk form for psykoterapi og set fram den hypotesen at det er desse ikkje-spesifikke faktorane ved alle former for psykoterapi som kan forklare at det er ei relativ konstant rate for betring på tvers av ulike former for psykoterapi. Noko seinare kom Frank (1961) med ei meir systematisk underbygging av dette i ein kryss-kulturelt studie. Konklusjonen er her at alle kulturelt aksepterte terapiar viste omlag same grad av betring, og at det er ikkje-spesifikke, felles faktorar snarare enn aktive ingrediensar i den einskilde terapien som må ta «æra» for denne verknaden. Definisjonen av placebo er i samsvar med dette, i det placebo vert framstilt som «*..therapeutically inert from the standpoint of the therapy being used*» (Rosenthal og Frank, 1956 s. 299-300). At psykoterapi slik vert framstilt som placebo har ført til ein veritabel debatt innan fagfeltet - tilsvarande den eg har drøfta når det gjeld hypnoterapi.

Goldstein (1960) brukte termen «ikkje-spesifikk» til å erstatte det problematiske «spontan remisjon». Barron og Leary (1955) hadde med rette peikt på at å omtale ei betring som «spontan remisjon» var å vedgå at «*..a change has occurred for reasons which we do not understand*» (s. 239). Å omtale ein terapi som ikkje-spesifikk er heller ikkje særleg meir oppklarande. Bernstein og Nietzel (1977) har fatta dette poenget og argumenterer for at det ikkje treng vere nokon fundamental skilnad mellom det ein definerer høvesvis som «spesifikt» eller «ikkje-spesifikt» i ein terapi. Følgjande kommentar er treffande:

*«..specific effects are those based on principles we understand and nonspecific*

*effects are based on principles which are less well known».*

(Bernstein og Nietzel, 1977, s. 148)

Vanskane med å definere placebo i samband med psykoterapi heng sjølvstamt saman med at her må ein finne ein definatorisk distinksjon mellom to sett av psykologiske variablar. Det er eit problem i seg sjølv sidan *kva psykoterapi er* synest å vere relativt til kva den aktuelle terapeutiske teorien hevdar. Det som frå *eit* terapeutisk perspektiv er spesifikt, kan såleis frå ein annan posisjon hevdast å vere ikkje-spesifikt. Wilkins har i fleire artiklar kritisert rasjonalet for bruk av placebo-kontroll i psykoterapiforskning, og også omgrepet «ikkje-spesifikk» i samanheng med placebo (Wilkins 1983, 1984, 1986a, 1986b). For det første peikar han på at termen vert nytta på to kvalitativt ulike måtar utan at dette vert gjort eksplisitt. Ein refererer vekselvis til eigenskaper ved konteksten for behandlinga, eller til behandlingsprosedyren i seg sjølv. Eit hovudpoeng for Wilkins er elles det meningslause i å skulle skilje mellom behandlar og behandling i psykoterapi:

*«Whereas chemotherapist behaviors are to prescribe the treatment, psychotherapist behavior are prescribed by the treatment. In the psychotherapy setting, it is not possible to distinguish, methodologically or conceptually, between the treatment delivered and the treatment-delivery process».*

(Wilkins, 1986b, s. 7)

Wilkins konkluderer med at bruk av placebo-kontroll i psykoterapiforskning har vorte eit hinder for utvikling og akkumulering av kunnskap om *kva* som verkar, og *korleis* i psykoterapi.

Debatten om placebo og psykoterapi er på mange vis ein avslørande debatt. Den er uryddig fordi den inneheld fleire ulike premissar og siktemål, både behandlingspolitiske, metodiske og teoretiske. I vår behandlingsskulturar er det

avgjerande for ei behandling sin status i høve til kulturell og offentleg konsensus at ein på eit vitenskapleg grunnlag kan demonstrere effekt. Slik evaluering av psykoterapi er vitenskapleg og metodisk krevjande. Som vi seinare skal sjå har det vore problematisk i ein del samanhengar å påvise effekt av psykoterapi betre enn det ein har definert som placebo-kontroll. Eg skal drøfte dette meir utførleg seinare i samband med ei analyse av psykoterapi. Poenget i denne samanhengen er at dei negative konnotasjonane ved placebo-omgrepet har ført til den tolkinga at psykoterapi dermed er ineffektivt. Ein slik konklusjon er det ikkje grunnlag for, som også Frank (1972) har vedgått. Det er derimot grunnlag for å reise den hypotesen at verknader av psykoterapi må forståast på ein annan måte og i eit anna omgrepsapparat enn det som er implisert i dei spesifikke teoriane om psykoterapi. Denne hypotesen skal eg utforske seinare, idet eg her berre sluttar meg til det grunnlaget som Brody (1980) gir:

*«...the factors most responsible for success in psychotherapy might be the same factors responsible for the placebo effect. To say this is not to denigrate psychotherapy in any way...There is ample evidence of the great power of the placebo effect, and anything that claim for itself even part of this power deserves recognition as an effective therapeutic modality. One might view psychotherapy, in this regard, as a highly organized way of bringing the placebo effect to bear on a special class of patients who otherwise would be very resistant to it.»*

(Brody, 1980, s.121)

Kritikken mot forskinga på psykoterapi for anten ikkje å ta kravet om kontrollgrupper alvorleg nok, eller ikkje kunne demonstrere effekt utover placebo, har likevel vore vedvarande - noko som har fått m.a. Parloff (1986) til å kalle placebo-omgrepet for «*psychotherapy`s most durable bogeyman*». Som vi tidlegare har sett er det empirisk muleg å spesifisere visse årsaks-verknads relasjonar i placebofenomenet. Synonymet «ikkje-spesifikk» er difor problematisk ikkje berre av logiske, men også av empiriske grunnar. Metodisk vert det difor

problematisk å definere kva ei placebo kontrollgruppe er for noko i psykoterapiforskning. Eg skal ikkje gi meg i kast med ei detaljering av korleis ein har freista å gjere dette, men halde meg til det prinsipielle.

Critelli og Neumann (1984) tek utgangspunkt i at det er viktig å skilje mellom «teoretisk uverksam» og «terapeutisk uverksam» i analyse av placebo-omgrepet. Dei høyrer til tilhengarane, og argumenterer for å nytte placbokontroll. Dei freistar å redde placebo-omgrepet ved å presisere termen «ikkje-spesifikk» til å gjelde «*factors that are common to most type of therapy*» (s. 34). Som døme på slike faktorar nemner dei suggesjon, overtaling, om behandlinga står til truande, forventningar om betring, «demand» faktorar, entusiasme, merksemd frå terapeuten osv. Dei utleier fire ulike strategiar for forskning og hevdar at det er muleg å evaluere spesifikke terapeutiske effektar kontrollert mot slike «felles faktorar». Etter kritikk av mellom anna Kirsch (1985), modifiserte Critelli (1985) definisjonen av placebo som felles faktorar til å gjelde prosedyrar som anten er felles for dei fleste typar terapi, verkar gjennom mekanismar som er felles for dei fleste typar terapiar, eller verkar gjennom dei same mekanismane som placebo i medisinen.

Critelli og Neumann har møtt kraftig motbør (Wilkins, 1986a; Henry, 1985; Kirsch, 1986; Parloff, 1986; Horvath, 1987; Senger, 1987). Parloff (1986) kallar presiseringa «felles faktorar» semantisk akrobatikk og finn at det er nyttelaust å definere placebo operasjonelt i psykoterapiforskning. Wilkins (1986b) nyttar karakteristikken «meningslaus» og Horvath (1987) er ikkje nådigare i det han finn det logisk umuleg å definere placebo som placebo-kontroll i psykoterapi. Henry (1985) kritiserer Critelli og Neumann (1984) for å legge til grunn ein additiv positivistisk prediksjonsmodell i resonnementet sitt, ein modell som fremjer eit falskt bilete av korleis terapeutiske endringar går føre seg, og avsluttar sarkastisk: «...*the placebo debate may be therapeutically active, but it is theoretically inert*» (Henry, 1985, s. 239). Og Butler et al. (1984), i eit tilsvar på kritikk frå Prioleau et

al. (1983) for mangel på placebo-kontroll, synest vere oppriktige når dei seier:

*«..we don`t even know what a placebo for psychotherapy should look like. Indeed, no such thing may exist. ... At present we tend to simply define psychotherapy as what therapist do and we define placebos as what therapist don`t do.»*

(Butler et al. 1984, s. 756)

Placebodebatten har på mange vis ført forskinga om psykoterapi inn i eit uføre. Det behandlingspolitiske imperativet om å kunne dokumentere effekt har skugga for den langt viktigare utfordringa det er å skjøne kva som går føre seg i terapi. Det er det den vitskapelege statusen til psykoterapi i framtida vil stå om (sjå elles kapittel 27). Historia om Franz Anton Mesmer og «animalsk magnetisme» kan vere eit passende lærestykke (sjå Eysenck, 1970, for ein gjennomgang). Då dei franske styresmaktene på 1800-talet kom med forbod mot den såkalla «mesmerisma», var det ikkje fordi metoden ikkje hadde vist seg å ha effekt, men fordi kontrollerte forsøk viste at denne effekten ikkje kunne skuldast det Mesmer og tilhengarane hevda; nemleg ei form for magnetisk påverknad. Metoden vart altså diskvalifisert i høve til eit fysikalsk paradigme den gjorde krav på å kunne forklarast utifrå. No levde mesmerismen likevel vidare og fann god grobotn i den amerikanske kulturen (Cushman, 1995). I moderne behandling finn vi arven etter Mesmer akseptert som metode innan den kliniske psykologien, nemleg hypnoterapi eller klinisk bruk av hypnose. Som eg har nemnt er det framleis problematisk å gjere greie for kva hypnose *er*, men så lenge ein teoretiserer *innan* forklaringsparadigme som er vitskapleg akseptert, er praksisen legitimert.

Cartwright og Cartwright (1958) hadde nettopp eit slikt paradigmatiske poeng i tankane når dei alt tidleg rådde forskarar på effektar av psykoterapi til ikkje å uroe seg over eliminering av placebo i psykoterapi. Sidan Watson sine dagar og det behavioristiske opprøret har presset frå eit kvasifysikalistisk forskingsparadigme i psykologien vore sterkt, og placebo-kontroll debatten er uttrykk for at ein

metodisk sett har hamna i ei paradigmatisk felle. Wilkins illustrerer poenget:

*«By using derivatives from chemotherapy research, psychotherapy researchers have engaged in a paradoxical and self-defeating search for psychological causes with concepts, metaphors, and inferential practices that were originally designed to rule out all psychological causes. It would be similarly self-defeating for chemotherapists to adopt terms and methods that were designed specifically to exclude all physiochemical phenomena from causal statements».*

(Wilkins 1986a, s. 552)

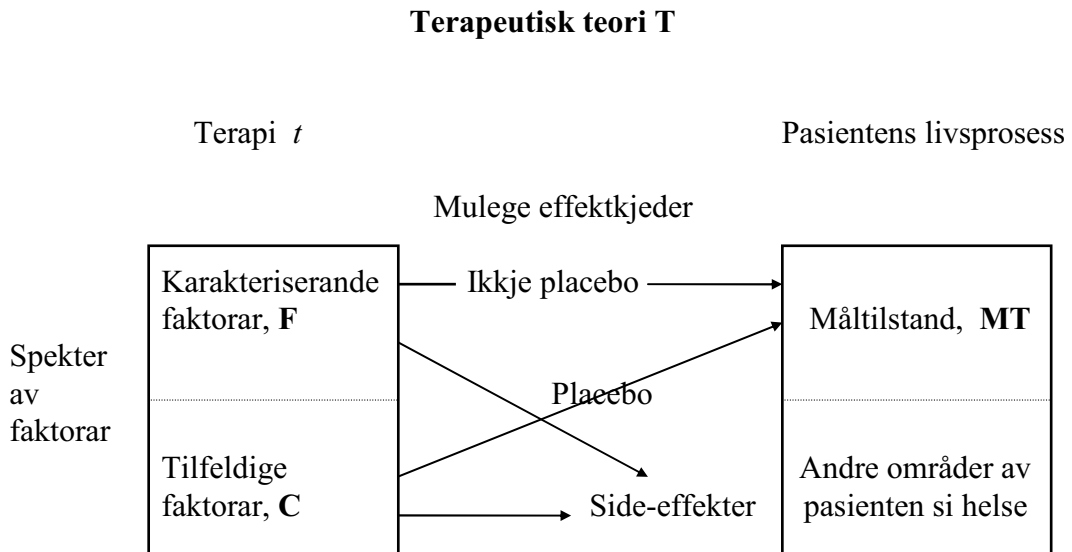
Psykoterapiforsking, som forsking på kva som går føre seg mellom behandlar og klient, liknar lite på kjemoterapeutisk forsking. Derimot plasserer problemstillinga seg midt i eit tradisjonelt sosialpsykologisk paradigme og, som eg alt har vist til, er det tydeleg at også placebofenomenet har slektskap med mange fenomen demonstrert i det sosialpsykologiske laboratoriet. Placebo er ein merkelapp på slike psykologiske krefter, krefter som til overmål har demonstrert sin terapeutiske potens. I staden for å øyde krefter på å kontrollere for ei slik terapeutisk gullgruve, burde utfordringa for lengst ha vore å utforske korleis ein kan maksimere og utnytte desse kreftene til beste for både klient og behandlar.

### **Babelsk forvirring**

Vi har sett kva vanskar placebo-omgrepet hamnar i når det vert fokusert som noko anna enn det ein for operasjonelle føremål definerer som artifakta og feilkjelde. Den som mest grundig har arbeidd med dei formale sidene ved omgrepet er filosofen og logikaren Grünbaum (1986). Han karakteriserer utgangspunktet, den medisinske og psykiatriske litteraturen om placebo, som ein tilstand av «babelsk forvirring». I oppryddingsarbeidet sitt tek han utgangspunkt i Shapiro og Morris sin definisjon, som han relativt nådeløst karakteriserer som ulogisk, forvirrande og villeiande - stort sett utifrå premissar eg alt har vore inne på. Det er ikkje distinksjonen mellom «ikkje-spesifikke» og «spesifikke» verknader som er det

relevante skiljet mellom placebo og ikkje-placebo, hevdar Grünbaum, men kor vidt dei terapeutiske faktorane er *karakterisert* eller *ikkje karakterisert* av den aktuelle behandlinga inklusiv behandlingsteorien (Grünbaum, 1986).

Resonnementet hans kan best oppsummerast i følgjande figur:



Figur 7-1. Illustrasjon av terapeutisk teori T, til klargjering av definisjon av placebo. Tilpassa frå Grünbaum (1986, s. 22)

Eg skal ikkje gå i detalj på Grünbaum sine premisser. Dei er kurrante nok. Tek vi utgangspunkt i figuren seier den at utifrå ein bestemt terapeutisk teori T, kan vi utleie ein terapi  $t$ . Ein kvar terapi vil kunne ha eit spekter av potensielle faktorar som kan verke. Dei faktorane som er karakterisert av  $t$  (spesifisert av terapien) er her kalla F. I tillegg vil der kunne vere eit sett av tilfeldige faktorar, både kjende og ukjende - her kalla C. Dei er tilfeldige i den tyding at dei vert sett som irrelevante i høve til terapien  $t$ , men dei treng difor ikkje vere usystematiske i høve til ein viss verknad. Overfor ein bestemt tilstand måltilstand (MT) vil terapien kunne ha ikkje-placebo verknader gjennom F og placeboeffekt gjennom C. I



tillegg vil både F og C kunne ha sideverknader på andre områder av pasienten si helse og funksjonsnivå. Overfor ein annan tilstand (MT) kan det tenkjast at *t* ikkje har ein F-verknad, men berre ein verknad gjennom C. I så fall er det tale om ein rein placeboterapi. Ein terapeutisk prosess vert i følgje Grünbaum placebo når den terapeutiske effekten ikkje skuldast faktorar som er karakterisert av den terapeutiske teorien, men av andre tilfeldige faktorar (C). Definisjonen er logisk nok, men det er ein definisjon som er relativ til terapiteori, og gjer oss ikkje klokare på sjølve fenomenet. Dessutan, om vi tek logikken eit steg vidare, vil ei teoretisk spesifisering av placebo (ein placeboteori) føre til placebo-omgrepet si logiske oppløysing! Dette er kanskje til å fortvile av. Utifrå rasjonale i dette arbeidet, og hypotesen eg stilte innleiingsvis, er poenget strålande. Di meir vi kjem til kunnskap om det som det historiske omgrepet placebo har halde «hemmeleg», dess nærare kjem det den historiske skraphaugen saman med andre faglege omgrep som har utspelt si epistemologiske rolle (t.d. animalsk magnetisme). Shapiro og Morris (1978), som har fått kraftig på pukkelen av Grünbaum, synest å ha føresett utviklinga og tek kanskje siste stikk likevel når dei om framtida spår at: «*.the definition will no longer be needed, except in lexicons of obsolete terms*» (Shapiro og Morris, 1978, s. 372).

La vi med dette som ei passe uklar avklaring likevel gje oss i kast med dei ulike forsøka på å forklare placebofenomenet teoretisk.

## Kapittel 8

### LÆRINGSTEORI OG PLACEBO

Tru, håp, lengslar, forventningar - alle ord hyppig brukt i omtale av placebo. At det er trua på, og viljen til betring som kurerer, er ei akseptabel folkeleg forklaring. I vitskapleg samanheng er utfordringa å vise korleis. Dei vanlegaste forklaringane ein finn kan knapt kallast teoretiske i formell tyding. Det er meir snakk om metaforar, analogiar og klassifisering for deskriptive føremål. Døme på sistnemnde er den type forskning som ved eksperimentelle tilnærmingar freistar å spesifisere dei uavhengige faktorane som kan predikere placebo. Den fortel oss meir om kva vi står overfor å skulle forklare, enn det den forklarar. Spiro (1986) nyttar ei rekkje religiøse metaforar på det spesielle tilhøvet mellom lege og pasient. Når legen, i si tradisjonelle paternalistiske rolle, gir eit lidande menneske medisin, har dette symbolverdi som sakrament og gåve. Spiro utdjuar ikkje kva effekt dette i seg sjølv skulle kunne ha. Brody (1980) alluderer også til religion i sin omtale av det han kallar *the healing context*. Seremoniar, med sine symbol og ritual, er ein fortetta meiningskontekst som rører ved dei fleste menneske som er mottakelege. Slik eigenskapar har også medisinske kontekstar, og pasientar er mottakeleg for sin medisin som den religiøse for sitt sakrament. Frank (1972) gjer det enkelt for seg ved å forklare placebo som psykoterapi. Det er ei grei nok klassifisering. Det er psykologiske mekanismar det er snakk om, og så lenge dei har terapeutisk effekt er merkelappen relevant. Men då har vi berre bytta ut ei utfordring med ei anna: kva er psykoterapi? Få kan gi kjappe svar på det. Frank er likevel ein av dei: psykoterapi er placebo! Og dermed er vi like langt. I mange forklaringar vert det som regel vist til det spesielle tilhøvet mellom lege og pasient, noko som gir assosiasjonar til omgrepet *overføring* frå psykoanalytisk terminologi. Og ikkje sjeldan er det nettopp dette som tener som forklaring på

placebo (Balis, 1982; Senger, 1987; Spiro, 1986; Goldman, 1985). Terapeuten blir gjort til den gode, opphøgde og mektige «far» som pasienten, som det sjuke barnet, projiserer håp og lengslar om lindring over på. I samsvar med psykoanalytisk terminologi kan vi følgjeleg seie at ein placebokur er ein «overføringskur». I ortodoks psykoanalyse har dette ikkje nokon god klang. Det er «pseudolækning», fyrst og fremst fordi det er ei lækning som ikkje er eit resultat av analysen. Overføringskur har mange av dei same negative konnotasjonane i psykoanalysen som placebo i medisinen.

Det er altså ikkje uvanleg at ulike forfattarar viser til dei ulike «gatehjørne» ein sjølv trivst best på når fenomenet skal forklarast. Men eit stort gatehjørne som psykoanalysen har ikkje kunne vise til anna enn allusjonar som ovanfor. Eit gatehjørne i eit heil anna strøk har derimot «teke på seg» både å gjere greie for, og å dokumentere empirisk kva placebo er. Det gjeld læringspsykologien. Sidan det i mange samanhengar nærast vert konstatert at placebo *er* eit læringsfenomen, er det nødvendig ikkje berre å sjå på den empirien som ligg til grunn, men like viktig å vurdere sjølve teorigrunlaget. Det skal eg difor gjere, og sjølv om fokuset er placebo, må ei slik vurdering nødvendigvis gjerast allmenn.

### **Læringsteori**

Læringsteori, både klassisk og operant betinging, er dei psykologiske teoriane som oftast blir vist til som forklaringar på placebofenomenet. Hyppigast vert det vist til klassisk betinging. I artikkelen «Placebo-gåten mot sin løsnings?» skriv Birger Kaada at: «*Placeboeffekten viste seg i virkeligheten å bero på en klassisk, pavloviansk betinget refleks*» (Kaada, 1986, s. 637). Kaada bygger denne konklusjonen på mellom anna Watkins et al. (1982) som hadde demonstrert at eit betinga stimulus (tone) kunne framkalle analgesi (smertelindring) hos rotter. Det generelle resonnementet frå denne læringsteorien er at læringserfaring frå behandlingssituasjonar gjer at pillen gjennom stimuligeneralisering blir betinga stimuli. Placebo vert då den betinga responsen. Sternbach (1966) konkluderer drøftinga si av placebofenomenet med at betinging både er ein nødvendig, og ein tilstrekkeleg føresetnad for ein placeborespons. Han argumenterer utifrå dyreforsøk der placeboeffekt er demonstrert hos rotter (m.a. Herrnstein, 1962).

Forklaringar som impliserer høgare mentale aktivitetar er difor uturvande. Ader og Cohen (1975) og Ader (1985) har òg utvikla ein teoretisk modell bygd på klassisk betingning. Utgangspunktet er igjen dyreforsøk, mellom anna forsøk med rotter som etter fleire injeksjonar med amfetamin som førte til auka motorisk aktivitet, seinare viste same hyperaktive respons på placeboinjeksjon (saltvatn). Dersom ein injeksjon kan bli eit betinga stimulus for rotter, argumenterer Ader og Cohen (1975), kan ein for menneske rekne med i tillegg at alle stimulus knytt til behandlingssituasjonen kan verte betinga stimulus. For Ader (1985) er difor placeboresponsen ikkje noko mystisk og komplisert, men ganske enkelt eit læringsfenomen som kan gjerast til gjenstand for eksperimentell analyse. Han foreslår utifrå dette å effektivisere farmakologisk behandling ved å nytte ein prosedyre med partiell forsterking der medikament og placebo vert gitt om kvarandre. Ullmann og Krasner (1969, s. 77) set placebofenomenet inn i ramma av operant læringsteori og konkluderer slik: «*..the placebo serves as a discriminative stimulus because of its previous association with curative agents*».

Både klassisk og operant betingning er velkjend modellar for læring i psykologien som eg ikkje finn grunn til å omtale i detalj her. Begge modellane (i allfall om den skinnerianske utgåva av operant betingning vert lagt til grunn) omgår mellomliggjande variablar (kognitive) i læringsprosessen. I klassisk betingning er læringsproduktet at eit nøytralt stimulus (betinga) kan utløyse ein respons (betinga) tilsvarande ein allerede etablert relasjon mellom eit kjent stimuli (ubetinga) og respons (ubetinga). I operant betingning er læringsproduktet ein ny respons, etablert fordi konsekvensane av responsen forsterkar responsen. I begge høve er det snakk om det vi kan kalle automatisk læring. Produktet (læringa) er determinert av kausale relasjonar mellom stimuli og respons. Modellane er deterministiske i den tyding at dei predikerer læring som ein sensorisk-motorisk relasjon uavhengig av mellomliggjande mentale aktivitetar. Litt retorisk kan ein hevde at gitt dei nødvendige kontigensane for stimuli og respons, har individet ikkje noko anna val enn å lære.

### **Vitskapsteoretisk kommentar til læringsparadigmet**

Problemet med desse modellane i høve til placebofenomenet er fleire. For det fyrste vil ein kunne vente ein heilt anna stabilitet hos individet og langt mindre variasjon mellom individ i placeborespons enn det empirien som ligg føre vitnar om. Ein god teori må også kunne gjere greie for kvifor ein effekt *ikkje* opptrer når dei nødvendige kausalfaktorane tilsynelatande er til stades. Fordi modellane impliserer lovmessige kausalrelasjonar er det ikkje tilstrekkeleg at der er ein statistisk overrepresentasjon av tilfelle i samsvar med prediksjonane, med mindre ein kan forklare avvika utifrå same teoretiske referanseramme. I slike samanhengar endar desse modellane ofte i tautologiar - at det ikkje skjedde noko læring (les: forsterking) fordi der ikkje var forsterkande konsekvensar. For det andre er desse læringsformene ikkje i stand til å gjere greie for kognitive aktivitetar, som til dømes attribusjon, og den innverknad som dette har på placebo.

Desse kritiske kommentarane til klassisk og operant betinging er ikkje spesifikke til placebofenomenet. Spørsmålet vert ikkje berre kor mykje som let seg forklare ved hjelp av desse modellane, men om modellane i det heile teke er haldbare teoretiske generaliseringar frå den empirien den bygger på. Sidan modellane har vore paradigmatiske hjørnesteinar i ein dominerande vitenskapstradisjon i psykologien, er det nødvendig å grunngje kritikken og gjere min eigen posisjon klårare.

Vitenskapshistorisk kan ein seie at dei omtalte teoriane spring ut av ein samanheng der newtoniansk fysikk var prototypen for vitenskaplege forklaringsmodellar. Behaviorismen sin framvekst kan vi sjå som uttrykk for ein ung vitenskap som strevde med å heve seg ut over filosofiske spekulasjonar og etablere ein akseptabel empirisk tradisjon i samsvar med dei rådande vitenskapsnormene. Som Heinz von Foester (1990) har peika på, synest dei teoretiske modellane i psykologien alltid å ha nytta fysikken som metafor, men ofte modellar som ligg etter teori-utviklinga i denne vitenskapen. Utifrå moderne fysikk kan vi i dag ikkje hevde at newtoniansk fysikk er urett, men at den er heilt utilstrekkeleg. Den held difor ikkje som generalisering, men må formulerast om i samsvar med ein utvida konsepsjon av det fysiske universet. Likevel vil den for mange praktiske føremål vere tilstrekkeleg. Noko forenkla kan vi seie at medan ein i newtoniansk fysikk

postulerte relasjonen mellom lekamar som *krefter* (gravitasjonskrafta), var det epokegjerande i Einstein sin fysikk at postulatet om krefter vart erstatta av strukturomgrepet *felt*. Tilhøvet mellom lekam A og B vert i denne konsepsjonen ikkje ei spesifikk kraft som til dømes biljardkule A overfører til biljardkule B, men eit bestemt mønster av rørsler innan eit firedimensjonalt kontinuum med ein bestemt geometri (struktur).

Dei deterministiske læringsteoriane er etter mitt syn i ein tilsvarande newtoniansk posisjon, sjølv om dei i ei kvar psykologisk lærebok er nedfelt som velkjende og uproblematiske sanningar. Fysikaren og vitskapsteoretikaren Ernst Mach - som døydde alt i 1916 - rådde sine kollegaer i vitskapen nettopp til å utfordre slike «velkjende sanningar». Ved å gjere det, hevda Mach, vil ein kunne sjå at slike «sanningar» ofte berre er sanningar fordi dei kviler på visse konseptuelle premisser innan ein bestemt tankemodell - og at alternative modellar alltid vil vere mulege sjølv for det same sett av fakta. Eit sentralt poeng hos Mach er det nødvendige skiljet mellom kva som er *metode* og kva som er *teori*:

*«Different ideas can express the facts with the **same** exactness in the domain accessible to observation. The **facts** (method) must hence be carefully distinguished from the **intellectual** construct (theory) the formulation of which they suggested. The latter - concepts - must be **consistent** with observation, and must in addition be **logically** in accord with one another. Now these two requirements can be fulfilled in **more than one** manner».*

(Sisert i Bradley, 1971, s. 27)

Mach, som også påverka Einstein si tenking i stor grad, var truleg ein av dei fyrste fysikarane som uttrykte det som seinare har vorte sentralt i nyare vitskapsteori og teoretisk fysikk: at alle observasjonar er observatøravhengige. Heisenberg sitt usikkerheitsteorem er ei konkretisering av dette. Utviklinga av kybernetisk tenking til det som i dag vert kalla 2.ordens kybernetikk (von Foerster, 1982) bygger på same erkjenning. Mach gjorde det også klart at i studiet av relasjonar mellom uavhengige (UV) og avhengige (AV) variablar er det strengt tatt berre ein korrelert samanheng ein kan uttale seg om, sjølv når ein har eksperimentelle design som

gjer det muleg å manipulere UV. Å slutte at ein empirisk lovmessig samanheng mellom UV og AV *ipso facto* er ein kausalt verksam samanheng er å gå ut over det vitskapelege observasjonsgrunnlaget. Det er eit interessant historisk poeng at Skinner i starten på si eiga karriære støtta seg til Mach i kritikken sin av klassisk betingning. Interessant fordi Skinner sjølv enda i ein ikkje-Mach posisjon der han avviste at «teorien» om forsterking var ein teoretisk posisjon, berre eit empirisk nødvendig faktum.

Med støtte i desse synsmåtane er innvendinga mi mot dei nemnde S-R teoriene at den empirien dei byggjer på ikkje gjer det nødvendig å tolke samanhengane kausalt, eller gir grunnlag for å definere vekk tolkingar om ein mellomliggjande mental aktivitet. Ein kan seie at S-R modellane viser korleis individet i ein gitt kontekst kan automatisere tilpassinga til denne konteksten, med andre ord at tilpassinga er kontingensstyrt. Dette impliserer likevel ikkje at denne automatiseringa er ein determinert kausal samanheng. Det avgjerande vert individet si evne til på eit kvart tidspunkt å kunne interferere eller deautomatisere denne samanhengen. Kapasiteten for dette er fylogenetisk aukande. Når det gjeld menneskeleg læring, har S-R modellane difor berre avgrensa forklaringskraft på same vis som ein newtoniansk modell i fysikken. At S-R modellane gir rimeleg gode empiriske prediksjonar er, som vi har sett, ikkje avgjerande for å oppretthalde dei teoretiske samanhengane. Det er i ei nærare gransking av dei empiriske avvika frå det S-R modellane predikerer at ein finn grunnlaget for å utfordre dei teoretiske postulata. Eg skal her berre vise til nokre utvalde døme frå ein serie av eksperiment frå 1960-talet som skapte ein kritisk opposisjon til operante modellar som forklaring på verbal læring.

### **Forsterkar eller informasjon**

Ei rekkje eksperiment innan den operante tradisjonen (t.d. Greenspoon, 1955) hadde vist at ein i eksperiment der forsøkspersonar blir bedne om å seie ord høgt og spontant etter eige innfall vil kunne påverke frekvensen av visse ordklasser ganske enkelt ved at eksperimentator ytrar «*hmmmm*» etter at slike ord vart sagt. Eksperimentator sine ytringar vart dermed forsterkarar på same vis som matpiller i

ei Skinner-boks. Slike, og liknande eksperiment vart utlagt til ein generell operant teori om språklæring.

Men eksperimenta vekte kritikk. Mellom anna vart det peika på at det som i operant teori vert kalla forsterkar, like godt kan ha verdi som *informasjon*, og tene som hint til forsøkspersonane om korleis dei kan fortolke den eksperimentelle situasjonen dei er i. I staden for betinging er empirien uttrykk for at forsøkspersonane tolkar situasjonen, og tilpassar atferda si til denne tolkinga. Ei rekkje replikasjonar vart gjort for å granske denne hypotesen nærare (DeNike, 1964; Dulany, 1962; Spielberger et al., 1963). Gjennom forbetra prosedyre og systematiske post-eksperimentelle intervju, viste det seg at betinging skjedde berre hos dei som hadde etablert ein hypotese om «korrekt svar» til ordklassene som vart forsterka. Hos dei som ikkje hadde hatt ein hypotese om samanhengar, skjedde heller ikkje betinginga. At merksemd om ein bestemt S-R samanheng viste seg å vere ein føresetnad for den empiriske manifestasjonen av denne, er i motstrid til operant teori. Som Page (1972) har vist, fører slik merksemd om samanheng ikkje utan vidare til betinging, empirisk sett. I same type oppsett testa Page først forsøkspersonane sine slik at dei vart klassifisert i tre grupper: 1) dei som var merksame på samanhengen og var samarbeidsorienterte (vart alle betinga), 2) dei som var merksame på samanhengen, men ikkje samarbeidsorienterte (vart ikkje betinga), og 3) dei som ikkje var merksame på muleg samanheng mellom respons og forsterkar (vart ikkje betinga). Etter identifisering av desse tre gruppene stoppa Page ein augeblink midt i betingingslæringa og rett og slett ba forsøkspersonane om å få han (Page) til å gjere det motsette av det han til då hadde gjort. Page, som nytta forsterkaren *good* ba gruppe 1) om «*make me stop saying good*», og til gruppe 2) og 3) var budskapet «*make me start saying good*». Noko meir vart ikkje sagt, og læringsprosedyren fortsette som før. Umiddelbart etter dette kryssa læringskurvene for gruppe 1) og 2) kvarandre i ein klar demonstrasjon av at forsøkspersonane hadde evne til å fortolke situasjonen og både «la seg betinge» og «ikkje la seg betinge». Gruppe 3) heldt fram utan forandring i det operante nivået.



Vi kan også sjå Page sitt eksperiment som ein illustrasjon av forskning på sjølv eksperimentsituasjonen. Slik forskning førte til ei nødvendig revurdering av den eksperimentelle metoden i 1960-åra, ikkje minst som følgje av Martin T. Orne sine studiar. Desse studiane avdekte at forsøkspersonar i ein eksperimentsituasjon vil forhalde seg til den totale stimulus-situasjonen som muleg informasjon om eksperimentet sitt føremål og forskaren sine intensjonar. Denne fortolkinga vil i seg sjølv kunne påverke eksperimentatferda, mellom anna at forsøkspersonane rettar atferda si mot å etterkome det dei oppfattar som forventa av dei (*good subjects*). Som vi har sett kan resultatet påverkast også i motsett retning, at ein opponerer mot det hypotetiske føremålet (*bad subjects*). Orne omtalte summen av slike stimuli med nemnde informasjonsverdi som «*the demand characteristics of the experimental situation*» (Orne, 1962, s. 779). For å skjønne korleis desse faktorane verkar, må ein ta utgangspunkt i at forsøkspersonen freistar å meistre og tilpasse seg ein situasjon som i utgangspunktet er ukjend, og gjer det gjennom aktiv bearbeiding av tilgjengeleg informasjon. Dette er ein *meningssøkjande* prosess. Det «konseptet» forsøkspersonen kjem fram til vert personen sitt subjektive handlingsrom (eller punkttering av konteksten han er i), som eksperimentatferda såleis er ein del av. At behovet for å søkje mening er sterkt, fekk Orne og medarbeidarar vitnemål om i eit eksperiment der forsøkspersonar vart sett til å gjere heilt latterlege og inkonsekvente oppgåver - om igjen og om igjen. Dette vart gjennomført med ikkje-hypnotiserte personar med tanke på å etablere ei basislinje å vurdere hypnotiserte personar i høve til. Føremålet var å teste ut om desse ville vere meir konforme til instruksjonane i eksperimentet. Dei ikkje-hypnotiserte personane viste seg å vere så uthaldande i gjennomføringa at det til slutt vart eksperimentator som gav opp. I dei post-eksperimentelle intervjuar vart det avdekt korleis forsøkspersonane hadde attribuert ulike former for mening til situasjonen - som til dømes å sjå eksperimentet som ei prøve på evna til å vere uthaldande. Orne (1962) konkluderte med at i ein eksperimentsituasjon vil forsøkspersonar «... *ascribe purpose and meaning even in the absence of purpose and meaning*» (s. 780).

I motsetnad til det tradisjonelle behavioristiske synet at atferd vert *kontrollert* av dei etterfølgjande konsekvensane (forsterking), vil eg difor hevde det synet at

desse konsekvensane spelar ei «retteleiande» rolle, dei er informasjon som gir prediksjon om framtidig atferd. Forsterking kan vi difor sjå på som informasjon, som feedback om relasjonen *omgjevnad-på-handling* som kan påverke framtidige *handling-på-omgjevnad* relasjonar. Ei reformulering av forsterking som informasjon er også ein implikasjon av empiri som viser at induserte forventningar om skjema for forsterking kan ha større innverknad på framtidig atferd enn verkeleg forsterking i seg sjølv (Baron, Kaufman og Stauber, 1969; Bandura, 1977), og at forsterkinga si innverknad på atferd kan endrast gjennom korrektiv informasjon om konsekvensar av atferda i framtida (Estes, 1972).

Det er muleg å føre til torgs ein god del meir empiri for å underbyggje at operant teori er ei utilstrekkeleg teoretisk generalisering av det som går føre seg i ein operant læringssituasjon. Teorien postulerer ein kausal samanheng mellom føregåande stimuli (diskriminant), operant respons og forsterking. Mentale aktivitetar som fortolking (kognisjon) er ekskludert frå kausalkjeden. Dette er det ikkje dekning for. Tvert imot er det mykje som tyder på at det vesentlege i ein operant læringssituasjon er individet si orientering mot persepsjon og fortolking av meningsfulle mønstre i situasjonen - og at den operante empirien også kan vere eit empirisk uttrykk for dette.

Når det gjeld klassisk betinging, kan ein på tilsvarande vis argumentere for at tesen om ein læringsprosess på eit automatisk nivå utan at det er muleg at mental aktivitet på høgre nivå interfererer, ikkje utan vidare held. Den som mest systematisk har gjennomgått og vurdert empiri som ligg føre om dette er William F. Brewer (1974). Både dokumentasjon og argumentasjon hos Brewer gir eit godt grunnlag for å hevde at, iallfall når det gjeld menneske, så skjer det ikkje ei betinging utan at personen har førestellingar om relasjonen mellom betinga og ubetinga stimulus. Personen treng ikkje vere medviten den bestemte responsen han gjev - mange av dei er refleksive av natur - men han må vere medviten at det er ein relasjon mellom det ubetinga og det betinga stimuli. Når responsen er motorisk og ikkje autonom, vil forsøkspersonar kunne «skru av og på» betinginga både etter eige innfall og etter instruksjon. Informasjonen om medvitsinnhald hos forsøkspersonane har ein stort sett berre tilgang på gjennom post-eksperimentelle

intervju. Behavioristar har utifrå dette hevda at tesen om medvitskategoriar er eit artifakta tilført forsøkspersonane etterpå ved at dei vert intervjuja nettopp om dette. Brewer (1974) sin kommentar til dette er å spørje kvifor det då er slik at berre personar som har blitt betinga rapporterer om å ha vore medvitne om slike samanhengar.

Det er eit velkjend faktum at ikkje alle forsøkspersonar i oppsett for klassisk betingning let seg betinge, og dei som viser betinga respons gjer ikkje det like lett. Det har vore vanleg å forklare dette med fysiologiske skilnader. Fleire studiar indikerer at skilnader i mentale aktivitetar under læringssituasjonen er meir avgjerande. Det ser mellom anna ut til at personar som skårar høgt på evna til å lage førestellingar og visualisere let seg betinge lett, medan dei som skårar lågt ikkje let seg betinge, eller berre i liten grad (Mangan, 1974; Arabian og Furedy, 1983). Førestellingar kan vi sjå som mentale representasjonar av røyndomen, og som det i eit post-eksperimentelt intervju kan gjevast verbal rapport om. Fleire som har studert klassisk betingning inngåande har lagt vekt på at å sjå føre seg ubetinga stimuli kan spele ei stor rolle i betinginga. Slike førestellingar kan vere nevralt like perseptet av det ubetinga stimuluset, og gitt ein turvande likskap, vere i stand til å framkalle den ubetinga responsen (King, 1973, 1983; Konorski, 1967; Mowrer, 1960; Sheikh og Kunzendorf, 1984).

Autonome fysiologiske responsar er døme på sjølvregulerande kroppslege prosessar som vi i dag utifrå ny forskning må sjå på som autonome først og fremst i funksjonell tyding, dvs. mange kan påverkast medvite dersom ein legg til rette for rekursiv informasjon (som ved biofeedback). Parallelt til dette vel eg å sjå på klassisk betingning som ei funksjonell automatisering av individet si tilpassing i ein gitt kontekst. Læringa er lagring av representasjonar av relasjonen *individ-kontekst*, og tener eit adaptivt føremål. Men dette inneber ikkje at der er ein kausal «tvang» i dei lagra representasjonane. Vi kan sjå det slik at det er tale om adaptiv bearbeiding av informasjon på eit gitt nivå, men det vil alltid i prinsippet vere muleg med overordna regulering frå eit høgare system for handsaming av informasjon. Kapasiteten for dette vil vere strukturelt ulik for ulike organismar, og funksjonelt ulik for ulike individ. Ein illustrasjon av dette teoretiske poenget ligg

implisitt i følgjande rapport som har relevans til placebo. Den gjeld eit kasus som nobelprisvinnar i medisin, B. Lowen (1977), har formidla. Lowen fortel om ein førti år gamal mann med alvorleg hjarteskjukdom som tok del i eit program for testing av tolegrenser med tanke på å tilpasse eit treningsprogram for rehabilitering. Ved kvar test følte pasienten det tvingande nødvendig å stoppe etter at han hadde gjort øvinga nøyaktig 44 gongar. For å sjekke ut om det var etablert ein betinga refleks, byrja Lowen, etter at pasienten var komen halvvegs, å telje høgt kvar gong han kryssa dei to trinna han skulle gå over i øvinga. I starten var Lowen si teljing i samsvar med det reelle talet. Pasienten utvikla konsistent angina og electrocardiografiske endringar ved frekvensen 44. Etterkvart ga Lowen medvite falsk informasjon om talet. Når pasienten var på 28, talde han høgt «førti, førtiein» osv. For kvar falske «førtifire» klagde pasienten over smerte i brystet og det electrocardiografiske mønsteret viste forandringar identisk med dei lengre periodane. Når pasienten vart merksam på at han vart «ført bak lyset», forsvann både smerten og dei målbare reaksjonane, inntil den sanne frekvensen 44.

### **Læring som kommunikasjon**

Parallelt med den einsteinske revolusjonen i fysikken voks det fram nye modellar i fleire ulike vitenskapsdisiplinar med det til felles at ein la vekt på dei overordna heilskapane og regulerande mønstra i staden for det partikulære. På sett og vis er det tale om ulike forsøk på å konseptualisere kontekst og relasjonar, anten nemninga er «systemteori», «kybernetikk», «kommunikasjonsteori» eller «informasjonsteori». I det minste vert det nødvendig når ein drøftar partikulære fenomen å gjere greie for kva samanheng fenomenet er ein del av. Vi kan til dømes ikkje gjere greie for genmutasjon utan å implisere evolusjonen som kontekst, og når eg i samband med klassisk betinging refererte til «adaptasjon», viser eg på same vis til ein kontekst for betingingsfenomenet.

Systemteori som fellesnemnar på slike perspektiv slik dei voks fram i 1950-åra representerte ein fundamental kritikk av behaviorismen. Når det gjeld denne kritikken er det eit interessant historisk poeng at Georg Herbert Mead, som vart sentral for det som seinare vart omtala som «symbolsk interaksjonisme», allereie i 1920-åra føregreip både denne kritikken og systemteorien:

*«For social psychology, the whole (society) is prior to the part (the individual), not the part to the whole; and the part is explained in terms of the whole, not the whole in terms of the part or parts.*

*The social act is not explained by building it up out of stimulus plus response; it must be taken as a dynamic whole - as something going on - no part of which can be considered or understood by itself - a complex organic process implied by each individual stimulus and response involved in it.»*

(Mead, 1934, s. 7)<sup>1</sup>

Eg skal seinare flittig nytte synspunkt frå dette teoritilfanget, men sidan det her gjeld læringsteori, har ein sentral aktør i den systemteoretiske nyorienteringa, Gregory Bateson, levert relevante synspunkt. Det er umuleg i ein kort samanheng som dette å yte rettferd til Bateson si tenking. Men for å skjøne synet han hadde på læring må ein ta utgangspunkt i at Bateson underordna all atferd under omgrepet kommunikasjon:

*«A priori it can be argued that all perception and all response, all behavior and all classes of behavior, all learning and all genetics, all neurophysiology and endocrinology, all organization and all evolution - one subject matter - must be regarded as communication in nature, and therefore subject to the great generalization or "laws" which apply to communicative phenomena.»*

(Bateson, 1972, s. 282)

Når Bateson spesifikt tek føre seg læring og dei ulike formene klassisk og operant betingning, gjer han det innan ein slik overordna måte å tenkje på: Ein må skjøne levande vesen si atferd kommunikatorisk, som del av eit krinslaup av kommunikasjon. Læring, hevdar Bateson, er ikkje eitt, men mange fenomen. Han skil mellom læring på ulike nivå i ei hierarkisk ordning. Han er kritisk til logikken si evne til å simulere årsak-verknad, men nettopp logikarane Whitehead og Russel

---

<sup>1</sup> Boka *Mind, Self and Society* er utgjeve posthumt, redigert av Charles Morris og basert på førelsingane til Mead frå 1927.

sin analyse av «logiske typar» vert heilt sentral for Bateson si teoribygging<sup>2</sup>. I det han støttar seg til desse logikarane hevdar han at det er ein kategoriskilnad mellom å lære enkelte atferder, og å lære ein *atferdstype*. Det er med eit døme ein slik skilnad i kategori mellom å lære å vere reinsleg, og å lære enkelthandlingar som å vaske seg, pusse tenner, støvsuge etc. Bateson viser til rotter sin eksplorerande atferd som døme (Bateson, 1972). Ein kan lære rotter, til dømes i ein Skinnerboks, ulike enkeltatferder i ulik frekvens, men ein kan ikkje (iallfall er det svært vanskeleg) lære den til *ikkje* å eksplorere. Eksploring er nemleg ikkje ein atferd, men ein atferdstype - ein kategori av atferd. Det er vanleg i psykologien, hevdar Bateson, at ein blandar saman enkeltatferd med atferdstypar. Dei klassiske læringsteoriane steller med læring av enkeltatferd, medan Bateson var mest oppteken av (m.a. i forskinga si på schizofreni) å skjønne det som er mest vesentleg ved mennesket - læring og endring av atferdstypar. Atferdstypar kan korkje etablerast eller ekstingverast gjennom betinging eller enkle forsterkningsregime. Dette er læring på eit overordna nivå, og Bateson skilde mellom fem ulike hierarkiske nivå (0 til IV). Eg skal ikkje detaljere desse anna enn å streke under at omgrepet *kontekst* er heilt sentralt i Bateson sitt syn på læring. Klassisk og operant betingning er ulike fordi kontekstane er ulike, hevdar han. Det hundene til Pavlov eller Skinner sine rotter lærer, er ein måte å punktuere konteksten på. Det som foregår ved andregradsinnlæring er:

*«.. a corrective change in the set of alternatives from which choice is made, or it is a change in how the sequence of experience is punctuated.»*

(Bateson, 1972, s. 293)

Kontekstomgrepet er vanskeleg, og eg viser til tidlegare drøfting. For Bateson sitt syn er det eit heilt sentralt omgrep om kommunikasjon. Vi må ikkje blande det saman med omgrep om situasjonen som fysiske variablar. Det er ikkje tinga, men tinga som *bodskapar* som er elementa i konteksten. Det handlar altså om meining - eit mentalistisk fyord i den behavioristiske tradisjonen. I den pavlovianske

---

<sup>2</sup> Det vesentlege er her det logiske skiljet mellom «klasse» og «medlem av klassen». Det er to ulike logiske kategoriar. Samanblanding gjev t.d. opphav til paradoks. (Whitehead, A. N. & Russel, B. (1913): *Principia Mathematica*, vol. 3. Cambridge: Cambridge University Press.)

lærings situasjonen er det sjølv strukturen i eksperimentet som er konteksten. Til konteksten høyrer også hunden sin indre tilstand - til dømes at den er svolten. Ulike stimuli i situasjonen og i dyret, ser Bateson i utgangspunktet på som elementær signal. Stimulus blir ein del av konteksten, som *kontekstmarkørar* fordi dei bidreg til å klassifisere, kategorisere, identifisere eller modifisere det som skjer i konteksten. Kontekstmarkørane er samstundes metakontekst fordi dei seier noko *om* konteksten - det vil seie den sekvensielle strukturen i situasjonen. Det vil vere upresist å oppfatte kontekst som eit årsaksomgrep, som årsak til spesifikke verknader. Konteksten har karakter av ei *psykologisk ramme* som definerer hunden sin straum av handling og opplevingar. Denne psykologiske ramma er adaptiv når dyret er i stand til å handle i samsvar med mønsteret i denne ramma i framtidige situasjonar. Dersom eg skjønar Bateson rett, må vi altså sjå læring som kommunikasjon fordi det dyret lærer er ein bodskap om korleis «verda er inndelt». Læringa kjem til syne som (lært) atferd dersom dyret er i stand til å kode bodskapar i ein ny situasjon som bodskapar om ei alt etablert psykologisk ramme, og læringa er adaptiv når denne psykologiske ramma samsvarar med det reelle kontekstmønsteret i denne nye situasjonen. Om konteksten endrar seg - til dømes at Pavlov overlet hunden sin til Skinner som plasserer den i ein operant lærings situasjon der det tidlegare betinga stimuliet no vart ein diskriminant for operant atferd før forsterking, ville den psykologiske ramma ikkje lenger vere funksjonell. Adaptiv læring inneber at hunden er i stand til å reorganisere kontekstmarkørane til ein ny bodskap om konteksten. Dette er i så fall andregradslæring, læring på overordna nivå. Med grunnlag i Bateson si analyse kan ein difor hevde at klassisk og operant betinging ikkje er to ulike former for læring, men læring av to ulike typar kontekstar.

Bateson si reformulering av betingingslæring som kommunikasjon impliserer heilt klart ein antipiserande og dermed ein mental funksjon hos aktøren, anten denne er rotter eller menneske. Det ligg ikkje nokon fare for antropomorfisering i dette (noko psykologien har frykta sidan Watson sine dagar). Rotta sin mentalitet er sjølv sagt berre den form for mentalitet det er muleg for rotter å ha.

Eg har lagt så vidt stor vekt på ei vurdering av betingingslæring her fordi det er modellar som synest lette å gripe til for å gjere greie for placebofenomenet. Dette er ikkje berre problematisk i høve til ein snever samanheng som gjeld tolking av empiri. Sjølve konseptualiseringa i desse modellane gjer «gatehjørnet» problematisk på same viset som det biomedisinske paradigmat i medisinen. Teoriar som bygger på ein kausal og eksteroseptisk årsaksmodell kan vanskeleg gjere greie for ikkje berre placebofenomenet, men meir generelt det som går føre seg i ein behandlingsrelasjon. Slike reduktive modellar isolerer fenomenen ein vil forklare frå konteksten fenomenen opptre i. Ein slik observatørepistemologi bind ein til eitt analytisk nivå, og stengjer for konseptualisering av overordna nivå og strukturar som einskildfenomena er delaspekt ved.



## Kapittel 9

### SOSIALPSYKOLOGISKE MODELLAR.

Det er nødvendig å skilje mellom modellar og perspektiv. Om ein snakkar om eit *sosialpsykologisk perspektiv*, vil ein innan perspektivet kunne finne ulike modellar og teoriar som ikkje utan vidare er i samsvar med kvarandre, sjølv om perspektivet er det same. I sosialpsykologien har ein studert fenomen som opplagt er analoge til placebo, til dømes sjølvoppfyllande profetiar og forventningar si rolle i sosial samhandling. Medan mitt generelle perspektiv i tilnærminga til placebofenomenet er sosialpsykologisk, skal eg ikkje drøfte eit slikt perspektiv i si breidde her, men sjå nærare på modellar som i litteraturen har vore nytta for å gjere greie for placebo. Det er i hovudsak modellar som representerer ein kognitiv orientert sosialpsykologi, og eg vil drøfte grunnlaget for å integrere dei.

#### Sosial læringsteori

Læringsteoretikaren Daniel Hebb spådde i 1960 (Hebb, 1960) ein kognitiv revolusjon i amerikansk psykologi. I 1974 proklamerte han at revolusjonen hadde funne stad (Hebb, 1974). I ettertid har Bem og Keijzer (1996) hevda at dette likevel ikkje var ein særleg radikal revolusjon. Det vesentlege var at mentale fenomen vart «rehabiliter» som respektable tema for forskning, og ein markerte eit brot med den ortodokse behaviorismen. Det var likevel ein psykologi som vart verande i ein ortodoks kausal og mekanistisk konsepsjon av psykologiske fenomen. Den «andre revolusjonen», som i følge desse forfattarane no er undervegs i kognitiv vitskap, er ei meir radikal vending fordi perspektivet no vert flytta *frå* å sjå kognisjon som eit indre system for representasjonar og

«kalkulering» til å legge vekt på det uløselege relasjonstilhøvet til omgjevnaden som mentale prosessar er ein del av. Eg skal kommentere denne trenden ved fleire høve seinare, ein trend som har ført til større integrering av disiplinar som sosialpsykologi og kognitiv psykologi.

Men, når det galdt den «første revolusjonen» og vendinga vekk frå ortodoks behaviorisme, var Albert Bandura sitt syn på læring eit vesentleg bidrag. Bandura, ofte referert til som opphavsmannen til sosial læringsteori (t.d. Deaux og Wrightsman, 1984), greip fatt i debatten om forsterking i operant læring og hevda at forsterking ikkje spelte noko rolle for innlæring av atferda, berre for kor vidt atferda vart utøvd (Bandura og Walters, 1963). I denne omtolkinga har forsterkning med andre ord vorte ein motivasjonsfaktor og ikkje ein læringsfaktor.

### **Teorien om sjølveffektivitet**

Vi skal her sjå nærare på eit seinare teoretisk bidrag frå Bandura, nemleg teorien om sjølveffektivitet («self-efficacy», heretter SE; Bandura, 1977, 1982, 1997). Bandura har ikkje sjølv drøfta placebifenomenet særleg omfattande, men i ei nyare drøfting av SE og smertekontroll, hevdar han at smerteplacebo verkar gjennom SE (Bandura, 1997, s. 272). Critelli og Neumann (1984) viser derimot til SE-teorien i si analyse av placebo. Det kan vere gode grunnar til det. Bandura innleiar si lansering av SE-teorien med:

*«The present article presents the view that changes achieved by different methods derive from a common cognitive mechanism. (...)*

*..., the explanatory mechanism developed in this article is designed to account for changes in behavior resulting from diverse modes of treatment.»*

(Bandura, 1977, s. 191)

Denne «mekanismen» er altså *sjølveffektivitet* - det vil seie personen si tru på eiga evne til å meistre. Critelli og Neuman (1984) legg ikkje til grunn ein analyse av i kva grad SE-teorien kan vere relevant i forhold til placebo. I det dei tek teorien for

gitt, finn dei at den også impliserer placebo:

*«Thus, Bandura has provided a currently supported theoretical reason for predicting that any procedure that alters expectations of personal efficacy should be therapeutically effective. Since self-efficacy is influenced by such diverse procedures as performance accomplishments, vicarious experience, verbal persuasion, and physiological arousal, it seems likely that all known placebo treatments would, in addition to their other effects, also affect self-efficacy.»*

(Critelli og Neuman, 1984, s. 34)

Det er nødvendig å undersøke Critelli og Neuman si tilvising nærare. For å skjønne Bandura sin teori må vi fyrst merke oss skiljet han gjer mellom SE som forventningar om meistring, og forventningar om resultatet av ein gitt atferd (outcome expectations, heretter OE):

*«An outcome expectancy is defined as a person`s estimate that a given behavior will lead to certain outcomes. An efficacy expectation is the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce the outcomes.»*

(Bandura, 1977, s. 193)

Dette skiljet er viktig fordi folk kan ha tru på at ei gitt handling kan føre til bestemte resultat (høg OE), men dersom dei har tvil om eiga evne til å utføre denne handlinga (låg SE), vil ikkje trua påverke atferda. Like eins kan ein ha stor tru på si eiga evne til å utføre ei bestemt handling (høg SE), men om ein har lita tru på at handlinga gir forventa utbytte (låg OE), er det sannsynleg at ein let vere. Bandura kritiserer tidlegare forskning om samanhengen mellom forventning og atferd for ikkje å ha teke omsyn til denne distinksjonen. Ein har stort sett målt folk sine voner om ein ønskjeleg konsekvens, uavhengig av oppfatninga dei måtte ha om eiga evne til å av skape dette resultatet (Bandura, 1977, s. 194). SE varierer langs fleire dimensjonar - i *styrke* (kor sterk trua på SE er), i *generalitet* (i kva grad SE er generalisert til andre situasjonar) og i *grad* (på kva nivå personen trur

han kan meistre om vi graderer ei utfordring etter vanskegrad). Ein kan difor ikkje sjå på SE som ein stabil eigenskap ved personen, og Bandura skil derfor mellom SE og ein del liknande omgrep som til dømes «locus of control» (Rotter, 1966). SE kan bli påverka av den aktuelle situasjonen personen er i, men utgangspunktet er personen sin SE utifrå tidlegare læring. I begge høva kan *input* for SE vere ulike kjelder som Bandura sorterer i fire hovudklasser:

- *Utøvande atferd* (performance accomplishments): Suksess i å meistre gir auka SE. Å mislukkast gir motsett effekt. Gode erfaringar med å meistre vil over tid bli generalisert, fyrst til liknande situasjonar, men òg til andre typar situasjonar. Atferda kan vere initiert på ulikt vis, både som spontan atferd eller som instruert atferd, til dømes i ein terapeutisk situasjon.
- *Vikarierende røynsler* (vicarious experience): SE kan også bli påverka av å observere andre. Om ein til dømes observerer at fleire andre som ein kan samanlikne seg med meistrar noko ein sjølv trudde var vanskeleg, kan dette auke SE og fremje eiga meistring (modell-læring).
- *Verbal påverking* (verbal persuasion): Denne kategorien vedkjem den intenderte sosiale påverknaden frå personen sin omgjevnad retta mot å få vedkomande til å tru på eiga meistringsevne.
- *Emosjonell aktivering* (emotional arousal): Fysiologisk aktivering har ikkje berre ein motivasjonseffekt, men også informasjonsverdi. Fordi høg aktivering vanlegvis svekkjer prestasjonar, vil oppleving av dette virke negativt på forventningane om meistring. Ein angstreaksjon kan generere ytterlegare angst gjennom antisipering og auka aktivering - og dårlegare meistring. Meistring av aktivering eller oppleving av kontroll over fysiologiske reaksjonar, kan ha positive konsekvensar for SE og bidra til meistringsatferd i den aktuelle situasjonen.

Bandura (1977) diskuterer langt meir utførleg desse kategoriane enn eg kan yte rettferd til her. Det sentrale poenget eg vil gripe fatt i er at modellen postulerer ein sentral kognitiv mekanisme som handsamar informasjonen til eit sluttprodukt som

inneheld ei veging av forventningar om meistring i høve til opplevde utfordringar i situasjonen. Meistringsatferd (eller endring i atferd som gir auka meistring) er predikert når denne veginga kjem ut med positive forventningar om meistring, og dess sterkare forventninga er, dess meir motivert og uthaldande vil personen vere. SE vil slik kunne predikere både *om* atferd vert initiert, og styrken i atferda.

Det ligg etterkvart føre ein relativt omfattande empiri som kan underbygge SE-teorien (m.a. at SE er ein god prediktor for atferdsendring, og betre enn til dømes tradisjonelle operante variablar). Dette er dels empiri i samband med direkte testing av hypotesar utleia av teorien, og omtolking av anna relevant empiri. Sjølv om Bandura gjev modellen generell relevans for terapeutiske endringar, er både døme og klinisk empiri henta frå studiet av fobiar. Eg viser til Bandura (1977, 1982 og 1997) for eit oversyn og drøftar ikkje dette nærare her.

Når det gjeld placebo gjeld teorien først og fremst kva rolle forventningar spelar i placebofenomenet. Sjølv om ein del ser på forventningar som eit artifakt og underkjenner den medierande rolla forventningar kan ha (t.d. Wilkins, 1979), er det stort sett konsensus i litteraturen om at placebo verkar av di det vert skapt forventningar om verknad. Ein slik hypotese er for så vidt ikkje meir avansert enn det common sense tilseier. Den teoretisk utfordringa er å skjønne *kvifor* og *korleis*. Kva er nødvendig og tilstrekkeleg føresetnad for indusering av forventningar, korleis foregår den kognitive prosessen som *er*, eller skaper forventningar - og korleis er den spesifikke relasjonen mellom forventningar og placeboatferd (som endringar i subjektiv oppleving av symptom, endringar av somatiske/fysiologiske variablar og som endring i motorisk og handlingsretta atferd)? I høve til placebo vil det vere muleg å spesifisere hypotesar på same vis som Bandura har nytta SE-teorien til prediksjon av terapeutisk verknad av desensitivisering ved fobiar. Generelt vil ein kunne hevde at personar som skårar høgt på SE i ein gitt behandlingssituasjon (placebo) vil vise sterkare placeborespons enn dei som skårar lågt. SE i ein gitt behandlingssituasjon kan vi sjå som eit produkt av overført SE frå tidlegare behandling, generalisert SE (generell erfaring med

meistring), informasjon frå ein eller fleire av dei nemnde input-kategoriane, vurdering av terapien/medikamentet sin generelle effekt - og ei sluttvurdering som inneheld ei veging av (I) «*terapien/medikamentet sin potensielle verknad på meg*» i høve til (II) oppleving/vurdering av «*kor alvorleg sjukdomen/symptoma eller tilstanden min er.*» Sistnemnde vedkjem OE, og vi kan predikerer placeborespons og styrken ved denne når I er større enn II.

### **Sjølveffektivitet som common sense**

Eg minner om tidlegare resonnement, at empiri alltid vil vere open for alternative teorikonstruksjonar. Og ser vi kritisk på det eg no har utleidd frå SE-teori er det ikkje anna enn det som i vanleg språkbruk kan seiast slik: *Ein placeboterapi vil ha terapeutisk verknad på ein person når personen trur at terapien vil verke positivt på seg i den tilstanden han er i, og di sterkare trua er dess betre vil verknaden vere.* Isolert sett er difor dette ikkje særleg meir avansert enn common sense. I den andre «enden» av teorien finn vi at dess meir informasjon placebosituasjonen inneheld (jfr. nemnde kategoriar for input) som kan auke SE (dvs. at I vert opplevd større enn II) dess meir sannsynleg vil ein placeboverknad vere. I vanleg språkbruk: *Dess meir du får pasienten til å tru på at behandlinga vil virke på han, dess betre vil verknaden verte.* Punktuert frå eit slikt terapeut-perspektiv seier rett nok teorien noko om kva slags *type* informasjon og påverknad som kan ha ein positiv SE, men lite om korleis sjølve handsaminga av denne informasjonen går føre seg.

Resonnerer ein slik utifrå Bandura sin SE-teori oppdagar ein at den til forveksling er samanfallande med ein tidlegare analyse av Fritz Heider (1958). Heider sitt utgangspunkt er daglegmennesket si oppleving og fortolking (common sense psykologi), og korleis dette kjem til uttrykk i språket. I den naive analysen av kor vidt ei handling X er muleg, vil personen fortolke kombinasjonen av effektive personlege krefter og effektive krefter i omgjevnaden ( $X=f(\text{ff person, ff environment})$ ; Heider, 1958, s. 82). Ordet *kan* er det språklege uttrykket for korleis personlege krefter (t.d. evner) blir vekta i høve til krefter i omgjevnaden. *Kan* er

slik ein nødvendig, men ikkje ein tilstrekkeleg føresetnad for X. Handlinga vil likevel ikkje bli utført utan ein motivasjonsfaktor, og ordet *prøve* er det språklege uttrykket for denne. *Prøve* er også ein nødvendig, men ikkje ein tilstrekkeleg føresetnad for X, slik at tilhøvet mellom *kan* og *prøve* er multiplikativt:  $X=f(\text{prøve} \cdot \text{kan})$  (Heider, 1958 s. 86). Det kan seiast slik: Ein person P vil gjere X i situasjonen S berre dersom P *kan* gjere X i S og *prøver* å gjere X i S. Eit sentralt poeng er at Heider si resonnering er strengt analytisk og ikkje føreset ei empirisk etterprøving<sup>1</sup>.

### Attribusjon og motivasjon

Bernhad Weiner har utvikla ein teori om motivasjon som er ei direkte formalisering av Heider si analyse av common sense (Weiner, 1974 og 1979; Weiner et al., 1972; Weiner, 1986). I høve til Bandura sin SE-teori er Weiner sitt bidrag interessant. Medan Bandura postulerer ein generell og empirisk samanheng mellom tidlegare meistringsrøynsle og SE, spesifiserer Weiner korleis dei motivasjonsmessige konsekvensane (endra SE i Bandura sin terminologi) er avhengig av korleis denne atferda vert attribuert. Attribusjonsmatrisen som Weiner utviklar kan predikere etterfølgjande reaksjonar, både når det gjeld emosjonar, motivasjon og atferd. Teorien kan etter mitt syn også nyttast som matrise til å gjere eksplisitt korleis dei informasjonskategoriane som Bandura postulerer er relatert til SE, og korleis dei blir handsama kognitivt. Bandura (1977) tangerer i sin første artikkel element frå Weiner og attribusjonsteori, men han tek ikkje dei fulle teoretiske implikasjonane av dette. Der er ingen implisert motsetnad

---

<sup>1</sup> Jan Smedslund (1978) har kritisert Bandura utifrå eit slikt utgangspunkt. Det har ført til ein omfattande og meir generell debatt om psykologien sin status som vitenskap der Smedslund (1979) argumenterer prinsipielt for at det i psykologien er nødvendige å ta utgangspunkt i «common sense», og at ein kan avdekkje psykologiske samanhengar gjennom ei logisk analyse av common sense. Mange empiriske studiar i psykologien er difor uturvande eller pseudo-empiriske fordi dei undersøker tilhøve som alt er analytisk gitt. Smedslund har møtt motbør - bl.a. Bandura (1978), Sjøberg (1982) og Valsiner (1985). Frå same ståstad har Smedslund (1981) også yttra seg om psykologisk behandling, noko eg skal drøfte seinare (sjå kapittel 27). Min kommentar til Smedslund i denne omgangen er at han tek verda av «common sense» for gitt. Det er den ikkje. Den er både historisk og kulturelt betinga, og individuelt punktuert. Frå eit observatørstandpunkt er dette eit empirisk spørsmål. Dersom, men berre dersom, observatøren (t.d. psykologen) kjenner aktøren si punktuering, kan atferda predikerast analytisk.

mellom SE-teorien og attribusjonsteori. Poenget er at SE-teorien er ei referanseramme og at attribusjonsteori meir spesifikt og presist kan gjere greie for samanhengar innan denne ramma. Den er likevel interessant sidan Bandura bygger sine resonnement på ei revurdering av empiri som spring ut av ein operant vitskapspraksis, og formulerer seg antitetisk til eit tradisjonelt operant paradigme:

*«Efficacy in dealing with one`s environment is not a fixed act or simply a matter of knowing what to do. Rather, it involves a generative capability in which component cognitive, social, and behavioral skills must be organized into integrated courses of action to serve innumerable purposes. A capability is only as good as its execution. Operative competence requires orchestration and continuous improvisation of multiple subskills to manage ever-changing circumstances. Initiation and regulation of transaction with the environment are therefore partly governed by judgments of operative capabilities. Perceived self-efficacy is concerned with judgments of how well one can execute courses of action required to deal with prospective situations.»*

(Bandura, 1982, s. 122)

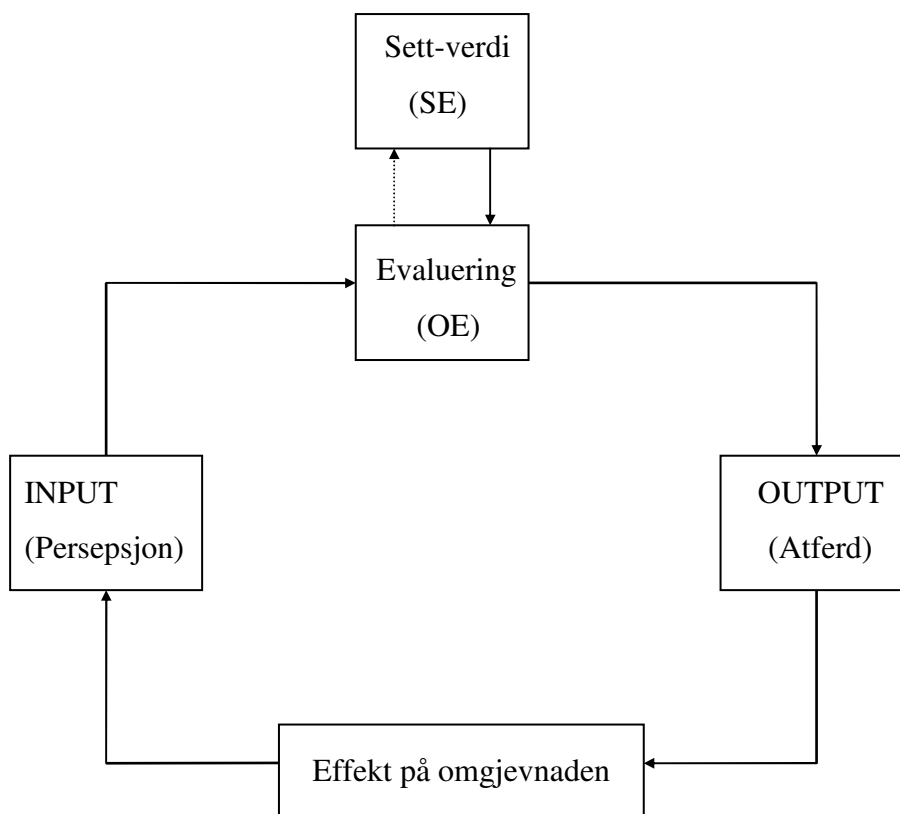
### **Sjølveffektivitet som kybernetikk**

Sjølv om Bandura gjer seg nytte av forsterkingsomgrepet, har det fått ein anna status enn i klassisk operant teori: «. *reinforcement is conceived of mainly as a motivational device rather than as an automatic response strengthener*» (Bandura, 1977, s. 193). Gjennom SE-omgrepet set han personen inn igjen som aktør i sin eigen atferd, og med tilvising til tidlegare drøfting av læringsteori, er det interessant å konstatere at ein læringsteoretikar som Bandura gjennom utvikling av SE-teorien plasserer seg innafor ei tenking der det overordna perspektivet er individet si aktive handsaming av informasjon og sjølvregulering i høve til meistring og tilpassing til omgjevnaden. I hovudsak kan ein utan særlege vanskar omformulere mange av synspunkta i samsvar med eit informasjons- eller kommunikasjonsteoretisk perspektiv (jfr. tidlegare drøfting av Bateson sitt syn på



læring). Slik Bandura omtalar forsterking kan vi seie at forsterking verkar motiverande fordi konsekvensane av atferd er informative og difor kan bidra til å tilpasse val av handling i nye situasjonar. Set vi kommunikasjon og handsaming av informasjon inn i ein systemteoretisk samanheng er eit slikt forsterkingsomgrep redundant. Det kan underordnast *sjølvregulering*. Det Bandura sin teori og gjennomgang av empiri fortel oss er først generelt at vår interaksjon med omgjevnaden er retta mot å maksimere meistring, og at antipisering av meistring er ein heilt vesentleg føresetnad for terapeutisk effekt. Ein kunne også seie det slik at betra meistring nettopp er det beste kriteriet på terapeutisk effekt. Men *meistring* er i og for seg berre eit anna ord for *sjølvregulering*. Bandura sin teori let seg også relativt enkelt uttrykkje i samsvar med grunnmodellen i systemteoriar om *sjølvregulering*, nemleg som ein kybernetisk krets styrt gjennom ei negativ feedback-sløyfe. Grunnmodellen vil då vere slik det går fram av figur 9-1.

Carver (1979) er ein av dei som eksplisitt har drøfta Bandura sin teori på dette viset. Han har sjølv utvikla ein kybernetiske modell om sjølv-merksemd (self-attention) som kognitiv prosess, og finn at SE-teorien kan formulerast om i ein kybernetisk terminologi i samsvar med denne modellen. I ein slik analyse kjem Carver til at Bandura har teke for lett på analysen av kva slags informasjon som er input i OE-evalueringa, og vert difor upresis når det gjeld tilhøvet mellom OE og SE. Også Carver er samd i at skiljet er vesentleg, ikkje minst for kliniske føremål, men han ser OE meir som «sluttproduktet» av dei ulike sekvensane i den kognitive evalueringsprosessen. SE kan ein difor skjøne som input til OE saman med anna relevant informasjon (Carver, 1979, s. 1273).



Figur 9-1. Bandura sin SE-teori som kybernetisk modell<sup>2</sup>

Med denne vinklinga av Bandura sin SE-teori kan den trekkast med i ei drøfting av teoretiske bidrag om placebo som meir eksplisitt vert framstilt i ein kybernetisk eller kontrollteoretisk språkbruk. Skelton og Pennebaker (1982) er eit slikt døme og dei forklarar placeboeffekten utifrå ein hypotese om *selektiv overvaking* (selective monitoring). Individet vil i følge denne hypotesen selektivt overvake den interne og eksterne omgjevnaden og evaluere denne informasjonen i høve til etablerte forventningar. Forventningar vil tene som sett-verdi og påvirke persepsjonen selektivt. I høve til placebo konkretiserer dei synspunktet slik:

*«Our perspective argues that placebo effects result from the selective monitoring*

<sup>2</sup> Sidan grunnmodellen er homeostatisk med fast settverdi, har eg i modellen laga ei stipla sløyfe

*of bodily data that verifies the suggestion-induced hypothesis. People ordinarily place great faith in the pronouncements of medical practitioners, so their willingness to accept placebo-related suggestions is quite strong. So long as the patients' bodily data do not radically disconfirm their expectations, they will be likely to perceive the placebo as effective. Given the selective search for confirming data implied by the practitioner's statements concerning the placebo, it is no surprise that placebo effects are so common.»*

(Skelton og Pennebaker, 1982, s. 115)

Dette er meir eit synspunkt enn ei fullstendig forklaring. Tesen om at «forventningar» fungerer som ein sett-verdi som gjer at informasjonssøkinga vert selektiv i retning av å stadfeste denne verdien, er interessant. Det er eit sentralt synspunkt i kybernetisk sjølvregulering at persepsjon av avvik i høve til ein sett-verdi vil initiere aktivitetar mot å oppretthalde ein tilstand spesifisert av denne verdien. Dette er ei enkel form for homeostatisk sjølvregulering styrt gjennom negativ feedback (som korrigerer avvik). Informasjon som feedback kan i meir komplekse system også forsterke avvik (positiv feedback). Samspelet mellom positiv og negativ feedback kan innebære kvalitative endringar i systemet (morfogense) - til dømes gjennom endring av sett-verdi. Andre døme på tilsvarande resonnement finn ein hos Jensen og Karoly (1982), og Lundh (1987). Jensen og Karoly resonnerer med referanse til ein kybernetisk modell basert på ei negativ feedback-sløyfe, medan Lundh bygger sine slutningar på positiv feedback. Eg går ikkje nærare inn i desse bidraga her, men vedgår at dei både har inspirert til, og er implisert i følgjande kybernetiske resonnement om placebo.

Det sentrale spørsmålet vert kva slags konsekvensar den selektive persepsjonen gjev, og korleis eventuelle avvik vert handtert. Sidan kroppslege stimuli i mange situasjonar er fluktuerande og subjektive, kan vi tenkje oss at forventningar om betring (sett-verdi) gjennom selektiv persepsjon styrer fokuseringa mot *gode stimuli* og aukar input av informasjonen «er betre». Vi kan sjå på dette analogt til

---

for feedback for å illustrere endring i SE som følge av prosessen.

hypotesetesting, og frå eksperiment innan sosial interaksjon er det velkjent at forsøkspersonar har ein tendens til å selektere informasjon som kan stadfeste hypotesen, framfor det motsette (t.d. Snyder og Swann, 1978).

Utgangspunktet treng altså ikkje vere ei reell betring. Input «er betre» vert attribuert til medikamentet («medikamentet verkar»), som igjen vil styrke settverdien. Systemet initierer positiv feedback og forsterkar ytterlegare input av «er betre»-informasjon, inntil persepsjonen samsvarar med settverdien. Når ein del forskning tyder på at høg sjølvfokusering og presisjon i persepsjon av kroppsleg tilstand gir mindre placeboeffekt (sjå kapittel 5) kan ein skjøne dette i eit tilsvarande resonnement. Gitt same settverdi i utgangspunktet, kan vi for slike personar tenkje oss at seleksjon av «er betre»-input er mindre sannsynleg. Avviket mellom persepsjon og settverdi kan ein då korrigere ved å attribuere til medikamentet («har ingen verknad») og deretter endring av settverdien - og følgjeleg ingen placebo-effekt. Men andre korrigerande prosessar er og muleg. Avvik mellom settverdi og data frå persepsjonen kan tenkjast å initiere ei omtolking av årsakene til symptoma. Settverdien vert halden oppe (som «burde bli betre») - og følgjeleg attribuering til medikamentet («burde virke»). Når verknaden ikkje vert stadfest («verkar ikkje på meg»), kan den kognitive likevekta haldast oppe ved at avviket vert attribuert slik at den underliggjande årsaka vert potensert («sjukdomen må vere verre enn eg trudde»). Dette gjev opphav til ein ny sett-verdi («det er alvorlegare enn eg trudde»), som initierer selektiv persepsjon av stimuli frå kroppen med informasjonsverdien «er verre» - og følgjeleg oppleving av å ha vorte verre. Dette kybernetisk resonnementet kan med andre ord forklare den *omvendte placebo-effekt* som eg har drøfta tidlegare, og er samstundes eit resonnement om korleis meining vert skapt og kva følgjer dette kan ha .

Eg finn grunn til å presisere at eg ovanfor har nytta ein relativt enkel kybernetisk grunnmodell som ein analogi, og freista plassere ein del kjende empiriske samanhengar om placebo i ein slik modell. Føremønet er her fyrst og fremst å vise ein måte å tenkje på, ein måte som er sirkulær og rekursiv og som difor gjer det

lettare å drøfte prosessar framfor linære modellar med statiske relasjonar mellom variablar. Når eg omtalar modellen som «enkel» har det å gjere med at det innan det kognitive systemet til ei kvar tid vil vere ein pågåande og langt meir omfattande aktivitet. Det eg til dømes har kalla sett-verdi vil i seg sjølv kunne inngå berre som eit element i eit meir omfattande kybernetisk system av sett-verdiar. Kvar einskild sett-verdi kan altså i seg sjølv omtalast som eit kybernetisk system samstundes som det inngår saman med andre i ei hierarkisk ordning som eit overordna kybernetisk system. Modellen eg har nytta er dessutan døme på det vi kan kalle første ordens kybernetikk. Som modell for mentale prosessar og levande system som ikkje berre er sjølvregulerande, men også sjølvreflekterande - må vi erkjenne at den er utilstrekkeleg, men likevel relevant. Men sjølv som modell innan nivå for første ordens kybernetikk er det berre delar av placebofenomenet som er fanga opp. Modellen gjer berre greie for kognitive prosessar som konsekvens av induserte forventningar. Det er rett nok eit sentralt tema, men med tanke på å skjøne ein behandlingsrelasjon, må ein kunne inkludere også den løpande sosiale samhandlinga mellom terapeut og klient, m.a. kva slags mønster av samhandling som kan skape forventningar i fyrste instans. Det er heller svakt med analysar av dette i litteraturen om placebo. Eg tek difor ikkje dette vidare i denne samanhengen.

Modellen handlar om relasjonar mellom kognitive variablar, den vedkjem eit kognitivt system. Den omhandlar difor strengt tatt berre dei placeboeffektar som er psykologiske, dvs. endring i subjektiv oppleving av symptom. Både Jensen og Karoly (1982) og Lundh (1987) sluttar litt lettvint til endringar også i fysiologiske variablar. Generelt står vi overfor å skjøne korleis interaksjonen mellom mentale og kroppslege system går føre seg. Dette vedkjem den velkjende psyke-soma dikotomien som har plaga vestleg vitskap om mennesket i all moderne tid. Skal modellen ovanfor kunne predikere også reelle fysiologiske endringar, må vi implisere det kognitive systemet som overordna det fysiologiske, eit system som kommuniserer *til* det fysiologiske og ikkje berre *med*. Også dette er ei problemstilling som krev rom for ein meir omfattande diskusjon enn det er høve

til her.

### **Ein attribusjonsmodell om placebo**

Trass i at mange teoretiske spørsmål ikkje er avklara har attribusjonsteori vorte flittig nytta overfor eit vidt spekter av psykologiske fenomen og praktiske problemstillingar. Sjølv om det har vore diverse spreidde tilløp på attribusjonsteoretiske synspunkt i litteraturen på placebo (sjå Frank, 1986), er det fyrst og fremst Ross og Olson (1981) som har prestert ein systematisk og konsekvent attribusjonsteoretisk analyse i det dei kallar *An expectancy-attribution model of the effects of placebo* (heretter omtala som EA-modellen). Det som framfor alt har motivert Ross og Olson sin analyse er inkonsistensen i litteraturen vedkomande den «omvende placebo-effekten». Dei diskuterer Storms og Nisbett (1970) sin studie og seinare replikasjonar inngåande. Det kan nemleg sjå ut som om det er heilt tilfeldig når ein induksjon av placebo resulterer i ein vanleg placeboeffekt (av Ross og Olson kalla «standard placeboeffekt») eller i ein omvendt effekt (som rett nok er sjeldnare). Det er denne inkonsistensen Ross og Olson set seg føre å gjere greie for. Av teoriar om attribusjon støttar dei seg til Jones og Nisbett (1972) om sjølvattribuering, synspunkt i arven etter Schachter (1964) når det gjeld attribusjon og emosjonar, men fyrst og fremst Kelly (1972 a, 1972 b) sin kovarians modell og synspunkt på korleis informasjon vert samordna og følgjene av dette når det gjeld attribusjon. Spesielt gjeld dette prinsippet om *forsterking* og *diskontering* - ein slags «mental aritmetikk». I følge desse prinsippa vil ein person vurdere årsaka til ein effekt i lys av kor sannsynleg andre mulege årsaker til effekten er. Ein persipert årsak vil bli diskontert (få redusert verdi) dersom det samstundes er til stades andre årsaker som verkar i same retning. Dersom situasjonen vert oppfatta slik at der er mange hemmande krefter, årsaker som er antagonistiske til effekten, vil den persiperte årsaka til effekten verte forsterka.

Ross og Olson bygger modellen sin på at det er forventningar som utløyser den prosessen som resulterer i placeboeffektar, og vi kan sjå bidraget deira som ei

nærare «diagnostisering» av forholdet mellom ulike typar forventningar, og ulike typar effektar. Først i analysen av placeboeffektar hevdar dei at det er nødvendig å spesifisere kva forventningane er retta mot - om pasienten til dømes har forventningar om at medikamentet berre skal verke på symptomet, eller om forventningane rettar seg mot at medikamentet verkar på den underliggjande årsaka til symptomet (sjukdomen). Deretter gjer dei eit analytisk skilje mellom to dikotome variablar:

- *retninga* som forventninga om verknaden har, anten *motsett* av verknaden (reducerer symptomet) eller i *same* retning som verknaden (forventa verknad lik eller parallell til symptomet), og
- *vurdering* av verknaden, som anten kan vere *primær* eller *sekundær* (primary versus secondary assessments).

Primær vurdering gjeld oppleving av *direkte* effektar av placebo, medan sekundær vurdering er slutningar om generelle eller underliggjande tilstandar som ikkje er forventa å ha blitt påverka av placebo direkte. Dette er altså slutningar med basis i informasjon om verknader. Slutningane er difor i seg sjølv indirekte verknader, av Ross og Olson omtala som *induktive effektar*.

Utifrå denne taksonomien utleier Ross og Olson ei rekkje synspunkt og prediksjonar om verknader av placebo, men diverre på ein noko uryddig måte som gjer det problematisk å sjå eit konsekvent og samanhengande resonnement. Eg skal freiste å oppsummere noko av hovudpoenga deira med fare for at oppsummeringa også er ei velvillig tolking. Når det er forventa at placebo verkar berre på symptoma og ikkje på underliggjande årsak, vil ein symptomeffekt ikkje ha nokon effekt på årsaka dersom det er rimeleg samsvar mellom forventa og opplevd effekt (standard placeboeffekt, primær vurdering). Om det derimot er ein *mindre* opplevd effekt enn forventa, vil dette kunne føre til konklusjon om at sjukdomen er meir alvorleg enn ein trudde (omvendt placeboeffekt, sekundær vurdering). Om opplevd effekt er større enn forventa effekt vil den motsette konklusjonen kunne gjere seg gjeldande (standard placeboeffekt, sekundær vurdering). Når det er forventa verknad, men ingen opplevd verknad (primær

vurdering), kan personen like fullt tru på at medikamentet har ein verknad. Sekundær vurdering kan då føre til induksjon om underliggjande tilstand at den er alvorlegare når forventningane har motsett retning (forsterking), eller er mindre alvorleg ved parallelle forventningar (diskontering). Når det er forventa at placebo verkar *direkte* på den tilstanden som er årsaka til symptoma, vil opplevd forandring i symptoma kunne bli tolka som indikasjon på forandringar i tilstanden når opplevd effekt er i samsvar med forventningane, både når desse er parallelle og motsett. Det vil seie at ingen opplevd verknad på symptomet kan gi forsterka attribusjon til årsaka for tilstanden og oppleving av sjukdomen som *verre* når forventningane hadde motsett retning, og tilsvarande som *betre* (diskontering) når forventningane er parallelle. Ved desse høva er slutningar om underliggjande tilstand eit resultat av primær vurdering. Sekundær vurdering og induktive effektar er også muleg. Personen kan gjere slutningar om tilhøve ved seg sjølv som ikkje direkte er knytt til sjukdomen, til dømes om allmenntilstand, fysisk form og generell motstandskraft mot sjukdom.

Dei to dikotome variablane *retning* og *vurdering* kombinerer Ross og Olson slik at dei utgjer eit skjema med fire celler. I ein omfattande gjennomgang av litteraturen nyttar dei dette skjemaet til å klassifisere ulike studiar på grunnlag av design og metodiske oppsett. Studiar som inngår i analysen er ikkje berre tradisjonelle placebostudiar, men også eksperimentelle sosialpsykologiske studiar om effektar av forventningar. Utifrå den teoretiske modellen set dei fram følgjande hypotesar:

- «1. *Primary assessment should tend to yield standard placebo effects.*
2. *Secondary assessments should tend to yield reverse inductive effects.*
3. *Reverse inductive effects should be more frequent on secondary assessments of parallel expectancies placebos than on secondary assessments of counteractive expectancies placebos.»*

(Ross og Olson, 1981, s. 415)



Ved å samanlikne resultatata i dei enkelte studia med forventa resultat utifrå den kategori studiet er klassifisert i, presenterer Ross og Olson ein analyse som stort sett er i samsvar med dei prediksjonane som hypotesane tilseier. Det er likevel grunn til ein viss reservasjon sidan sjølve framgangsmåten ved klassifiseringa byggjer på så mykje skjøn at ein neppe kan sjå bort frå at Ross og Olson sine eigne forventningar har gjort seg gjeldande.

Ross og Olson (1981) bør fyrst og fremst ha ros for å vise at inkonsistensen i empirien om den omstridde omvendte placeboeffekten kan gjerast greie for gjennom ei meir presis attribusjonsanalyse der ein differensierer ulike variablar i placebosituasjonen. Heilt avgjerande her er det nødvendige skiljet mellom persepsjon av symptom og persepsjon av årsak til symptom, som altså er synonymt med effekt-årsak relasjonen i attribusjonsteori. I Jones og Davis (1965) sitt klassiske bidrag til attribusjonsteori er det eit sentralt poeng at det er oppleving av effektar som er «datagrunnlaget», og at handsaming av informasjon om effektar er utgangspunktet for attribuering av årsaker. Sjølv om denne teorien ikkje gjeld sjølvpersepsjon, er det lite i vegen for at resonnementet som ligg i botnen kunne gjerast gjeldande i Ross og Olson sin analyse. Som i mykje anna anvendt attribusjonsteori er det også eit problem hos Ross og Olson at dei plukkar teoretiske element frå ulike modellar som det høver. Det fører til at omgrepsbruken blir noko uklår, og ein saknar ein samanhengande og konsekvent attribusjonsmodell som basis for analysen. Modellen oppfattar eg som eit forsøk på å vise at attribusjon etter ein gitt medikasjon, anten den er farmakologisk verksam eller placebo, er ein prosess der ulike sekvensar i prosessen er avhengig av utgangsforventningane. Sidan attribusjon i utgangspunktet er teori om common sense, skal eg prøve å illustrere oppfatninga mi av modellen og *teste* common sense logikken i den ved å konstruere nokre praktiske døme, døme som også inneheld eigne analytiske føresetnader. Til slutt prøver eg å inkludere Ross og Olson sine synspunkt i ei kybernetisk tenking i samsvar med tidlegare gjennomgang.

### **Eit attribusjonskybernetisk døme**

Om ein person som har ein identifisert alvorleg sjukdom som kreft blir gitt eit vanleg medikament som aspirin (eigentleg placebo) for å lindre smerte, vil dette bli oppfatta som symptomretta behandling der forventningane om verknad ikkje er store. Ei manglande opplevd verknad vil difor bli attribuert til medikamentet etter ei vurdering av relasjonen mellom oppfatta potens hos medikamentet og «kausalkrafta» hos sjukdomen. Dette er parallelt til Heider (1958) sin analyse av at attribusjon har utgangspunkt i vurdering av forholdet mellom ytre og indre krefter. Om aspirinplacebo derimot ga ein opplevd verknad vil dette, i lys av same opplevde relasjon mellom krefter som ovanfor, kunne gi opphav til induktive forestillingar om at sjukdomen kanskje er mindre alvorleg («sidan aspirin kunne virke»). Vi skal ha i mente at normalt vil dei fleste som lid under ein sjukdom ønskje å alliere seg med dei gunstigaste fortolkingane. Det at ein lege føreskriv aspirin i eit høve som ovanfor kan for ein tillitsfull pasient også innehalde ein muleg metabodskap om at «det kanskje ikkje er så alvorleg likevel». Dessutan kan ein frå attribusjonsteori utleie at vi vanlegvis opplever kongruens mellom styrken på ein effekt og styrken eller potensen i opplevd underliggjande årsak. Det vil i denne samanhengen seie: dess sterkare smerte, dess meir alvorleg er sjukdomen<sup>3</sup>.

Sett no at pasienten fikk eit meir høveleg analgesika som morfin (placebo). Også dette vil av dei fleste bli oppfatta som symptomretta behandling, men med større forventningar om verknad. Utifrå same resonnement som ovanfor vil ein manglande opplevd verknad i dette høvet ha større sjansar for å bli attribuert til sjukdomen, og gi opphav til induktive førestellingar om at den kanskje er meir alvorleg enn ein trudde («sidan ikkje eingong morfin hjelper»). Ein opplevd verknad vil derimot neppe gi induktive konsekvensar sidan det er forventa at morfin verkar (sekundær vurdering). Døma ovanfor gjeld forventningar som er retta mot symptomet og mot å skulle motvirke det. Vi kan no tenke oss at

---

<sup>3</sup> Smertelindring har i dette tilfellet sjølvstekt ikkje nokon innverknad på sjukdommen, men på den subjektive opplevinga og fortolkinga av den. Om dette over tid kan virke gunstig på immunforsvaret og påverke sjukdomsutviklinga er eit anna spørsmål som er irrelevant i denne samanhengen.

pasienten fekk eit medikament (placebo) som skulle verke på sjølve sjukdomen (t.d. cellegift) med beskjed om at verknaden kan medføre smerte (og andre biverknader - dvs. parallell-placebo). Ei oppleving av desse verknadane vil då vere i samsvar med forventningane. Dei induktive konsekvensane av dette er ikkje uvesentlege, nemleg at behandlinga verkar - sjukdomen let seg påverke av behandlinga («kan kurerast?»). Om symptoma (verknaden) vert opplevd sterkare enn forventa kan ein slik induksjon verte styrkt («behandlinga verkar veldig bra»), og eventuelt verte attribuert til «ikkje så alvorleg likevel» eller til generelle disposisjonar om eiga motstandskraft. Manglande opplevd verknad kan anten verte attribuert til medikamentet eller til sjukdomen avhengig av det opplevde tilhøvet mellom symptom attribuert til sjukdomen og den generelle potensen som i utgangspunktet er attribuert til medikamentet. Om symptoma attribuert til sjukdomen er sterke, vil manglande oppleving av verknad av behandlinga auke sjansane for attribuering til sjukdomen og slutninga «alvorlegare enn eg trudde, det må sterkare medikament til». Om symptoma attribuert til sjukdomen er svake eller enno ikkje opplevd, kan sjansane auke for attribueringa «kanskje ikkje kreft likevel».

Desse konstruerte døma illustrerer samvirket mellom dei variablane som Ross og Olson spesifiserer. I tillegg gjer døma tydelegare ein del andre poeng. Medan Ross og Olson knyter attribusjon til det dei kallar sekundær vurdering, altså attribusjon som konsekvens av forventningane, ser vi her tydelegare at attribusjon også er ein prosess som *skaper* og endrar forventningar gjennom klassifikasjon av entiteten for årsak-effekt sekvensen, og attribuering av potens. Denne transformasjonen er sjølvstøtt eit tilhøve mellom den informasjonen som faktisk er til stades, truverde av denne (fakta, verifisering) og tolkinga av denne og eventuell meta-informasjon. I samsvar med språkbruken frå dei kybernetiske modellane, kan vi då seie at konsekvensane av denne prosessen set ein «sett-verdi». Det er parallelt til Ross og Olson si utlegging om vi ser prosessen vidare som systemet si testing mellom sett-verdi og opplevd verdi, og aktivitetar i systemet som adaptasjon i høve til avvik. Denne adaptasjonen kan då føre til endringar i sett-verdien gjennom å endre ein

eller fleire av dei variablane den bygger på. Attribusjon kan vi såleis sjå på som ein sentral «prossessor» som handsamar informasjon om årsak-effekt relasjonar, og informasjon om følgjene av denne handsaminga. Det er altså ein sirkulær prosess slik kybernetiske modellar hjelper oss til å få fram, med dei atterhald eg har vist til. Som sluttpoeng bør det nemnast at Ross og Olson sin modell, inkludert mi vidareføring av den, ikkje er ein modell spesifikk for placebo, men kan også nyttast når utgangspunktet er farmakologisk aktive medikament. Dessutan, i lys av det overordna perspektivet eg har drøfta, eit døme på korleis ein kan forstå ein meiningssøkjande prosess, ein prosess som ikkje er motivert av å representere verda, men meistre den.

## Kapittel 10

### PLACEBO SOM BIOKJEMI

Teoriane eg så langt har drøfta vedkjem i hovudsak psykologiske og sosiale variablar. Dei er slik sett tilstrekkelege for å kunne gjere greie for det vi kan kalle *psykologisk placeboeffektar*, det vil seie endringar i den subjektive opplevinga av symptom. Det er denne typen effekt som oftast er demonstrert i placebogrønskingar. Som vi har sett er det ikkje all forskning som er presis med omsyn til å skilje mellom ein slik effekt og effektar på kroppslege variablar - det vi kan kalle *psykobiologiske placebo-effektar*. Sjølv om vi og har sett at realiteten av slike effektar er omstridde, er det etter den empiri som ligg føre likevel liten tvil om at placebo gir reelle kroppslege effektar. Om vi godtek det, er det framleis diskutabelt på kva kroppsleg nivå ein finn slike effektar. Er det berre snakk om generelle psykofysiologiske effektar gjennom sensorisk-autonom aktivering, eller spesifikke effektar på organsystema og cellenivå via immunsystemet? Er «placebokuren» berre ein lindringskur der eventuell læking i så fall berre er indirekte, eller kan placebo kurere sjukdom? Kan forventningar kurere sjukdom? Kan ein tenkje seg frisk?

Medan slike tankar finn gjenklang i folkelege forestillingar og delar av alternativ medisin, er den av fleire grunnar uhyre problematisk innan det biomedisinske paradigmat. Placebofenomenet utfordrar løynde epistemologiske rammer i vår vitskapstradisjon. Når eg har skilt mellom psykologiske og psykobiologiske placeboeffektar har eg samstundes implisert førstnemnde som overordna og

dermed kausale i høve til sistnemnde. Det er ein tung tanke for vitskapsmannen som må insistere på si epistemologiske ramme om reduksjonisme og materien sin forrang. Det er ein tilsvarande lett tanke for den som søker stadfesting på eit åndeleg overherredøme. Begge posisjonane speglar på sett og vis kvarandre, og uttrykkjer ein lineær epistemologi som er lite eigna til å skjøne samspel og det hierarki av mønster som interaksjon av interaksjon skaper. Det er neppe overflatisk å karakterisere vitskapane om kroppen som vitskapar om ulike delar. Medisinen har difor feira sine største triumfar overfor sjukdomsbilete som har ei spesifikk lokalisering. Triumfane har vore færre overfor såkalla funksjonelle lidingar, lidingar som vedkjem dysfunksjonar i ulike organiske system og i interaksjonen mellom dei. Når placebofenomenet ofte vert omtala med metaforar til det mystiske, heng det saman med at slik fenomenet tilsynelatande oppfører seg er det kontrært ikkje berre i høve til det ein veit, men også til den skjulte ramma om kva som er muleg å vite. Det mystiske er ikkje meir mystisk enn å vere det som fell utanom ein slik kulturell epistemologi. For voodoo-tilhengaren er voodolækning truleg like lite mystisk som lækning med antibiotika for ein vestleg lekmann.

I eit overordna perspektiv vedkjem spørsmåla som nemnt tilhøvet mellom psyke og soma. Eg skal la den filosofiske vinklinga ligge her. Det er neppe mange i dag som forfektar ei prinsipiell dualisme, at det mentale og biologiske er uavhengige system. Det er likevel ein lang veg frå å erkjenne «psykisk kausalitet» som ved til dømes biofeedback og i omgrepet «psykosomatisk» til å utvikle eit generelt paradigme som er holistisk i den tyding at både psyke-soma og soma-psyke kausalitet fell på plass i ein felles måte å tenkje på. Det er mitt inntrykk at innan biomedisinen vert «psykosomatisk» ofte oppfatta som ein restkategori, og sjølv om stadig fleire sluttar seg til eit generelt syn som populært kan lyde som at «sjel og kropp er to sider av same sak», er den medisinske praksisen i hovudsak basert på grunnleggjande tesar om lineær og spesifikk etiologi.

Det er, som generelt i vitenskapen, to overordna utfordringar ein må forhalde seg til. For det første er det tale om å kunne påvise empirisk korleis kommunikasjon og interaksjon går føre seg mellom ulike kroppslege system på ulike nivå i organismen - frå kortikale mentale aktivitetar til aktivitetar på cellenivå, og tilbake. Nyare forskning frå mange ulike områder (nevrologi, nevropsykologi, psykofysiologi, psykoimmunologi ) har etterkvart kome med bitar av kunnskap til å auke innsikta om denne omfattande problemstillinga. Men utfordringa er å setje bitane saman - å gjere greie for slike samanhengar og ikkje berre «lokal» teoretisering om den spesifikke empiriske samanhengen. For i utgangspunktet handlar det alltid om kunnskap om bitar, og bitar av kunnskap. Problemstillinga ovanfor utfordrar oss på å sjå etter mønster som bitane kan setjast inn i. Det er det gamle spørsmålet om tilhøvet mellom heilskap og heilskapen sine delar. Frå gestaltpsykologi og systemanalyse har vi lært ein nyttig metafor: delar vert fyrst skjønnelege når dei vert sett i lys av den heilskapen dei utgjer, samstundes kan vi ikkje gripe heilskapen utan grep om (omgrep) delane. Dette kan også kallast eit kontekstuellt perspektiv. Placebofenomenet dreier seg om det, det er ein del av den generelle problemstillinga om delar og heilskap, og om samheng. Perspektivet utfordrar oss på omgrep og teoriar til å kunne skjønne heilskap og relasjonar i det interaktive systemet der psykologiske, nevrologiske, fysiologiske, immunologiske, endokrine og biokjemiske hendingar i kroppen sitt interne miljø er koplade til psykososiale, kulturelle og fysiske hendingar i kroppen sitt eksterne miljø. Det er framleis mykje vi ikkje veit, men det er også eit spørsmål om å vite det vi veit på ein annan måte.

Å skulle gjere greie for forskning som kan vere relevant for omtalte interaksjon og dei kroppslege systema dette gjeld er ein omfattande ambisjon eg ikkje skal gi meg i kast med. Spørsmålet vil bli berørt også seinare. I denne omgangen skal eg drøfte noko av forskinga som gjeld *immunsystemet* og det *neuropeptide systemet* sidan denne forskinga har vore sett fram som forklaringar på placebofenomenet.

Siktemålet er mest eksemplarisk - ikkje ei uttømmende drøfting av denne forskinga, men implikasjonane av ho i høve til tenkinga vår om kropp og psyke.

### **Psykoimmunologi**

I ein studie som i ettertid nærast har fått ein klassisk status viste Bartrop et al. (1977) at personar som nyleg hadde mista ektemaken sin etter dette tapet fikk nedsett immunfunksjon. Dei kvite blodlekamane si evne til å dele og spreie seg i organismen var nedsett åtte veker etter dødsfallet. Seinare har andre granskingar vist ein tilsvarande samanheng mellom tap og nedsett immunfunksjon (Schleifer et al., 1983). Det er også vist at depressive lidningar korrelerer med ulike mål på immunforsvaret sin funksjon (Locke, 1982; Irwin et al., 1987). Ein har også vist at svingingar i humøret kan ettersporast i endring i antistoff i spytt (Stone et al., 1987). Forsking som dette har sett fart i utviklinga av eit forholdsvis nytt forskingsfelt, *psykoimmunologi*<sup>1</sup> (Ader, 1981; Adet et al., 1991; Gorman og Kertzner, 1991). Forskingsfeltet gjeld interaksjon og kommunikasjon mellom hjerne, atferd og immunsystemet, og har potensiale i seg til å bidra til eit meir heilskapleg perspektiv på psyke-soma interaksjon. Psykososiale faktorar sin innverknad på immunforsvaret har tradisjonelt vorte sett på med skepsis innan den biomedisinske immunologien. Den immunologiske forskinga er no i sterk vekst og bit for bit kjem det ny forskning som kan forklare og gjere sannsynleg verknadsvegane for nemnde samanhengar, og kan hende endre synet vårt ikkje berre på immunsystemet isolert, men på psyke-soma interaksjon generelt sett. Immunsystemet er eit komplekst system som gjeld ei rekkje fysiologiske og biokjemiske prosessar med det føremål å verne kroppen mot ytre og indre «fiendar» som kan skiple likevekt og funksjonsnivå. Dei ytre fiendane gjeld først og fremst ulike mikroorganismar (bakteriar, virus), og dei indre fiendane kan vere kroppen sine eigne celler som har utvikla seg feil (maligne celler), og som utan korreksjon vil kunne spreie seg og virke øydeleggjande. Ein skil vanlegvis mellom *cellulær* og *humoral* immunreaksjon. Den humorale reaksjonen gjeld først og

---

<sup>1</sup> Også omtala som psykonevroimmunologi (PNI).



fremst produksjon av antistoff - molekyl som evnar å kjenne igjen andre molekyl og angripe desse. Denne gjenkjenninga er ei form for læring der det er nødvendig at læringa er presis slik at det er spesifikke antigen som vert utsett og ikkje kroppen sine egne molekyl og celler (autoimmune reaksjonar). Den cellulære immunreaksjonen gjeld eit stort tal ulike celler som har som funksjon å oppdage, angripe og fjerne antigen. Det vert stendig oppdaga nye typar celler, signalstoff og funksjonar ved immunsystemet som gjer at det både direkte og indirekte no vert sett i samband med svært mange sjukdomar. Dette gjeld ikkje berre sjukdom som skuldast «angrep utanfrå», men også sjukdomar som skuldast at sjølve systemet reagerer feil eller kjem i ulikevekt (autoimmune sjukdomar).

Immunsystemet har vanlegvis vore sett på som eit autonomt system, eit system som opptrer uavhengig og utan innblanding frå CNS (sentralnervesystemet). Dette er ein vesentleg grunn til skepsisen mot at psykososiale faktorar skal kunne gjere seg gjeldande. Etterkvart er det likevel mangt som tyder på at der er ei rekkje mulege fysiologiske og biokjemiske vegar mellom immunssystemet og kortikale prosessar slik at det i dag ikkje kan vere særleg tvil om at der er samanheng mellom hjerne og relevante immunologiske prosessar, og at «trafikken» kan gå begge vegar (sjå Zachariae, 1991). Ein har såleis hos dyr kunna måle endra aktivitet i hypothalamus etter stimulering av immunsystemet (Besedovsky et al., 1977), og påvist at signalstoff produsert av dei kvite blodlekamane kan påverke reaksjonar i hjernen ved visuelle stimuli (Brosnan et al., 1988). Ein har elles funne nerveendar frå hjernen i immunrelevante organ som til dømes thymus, milt og lymfeorgan (Livnat et al., 1985). Ein av dei mest utforska kommunikasjonsvegar er aksen hypothalamus-hypofyse-binyre som er «vegen» mellom ytre stimuli og produksjon av stresshormon som dels går føre seg i binyrebark og marg gjennom nevrane vegar, men og humoralt gjennom hormon utskilt frå hypofyse og hypothalamus. Ein har funne at ein del av desse hormona verkar inn på immunfunksjonen, og at dette kan forklare nedsett immunforsvar ved langvarig stress (Hall et al., 1985; Fauci, 1979; Depelchine og Letesson, 1981). Forsking

som dette har gitt grunnlag for å bryte med forestillinga om immunsystemet som autonomt. Blalock og Smith (1985) har foreslått metaforen «mobil hjerne», at ein må sjå systemet som eit sjølvstendig sanseorgan, og at det har slåande likskapar med CNS sidan det både kan lære og hugse, og reagere på ytre stimuli.

Psykoimmunologi er eit forskingsfelt i rivande utvikling. Men det «riv» også på ein annan måte. Vitskap må alltid utøve ein nødvendige skepsis, men i denne samanhengen er den like mykje paradigmatisk betinga som grunna i ei kritisk vurdering av den forskinga som ligg føre (Benowitz, 1996). Denne forskinga er no i ferd med å legitimere psykoimmunologi som vitskap, og tvinge fram ei nødvendig «ommøblering» av det «biomedisinske gatehjørnet».

### **Endorfiner og det neuropeptide systemet**

Medan ein i psyke-soma kommunikasjon tradisjonelt har vore mest oppteken av dei nevrane vegane, har nemnde forskning på immunsystemet og ikkje minst utforsking av det *neuropeptide systemet* ført til større merksemd om den biokjemiske kommunikasjonen - og biokjemiske prosessar som grunnstrukturen i eit komplisert samspel mellom kroppen sine ulike system. Systemet, som førebels berre er ufullstendig utforska, har vorte lansert som bidrag til ei heilt ny forståing av psyke-soma kommunikasjon idet det ser ut til å integrere fleire system og kroppslege strukturar (immunsystemet, autonome- og endokrin- systemet). Pert og hennar kollegaer har forska på hjernen sin biokjemi og summerer sitt syn slik:

*«A major conceptual shift in neuroscience has been wrought by the realization that brain function is modulated by numerous chemicals in addition to classical neurotransmitters. Many of these informational substances are **neuropeptides** (mith.), originally studied in other contexts as hormones, "gut peptides", or growth factors. Their number presently exceeds 50 and most, if not all, alter behavior and mood states, although only endogenous analogs of psychoactive drugs like morphine, Valium, and phencyclidine have been well appreciated in this context.*

*We now realize that their signal specificity resides in receptors (distinct classes of recognition molecules), rather than the close juxtaposition occurring at classical synapses. Rather precise brain distribution patterns for many neuropeptide receptors have been determined. A number of brain loci, many within emotion-mediating brain areas, are enriched with many types of neuropeptide receptors suggesting a convergence of information at these "nodes". Additionally, neuropeptide receptors occur on mobile cells of the immune systems; monocytes can chemotax to numerous neuropeptides via processes shown by structure-activity analysis to be mediated by distinct receptors indistinguishable from those found in brain. Neuropeptides and their receptors thus join the brain, glands, and immune system in a network of communication between brain and body, probably representing the biochemical substrate of emotion».*

(Pert, Ruff, Weber og Herkenham, 1985, s. 820)

Etterkvart er det ein god del forskning som peikar i den retning at ulike delar av det nervøse systemet, CNS og ANS, og det endokrine og immune systemet alle er kanalar for kommunikasjon av desse bodberarmolekyla («informational substances»); (Besedovsky et al., 1985; Blalock et al., 1985; Bloom, 1985; Felton et al., 1985). Pert har seinare lagt fram evidens for ein hypotese om at alle neuropeptida har opphav i same molekyl, og at det er forandringar i konfigurasjonen av dette molekylet som differensierer dei ulike neuropeptida frå kvarandre (Pert, 1987). Medan neuropeptide reseptorar er spreidd over ulike organsystem, er konsentrasjonen i dei limbiske hjernestrukturane omlag førti gongar sterkare enn i andre område av hjernen (Pert 1986, 1987). Det limbisk-hypotalamiske systemet er anatomisk sett sentral som ein kommunikasjonskanal i emosjonar, mellom kognitive aktivitetar (forventning) og kroppen sin fysiologi. Dei vidare implikasjonane av dette skal eg la ligge.

*Endorfin* er eit neuropeptid som høyrer til undergruppa opiate peptid.

Endorfin-placebo hypotesen er knytt til den rolla dette neuropeptidet ser ut til å spele for smertemediering. Smerte er etterkvart kjent som eit komplekst fenomen der både kulturelle, sosiale og individuelle tilhøve gjer seg gjeldande som verksame faktorar (Zborowski, 1952; Wolff & Langley, 1968; Engel, 1959; Mechanic, 1972). Smerten sin fysiologi og biokjemi har vore vanskeleg å skjønne - og ein har lenge latt seg leie av ein modell om smerte-reseptor-spesifitet som i dag er avlegst. Sjølv om det kan vere fleire system involvert i smertemedieringa, er det rimeleg godt kartlagt at områder i hjernestammen (periakvaduktale grå område) og ryggmargen sitt dorsale horn er viktige portar eller relé-stasjonar for mediering av smerteimpulsar. Den såkalla port-kontroll teorien («gate-control theory») inneber at det dorsale honnet fungerer som ein port som kan kontrollere, auke og senke straumen av impulsar frå perifere fibrar til CNS. Denne kontrollaktiviteten ser ut til å kunne aktiverast *før* den perifere aktiveringa set inn:

*«The gate control theory also suggests that psychological processes such as past experience, attention, and emotion may influence pain perception and response by acting on the spinal gating mechanism. Some of these psychological activities may open the gate while others may close it».*

(Melzack, 1973, s.71)

Medan ein tidlegare har tenkt på dette som ei nevralt mediering, har det i samband med forskning på neuropeptid blitt vist at dei to nemnde anatomiske områda er rike på endorfin og eit neuropeptid kalla «substans P». Substans P lettar transmisjonen av smerte. Endorfin blokkerer den ved å hemme utskiljing av substans P. Som vi har sett er placebo sin effekt til å lindre smerte overbevisande empirisk dokumentert. Eg vil også minne om at denne placeboeffekten er mest potent (opptil 10 gongar meir) ved patologisk smerte framfor eksperimentelt induisert smerte. Patologisk smerte involverer eit breiare spekter av stressaktivering. Stress aktiverer endorfin, og involverer mange av dei organa som har stor konsentrasjon av endorfin og er sentrale kanalar i det neuropeptide systemet. Med det

kommunikasjonsnettverk som dette systemet representerer har vi altså her, når det gjeld smertep placebo, ein muleg medieringsti frå kognitive CNS via det limbiske system og inkludering av dorsale horn gjennom neuropeptid transmisjon. Utskilling av endorfin (som er ein smerte-antagonist) er eit døme på at smerte også utløyser eit system for si eiga lindring.

Eg har måtta gje ei etter måten forenkla framstilling av eit komplekst felt der kunnskapen framleis er fragmentarisk. Det empiriske grunnlaget for at endorfinhypotesen har vorte knytt til placebo har utgangspunkt i studiar av Levine et al. (1978) på postoperativ tannsmerte. Dei fann at personar som reagerte med positiv placeborespons fikk meir smerte om dei vart gitt *naloxon*, mens naloxon ikkje hadde slik effekt på pasientar som ikkje responderte på placebo. Naloxon er kjent som eit medikament som hemmar endorfinaktivitet. Det vert i dag brukt og omtala som opiatantagonist, og verkar altså også på kroppen sine egne opiatar. Stoffet har i seg sjølv ingen farmakologisk eigeneffekt. Verknaden er antagonistisk ved å hemme opiat-reseptorane (Strømskag, Reiestad og Holen, 1985). Slutningar om placebo-endorfin samanhengen har altså vore induktiv: fordi naloxen gir auka smerte for placebo-personar, må placeboeffekten vere på grunn av endorfin, sidan naloxon sin verknad er å hemme endorfin (Grevert et al., 1983). Vitskapleg sett er dette ei problematisk slutning, og ein har inntil nyleg mangla empiri der endorfin som avhengig variabel er freista målt i placebostudiar. Men Lipman et al. (1990) har i ein studie av placeboanalgesi på pasientar med kronisk smerte vore i stand til å måle nivået av  $\beta$ -endorfin i cerebrospinalvæska før og etter placebo-injeksjon, og funne indikasjonar på ei heving av  $\beta$ -endorfin nivået hos placebo-gruppa.

Sjølv om andre studiar har stadfesta naloxeneffekten, er empirien ikkje eintydig. Fleire studiar har ikkje funne ein slik effekt av naloxon ved eksperimentelt induisert smerte (Grevert og Goldstein, 1977; Grevert et al., 1983). I ein studie av alkohol (etanol) sin analgetiske verknad fann Cutter & O'Farrell (1987) at naloxon reduserte både etanol- og placebo-analgesi ved eksperimentell induisert smerte hos

røynde alkoholbrukarar, men hadde motsett effekt i kontrollgruppa. For alkohol sitt vedkomande konkluderer forfattarane med at opioidresponsen på alkohol er lært.

Kaada (1986) viser til forskning som tyder på at dei kjemiske substansane som både er involvert i immunsystemet og i det neuropeptide systemet har eksistert på kloden i over ein milliard år. I så fall kan vi tale om eit biologisk system for sjøvlækning djupt forankra i den evolusjonære prosessen. Samanhengen mellom placebo og desse biokjemiske prosessane er djupast sett uttrykk for at desse sjøvlækande prosessane er relatert til organismen sin omgjevnad. I perspektiv av evolusjonen bør ikkje dette vere kontroversielt, sidan det nettopp er relasjonen organisme-omgjevnad som er sjølv eininga i den fylogenetiske prosessen. No er det slik at enkle forklaringar slår best, og endorfinar har vorte omtala som sjølv løysinga på placebogåta<sup>2</sup>. Sjølv om endorfinhypotesen berre gjeld smertep placebo, alle dei andre typar placeboresponsar vi har omtala kan ikkje utan vidare forklarast slik, kan det sjølv sagt vere muleg at det neuropeptide systemet også er involvert ved desse. At endorfinar skulle vere «løysinga» er likevel eit retorisk knep som kan tene til å «redde» det biomedisinske paradigmet. Endorfinaktivitet er jo ikkje årsak, men *verknad* av placebo. *Korleis* denne verknaden kjem i stand kan ikkje forklarast biokjemisk utan at vi er villige til å inkludere mentale prosessar i vårt syn på biologi - eit biosemantisk paradigme.

---

<sup>2</sup>Professor dr.med Birger Kaada har i ein artikkel i Aftenposten omtala endorfinar som løysinga på placebogåta.

## Kapittel 11

### PLACEBO SOM MAGI

For trass i endorfinar, det er meir magi enn kjemi som er placebo sitt vesen. Det skal eg grunnkje etterkvart. Først litt oppsummering. I gjennomgang og diskusjon av ulike teoretiske innfallsvinklar om placebofenomenet la eg vekt på ei kritisk vurdering av behavioristisk læringsteori og opna for å legge større vekt på kognitive prosessar. Eg har også argumentert for at eit kybernetisk og systemteoretisk perspektiv kan vere ei fruktbar omgrepsramme, og at attribusjonsteori kan nyttast innan ei slik. Det kognitive perspektivet vart såleis sameint med eit sosialpsykologisk. Så langt finn eg grunn til å peike på at analysen med utgangspunkt i både Jensen og Karoly (1982) og Ross og Olson (1981) på ingen måte femner eit heilskapleg perspektiv på fenomenet. Som vi har sett kan ein diskutere modellane i høve til det dei er modellar *om*, men det er vesentlege moment som fell utanom. Dei omtalte modellane kan forsvarast som sosialpsykologiske i den tyding at dei legg vekt på bearbeiding av informasjon i ein gitt kontekst. Men i fokuseringa på dei kognitive prosessane vert det sjølve *bearbeidinga* av input som vert mest sentralt. Dette gjer at ein på sett og vis blir nærsynt og går glipp av eit fundamentalt spørsmål: kva *er* input? Kva er det som karakteriserer dei skilnader i det totale informasjonsfeltet som er relevante skilnader som input med potensiell placeboverknad?

Denne måten å spørje på flyttar fokus mot det sosiale og kulturelle feltet, og strukturen på den konteksten av meining om læking, helse og sjukdom som er til stades i ein gitt kultur. Når eg tidlegare omtala placebofenomenet som

innfallsvinkel til å skjøne allmenne sider ved ein behandlingssituasjon, inneber det ei vektlegging av placebo som *form* framfor *innhald*. Men det er nettopp i ein analyse av innhaldet (tekst) sin kontekstuelle karakter at dette poenget kan gjerast synleg. Med innhaldet sin kontekstuelle karakter meiner eg her at informasjon som kan aktivisere ein placeboreaksjon må vere relatert til eit meiningssystem med kulturell konsensus slik at teikn, omgrep og handlingssekvensar osb. vert berarar av denne meininga - eller aktualiserer dei kulturelle førestellingane om sjukdom og læking.

I denne omgangen skal eg freiste å synleggjere dette poenget ved å ta på alvor karakteristikken av placebo som «magi». Allusjonen til magi er etter mitt syn relevant på mange vis. Nyttå i ein vitskapleg kontekst er det underforstått noko nedsetjande ved ein slik merkelapp sidan det høyrer med til vitskapen som sivilisasjonsprosjekt å utrydde magien, å erstatte tru med kunnskap. Magi vert assosiert med juks og fanteri - det er noko som openbert ikkje kan vere sant etter vitskaplege kriterium (derfor juks), og når det utgir seg for å vere sant og for å verke, er det ein provokasjon mot vår vitskaplege rasjonalitet. Men, empirien om placebo er ein gjenstridig dokumentasjon av at magi er effektiv. Det er nemleg innlysande sant at ein pille «tom for kjemi» ikkje kan verke, likevel gjer den det. Og her er vi ved kjernen ved kvifor magien er så slitesterk; den verkar. Men når magi verkar er det likevel ikkje meir magisk enn at samanhengen følgjer ein logikk vi kjenner frå fenomenet «sjølvoppfyllande profetiar», vitskapleg omtala og gjort greie for både i sosiologi og sosialpsykologi (t.d. Merton, 1957; Jones, 1977). Som sjølvoppfyllande profeti verkar magien fordi der er eit element av tru som verkeleggjer seg sjølv. Men, magien spelar og på forføringa, og la oss for ein augeblink assosierer til det som går føre seg når ein tryllekunstnar isceneset dei opplevingar som for publikum er magiske. Gjennom ulike teknikkar vil ein profesjonell tryllekunstnar manipulere med publikum sin persepsjon av det som går føre seg slik at publikum attribuerer til ein magisk kausalsekvens, medan den reelle kausalsekvensen i trikset vert kamuflert. Bortsett frå at det i dette tilfellet finst ein tryllekunstnar som gjer dette intendert, finn vi parallellen ved



placebofenomenet i forvekslinga av kausalsekvensar. Før eg utdjupar denne magiske fortolkinga, er det nødvendig å gjer nokre distinksjonar som i utgangspunktet kan synest trivielle, men som like fullt er fundamentale.

### **Kart versus terreng**

Eg støttar meg igjen til Bateson og tek fyrst utgangspunkt i spissformuleringa: «*The map is not the territory, and the name is not the thing named*» (Bateson, 1979, s. 37)<sup>1</sup>. Eg har så vidt kommentert denne distinksjonen tidlegare med allusjonen til flagg som symbol, og flagg som eit stykke ty. Distinksjonen minner oss om det banale faktum at når vi tenkjer på konkrete gjenstandar er det ikkje desse gjenstandane som er *i* hjernen, men våre førestellingar om dei<sup>2</sup>. Mentale former er difor i sin natur alltid virtuelle. Bateson nyttar dette poenget til å streke under at all persepsjon, all tenking og all kommunikasjon om persepsjon, inneber transformasjon eller koding. Relasjonen mellom «tingen» og tingen som persept er i sin natur *klassifisering* - å tilordne ting til klasser av ting. Å gi namn inneber alltid klassifisering - og «kart» er essensielt det same som «namn». Tingen (som «ding an sich») og tingen sit namn utgjer såleis ulike logiske typar - eller om vi vil to ulike røyndomar: verda av tinglege objekt, substans og materie - og verda av transformasjonar eller koda versjonar av denne tinglege verda. Sistnemnde vedkjem det mentale, verda av kognisjon, språk, symbol og teikn som har ein annan immanent struktur og logikk enn verda av substans og objekt.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Bateson gir Alfred Korzybski æra for fyrst å ha formulere dette prinsippet. Hos Bateson (1979) inngår det som eitt av i alt seks basale kommunikasjonsprinsipp som til saman karakteriserer «mind» - og som vitskapar om mind må bygge på. (Sidan omgrepet «mind» vanskeleg let seg presist nok omsetjast med eit norsk ord, vel eg å behalde det her. Sjå dessutan kapittel 12.)

<sup>2</sup> Heinz von Foerster (1982) har kommentert Bateson si tilvising til skiljet mellom kart og terreng ved å hevde at: «kartet er terrenget». Von Foerster argumenterer utifrå den posisjonen han kallar 2. ordens kybernetikk, som m.a. inneber eit brot med ideen om språk som representasjonar av ein objektiv røyndom. Maturana og Varela (1987) utviklar denne posisjonen konsekvent. Poenget i desse posisjonane er å streke under at for subjektet som opplever og handlar er den røyndomen som er tilgjengeleg *alltid* ein koda versjon - ein transformasjon, eller konstruert røyndom.

<sup>3</sup> Studiet av språk, teikn og symbol er eit område for den etterkvart tverrfaglege disiplinen «semiotikk». Saussure (1970), som representerer den strukturelle lingvistikken, bidrog med skiljet mellom «teikn» (sign) og «symbol». Symbol vert nytta når det er ein naturleg samanheng mellom innhald og uttrykk, og termen teikn når denne relasjonen er vilkårleg. Tesen om den vilkårlige relasjonen mellom innhald og uttrykk (som er heilt grunnleggjande i den strukturelle lingvistikken) har

Bateson gjer eit poeng av at denne nødvendige og logiske distinksjonen mellom kart og terreng ikkje utan vidare er enkel for oss, og at det fyrst og fremst er den dominerande hemisfæren (vanlegvis den venstre) som er i stand til å utføre dette. Den ikkje-dominante hemisfæren (vanlegvis høgre) gjer ikkje slike distinksjonar mellom namn og ting, eller mellom symbol og innhald. Dette er eit moment som støtt hypotesen om at høgrehemisfære- dominerte personar er meir responsive for placebo enn andre.

### **Energi versus informasjon**

Den neste distinksjonen eg skal utdjupe følgjer logisk av den første, nemleg skilnaden mellom *energi* og *informasjon*. Termen «energi» peikar på same abstraksjonsnivå som materie; det er ei referanse til noko substansielt. Vi treng ikkje her komplisere omgrepet slik ein fysikar ville ha gjort. Poenget er at når vi gjer greie for hendingar i det materielle universet viser vi ofte til kvantitetar som krefter, støyt og tilhøvet mellom krefter som årsaker til hendingar. Termen «informasjon» refererer til eit anna logisk nivå som er hierarkisk overordna energi. Bateson (1979) knyter omgrepet til ein fundamental eigenskap ved mentale prosessar, nemleg at dei er initiert av *skilnader*. Skilnader, som omgrepet impliserer, refererer til ei relasjon - anten mellom to delar, eller mellom same del på to ulike tidspunkt. Sansesystemet vårt er fundamentalt sett eit apparat til å registrere skilnader. Når vi ikkje kan registrere ein skilnad vil vi til og med skape slike skilnader. Phi-fenomenet frå persepsjonspsykologien illustrerer dette. I eit totalt mørkt rom (utan skilnader) vil projisering av eit statisk lyspunkt av observatørar bli opplevd som eit punkt som rører på seg - og rørsle er skilnad. Men ikkje alle skilnader er like vesentlege. Det er ein vesentleg adaptiv eigenskap ved sansesystema våre at dei berre registrerer segment av skilnader i høve til dei

---

hatt stor innverknad på m.a. disiplinær som litteraturvitskap, antropologi og språkpsykologi. Hos Bateson (1972) høyrer språket til dei digitale kommunikasjonsformene som har ein heilt annan logisk struktur enn dei formene som ikkje er språkleg medierte, dei analoge kommunikasjonsformene.

mulege variasjonane i ein fysisk variabel. Strukturelt like sanseorgan hos ulike artar kan i den samanhengen ha ulik kalibrering. Den adaptive funksjonen kjem og til uttrykk gjennom læring. Innan visse grenseverdier kan ein øve opp evna til å registrere skilnader. Like eins kan skilnader som var relevante gjerast irrelevante. Habituering, som inneber ei heving av terskelnivå for ei viss klasse av stimulus, er ei primitiv læringsform som illustrerer dette.

Informasjon er skilnader, men altså ikkje ein kvar potensiell skilnad. Det er berre dei skilnader som vert effektive skilnader i den tyding at dei representerer ein mental transformasjon som kan kallast informasjon. Dette er hovudpoenget i følgjande spissformulering om informasjon som Bateson (1979) ofte vert sitert på: «**Information** consist of differences that make a difference» (s. 110). Tilhøvet mellom energi og informasjon er eit tilhøve mellom ulike logiske typar. Energi kan gje opphav til skilnader som blir informasjon, men *er* ikkje informasjon. Sjølv om skilnader (informasjon) ofte treng energi som berar, er informasjon muleg også utan dette. I Bateson sin analyse kjem dette poenget fram i følgjande:

*«., the word **stimulus** denotes a member of a class of information coming in through a sense organ. For many speakers, it seems to mean a push or shot of "energy".*

*If there are readers who still want to equate information and difference with energy, I would remind them that **zero** differs from **one** and can therefor trigger response.*

.....

*Events **which are not** are different from those which might have been, and events which are not surely contribute no energy.»*

(Bateson, 1979, s. 111)

Informasjon eller skilnader er «råmaterialet» eller «input» i mentale prosessar. Bateson ser mentale prosessar som ei rekursiv bearbeiding av skilnader mellom delar og delar, og delar og heilskapar i ei kompleks hierarkisk organisering der

sjølve prosessen ikkje er tilgjengeleg for medvitet. Det medvetne, til dømes som *meningsfulle* representasjonar, er «output» av bearbeiding av skilnader. Når eg her set output i gåseauge innfører eg i teksten ein skilnad mellom output og «output» som inviterer lesaren til å utføre ein mental operasjon av tilordning av dei to uttrykka i ulike kategoriar: output som ein allmenn omgrepskategori og «output» som omgrep i denne partikulære konteksten. Det allmenne og partikulære er to ulike logiske typar. Om eg frå dette, som er ein kommentar til teksten, vender tilbake til teksten, er det analytiske poenget at «output» som bearbeidde skilnader gir opphav til (input) bearbeiding av bearbeidde skilnader - og bearbeiding av bearbeidde bearbeidde skilnader, osv. i ein i prinsippet uendeleg rekursiv prosess. Heinz von Foerster (1982) jamstiller denne prosessen med kognisjon. Prosessen gjev opphav til det han kallar sensorisk-motorisk kompetanse som inneber at den rekursive prosessen genererer stabile verdiar slik at dei opplevingskvalitetar som vi kallar «objekt» trer fram. Dette «objektet» kan vi då kalle eit informasjonsprodukt, ein opplevingskategori bygd opp av skilnader, og altså noko heilt anna enn objektet som substans, bygd opp av materie og energi. Sjølv om informasjon ikkje *er*, eller inneheld energi, vil mentale prosessar som vert utløyst av informasjon føresette «forbruk» av energi, og kan òg utløyse energi. I verda av fysiske gjenstandar, til dømes biljardkuler, vil kule A som støyter mot kule B representere eit energipotensiale (ved si masse og fart) som determinerer ei eventuell rørsle i kule B. Hendinga kan tilstrekkeleg gjerast greie for som overføring av energi. I verda av levande vesen er tilsvarande utgreiing ikkje det vesentlege. Bateson illustrerer ved følgjande døme:

*«When I kick a stone, I give energy to the stone, and it moves with that energy; and when I kick a dog, it is true that my kick has a partly Newtonian effect. If it is hard enough, my kick might put the dog into Newtonian orbit, but that is not the essence of the matter. When I kick a dog, it respond with energy got from metabolism. In the "control" of action by information, the energy is already available in the respondent, in advance of the impact of events.»*

(Bateson, 1979, s. 113)

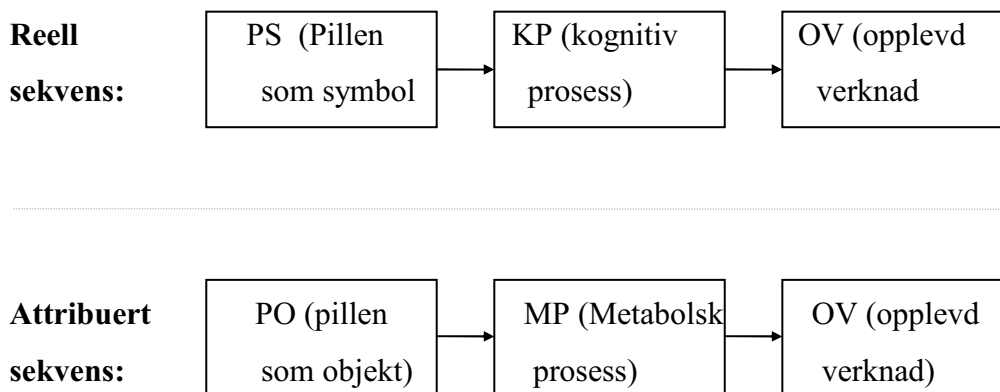
Om vi i staden for ein hund tenkjer oss at sparket vart retta mot ein annan person, er det neppe energi-overføringa i seg sjølv som kan predikere dei påfølgjande konsekvensane, men den meining som offeret attribuerer til sparket - ei meining utleia av informasjon. Medan biljardkula B ikkje kan trille lenger enn overføringa av energi tillet, kan informasjonsoverføringa eventuelt utløyse eit aggressivt motangrep med energimobilisering heilt uavhengig eller urelatert til energi-overføringa ved sparket.

### **Pleroma versus creatura**

Eg har berørt distinksjonar med fundamentale implikasjonar også for vår vitskaplege tenking. Hos Bateson er det eit sentralt prosjekt å frigjere seg frå den cartesianske dualismen. Distinksjonane ovanfor er oppsummert i uttrykka *pleroma* og *creatura* som han låner frå Carl Gustav Jung for å understreke det avgjerande skiljet mellom det mentale, dei menneskeskapte meiningssystem der informasjon er «elementærpartikkelen», og pleroma som gjeld den utstrekke materie. Men, dette kan jo lyde som ei ny dualisme om vi ikkje skil mellom ein nødvendig språkleg distinksjon og det denne refererer til. For Bateson var det nemleg eit gjennomgåande tema å utvikle eit språk til å kunne gjere greie for det han kallar «*the interface between Creatura and Pleroma*» utan å måtte postulere det eine som dominerande i høve til det andre. At det er relasjon og grensesnitt som er det vesentlege kjem til uttrykk når Mary Chaterine Bateson presiserer faren sin posisjon slik: «*Apart from Creatura, nothing can be known; apart from Pleroma, there is nothing there to be known*» (Bateson og Bateson, 1987, s. 200).

### **Placebo som creatura**

Desse vesentlege distinksjonane er fundamentale premisser eg også vil byggje på i seinare drøftingar. I denne samanhengen presiserer eg dei for å klårgjere grunnlaget for ei magisk oppfatning av placebofenomenet. Som illustrasjon tek eg utgangspunkt i ein pille som placebodøme. I samsvar med analysen ovanfor skil vi mellom pillen som objekt og substans (PO) og pillen som informasjon og symbol (PS) - slik det går fram av figur 11-1.



*Figur 11-1. Illustrasjon av opplevd og attribuert kausalsekvens ved placebo*

PS er input i eit sensorisk-kognitivt system, eit mentalt system for bearbeiding av informasjon - eit system av representasjonar, språk og mening - creatura. PS kan utløyse mental aktivitet om den representerer ein skilnad i den kontekst av skilnader som utgjer personen sin kognitive representasjon av kulturelle førestellingar, m.a. om sjukdom, helse og læking. I vår kultur er ein pille eit sterkt symbol for den moderne medisin sin potens. Pillen representerer problemløysing og kraft som ser ut til å generalisere til område som strengt tatt ligg utanfor det som har med sjukdom og læking å gjere. Det kan gi lovnad både om auka intelligens, potens og slank figur. Når vi tidlegare har sett at pillen si form eller farge kan virke inn på grad av placeborespons, er det sjølvstykke ikkje pillen si «blåheit» eller volum av substans som er avgjerande, men den skilnad og den mening dette representerer i populasjonen av pillesymbol. KP står for den kognitive prosessen som gjev opphav til forventningar om verknad og deretter opplevd verknad (OV) av pillen. Vi treng ikkje detaljere denne prosessen her, anna enn å slå fast PS → KP → OV som den reelle og nødvendige kausalsekvensen for ein placebo-effekt. PO er pillen som substans, pleroma, som input til kroppen gjennom det metabolske systemet. Avhengig om den inneheld kjemisk relevante substansar (energi) kan den delta i den biokjemiske

kommunikasjonen i kroppen. For personen som puttar ein placebopille i munnen er det dette som er den forventede og attribuerte kausalsekvensen: PO → MP → OV. Poenget er altså at den opplevde verknaden av den reelle sekvensen vert attribuert til PO som årsak i den forventede kausalsekvensen. PO blir tillagt ei «kraft» som lækjer, noko som verifiserer attribueringa og som igjen gjev potensiale for potensert verknad. I dette ligg det magiske. Det fundamentale skiljet eg her har gjort mellom PS og PO seier oss nemleg at sjølve objektet er trivielt for verknaden - eller at eitkvart objekt, besvergelsar, formularer, symbol eller ritual som kan representere ein tilsvarande skilnad som PS, vil kunne utløyse dei mentale prosessar som iverkset verknaden.

Det magiske vert kanskje tydelegare om vi i eit tankeeksperiment erstattar PO med sjamanen sin amulett. Innan ein kulturell kontekst av sjamanisme føreset vi, noko som burde vere uproblematisk å godta her, at amuletten har ein tilsvarande status som pillen i vår kultur. Amuletten som objekt har sjølvstendig ingen verknad. Amuletten som symbol har tilsvarande verknad som PS. Den opplevde verknaden vert attribuert til amuletten som objekt - og amuletten vert opplevd å ha ei magisk kraft. Når vi i slike samanhengar nyttar omgrep som «krefter» og tilhøyrande synonym, viser eg til omtalen av energi. Vi refererer til ein ontologi av realitetar. Men når vi må erkjenne at der ikkje er nokon kjend energi som kunne vere årsak til verknaden (altså placebo), framstår det heile som magi fordi vi ikkje ser at fenomenet ikkje dreier seg om energi i det heile teke, men om informasjon. Informasjon inneheld ikkje denne energien, men den kan aktivisere energi som alt er til stades i individet - den kjem ikkje utanfrå. Det er ein lang veg frå sjamanen til det moderne liv, men ikkje lengre enn at det både i ein levande folkeleg medisin og i populærpressa stadig vert vist til «magiske» objekt som kan lækje, og personar med lækjeevner i form av ein ukjend energi. Sidan folk flest i dagleglivet ikkje oppfører seg som strukturelle lingvistar og skil mellom tingen og tingen sitt namn, mellom energi og informasjon, forvekslar vi kausalsekvensane og utviklar førestellingar om magiske krefter som lækjer. Det er ikkje like lett å oppdage det magiske i eigen kultur når ein sjølv er ein del av den. Vel kan vestleg medisin

skryte av store sigrar over sjukdom ved hjelp av ei vitskapleg utvikling av lækjekunsten. Men det vert lett etnosentrisk arroganse når vi noko nedlatande stemplar lækjetradisjonar i andre kulturar som primitiv magi fordi dei vitskapleg sett er umulege. Ser vi til dømes på det kolossale forbruket det er i den vestlege verda av den vitskaplege medisinen sine medikament og farmaka, og i lys av at ein ikkje så liten del av den totale verknaden er ein placeboverknad - er det meir enn eit billeg poeng å referere til dette som vår eigen kvite magi<sup>4</sup>.

Men, det er altså informasjon og ikkje krefter som set det heile i gang. «Kreftene» kjem ikkje utanfrå, dei er alt til stades i individet. Placebofenomenet, og alle tilsvarende lækjefenomen, er difor døme på korleis kulturen set kroppen i gang med lækking, eit potensiale som alt er til stades i individet. For ein behandlar vil ein tru at det alltid bør vere ei utfordring å kunne bidra til å utløyse desse prosessane. Kva «nøklar» som gjev tilgang til dette er for den praktiske medisin sitt vedkomande i allfall ikkje eit spørsmål om kjemi, men om psykologi. Men, som denne analysen impliserer, kva stimuli som har informasjonsverdi til å setje det heile i gang, kan ikkje avgjerast allment og à priori, men berre relativt til ein kulturell kontekst av meining. Sjamanen sin klient vil neppe la seg imponere av doktor Jensen sin pille, like lite som doktor Jensen sin pasient vil verte særleg betre av sjamanen sin amulett. Ein kan med rette difor hevde at ein gitt placeboeffekt alltid også er ein kulturell effekt. Placebofenomenet er ikkje anna enn ein illustrasjon på den almenne kommunikative relasjonen mellom creatura og pleroma, mellom kultur og kropp.

Det er dette som er bakgrunnen for innfallsvinkelen min om placebo som illustrasjon av det universelle og formmessige i behandlingsrelasjonar. Prosessen er identisk, men det innhald som iverkset prosessen let seg erstatte og forandre fordi det har ein utvendig relasjon til sjølve prosessen - på same vis som relasjonen mellom informasjon og energi. Forvekslar vi innhald med form, eller

---

<sup>4</sup> Eg har funne berre ei vitskapleg granskning som vedkjem dette - og den er gamal (Dunlap, Henderson og Inch, 1952). Dei studerte 17.000 føreskrivingar av medikament i England og konkluderte med at 30 % var placebo i den tyding at medikamentet ikkje kunne ha nokon spesifikk fysiologisk verknad i



reifierer innhald utan omsyn til at innhaldet berre er vesentleg (in)formativt - som tekst i kontekst, vil vi verte villeia til ein språkbruk om creatura som om det var pleroma. Sagt på anna vis er det som *kan* vere «medisin» gjennom det mentale domenet alltid kontekstuelte og relativt til pasienten sidan det er meininga som kurerer og ikkje den gjenstanden som utløyser meininga. Dette er også eit vesentleg poeng i den analysen eg seinare vil gjere av psykoterapi.

## Kapittel 12

### HEILSKAP, DELAR OG KOMMUNIKASJON

#### Nokre konklusjonar og implikasjonar av placebo

I dette kapitlet har eg som overordna siktemål å oppsummere nokre implikasjonar av analysen av placebofenomenet, og å argumentere for «vegen vidare» i lys av desse implikasjonane. Eg vil såleis argumentere for nokre prinsipielle posisjonar som eg skal underbygge i seinare analysar. Analysen av placebo utfordrar nemleg fleire dimensjonar og spenningstilhøve innan dei humane faga om helse og terapi. Innleiingsvis peika eg på at temaet vedkjem motsetningane mellom «skulemedisin» og «alternativ medisin», ei motsetting som med jamne mellomrom også når det offentlege ordskiftet. Meir presist gjeld dette også tilhøvet mellom «vitskapen» som kunnskapsbase og behandling som byggjer på andre kunnskapstradisjonar. Dei kan ha ei forankring anten i folkelege, religiøse eller pseudovitskaplege tradisjonar for læking - eller inspirert frå ikkje-vestlege medisinske system. I denne debatten er det vanleg at skulemedisinen, med ein viss rett, vert klaga for berre å fokusere sjukdom og ikkje det sjuke mennesket. Dei «alternative» hevdar derimot å gjere nettopp dette, dvs. gjer krav på eit heilskapleg eller holistisk perspektiv. Undersøkjer ein denne heilskapen er det påfallande at den er så forskjellig og har så mange versjonar, og som regel er heilskapen retorikk kring eit føretrekt prinsipp. Når eg set «vitskap» i hermeteikn er det for å understreke at også dette er eit relativt omgrep utan eintydig konsensus. Placebofenomenet vedkjem difor også spenningstilhøve *innan* skulemedisinen sitt vitskapsparadigme. Vi må også ha i mente skilnaden mellom ei vitskapleg påvising av at ei behandling verkar, og ei vitskapleg grunngeving av

*kvifor* verknaden skjer. Sjølv om sistnemnde er eit viktig kriterium for å gi ei behandling nemnde status, er det mange døme også innan den praktiserande skulemedisinen på metodar der dette ikkje er oppfylt, ikkje minst i psykiatrien. Men analysen av placebofenomenet har relevans utover denne debatten. Fenomenet inneheld på sett og vis ein «løyndom», ein løyndom som gir oss perspektiv om noko allment og vesentleg ved all behandling, noko som er av sams vesen uansett behandlinga sitt spesifikke innhald. Dette er ein hypotese om abduksjon, at ein frå kunnskap om reglane i eit fenomen kan samanlikne andre liknande fenomen. Når eg i ulik grad kjem til å drøfte ulike behandlingar, er det såleis ikkje desse behandlingane i seg sjølv som er av interesse, men den eksemplariske diskursen for dette siktemålet. I det følgjande skal eg først oppsummere så langt, og samstundes utleie nokre vesentlege implikasjonar som premissar for analysen vidare. I denne analysen vert det nødvendig å drøfte både om eit såkalla heilskapleg perspektiv er muleg, og korleis ein kan tenkje om heilskap. Eg vil drøfte ei ramme for ei slik tenking, ei ramme for den utdjupinga eg tek føre meg seinare. Placebofenomenet vil tene føremålet som eit «lærestykke» i dette.

### **Lærdomen av placebo**

Når det gjeld sjølv uttrykket placebo fann vi ein noko skiftande historisk bruksmåte, men med negative konnotasjonar. I samband med medisinsk praksis «overlever» desse, og vi har sett at omgrepet vert nytta både som forklaring og som bortforklaring, ein bruksmåte eg har kalla «paradigmatisk» fordi den har tent til å marginalisere fenomen som vanskeleg har late seg inkludere i det vitskapsparadigme som moderne medisin har vore tufta på. Kva som reint faktisk vert karakterisert som placebobehandling må vi altså sjå i ein historisk samanheng. Når placebo etterkvart vert utforska empirisk som eit fenomen i seg sjølv, vert det synleg at det her er tale også om reelle effektar. Sjølv om ein del empiriske studiar enkeltvis lid av manglar og metodiske svake sider, finn eg at den samla dokumentasjonen ikkje berre tilseier ein slik konklusjon, men at vi og står overfor eit relativt kraftfullt potensiale for læking, eit potensiale som stort sett vert

undervurdert i vår medisinske tradisjon. Det er effektar som på sett og vis «simulerer» effektane av den spesifikke behandlinga den er assosiert med, inkludert biverknader og doseringseffekt.

Eg har funne grunnlag for å differensiere samleomgrepet placeboeffektar. Det er for det fyrste tale om effektar på den subjektive opplevinga av symptom ved ein sjukdomstilstand, her kalla *psykologiske symptomeffektar*. Det er ikkje eintydig at slike effektar i alle samanhengar har eit reelt motsvar i effektar på relevante kroppslege symptomvariablar. Effektar på slike variablar kan vi kalle *psyko-biologiske symptomeffektar*, der prefikset understrekar at effekten må vere initiert psykologisk. Medan slike effektar er rimeleg godt dokumentert på fysiologiske variablar (jfr. generell psykofysiologi), er dokumentasjonen meir uklår når det gjeld placeboverknader på andre biologiske system. Men som vi har sett er det vitskaplege grunnlaget aukande når det gjeld å kartleggje den biokjemiske delen av denne kommunikasjonsprosessen. Vi er kan hende på veg til å erstatte vår tradisjonelle biologiske tenking med ei *biosemantisk* tenking. Ein må likevel ta atterhald når det gjeld kva dette kan tyde i praksis når det gjeld behandling, og skilje mellom det som er *mulege* verknadsvegar, og potensialet for læking gjennom desse verknadsvegane.

Som ein tredje kategori placeboeffektar vil eg skilje ut det eg kallar *deduktive placeboeffektar*. Denne nemninga er dekkjande fordi det er snakk om effektar som rettar seg mot opplevinga av den underliggjande årsaka til symptoma som ein konsekvens av korleis tilhøvet mellom forventa og opplevd symptomverknad vert tolka. Attribusjon er her ein sentral mekanisme. Dei deduktive effektane er altså i utgangspunktet ein psykologisk effekt med ein muleg effekt på biologiske variablar. Den *omvendte placeboeffekten* er i følgje dette ein deduktiv placeboeffekt.

Sjølv om effekten av placebo kan variere mykje, er det ikkje grunnlag for å rekne dei som marginale eller uviktig i ein behandlingssituasjon. Tvert imot ser det ut til

å dreie seg om mekanismar med eit relativt stort potensiale som ikkje berre gjer seg gjeldande som rein placebo, men som vil kunne samvirke og både fremje eller hemme den spesifikke behandlinga. Ei vellukka behandling er ei behandling som også inneheld ei vellukka aktivisering av placebooverknader.

Vi har sett på empiri som ligg føre om placebo i høve til ulike uavhengige variablar. På mange vis kan denne empirien gje eit nokså kaotisk inntrykk om ein hefter seg ved detaljar. I eit meir overordna perspektiv er det likevel visse mønster som trer fram. I dette er det etter mitt syn vesentleg å legge vekt på at sjølv om ein kan snakke om ein viss individuell variasjon når det gjeld placeboresponsivitet, kan fenomenet i liten grad knytast til spesifikt stabile tilhøve hos individet. Det er difor grunnlag for å hevde at placebo ikkje er eit fenomen i tydinga «ei særskild hending», men gjeld noko allment ved den menneskelege måten å vere på når det gjeld læking.

Sjølv om mykje av dokumentasjonen av placeboeffektar er knytt til medikament (hovudsakleg som piller), er effekten også demonstrert ved andre behandlingsmetodar og prosedyrar. Dette gir grunnlag for å hevde at induksjonen av placeboeffektar ikkje er spesifikke for visse behandlingsmetodar, men eit potensiale ved ein kvar metode som for den aktuelle pasient har behandlingmessig status. Dette er også ein implikasjon av distinksjonen eg gjorde mellom pillen som substans og som informasjon. Det er ikkje det substansielle, men informasjonen den ber som er avgjerande. Samanblanding av dette kan gi opphav til magiske tolkingar av fenomenet. Denne distinksjonen legg eg vekt på som heilt fundamental for å kunne skjønne mentale fenomen, og difor også placebofenomenet. Vi må altså vere på vakt mot å klassifisere fenomenet i samsvar med vår klassifisering av verknad. Verknadene kan, som vi har sett, vise seg som endringar i det vi kan kalle eit substansielt domene, i kroppen sin fysiologi og biokjemi. Men desse verknadene kan ikkje ha opphavet sitt i dette domenet, men i det domenet eg kallar det mentale - det domene der «elementærpartikkelen» ikkje er substans, men ein skilnad mellom substansar. I

dette domenet vil den tradisjonelle måten vi nyttar kategoriane *årsak* og *verknad* på vere problematisk. Når vi hevdar at mentale prosessar (t.d. aktiviteten C) vert initiert av skilnader, til dømes skilnaden *mellom* A og B, fører det til ei irrelevant ontologisering av årsak om vi gjev oss ut på å skulle bestemme om årsaka til C er A eller B. Sidan årsaka er ein skilnad, er det ikkje entitetane A eller B som er vesentleg, men relasjonen mellom dei. Dette er ikkje ein relasjon mellom substansar - ein relasjon i terrenget, men ein relasjon i kartet - ein mental relasjon. Omgrepa *skilnad* og *relasjonar* er difor logisk føresett av kvarandre i det mentale domenet. Å hevde at mentale prosessar er initiert av skilnader, og *er* bearbeiding av skilnader og bearbeidde skilnader, er samstundes å hevde at det mentale domenet er eit relasjonelt domene. Omgrep utvikla i systemteori og kybernetikk er eigna til å omtale relasjonelle fenomen. I drøftinga av teoretiske bidrag om placebofenomenet la eg difor vekt på å utdjupe modellar som inneheld kybernetiske resonnement. Dette er modellar som i hovudsak har fokusert på dei kognitive prosessane, eller informasjonsbearbeidinga som er involvert i ein placebosituasjon. Frå ein psykologisk synsstad er det sjølvsagt interessant å fokusere nettopp dette. Slike modellar kan likevel ikkje vere uttømmande fordi dei på sett og vis skaper ein «innelukka» psykologi før vi har gjort greie for eit nødvendig perspektiv på det domene dei er modellar innan, og korleis dette domenet (det mentale) er relatert til det sosiale og kulturelle, så vel som til det kroppslege domenet av fysiologi og kjemi. Det er skilnad på å klassifisere placebo som eit psykologisk fenomen, og å skulle kunne gjere greie for fenomenet innan faget psykologi sine teoriar og modellar.

Placebofenomenet kan omtalast som ein paradigmatiske anomali, først og fremst i relasjon til det biomedisinske paradigmat. Det oppstår historisk som ein kategori for fenomen som ikkje kan gjerast greie for innan paradigmat som skaper det, og er difor også ein «trussel» mot dette paradigmat. Men fenomenet er også paradigmatiske utfordrande for psykologien, og ei drøfting av placebo utfordrar heile vår måte å tenkje om behandling og læking på. Innan ein ikkje-dualistisk epistemologi, ein epistemologi som ikkje har ulike kategoriar for sjel og lekam,

ville det neppe ha «oppstått» eit fenomen som placebo. Slik sett kunne vi seie at fenomenet berre er eit fenomen i språket, det er implisert av vår måte å tenkje på. Med andre ord peikar placebo ut over seg sjølv, det «forduftar» så å seie som noko *i seg sjølv* og trer fram berre som døme på den allmenne problemstillinga om tilhøvet mellom sjel og lekam i læking. Eg føretrekk å omtale dette som relasjonen mellom kropp og kultur, og sjå på det «sjelelege» nettopp som denne relasjonen - eller som grensesnittet mellom biologi og omgjevnad. Det er nødvendig å presisere dette noko.

### **Det mentale**

Sidan både *sjel* og *psyke* er belasta omgrep, skal eg her nytte omgrepet *det mentale* (mind) i ei tyding som byggjer på Bateson (1979). Dei distinksjonane eg med referanse til Bateson tok opp i førre kapittel, inngår i Bateson si forståing av det mentale. Eit vesentleg poeng i denne forståinga er at «grensene» for det mentale ikkje er dei same som kroppen sine grenser. Kroppen er snarare grenser *i* det mentale, slik at vi kan snakke om eit kroppsleg mentalt domene. Dette kroppslege mentale domenet er determinert av den biologiske strukturen i det biosystemet som gjer det muleg, men *er* ikkje dette domenet i ontologisk tyding. Som Bateson (1979, s. 20) seier: «*Mind is empty; it is no-thing. It exist only in its ideas, and these again are no-things*». Eit sanseorgan er ein biologisk struktur som er i stand til å registrere skilnader, eller meir presist å transformere variasjon i energi til skilnader i det mentale, men skilnaden er ikkje sanseorganet. Når vi for mennesket sitt vedkomande taler om subjektivitet og medvit, taler vi om bestemte nivå i det mentale innan det kroppslege mentale domenet gjort muleg av strukturen ved det biologiske systemet homo sapiens. Vi må altså ikkje forveksle det mentale vi kallar «medvit», med medvitet sitt organ. Dette er ei samanblanding av ulike logiske kategoriar som fører oss inn i eit redusjonistisk uføre.

Ein liten refleksjon over kva språk er, kan utdjupe dette nødvendige logiske skiljet. Frå eit evolusjonsperspektiv gir det meining å skjøne språk som eit biologisk fenomen - det vil seie som eit fenomen som trer fram gjennom

evolusjonen av biologisk tilpassing, det vi kallar fylogenese. Språket har altså biologisk røter - som alt ved det levande har. Dette er i og for seg trivielt. Det gir likevel ikkje mening å klassifisere språk som eit fenomen innan ein biologisk struktur når språket ytrar seg gjennom ontogenesen - gjennom ein individuell brukar av språk. Vi kan ikkje skjøne språk utan å inkludere Den Andre. Språk føreset eit miljø av andre brukarar av språk. Evolusjonsmessig kan vi berre skjøne framkomsten av språk som uttrykk for ein relasjon *mellom* ontogeneser, i og gjennom former for interaksjon eller kopling av biologiske system. Utan at vi her treng hefte oss ved evolusjonen *per se*, må vi difor utleie at når vi med tilvising til evolusjonen seier at språket har eit biologisk opphav, refererer vi til fylogenetisk oppsummering av *sosialt* ontogenetisk liv. «Fylogenese» og «ontogenese» er logisk sett to ulike kategoriar på same vis som «klasse» og «medlem av klasse». Det inneber at når vi refererer til det biologiske i ein fylogenetisk samanheng, *inkluderer* vi det sosiale, medan vi ikkje kan gjere det når vi refererer til biologi innan ontogenesen. Språket har altså sitt biologiske opphav i det sosiale, og i ontogenetisk liv høyrer språket til det sosiale feltet innan det mentale domenet. Men det er meiningslaust å snakke om språk anna enn som praksis, som bruk. Og som praksis i det lokale sosiale feltet av språkbrukarar kan denne praksisen berre fungere kommunikativt dersom den skjer *innan* språket som «overlevd» system for kommunikasjon. Sidan språket såleis må ligge *føre før* den enkelte språkbrukar, høyrer språket til det stabiliserte sosiale feltet som utgjør det vi kallar det *kulturelle*. Det kulturelle feltet er eit historisk mentalt domene som det kroppslige mentale domenet både uttrykker og gjev seg uttrykk i. I fylogenetisk tyding er det kulturelle biologisk forankra, men i ontogenesen er det kulturelle overordna det biologiske sidan enkelte ontogener kontinuerleg kan skiftast ut utan at kulturen eller språket skiftar. Når vi til dømes i utviklingspsykologien taler om at barn må *lære* å snakke (lære språket) assosierer vi lett til at språket er noko som barnet har «inne i seg» og som det må lære å uttrykkje. Men fordi språket alt er der, i det sosiale, ville det vere rettare å seie at barnet er *i språket*, og at språket kjem til uttrykk gjennom barnet<sup>1</sup>. Dette er eit språksyn i samsvar med Vygotsky

---

<sup>1</sup> Gadamer (1972) impliserer dette poenget når han i sin kritikk av den tradisjonelle hermeneutikken



(1962) sin tankegang, og kjem til hos Lock på følgjande vis:

*«Initially, infants are perceived by adults to communicate before they are actually able to do so. The communicative capabilities of very young infants exist entirely outside of them, and are only slowly made apparent to them through the results of the social interactions in which they are constituted. Infants "discover" that they can communicate, and following this their ability becomes one they learn to control; it moves from being an inter-mental ability to being an intra-mental one.»*

(Lock, 1986, s. 114)

Korleis denne internaliseringa går føre seg kan på mange vis virke uskjøneleg, men *at* det skjer ein transformasjon frå det intermentale til det intramentale, frå utside til innside, kan vi ha liten tvil om. I forlenging av dette resonnementet kan vi sjå det vi kallar subjektivitet eller medvit som tilsvarande å ha opphavet sitt i det sosiale, i det Maturana og Varela (1987) kallar det *lingvistiske domenet* (som ikkje er språk, men ein føresetnad for språk), som føreset ei strukturell kopling mellom biologiske system. Eit «sjølv», eit medvit, er nært forbunde med det språklege, og føreset Den Andre på same vis som språket gjer det. Medvitet har såleis sine biologiske røter i det sosiale. Når vi studerer medvit i ontogenesen vert det difor svært upresist å sjå på medvit som ein eigenskap eller lokalisasjon ved det organet (hjernen) som gjer det mulig. Medvitet er nettopp ikkje eit organ - det er meta-organisk fordi det føreset relasjonar som er sosiale. Denne relasjonen må vere rekursiv (sjølvrefererande) fordi ikkje noko kan være «om seg sjølv» utan å referere til seg sjølv. Medvit er med andre ord ein eigenskap ved det kroppslege mentale domenet der det mentale refererer til seg sjølv - med andre ord eit meta-mentalt fenomen. Eg byggjer denne forståinga av det mentale i hovudsak på Bateson. Boka *Mind and nature* (Bateson, 1979) er eit forsøk på å konseptualisere det mentale som noko relasjonelt, som kommunikasjon mellom organisme og

---

tek avstand frå den indre eller private interpretasjon. Han seier «*..dass die Sprache uns spricht, als das wir sie sprechen*» (s. 437). I ein situasjon der vi fortolkar gjennom språket og vert grepe av eit sakstilhøve, kan vi som Gilje (1987) sei at dette ikkje tilhøyrer oss og våre kategoriar, men at vi tilhøyrer det.

omgjevnad. Bateson utviklar seks kriterium for at vi kan tale om *mind*, kriterium eg ikkje skal utdjupe her anna enn å peike på at dei til saman utgjer omtale av eit kommunikativt system, eit system basert på transformasjon av skilnader i interaksjonar mellom delar eller komponentar. Det er altså *relasjonen* organisme-omgjevnad som er «eininga» for det mentale, og sidan evolusjonen ikkje ville «fungere» utan organismen sin kommunikasjon med omgjevnaden, gjer Bateson også det mentale til sjølve eininga i evolusjonen. Å seie at evolusjonen har utvikla ulike former for biologisk liv er såleis det same som å seie at det mentale har ein slik evolusjon, og dei ulike formene for mentalitet er eigenskapar ved dei biologiske formene sin måte å relatere seg til den økologiske omverda på. Vi må såleis ikkje forveksle *medvit* med *det mentale*, sidan medvit berre er ei form for mentalitet, eit evolusjonsprodukt som kjenneteiknar ei side ved homo sapiens sin relasjon til omgjevnaden. Eg har her nytta Bateson sin språkbruk for å få fram ei tenking eg vil bygge på, men vil gjerne legge til at eit slikt perspektiv no gjer seg sterkt gjeldande i nyare kognitiv psykologi. Som Bem og Keijzer (1996, s. 449) seier, er det no ei vending «*to an approach in which mind is conceived as sensitivity and adaptivity to the environment.*»

### **Heilskap**

Analysen av placebofenomenet har ført til ein nødvendig analyse av korleis vi tenkjer om mentale fenomen, og i samsvar med drøftinga ovanfor plasserer eg placebo innan det mentale domenet, noko som gjeld grensesnittet kropp og kultur. Dette er ei nødvendig plassering fordi det mentale er eit kommunikativt domene, og transformasjon og kommunikasjon er ein føresetnad for at kultur kan uttrykkje seg biologisk. Samstundes utfordrar dette oss til å utvikle ei teoretisk ramme som inkluderer dei kulturelle aspekta så vel som dei biologiske ved fenomenet. Dette kan ikkje berre vere ei deskriptiv ramme, men eit perspektiv som samstundes kan gjere greie for at det er tale om ein transformasjon som gjer at det kulturelle kjem til uttrykk i det biologiske. Empirien eg har drøfta impliserer eit slikt perspektiv, og dermed abstraksjonane ovanfor. Enkeltvariablar som eg har omtala som empirisk relevante, er det fordi dei er kommunikative, fordi dei er informasjon og

kontekstmarkørar. Men kontekst er ikkje ein variabel på same vis som til dømes storleiken på ein pille. Kontekst bør vi heller likne med mønster, ein kvalitet som oppstår av relasjonen mellom kvantitetar, og som mønster kommuniserer noko som har meining. Dette inneber transformasjon, og kontekst høyrer såleis til det mentale domenet, eller rett og slett at det mentale er kontekstuel.

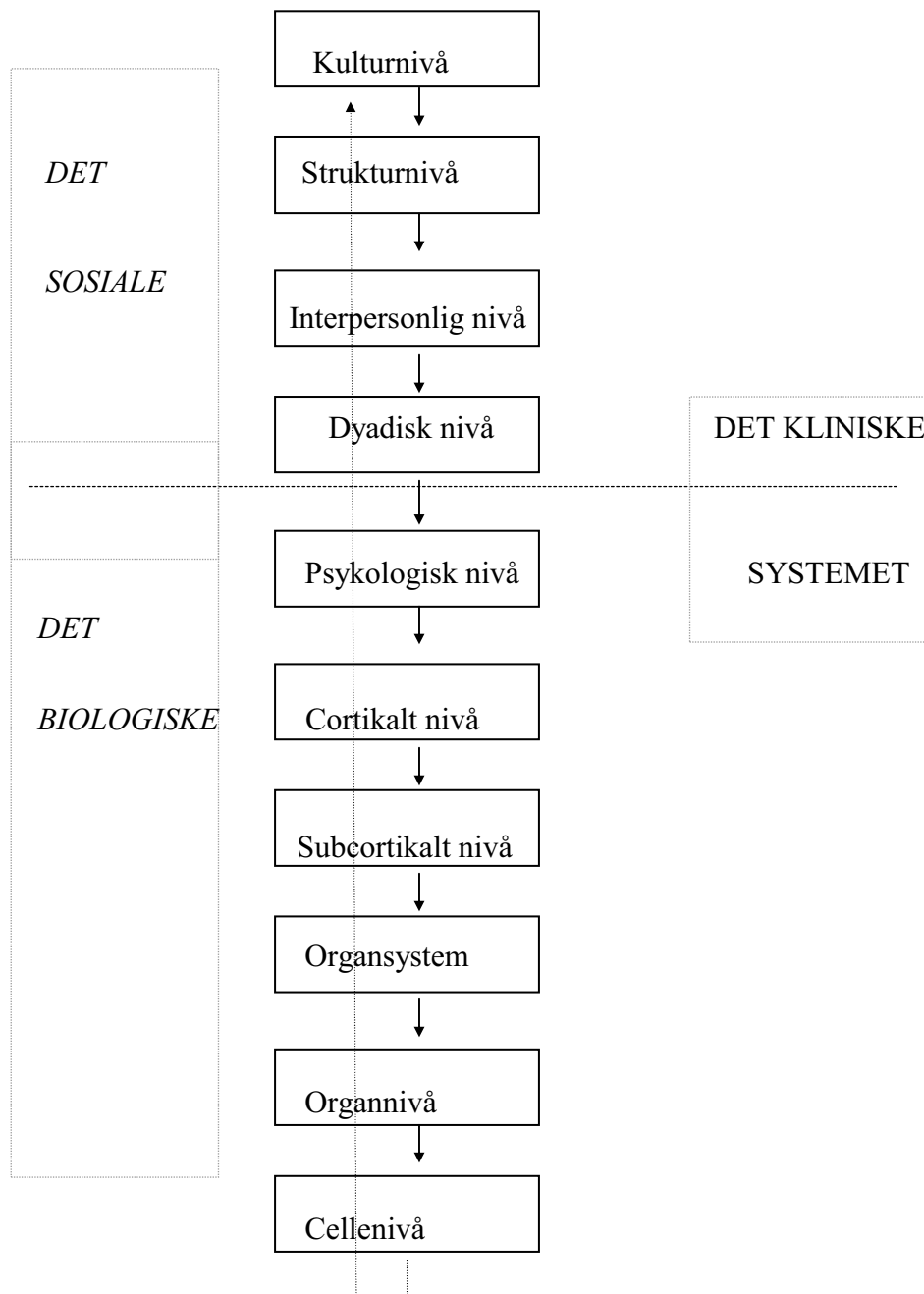
Å snakke om relasjonen kultur-kropp er å invitere til eit heilskapleg perspektiv. Men kva heilskap er, er ikkje innlysande. Som Bateson gjev uttrykk for:

*«The division of the perceived universe into parts and wholes is convenient and may be necessary, but no necessity determines how it shall be done.»*

(Bateson, 1979, s. 47)

Logisk sett er det strengt tala ikkje muleg å gjere greie for heilskapen. Ein må alltid dele opp, og distinksjonar er difor nødvendige. Eg skal gjere det i det følgjande, men samstundes poengtere at føremålet er pragmatisk - å illustrere ei oppdeling i språket som gjer det muleg å tale og tenkje *innan* eit heilskapleg perspektiv. Det er altså ei *semantisk differensiering* meir enn ei differensiering i ein ytre realitet som er tema. For verda er neppe oppdelt, det er vi som ikkje kan gripe den utan å dele den opp. Eg skal lene meg til systemteori i den følgjande oppdelinga slik ho går fram av figur 12-1, men utan at det er rom for å gjere greie for denne teoritradisjonen her. Når eg refererer til «nivå» inneber det referanse til system, og som system kan ein analysere heilskapar utifrå særeigne former for atferd og interaksjon på eit gitt nivå, så vel som gjennom subsystem innan dette nivået. Men «nivå» refererer også til ein hypotese om eit hierarki av ulike logiske typar. Det inneber to ting. For det fyrste at det ikkje *à priori* er muleg å dra slutningar på eit nivå som er gyldige utsegner *om* eit anna nivå. Det tyder sjølvstøtt ikkje at nivåa ikkje er relaterte. Empiriske kan dette vise seg til dømes som korrelerte samanhengar. Gødels teorem (Nagel og Newman, 1965) tilseier at i ein slik situasjon kan ein i ei viss avgrensa grad gjere deduksjonar til eit underliggjande nivå, men ikkje omvendt. Søndergaard (1990) gjev eit døme på

dette. Det at medikament med dopamin-blokker reduserer psykotiske symptom gjev ikkje som nødvendig implikasjon at årsaka til schizofreni er ei forstyrring i dopamin-nevronta.



Figur 12-1. Illustrasjon av oppdeling av heilskap for tenking om heilskap.

Den andre implikasjonen, og den er særst viktig, er at eit hierarkisk overordna nivå

er kontekst for underordna nivå. Går vi frå botnen i modellen - frå cellenivå til organnivå, kan vi seie at eit organ ikkje berre består av mange celler, men av *relasjonen* mellom dei i ei gjensidig spesifisering - og at det er dette som uttrykkjer ein cellulær struktur (organ). I samsvar med omgrepet om logiske typar, kan vi difor seie at eit organ er metacellulært, at organsystem er meta-organ osv. - og tilsvarande innan det sosiale feltet. Den nedgåande pilretninga refererer til denne hierarkiseringa. Men pilane går og andre vegen - modellen er sirkulær, og med det inkluderer vi ein tidsdimensjon, eller eit evolusjonsperspektiv som fortel oss at alt byggjer seg opp «medanfrå».

Eg minner om at eg prøver å illustrere ein måte å tenkje på som ramme for ein vidare analyse, og eg skal difor her berre kortfatta kommentere kva som er meint inkludert i nokre av dei ulike nivåa. Det er gjort ein hovuddistinksjon mellom det sosiale og biologiske feltet, og distinksjonar mellom nivå innan desse felta. *Kultur* refererer til det mentale som eit kollektivt og historisk aggregat av transformasjonar, materielle artifakta så vel som språk, verdiar, mytar og røyndomsoppfatningar - ein epistemologisk kontekst for å tolke og handle i verda. Det er altså her eit abstrakt omgrep som ikkje må blandast saman med konkrete former for kulturelle ytringar. Med *strukturnivå* referere eg til det nivået innan det kulturelle der aggregat av menneskeleg samhandling i eit samfunn har forma stabile mønster for handling overfor ulike livsområde. Det er nivået for dei samfunnsmessige institusjonane, der det vi kallar «helsevesenet» er ei aktuell operasjonisering i vår samanheng. Dette treng likevel ikkje vere eitt vesen (t.d. det offentlege helsevesen) sidan det innan ein kultur kan vere ulike og skilde system som vedkjem handsaming av sjukdom og helse. Med *interpersonleg-nivå* refererer eg til nivået for samhandling mellom individ innan til dømes rammer for grupper, familiar, organisasjonar og nettverk, og som i sin metaindividuelle struktur skaper og held ved like desse rammene. Dette er nivået for den kontinuerlege straumen av koordinert sosial atferd og forming av intersubjektivitet og subjektivitet. Som eit siste nivå innan det sosiale feltet har eg skilt ut det *dyadiske* som er meint å referere til det vi kan kalle «den sosiale

elementærpartikkelen» - cella i den sosiale kroppen, nivået der grunnformene i det sosiale livet kan studerast, nivået der «Ich und Du» i Bubersk tyding vert realisert (Buber, 1958).

Nivåa innan det biologiske feltet har eg alt delvis kommentert, og dei er dessutan relativt sjølvinnlysande. Berre ein kommentar til det *psykologiske nivået*. Dette refererer til det eg tidlegare har omtala som det kroppslege mentale domenet, og som altså ikkje må forvekslast med dei biologiske strukturane som gjer det muleg. Det psykologiske er «grensesnittet» mellom kultur og biologi, men blir referert til innan det biologiske feltet av di det er tale om aktivitetar som er strukturelt innelukka i det biologiske systemet.

Desse distinksjonane er også distinksjonar i vitenskapen og er i den samanhengen karakterisert ved større opphoping av kunnskap *innan* eit gitt nivå, enn kunnskap om relasjonen *mellom* nivåa. Perspektiv som vil kalle seg *heilskapelege* må forhalde seg til sistnemnde, og såleis vere interdisiplinære. Eg har hevda at placebofenomenet er ein nøkkel som opnar for relasjonen kropp og kultur, og difor impliserer eit perspektiv som kan kallast heilskapeleg slik modellen rissar opp. Men modellen kunne i og for seg også vere ei ramme for eit heilskapeleg perspektiv på sjukdom og helse i generell tyding. Slik vert placebo eit lærestykke på ei generell problemstilling. Skal placebofenomenet kunne gi oss betre innsikt om behandlingsrelasjonen sitt allmenne vesen fører det oss tilbake til det eg i modellen har skilt ut som *det kliniske systemet*. Det er dette eg vil ha fokus på - og vende tilbake til. Det er innan dette systemet at det fenomenet vi kallar placebo vert realisert. Men, som eg har underbygd, kan vi ikkje finne meining i kvifor utan at vi tolkar fenomenet kontekstuel, i relasjon til dei nivåa som er overordna i modellen. Sidan dette ikkje kan gjelde berre for placebo, men for heile det kliniske systemet, vert difor påstanden at eitkvart element i ein behandlingssituasjon som vert transformert til det mentale domenet som kommunikative element *om* læking *innan* ein kulturell kontekst av meiningssystem om læking, har eit potensiale for læking. Det er som med flagg. Dei er ulike over heile verda, i farge og mønster,

men nasjonalkjensla - om den let seg påvise som biokjemi - vil vere identisk. Påstanden gjeld ikkje berre behandlingar som i sin natur er kommunikative, men dedusert til behandlingar som også har verknad gjennom det substansielle domenet. Slike har *også* eit potensiale for verknad gjennom å vere kommunikative i det mentale domenet, og det vil i praksis ofte vere problematisk å skilje kva som er kva.

### **Adaptasjon og meining**

Analysen og modellen eg har skissert impliserer altså ei forståing av kroppen som kulturelt konfiguret, at det er ein kommunikativ relasjon mellom det mentale domenet vi kan kalle kultur, og cella som eit elementært kroppsleg nivå. Modellen er ei ramme å analysere dette i ved å spesifisere ulike nivå som på eit eller anna vis må vere relaterte. Sidan det er snakk om ulike system og ulike nivå, må vi sjå denne kommunikasjonen som transformasjon av informasjon gjennom ulike grensesnitt. Sjølv om vi ser det mentale som mediering mellom kropp og omgjevnad og plassert placebofenomenet inn i dette, er det framleis eit spørsmål om *kvifor*. Kva kjenneteiknar og kva motiverer den prosessen som vi kan kalle læking og som placebo er ein del av?. Held vi oss til den somatiske kroppen kjenner vi til svært mange av dei autonome prosessane som rettar seg mot å oppretthalde balanse og likevekt (homeostase) innan ulike kroppslege subsystem, og mellom desse. Sjukdom (kva årsaka enn måtte vere) er eit uttrykk for ei ulikevekt i desse systema utover visse grenseverdier, samstundes som systema vert aktivisert til ekstreme aktivitetsnivå retta mot korreksjon og gjenoppretting av likevekt. Kroppen har sitt eige forsvarsverk som vert mobilisert i det biologiske dramaet som ein sjukdomsprosess er. Det er desse vi refererer til når det er tale om kroppen sine sjølvlækjande krefter. Plagsame symptom som sjukdom fører med seg (smerte, feber, heving, puss etc.) er eit uttrykk for at desse kreftene er «i arbeid». I systemterminologi er omgrepet *adaptasjon* ein måte å karakterisere slike prosessar på - både når det går normalt føre seg, og når det oppstår avvik som sjukdom. Vi kan sjå placebo og læking gjennom det mentale domenet i eit analogt perspektiv. Placebolæking vil vi då kunne sjå som eit uttrykk for korleis det

mentale domenet tek del i det same adaptive prosjektet under ein sjukdomsprosess som kroppen sine sjølvlækjande krefter elles. Dette impliserer at vi også i ein allmenn samanheng må sjå mentale prosessar som adaptivt motiverte - ein del av det totale biologiske systemet si tilpassing til omgjevnaden. Men det mentale i eit slikt adaptivt perspektiv må gjevast omgrep *innan* det mentale. Eg vil argumentere for at omgrepet *meaning* er sentralt i denne samanhengen - at *meaninga* med *meaning* er adaptasjon, og at *meaning* såleis er den avgjerande kategorien for å realisere læking gjennom det mentale domenet. *Meaning* er det mønsteret som bind saman og er kjenneteikna av gjenkjenning, at transformerte og koda versjonar av *omverda og meg i denne* fungerer, gjer at eg kjenner meg heime i mi omverd og tek eksistensen og relasjonen til omverda for gitt. *Meaning* har med det nødvendige imperativ å skape orden i verda og dermed tillit til verda. *Meaning* sin motsats er angst - det å ikkje kjenne seg heime, det å vere i uorden og i disharmoni med omgjevnaden. Vi kan også sjå *meaning* som eit kognitivt system, som ei bestemt ordning eller struktur av informasjonselement innan det kroppslege mentale domenet karakterisert ved at relasjonen mellom elementa er rekursiv og difor definerer elementa. Slik oppstår «grenser» og kategoriar om verda og *meaning* som eit motivert system innan det kognitive. Det vi i daglegtalet kallar *forventning* oppfattar eg som relatert til *meaning* i den tyding at forventningar føreset ein *meaning*struktur. Sidan eg oppfattar *meaning* som relatert til adaptasjon i allmenn tyding kan vi seie at forventning er det dynamiske uttrykk for *meaninga* si adaptive rolle. Sidan *meaning* (eit *meaning*system) i rudimentær form føreset bearbeidd informasjon, må forventningar føresetje bearbeidd bearbeidd informasjon -forventningar er altså meta-*meaning*. Denne transformasjonen frå *meaning* til meta-*meaning* uttrykkjer *meaning*strukturane si handlingskoordinerande rolle i den adaptive prosessen - nemleg forventningar.

### **Meaning - med og utan medvit**

No kunne dette resonnementet vore underbygd av meir handfast psykologisk teori og empiri. La vi unngå den avsporinga her, eg kjem tilbake til spørsmålet både i kapittel 13 og i kapittel 28.. Eg nyttar omgrepet *meaning* på sett og vis som ein



metakategori, ein måte å karakterisere det som vi elles kunne ha omtala som eit uttal av psykologiske fenomen innan til dømes persepsjon, attribusjon, læring og minne, osv. Med andre ord er *meaning* ein kategori til å karakterisere både det formmessige og det dynamiske ved det grensesnittet mellom kropp og omgjevnad som er mentale prosessar. Eit problem må kommenterast. I vanleg språkbruk vert *meaning* oppfatta som ein medvitskategori, at det berre er det medvitne som kan ha *meaning*. Problemet har dels å gjere med ein kulturell tradisjon (freudiansk) der vi postulerer det medvitne og umedvitne som motsatsar, som krefter i opposisjon i ein kontinuerleg kamp om «regjeringsmakt». Slik forvekslar vi medvit med rasjonalitet, og assosierer det umedvitne med motsatsen irrasjonalitet, dvs. meningsløyse. Men utifrå moderne psykologisk forskning er det liten grunn for eit slikt kategorisk og kvalitativt skilje mellom det medvitne og umedvitne. Før vi kan skjønne det medvitne må vi skjønne det mentale som det medvitne spring ut av. Medvit har eg tidligare omtala som eit metamentalt fenomen, eit evolusjonsprodukt karakterisert ved sjølvreferanse som mest sannsynleg er relatert til framkomsten av språk. Medvitet sin adaptive føremon er fridom, ein semantisk fridom som skaper distanse til omgjevnaden. Slik vil den medvitne kunne vere ikkje berre *i verda*, men *vis a vis verda*. Denne distansen, denne opninga, gir rom for refleksivitet og for fridom til å skape eit i prinsippet uendeleg tal versjonar av røyndomen. Men, sjølv om Freud sitt imperativ var at det medvitne burde gjennomlyse det umedvitne og sitje i førarsetet i liva våre, er dette i eit adaptivt perspektiv ikkje berre eit umuleg prosjekt, men også lite tenleg. Utifrå medvitsforskning kan vi seie at i vår daglege og løpande omgang med verda er den mengda av informasjon som vi i ei viss tidseining kan vere medvitne om berre ein forsvinnande liten del av den totale mengda av informasjon som i same tidseining vert kroppsleg omhandla. For å nytte ein metafor frå moderne teknologi kan vi difor seie at medvitet er ein sær sars treg prosessor. Og det er føremålstenleg at det er slik. Det umedvitne kan vi oppfatte som automatiserte mentale prosessar, og difor eit aspekt ved dei fleste psykologiske fenomen. Automatisering er ei form for «systemsparing» - ein måte å «delegere» til lågare systemnivå som frigjer adaptiv kapasitet. Dess mindre vi treng å vere medvitne om, dess meir fridom har vi til å

bruke medvitet. Automatisering er uttrykk for adaptasjon og læring. I den lange læringa som vi kallar fylogenese skjer automatisering av den somatiske læringa ved genetisk koding. DNA er arten sitt minne, ei systemsparing som frigjer adaptiv kapasitet slik at den somatiske læringa ikkje må starte på nytt for kvar generasjon, og kapasiteten for somatisk læring er fylogenetisk aukande. I den korte læringa, ontogenese, frigjer automatiseringa tilsvarande adaptiv kapasitet for individet. Læring skaper føresetnad for ny læring. Å ha *lært* språket inneber at det er automatisert, ord og uttrykk kjem spontant når vi har frigjort kapasitet for medvit om det vi vil seie. Å lære å køyre bil er ein komplisert prosess som i starten krev mykje konsentrasjon og medviten koordinering av sensomotoriske handlingar. Når vi *kan* køyre bil skjer dette automatisert, og vi har frigjort kapasitet til på vegen heim å nytte medvitet til andre ting. Som deautomatisering av språket fører til stamming vil deautomatisering av bilkøyringa føre til trafikkulukker. Det er «best» at medvitet ikkje blandar seg inn. Det blir som med tusenbeinet som vandra lukkeleg på sin veg inntil det ein dag vart ståande på flekken etter å ha treft ein tordivel som spurde korleis det kunne vite kva bein det skulle starte med. Poenget eg vil ha fram er at meining på same vis kan vere automatiserte versjonar av vårt tilhøve til omgjevnaden. I dagleglivet fungerer det best slik, det at vi kan ta dagen og morgondagen for gitt og ikkje treng tolke omgjevnaden på nytt og på nytt. Sosiologen Anthony Giddens (1997) talar i denne samanhengen om *ontologisk sikkerheit*, ei kjensle av samanheng og stabilitet, at ein kan lite på ting og personar. På same vis som fisken er den siste som oppdagar vatnet er vi *i* ein individuell og kulturell samanheng av meining vi tek for gitt. Det har med tillit å gjere. Vi tek det for gitt at naboen om morgonen helsar når eg helsar, vi treng ikkje bry medvitet med meininga med det. Det er den dagen naboen *ikkje* helsar at vi medvite treng finne svar på kva meininga med det var. Og kan hende er dette eit vesentleg poeng, at medvitet vert triggja av *ikkje-meining*, og at medvitet sin adaptive funksjon nettopp er korreksjon av *ikkje-meining* og den uendelege jakta på nyheit og samanheng - mønster som bind saman.

Set vi placebofenomenet inn igjen i dette resonnementet må vi først legge til grunn at læking er ein kontinuerleg adaptiv prosess, at læking er ein integrert del av det å vere sjuk, anten lækinga er initiert i dei autonome biofysiologiske prosessane eller dei mentale prosessane. Ein behandlingssituasjon er alltid berre ein intervensjon, ein sekvens i denne lækjeprosessen. Kor vidt behandlingssituasjonen fremjar placebo eller ikkje må henge saman med i kva grad den fasiliterer meining hos pasienten som vert handlingskoordinerande i lækjeprosessen. Vi må altså skilje mellom lækjeprosess og behandling. Skilnaden mellom placebo og spontan remisjon, som eg har drøfta tidlegare, treng ikkje vere ein skilnad i vesen, men i fortolking. Vi kan sjå begge fenomena som uttrykk for den same adaptive prosessen som er skissert her, men vi kallar lækinga spontan remisjon når denne er adaptiv av ukjend årsak, og placebo når vi kan attribuere lokalisering til behandlinga og situasjonen behandlinga går føre seg i. All behandling og alle behandlarar vil til tider kunne vere gratispassasjerar på den lækinga som livet sjølv syter for. Behandling, i sine ulike former, er alltid ei form for sosial organisering kring ein intendert intervensjon i denne prosessen. Sjølve behandlinga og implementering av denne i behandlingssituasjonen skjer difor alltid i kontekst av denne løpande adaptive prosessen, og det er i kontingensen mellom intervensjon og adaptasjon at behandling vert læking. Eit poeng som følgjer av dette er at kva som kan fremje placebo i ein behandlingssituasjon alltid vil vere relativt til pasienten sin «tilstand» i lækjeprosessen, og pasienten sin meiningstruktur. Skal behandlinga bidra som behandling gjennom det mentale domenet (altså som placebo) må den representere ein bodskap i høve til pasienten sitt meiningssystem. Denne må ha opphavet sitt i den kommunikative relasjonen i behandlinga, anten bodskapen er intendert sendt eller berre fortolka. Vi har sett at det er svært vanskeleg å predikere effektar av placebo. Som eg seinare skal vise gjeld det same for effektar av psykoterapi. Dette har truleg med det å gjere at i ein kommunikativ relasjon er det ikkje eintydig at det som for sendar er ein skilnad, er «ein skilnad som skaper ein skilnad» for mottakaren. Sidan det er tale om ein kommunikativ relasjon er det ikkje «støyt» og «krefter» som er innhaldet, men informasjon. Medan vi relativt presist kan predikere verknad av energi utifrå

kunnskap om den generaliserte kroppen, kan vi berre sannsynleggjere verknaden av informasjon utifrå kunnskap om den særeigne personen. Vi kan difor aldri på same vis som vi generaliserer årsak-verknad sekvensar i pleroma generalisere tilsvarande i creatura. Det som tilsynelatande er kausalt i ein kommunikativ relasjon er aldri det i den tyding at det *tvingar ein verknad* på mottakaren, men av di det er relevant for mottakaren. Når det gjeld kva som er relevant, er mottakaren prinsipielt suveren.

Om vi i ein behandlingssituasjon punktuerer behandlar som observatør og sendar, og pasienten som aktør og mottakar, kan vi hevde at det behandlaren gjer i ein behandlingssituasjon ikkje kan ha ein instruktiv eller dirigerande effekt på aktøren frå ein observatørsystemstad, berre ein korrigerande effekt. Frå aktørposisjonen er det alltid tale om transformasjon og *seleksjon* av relevante skilnader for den adaptive prosessen. Når det gjeld behandling gjennom det mentale domenet ville det difor i staden for å seie at behandlaren behandlar pasienten, vere meir presist å seie at pasienten behandlar seg sjølv gjennom adaptiv seleksjon frå den konteksten som inkluderer behandlaren og behandlinga. Dette impliserer eit meir aktivt syn på pasienten si rolle i å realisere terapeutiske endringar. Spissformulert kan vi seie at det berre er pasienten som *kan* vere den eigentlege aktøren i å skape slike endringar. Behandlaren si rolle liknar på rolla som regissør: den som skaper den konteksten som aktøren blir ein aktør i. Behandlaren sine prediksjonar om kva i behandlinga som vert selektert vil auke dess meir han i grunnlaget for prediksjonane inkluderer kunnskap om den meiningsstruktur som selekterer. Dette er ein annan måte å uttrykkje noko av innhaldet i omgrepet *empati* på - og at empati er viktig for å lukkast som terapeut skal vi sjå seinare at det er stor konsensus om i litteraturen. Med referanse til uttrykket seleksjon om observatørposisjonen, kan ein hevde at for behandlaren er den relevante terapeutiske utfordringa eit spørsmål om å overkome grensesnitt, om *aksess* - det vil seie kommunikativ tilgang slik at terapeutiske budskapar kan bli selektert av det systemet som selekterer for adaptive føremål.

## **Implikasjonar for psykoterapi**

Ein terapeutisk relasjon må vi sjølvsagt kunne gjere greie for innan eit allment perspektiv på dyadisk interaksjon. Når det gjeld evaluering av psykoterapi, som eg skal drøfte seinare, har det vore ei vesentleg utfordring å dokumentere effektar av ulike psykoterapeutiske teoriar og metodar. Men frå synspunkta ovanfor kan vi implisere at det relevante empiriske nivået for studiar av den behandlinga som terapeuten set i verk, ikkje kan vere ein terapeutisk teori, men kva terapeuten reint faktisk gjer, det som er praksis. Ein teori, som ein intersubjektiv meningsstruktur innan eit fagleg domene, kan rett nok vere handlingskoordinerande, men vert fyrst det gjennom transformasjon og integrering i terapeuten sin subjektive meningsstruktur. Men handlingskoordineringa er ikkje sjølve handlinga, og effekten av ei handling er heller ikkje handlinga. «Effekten» er pasienten sine opplevingar og handlingar, og terapeuten si atferd kan berre ha ein transformert relevans. Om vi difor finn at ein terapi som byggjer på ein viss terapeutisk teori er effektiv, kan vi ikkje utan å gjere ein uvitskapleg deduksjon slutte at teorien (terapien) er effektiv eller empirisk verifisert i allmenn tyding.

Som eg viste til i innleiinga er mi røynsle med behandlarrolla frå psykoterapi, og at desse røynslene er eit vesentleg utgangspunkt for dette arbeidet. Å reflektere over andre typar behandlingar der posisjonen er utvendig, og behandlingar der posisjonen er innvendig, er to ulike posisjonar. Distanse og nærleik har baa ulemper og fordelar. Sjølv om interessa mi primært er placebo og psykoterapi er utforsking av esoteriske behandlingar, som tyder behandlingar ein ikkje er innvidg i, ein relevant abduksjon som gir ein nødvendig distanse til å sjå det mønster ein sjølv er ein del av. Når eg seinare til dømes drøftar sjamanismen er det difor ikkje denne behandlingsforma i seg sjølv, men psykoterapeutisk behandling sitt allmenne vesen drøftinga har relevans for. Spørsmålet førebels er no kva analysen av placebofenomenet så langt kan ha av implikasjonar for ein analyse av psykoterapi. Eg har tidlegare rørt ved dette tilhøvet og referert til utsegna om at «psykoterapi er placebo» (Frank, 1961, 1972). Vi har og sett at dette tilhøvet har vorte stilt på spissen som operasjonelt problematisk i psykoterapiforsking når ein i

samsvar med standard metodikk for evaluering av terapi legg opp til kontroll av placebo. Kva er der ein då skal kontrollere for - eller kva *er* placebo i psykoterapi? Medan dette er uproblematisk å operasjonalisere i farmakologisk terapi sidan det er tale om verknadsvegar gjennom ulike domene, er problemet i psykoterapi knytt til at både placebo og psykoterapi må ha verknadsvegar gjennom sams domene - det mentale. Kvalitativt må det difor vere rett å klassifisere placeboeffektar som ein psykoterapeutisk effekt, sjølv om den ikkje er knytt til eit intendert psykoterapeutisk behandlingsopplegg. Og når det tidvis blir stilt spørsmål om psykoterapi verkar, kunne ein nytte empirien om placebo som ein overbevisande dokumentasjon at det er tilfellet! Når ein då skal evaluere effektar av psykoterapi vert det i utgangspunktet paradoksalt at ein samstundes skal kontrollere for effektar av same type. Spørsmålet vert på den eine sida om det er teoretisk muleg og relevant å skilje mellom placebo og psykoterapi, og om det er operasjonelt let seg gjennomføre metodisk. I farmakologisk terapi oppnår ein slik kontroll ved å la den kjemiske variabelen vere null. Ein kan spørje kva som tilsvarande skulle kunne vere null i psykoterapi?

Dei metodiske implikasjonane er interessante nok, men det viktigaste her er dei teoretiske spørsmåla. I den tidlegare drøftinga av definisjonar på placebo enda eg opp med Grünbaum (1986) sin analyse. Det analytiske skiljet han gjer mellom terapeutiske faktorar som er spesifisert av terapien (F-faktorar) og andre tilfeldige faktorar (C-faktorar) kan vi forstå som eit skilje mellom intenderte og ikkje intenderte faktorar. Medan dette kan vere eit skilje som formalt er greitt nok, vedkjem det berre eit skilje i det som gjeld terapeutadferd. Spørsmålet vert vidare om dette er eit relevant skilje for å skjønne *kva* som verkar, og *korleis* i psykoterapi. Det er heller tvilsamt at det er det. For, som ein implikasjon av det eg har sagt tidlegare, når det gjeld kva som har terapeutisk relevans er terapeuten sin intensjon om dette ikkje relevant for klienten, eller det systemet som selekterer.

Når ein i samband med medisinsk terapi og placebo drøftar terapeutiske effektar er den underliggjande modellen oftast additiv. I den grad det er muleg å skilje

mellom psykoterapi og placebo, er det min hypotese at på effektnivå er det ikkje ein additiv, men ein multiplikativ relasjon. Det impliserer at når placebo er null vil også den psykoterapeutiske effekten vere null. Påstanden er altså at psykologisk sett er mekanismane som verkar ved placebo og psykoterapi i form identiske. Placebo er berre eit historisk omgrep, eller eit omgrep innan eit bestemt paradigme, for å kategorisere psykoterapeutiske effektar som opptrer ikkje-intendert i samband med substansiell behandling. I vår kultur derimot er psykoterapi uttrykk for ei institusjonalisert behandlingsform som intendert rettar seg mot å skape effektar i, og gjennom det mentale domenet. Psykoterapi kan ein difor sjå på som metodar for intendert placebo. Denne slutninga tilseier difor at analysen av placebo også gjeld for psykoterapi. Tilsvarende det analysen av placebo har vist kan det difor reisast følgjande hypotese om psykoterapi. *Kor vidt ein psykoterapeutisk teori er terapeutiske effektiv eller ikkje er uavhengig av teorien sitt empiriske eller vitenskaplege grunnlag, men avhengig av at den gjennom ein terapeut kan bidra til å skape ein kontekst som lettar adaptasjon gjennom det mentale domenet.* Med andre ord skape den meininga som lækjer.

### **Vegen vidare**

Eg har så langt prøvd å avklare ein del viktige implikasjonar frå analysen av placebo. Dette fenomenet er eit vitnemål om sambandet mellom kropp og kultur - at den biologiske kroppen i prinsippet heilt frå cellenivå er relatert til sin kulturelle omgjevnad. Dermed er utfordringa korleis vi tenkjer om dette, og eg har drøfta eit perspektiv som gjeld korleis tilhøvet mellom heilskap og delar, og korleis vi tenkjer om kommunikasjon mellom heilskap og delar. Gjennom å presisere mentale prosessar som kommunikasjon, og «meining» som eit omgrep om korleis kroppen gjennom mentale prosessar tilpassar seg omgjevningen, har eg lagt fram ei viktig ramme for drøftinga vidare i del II. Perspektivet er der adaptasjon ved sjukdom sett utifrå to ulike nivå, den kulturelle og individuelle adaptasjonen. Siktemålet mitt er å argumentere for at skal vi skjønne den individuelle adaptasjonen og lækjeprosessen må vi analysere den *i kontekst av* den kulturelle adaptasjonen og dei meningsystema som er utvikla på dette nivået. Når placebo

lækjer er det nemleg meining som lækjer, og kva meining som lækjer må vi først forstå i lys av det kulturelle. Eg skal difor først (kapittel 13) drøfte omgrepet meining for å gjere tydeleg korleis ein gjennom dette omgrepet kan skjøne korleis kommunikasjonen går føre seg mellom kultur og kropp, før eg konkretiserer resonnementet mitt til spørsmål som gjeld sjukdom og læking.



## DEL II KULTURELL OG INDIVIDUELL ADAPTASJON

### Kapittel 13

#### KULTUR OG MEINING

Når utgangspunktet for analysen vidare er konklusjonen om placebo som uttrykk for den kommunikative relasjonen mellom kropp og kultur, og meaning som sjølvve relasjonen, er det først nødvendig å avklare desse to omgrepa og korleis dei er relaterte. I alminneleg språkbruk er uttrykk som *kultur* og *meaning* vanlegvis uproblematisk. Dei er rike og plastiske omgrep som fløymer over av bodskapar. Vi veit alle kva som vert meint, men samstundes finn vi det problematisk å gjere greie for kva uttrykka tyder. I faglege samanhengar der omgrep skal vere verkty for tanken ønskjer vi oss presisjon, og får difor problem. Eg skal difor diskutere dei, ikkje med sikte på ei formell definatorisk tyding, men for å utforske innhald og grenser, korleis dei heng saman og kva vi kan (be)gripe gjennom dei. Utgangspunktet er konklusjonen om placebo som eit uttrykk for den kommunikative relasjonen mellom kropp og kultur, og meaning som sjølvve relasjonen.

#### Kognisjon og meaning

I vår daglege omgang med verda kan vi frå ein pragmatisk synsstad hevde at det vi tek for gitt og som vert opplevd som noko som *er* der før oss sjølvve, har «status» som meiningsfullt. Når det ikkje er slik, vert vi involvert i ein prosess der vi søker og skaper meaning. Meaning kjem såleis ikkje berre eksplisitt til uttrykk i dagleglivet sin straum av røynsle, men er immanent i vår funksjonelle tilpassing til omgjevnaden. I denne tydinga vedkjem meaning ein dobbel relasjon. Det er både relasjonen mellom subjektet sine mentale representasjonar og det representerte - og relasjonen mellom desse representasjonane og ein kontekst av representasjonar. Meaning har såleis både ein subjektiv, ein

intersubjektiv og ein kulturell dimensjon. «Meining» kan studerast som *form*, som *innhald*, og som *prosess*. Som form er meining ein mental representasjon som kan karakteriserast ved rekursiv balanse: relasjonen mellom representasjonen og det representerte har ein funksjonell autonomi som gjev orden, struktur og stabilitet til oppleving av verda. Men den meininga som er gitt, som trer fram som noko stabilt, er samstundes punktuering i ein pågåande prosess retta mot å gjere verda kjend slik at ho kan meistrast og (be)gripast. Meiningsøking som *prosess* kjem aktivt til uttrykk når det ukjende ikkje på funksjonelt vis let seg representere ved det kjende. Meining som *innhald* er det innhaldet som er funksjonelt - eller økologisk relevant i individ-omgjevna adaptasjonen

Men «meining» har ikkje vore enkelt korkje som omgrep eller perspektiv innan psykologien. Å gjere greie for det er jamgodt med ein gjennomgang av psykologien si historie. Difor her berre nokre glimt av ulike posisjonar. I den behavioristiske tradisjonen hadde «meining» inga meining, eit epifenomen utan relevans for å skjønne atferd. Framveksten av den kognitivt psykologien var dels ein opposisjon til dette, men bortsett frå det vart ikkje kognitiv psykologi ein felles plattform. Posisjonane har vore, og er framleis ulike. Det er spenningar mellom posisjonar som på den eine sida ser det som nødvendig å studere kognisjon *i perspektiv av* meining og meiningsdanning; og posisjonar som finn det tilstrekkeleg å studere kognisjon som formelle operasjonar, som mentale «reglar og metodar» for ordning av data. Ein del av denne spenninga gjeld også spørsmålet om kva som er det relevante domenet for å studere kognisjon; dei mentale operasjonane *per se* som hjerneaktivitetar i ei allmenn og dekontekstualisert tyding, eller mentale prosessar nettopp som kontekstualiserte aktivitetar.

I gestaltpsykologien, ein europeisk tradisjon med impulsar frå fenomenologien, var *meining* implisert som eit overordna prinsipp i måten ein tenkte om perseptuell organisering på. Det vi opplever som meiningsfullt (heilskapar) er i dette perspektivet ikkje noko som byggjer seg opp «nedanfrå» som summering av sansedata (delar). Meining eller heilskapar er der alt i utgangspunktet som eit

imperativ som organiserer oppfatninga vår av delar. Ein sentral aktør i moderne kognitiv psykologi som Ulric Neisser (1966) ser personen ikkje berre som ein sensorisk automat, men ein kognitiv aktør. Persepsjonsprosessen er både «bottom-up» og «top-down». Sensoriske data vert tilført meaning. Å «sjå» er såleis ikkje ein prosess *om* å motta verda, men ein aktiv prosess djupt forankra i strevet vårt med å gjere omverda meningsfull. Meaningssøking er difor overordna - ikkje eit biprodukt av persepsjonen, men det som driv den.

Men store delar av den kognitive psykologien har funne det unødvendig å legge vekt på meningsaspektet ved kognisjon. Utviklinga av computerteknologien avløyste den klassiske psykologien sitt tilhald i dyrelaboratoriet. Denne teknologien vart ikkje berre ein ny reiskap, men også opphavet til nye modellar om kognisjon. Terminologien om informasjon og informasjonsprosessar vart eit nytt språk om kognisjon, og metaforane hjernen som ein digital computer (hardware) og mentale prosessar som program (software). Computersimulering av mentale prosessar vart den nye reiskapen til å studere intelligente system, og utvikling av kunstig intelligens eit nytt og forlokkande mål. I møtet mellom datateknologi og hjerneforskning har det rett nok utvikla seg ulike modellar og kontroversar, men ein har likevel hatt det til felles at ein har freista å utvikle dekontekstualiserte modellar av kognisjon som prosessering av informasjon. Dennett (1991) har karakterisert dette som «boxology» og inkluderer også den nye trenden som ofte vert referert til under nemninga *konneksjonisme* (sjå Gillespie, 1992). Dette perspektivet byggjer på nyare hjerneforskning som avviser tesen om ein sentral prosessor og sekvensiell handsaming av informasjon, til fordel for ein modell som ser informasjonsprosessen som eit mønster av aktivitetar distribuert samtidig og interaktivt i heile det nevralt nettverket.

Boksologien har føretrekt matematikken og formallogikken sitt språk og funne det tilstrekkeleg å studere meaning som representasjonar *per se* urelatert til det semantiske innhaldet. Det er dette som Fodor (1980) hevdar er grunnlaget for ein rasjonell psykologi, og som han sjølv har gitt bidrag til gjennom boka «*Computational Theory of Mind*» (Fodor, 1975). Mentale prosessar er i denne

konseptualiseringa ei form for kalkulering ved hjelp av symbol, ein mental aritmetikk som ein kan studere gjennom sin eigen syntaks og operative reglar uavhengig av omgjevnaden eller semantikken ved det representerte. Dette er også eit standpunkt om kva som er muleg for ein psykologi som vil vere vitskapleg i tydinga «hard science» (Looren de Jong, 1997). Inkluderer ein det semantiske perspektivet, «sprengjer» ein det som er innafor rekkjevidda av ein vitskapleg psykologi sidan det gjer ein avhengig av ei kvalifisering i høve til kunnskap om verda som psykologien ikkje kan ha. Fodor er difor, spissformulert, oppteken av å utvikle ein «meningslaus» teori om meining:

*«...a theory that articulates, in nonsemantic and nonintentional terms, sufficient conditions for one bit of the world to be about (to express, represent, or be true of) another bit.»*

(Fodor, 1987, s. 98)

Dei ulike posisjonane utvikla gjennom den kognitive psykologien har også gjort seg gjeldande i sosialpsykologien og prega delar av den frå 1960-åra og frametter. «Meining» som ein sentral kategori har tilsvarande hatt ulik status. Hos Georg Kelly (1955) og *personal construct theory* er meining sentralt. Fundamentalt hos Kelley er at «*making sense of the world*» er basisen for å skjønne det å vere menneske - noko som er overordna alt som konstituerer menneskeleg røynsle og atferd. «*Man as a scientist*» er Kelly sin leiande metafor, og skal ein kunne skjønne individet si atferd må ein først skjønne måten individet har konstruert verda på. Denne konstruksjonen er alltid situert og spring ut frå røynsle og handling i verda. Kontekstualiseringa finn ein også hos Fritz Heider (1958), som skapte grunnlaget for utvikling av attribusjonsteori. Utgangspunktet var gestaltpsykologien slik den i Europa hadde representert ein motpol til den amerikanske behaviorismen. I denne tradisjonen er jo nettopp meining som ein kategori om heilskapar eit overordna prinsipp i vår organisering av sansedata. For Heider var relasjonen individ-i-kontekst vesentleg. Folks forklaring av verda er *innan* ein kontekst av forklaringar (common sense), og forklaringane er både eit produkt av måten verda vert strukturert på og bidreg samstundes *til* denne strukturen. Det har likevel ikkje

vore slik at utvikling innan konstruktteori og attribusjonsteori eintydig har utvikla desse vesentlege utgangspunkta hos Kelly og Heider. Boksologien har og gjort seg gjeldande i sosialpsykologien, og i strevet etter å utvikle «hard science» har også den kognitive sosialpsykologien gjort mennesket til ei «tenkjemaskin». Eit døme er korleis ein innan beslutningsteori har prøvd å setje komplekse fenomen inn i enkle matematiske formlar (t.d. Ajzen og Fishbein, 1973).

Sjølv om den kognitive psykologien og implementeringa av den i sosialpsykologien har ytt eit historisk nødvendige bidrag til å hente personen tilbake i si eiga tenking, er reaksjonane no ein bodskap om at det er nødvendig å bringe personen si tenking tilbake til det sosiale, slik både Kelley og Heider hadde som utgangspunkt. Det kognitive har fortrenget det sosiale og følgeleg skapt ein økologisk ignorans slik Wilden (1972) har kritisert vitskapen generelt for. *Sosialkonstruktivismen*, som eg skal utdjupe seinare, kan vi sjå som ein del av denne opposisjonen, og den representerer samstundes ein motpol til den asemantiske tilnærminga til meining. I denne tradisjonen flyttar tenkinga så å seie ut i det sosiale. Det mentale vert først og fremst språket eller den språkskapte meininga i ein sosialhistorisk kontekst. Språket er den einaste kjelda til kunnskap og det er praksisar i språket, *diskursar*,<sup>1</sup> som er røyndomen vi lever i. Ingenting eksisterer for oss utanfor språket, og språket er ikkje representasjonar av røyndomen: «*It works to create, sustain and transform various patterns of social relations*» (Shotter, 1991, s. 70). Dette er også eit standpunkt om kva som er muleg for ein vitskapleg psykologi, og inkluderer jamvel ei kontekstualisering av psykologien som ein kulturhistorisk disiplin (t.d. Gergen, 1985). Bak alle tankar ligg tenking om tankar. Teoretiske utsegner vil alltid vere uttrykk innan ein «teori» om teoriar, og slike teoriar er ikkje produkt av ein nøytral og objektiv vitskap, men spring ut av sjølve samfunnsformasjonen som historisk prosess. Sosialkonstruktivismen er difor samstundes eit perspektiv på atferd, og eit kunnskapsosiologisk perspektiv på teoriar om atferd.

---

<sup>1</sup> *Diskurs* har nærast vorte eit moteord innan den postmoderne retorikken. Eg nyttar det her og i framhaldet som ein bestemt måte å oppfatte, tenke og tale om verda på.

### **Eit biosemantisk perspektiv**

Medan ein kan kritisere den formale og dekontekstualiserte posisjonen for å definere vekk det eg vil kalle meininga med meining, meining som relasjon til omgjevnaden; kan sosialkonstruktivismen kritiserast for ei lingvistisk reifisering der både det biologiske og materielle grunnlaget for mentale prosessar vert detronisert til ei subsidiær rolle. Alt er i språket. Som kontradiksjonar synleggjer dei to posisjonane ein dualisme det er svært så problematisk å kome ut av. Eg skal halde fast ved kontekstualiseringa og det aktive elementet som er implisert i konstruktivismen. Sidan ei teoretisering som «grip det heile» er umuleg, vil eg i komande drøftingar hente impulsar frå mange ulike posisjonar. Det er likevel, og nettopp difor, nødvendig å definere eit origo - eit origo eg tidlegare har hefta på omgrepet *biosemantisk*. Eg vil nytte det som ei laus nemning som ikkje refererer til ein teori, men til eit perspektiv, ei utvida kontekstualisering som ser det som nødvendig både å studere biologi i perspektiv av meining, og meining i perspektiv av biologi. Det er med andre ord eit relasjonelt perspektiv der *organismen-i-sin-omgjevnad* er eininga. Det betyr *både* ei kontekstualisering av det mentale i den biologiske kroppen, *og* ei kontekstualisering av kroppen i det kulturelle domenet. Det er som Berger og Luckman (1966) uttrykkjer det ei kontinuerlig spenning mellom «*having a body*» og «*being a body*». Frå motsette posisjonar har kroppen både i biomedisinen og i sosialkonstruktivismen spela ei passiv rolle som objekt (*having a body*) anten for den medisinske teknologien eller den samfunnsmessige konstruksjonen. Å vere i verda er fundamentalt ein kroppsleg veremåte (*being a body*). Dette er eit fundamentalt utgangspunkt for den franske psykologen og fenomenologen Maurice Merleau-Ponty (1962). Kroppen er alt innvevd i verda *før* vi gjer den til gjenstand i verda:

«*What, in fact, do we mean when we say that there is no world without a being in the world? Not indeed that the world is constituted by consciousness, but on the contrary that consciousness always finds itself already at work in the world*».

(Merleau-Ponty, 1962, s. 432)

Dette er eit kontekstuellet perspektiv, men i motsetnad til sosialkonstruktivismen legg Merleau-Ponty i sin studie av persepsjonen vekt på at denne ikkje berre kan vere lingvistisk, men også prekognitiv og prelingvistisk. Gjennom persepsjonen er vi alt tilgjengeleg i verda i ei ufortolka merksemd om den. Eg nyttar Merleau-Ponty her som døme på synspunkt som ein kan inkludere i det eg har kalla eit biosemantisk perspektiv, og dømet illustrere også at dette perspektivet er eit standpunkt i høve til den tradisjonelle spenninga og polariseringa i vitskapen mellom natur og kultur. Det er eit standpunkt som ser sjøve *relasjonen* natur-kultur som den vesentlege eininga<sup>2</sup>. Som perspektiv kan nemninga biosemantisk opne opp for utdjuping gjennom ulike teoretiske bidrag. Eg har tidlegare drøfta Bateson som eg vil inkludere i eit slikt perspektiv, og skal her utfylle med glimt frå andre. Dette er døme som kvar for seg, og frå ulike utgangspunkt synest å vere opptekne av ei kontekstualisering som kan råde bot mot den tradisjonelle dualistiske tenkinga. Ein finn eit syn på kognisjon som ligg nær følgjande oppsummering av Varela et al. (1991):

*«...a growing conviction that cognition is not the representation of a pregiven world by a pregiven mind but is rather the enactment of a world and a mind on the basis of a history of the variety of actions that being in the world performs».* (Varela et al., 1991, s. 9).

Det mentale som biologi og biologi som mentalt liv ligg også i botnen i Maturana og Varela (1980, 1987) sitt syn på kognisjon slik det kjem til uttrykk i omgrepa *autopoiese* og *strukturdeterminerte system*. Innan ramma for ein art sin gjevne organisasjon (biologisk struktur) vil organismen gjennom den interaksjonen som adaptasjon til omverda inneber, utvikle kognitiv strukturering som vil fungere determinerande for interaksjonen med omverda. Dette er ein rekursiv modell som forankrar vår tenking om verda i dei biologiske føresetnadene som gjer tenking om verda muleg. Det er såleis ikkje

---

<sup>2</sup> Som det går fram av tidlegare er dette ein posisjon inspirert av Gregory Bateson. Det er likevel ikkje ein eksklusiv batesoniansk posisjon. Eg har også latt meg inspirere av drøftingar som har psykologien som utgangspunkt, t.d. Looren de Jong (1997) og Yardley (1996).

«omverda» som ein gitt ekternalitet som kan instruere eller determinerer vår tenking om den sidan det vi kan lage meining om er relativt til, og difor determinert av strukturen ved det systemet som selekterer informasjon om omverda. I staden for adaptasjon til omverda kunne vi difor seie at det som heile tida går føre seg er ein adaptasjon til vår adaptasjon til omverda. Dette er autopoietisk organisering, eit definerande trekk ved det levande der imperativet «å skape seg sjølv» er sjølve livsproessen<sup>3</sup>. Kognisjon vert sett på som:

*«..an ongoing bringing forth of a world through the process of living itself»,*

og:

*«..the domains of discourse that we generate become part of our domain of existence and constitute part of the environment in which we conserve identity and adaption».*

(Maturana og Varela, 1987, s. 234)

Det biologiske eller adaptive perspektivet er også implisert i Gibson (1966, 1979) sin økologiske psykologi. Gibson arbeidde med visuell persepsjon og var ein skarp kritiskar av teoriar som såg det vesentlege ved persepsjonen som ei kalkulering av sansedata til representasjonar om verda. Dette var ei tilnærming som dekontekstualiserte persepsjonen og isolerte den frå si biologiske rolle. I Gibson sin kontekstualisering er omgjevnaden sett som ein økologisk relevant omgjevnad. Denne omgjevnaden er vi voven inn i, og omgjevnaden er innvoven i oss gjennom persepsjonen. Gibson hevda difor at persepsjonen er direkte, at vi kan oppfatte verda gjennom perseptuelle invariantar, invariantar som er biologiske prosessar i adaptasjonen til omgjevnaden. Den perseptuelle invariansen kjem til uttrykk i det sentrale omgrepet *affordance*:

*«Affordance are invariant combinations of properties of things (properties at the ecological level) taken with reference to a species or individual».*

(Gibson, 1982, s. 410)

---

<sup>3</sup> Medan «autopoiese» hos Maturana og Varela er ein måte å karakterisere biologiske system på, har den tyske sosiologen Niklas Luhman nytta tilsvarande omgrep og systemteori som samfunnsteori (sjå Moe, 1995).



I Gibson sitt teoretiske system er organisme og omgjevnad såleis gjensidig definerande, og ein kan ikkje utvikle ein teori som gir privilegert status korkje til den eksterne røynda eller til den subjektive opplevinga av ho. I tradisjonelle teoriar, seier Gibson, vert auget sett på som «*an instrument of the mind*» eller eit organ for hjernen. Men perseptuelle system, seier han, kan vi ikkje gjere greie for gjennom studiar av sanseapparatet sin nevroanatomy, men gjennom sin eksplorerande og adaptive funksjon for arta sin økologiske overleving. Det er ikkje *auget* som ser for oss:

*«..the truth is that each eye is positioned on a trunk that is positioned on legs that maintain the posture of the trunk, head, and eyes relatives to the surface of support. Vision is a whole perceptual system».*

(Gibson, 1979, s. 205).

Persepsjonen er difor også like mykje ein direkte funksjon av omgjevnaden som den er ein funksjon av organismen som persiperer, men ikkje ein omgjevnaden som ein «nøytral» eller udifferensiert eksternalitet. Det er omgjevnad som økologisk relevans, som moglege handlingar som alt er nedfelt som invariantar i det perseptuelle systemet. Gibson har vore omstridt, men synest no å få ein renessanse nettopp utifrå ei fornya interesse for å skjønne kognitive funksjonar i perspektiv av evolusjon og adaptasjon (Looren de Jong, 1997; Yardley, 1996; Gillespie, 1992). Gibson sitt tema var den visuelle persepsjonen generelt og ikkje spesifikt den menneskelege. Det er difor problematisk å «prolongere» teorien hans til ein allmenn psykologi sidan han til dømes ikkje seier noko om språk og samfunn. I følgje Noble (1993) må vi sjå dette først og fremst i lys av Gibson sin faglege bakgrunn der mentalistiske teoriar var bannlyst. Gillespie (1992) legg vekt på det metateoretiske aspektet, og at kontekstualiseringa hos Gibson kan inspirere til ei fornying av den kognitive psykologien i ei slik retning.

Yardley (1996) har peika på at sjølv om domena er ulike, er det nettopp i kontekstualiseringa ein slående parallell i måten å tenkje på hos Gibson og sosialkonstruktivismen. Hos Gibson kjem kontekstualiseringa fram gjennom å

peike på at sidan den fysiske og økologiske omgjevnaden ligg føre *før* individet vil den framstå som ein samanhengande og ekstern realitet sjølv om den samstundes vert skapt for oss gjennom at vi handlar i den, og når vi handlar i den er vi alt innvovne i den gjennom evolusjonsbetinga handlingsalternativ. Den sosiolingvistiske omgjevnaden som er sosialkonstruktivismen sitt domene, er tilsvarande eit domene som ligg føre *før* individet som ein ekstern realitet, men som vi likevel alt er innvovne i. Det er som med språket. Den talande talar alltid *innan* språket. Men språket er der *før* den talande. Verda har alt struktur gjennom språket. Den talande sin mulege tale er ein talestruktur innan ein gitt språkstruktur. Men språket kan ikkje ha kome *før* nokon har talt. Det talande må ha kome før språket. Men den som talar, talar alltid *til* nokon. Talen er grunnleggjande sett difor ein *sam-tale*, og samtalen føreset medvit om Den Andre.

Å forankre vår tenking om verda i perspektiv av evolusjonen og vår eksistens som *being a body* er ei nyorientering som ikkje berre gjer seg gjeldande innan kognitiv psykologi, men også i filosofiske drøftingar av grunnlaget for meningsdanning. Mark Johnsen (1987) har såleis frå ein filosofisk synstad, og med grunnlag i empiri frå ulike disiplinar, utvikla ein teori om meningsdanning som ser opphavet til våre kategoriar og omgrep *om verda* i vår kroppslege erfaring *med verda*. Det er eit radikalt perspektiv, radikalt som opprør i høve til objektivistiske og rasjonelle teoriar som har dominert filosofien om mening og meningsdanning. Men det er ikkje berre slik at Johnsen «minner» om at det mentale er prosessar i kroppen, men at kroppslege røynsler *i seg sjølv* er grunnleggjande for danning av omgrep. Kroppslege røynsler skaper difor grunnleggjande metaforar som nye metaforar og kategoriar om verda spring ut i frå. Sjølv om Johnson ikkje viser til Gibson er det eit tydeleg fellesskap i perspektiv som kjem til uttrykk i synet på persepsjon og erfaring som biologisk og økologisk kontekstualiserte fenomen:

*The environment as a whole is as much a part of the identity of the organism as anything «internal» to the organism.(.....) When we speak of «experience», therefore, we do not mean merely a flow of mental representations. We mean to*

*include bodily experience in all of its richness, and all that goes to make it up - the organism and its nature, the environment and its nature, and our understanding (our way of grasping) their ongoing interaction».*

(Johnson, 1987, s. 207).

Medan Gibson si kontekstualisering ikkje seier noko om språk og tenkning, og sosialkonstruktivismen kontekstualiserer alt i språket; kan Johnsen sin teori stå for ei integrering der kroppen i si økologiske innveving set seg gjennom i det lingvistiske domenet; i den sosiale dialogen der vi praktiserer vår kroppslege meningsdanning.

Det eg har prøvd å vise ved denne gjennomgangen er at meining er eit nødvendig omgrep, men at det samstundes ikkje er eit omgrep i tradisjonell tyding, iallfall ikkje slik at det let seg operasjonalisere for vitskaplege føremål. Det er snarare omgrep om eit perspektiv - ein ståstad å sjå den menneskelege veremåten frå, ein ståstad som samstundes er sjølvinnlysande «meningsfull» og svært utfordrande og problematisk. Det tvingar oss til ei kontekstualisering av dei fenomena vi studerer, og den som gjer det får det nødvendigvis vanskelegare enn den som isolerer objektet sitt. Meining og mentale prosessar er omgrep om det same, meining er ein måte å forstå mentale prosessar på. Det biosemantiske perspektivet er både eit perspektiv for å omgå dualiteten mellom det mentale som innside og verda som utside, og å inkludere at det er *relasjonen* slik den kjem til uttrykk gjennom våre handlingar og rørsler i verda, vår kommunikasjon og tenking som *er* det mentale som prosess og som meining. Som det heiter hos Putnam (1981, s. xi): «*The mind and the world jointly make up the mind and the world*».

## **Kultur**

Utgangspunktet mitt er altså at meining både koordinerer handling og at handling er meningsdannande - eit dialektisk tilhøve. Den opplevde verda kan gjerast greie for som kategoriar av meining og relasjonane mellom slike, det vi kan kalle meningsystem. Meining kan difor studerast som system med systemkjenneteikn som organisering, sjølvregulering og relativ autonomi. Dette

gjeld både meining som system innan ein gitt biologisk struktur (psykologisk nivå), og som system innan aggregat av kopla biologiske strukturar (sosialt og kulturelt nivå).

*Kultur* er eit av dei mest komplekse og mangetydige utrykka i den anglosaksiske språkkulturen (Cole, 1995). Det vert nytta i svært mange og ulike disiplinar, også botanikk og biologi (t.d. cellekultur, vevskultur). Som metafor synest kultur i slike samanhengar å referere til medium, til omgjevnad og kontekst, til noko som ting gror i, sjølv grunnlaget for vekst og utvikling. I ein velkjend monografi formidla Kroeber og Kluckholm (1952; ref. i Cole, 1995) i si tid 250 ulike definisjonar på kultur. Nesten eit halvt hundreår seinare er det i følge kulturpsykologen Gustav Jahoda (1995) framleis ikkje konsensus om omgrepet. Ein slik konsensus kan vi heller ikkje vente, seier han, sidan sjølv omgrepet er ein sosial konstruksjon som vert nytta over eit vidt spekter av samansette fenomen der bruken vil måtte varierer med brukaren sitt føremål. Likevel, hevdar Jahoda, er omgrepet ikkje berre brukbart, men heilt nødvendig i sosialvitskapane. Det er likevel problematisk, som Valsiner (1989) har peikt på, å nytte kultur som ein uavhengig variabel på psykologisk nivå. Kultur gjeld meir eit nivå for variablar eller ei ramme å eksplikerer variablar frå. Som klassisk tradisjon har vitskapen om mennesket blitt differensiert i ulike disiplinar om ulike nivå. Når den no dukkar opp nye som til dømes «kulturpsykologi» og «kultursosiologi» kan ein på den eine sida tolke dette som ei ytterlegare differensiering. Går ein inn i desse nye fagområde ser ein noko anna, nemleg eit ønskje om å sameine perspektiv på tvers av disiplinar og å reparere den splittinga som kunnskapstradisjonen har ført med seg. Det er denne utfordringa for psykologien Wertsch (1995) legg vekt på; at kulturpsykologi kan stå for ei integrering av metodar og idear slik at:

*«..psychological functioning is understood as one of several moments, or aspects of a large whole rather than as some kind of isolatable phenomenon in its own right».* (Wertsch, 1995, s. 82)

Om ein røkjer etter blant forfattarar som plasserer seg innan den nokså lause nemninga kulturpsykologi, eller som identifiserer seg med eit sosiokulturelt perspektiv, finn ein som dominerande fellesnemnar at: «*The relationship between culture and psychology is an interaction of mental processes*» (Ratner, 1996, s. 407). Kultur referere til noko felles ved denne interaksjonen, samstundes som det som er felles definerer det kulturelle, som til dømes felles språk og symbol. Som klassifikasjon kan «kultur» nyttast noko laust om ei gruppe av personar som på grunn av til dømes geografi, kjønn, religion eller andre materielle og symbolske kontingensar, deler ein måte å fortolke verda på. Kultur gjeld difor essensielt ei verd av meining som menneskja tillegg omgjevnaden sin. Shweder (1990) ser nettopp søking etter meining som kjernen i det kulturelle, og Basso og Selby (1976, s. 2) slår fast at «*study of culture necessarily entails the study of meaning*». Medan «meining» er ein sentral kategori i ei psykologisk tilnærming til kultur, har dette etterkvart utvikla seg til å vere ein fellesnemnar også for antropologien. Ein moderne antropolog som Romanucci-Ross definerer omgrepet som «*the system of meaning - belief and knowledge, and action - by which people organize their lives*» (Romanucci-Ross et al, 1983, s. viii). Hos antropologen Geertz (1973) er meining sjølve mediumet, eit syn som difor impliserer kva vitskapen må fokusere på:

«*Believing.... that man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of a law but an interpretive one in search of a meaning.*» (Geertz, 1973, s. 5)

Når perspektivet er kulturpsykologisk er det likevel ein fare for å «fikser» kultur og meiningssystema uavhengig av både dei materielle og strukturelle tilhøva som både formar og vert forma av desse meiningssystema. Om vi ser på kultur essensielt som meiningssystem, er det difor nødvendig også å presisere at «det kulturelle» ikkje berre er noko konseptuelt, men også materielt. Som ein i antropologiske studiar kan finne mange døme på, er der sjeldan ein tilfeldig samanheng mellom eit samfunn sine fysiske og materielle levevilkår, og eigenskapar ved den kulturen dei utviklar. Kultur er samstundes også historie,

og som historie ikkje berre historia om å meistre den naturgjevne omgjevnaden, men også historia om liv i ein kulturskapt omgjevnad. Eit særtrekk ved mennesket som art er ikkje berre evna til symbolsk atferd, men også å kunne nytte denne evna til å omforme den materielle omgjevnaden, skape materielle strukturar anten det er reiskapar og teknologi, eller kunst og arkitektur. Denne transformerte omgjevnaden slik den er akkumulert, utvikla og overlevert gjennom generasjonar koordinerer vårt forhold til kvarandre og til omgjevnaden. Både i form av sine diskursar og sine materielle uttrykk vil kulturen verte opplevd som like verkeleg som vår sansing av den «reine» natur. Slik lever vi i ei dobbel verd, den er samstundes natur og kultur.

### **Kollektive og sosiale representasjonar**

Det er altså «meningsfullt» å relatere omgrepa kultur og meining til kvarandre. Men i neste omgang er utfordringa å skjønne samanhengen mellom kultur som meining og meining på individnivå, og kva rolle dette spelar for individet sin atferd. Frå ein psykologisk synstad kan ein til dømes seie at kultur er det medium som meining uttrykkjer seg gjennom, at det mentale som psykologisk uttrykk difor også er ei punktuering av det kulturelle. Men korleis dei ulike nivåa som meining uttrykkjer seg gjennom er relaterte, er eit komplisert spørsmål. Det er eit spørsmål om relasjonar mellom delar og heilskap, om grensesnitt og kommunikasjon. Emil Durkheim, som i si tid lanserte uttrykket *kollektive representasjonar* (sjå Lukes, 1973), inkluderte i omgrepet det kompleks av førestellingar og oppfatningar (meningsssystem) som var felles for gjennomsnittsborgaren innan same samfunn. Han la vekt på at dette konstituerte eit system uavhengig av individet som verka på det som ei sosial kraft utanfrå. Omgrepet har hatt mykje å seie, ikkje minst innan antropologien. Lèvy-Strauss, kjend fransk antropolog og strukturalist, har som Durkheim også arbeidd med dei kollektive uttrykksformene i ein antropologisk samheng. I motsetnad til Durkheim la derimot Lèvy-Strauss (1963) avgjerande vekt på eit psykologisk perspektiv. Dei «kollektive representasjonane» slik dei til dømes kjem til uttrykk gjennom mytar, reflekterer innebygde strukturar ved mentale prosessar og er dermed forankra i dei biologiske strukturane som kan framvise slike prosessar. Lèvy-Strauss var påverka av den samtidige lingvistikken, ikkje

minst Roman Jakobson og teorien om dei binære opposisjonane som grunnleggjande i språket. Han kom difor til å utvikle eit syn på tilhøvet mellom sosiale og mentale strukturar som legg den binære kodinga til grunn som ein fundamental kognitiv eigenskap som ligg under alle former for klassifisering. I dei kollektive representasjonane kjem dette til uttrykk som mønster av binære opposisjonar. Sosiale fenomen må difor, slik eg skjønar Lèvy-Strauss, kunne gjerast greie for både empirisk som forekomst, og dialektisk som uttrykk for den bipolare relasjonen til omgjevnaden som ein strukturell eigenskap ved det kognitive. Det mentale, og det mentale sin struktur, vert difor føresetnader for alle sosiale fenomen.

Det er alltid spørsmål om *kva* vi ønskjer å forklare og på *kva nivå* vi forklarar. I spennvidda mellom kognisjonen si biologiske forankring og «dei kollektive representasjonane» si sosiale kraft for meiningsdanning, er det ein lang veg som neppe lar seg gjere greie for som kausale krefter. Det var nettopp den determinerande implikasjonen i den durkheimske tankegangen som sosialpsykologen Serge Moscovici utfordra i 1960-åra gjennom omgrepet *sosial representasjon*. Det er eit noko laust definert omgrep, men er meint å bygge bru mellom det subjektive og det intersubjektive. Moscovici hevdar som grunnsyn at alle mentale representasjonar er basert på sosiale representasjonar. Den sosialt delte forståinga av verda er sjølve bindemiddelet mellom menneskja - det som skaper sosialitet:

*«In the long run, conversation creates nodes of stability and recurrence, a communality of significance between its practitioners. The rules of this art maintain a whole complex of ambiguities and conventions without which social life could not exist. They enable individuals to share an implicit stock of images and of ideas which are taken for granted and mutually accepted.»*

(Moscovici, 1984, s. 21)

Moscovici har mellom anna vore oppteken av korleis vitenskaplege forklaringsmodellar vert «sugd opp» og delvis forvrengt i common sense verda. Han drøftar psykoanalysen som døme på dette, og seinare korleis forskning på

hjerne-lateralisering har blitt tatt opp i New Age-ideologien (Moscovici, 1961; Moscovici og Hewstone, 1983).

### **Makt og medisinske meningssystem**

Ein kan ha som innvending mot Moscovici at perspektivet konstruert *for* individet vert dominerande slik at dei folkelege konstruksjonane vert utvatna og forenkla utgåver av dei vitskaplege, og at dei samfunnsmessige makttilhøve som grip formande og disiplinerande inn i kunnskapsproduksjonen ikkje vert synleg i analysen. Sistnemnde perspektiv er på ulikt vis utdjupa hos sentrale tenkjarar som Habermas, Foucault og Berger og Luckman. Med ulike utgangspunkt har dei alle utfordra førestellingane våre om det vi tek for gitt. Som «arkeologar» i høve til samfunnet sin produksjon av kunnskap og meining har dei vist korleis vår «objektiviserte» verd må førast tilbake til både ein individuell og ein samfunnsmessig produksjon og konstruksjon som ikkje er uavhengig av, men ein del av legitimering av makt, disiplinering og sosial kontroll. Hos Habermas (1984) vert dei strukturelle trekka ved samfunnet integrert i det individuelle ved at både sosiale, politiske og økonomiske strukturar vert sett som strukturar for kommunikasjon som både formar og formidlar meining. Samstundes vil slike strukturar utøve makt gjennom måten dei både kan legitimere og reprodusere seg sjølv på.

Med relevans til vårt temaet finn vi hos Foucault (1973) ein gjennomgripande analyse av det han kallar «arkitekturen ved den medisinske perspesjonen» i vår vestlege kultur. Eit hovudpoeng er at denne arkitekturen ikkje berre er forma *av* den generelle kulturelle diskursen, men i høg grad også formar den. I utviklinga av teorien om den sosiale konstruksjonen av røyndomen nyttar Berger og Luckman (1966) tilhøvet mellom skulemedisin og alternativ medisin som døme på rivaliserande meningsunivers som «driv frå kvarandre», utviklar ein indre kompleksitet som subunivers med grenser som held oppe eit skilje mellom dei som er innanfor og dei som er utanfor. I denne rivaliseringa er legitimering, og makt til legitimering, ein sosial prosess som etablerer biomedisinen som hegemoni. Legitimeringa uttrykkjer seg språkleg, og gjennom internalisering av



språket vert meiningssystemet ein del av det individuelle: eksternalisert og objektivisert som tale om det som er gitt.

Og antropologar som Young (1980) og Taussig (1980) peikar nettopp på at denne kunnskapen vil folk ta for gitt, den vert opplevd som ei empirisk faktaverd som ein sluttar seg til utan nemnande tvil. Begrep gjer det muleg å «begripe», men ord skaper også røyndom, og det namngjevne vil kunne verte omskapt frå idear om det røynde til «ting» i den røynde verda. Denne reifikasjonen - at idear vert omskapt til ting - er ein prosess der ein amorf og kompleks mikstur av observerte hendingar, røymsler og idear vert namngjevne slik at dei framstår som tinglege. Både Young og Taussig argumenterer for at denne reifikasjonen ikkje er ein tilfeldig og nøytral prosess. Det er ikkje berre tale om praktiske løysingar på praktiske problem, men også ein ideologisk prosess som skaper røyndomsversjon. Moderne biomedisin, hevdar Taussig (1980), reproducerer slik ein politisk ideologi kamuflert som vitskap.

Vektlegginga av det ideologiske aspektet ved moderne medisin har også gjort seg gjeldande innan andre delar av sosiologien, særleg analysar av medisinen som legitimering av sosial kontroll. Goffman (1963) kan lesast utifrå dette perspektivet gjennom sin analyse av korleis institusjonalisering av sjukdom og tilhøyrande språkbruk om sjukdom skaper tydelege skilje mellom det avvikande og det normale. Det avvikande vert gjort tydeleg slik at det kan kontrollerast. Zola (1972) er eit anna døme. Han peikar på korleis den moderne medisinen vert ideologisk ved at medisinske system for kategorisering og forklaring ekspanderer og fører til ei medikalisering av stadig nye livsområde. Medisinen har rett til å kontrollere våre liv i Helsa sitt namn:

*«From sex to food, aspirins to clothes, from driving your car to riding the surf, it seems that under certain conditions, or in combination with certain other substances or activities, or if done too much or too little, virtually anything can lead to certain medical problems... every aspect of our daily life has in it elements of risk to health»* (Zola, 1972; s. 498)

Helse har vorte ei plikt og «synd» erstatta med «usunt». Ideologikritikken er og eit tydeleg trekk hos Friedson (1970, 1986), ein sentral medisinsk sosiolog. Han har i forskinga si lagt vekt på den makta som ligg i den profesjonelle si rolle til å kunne konstruere kunnskap og til å regulere tilgangen på goder, til å føreskrive eller halde tilbake behandling. Sjamanen og doktoren utøver rolla som det han kallar «*the architects of medical knowledge*». Eit omgrep som er i slekt med nemninga «moralske entreprenørar» som Becker (1963) nytta som karakteristikk av roller som legitimerer definering av grenser mellom normalitet og avvik. Med adresse til moderne vestleg medisin kritiserer Friedson det profesjonelle apparatet som gjennom sin måte å fortolke og forklare på undertrykkjer, latterleggjer og irrasjonaliserer folk sine eigne opplevingar av sjukdom og helse. Fordi folks eigenoppleving er gitt så låg relevans og status i moderne medisin, sluttar legane å kommunisere med pasientane sine.

Kritikken mot medisinen som institusjon i det moderne samfunnet har kome frå ulikt hald, marxistisk fundert (Navarro, 1977), frå feminisme (Scully og Bart, 1978), humanisme (Illich, 1976), og frå politisk-økonomisk teori (t.d. Ehrenreich & Ehrenreich, 1978; Doyal, 1979). Felles for denne kritikken er at den rettar seg mot den maktbase og dermed det misbruk av makt som medisinske institusjonar representerer, legitimert gjennom medisinen som vitskap. Det er ikkje vesentleg i denne samanhengen å drøfte innhaldet i denne kritikken ytterlegare. Poenget er illustrasjon av at samstundes som meiningsystem (her medisinske) opptre med ein relativt autonomi kan ein ikkje skjøne dei innafor denne autonomien, men berre gjennom ei samfunnsmessig kontekstualisering. Meiningsystem frå ulike domene relaterer seg til kvarandre på ein måte som strukturerer det kulturelle universet. Kva funksjon denne struktureringa spelar gjennom privilegerte og hegemoniske posisjonar og maktutøving, kan vi ikkje skjøne ved å sjå meiningsystemet innafrå. Det gir lett den analytiske villfaringa at ein ser maktaspektet ved moderne medisin som sjølve årsaka til meiningsystemet. Teoretisk sett er det også ei problematisk side ved delar av den kritikken av medisinen eg har vist til, at den impliserer eit ideal om at vitskapen skal kunne vere rein og nøytral.

Biomedisinen er sjølv tufta i moderniteten og det scientistiske grunnsynet at den røynde verda kan avdekkjast empiriske og framstå gjennom universelle og sanne kategoriar. Når biomedisinen viser seg å ha funksjonar utanom dette, kan dette rettast som kritikk mot epistemet for ikkje å vere vitskapleg nok (kritikk innan epistemet), eller implisere kritikk av sjølve epistemet og det vitskapssynet det representerer. Medan det er nødvendig å sjå medisinen som system for utøving av sosial kontroll (t.d. Zola og Friedson), er det også problematisk at dette perspektivet teiknar eit bilete av folk som passive marionettar på botnen av eit makthierarki der dei blir offer for den offisielle røyndomen, konstruert *for* dei av ulike «moralske entrepenørar». Dette er eit syn som neppe yter rettferd til kompleksiteten og eigenaktiviteten i den individuelle adaptasjonen. Igjen er vi ved spenninga mellom det sosiale og det individuelle, og vanskane med å relatere desse nivåa til kvarandre samstundes som dei vert tilkjent sin eigen autonomi.

Medisinsk antropologi, etterkvart ein subdisiplin i antropologien, var lenge prega av same scientistisk grunnsyn som biomedisinen kviler på. Vestleg medisin representerte det objektive, rasjonelle og vitskaplege; den referanseramma som anna medisin vart målt i høve til. Avvik frå denne referanseramma vart ein «skala» for grad av primitivitet. Etnosentrisme vart konsekvensen. Opprøret mot denne antropologien kom i femti- og sekstiåra (t.d. Paul, 1955; Dunn, 1968). Hovudpoenget var eit skifte av perspektiv: kulturen sett innafrå. Slik sett vart førestellingar og meiningssystem om helse og sjukdom ikkje lenger lausrivne irrasjonelle konstruksjonar, men synleg som meir eller mindre adaptive innan overordna kulturelle meiningssystem. Etterkvart har moderne medisinsk antropologi (t.d. Guess 1984, Kleinman 1980) utfordra vår oppfatning om at vestleg biomedisin fundamentalt sett er ulik andre kulturelle forklaringsystem. Det er ikkje tale om ein enkel skilnad mellom rasjonalitet og magi, og det magiske og rituelle er også sider ved vår vitskapsbaserte medisin. Frå ein antropologisk synsstad er det i og for seg ikkje oppsiktsvekkjande at vestleg biomedisin også spelar ei ideologisk rolle, til dømes som legitimering av sosial kontroll. At grunnlaget er Vitskapen i staden for Religionen, er i denne samanheng ikkje ein skilnad i vesen, men i innhald.

## Sympatrisitet

Ei rimeleg nøktern oppsummering av antropologiske og sosiologiske studiar viser før det fyrste at det ikkje berre er store variasjonar i medisinske forklaringsystem *mellom* kulturar, men og *innan* same kultur. Innan ein og same kultur vil der kunne vere fleire forklaringsystem som både konkurrerer og som er komplementære og står i ein viss vekselverknad. Antropologen Press (1980) har lånt omgrepet *sympatrisitet* frå biologien for å gjere synleg det poenget at teoretisk pluralisme kan forståast økologisk. I biologien refererer dette omgrepet til det forholdet at artar som innan eit økosystem er konkurrentar om ressursar og i yste konsekvens overleving, på gitte tidspunkt framstår som sameksisterande, gjensidig adaptert utifrå ulik økologisk relevans (eller ulike økologiske nisjer) i systemet.

Som metafor står omgrepet opp om perspektivet på meiningsystem som adaptive, ikkje berre på kulturelt nivå, men og med utgangspunkt i den individuelle konstruksjonen. Det er påfallande at i ein kultur som vår der rasjonaliteten og vitskapen både har høg status og er nedfelt i føremåla for skuleverket, er likevel marknaden for både gamal og moderne overtru og mystisisme tilsynelatande stor og aukande. Det ser altså ut til å vere problematisk å karakterisere kulturar som konsistente i høve til visse nivå av kunnskap og utvikla meiningsystem. Kulturell adaptasjon kan gje høgt spesialisert utvikling av dugleik og kunnskap på visse område, gjerne til fortrenghet for utvikling på andre. Davis (1986) fortel til dømes om ei lita isolert gruppe halvnomadiske indianarar i nordvest Amazonas med ein teknologi som er så elementær at dei inntil nyleg brukte steinøkser. Kunnskapane deira om den tropiske skogen kan derimot måle seg med det ein kvar biolog har. Barna lærer tidleg å kjenne komplekse fenomen som frøspreiing og bestøving, og kjenner fruktsyklusen til hundrevis av tre. Dei har utvikla ei høgt spesialisert sansing som gjer dei i stand til å skjelne mellom dyr førte steg unna utifrå urinlukta deira. Omgrepet «økologisk relevans» er dekkjande i denne samanhengen.

Psykologien har for det meste formidla empiri og teori om det strukturelle eller stabile ved folk sine haldningar og meiningssystem. Det er i samsvar med vitskapen sitt imperativ at ein legg vekt på det invariante. Det er mangt som tyder på at ein dermed har undervurdert fleksibiliteten, sympatrisiteten og omfanget av det mangetydige i folk sine forklaringssystem. Potter og Wetherells (1987) gjer dette tydeleg gjennom sine studiar basert på det dei kallar *diskursanalyse*, ein metode til å studere prat og samtale. Dei er meir opptekne av prosess enn struktur og argumenterer for at når folk samtalar med kvarandre nyttar dei språket intensjonalt i den tyding at det dei seier alltid har ein funksjon. Denne funksjonen er ikkje alltid eksplisitt og synleg. Studerer ein samtale vil ein oppdage at folk seier ulike ting i ulike situasjonar, og frå ein augeblik til ein annan i ein konversasjon kan ein skifte mellom logisk sett kontradiktoriske posisjonar. Sjølv om «realiteten» av den einskilde vert opplevd som stabil, er prosessen som ligg under prega av variasjon og oscillasjon. Det er nettopp denne fleksibiliteten og ambivalensen som vert tydeleg gjennom diskursanalyse, hevdar Potter og Wetherells. Nyttar ein til dømes skalaer (som er rett så vanleg ved helserelevante granskingar) kjem ikkje dette fram. Ein kan ikkje samstundes vere samd og usamd i same spørsmål. Som Ragnar Rommetveit (1980) har poengtert: når vi forklarar er det ikkje berre *ei*, men eit sett av historier som kan vere valide. Wendy Rogers (1991) har vist nettopp dette med utgangspunkt i ein studie av folkelege konstruksjonar av helse- og sjukdom, og kritisert psykologiske teoriar for å mangle sensitivitet for dei kontekstuelle og dynamiske sidene ved denne konstruksjonen. Det er ikkje slik, hevdar ho, at folks konstruksjonar er stabile i ei tyding som ein kan relatere til dei som eigenskapar. Ho finn det rettare å omtale konstruksjonen som ein historie-forteljande prosess. Det vil alltid vere eit sett av ulike, og til dels motseiande «historier» som er tilgjengeleg. Folk er «historievevarar», og konsistensen i denne vevinga er mindre avgjerande enn det at veven tener individuelle, interpersonlege og kollektive funksjonar. Studerer vi berre det stabile forsvinn dette prosessuelle. På den andre sida vil vi heller ikkje kunne sjå at det prosessuelle har form om vi berre studerer meining som innhald.

## **Kultur og individ**

Eg skal seinare prøve å vise korleis det eg har kalla esoteriske behandlingar er knytt til meiningsystem som inneheld ein konsepsjon om årsaker til, og læking av sjukdom. I analysen av placebofenomenet vart «meaning» sett som den sentrale kategorien for å skjønne korleis læking gjennom det mentale domenet kjem i stand. Men når læking skjer, er meaning som ein kognitiv kategori det næraste nivå å gå til for ei psykologisk analyse. Men søkjer vi uttømmende svar innan dette nivået risikerer vi å hamne i ei reduksjonistisk felle. Eit sosialpsykologisk perspektiv vil kunne få med seg det kontekstuelle i den føreliggande situasjonen som lækinga går føre seg i. Men også dette nivået set grenser for generalisering, og Ken Gergen (1986) har etter mitt syn med rette kritisert delar av sosialpsykologien for å nytte eit vitenskaparadigme som ekskluderer eller trakasserer det vesentlege, nemleg meaning. Medan opplevd meaning alltid vil vere ein subjektiv kategori, er det subjektive også alltid ei eksplisering av det intersubjektive - subjektet sin måte å tolke den kulturelle konteksten av meiningsystem. Studerer vi individet, studerer vi difor alltid også kulturen.

Metaforisk kan vi seie at meaning er mønsteret som bind saman. Kva mønster vi ser er avhengig av kvar vi ser frå. Når ein studerer meaning som subjektivitet studerer ein samstundes intersubjektiviteten. Men ein kan samstundes studere meaning som kultur, som mønster i seg sjølv uavhengig av subjektet. Når eg nyttar «meaning» med referanse til den grunnleggjande adaptive prosessen det er for den einskilde å kunne meistre røyndomen som ein straum av erfaring, vert meiningsdanninga eit uttrykk for måten ein etablerer distinksjonar på slik at det vert muleg å gjere det ukjente kjent og tilværet kan framtre med ein viss stabilitet, orden og struktur. Verda slik vi opplever ho, er verda vi handlar innan. Denne subjektiviteten er «kartet» vi aldri heilt kan kome på utsida av. Gjennom å handle «i kartet» er våre handlingar *i verda* - og våre handlingar *i verda* byggjer opp vår oppleving av verda. Men denne opplevinga er samstundes ei av-verda in-formert oppleving. Individet er alltid innanfor kulturen. Kartet er alltid eit av mulege kulturelt tilgjengelege kart. Kartet er samstundes kulturelt konstruert *for* individet, og *av* individet. Vi må legge til grunn ein udeleleg relasjon; individet er både mottakar av kulturelle skjema og

konstruktør av det mottekne. Når ein i mangfaldet av teoriar på dette feltet finn som ytterpunkt posisjonane «konstruert for individet» (sosiologisme) og «konstruert av individet» (psykologisme), har vi med ulike punktueringar innan ulike observatørepistemologiar å gjere - og som kvar for seg synleggjer delar, men ikkje heilskapen.

Det adaptive perspektivet legg vekt på det funksjonelle ved røyndomskonstruksjonen, og at den vil kunne variere i høve til kva slags «utfordring» den atferdsrelevante konteksten byr på. Ulike versjonar kan eksistere side om side dersom det er slik at dei er funksjonelle i ulike kontekstar. Forklaringane vert henta frå eit repertoar av «tekstar» som er kulturelt tilgjengelege. Vi kan sjå det slik at i den kulturelle økologien av mulege konstruksjonar, vil den individuelle konstruksjonen vere ei eksplisering av det som subjektivt er tilgjengeleg som muleg. Varierende eksplisering kan vi sjå som uttrykk for varierende økologisk relevans i høve til den individuelle adaptasjonen. Omgrepet *meaning* vert i dette perspektivet noko som på gitte tidspunkt uttrykkjer korleis det mentale relaterer seg adaptivt i ulike kontekstar. *Meaning* er såleis ikkje ein slags mental eller kognitiv «substans» i individet, men ein virtuell versjon *om* individ-kontekst relasjonen.

I studiar av *meaning*-system eller representasjonar er det avgjerande viktig at ein er seg medviten kva analytisk nivå ein opererer innan, og har varseltrekant mot analytisk glideflukt mellom nivå. Det tyder at ein utifrå kollektive representasjonar ikkje utan vidare kan utleie individuelle representasjonar. Dei kollektive representasjonane er ikkje alltid kollektiv. Makttilhøve, lagdeling og hegemoni vil fremje visse opplevingsformer og undertrykkje andre. Dei kollektive representasjonane som system må vi forstå i ein *diakron* analyse som uttrykk for kulturen si historiske drift og meistring av skiftande utfordringar i tilværet. Ein evolusjon som formar sosiale institusjonar og samstundes held vedlike og reproducerer dei same institusjonane. Dei individuelle representasjonane er eksplisering av mulege representasjonar innan denne diakrone konteksten, både av dei «fossiliserte» (jfr. Berger og Luckman, 1966) og dei som gjeld noko nytt. Samstundes er dette både element innan det

kollektive meiningsystemet, og i seg sjølv system innan den individuelle biologiske struktur sitt *synkrone* tilhøve til omgjevnaden. I eit gitt samfunn vil ein difor alltid kunne påvise at avstanden kan vere stor mellom det ein i durkheimsk tyding kan kalle kollektiv representasjon og folks handlingar i dagleglivet. Harris og Heelas (1979) kallar dette *lokal konstruktivisme*, eit omgrep som refererer til den lokale kulturen eller individet sin nære sosiale omgjevnad - det sosiale nettverket om vi vil. Innan dette nivået må vi, som argumentert for, også gi den «individuelle konstruksjonen» ein relativ autonomi. Variasjon og interaksjon mellom desse ulike nivåa er ei generell utfordring for å skjønne samanhengar mellom kultur og individ. Det gjeld og atferd ved sjukdom og læking. Men kollektive representasjonar har ingen eksistens i seg sjølv uavhengig av mediering gjennom individuelle kognitive prosessar. Denne doble naturen ved mening gjer nødvendig at forskaren sitt perspektiv også er dobbelt; både synkront og diakront, både internalt og eksternalt. Det er snakk om ulike observatørposisjonar som kvar for seg har relevans, men som aldri åleine kan gripe heilskapen, og vi kan ikkje utan vidare gjere prediksjonar frå eit nivå til eit anna.

### **Adaptasjon**

Som Jahoda (1982) peikar på finst det ikkje døme på kulturar eller samfunn som ser på verda som kaotisk og tilfeldig samansett. Trongen til å skape samanheng, orden og mening, og om muleg kontroll over tilværet, må vi sjå på som universell og uttrykk for ein fundamental adaptiv funksjon, anten vi studerer kollektive eller individuelle former for uttrykk. Fritz Heider (1958) byggjer utviklinga av attribusjonsteori (individuell adaptasjon) på dette standpunktet. Hos Durkheim kan omgrepet «kollektive representasjon» oppfattast å gje uttrykk for den regulerande og vedlikehaldande funksjon (adaptasjon) av meiningsystem innan sosiale system.

Sidan eg frametter skal nytte omgrepet «adaptasjon» både om kulturar og individ, er det nødvendig med ei lita presisering av uttrykket. Å sjå utvikling av meiningsystem i eit adaptivt perspektiv, tyder sjølv sagt ikkje at eit gitt meiningsystem *er* adaptivt i normativ tyding. Det er tale om å karakterisere ein



prosess meir enn ein bestemt tilstand innan denne prosessen. Det normative føreset alltid ein bestemt observatørposisjon - det som trer fram som patologisk gjer det alltid *for* nokon på eit gitt tidspunkt. Normativt vil vi gjerne seie at ein patologisk prosess er ikkje-adaptiv. Men vi kan av dette ikkje hevde at sjølve prosessen, som vi frå ein gitt synsstad kallar patologisk, ikkje er ein prosess som er adaptivt motivert. Økosystem er hierarkiske. Det som på eit nivå tykkjest å framstå som patologisk, kan i høve eit overordna nivå vere uttrykk for adaptasjon, og omvendt. Sidan temaet er meiningssystem kan vi reflektere over følgjande døme. Meiningssystemet som uttrykkjer verdien av «individuell fridom» kan på individnivå auke mulege val og dermed gjere den individuelle adaptasjonen meir fleksibel. På eit overordna systemnivå, sosialt nivå, vil individuell fridom over eit visst nivå kunne ha patologiske eller ikkje-adaptive verknader: konkurranse, ulikskap, utbyting etc. - verknader som reduserer val og individuell fridom. Den adaptive implikasjonen kan vere det paradokset at det kollektive systemet må innføre restriksjonar på individuell fridom for å kunne ivareta verdien av individuell fridom. Men restriksjonar, adaptive som dei kan vere innan det kollektive systemet, vil og kunne overskride grenseverdiar som gjev patologiske verknader på lågare nivå: korrupsjon, skjulte makt- og informasjonssystem, etc. Ein adaptiv tilstand på eit gitt tidspunkt kan i prinsippet vere like før samanbrotet tek til. Poenget kan også illustrerast ved eit døme på individnivå, nemleg nevrosen. På eit gitt nivå vil den nevrotiske atferda vere adaptiv. Både den fobiske flukta i angstnevrosen og den repeterande tvangshandlinga i tvangsatferda er funksjonelle innan den nevrotiske sin subjektivitet (meiningssystem); den forventaste angsten kjem ikkje. Den aggregerte konsekvensen av den nevrotiske atferda vert likevel i neste omgang ikkje-adaptiv fordi den på sosialt nivå fyller kvardagen og fortrengjer fleksibel utfalding av normalt liv.

Trongen til å kontrollere det ukjende, til meining og samanheng, er den felles rota til all religion og filosofi, mytar og magi, kunst og vitskap - det som høyrer *creatura* til. Liv og død, sjukdom og helse representerer vesentlege utfordringar i tilværet - for den einskilde i det individuelle livet, og for ein kvar kultur som historie over liv. Oppfatningar om sjukdom og om kva som lækjer, anten dei er

utvikla gjennom den historiske praksisen vi kallar vitenskap eller gjennom mytiske eller religiøse trussystem, er alle meiningssystem med same adaptive motivasjonen - meistring og kontroll. Det vi kallar sjukdom og det vi kallar læking kan vi difor ikkje sjå uavhengig av dei meiningssystema som namngir noko som sjukt og som læking. Sjukdom og læking vedkjem ikkje berre biologiske variablar i ei pleromatisk tyding, men også det biologiske slik det uttrykkjer seg som creatura, både gjennom individuell, lokal og kollektiv konstruksjon. Dette skal vi utforske nærare i komande kapittel.

## Kapittel 14

### MEDISIN SOM MEININGSSYSTEM OG HANDLINGSSYSTEM

All erkjenning startar med at vi etablerer ein skilnad - at noko vert sett som noko forskjellig frå noko anna. Før vi set fokus på medisinske meiningssystem, la meg presisere eit litt meir allment perspektiv. I eitkvart meiningssystem vil etablering av skilnader, utskiljing av kategoriar og namngjeving vere vesentlege grunnelement, det er måten vi skaper erkjenning på. Når eit sett av kategoriar som vert nytta overfor eit domene av fenomen blir relatert til kvarandre, kan vi snakke om eit klassifikasjonssystem, som i neste omgang gir grunnlag for eit meiningssystem.

Men kategorisering inneber å skape grenser, og gjennom grenser definerer ein samstundes noko som fell utanom. Det som fell utanom, til dømes i eit klassifikasjonssystem, kan difor oppfattast som det avvikande. Grenser kan også føre med seg «ingenmannsland» mellom kategoriar, det ukjende eller rett og slett det skjulte - det ein ikkje ser fordi det ikkje finst språk å sjå det med.

I den grad kategoriane vedkjem sentrale og viktige område av tilværet i ein kultur, vil også vedlikehaldet av dei vere viktig. Den kan tyde at grensene og grenseområda må vernast om ikkje ein skal utfordre meiningssystemet og kategoriane det kviler på for mykje. Grenseområda kan såleis representerer ei spenning, noko som ein både må unngå og som også har ei viss draging. Det er i slike område det lett vil kunne utvikle seg det antropologen Edmund Leach (1964) kallar «tabu-område», og tabu vil på dette viset kunne ha ein funksjon til å regulere grenser. Det kan vere gjennom at slike område blir gitt ulike eigenskapar som gjer dei heilage, farlege, ureine; noko som bidreg til å

oppretthalde ein struktur av orden, skilje og diskontinuitet i tilværet. Like eins kan ritual som kollektive handlingar i mange samanhengar tene den funksjonen at grensene vert haldne vedlike, og at ein kan regulerer overgangar mellom kategoriar det er vesentleg å halde frå kvarandre.

Men eitkvart kategorisystem og ein kvar orden vil kontinuerleg vere truga og utfordra av det som fell utanom - av det ukjende og det omskiftelege og flytande i tilværet. Kva skjer når «kartet» ikkje stemmer med «terrenget», når kategoriane ikkje utøver kontroll over tilværet og realitetar kjem til syne som trugar grensene og orden? Dette har vore eit vesentleg utgangspunkt for antropologen Mary Douglas sine studiar av avvik og klassifikasjonssystem hos Lele-stammen i sentralafrika, og ho har utvikla eit perspektiv på dette som har vorte ein utbreidd generell forklaringsmodell i antropologien (Douglas, 1966, 1975). Douglas nyttar omgrepa «pollution» og «anomalies» om slike truslar mot klassifikasjonssystem, og hovudpoenget er at i en slik situasjon vil ei rekkje kulturelle responsar kunne utvikle seg. Dei kan tilsynelatande vere ulike, men vil ha ein felles funksjon retta mot å oppretthalde grenser og verne mot «pollusjon». Den mest typiske responsen er å etablere avstand og unngå det som representerer avvik og anomaliar. Ein annan kan vere fysisk eliminering, til dømes avliving av tvillingar i enkelte vestafrikanske kulturar der tvillingar vert sett på som ein anomali. På det symbolske planet kan det avvikande bli gitt namn og eigenskapar som opprettheld avstand, eller det kan leggest inn under allerede etablerte kategoriar om avvik og anomaliar (t.d. noko som høyrer til det hinsidige). Ein annan og meir samansett kulturell respons er ritual. Ritual tener fleire funksjonar. Ein kan for det fyrste sjå dei metaforisk, som ei symbolsk utøving av meistring og kontroll over det ukjende og ukontrollerte. Samstundes identifiserer rituala kategoriar og grenser, og uttrykkjer samling om felles verdiar og meiningssystem. Gjenstandar og element assosiert med dei kategoriar rituala er retta mot, kan utvikle spesifikke symbolverdiar og magiske eigenskapar. Sidan slike responsar tener som vern mot truslar og kollektiv angst, utviklar dei eigenskapar som autonome system, system som held seg sjølv vedlike og har stor overlevingsevne, sjølv etter at trusselen og opplevinga

av denne forlengst har forsvunne. Radine (1983) nyttar «kulturell tvangsnevrose» som ein metafor om dette.

Eg har her formidla sentrale antropologiske synspunkt på adaptasjon i ei overordna, kulturell tyding. Radine sin metaforbruk er interessant fordi den gjev assosiasjonar til psykologisk nivå, den individuelle adaptasjonen. Og det er ein slående parallell mellom Douglas og Georg Kelly (1955) sitt syn på angst utleia av hans konstruktteori. Kelly ser angst som relatert til opplevinga av at den hendinga ein står overfor ikkje kan ordnast eller passe inn i personen sitt konstruksystem. Angst oppstår gjennom det som fell utanom. Angst er spenning og mangel på meining og mange tydingar av angst, til dømes den tyske nemninga «unheimlich», peikar nettopp mot det ukjende, det namnlause. Nevrotisk atferd, i særskild grad ved tvangsnevrosen, har eit utprega rituelt preg. Det er ei delt oppfatning innan ulike terapeutiske teoriar at denne rituelle atferda tener ein funksjon som buffer mot angst og regulator av spenning. At slik atferda kan vere resistant, og leve sitt eige autonome liv uavhengig av ein aktuell trussel, kan ein kvar terapeut skrive under på.

### **Sjukdomsteori og behandling**

La dette vere eit perspektiv å sjå utvikling av sjukdom som kategori i. For skal vi skjøne behandling, må vi skjøne sjukdom. I vår samanheng ikkje sjukdomar i spesifikk tyding, men sjukdom som kategori. Som kategori er den relatert til kategorien «frisk», som den er opposisjonen til. Det friske representerer orden, det sjuke det som trugar orden. Omtalte perspektiv frå antropologien, spesielt Mary Douglas sin «pollusjonsteori», finn eg nyttig til å understreke at sjukdom grunnleggjande sett vedkjem det avvikande (anomaliar), det som trugar grensene for det friske. Sjukdom representerer krefter som vanskeleg let seg kontrollere; krefter som skapar ubalanse, destruksjon og til tider død. Sjukdom er pollusjon i Douglas si tyding. Eit slikt utgangspunkt gjer at ein skjønar kvifor ein historisk og antropologisk så ofte finn at sjukdom og behandling av

sjukdom er innvove i tabukategoriar og assosiert med ritual<sup>1</sup>. Grensene mellom det som representerer det sjuke og det friske vert spesielt viktig å identifisere og vedlikehalde som vern av orden og det friske. At dette kan innebære isolering, utstøyting og kollektiv vald mot dei som er sjuke eller representerer sjukdomskrefter, er det nok av historiske døme på. Tabuisering og grensedraging kan vere rasjonell førebyggjande medisin som ved ritual knytt til reinsemd, markering av skiljet mellom det reine og ureine, eller isolering av smittekjelder. Men vi vil også kunne sjå det som irrasjonelt når handlingane er offerritual eller magiske seremoniar for behandling. Frå ein moderne synsstad kan det likevel stenge for innsikt at vi legg vekt på det «irrasjonelle». Ein gjer alltid det frå ein bestemt ståstad. Fortolking av sjukdom, spesielt oppfatningar om kausale relasjonar (sjukdomsteori), er avgjerande rammer for å skjøne behandlingsformer. Om sjukdomsteorien seier at sjukdom er uttrykk for gudane si misnøye - er rituell ofring, sett intern til meiningssystemet, eit «rasjonelt» tiltak. Om sjukdom vert oppfatta som til dømes demonbesetting er eksorsisme like eins «rasjonell» behandling i den tyding at den logisk er i samsvar med sjukdomsteorien. Gananath Obeysekere (1975) viser dette i ein studie frå ein vestleg provins på Ceylon. Det gjeld eksorsisme og tilfellet Alice Nona. Demonologi er her ein integrert del av kulturen sin epistemologi, og fortolkinga av tilstanden i samsvar med ein slik epistemologi er difor ei sjølvfølgje og uproblematisk. Obeysekerer får fram korleis denne fortolkinga er integrert med sosiale strukturar slik at diagnosen utløyser handlingar både sosialt og hos Alice Nova, handlingar som realiserer det terapeutiske systemet. Studien viser også den terapeutiske verdien det har for Alice Nona, og for kvinner generelt i denne kulturen, å kunne iscenesette seg i rolla som demonbesett. Ei slik rolle fungerer som katarsis og gir den undertrykte, som er kvinna sin situasjon i dette samfunnet, høve til å uttrykkje vrede og opprør som elles hadde vorte strengt sanksjonert. Eksorsisme som institusjon tener på dette viset ein funksjon der

---

<sup>1</sup> Dei rituelle aspekta vert tydelegare for oss gjennom kulturell avstand. Det kan vere vanskelegare å sjå dette innan eigen kultur. At rituelle funksjonar også er ein del av vår moderne medisin og helsevesen, bør vi i høg grad vere opne for. Felker (1983) har m.a. teke utgangspunkt i amerikanske data som viser at det frå ein rasjonell medisinsk synsstad kvart år vert utført svært mange uturvande operasjonar ved amerikanske sjukehus. Felker forklarar dette ved å analysere dei rituelle funksjonane som kirurgien spelar i moderne sjukehusmedisin.

Alice Nova kan påverke omgjevnaden og sin eigen situasjon, noko som ville ha vore umuleg frå ei normal rolle.

Innsikter av denne typen har ikkje alltid vore like framstående når utsynet over behandlingshistoria har vore sett med moderne medisin sine litt sjølv gode briller. Alt i 1924 vart likevel dette peika på av W.H.R. Rivers i ein antropologisk studie frå New Guinea:

*«The practices of these peoples in relation to disease are not medley of disconnected and meaningless customs, but are inspired by definite ideas concerning the causation of disease. Their modes of treatment follow directly from their ideas concerning etiology and pathology. From our modern standpoint we are able to see that these ideas are wrong. But the important point is that, however wrong may be the beliefs of the Papuan and Melanesian concerning the causation of disease, their practices are a logical consequence of those beliefs.»*

(Rivers, 1924, sit. i Welsch, 1983, s. 32)

### **Sjukdomsteori - ein taksonomi**

Medisinsk antropologi gir oss eit bilete av variasjon og «sympatrisitet» av medisinske system både innan og mellom kulturar. Følgjeleg har ein på ulikt vis freista å lage ei overordna klassifisering av slike system. Dunn (1977) har delt inn etter ein geografisk variabel - i lokale, regionale og kosmopolitiske system. Lokale medisinske system gjer seg gjeldande i eit snevert lokalt område, til dømes som stammemedisin. Regionale system er knytt til eit paradigme med ei større utbreiing, til dømes ayurveda, ein medisin ein finn spreitt over det indiske kontinentet og som har utspring i klassisk indisk filosofi og religion. Kosmopolitiske system har ei vid geografisk spreiiing og vert importert på tvers av kulturelle grenser. Vestleg biomedisin er eit opplagt døme, men og homeopati og kinesisk medisin.

Klassifisering etter vesentlege innhaldsvariablar er av større interesse i denne samanhengen. Ein måte som ofte går igjen er å klassifisere etter kor vidt

årsakene vert sett på som *eksogene* eller *endogene* (t.d. Clements, 1932; Valabrega, 1962). Døme på andre klassifikasjonar er Foster (1976) som skil mellom «personalistiske» og «naturalistiske» system. I personalistiske system vert sjukdom sett på som årsaka av intenderte og motiverte handlingar frå andre personar eller vesen. I naturalistiske system vert sjukdom sett på som produkt av *naturlege* prosessar. Ein parallell til dette finn ein hos Jones (1977). Han inkorporerer forklaringsystem om helse og sjukdom som aspekt ved overordna kulturelle verdsbilete, og skil mellom system etter kor vidt verdsbiletet er av typen «Naturwissenschaft» eller «Geisteswissenschaft».

Utan at eg her finn plass til ein omfattande gjennomgang av ulike system og klassifiseringar, skal eg for analytiske føremål utleie nokre prinsipielle synspunkt gjennom ei omklassifisering som byggjer på attribusjonsteori. Det som er gjennomgåande i dei fleste systema er at det handlar om klassifisering etter årsakskrefter, og tilhøvet mellom årsakskrefter. Vi kan difor kalle dette sjukdomsteoriar, eller rettare metateoriar om sjukdom sidan det gjeld dei medisinske systema. Årsakskrefter kan klassifiserast både etter type (kvalitative eigenskapar) og etter lokalisasjon. Sjølv om dette er klassifikasjon på nivå for meiningsystem, er det eit poeng at desse dimensjonane samsvarar med dei Fritz Heider (1958) la vekt på i sin analyse av daglegmennesket si fortolking av hendingar. Attribusjon er essensielt persepsjon av årsaker, og: «*Attribution is part of our cognition of the environment. Whenever you cognize your environment you will find attribution occurring*». (Heider, 1958, s. 18).

Det er ikkje slik, som seinare bidrag innan attribusjonsteori kan gje inntrykk av, at individet opptreer som medviten attributør. Attribusjon, som persepsjon og tileigning av årsaker, er *genotypisk* i vår måte å gjere greie for hendingar på og er implisert i daglegspråket (common sense). Heider peiker på to vesentlege dimensjonar for attribusjonen. Observatøren sin persepsjon av tilhøvet mellom årsakskrefter i omgjevnaden og i aktøren vil avgjere attribuering til høvesvis indre eller ytre kausalitet - altså ein lokaliseringsdimensjon. Når det gjeld kvalitative skilnader mellom årsakskrefter, nyttar Heider nemninga *personleg* versus *upersonleg* kausalitet. Denne distinksjonen er synonym med skiljet



mellom *intensjonalitet* (personleg) og *kausalitet* (upersonleg) - nemningar eg vel å nytte i framhaldet. Intensjonalitet impliserer ønskje, vilje etc., og at hendinga/atferda vert sett på som målretta. Intensjonale krefter er ekvifinale, medan kausalkrefter er multifinale, slik dei fleste i vår kultur oppfattar hendingar i naturen. Korleis vi attribuerer vil ha store og tildels dramatiske følger for korleis vi opplever ein situasjon og kva handlingar som vert sannsynlege. Det skal eg meir peike på enn utdjupe i denne samanhengen. Dei nemnde dimensjonane kan vi kombinere i ein modell slik det går fram av figur 14-1. Om vi går attende til vår omtale av klassifisering av medisinske system, finn vi at modellen inkluderer dei nemnde dimensjonane. Eksogene versus endogene svarar til indre versus ytre, personalistiske versus naturalistiske og geisteswissenschaft versus naturwissenschaft svarar til skiljet mellom intensjonalitet og kausalitet.

|                        | <b>Indre</b> | <b>Ytre</b>  |
|------------------------|--------------|--------------|
| <b>Intensjonalitet</b> | Psykologisk  | Teologisk    |
| <b>Kausalitet</b>      | Biologisk    | Naturologisk |

*Figur 14-1. Attribusjonsmodell for klassifisering av medisinske system*

Kombinasjonen av disse dimensjonane gir ein meir logisk og konsistent taksonomi. Indre/intensjonalitet svarar til det vi som prototyp kan kalle *psykologiske* forklaringar. Det er altså personen sine egne mentale og intensjonale krefter som er vesentleg slik mange psykologiske teoriar legg vekt på, og som er implisert i nemninga psykosomatisk når det er somatiske lidningar som er utgangspunktet. Men samme dimensjonen er lagt til grunn i mange modellar som kallar seg alternativ behandling. Det kan vere ulike former for

healing der psykiske og åndelege krefter med ulike namn, men likevel krefter i individet, er ei sentral kausalkraft både for sjukdom og læking.

Ytre/intensjonalitet kan vi prototypisk kalle *teologiske* forklaringer. Det kan anten vere tale om ei generell guddommeleg kraft, ein intensjon frå utsida; eller namngjevne ånder innan den kulturelle epistemologien. Det kan også gjelde personar som anten i kraft av seg sjølv eller som medium for åndeverka, har spesielle magisk føresetnader til både å påføre andre menneske sjukdom, og å lækje. Slike krefter kan oppføre seg både frå distanse og via okkupasjon av individet sitt indre. Medan ulike variantar av ein slik sjukdomsteori nærast er universell i ikkje-litterære kulturar, er den nærast utrydda innan dei medisinske systema som har legitimitet i den vestlege verda. At denne åndelege måte å tolke på likevel gjer seg gjeldande også i vår biomedisinsk dominerte kultur, er det liten tvil om (sjå t.d. Alver, 1990). Vi har ein viss toleranse for dette når tolkinga er innafor ei religiøs konseptualisering som er kulturelt akseptert. Når slike teoriar fell utanom, tek vi lettare avstand. Slike fortolkingar gjeld både element frå det vi kan kalle ein folkemedisinsk tradisjon, men har og ein renessanse innan den flora av tilbod som spring ut av den ekspanderande marknaden for alternativ behandling. Det er dels tale om import frå esoterisk medisin og filosofi (t.d. kinesisk og indisk filosofi), ofte riven laus frå sin kulturelle kontekst og framstilt som «metodar». Dels er det tale om nyreligiøse variantar (t.d. new age), og dels kvasivitskapelege variantar i den tyding at ein profitterer på vitskapeleg oppdagingar som byggesteinar til eit trussystem som vert marknadsført med vitskapen sin språkbruk. Kvantefysikk ser i dag ut til å vere ei populær kjelde til metaforar der det åndelege i tilværet kan gjevast ei fysisk legitimering.

Indre/kausaltitet gjeld *biologiske* forklaringar og kan fyrst og fremst eksemplifiserast ved klassisk biomedisin. Det er kroppen som natur - som biokausale prosessar som er årsaksparadigmet. At årsakskjeda (etiologien) inneheld ytre kausalfaktorar er i denne samanhengen irrelevant. For biomedisinsk behandling er det først og fremst kroppen og «causalis efficient» (jfr. Aristoteles) som er domenet for intervensjon. At biomedisin ekskluderer intensjonalitet er i samsvar med det epistemet som vitskapen kviler på. Her er

det ei grense som i vitenskapen ikkje let seg overskride utan å utsette seg for «pollusjon» i Douglas si tyding. Historisk finn vi dette forankra i den dualismen som René Descartes skapte, og som i si tid fungerte som borgfred og arbeidsdeling mellom Kyrkje og Vitenskap. *Res extensa*, og dermed den kausale naturen, vart vitenskapen sitt legitime domene, medan *Res cogens*, og dermed den åndelege og intensjonale verda, vart Kyrkja og religionen sitt område. Slik kunne konkurrerande epistemologiar leve vidare utan å forureine kvarandre.

Ytre/kausaltitet finst det mange døme på. Det er naturkreftene anten dei er kjende eller fantaserte, jordlege eller kosmologiske som er fellesdimensjonen. Ein tradisjon er den okkulte - tesen om ei ukjend naturkraft som gjennomtrengjer alt. Anton Mesmer såg «animalsk magnetisme» som uttrykk for eit slikt kosmologisk medium som vi alle levde i, og som all sjukdom hadde opphav i og kunne kurerast gjennom (sjå Szasz, 1978). Månen sin sykliske aktivitet har tidvis vorte assosiert som sjukdomsagent (jfr. det engelske «lunatic», og norske «månesjuka» nytta om sinnsliding). Dette er ein variant innan ei meir generell astrobiologisk lære om himmellekamane si innverknad på livsfunksjonane. Magnetisme og elektromagnetisme som både sjukdomsårsak og lækjeteori finst både som tradisjon og i moderniserte utgåver. Alver og Selberg (1990) fortel om mange ikkje-religiøse handspåleggjarar som nyttar denne typen forklaringar.

### **Balanse versus ubalanse**

Det relative tilhøvet mellom «sjukdomskrefter» og «helsekrefter» er ein annan vesentleg dimensjon i ulike system. Alle meiningsystem om helse og sjukdom, anten naive eller teoretisk utbroderte, ser ut til i botnen å byggje på ein grunnleggjande bipolar opposisjon som reint språkleg realiserer kategoriane sjuk versus frisk. Trass i dei mange og til dels svært ulikt utforma meiningsystema om sjukdom, er det slåande at ein alltid finn i ei eller anna form eit syn som har med kategoriane «balanse» og «ubalanse» å gjere. Det som er friskt er synonymt med det som er i balanse - og det sjuke er i ulik utforming teikn på ubalanse eller avvik. Ein kan sjå på dette som eit universelt prinsipp innan meiningsystem om sjukdom. Om det er kroppsvæsker eller tilhøvet til

guddommelege krefter som er i ubalanse, er i denne sammenhengen uvesentleg. Balanseprinsippet er også sterkt framme i den vestlege medisinen sin røter, den hippokratiske tradisjonen. Balanseprinsippet ligg implisitt også i den vitskaplege medisinen, men meir som «lokal balanse» i høve til optimale eller avvikande frekvensar eller konsentrasjonar av spesifikke fysiologiske eller biokjemiske variablar. Det har derimot i liten grad vore rom for utvikling av vitskaplege omgrep og teorimodellar som rettar seg mot å gjere greie for heilskapar og relasjonar, og dermed balanse-ubalanse i eit systemperspektiv. I systemteori er denne metaforen sentral i måten å karakterisere aktivitetar i og mellom system på. Eg skal seinare prøve omgrep herifrå til å skissere ein «sjukdomsteori».

Tilhøvet mellom sjukdomskrefter og helsekrefter, balanse eller ubalanse, er saman med sjukdomsteori vesentlege dimensjonar for å kunne skjønne både utvikling av normer for atferd til å unngå sjukdom, og atferd ved sjukdom, både på individnivå og i institusjonaliserte former. Er det ubalanse i tilhøvet til dei åndelege kreftene som er fortolkinga på sjukdom, er ein livsførsel i samsvar med dei lokale religiøse normene også førebyggjande medisin. Og er sjukdom saka, er tiltak som kan gjenopprette balanse relevant behandling. I vår kultur har bodskapar retta mot det personlege ansvaret for din eigen kropp, kva du gjer med han og kva du puttar i han, vorte ein sekularisert plattform for normativ atferd der det ikkje er «synd», men «usunt» som skaper ubalanse og sjukdom.

### **Medisin som praksis**

Når utgangspunktet er læking som er kommunikativ, har vi med meining å gjere, og det er relevant å «diagnostisere» meiningssystem. Taksonomien eg har nytta får fram noko eg vil hevde som heilt vesentlege dimensjonar for å skjønne fortolking og praksis innan slike meiningssystem. Den individuelle fortolkinga eller punkturinga skal eg kome attende til seinare. Det er først nødvendig å peike på at ei slik abstrakt klassifisering av medisinske meiningssystem er uinteressante med mindre det er tale om integrerte aspekt ved medisinsk praksis. Slike meiningssystem må tenkjast som koordinerande for handlingar, både som «metadiagnose» ved å sette rammer for kva slags diagnosar som er

mulege, og gjennom å by på eit repertoar av spesifikke kategoriar om sjukdom og perseptuelle/diagnostiske kriterium som kvalifiserer bruken av desse. Medisinsk praksis, sjølv i tilsynelatande irrasjonelle utgåver, kan aldri vere tilfeldig. Vi må sjå på slike handlingar i utgangspunktet som intensjonale. Det vil her seie at handlinga kan katrakteriserast ved at aktøren veit eller trur at handlinga vil kunne gje spesifikke resultat, og at slik kunnskap vert nytta for å iverksette handlinga. Sjølve handlinga er derimot ein annan kategori enn den intensjonen som set ho i verk. Like eins resultatata av handlinga - som anten kan samsvare med intensjonen, eller vere konsekvensar som ikkje var intenderte. Meiningsystem vil på dette viset fungere koordinerande for handlingane ved først og fremst å koordinere intensjonsplanet for handlinga. Eit problem her er tilhøvet mellom medvit og intensjonalitet, som sistnemnde impliserer. At ein aktør er medviten om sin intensjon, tyder ikkje at han er medviten om den konteksten som har gjort intensjonen muleg. I den løpande straumen av handlingar uttrykkjer intensjonar det medvitne som praktiske punktueringar av mulege val. Intensjon inneber val. Når ein vel, vel ein *mellom* mulege val, men ein vel ikkje valmulegheitene.

Overført til eit praktisk resonnement. Ein lege som set i verk behandling vil ha som overordna intensjon at behandlinga skal gi ein effekt som lækjer. For å realisere denne intensjonen må han utføre ei kognitiv handling som a) inneber å tolke teikn (persepsjon) slik at «tilstanden» kan oppfattast å høyre heime i ein spesifikk kategori (diagnose) av mulege kategoriar om tilstandar (metadiagnose), b) aktivere kunnskap (anten basert på tru eller empiri) om årsaker til tilstandar i denne kategorien, og c) aktivere kunnskap om tiltak innan konteksten av mulege tiltak. Ein vestleg lege vil slik identifisere symptom, undersøke og skaffe seg diagnostisk informasjon, etablere diagnose, og sette i verk tiltak (behandling) utifrå implisert forståing av etiologi og prognose. Denne «rasjonaliteten» er neppe eksklusiv for den vestlege legen, men universell. Om behandling vert initiert etter eit slikt mønster eller ikkje, er nemleg ikkje eit spørsmål om kor vidt behandlinga kan vere effektiv eller ikkje. Og mønster er noko anna enn innhald. Innhaldsmessig vil såleis sjamanen og den vestlege legen tilhøyre ulike verder og meiningsystem. Men begge

diagnostiserer og vel diagnosar innan domenet av mulege diagnosar. Vi må rekne med at dei begge har eit praktisk og klinisk medvit som koordinerer dette. Det ein derimot ikkje kan føresette er at dette medvitet også er eit medvit om metadiagnose. Diagnostisering er ei praktisk handling der ein vel mellom diagnosar innan eit meiningssystem av diagnosar, ein diagnostiserer ikkje mellom meiningssystem. Ein vestleg lege diagnostiserer innan eit biomedisinsk paradigme, og ikkje *mellom* dette paradigmet og til dømes ayverdisk medisin.

Det er eit sprang frå denne korte analysen av aktørpraksis til å skjønne utvikling av medisinsk praksis i institusjonell form. Dette vedkjem ei teoretisk kjerneproblemstilling i sosiologisk teori, noko eg i denne samanhengen ikkje kan gå djupt inn i. Med «institusjonell» meiner eg i denne samanhengen at atferd og praksis overfor eit gitt domene innan ei romleg og tidleg avgrensing ikkje er vilkårleg, men er stabilisert i eit mønster som pregar handlingar og sekvensar av handlingar. Det er praksisen og ikkje den individuelle aktøren sine handlingar ein kan karakterisere slik. Dermed vedkjem omgrepet institusjonell ein sosial struktur. Ein sosial struktur må logisk sett ha som «råmateriale» den løpande straumen av handlingar. Men, som eg tidlegare har vore inne på, det er ikkje alltid slik at dei aggregerte og dermed strukturelle konsekvensane av aktørar sine handlingar innan eit domene, er i samsvar med intensjonsplanet på aktørnivå. Poenget i denne samanhengen er å understreke at når ein praksis utviklar strukturelle kjenneteikn, vil denne sosiale strukturen virke determinerande på den individuelle praksisen. Vi må altså legge til grunn eit rekursivt tilhøve mellom aktør- og strukturplanet. Frå ein annan synsvinkel kunne det seiast at «struktureringa» utgjer eit system som viser evne til sjølvreproduksjon.

### **Helseomsorgssystem**

Antropologen Arthur Kleinman (1980) konkluderer sin analyse med å legge avgjerande vekt på at skal ein studere medisin i ein kulturell samanheng, må ein legge til grunn at all form for behandling og aktivitetar knytt til behandling (helseteneste) i større eller mindre grad heng saman, slik at det er tale om eit system - det han kallar *helseomsorgssystemet*. Dette systemet utgjer ei form for

sosial røyndom og kan ikkje skiljast eller sjåast isolert frå den allmenne kulturelle konteksten menneskja lever i. Kleinman sitt hovudpoeng er at på same vis som ein til dømes i antropologien drøftar språk og religion som kulturelle system, må ein også sjå på medisinsk verksemd som eit kulturelt system. I alle samfunn er sjukdom, reaksjonar på sjukdom og institusjonar for behandling av ulikt slag, relaterte til kvarandre. Medan dette perspektivet etterkvart har fått ein generell aksept i medisinsk antropologi, har ein del av Kleinman sine omgrep og distinksjonar vore meir omstridde (t.d. Young, 1981). I Kleinman sin modell for helseomsorgssystemet skil han mellom tre sektorar; det han kallar leksektoren, den profesjonelle sektoren, og den folkelege sektoren. Ein kan diskutereast kor nyttige desse distinksjonane er, også tilhøvet mellom sektorane og korleis ein skal operasjonalisere. Ein vil kunne karakterisere ulike samfunn ulikt i høve til både dominans og hegemoni som sektorane utøver. I vårt samfunn er den profesjonelle sektoren dominerande, svært differensiert og spesialisert i eit uttal av profesjonar. Sektoren er regulert av lover og føresegner, og spelar ei stor samfunnsøkonomisk rolle. I Norge er meir enn 250 000 sysselsett i helse- og sosialsektoren. Profesjonane innan denne sektoren forvaltar ikkje berre store samfunnsmessige og økonomiske interesser, men utøver også ei diskursiv makt gjennom monopolisering av kunnskap og funksjonar, gjennom å vere fortolkarar av problem og problemløysing, og som formidlarar av rettar og gode. Kleinman si differensiering kan vi også relatere til Habermas (1984) sin allmenne tese om «systemverda» si kolonialisering av «livsverda», ein tese om den moderne rasjonalisering av samfunnsprosessen. Systemverda gjeld heile det økonomisk og administrative apparatet inkludert det Habermas kallar «terapeutokratiet», eller ekspertane si overtaking av problemløysing. Den profesjonelle sektoren høyrer i habermansk tyding til systemverda. «Livsverda» karakteriserer Wifstad (1996) slik:

*«Livsverdenen er et reservoar av selvfølgeligheter og urokkelige overbevisninger som aktøren i en situasjon trekker veksler på, for å kunne kommunisere med hverandre.*

.....

*Livsverden blir å forstå som et kulturelt overlevert språklig organisert forråd av fortolkningsmønstre. Der hvor den som taler og den som lytter kan møtes».*

(Wifstad, 1996; s. 292)

Det er altså her vi finn leksektoren og den folkelege sektoren, og Habermas sin tese er at den i det moderne samfunn har blitt fortrent og kolonialisert av den profesjonelle sektoren. Det er neppe vanskeleg å sjå desse mønstra når det gjeld helse- og sosialsektoren si rolle i den samfunnsmessige evolusjonen overfor sjukdom og avvik. Men utgangspunktet for denne utviklinga er frå det Kleinman kallar leksektoren, og som ligg nærare livsverda, dei opphavlege folkelege distinksjonane og kategoriane om sjukdom og læking. Leksektoren kan vi av den grunn ikkje berre sjå som historisk interessant, som ein tilbakelagt arena. Sjølv i komplekse omsorgssystem er dette ein vesentleg og truleg svært samansett sektor som både representerer eit kulturelt etterslep (når det gjeld førestellingar om sjukdom og læking) og samstundes vert forma av dei andre sektorane som utviklar seg. Men som Berger og Luckman (1966) har peika på vil også meiningsystem kunne drive frå kvarandre, etablere seg som subunivers med relativt lukka grenser mot omverda. Dei nyttar metaforen «fossilisering» om meiningsystem som etablerer ein indre funksjonell autonomi og lever sitt eige liv trass i store kontrastar til meiningsunivers i omgjevnaden. I vår kultur har til dømes vitskaplege landevinningar om helse sjølvsagt i stort mon nedfelt seg som allmennkunnskap. Men, som til dømes Alver og Selberg (1990) har vist for vårt land og som delar av vekepressa er full av døme på, tyder det på ingen måte at den vitskaplege medisinen har utradert leksektoren og den folkelege tradisjonen. Den er i høg grad levande om enn i det skjulte og uoffisielle livet. Frå andre land med større kontrastar, til dømes u-land der ein har freista å implementere moderne medisin, ser det ut til at det utviklar seg ei slags uoffisiell arbeidsdeling mellom moderne og tradisjonell medisin (sjå t.d. Press, 1969; Janzen, 1978; Balzer, 1983; Palgi, 1983; og Welsch 1983). Tilsynelatande motstridande meiningsystem om sjukdom med ulik kulturell referanse kan altså veve seg saman, tilpasse seg kvarandre i ein slags medisinsk symprasetet. Å seie at noko er motstridande, er alltid å referere til ein ståstad. Dette var eit vesentleg funn hos Welsch (1983) etter sitt opphald hos



Ningerum-folket (New Guinea). Her var det openberre inkomensurable oppfatningar om sjukdom og læking i spenningsfeltet mellom vestleg medisin og tradisjonell medisin. Men, som han etter seks månader oppdaga, ningerum-folket sjølv registrerte ikkje dette. For dei var dette rett og slett ikkje-distinksjonar, og difor heller ikkje grunnlag for dissonans. Ei anna form for tilpassing har Goodenough (1963) notert seg hos innfødde på øyar i Stillehavet. Dei kategoriserer rett og slett einskilde sjukdomar som «kvite mann-sjukdomar». Når dei har ein slik sjukdom, kan den lækjast med kvite mann sin medisin.

Det eg her med referanse til Kleinman har kalla leksektoren vil som meiningsystem i mange kulturar framstå som svært differensiert, mangfaldig og pluralistisk - og også full av motsetningar sett utanfrå. Sett innifrå er det derimot tale om den einskilde sjuke og hans oppleving, fortolking og søking etter meiningsberande kategoriar. Dette er eit heilt anna perspektiv. At ein er «innanfor» eit meiningsystem tyder ikkje at dette som system er synleg for ein. Tvert imot, fisken er den siste som oppdagar vatnet. Det kan berre verte synleg ved å «stille seg utanfor» - med andre ord gjere si eiga konseptualisering av verda til gjenstand for refleksjon. I den daglege meistringa av tilværet er ei slik abstrakt haldning heller unnatak.

Antropologiske oversyn og vår eiga medisinske historie er nærast ein uendeleg katalog over menneskeleg fantasi når det gjeld utvikling både av førestellingar om, og boteråder mot sjukdom. Boteråder og behandlingar som ein i ettertid, og frå ein vitskapleg synsstad, må karakterisere som utan verknad har overlevd i mannsaldrar - og er framleis levande. Kvifor? Nokre refleksjonar om det i neste kapittel.

## **Kapittel 15**

### **LÆKJETEORIER - KULTURELL ADAPTASJON**

Kulturell adaptasjon gjeld det diakrone perspektivet, korleis meiningsystem og behandlingstiltak utviklar seg, overlever eller blir borte. Vi kan sjå dette som seleksjon i den kulturelle evolusjonen. Dette utgangspunktet treng ei presisering. For det fyrste er det heilt avgjerande å skilje mellom konkrete behandlingstiltak og det medisinske systemet som dette er eit tiltak innan. Dette er ulike nivå, som tilhøvet mellom klassen og medlem av klassen. Konkrete tiltak (metodar) kan oppstå og forsvinne, utan at det medisinske systemet det er ein del av forsvinn. Ein adaptiv effekt er heller ikkje det same som ein kausalsamanheng mellom tiltak og læking. Det er ikkje denne eventuelt reelle samanhengen, men den fortolka og attribuerte som kan inngå i den adaptive prosessen. Vi må vidare skilje mellom adaptasjon på individnivå - og adaptasjon på nivå for meiningsystem. Teoretisk kan det tenkjast at meiningsystem med relativt mager effektivitet når det gjeld individuelle behandlingstiltak, likevel kan overleve fordi tiltaket fungerer kulturelt adaptivt; gir høve til å oppretthalde orden og grenser slik tidlegare diskusjon med utgangspunkt i antropologen Mary Douglas har vist. I praksis, og her legg eg analysen av placebo til grunn, vil eit kvart tiltak som har ei kulturell form og mening kunne stimulere individuell adaptasjon og læking.

#### **Legitimitet**

Medisinske meiningsystem, som andre kulturelle meiningsystem, uttrykkjer samstundes berande element i overordna kulturelle trussystem eller verdsbilete. Dei vil både verte haldne oppe gjennom adaptasjon til dette, og fungere adaptivt ved å stadfeste dette. Meiningsystem som er gnostiske (kombinerer

tru med ein viss empiri) er også kjenneteikna ved å vere informasjonsmessig lukka og sjølvreproduserande. Sentrale dogme vil ha heilag karakter. I praksis tyder det at ein ikkje utfordrar eller kommuniserer med desse. Som «kart» vil slike system vere relativt upåvirka av terrenget. Eit empirisk døme frå sosialpsykologien på desse mekanismene er Festinger (1956) og medarbeidarar sin berømte feltstudie av ei religiøs gruppe som hadde datofesta jordas undergang. Når dette ikkje skjedde som venta, vart ikkje trua svekt hos dei aktive, men hendinga omtolka til å styrke trua. Det var deira sterke tru som hadde gitt utsetjing denne gongen. At ei overbevist tru på magiske samanhengar ikkje utan vidare let seg svekke av empiri som provar at den ikkje held, har den amerikanske skeptikar og tryllekunstnar James Randi formidla mange demonstrative døme på (Randi, 1994).

Gnostiske system vil i stor grad selektare sin eigen «empiri» på eit vis som ikkje utfordrar dogma. Dette kan skje både gjennom rekruttering av pasientar som identifiserer seg med dogma sitt meiningsunivers, og ved at behandlingshistorier som kan tene som overbevisande empiri vert selektert og tilpassa. Alver og Selberg (1990) har i sin analyse av handspåleggjarane Andreas og Marta vist korleis slike historier om læking fungerer som ein del av «marknadsføringa», og at denne marknadsføringa fungerer best innan krinsar som vedkjenner seg dei sentrale dogma. Lækjehistorier er hovudstrategien i marknadsføringa også for den veksande helsekostverksemda, også velvillig formidla gjennom vekepressa. Men kasuset, pasienthistoriene, har også spela ei viktig rolle i system som høyrer den profesjonelle sektoren til. Psykoanalysen og Freud sitt litterære verk byggjer i stor grad på kasushistorier og analysar av desse. I ettertid er det liten tvil om at dette ikkje er referat frå ei empirisk verd, men vel så mykje Freud sine konstruerte forteljingar, forteljingar som vert skapt av teori meir enn dei er empiri som stadfestar ein teori (sjå nærare om dette i kapittel 22).

Sjølv om ein frå ein vitskapleg synsstad kan påvise at det er tale om «falsk røyndom» - at kartet ikkje stemmer med terrenget - røkkar ikkje det ved placebopotensialet til slike system. Om ikkje andre verknader, kan i alle høve

denne attribuerast slik at den stadfestar effektivitet. No kan ikkje vitskapen seie seg fri frå gnostiske og dogmatiske element. Som historisk prosjekt høyrer det likevel til vitskapen sitt imperativ at ein skal selektere sine epistemologiske feil og omformulere sine kart i samsvar med gransking av «terrenget». Men ideal og imperativ er ei sak. I vår kultur er vitskap ikkje berre det som kvar einskild vitskapsmann og -kvinne etter beste evne og age for vitskapsideala utøver. Vitskapen har på mange område overteke religionen sin plass som «grenseregulator» og vernar av den kulturelle orden. Vitskapen er ikkje berre institusjonell i seg sjølv, men samstundes ein del av den institusjonelle orden.

Vårt offisielle helseomsorgssystem er legitimert gjennom tilknytning til vitskapen, representert ved dei fag som har vitskapleg legitimitet og som dei ulike profesjonane finn legitimitet gjennom. Skal eit fag eller eit meiningssystem verte inkludert i dette helseomsorgssystemet, må det med andre ord skaffe seg vitskapleg legitimitet. Men det at eit meiningssystem har denne legitimiteten, er på ingen måte tilstrekkeleg for ei slutning om at *all* praksis som vert utøvd innan systemet er basert på vitskap. At vitskapsbasert praksis høyrer til intensjonsplanet, er ikkje det same som at *all* praksis er i samsvar med vitskapleg dokumentasjon. Helsesosiologen Borgenhammar (1994) hevdar at verksemda ved dei somatiske sjukehusa berre har vitskapleg grunngeving for omlag ti prosent av praksisen sin. Helseomsorgssystemet er eit sosialt system - og som sosialt system kan det ha ein adaptiv funksjon som er samfunnsmessig og kulturell. Eit døme. Psykiatri er eit fag som har vitskapsstatus som medisinsk disiplin. Utan å diskutere vitskapsnivået i dette faget, må vi skilje mellom faget og psykiatri som ein institusjonalisert og strukturert praksis. Det er faget som legitimerer denne praksisen, men samstundes vil svært mykje av det som går føre seg vere ei normativ verksemd som ein ikkje kan legitimere ved vitskapleg dokumentasjon, sjølv om ein ikler handlingane ein vitskapleg språkbruk. På den andre sida fungerer dette systemet kulturelt adaptivt gjennom å utøve sosial kontroll, regulering av grenser og spenning mellom fornuft og ufornuft, galskap og normalitet, orden og uorden, meining og meiningsløyse.

Vitskapen sin overordna status i vår kultur har fleire funksjonar.

Behandlingsideologiar og behandlingssystem som har ein gnostisk tradisjon søker i større grad enn før å utvikle ei vitskapleg legitimering. Innan det ueinsarta området «alternativ medisin» ser det ut til å vere ein slik trend. Dette kan ein gjere ved å ikle seg ein vitskapleg språkbruk, selektare ut vitskaplege data som *kan* tene legitimeringa samstundes som det motsette vert fortrent - og endeleg legge opp til granskingar som tilsynelatande er vitskaplege, men som sviktar på avgjerande metodiske og analytiske punkt. Pseudovitskap er i slike høve ein dekkjande karakteristikkk.

Det eg her har omtala som adaptive effektar er altså ikkje det same som dokumentert effekt utifrå vitskaplege kriterium. I spenningsfeltet mellom skulemedisin og alternativ medisin er dette eit sentralt tema. Det er likevel meir komplisert enn det i fyrste omgang kan sjå ut som. At ein behandlingsmetode stettar vitskapskrav vil i praksis innebere følgjande. For det første må det ligge føre empirisk dokumentasjon med basis i vitskaplege dokumentasjonsreglar som dobbel blind kontroll av placebo, tilfeldige utval og representativitet. Sjølv om slik dokumentasjon er nødvendig, er ikkje det alltid tilstrekkeleg. Ein må samstundes kunne forklare *kvifor* - anten ved ein teori som har eit empirisk underlag, eller i det minste ein teori som er sannsynleg i lys av andre teoriar eller annan empiri innan vitskapen. I det minste må teorien ligge innanfor vitskapen si omgrepsverd<sup>1</sup>.

## Alternativ medisin

---

<sup>1</sup> Døme. Ein norsk psykolog som praktiserer det han kallar «regresjonsterapi» måtte forlate stilling si innan det offentlege helsevesenet dersom han ville halde fram med denne terapiforma. Slik han har framstilt og demonstrert denne behandlinga i eit fjernsynsprogram, er det tale om aldersregresjon gjennom hypnose for å framkalle emosjonell katarsis. Terapeuten framstår som nær og empatisk. Det han gjer er lite sensasjonelt. Mange andre terapeutar gjer det same - og behandlinga er truleg korkje meir eller mindre effektivt enn andre former. Det spesielle er at terapeuten fortolkar innhaldet i ein del klientar si regresjonsrapportering som regresjon til tidligare liv, eller ein førkroppssleg sjeleleg tilstand. Ein slik teori har ingen legitimitet innan vitskapen. Om

Mesteparten av det som presenterer seg som alternativ medisin stettar ikkje nemnde vitenskapkrav<sup>2</sup>. Av dette vil ein lett kunne konkludere at det dreier seg om verknadslaus humbug og kvakksalveri. Det er ikkje vanskeleg å kunne finne døme på det, men hovudpoenget er at vi ikkje kan sette likskapsteikn mellom det at der ikkje ligg føre ein vitenskapleg dokumentert effekt og «utan verknad». Det vil også vere ein grov vitenskapleg arroganse å avvise som innbilling all personleg rapportering om læking gjennom alternativ medisin. Men, når til dømes Vigdis Christie (1991) i ei gransking basert på 120 informantar viser at i overkant av 90 prosent rapporterer å ha blitt betre eller heilt bra som fylgje av alternativ medisinsk behandling, har dette ingen vitenskapleg verdi i høve til nemnde kriterium. På den andre sida er det likevel eit interessant datum som må fortolkast og ikkje avvist som uinteressant. Om ein i det minste ser resultatet som grunnlag for ein hypotese om at alternativ medisin *kan* ha eit potensiale for verknad, gir Christie sin rapport ein del interessante innfallsvinklar til hypotesar om kva dette potensialet består i, og kva som er føresetnadene for at det vert realisert. Ei side av saka gjeld seleksjon og rekruttering til slik behandling - *kven*, med *kva* slags sjukdomar, og *når* i sjukdomsprosessen ein oppsøker slik behandling. Sjølv om dette truleg er særskilte viktige uavhengige variablar, skal eg la dei ligge. Derimot er det grunn til å poengtere den store positive vekta desse pasientane legg på sjølve relasjonstilhøvet til behandlaren. Det gjeld opplevinga av å ha blitt tekne på alvor, respektert, blitt lytta til, og at behandlaren tok seg god tid til samtale. Mange alternative behandlingsopplegg er i seg sjølv tidkrevjande og føreset omfattande samhandling og kommunikasjon mellom behandlar og pasient<sup>3</sup>. Det at ein legg vekt på både omfanget av, og kvaliteten i dette relasjonstilhøvet samanlikna med skulemedisinen, er eit gjennomgåande poeng i mange andre vurderingar og granskingar av alternativ medisin (t.d. Avina og Schneiderman, 1978; Lærum et al. 1985; Taylor, 1984; Alver og Selberg, 1985). Alt dette er

---

det no var religionen og ikkje vitenskapen som var grunnlaget for legitimitet i psykiatrien, måtte terapeuten sin teori truleg akseptast som innafor.

<sup>2</sup> Dette er ein konklusjon som sjølvstøtt kan nyansast. Eg baserer den på ein gjennomgang av sentral litteratur på området. Sidan resonnementet her er det avgjerande vel eg ikkje å gå konkret inn i denne dokumentasjonen.

gode vilkår for kommunikatív verknad, ein terapi som stimulerer pasienten sine egne lækjekrefter. At terapeuten har ein annan teori er, som vi har sett, ikkje avgjerande for verknaden.

Som eg har omtala tidlegare er det ein vesentleg dimensjon ved skulemedisinen sitt vitenskapkrav at ein kan dokumentere at verknaden på ein kategori tilstandar skuldast metoden, og ikkje andre faktorar som eigenskapar ved personen som utfører han eller eigenskapar ved pasienten som ikkje har med tilstanden å gjere. Med andre ord kjemoterapien sitt ideal om kontekstuavhengig verknad. No er placebofenomenet i medisinen det beste prøvet på at behandling i praksis sjeldan er kontekstfri. I alternativ medisin er potensialet for verknad truleg heilt avgjerande knytt til kontekst, sjølv om vi ikkje ser bort frå at det i slike behandlingsopplegg også kan vere element som isolert sett har ein substansiell effekt (urter, vitamin, massasje etc.). I slike høve kan det likevel vere tale om marginale effektar som ikkje åleine kan kvittere for effekt.

Om mange av behandlingsopplegga innan alternativ medisin har eit kontekstavhengig potensiale for verknad, kunne vi for så vidt klassifisere dei som placebo. Dermed har vi gitt dei ein uvitenskapleg og marginal status. Men vi kunne like gjerne ha kalla slik behandling psykoterapeutisk i ei allmenn tyding av omgrepet, eller kvifor ikkje lækjekunst? Om ein i hippokratisk ånd i alle fall ikkje gjer skade, er problemet difor ikkje kva mange alternative behandlarar gjer, men korleis dei forklarar det dei gjer. Lækjekunst er som anna kunst ikkje lett å gjere greie for, men det handlar om behandling gjennom *form* - ein formar ein kontekst som fremmer dei sjølvlækjande prosessane<sup>4</sup>. Når ein slik behandlingseffekt vert attribuert til eit fokusert element i behandlinga, svarar det til forveksling av tekst med kontekst - eller som vi såg i analysen av placebo, at vi ikkje skil mellom pillen som substans (energi) og pillen som symbol (informasjon). Medan skulemedisinen vert skulda for berre å behandle

---

<sup>3</sup> I ein europaråd rapport om alternativ medisin (ref. i Jones, 1987) vert det vist til granskningar som viser at ein i denne medisinen i gjennomsnitt har ei konsultasjonstid åtte gonger lenger enn ein vanleg lege.

<sup>4</sup> Implikasjon: slik behandling kan følgeleg ikkje lækje anna enn det som kroppen alt i utgangspunktet *kan* lækje. Det som lækjer er alt *i* pasienten - det kjem ikkje *frå* behandlaren. Det som kjem frå behandlaren er det som triggjar det som lækjer.

sjukdomar og ikkje sjuke menneske, kunne vi motsett seie at behandling som dette ikkje behandlar sjukdomar, berre sjuke menneske.

### **Å lage seg teoriar**

Å tolke behandlingseffektar i tydinga å attribuere ei årsak til ein verknad, er komplisert i vitskapen så vel som for det einskilde individet - anten vi har rolla som behandlar eller pasient. At vi likevel insisterer på å lage teoriar er vitnemål om vår trang til meining, og er glimrande illustrert av sosialpsykologen Alex Bavelas.<sup>5</sup> Han forska på korleis folk konstruerte teoriar og utstyrte forsøkspersonane sine med eit panel med mange knappar og ei lampe. Dei vart fortalt at dette var ein test på tidsbruk, og oppgåva var å finne ut kva knappar ein måtte trykke på for å kunne slå på lampen. Forsøkspersonane starta først med å trykke vilkårlig på knappane, deretter meir og meir etter eit mønster. Etter ei stund ville dei presentere eit fast mønster og forklare at for å kunne slå på lyset måtte ein til dømes først trykke på knappen oppe til høgre, deretter nedst til venstre, den i midten to gonger og til slutt den tredje siste - då ville lyset slå seg på. Som så mange eksperiment i sosialpsykologien var dette juks og fanteri. Bavelas hadde ordna det slik at lyset slo seg på kvart 20 sekund heilt uavhengig av knappane forsøkspersonane trykte på. Dei levde altså i ein illusjon om at handlingane deira kunne skape ei hending som i realiteten oppstod uavhengig av kva dei gjorde. Bavelas fortalde forsøkspersonane dette etterpå. Ein god del av dei nekta å tru på at handlingane deira ikkje påverka utfallet, og seier Bavelas, dess høgre akademisk status og dess meir vitskapleg bakgrunn, dess meir insisterte dei på teoriene sine.

I eit anna eksperiment studerte Bavelas teoribygging. Han fortalde forsøkspersonane at han ville dei skulle prøve å utvikle ein teori på eit område der dei ikkje på førehand hadde kunnskapar. Han viste dei bilete av celler og fortalde dei at nokre av desse cellene var sjuke og andre friske. Oppgåva var å studere cellene og prøve å finne ut kva som var kva. Sidan forsøkspersonane

---

<sup>5</sup> Eg har ikkje lukkast i å finne originalreferanse til desse studiane. Dei er omtala her slik dei er referert i Haley (1987, s. 20).



ikkje visste noko om sjuke og friske celler vart dette for dei rein tipping, og Bavelas sa frå om at han ville fortelje dei når dei tippa rett eller gale. No var det heile ordna slik at cellene dei studerte var eit tilfeldig utval der ingen var spesielt friske eller sjuke. I tillegg følgde Bavelas eit program der forsøkspersonen vart fortald at han hadde rett i 60 prosent og feil i 40 prosent av tilfella, heilt uavhengig av kva forsøkspersonen svara. Forsøkspersonen såg på cellene, gjorde ei gjetting, såg på ei anna, gjorde ei gjetting - og etterkvart byrja han å utvikle ein teori. Til dømes kunne han hevde at ei sjuk celle hadde eit lite mørkare område som den friske ikkje hadde. Sidan han vart fortalt at han hadde rett i 60 prosent av tilfella, ville han fort finne ut at dette ikkje var tilstrekkelege vilkår og byrje å utvikle fleire vilkår; til dømes både eit mørkt område og ein detalj ved forma. Igjen ville dette vise seg ikkje å vere tilstrekkeleg sidan ein ville ha feil i 40 prosent av tilfella, og ettersom han studerte cellene måtte han utvikle meir komplekse teoriar for kva som kunne skilje mellom sjuke og friske celler. Når den første forsøkspersonen var ferdig, ba Bavelas han skrive ned teorien sin om skilnaden på friske og sjuke celler. Neste forsøksperson fekk deretter denne skriftlege teorien, og vart fortalt at ein tidlegare forsøksperson hadde kome fram til han. Og, om den nye ville, kunne han ta utgangspunkt i han om han fann den nyttig, og eventuelt korrigere den om det viste seg nødvendig. Den nye forsøkspersonen ville studere teorien, sjå på cellebiletta og kome med framlegg. Sidan han også ville «ta feil» i 40 prosent av tilfella ville han knytte til nye vilkår og utvikle ein meir kompleks teori som vart skriven ned og overlevert til tredje generasjon, osv. Når Bavelas etter denne prosedyren var komen til fjerde generasjon, var det typisk at forsøkspersonen ville studere den etterkvart ganske komplekse teorien og etter kort tid forkaste den, legge den til sides og byrje med blanke ark - gjere sine egne gjettingar og utvikle egne idear, som så vart overlevert til neste, osv. Det Bavelas fann var eit mønster i form av ei sinuskurve. Teoriane ville gjennom bruk utvikle ein auka kompleksitet over generasjonar inntil dei «braut saman», vart avviste, og det oppstod nye teoriar.

Har Bavelas «avslørt» eit mønster i måten vi skaper meining på? Om vi i det minste lar dette vere eit hypotetisk utgangspunkt og legg til det som

placeboforskinga viser, at pasientar kan verte betre heilt uavhengig av kva terapeuten gjer om lag i same omfang som Bavelas sine forsøkspersonar, vil det samstundes vere same sannsyn for at behandlaren får stadfesta sine hypotesar om kva som verkar. Han vil utvikle sin teori, fortelje og kan hende skrive om den, sette andre i gang med å prøve metoden, som vil, i 60 prosent av tilfella oppleve at den verkar. Men, også fordi den ikkje verkar (i 40 prosent av tilfella) utvide og gjere teorien meir kompleks. Inntil ein eller anna ung behandlar gjer opprør og startar på nytt. Som vi seinare skal sjå er det innan psykoterapien no vel 400 ulike terapiformer. Vi står altså overfor den mulege forklaringa at desse teoriane er basert på endringar som går føre seg spontant og tilfeldig, heilt uavhengig av våre terapeutiske intervensjonar. Ettersom vi haustar erfaring, driv forsking og utviklar teoriar, vil vi tru at vi akkumulerer kunnskap og stadig gjer teoriane og modellane våre betre, medan det einaste som skjer er at dei berre utviklar sin eigen kompleksitet for å kunne korrigere for eigne feil.

At både teorikonstruksjonar og magiske tolkingar i stor flora kan springe ut av eit så vitalt livsområde som sjukdom og læking bør vi difor ta som eit utgangspunkt. Det finst i praksis ingen sikker måte å skilje mellom læking som behandlingseffekt og som placebo eller spontan betring. For å illustrere kompleksiteten kan vi for reint analytiske føremål tenkjer oss at følgjande dimensjonar er vesentlege. For det første er det informasjon om effekt som kan vere bygd på pasienten si subjektive oppleving (illness) eller på observasjonar/målingar av reell effekt (disease)<sup>6</sup>, dernest kva årsak som er relevant å attribuere effektane til. Desse dimensjonane og aktuelle utfall kan vi sette opp slik:

|                          |             |         |           |
|--------------------------|-------------|---------|-----------|
| <i>Opplevd effekt:</i>   | Positiv     | Negativ | Ingen     |
| <i>Reell effekt:</i>     | Positiv     | Negativ | Ingen     |
| <i>Attribuert årsak:</i> | Behandlinga | Placebo | Tilfeldig |

Dette gir i prinsippet 27 ulike kombinasjonar eller typar tolkingar. I vitenskapleg

praksis vil målet alltid vere at ein ved utfallet positiv reell effekt kan kontrollere for andre slutningar enn attribuering til behandlinga. Men medisinsk praksis har ikkje eit vitskapleg, men eit pragmatisk føremål: å lækje. Frå attribusjonsteori (Jones og Davis, 1965) kan vi generalisere at effektar som er i samsvar med aktøren sin intensjon lettare (enn andre effektar) vil bli attribuert til den handlinga som er iverksett på grunnlag av intensjonen. Slik vil effektar som det er læking i, uavhengig av den reelle mekanismen, tene som informasjon om behandlinga. Den vil med andre ord fungere som feedback i det rekursive tilhøvet mellom (be)handling og det meiningsssystemet som koordinerer (be)handlinga. Ei behandling som lækjer har difor to adaptive andlet: den individuelle adaptasjonen som sjølve lækinga er, og adaptivt bidrag til behandlinga som meiningsssystem. Spissformulert kan ein sei at ein terapeutisk effekt er terapi både for pasienten og for terapien.

Legg vi til ein tidsdimensjon og ser på utvikling av behandling som ein sosial prosess, kan vi tenkje oss eit utgangspunkt der behandlaren meir eller mindre tilfeldig prøver ei behandling X og observerer ein positiv reell effekt. Sjølv om effekten ikkje treng vere kausalrelatert til behandlinga, men kan skuldast tilstanden sitt naturlege forløp (tilfeldig)<sup>7</sup>, vil behandlaren attribuere til behandlinga. Dette vil gi behandlaren tillit til X og auke sjansane for seinare bruk av X. Sannsynet for at seinare bruk av X vil falle saman med ein situasjon med utfall som ovanfor er liten, og X vil eventuelt kunne verte forkasta. Men, må vi legge til, den menneskelege hjernen er ein lite objektiv statistikar. Er ønsket om å ha funne ein kur sterkt og behandlaren sitt behov for tillit til X dermed stort, vil sjansane også auke for at manglande effektar av X vert attribuert til andre og tilfeldige årsaker - årsaker som ikkje svekker trua på at X *kan* virke. Forventning, som kognitiv hypotese, vil alltid ha ei retning som aukar sjansane for å selektare empiri som kan stadfeste hypotesen og forventninga. Har behandlaren på dette viset investert tillit i X, har X samstundes fått auka sitt potensiale for å kunne virke som placebo. Dermed kan det som i utgangspunktet var ein tilfeldig relasjon mellom effekt og behandling

---

<sup>6</sup> Distinksjonen disease versus illness er grundig drøfta i kapittel 16.

<sup>7</sup> Det kan her vere tale om den statistiske regresjonseffekten som er omtala nærare i kap. 24.

ha skapt ei behandling med potensiale som placebo, og dermed auke sjansane for at X vert selektert inn i behandlingsrepertoaret. Sjansane for dette vil også auke om X er ein metode som er kongruent med aktuell sjukdomsteori i det medisinske systemet.

Historisk og antropologisk kan det lagast nærast ei uendeleg liste over tiltak ein har nytta overfor sjukdom. Det kan synest umuleg å skulle forklare oppkome av desse einskildvis. Resonnementet ovanfor kan vere eit utgangspunkt til å skjøne ein del av dei mekanismane som gjer seg gjeldande. No må vi samstundes legge til som ein viktig føresetnad at sjukdom verker motiverande for å gjere noko, nærast uansett. Overfor den trusselen som sjukdom representerer, er terskelen for dei fleste lågare enn elles for å prøve det meste. Modellen kan vere tilstrekkeleg til å skjøne etablering av folkemedisinsk praksis og utvikling og vedlikehald av gnostiske medisinske system. Det vi i dag kallar vitskapleg medisin kan ikkje rivast laus frå ein slik historisk bakgrunn. Men, vi må samstundes skilje mellom medisin som eit vitskapsbasert meiningsystem og den einskilde aktøren sin medisinske praksis innan dette systemet. Det vil neppe vere rett å hevde at analysen er irrelevant overfor vitskapsbasert medisinsk praksis. Den er berre ikkje tilstrekkeleg. Vitskapen representerer eit tillegg. Eit tillegg som er grunnleggjande i eit sett av epistemologiske reglar, reglar for når noko er kunnskap. Vitskapen vil såleis tene som eit selektivt filter i den rekursive prosessen mellom erfaring og handling. Den medisinske vitskapen har ikkje erstatta folkemedisinen. Historisk vil det vere rettare å seie at den har utvikla seg *frå* den som ein selektiv prosess retta mot å redusere sjansane for andre forklaringar enn dei som gjeld ein kausal relasjon mellom behandling og resultat.

### **Gul feber**

La meg prøve resonnement på eit konkret historisk døme. Vi er i Philadelphia. Året er 1873. Byen har raskt blitt overfolka med stor tilstrøyming av immigrantar frå slaveopprøret i St. Domingo. Også ein «ubeden» gjest. Ein svært smittsam virussjukdom - gul feber - breier seg fort i dei varme augustdagane. Symptoma skræmer, lidingane er store og mange døyr. Det

oppstår panikk, evakuering og flukt frå byen. Ein del modige legar vert igjen for å kjempe mot sjukdomen og ta seg av dei som ikkje er i stand til å evakuere. Mellom dei er vår mann, dr. Benjamin Rush, utdanna frå Edinburg, høgt respektert og medunderteiknar av fridomserklæringa. Legane er rådville. Kunnskapen om mikrobar og infeksjonar er enno ikkje tilgjengeleg. Like eins veit ein lite om mekanismar for smittespreiing. Dr. Rush er fortvila og lid under si manglande evne til å hjelpe pasientane sine. Han søker desperat i tilgjengeleg litteratur, på jakt etter ein lovande kur. Han festar seg ved ein rapport av John Mitchell som i Virginia, eit halvt hundreår tidlegare, hadde behandla gul feber med sterke avføringsmiddel for å reinske mage-tarm systemet for gallevæske. Rush, og dei andre legane, hadde nytta milde styrkjande vesker, moderat årelating og kalde bad. Ikkje noko av dette hadde hatt synleg effekt. Rush blir no fascinert av tanken på at den rådande legepraksisen er for forsiktig og konservativ, og at dette stenger for å prøve radikale metodar i kampen mot sjukdomen. Han har likevel sterke motførestellingar til ein slik drastisk metode. Det byr seg likevel eit høve då han kjem over ein mann som er døyande - utan håp om å kunne overleve. Rush føreskriv eit kraftig avføringsmiddel, og pasienten kjem seg som ved eit mirakel. Rush behandlar fleire pasientar på liknande vis, og då fleire av desse også viser betring, er Rush overtydd om at han har funne ein effektiv kur. Han føreskriv no det sterkaste avføringsmiddelet han kjenner, ei blanding av kamomel (kvikksølvklorid) og jalaprot, saman med kraftig årelating. Det går no rykte om Rush si behandling. Pasientar står fram og vitnar suksessen. I løpet av den følgjande månaden er han folkehelt og tilstrøyminga av pasientar er uoverkomeleg. Sidan han ikkje kan nå over alle, publiserer han metoden sin i *Federal Advertiser* med von om at folk kan nytte den for å kurere seg sjølve. Før epidemien er over har den kravd i overkant av 4000 offer. Rush skriv *An Account of the Biliious Yellow Fever of 1873*. Der hevdar han at mange kunne ha vorte redda hadde legestanden vore mindre inkompetent og meir villig til å praktisere metoden hans. Han var overtydd om at den var effektiv<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Historia om denne epidemien og Rush si rolle er tilgjengeleg gjennom hans eige skrift «*An Account of the Biliious Yellow Fever of 1873*». Ei historisk analyse av Philadelphia-epidemien er også tilgjengeleg i Powell, J. H.: (1949): *Bring Out Your Dead*. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press. Denne presentasjonen er basert på Reuter (1986).

I ettertid er det ingen tvil om at Rush sin metode ikkje kunne ha nokon positiv verknad. Tvert imot ville den kunne vere skadeleg. Kalomel inneheld kvikksølv, som er sterkt toksisk. Årelating var basert på den feilaktige oppfatninga at kroppen inneheldt dobbelt så mykje blod som den vitterleg gjer. Gjenteke årelating etter Rush si forordning ville kunne gje større blodtap enn der er blod i kroppen! Korleis skal vi i ettertid skjønne denne historia? Vi kan prøve den mot det generelle resonnement ovanfor. Utgangspunktet er ein kritisk og desperat situasjon prega av fortvilning og resignasjon. I ein slik situasjon har håpet høg kurs, og sjølv tvilsame råd bør få ein sjanse. Rush sin fyrste pasient, er hypotesen, er i ein fase der sjukdomen kuliminerer - hans eige immunsystem er i ferd med å gå sigrande ut. Rush fortolkar som om effekten er kausalrelatert til behandlinga, medan det eigentleg er tale om ein tilfeldig samanheng. Når nauda er stor vert håp lett tent. Håpet *er* tent, og Rush let det flamme. Rush blir skjeringspunktet for folket sitt håp om redning - mirakelmannen med mirakelkuren. Ingen objektiv empiri er tilgjengeleg. Vi veit ikkje om Rush sine behandlingsresultat reelt sett var betre enn tilfeldig. Om så var, ville nemnde hypotese halde også i framhaldet i det vi føreset at håpet selekterer sin eigen empiri. Om Rush står til truande, at resultatet var betre enn tilfeldig, er ein placebohypotese relevant. *Håp* er den assistansen til immunsystemet som for einskilde vert tilstrekkeleg for at sjølvlekinga sigrar. Håpet er skilnaden som skaper ein skilnad.

### **System og praksis**

Det meiningssystemet som utviklar seg innan ein kulturell samanheng om sjukdom og læking, må vi ikkje oppfatte som ein abstraksjon som på eitkvart tidspunkt kan gjerast eksplisitt. Det er tale om eit dialektisk tilhøve der praksis utviklar meiningssystem og meiningssystem utviklar praksis. Dette er ein kybernetisk (sirkulær) prosess. Spør vi etter dominans, årsak og verknad, er vi alt fanga i ein lineær epistemologi som fører oss på avvegar. Eksplisering av eit meiningssystem føreset medvit om dette. Når til dømes antropologen gjer greie for det medisinske meiningssystemet i ein ikkje-litterær kultur, er det antropologen sitt medvit og posisjon som «outsider» som gjer dette muleg. Dette tyder ikkje at dei som er innafor meiningssystemet («innsider») treng vere

reflektert medvitne det dei er på innsida av. Å vere *i* språket, i meiningssystema, er å vere i tillit - å ta noko for gitt.

Eksplikering av eit medisinsk meiningssystem føreset ein utviklingsprosess, og eit visst utviklingsnivå - til dømes reproduksjon gjennom skriftkultur, differensiering av roller og former for sosialisering/utdanning til rollene. Meiningssystem og praksis utgjer integrerte delar av det vi kan kalle eit medisinsk system. I omgrepet inkluderer eg med andre ord dei sosiale formene som utviklar seg. I den grad desse vert stabile mønster for handling, inneber det sosial strukturering av det medisinske systemet, og institusjonalisering av behandling. Utifrå generell systemteoretisk tenking om prosessar, er det tale om adaptasjon som ein kontinuerleg prosess på fleire nivå samstundes, der vedlikehald og homeostase berre er eitt aspekt i ein prosess som samstundes korrigerer, skaper endring og nye former. Det negentropiske ved opne, levande system er ei tendering mot aukande differensiering og dermed auka kompleksitet i systemet si organisering; noko som også kan etablere grenser og opphav til relativt autonome subsystem. Ser vi på medisinske system i eit slikt perspektiv, kan vi som ytterpunkt på den eine sida tenkje oss det relativt udifferensiert sjamanistisk behandlingssystemet. I dei fleste samanhengar utgjer sjamanen ei samansett rolle der «lækjaren» ikkje er differensiert frå rolla som lærd og religiøs leiar, og meiningssystemet kring sjukdom er relativt udifferensiert og samanfallande med den generelle åskoding av verda. På den andre sida finn vi vårt moderne vestlege helsevesen, utvikla på den lange vegen som har skapt det vestlege epistemet, vitskapen og teknologien - i dag differensiert og spesialisert i eit utal av fag, disiplinær og profesjonar. Desse høgst ulike kulturelle adaptasjonane er sjølv sagt ikkje tilfeldige prosessar, men dei er heller ikkje rasjonelle. Rett nok kan vi i ettertid legge til rasjonalitet, og for gitte periodar og hendingar kan det vere rett nok. Men all adaptasjon er overordna ein arasjonell prosess, ei historisk og individuell drift mot funksjonell balanse innan creatura som medium<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Vi kan med Bateson (1979) kalle det ein stokastisk prosess - dvs. samvirke mellom determinerte og tilfeldige faktorar. Bateson oppfattar evolusjonen som ein stokastisk prosess, og ser sosial og kulturell evolusjon som ein homolog prosess.

## Kapittel 16

### SJUKDOM - INDIVIDUELL ADAPTASJON

Den kulturelle adaptasjonen har vore perspektivet til no. Det er den lange forteljninga om kollektiv meistring, det diakrone perspektivet om korleis meiningsystem om sjukdom og læking vert skapt og utviklar seg. Men det er individ som er sjuke. Legen behandlar heller ikkje kulturen, og pasienten møter alltid ein person når han søker sin lege. Men, når vi no skiftar perspektiv til det individuelle og synkrone, må vi ha i mente dette poenget: den individuelle adaptasjonen ved sjukdom, den korte forteljninga, er alltid innan den lange forteljninga, den kulturelle - som tekst i kontekst. Når lækjar og pasient møtest, har dei på eit vis alt møtt kvarandre fordi møtet alt er strukturert i den kulturelle samanhengen som gjer møtet muleg.

#### Observatørposisjonar

Det synkrone perspektivet, individet sin sjukdom, sjukdomsoppleving og sjukdomsatferd, er det relevante nivået for den «kliniske røyndomen». Ein behandlar er nødvendigvis alltid i ein utvendig posisjon i høve til den sjuke. Kva ein legg vekt på «som utvendig» kan likevel vere ulikt, og ein kan difor i prinsippet tale om to ulike, men på ingen måte ekskluderande posisjonar. Ein kan legge avgjerande vekt på det som let seg observere som datum uavhengig av pasienten som fortolkande system. Det som på ulikt vis let seg måle og registrere, samt rapport om faktiske hendingar ved pasienten som «having a body» vil dermed vere det viktigaste. Ein slik posisjon kan vi kalle *objektivering*, og den fell saman med det ein tradisjonelt har oppfatta som å vere vitenskapleg. Men observatøren kan også legge til grunn at for pasienten er «being a body» det vesentlege, og ha som mål å gjere seg mest muleg



«innvendig» i høve til pasienten si oppleving og måte å fortolke på. Han må setje sine evner inn på å få pasienten i tale slik at pasienten sine opplevingar og måte å tolke på kan gjerast til data, til delt røyndom. Vi kan kalle denne posisjonen subjektivering. Det er ikkje lenger observasjonen, men kommunikasjonen som då vert viktig. Det er klinikaren sin evne til empati og innleving meir enn det kjølige blikket som er verktøyet.

Eg har tidlegare, rett nok med andre termar, argumentert for at ein god behandlar må kunne innta begge posisjonane. Det er likevel dei einskilde tilfella som avgjer *når* og på kva måte dei ulike posisjonane er relevante. Sjølv om mange så langt vil kunne finne eit synspunkt som dette uproblematisk, er det i røynda på ingen måte slik. Den objektiviserande posisjonen har hegemoni og er sjølvinnlysande i vitskapleg medisin. Vi vil vel alle ha kjent at smerte i høg grad er «being a body», men pasienten sin subjektivitet har her først og fremst relevans i den grad den er ein god rapportør frå lekamen som objekt, «having a body». Når granskinga av lekamen ikkje samsvarar med opplevinga av lekamen, er det mest sannsynleg at granskinga har forrang. Ikkje få smertepasientar har opplevd dette, at deira eiga oppleving vert verdiløus. Den kroppen som pasienten røyner, og kroppen som legen behandlar, er sjeldan den same. Smerte er noko vi *har*, er språkbruken, og då må vi ha den ein viss stad.

### **Sjukdom som forhandling**

Spørsmålet gjeld tilhøvet mellom den sjuke kroppen og den sjuke personen. Det er ein variant av *pleroma versus creatura*, ein dikotomi det biosemantisk perspektivet freistar bygge bru over. Som lekfolk vil vi gjerne tru at grensene mellom sjuk og frisk er klare og tydelege, og at ein kan identifisere sjukdom gjennom objektive kjenneteikn. Vitskapen har gitt oss førestellingar om at det er slik, og vitskapen trur vi på. Men slik er det ikkje. «Sjukdom» er like mykje ein sosial som ein medisinsk kategori, og kan hende sosial før den kan bli medisinsk. Spissformulert kan ein seie at sjukdom er ei «forhandlingssak». Forhandlingane kan gjelde individet i høve til seg sjølv, den sosiale omgjevnaden, arbeidsgjevaren, eller legen og helsevesenet. Mest tydeleg kjem forhandlingsaspektet til uttrykk i høve til trygdevesenet, og overfor

forsikringsselskap når det er aktuelt. Pasientforeiningar oppstår gjerne kring kampen om å få legitimitet for sjukdomar. Fibrositt/fibromyalgi er døme på slike forhandlingar i nyare tid, nakkesleng eit anna - og om alkoholisme skal omtalast som sjukdom eller moral, er ei stendig tilbakevendande forhandlingssak.

På den samfunnsmessige arenaen er det dei «greie» sjukdomane og skadane som lettast vinn fram. Greie sjukdomar er kjenneteikna av at det ligg føre objektive teikn (synlege, eller gjort synlege gjennom medisinsk teknologi) på strukturelle og/eller funksjonelle avvik, teikn som på ein grei måte stemmer overeins med ein diagnostisk kategori i det medisinske systemet. Greiast er det når ein slik diagnose kan etablerast med minimum av subjektivitet frå lege og pasient, og impliserer ei kausal årsakskjede utan ansvar frå pasienten si side. Alle andre typar sjukdomar er mindre greie, og minst greie er dei psykiske, for her er alle teikn subjektive og ingen pasientar passar på ein grei måte inn i systemet sine diagnostiske kategoriar. I høve til trygdesystemet er dette ei stor og veksande gruppe. Ein av grunnane kan vere at dei mildare formene er gode forhandlingsløysingar når dei objektive indikasjonane er sparsame, sjølv om pasienten gir uttrykk for lidning og reint faktisk fungerer dårleg. Det er i dette området for ugreie sjukdomar vi finn «den tause majoritet» av helsevesenet sitt publikum. Det er smerter, vondter og plager - ofte med samansette og litt diffuse symptom, kroniske og lite kurable med spesifikke inngrep. Dei objektive indikasjonane og legen si vurdering samsvarar ofte dårleg med funksjonsnivå og rapportert lidning. Ingen av helsevesenet sine soldatar og generalar vert heltar i kampen for desse sjukdomsgruppene. Det er blant desse, om ein del granskingar står til truande (m.a. Christie, 1991), at ein finn den alternative medisinen si største kundegruppe. Dei kjem dit etter lange opphald i mange legeventerom og sjukehuskorridorar.

### **Sjukdom som sosial kategori**

Kroppen er både objekt og subjekt. Oppleving både av kroppen sine gleder og plager kan ikkje formidlast utan gjennom fortolking. Det er skilnad mellom min smerte og det du kan få vite om den, og det er skilnad mellom å oppleve

orgasme og å formidle opplevinga. All fortolking er ei kulturell handling. Sjølv når den enkelte berre nyttar kategorien «sjukdom» som tolking av opplevd kropp; er det ei sosial handling, ei sosial defineringsprosess fordi individet relaterer sine opplevingar til ein sosial orden. Denne defineringsprosessen involverer i neste omgang fleire partar, før den i siste omgang eventuelt vert kvalifisert og «godkjent» av dei som har legitimitet til dette. Ein av dei første som gjorde helse og sjukdom til tema i sosiologien, var Talcot Parson. Han la vekt på at sjukdom interfererer med den normale sosiale orden. Samfunnet kan regulere og kanalisere denne belastninga gjennom å institusjonalisere både rettar og pliktar som høyrer til det å vere legitimert som sjuk. Parson snakka difor om sjukdom som *rolle*, og rolle er nettopp eit omgrep som inviterer til å tolke atferd utifrå sosiale variablar. Korleis vi oppfører oss når vi er sjuke er difor samansett og betinga både av sjukdomen, og den sosiale fortolkinga av denne.

Å vere sjuk er ein kroppsleg tilstand i ein sosial, kulturell og historisk samanheng. Herzlich og Pierret (1987) har gjort omfattande studiar både av historisk og samtidig materiale når det gjeld fortolking av sjukdom, og oppsummerer mange års forskning slik:

*«Everywhere and in all periods, it is the individual who is sick, but he is sick in the eyes of his society, in relation to it, and in keeping with the modalities fixed by it. The language of the sick thus takes shape within the language expressing the relations between the individual and society. (Personal experiences of sickness are thus)...woven into the collective patterns of thought that form the social reality of illness and the sick.»*

(Herzlich og Pierret, 1987, s. xi)

La meg illustrere med sjukehistorie frå vår eiga historie. Biologisk sett må ein tru at revmatisme i dag og revmatisme for hundre år sidan, er same saka. Kor vidt det er det for revmatikaren er ei heilt anna sak. Knut Djupedal (1987) gir oss høve nettopp til å reflektere over kva rolle endringar i definisjonar av sjukdom har spela for sjølve sjukdomsopplevinga. På landsbygda i gamal tid

var «helseløyse» noko av det verste som kunne ramme ein gard. Kom sjukdom til gards, skulle ein skjule det. I ei norsk etnologisk gransking heiter det:

*«For 50 år siden måtte det å vera sjuk ikkje spørjast mellom folk. Dei løynde bort alle sjukdomsmein så godt dei kunne. Dei heldt det på sett og vis for ei skam å vera sjuk. Det var vanleg i våre bygder den tid at om dei fekk smittsom sjukdom til og med, måtte ikkje andre folk få vita om det».*

(NEG 15965, s. 1; sit. i Djupedal, 1987, s.66)

Det var eit sosialt poeng at ein skulle skjule si skrøpeligheit for på den måten å gi omgjevnaden eit inntrykk av å vere hardfør og ha god helse. I følgje Djupedal sine informantar var det å vere «hardfør» ein sers verdfull eigenskap, noko som tydde at sjukdom ikkje beit på ein og at ein ikkje trong «renne i veg åt doktoren» om det var noko. Den sosiale definisjonen av sjukdom var strengare, det skulle vere synlege teikn - anna var «klynk og stakkarslegheit» (Djupedal, 1987, s.74).

### **Disease versus illness**

Med eit utgangspunkt som dette kan ein reflektere over er kor vidt ulike sosiale defineringar og grenser for sjukdomskategorien verkar inn på sjølve sjukdomsopplevinga. Kan det vere slik at smerteterskelen vert ulik når grensene for legitim og illegitim smerte endrar seg. Denne problematiske dualiteten ved sjukdom har ein innan medisinsk antropologi freista å løyse ved å skilje mellom *disease* og *illness*<sup>1</sup>. Denne dikotomien er eit nøkkelaksjom i medisinsk antropologi. Den vert nærast tatt for gitt. At det er eit viktig skilje skal eg straks vedgå, men det er også problematisk - noko eg skal utdjupe etterkvart. Med «disease» vert det innan vanleg fagleg bruksmåte referert til den biologiske og organiske sida ved sjukdom slik dette kjem til uttrykk fysiologisk, biokjemisk eller anatomisk. Disease refererer til den sjuke som kropp, sjukdomen som

---

<sup>1</sup> Det har ikkje lukkast meg å etterspore opphavet til denne distinksjonen, men han vert nytta av sentrale forfattarar som Kleinman (1980) og Young (1982), og det er desse som oftast vert referert til om denne distinksjonen. Den første bruken finn eg likevel hos Feinstein (1967). Sidan det er problematisk å omsetje denne dikotomien utan tap av presisjon, vel eg å nytte dei engelske termane.

objektivitet, der den medisinsk trena diagnostikar er den ideelle observatøren. Illness gjeld opplevinga av sjukdomen, den sjuke personen som opplever, fortolkar, røyner og reagerer overfor sin sjukdom. Det er sjukdom som subjektivitet.

Frå ein analytisk synstad er denne dikotomien viktig så lenge vi held fast ved at det er eit analytisk skilje, eit skilje som gjer synleg to aspekt ved det å vere sjuk. Det problematiske ved denne dikotomien ligg etter mitt syn i korleis den vert nytta og fortolka. På den eine sida er det truleg rett, slik til dømes Spiro (1986) peikar på, at antropologar som har studert lækjefenomen i framande kulturar alt for ukritisk har fortolka dette som læking av disease, medan det i mange høve er tale om endring av illness. Med andre ord at ein subjektivt kan oppleve betring og mindre liding, utan endring i den underliggjande biologiske strukturen som utgjer sjukdomen (disease). Ein kan tilsvarande oppleve seg som sjuk (illness) utan underliggjande sjukdom (disease). Mange lækjefenomen er først og fremst påverking av illness. Placebofenomenet høyrer sjølvsagt også til dette aspektet ved det å vere sjuk. Men Spiro (1986) går så pass langt som å hevde at placebofenomenet utelukkande vedkjem denne kategorien. Det er rett så vanleg at brukarar av denne dikotomien innan medisinsk litteratur har ein tendens til å fokusere først og fremst på *skilnaden* mellom dei to aspekta, framfor *relasjonen*. Ein kan tolke dette paradigmatisk. Det er liten tvil om at mykje medisinsk antropologi har utfordra den biomedisinske idyllen. Ved å fokusere skilnaden driv dei to aspekta ved det å vere sjuk frå kvarandre og biomedisinen kan, for å seie det litt spisst, halde fast ved sjukdom og dei objektive sjukdomsteikna som sitt og den medisinske vitskapen sitt relevante domene. Så kan sosialvitskapane og andre subjektivistar spekulere kring resten - rett nok interessant, men meir kuriøst enn medisinsk relevant. Det er djupe historiske parallellar til denne dikotomien, og til måten spenninga den skaper vert løyst på. La meg minne om korleis Descartes si dualisme sprang ut av behovet for borgfred og arbeidsdeling mellom kyrkja og vitskapen (sjå Bernal, 1978). Men dikotomien er altså eit analytisk skilje, eit observatørskilje. Det er alltid ein person som er sjuk, og for den sjuke er ein slik dikotomi irrelevant. All behandling av kroppen er og behandling av personen. Det er alltid illness

som er utgangspunktet for at ein person oppsøker behandling, og den gode behandler behandler alltid illness når han kurerer disease. Disease og illness synleggjer to aspekt ved ein biosemantisk heilskap - aspekt som ikkje treng spegle kvarandre direkte, men som likevel er relaterte. Det handlar nemleg om interaksjon mellom ulike nivå innan det levande. Eit døme kan klargjere. Ein stein er eit fysisk objekt, utan liv. Som fysisk struktur let steinen seg ikkje påverka av om ulike personar oppfattar den som ein gudestein, ein fetisj, ein bautastein eller bytastein - eller berre ein vanleg gråstein. Du kan snakke *til* steinen, men han svarar deg ikkje. Det er her tale om strukturar som ikkje kan kommuniserer. Når det gjeld korleis ein person opplever og fortolkar ein tilstand i eigen kropp, og korleis andre fortolkar det same, kan vi ikkje på tilsvarande vis hevde at dette er irrelevant for tilstanden. Sidan dette er ulike nivå innan same organisasjon, er kommunikasjon i prinsippet muleg. Det er eit empirisk spørsmål om korleis denne kommunikasjonen ytrar seg. Vi bør med andre ord vere opne for at legen si diagnose i prinsippet kan påverke det diagnostiserte. Å fokusere *relasjonen*, og ikkje distinksjonen, mellom disease og illness har ikkje vore vanleg i litteraturen. Ei slik tilnærming er derimot implisert av analysen av placebo og av det biosemantiske perspektivet. Eit vesentleg siktemål i dette kapitlet er nettopp å drøfte denne relasjonen. Men først må nokre premissar som gjeld den sosiale prosessen som illness er ein del av gjerast klåre.

### **Den kliniske røyndomen**

Sjukdom hos det enkelte individet utløyser fleire prosessar som vi samla kan sjå som individuell adaptasjon overfor sjukdom. Den sosiale prosessen er fokuset her. Utgangspunktet er sjølvsaugt at *noko* i det heile teke vert tolka og opplevd som å høyre til kategorien sjukdom. Kleinman (1980), som ser på medisin og behandling som kulturelle system, definerer innan dette systemet eit avgrensa område som han kallar den *kliniske røyndomen*. Det er innan denne røyndomen at den første defineringa skjer, og at sjukdom vert synleg. Det er her, i den lokale og individuelle konstruksjonen at den første kategoriseringa skjer og folk finn ut kva slags behandling som er tenkeleg og kor tilgjengeleg den er. Denne kliniske røyndomen er i følgje Kleinman eit kulturelt tilgjengeleg

meningssystem der folk kan generere forklaringsmodellar (explanatory models) når sjukdom oppstår slik at symptom får mening og ein kan gjere seg tankar om kva ein kan vente seg av sjukdomsutvikling, kva som kan råde bot og kva behandling som er relevant og tilgjengeleg. Slik forklaringsmodellar vil, i følgje Kleinman, ofte vere forteljingar knytt til visse sjukdomsepisodar og vere passe diffuse og plastiske til å stå imot spesifikk empiri.

Good (1977) nyttar nemninga *semantic illness network* for å peike på at ulike domene i våre forklaringar av verda vert knytt saman slik at kroppslege erfaringar ikkje berre trer fram som biologiske realitetar, men også som aspekt ved personleg moral og sosiale relasjonar. Young (1982) deler denne innfallsvinkelen, men legg vekt på at folk dreg vekslar på ein variert og samansett kunnskapsbase i sjukdomsforklaringane sine. Det er sjeldan tale om eit konsistent system av meningskategoriar som let seg abstrahere. Det er snarare ein samansett vev av meir eller mindre samanhengande episodar, anekdotar, likskapar og analogiar, kjensler og sosiale normer. Dingwall (1976) legg i sine studiar vekt på det funksjonelle ved forklaringsystema. Det dreier seg om å meistre kroppen «*in ordinary ways*», som han seier - det vil seie på ein måte som er konsistent med sosiale normer i den gruppa vi høyrer til. Sjukdom som sosial kategori og rolla som sjuk vil kunne vere er eit alternativ til andre og mindre sosialt aksepterte kategoriar.

Interessa for å studere folks fortolking og oppfatningar av sjukdom heng sjølvst sagt saman med hypotesen om at dette er sentralt for å skjønne atferda deira ved sjukdom. Det er ein logikk i dette, og det er lite omdiskutert i litteraturen at der er slike samanhengar. Like fullt er det ikkje mange studiar som har utforska dette direkte og empirisk. Eit tidleg døme er Apple (1960) som viser at tvitydig symptom er eit viktig utgangspunkt for å søkje konsultasjon hos lege. Dette er det same som at mangel på, eller uklar mening motiverer handling. Den som kanskje har studert folks omgrep om sjukdom og helse mest inngående er den franske sosiologen Claudine Herzlich (Herzlich 1973, Herzlich og Pierret, 1987). På bakgrunn av studiar over 20 år har ho identifisert tre dominerande metaforar om sjukdom. Det er sjukdom som *øydeleggjar* (destroyer), sjukdom

som *frigjerar* (liberator) og sjukdom som *okkupasjonsmakt* (occupation). Folk som identifiserer seg med sjukdom som «øydeleggjar» legg vekt på at sjukdom interfererer med arbeid, status og karriære - og legg følgeleg sterk vekt på positive sider ved god helse. Dei reagerer med vegring og set seg ofte mot doktorbesøk og kategorien sjukdom, men også med å bli «utslått» når dei først «ga etter». I sjukdom som «frigjerar» ligg førestellingar om fritak frå ansvar og plikter. Sjukdom kan gje privilegier, til dømes sympati og omsorg frå andre. Når sjukdom er «okkupasjonsmakt» er utfordringa å mobilisere egne krefter til motstand og kamp. Men det er ikkje slik, seier Herzlich, at ein kan klassifisere folk i høve til ein av desse kategoriane. Fleire identifiserer seg med alle, men på ulike tidspunkt og i ulike samanhengar. Denne mangelen på konsistens kjem også fram i ein del andre studiar. Wendy Rogers (1991) nytta Q-sortering som metode, og konkluderer med at forestillinga om at sjukdomsfortolkingar kan førast tilbake til stabile kognitive dimensjonar hos individet ikkje held seg oppe. Ho kritiserer difor den omfattande bruken av psykometriske skalaer som slike kognitive teoriar gjer seg nytte av, og demonstrerer gjennom eigen empiri at den mykje nytta bipolare I/E-skalaen<sup>2</sup> (internal/external-locus of control) ikkje fangar opp at desse variablane dreier seg om fenomen som er mykje meir komplekse og varierte. Den viser ikkje at folks forklaringar i høg grad også er situasjonsbestemte. Som omgrep fungerer difor denne skalaen som ei tvangstrøye. Det vesentlege i Rogers sine studiar er etter mi meining at ho syner korleis den sosiale dimensjonen har forrang, og at det kognitive trer funksjonelt inn i den adaptive utfordringa som ein konkret sjukdomssituasjon utgjør. Det som frå ein observatørposisjon kan sjå ut som å vere inkonsistent, kaotisk, ulogisk og utan samanheng kan altså for den enkelte vere ein funksjonell adaptiv prosess. Implikasjonane av dette er sjølv sagt ikkje at kognitive dimensjonar er uinteressante, men at hypotesen om dette som stabile

---

<sup>2</sup> Også kalla Rotter-skalaen etter opphavet Julian Rotter (1966) som la vekt på denne distinksjonen som vesentleg i samband med effekten av forsterkning i atferdsterapi. I ettertid har «eksternalitet vs. internalitet» blitt oppfatta som ein bipolar personlegdomsvariabel, og skalaen har som empirisk mål vore svært populær som uavhengig variabel i svært mange samanhengar. Den opphavlege skalaen har blitt omarbeidd for ulike føremål - m.a. til helseføremål («Health locus of control scale»; Wallston et al, 1976). Denne versjonen har tre dimensjonar og har vist seg å henge saman med variablar som til dømes alder og sosial klasse. Sjølv om ein finn ein viss statistisk stabilitet treng ikkje det predikere individatferd i ein gitt situasjon.



individvariablar er utilstrekkeleg og for enkel. Meining er med andre ord noko som i mindre grad er gitt utifrå kva vi har i hovudet enn det som spring ut av den situerte konstruksjonen.

### **Attribusjon av sjukdom**

Men sjølv om folk ser ut til å kunne nytte eit meir variert repertoar av forklaringstypar enn kognitiv teori har tileigna dei, kan ein likevel klassifisere forklaringstypane i høve til dimensjonar som har implikasjonar for kognisjonen. Dette er ein viktig implikasjon av Jocelyn Cornwell (1984) si forskning frå austkant London. Spesielt interessant med denne studien er at dei forklaringar og oppfatningar som Cornwell fekk tilgang på endra seg etterkvart som ho fekk betre kontakt og redusert den sosiale distansen til informantane sine. I første omgang var folks forklaringar mest eit slags speil av eksperttolkingar, men etterkvart kom folks egne historier og erfaringsbaserte kunnskap fram. Cornwell framhevar også kompleksiteten og fleksibiliteten i folks måte å fortolke sjukdom på, men konkluderer med at forklaringane har ein struktur der følgjande tre dimensjonar er viktige:

- årsaka til sjukdom anten sett på som intern eller ekstern,
- sjukdomen anten sett på som noko ein kan unngå eller ikkje
- personen kan lastast eller ikkje lastast for å ha blitt sjuk.

I materialet sitt finn ho at det er følgjande fire kombinasjonar av desse dimensjonane som går igjen:

1. Intern/til å unngå/lastast for
2. Ekstern/til å unngå/lastast for
3. Intern/ikkje til å unngå/ikkje-lastast for
4. Ekstern/ikkje til å unngå/ikkje-lastast for

Ser vi desse kombinasjonane i lys av attribusjonsanalysen eg tidlegare gjorde av medisinske meiningsystem (kapittel 14), er det dei same dimensjonane i begge tilfella, og at det eigentleg er to dimensjonar som er viktige. Den eine er lokalisering, om årsaka vert oppfatta som ekstern eller intern. Den andre gjeld kor vidt kausalkjeda involverer personen som aktør eller ikkje, det vil seie kausalitet eller intensjonalitet. Den «moralske» dimensjonen - kor vidt personen

kan lastast eller ikkje - er eigentleg redundant idet den er føresett av intensjonalitet i kausalkjeda; noko personen har gjort eller ikkje har gjort. Årsakspersepsjon er i samsvar med attribusjonsteori ein sentral dimensjon for å skjønne atferd. I denne samanhengen gjeld det den sosiale defineringa av sjukdom, og korleis vi kan skjønne atferd ved sjukdom. Det er sjølvinnlysande at å tolke eit sjukdomstilfelle som noko ein sjølv både har årsaka og kan gjere noko med, gir andre opplevingar og handlingsalternativ enn når sjukdomen rårkar ein som krefter ein ikkje har innverknad på. Poenget er at atferd under sjukdom er ein del både av sjukdomsprosessen og den lækjande prosessen, atferd som kan ha gunstige, ugunstige eller trivielle innverknader.

Den sosiale defineringa av sjukdom er altså måten som hendingar i kroppen (natur) trer inn i kulturen på. Utgangspunktet er eit avvik, ein skilnad i den kroppen som opplever, den individuelle subjektiviteten, fortolka eller ikkje fortolka som sjukdomsteikn. Dei aller fleste slike sjukdomsteikn er relativt udramatiske - greie teikn på greie sjukdomar som folk stort sett tek seg av sjølve<sup>3</sup>. Greie sjukdomar er her uttrykk for at sjukdomsteikna gir meining i den tyding at dei aktiviserer kjende og røynde kategoriar om sjukdomar som ein kan føresjå utviklinga av som ufarlege og forbigåande. Greiast er det når sosial informasjon gir tilgang på kategorien «noko som går». Å verte slegen ut av ein influensaepidemi er ikkje uttrykk for dårleg helse, men at ein vart eit tilfeldig offer i invasjonen som slike epidemiar ofte vert omtala som. Tolkinga vil virke inn på om ein søker hjelp eller ikkje.

### **Sjukdomsatferd**

Når Mechanic nyttar omgrepet *illness behavior*, refererer han nettopp til dette, til "*the ways in which given symptoms are perceived, evaluated, and acted (or not acted) upon by different people*" (Mechanic 1969, s. 191). Det er i følgje Mechanic eit komplekst sett av tilhøve som vil influere på *om*, og *når* ein person søker hjelp og behandling. Han omtalar ti slike faktorar:

1. *«Visibility, recognizability, or perceptual salience of deviant signs and symptoms.*
2. *The extent to which the symptoms are perceived as serious (That is, the person`s estimate of the present and future probabilities of danger).*
3. *The extent to which symptoms disrupt family, work, and other social activities.*
4. *The frequency of the appearance of the deviant signs or symptoms, their persistence, or their frequency of recurrence.*
5. *The tolerance threshold of those who are exposed to and evaluate the deviant sign and symptoms.*
6. *Available information, knowledge, and cultural assumptions and understanding of the evaluator.*
7. *Basic needs which lead to autistic psychological processes (i.e., perceptual processes that distort reality).*
8. *Needs competing with illness responses.*
9. *Competing possible interpretations that can be assigned to the symptoms once they are recognized.*
10. *Availability of treatment resources, physical proximity, and psychological and monetary costs of taking action (included are not only physical distance and cost of time, money, and effort, but also such costs as stigma, social distance, feelings of humiliation, and the like)».*

(Mechanic 1968, s. 130-31)

Mechanic sine faktorar er ei opplisting av variabeltypar som i sum gjeld korleis transformeringa av teikn på sjukdom impliserer den sosiale verda: verdiar og normer, og relasjonar til andre. Tyding av sjukdomsteikn har viktige sosiale implikasjonar. Mechanic si analyse er likevel avgrensa til eitt aspekt, eller ein fase ved den sosiale prosessen ved sjukdom. Av fleire forsøk på analyse og omgrepsutvikling innan dette temaet, er Horacio Fabrega (også i samarbeid med Peter Manning) sine bidrag kanskje dei mest djuptgåande og detaljerte (Fabrega 1972, 1973, 1975 og Fabrega & Manning 1972). Dei integrerer både sosiologiske og antropologiske perspektiv, samstundes som teoriutviklinga

---

<sup>3</sup> Ein del kartleggingar har vist at folk sjølv tek seg av omlag 2/3 - 3/4 av sjukdomane sine. Mykje kan tyde på at dette er i ferd med å endre seg. Sjølv om vi som folk er friskare går vi oftare til lege

baserer seg på eit rimeleg ryddig tilhøvet til tilgjengeleg empiri. Fabrega og Manning (1972) utviklar det dei kallar *A model of health and illness*, ein modell som er for omfattande og detaljert til å utdjupe her. Derimot byggjer dei på ein del grunnleggjande synspunkt eg finn det verdt å drøfte. Perspektivet deira lener seg på mange vis tungt til den såkalla «labelingtradisjonen» innan avvikssosiologi (t.d. Scheff, 1966; Lemert, 1967; Goffman, 1961, 1963; Becker, 1963). Dette er ein tradisjon som igjen hentar mykje av teorigrunnlaget sitt frå symbolsk interaksjonisme og etnometodologi. Fabrega og Manning er likevel langt meir presise og konkrete i bruken av omgrep enn ein finn i labelingtradisjonen, ikkje minst fordi dei er klårare på det analytiske skiljet mellom disease og illness. Dei baserer seg på studiar både frå moderne og ikkje-litterære samfunn, og hevdar at frå eit sosialt perspektiv er alle sjukdomar i utgangspunktet like i den tyding at det dreier seg om kommunikasjon av avvik. Ein kvar sjukdomsprosess (disease) «*must ultimately be expressed or evidenced by some behavior*» (Fabrega og Manning, 1972, s. 112), og denne atferda er igjen grunnlag for fortolking. Om denne fortolkinga vert gjort av lekfolk eller av autoriserte (lege), er det like fullt tale om ei fortolking:

*«It is our conviction, in general, that in folk (or primitive) settings by and large all illness, regardless of whether it is associated with detectable pathological processes or not, is treated and labeled similarly. In effect, we are saying that there is no "mental illness" in these communities, or more precisely, that what is observed is only one type of illness.*

(.....)

*We now focus on industrialized settings and point out that in certain ways there is no difference between types **diseases** in this settings. That is, **all diseases** are alike in that they depend ultimately upon the judgment of a specialized community of individuals.*

(.....)

*In summary, our argument draws us to the position that all illness or disease rests upon the perception, recognition, and labeling of **deviant phenomena**, whether these activities be performed by lay people or by professional people».*

---

enn før.

(Fabrega og Manning, 1972, s. 105)

Kategorisering av sjukdom kan vi altså sjå som ei differensiering av det avvikande. Men, sjølv om det då er slik at all diagnostisering av sjukdom som epistemologisk handling fundamentalt sett er lik, har ulike måtar å differensiere på ikkje like konsekvensar. Konsekvensar kan gjelde slikt som er fanga opp i omgrepet *sjukdomskarriære* (illness careers) og som gjeld utviklinga og prosessaspektet ved det å vere sjuk, og difor eit meir dynamisk omgrep enn sjukerolle frå tradisjonen etter Parson. Fabrega og Manning kjem til at vi må forstå ulike typar sjukdomskarriærer ikkje berre utifrå ulikskap i sjukdom som biologisk kategori eller medisinsk diagnose, men utifrå dei sosiale implikasjonane eller meiningsinnhaldet som desse impliserer. Dei vesentlege dimensjonane ved sjølve sjukdomen (disease) som kan ha viktige implikasjonar for karriæra er, i følgje Fabrega og Manning:

*«--(1) the temporal extension or duration of the underlying pathological process, (2) its reversibility or curability, (3) the degree of discomfort, incapacity or disability that is produces, and (4) its potential for self-degradation».*

(Fabrega & Manning, 1972, s. 108)

I ein analyse basert på desse dimensjonane utviklar Fabrega og Manning ein typologi der det er fire hovudtypar av sjukdomskarriærer. Eg finn ikkje grunn til å gå i detalj på dette. Derimot er deira kommentarar til pkt. 3. ovanfor interessant:

*«Regarding features included in 3, that is, symptoms and disability, it must be acknowledged that, to a large extent, they are modified or affected by the process of labeling (either by the self or by an audience); in other words, their nature, in certain indeterminate ways, is socially prescribed. By this is meant that not only is the perception and communication of the effects of pathological processes learned, but so are the behavioral consequences (that is, whom to see, what to take, and the like...) that follow this perception».*

(Fabrega og Manning, 1972, s. 108)

Dette er eit problematisk og vanskeleg punkt. Analytisk må vi her balansere på ein knivsodd. Talsmenn innan labelingtradisjonen makta ikkje alltid det. Skiljet mellom avvik og den sosiale (og psykologiske) reaksjonen på avvik, er analytisk grunnleggjande viktig. Men når avvikaren sin atferd utelukkande vert fortolka som forma av den sosiale reaksjonen og avvikaren eit offer for stigmatisering, vert også labelingteorien eit «offer» for ideologiske overslag. Ei slik karriæreutvikling er sjølv sagt ingen analytisk implikasjon. Sosiale prosessar *kan* gje slike utslag, men og det motsette: sosial støtte og normalisering. I alle høve er dette empiriske og ikkje analytiske spørsmål. Når vi nyttar dette resonnementet på sjukdom som avvikskategori, og føreset i første omgang at der er ein disease som basis for sjukdomsteikna, må vi først vedkjenne at mange slike prosessar i utgangspunktet har eit relativt ubetinga og direkte responsmønster. Vi kan med andre ord hevde som uproblematisk at disease (*a*) formar illness (*b*), med andre ord at *a* er årsak og *b* er verknad. Men hypotesen ovanfor impliserer at illness påverkar disease, altså at *b* er årsak og *a* er verknad. I så fall står vi tilsynelatande overfor eit paradoks sidan *a* og *b* logisk sett ikkje samstundes både kan høyre til kategorien årsak og kategorien verknad. Som Bateson (1979) har peika på oppstår dette logiske problemet fordi logikken opererer utan tidsdimensjon, og at denne logikken difor er lite egna når vi skal analysere prosessar. Dette er altså eit paradokset *innan* ein lineær epistemologi. Ein sirkulær epistemologi inkluderer tid sidan det er ein epistemologi nettopp om prosessar og rekursivitet. Sjølv om vi kjem oss unna den logiske fella ved å resonnerer rekursivt er sjølv sagt ikkje det tilstrekkeleg for at eit slikt resonnement er relevant i denne samanhengen. I alle høve må vi gjere greie for kva slags type samanhengar det kan vere tale om. At disease er kausal i høve til illness, tyder ikkje at illness er determinert av disease. Illness er eit omgrep om eit anna nivå, det mentale, og er slik sett ein kategori *innan* dette subjektive domenet som kontekst. Illness involverer såleis både det vi kan kalle ein kognitiv og emosjonell struktur, sjukdomsrøynsle så vel som det kulturelle meiningsfeltet om sjukdom, aktualisert i den konkrete sosiale konteksten som er relevant for den sjuke. Slik sett er illness ikkje ein tilstand, men ein prosess - ein prosess utløyst av disease, men ikkje åleine styrt av disease. Det dette impliserer er at det vi kallar illness har ein relativ autonomi,

at illness *kan* utvikle seg og innta former relativt uavhengig av endring i disease. Kva impliserer dette? For det fyrste at illness er det nivå ved sjukdom som er og kan vere koordinerande for handling og tiltak overfor den sjuke kroppen. Slik sett vil illness virke tilbake mot disease gjennom dei handlingar den biologiske konteksten vert utsett for og som disease er ein kategori om. Om desse handlingane er kommunikasjon overfor kroppen med kjemiske budskapar (medikament o.l.) er det eit empirisk spørsmål om kor vidt endringar i denne biologiske konteksten gir relevante endringar av disease. Meir problematisk er det sjølvstakt når vi opnar opp for at illness, som ein mental kategori, øver innverknad på disease. Vi talar då om kommunikasjon innan eit biosemantisk system. Ein liten eksemplarisk refleksjon. Kor vidt symptom som gjeld ein infeksjon i tjukkarmen vert fortolka som cancer, demonbesetting, matforgifting eller andre mulege kategoriar, affiserer sjølvstakt ikkje betennelsen direkte. Dei ulike handlingane som desse ulike diagnosane vil utløyse vil sjølvstakt kunne ha ulike (gunstige eller ugunstige) verknader på kroppen sin motstand mot infeksjonen. Men opplevinga av diagnosen (dramatisk eller udramatisk) har òg ei emosjonell side, og som alle emosjonar er dette også aktivering i kroppen. Både akutt, og som verknad over tid (prosess) er dette endringar i den same kroppen, gunstig eller ugunstig for den adaptive lækjeproessen. Det er sjølvstakt ei grov forenkling om ein så seier at ein vert sjuk av å tru seg sjuk - eller frisk av å tru seg frisk. Men forenklingar må vi avvise fordi dei er forenklingar, ikkje fordi dei postulerer det umulege. Med grunnlag i stressforskning kan det spissformulert seiast at hypokonderer aukar sjansane sine for å få rett. Å vere ekstremt oppteken av sjukdom og ottefull for helsa kan nemleg produsere eit høgt stressnivå. Høgt stressnivå vil over tid kunne svekke immunforsvaret, og svekt immunforsvar aukar sjansane for sjukdomsepisodar. Vi kan då seie at illness skaper disease.

### **Voodoo som dødeleg illness**

Meir dramatiske og esoteriske eksempel finn vi i litteraturen (og empirien) om voodoo-død<sup>4</sup>. Voodoo-død vart lenge oppfatta av vitskapssamfunnet som eit

---

<sup>4</sup> Ordet *voodoo* har eit vestafrikansk opphav og tyder enkelt sagt «gud» eller «ånd». Medie- og populærbruk av ordet har gjort det synonymt med svart magi og trolldom. Voodoo er også namnet

ikkje-fenomen, det vil seie anekdotar frå overtruiske kulturar. Etter tallause dokumentasjonar og stadfestingar av vitskapstrena observatørar er det i dag ikkje lenger dispuTT om sjølve fenomenet. Den konkrete utforminga av magien kan ha ulike former. I Australia finst det til dømes hos urbefolkningar trollmenn som ber med seg bein frå kjempeøgler. Når splintane frå disse beina vert retta mot ein person medan eit dødsformular vert framsagt, vil vedkomande nesten utan unntak verte sjuk, og svært ofte døy. Ulike kulturar, ulike formular og symbolske gjenstandar - mønsteret er temmeleg einsarta. Eit individ har handla i strid med ei sosial eller åndeleg norm, brote eit tabu eller trur seg som offer for trolldom. Etersom han er sosialisert inn i ei meiningsverd som impliserer katastrofale følgjer av ein slik situasjon, reagerer han slik at resultatet vert ein sjølvoppfyllande profeti.

Å skulle gjere greie for mekanismen som gjer seg gjeldande er framleis ei utfordring. I hovudsak har det vore tre tilnærmingar. Den fyrste medisinske tilnærminga knytte i hop andre kliniske røynsler, til dømes frå krigssituasjonar der ein hadde døme på soldatar som uforklarleg døydde av sjokk utan å vere fysisk såra. Walter Cannon kartla dei fysiologiske mekanismane som overstimulering av sympatikus med dramatisk blodtrykksfall og systolisk død; og lanserte dette som forklaring også på voodoo-død (Cannon, 1942; ref. i Jones, 1977). Seinare har fenomenet vorte kopla til hypotesar implisert av omgrepa *apatidød* (t.d. Richter, 1957; Garrity, 1974) og *the giving up-given up complex* (Engel, 1968). Dette er forklaringar som ikkje vektlegg dei akutte, men dei prosessuelle verknader av resignasjon og ei slags sosial og psykologisk initiert nedskruing av livsprosessen. Ei vidareføring av denne type resonnement finn ein i teorien om *learned helplessness*, som bygger på attribusjonsteori (Seligman, 1975). Ei tredje forklaringstype legg meir vekt på dei sosiale mekanismane som vert utløyyst, og baserer seg på nitide antropologiske observasjonar. Om offeret for slik trolldom kan ein seie at han alt er «sosialt død» og ikkje lenger eit ønska element i samfunnet. Per definisjon har han trådt

---

på den tradisjonelle Haitiske religionen. For å unngå nemnde klisje nyttar antropologar ofte den meir korrekte nemninga *vodoun* (Davis, 1986). Voodoo-død er eit fenomen innan denne haitiske kulturen, men vert nytta som ei generell nemning om dødsfall som er initiert av magi innan ulike kulturar.



inn i åndene sitt rike og er difor ein trussel som må fjernast. Han får difor ikkje hjelp for sjukdomar som måtte (og høgst sannsynleg) oppstå, han blir isolert og fråteken både mat og vatn (ein død har ikkje bruk for nokon av delane). Den konkrete dødsårsaka kan difor vere eit resultat av til dømes dehydrering (Eastwell, 1982; Cawte, 1983).

Desse forklaringane ekskluderer ikkje kvarandre. Kvar for seg vedkjem dei ulike aspekt ved det intrikate biosemantiske samspelet mellom kultur og kropp. Vi kan skjønne dei fysiologiske mekanismane som vert sett i gang, og også dei sosiale, men den nødvendige føresetnaden for at dette skjer er essensielt den kulturelle konteksten, eller meininga. Slik sett er det kulturen som drep, på same vis som analysen av fenomenet placebo viste at kulturen lækjer. Placebo og voodoo-død er såleis fenomen som abstrakt sett er av same vesen.

### **Disease og illness**

Eit døme frå eigen praksis. Det er ei kjent sak at enkelte kan ha arytmske hjartefrekvensar av fysiologiske grunnar som er trivielle og ufarlege. I ein gitt situasjon kan persepsjonen av ein slik arytmi fortolkast på dramatisk vis; som teikn på hjarteliding, infarkt, død etc. Ei slik fortolking er i seg sjølv ein mekanisme som utløyer sympatikusreaksjon og tilhøyrande fysiologisk aktivering av ein angstreaksjon, inkludert auka hjartefrekvens. Denne aktiveringa vil perseptuelt og kognitiv tene som empiri og underbyggje dramatiseringa, som igjen trigger sympatikus - ei eskalering som kan ende med ambulanse og hylande sirener. Ein relativt triviell disease har blitt til dramatisert illness. Kanskje var dette eit eingongstilfelle og vedkomande slapp med skrekken og med ny kunnskap som kunne hjelpe ved seinare høve. Meir problematisk kan det verte når ein slik episode blir startstøyten til ein vond sirkel. Angsten i samband med opplevinga senkar den perseptuelle terskelen for kroppslege teikn på hjarateavvik, samstundes som antisipering av angst vil skape og forsterke slike teikn. For ein klient eg eingong hadde var dette tilfellet. Ho hadde vore eit «hjarateilfelle» i 15 år - inn og ut av ulike legekontor og undersøkingar på sjukehus, utan at ein fann noko gale med hjartet. Klienten kunne vanskeleg akseptere dette sidan hennar oppleving var konkret og fysisk,

eit hjarte som dunka unormalt og til tider oppførde seg som det ville «hoppe ut av kroppen». Det heile hadde enda med trygd og diagnosen angstnevrose utan at livet vart betre av den grunn. Psykoterapi hadde vore prøvd tidlegare utan betring. Ein vesentleg grunn til dette var truleg at klienten ikkje aksepterte diagnosen, ho følte seg ikkje som «eit psykiatrisk tilfelle», som ho sa - og var følgjeleg lite mottakeleg for ei behandling som fokuserte psykologiske tilhøve som årsaker. Det var med denne skepsisen ho møtte meg. Men, som ho sa, sidan eg føler eg må prøve alt får eg også prøve dette ein gong til. Det gikk betre denne gangen og over tid vart symptoma vesentleg redusert. Den viktigaste grunnen til dette var truleg at dei psykiske mekanismane vart reattribuert som verknader, ikkje som årsaker. Etter å ha kartlagt historia og dei første «anfalla» vart desse episodane tilbakeført til ein aktuell situasjon som hadde vore prega av stress, og som det for henne ga meining å sjå på som ein som hadde utløyst reaksjonen - særleg med støtte i hypotesen om at hjartet hennar hadde «talent» for slik oppførsel. Det vart no muleg å gi angstreaksjonen hennar ei ny meining, ei meining som i utgangspunktet gjorde den til ein normal adaptiv reaksjon. Dermed var det lagt eit grunnlag for å trene avlæring av det etablerte og automatiserte reaksjonsmønsteret. Det er eit poeng i denne historia at hypotesen om hjarteanomali aldri vart verifisert som disease, men hypotesen om dette kunne likevel utnyttast terapeutisk. Om vi legg til grunn at hypotesen var rett, er dette både eit døme på at ein relativ triviell disease kan gi illness med invaliditet som følgje, og at rett diagnose av disease kunne ha hindra dette.

La meg i resonnementet også profittere på andre sine røynsler, her henta frå eit legekontor i skulemedisinen. Historia er formidla av legen Stein Husebø (1992) slik den er fortalt av ein eldre kollega. Eg gjengir den her for sin eksemplariske verdi si skuld:

*«En kvinne i førtiårene var i økende grad preget av sterke smerter. Smertene var lokalisert i nakke, rygg, underliv, armer og ben. Hun oppsøkte den ene spesialisten etter den andre. Tallrike behandlinger ble oppstartet. Medikamenter, fysioterapi, kiropraktor, akupunktur og andre alternativ ble*

*prøvet. Noen ga forbigående bedring, andre forverring. Situasjonen ble etterhvert desperat. Hun ble også henvist til psykolog uten resultat. Hun fikk innvilget uførepensjon. Til slutt anbefalte hennes gynekolog operasjon. Etterhvert gjennomgikk hun flere operasjoner i underlivet. I brevet fra gynekologen stod det: "Vi har nå fjernet livmoren og eggstokkene. Det kan umulig være mer igjen i underlivet som forårsaker smerte."*

*Kvinnen oppsøkte nå min kollega, en allmennpraktiker. Hun hadde hørt at denne legen var spesielt flink med vanskelige pasienter. Han lyttet. Hun fikk en time noen dager senere, en dag han kunne avsette tid. Han ønsket å sette seg grundig inn i problemene. Etter en lang samtale fulgt av en grundig kroppsundersøkelse, ble min kollega aggressiv. Han merket at det var liten sammenheng mellom hennes beskrivelse og "objektive" tegn til sykdom. Nå ønsket han å avslutte hele samtalen og å be henne finne en annen lege. Det var lite hensiktsmessig å satse så mye tid på en så håpløs pasient. Men han klarte likevel å beholde sin vennlighet. Til slutt stilte han et spørsmål: "Si meg, hva tror du selv er årsaken til dine plager?"*

*Etter en pause svarte pasienten: "Takk for at du er så vennlig. Ingen har tatt seg så mye tid før. Far var alkoholiker. Han mishandlet mor. Mor hadde lite å stille opp med. Jeg var den gangen tenåring. Mor ble mer og mer plaget av hodepine. Far var snillere mot henne når hun var syk. Jeg ble også syk, jeg fikk mye vondt. Når jeg hadde vondt var far og mor snill mot meg og mot hverandre. Jeg har lært meg å være syk fra jeg var liten. Det var eneste måten jeg kunne overleve på.*

*Min kollega fortalte at han mistet kontrollen. Hennes svar kom helt uventet. "Jeg begynte å gråte", sa han. Jeg som var overbevist om at kvinnen var hypokonder, at hun bare spilte sine plager og sin sykdom. Når hun fremla sin egen forklaring, ble det klart for meg at kvinnens symptomer var noe annet enn jeg trodde. For henne var det redningen å få vondt. Smertene var løsningen, ikke et problem. Det var jo bare vi i helsevesenet som aldri hadde forstått hva hun egentlig uttrykte. Jeg hadde tenkt å si til henne at hun var hypokonder. I stedet stiller jeg et tilfeldig siste spørsmål. Spørsmålet var alt som skulle til. Nå*

*fortalte hun det hun tidligere ikke hadde fått anledning til å fortelle noen. Jeg ble helt overveldet. Helsevesenet har påført henne mye lidelse på grunn av manglende forståelse».* (Husebø, 1992, s. 230)

Det høyrer med til historia at det utvikla seg bra for kvinna og at ho kom i arbeid igjen. Som forfattaren sjølv seier skal ein vere varsam med å forenkle verda med å generalisere frå ei slik historie. Den gir oss likevel høve til å reflektere over fleire av dei synspunkta eg har drøfta. Kva er disease og kva er illness i dette tilfellet? Er eit slikt skilje i det heile teke relevant her? Var det nettopp helsevesenet si fiksering på disease og det kroppslege som objekt som gjorde ein blind for kroppen sin bodskap? Når denne kvinna vart bra - var det då legen som lækte henne? Eller må vi heller sjå det slik at lækinga alt låg der som potensiale, den venta berre på ei meining og ein relasjon - og at møtet mellom behandlar og pasient ga ei opning, ein aksess til meiningsfull kommunikasjon. Det var heller ikkje ein autorisert og planlagd intervensjon som ga opninga, eit døme på at det ikkje er instruksjonen, men seleksjonen som er vesentleg ved kommunikasjon. Og når kommunikasjon gir tilgang og resonans i den andre kan «liten årsak gi stor verknad» .

Døma kunne ha vore mange. Her er det den eksemplariske verdien som er relevant, og eg har føresett at det er tale om disease med eit kroppsleg grunnlag. Psykiatriske diagnosar er av eit anna slag. Her er det atferd og rapporterte opplevingar, og ikkje dei kroppslege teikna som er informasjonsgrunnlaget for disease. Illness og disease høyrer såleis til same domene, og ein kan spørje kor relevant skiljet er anna enn som ei punktuering av to ulike observatørposisjonar - klienten sin subjektivitet (illness) og den autoriserte andre (legen) si fortolking (disease). Om dette skjemaet for fortolking spring ut av den biomedisinske psykiatrien impliserer det at disease er patologi i det biologiske domenet og psykiske lidingar attribuert til eit slikt årsaksplan. Men sidan ei slik attribuering er ei handling som skaper meining, vil den ha eit potensiale for innverknad på illness. Når det gjeld psykiske lidingar er interaksjonen mellom illness og

disease difor å forstå først og fremst som ein interaksjon innan same domene<sup>5</sup>. Det er ikkje trivielt kor vidt ein person som hallusinerer gjer det innan ein kulturell kontekst som fortolkar dette som reaktiv psykose eller som demonbesetting. Demonbesettinga kan verte ein psykologisk og sosial realitet og gjenskape eit kulturelt repertoar av reaksjonar og handlingar dersom denne kulturelle fortolkinga er «vellukka». Demonen vert såleis gjennom fortolking driven inn, ein føresetnad for at utdrivinga kan fungere terapeutisk.

Demonar er for lengst drivne ut av den profesjonelle sektoren i vår kultur, jamvel om den framleis gjer seg gjeldande i den folkelege sektoren. Den profesjonelle sektoren finn seg meir til rette med «sjukdom» i ulike diagnostiske variantar. Men, også «sjukdom» kan drivast inn i folk, og sjølv vår moderne og vitskaplege praksis kan ikkje frigjere seg frå at fortolkinga kan forme sin gjenstand. Eit empirisk døme som gir ein indikasjon om dette er eit felteksperiment utført av Chesno og Kilmann (1975) ved eit stort mentalsjukehus i USA. Eksperiment- og kontrollgruppe var tilfeldige utval av pasientar rekruttert ved innlegginga i sjukehuset. Den eksperimentelle manipulasjonen gikk ut på at eksperimentgruppa møtte ei gruppe ekspertar som etter samtale og testing streka under at dei ikkje oppfatta dei som sjuke eller at dei hadde ein sjukdom, men som menneske med visse livsvanskar. Kontrollgruppa følgde sjukehuset sine vanlege rutiner og ritual som i sum kommuniserer nettopp «sjukdom». Manipulasjonen vart berre gjort ved mottaket, deretter vart pasientane overført til sine respektive avdelingar som var ukjende med manipulasjonen. Dei avhengige måla som vart nytta var gjennomsnittleg liggetid og frekvensen av gjeninnlegging, og det viste seg at eksperimentgruppa kom betre ut på begge. Dette er for det første eit døme på det eg tidlegare har kalla diskursiv makt. Dinest aktualiserer resultatata ei forklaring utifrå tidlegare attribusjonsanalyse. Slik den eksperimentelle manipulasjonen er framstilt er den ein bodskap som gjorde det sannsynleg at desse pasientane attribuerte til årsakskategoriar som ein kunne påverke, og på

---

<sup>5</sup> Når Thomas Szasz (1974) i si tid provoserte med boka «*The myth of mental illness*», var poenget slik eg har tolka han nettopp dette at psykiske lidningar ikkje var disease - berre illness. Han avviser m.a.o. det biologiske nivået som det nivået slike lidningar kan fortolkast i - ikkje at dei er «illusjonar» slik ein del av kritikarane har klaga han for.

dette viset auka sjansane for ein god terapeutisk sirkel der dei vart aktørar i sin eigen lækjeprosess. Attribuering av sjukdom gir derimot dei fleste ei oppleving av «noko som ligg utanom eigen kontroll», ein vert ein passive tilskodar i eksperten sine hender. Som digresjon kan dette poenget gi høve til refleksjonar om kor vidt ein del av den nye holismen innan alternativ behandling kan ha eit potensialet gjennom ein tilsvarande mekanisme. Ein del granskingar peikar nemleg alle på at holismetradisjonen i denne marknaden gjennomgåande legg vekt på «individuell ansvar» og «sjølvdeterminering» i lækjeprosessen, altså attribuering til intensjonale krefter (Crawford, 1980; Haley, 1978; Whorton, 1982; Levin og Coreil, 1986; Aakster, 1986 og Rogers, 1991)

Alt eg i denne samanhengen har drøfta gjeld altså meining og følgjene av meining for sjukdomsprosessen. Sidan informasjon er grunnlaget for meningsdanning bør det nemnast at skulemedisinen gradvis har tatt inn over seg at pasientinformasjon er viktig. Men det er vanlegare at ein grunn gir dette utifrå det servicenivå pasientar har krav på enn at dette også har med lækjeprosessen å gjere. Havik (1992) viser både til eiga forskning og til gjennomgang av internasjonal forskning, og konkluderer eintydig med at systematisk tilrettelegging av god og relevant pasientinformasjon ved sjukehusopphald gir positive effektar utover det ein elles oppnår ved vanleg behandling og pleie. Av slike effektar kan til dømes nemnast betre tilpassing til sjølve behandlinga, redusert bruk av medikament og mindre rapportert smerteoppleving, færre komplikasjonar etter kirurgiske inngrep og redusert tid for sjukehusopphald med 10-20 prosent. I eit av Havik sine studiar vert det vist at informasjonsformidling som inneber direkte menneskeleg kontakt gir best effekt (Havik, 1981).

Sidan informasjon gjeld det mentale domenet viser nemnde forskning det som er implisert i det biosemantiske perspektivet, nemleg at det mentale er ein del av den adaptive prosessen som læking er. I psykologisk teori er omgrepa kontroll og meistring sentrale for å kaste lys over dette. Eg har tidlegare omtala ulike teoriar om dette (t.d. Bandura, Rotter, attribusjonsteori) og impliserer dei i følgjande resonnement til oppsummering. Sjukdom er ikkje berre ei biologisk

krise, men og ei muleg mental krise med fare for meiningstap. Sidan meining inneber mental organisering - inneber meiningstap mental disorganisering. Det mentale fungerer ikkje som koordinerande for handling og ein opplever tap av kontroll med tilværet. I vanleg språkbruk talar vi då om forvirring, uvisse og hjelpeløyse, samt emosjonelle reaksjonar som til dømes angst. Informasjon er input til meiningsdanning eller mental organisering. Mental organisering reduserer uvisse og aukar opplevd meistring og kontroll. Oppleving av meistring og kontroll er oppleving av at det mentale fungerer koordinerande for handling, og dermed adaptivt.

Utgangspunktet for denne analytiske sekvensen var omtalen av Fabrega og Manning sin modell om sosiale prosessar ved sjukdom. Den har gitt meg høve til ytterlegare å utdjupe refleksjonar kring tilhøvet mellom disease og illness, noko dei ikkje gjer. Men, i konklusjonane sine legg dei vekt på at den sosiale definisjonsprosessen ved sjukdom har avgjerande effekt på utvikling av den sosiale prosessen. I den grad det er konsensus om dette vil det sosiale trykket verte forma og gitt retning:

*«The degree of consensus about the nature of the illness within the society, within the family, and within the medical profession itself will all have an important effect on the degree, type, and source of the most significant social pressures that are directed toward the patient».*

(Fabrega og Manning, 1972)

### **Søking etter helse**

Etterkvart ligg det føre omfattande forskning som gjeld ulike aspekt av relasjonen mellom kultur og sjukdom, og sjukdom og sosiale prosessar. Det er tale om bidrag med utgangspunkt i ulike fag (antropolgi, sosiologi, sosialpsykologi) og ulike tradisjonar innan desse faga. Bruken av omgrep er difor mangfaldig og lite einskapleg. Følgjeleg har forskinga akkumulert dårleg, kunnskapen er fragmentert og det er problematisk å sette forskingsbitane inn i eit samanhengande kunnskapsbilde. Prosessar er og problematisk i empiriske samanhengar. Få studiar har gode prosessdata. Oftast gjeld data punktuering av

avgrensa sekvensar. Noel Crisman har gjennom lansering av omgrepet og modellen *the health seeking process* ønskt å bidra til eit prosessperspektiv som kan bygge bru og samordne tankegangen. Han definerer slik:

*«A useful concept for describing the events that take place when a person is sick is **health seeking behavior**, the steps taken by an individual who perceives a need for help as he or she attempts to solve a health problem. These steps are conceptually differentiated as elements in the **health seeking process: symptom definition, illness-related shifts in role behavior, lay consultation and referral, treatments actions, and adherence**».*

(Chrisman, 1977, s. 353)

Chrisman bygger dette omgrepet på ein gjennomgang av omgrep og forskning innan medisinsk sosiologi og antropologi. Han strekar under at desse fem stadia eller sekvensane ikkje nødvendigvis er sekvensielle, og at enkelte i visse høve kan vere uaktuelle. Dei er også dynamisk relaterte til kvarandre i den tyding at hendingar undervegs koplar tilbake og omformulerer tidlegare stadium. Alle dei fem elementa kan såleis vere operativt til stades ved eitt bestemt kronologisk tidspunkt i den helsesøkjande prosessen. Crisman sitt omgrep oppfattar eg som relativt fleksibelt og deskriptivt. I gjennomgangen sin utleier han likevel ein del samanhengar som både er empirisk og teoretisk utfordrande. Slik desse er sitert nedanfor må dei lesast med innleiinga «andre tilhøve heldt konstant»:

- 1. «Patients` explanatory models tend to reflect retrospective views of everyday events as "causal" elements for their sickness.*
- 2. Treatments that include recognition of the influence of everyday life will tend to be related to a higher degree of adherence.*
- 3. A higher proportion of the health beliefs found among structurally insular groups will be shared across generational lines than among more open groups.*
- 4. In contrast to non-insular groups, the personnel involved in legitimating role shifts are also likely to be lay consultants/referees among insular groups.*



5. *In addition, the above personnel are likely to be consistently consulted for many illness episodes in contrast to the more sporadic use of particular persons (other than spouses) among non-insular groups.*

6. *The quality of doctor-patient transactions, and the degree of adherence, is enhanced by specific practitioner attention to explanatory models, role constraints, and the views and influence of lay consultants».*

(Chrisman, 1977, s. 371).

Spesielt er punkt 6. interessant her. Som samanfating kan vi seie at Crishman her lanserer ein hypotese om at kvaliteten i relasjonen mellom lege og pasient er påverka av legen sin evne til å sjå pasienten i relasjon til den konteksten som definerer han som sjuk. I høve til analysen her gjeld dette eit sentralt poeng. Potensialet for placebo i ein behandlingsrelasjon er truleg relatert til i kva grad behandlaren sine budskapar får innpass og vekkjer resonans i den økologi av mentale representasjonar som er pasienten sin meiningsdanning kring sjukdomen. Chrisman sin analyse er nyttig i det den gir høve til ein viss samanfattande distanse. Sjukdom er ikkje berre ein prosess i kroppen som pleroma (disease). Kroppen, og dermed også den sjuke kroppen, er samstundes *creatura* (illness). Alt biologisk levande har som innebygd imperativ å oppretthalde seg sjølv som levande. Det levande er såleis definert som sjølvrefererande og sjølvgenererande. Det levande si evne til å leve er knytt til ein løpande indre og ytre dialog. Den indre dialogen er oppretthalding av mønster og hierarki innan organismen sine delsystem. Denne strukturelle orden er samstundes aldri stabil. Liv lever fordi det samstundes døyr. Liv er regenerering. Celler må døy for at nye kan leve. Kroppen døyr heile tida. Berre slik kan den leve. Kroppen er ei form som stadig skiftar ut sitt innhald, og slik kan bevare forma sin. Dialogen innan denne indre økologien er samstundes som heilskap del av ein større økologi - den ytre dialogen med verda som for kvart einskild liv har sin versjon, samstundes som den er ein versjon *innan* den versjon som utgjer arta - den forma som den dialogen med verda som vi kallar evolusjonen har brakt fram. Anten vi talar om denne lange dialogen, evolusjonen, eller om den indre og den ytre i det individuelle livet; kan vi tale om at dialogen er ein prosess som har ei retning, ei adaptiv retning. Men det er

skilnad på å hevde at prosessen *har* ei retning, og å seie *kva* denne retninga er. Kva form for liv ei bestemt art utgjør kan ein ikkje forklare med tilvising til historia av indre dialogar innan eksemplar av arta, men i relasjon til den ytre dialogen; med andre ord den omgjevnad eller det medium som har forma denne versjonen av evolusjonen.

Sjukdom kan vi sjå som økologisk ubalanse, økokrise i smått - ein ubalanse som utløyer adaptive prosessar. På biologisk nivå kjenner vi etterkvart ein del av desse. Adaptasjonen er alltid innretta mot strukturell overleving, også når strukturell endring er resultatet. Så langt, så lenge vi talar om biologisk liv er synspunkta ikkje særleg problematiske. Den biosemantiske tesen er at vi kan sjå innveinga av kulturelle og sosiale prosessar ved sjukdom i eit tilsvarande adaptivt perspektiv. Dette synspunktet har som fundament at det mentale liv, og det nivå av mentalt liv som kjenneteiknar vår art, er ein eigenskap ved vår biologi oppstått gjennom evolusjonen fordi den har auka arta sitt adaptive potensiale. Ein semantisk fridom til å kunne representere verda i ein symbolsk orden gir nærast eit uendeleg mangfald av versjonar til å koordinerer handling. Men desse versjonane er ikkje biologi, dei kjem frå det feltet som rett nok på den lange vegen er skapt av biologi, det kulturelle domenet av mening. Kva som er den «rette» versjonen er ikkje eit spørsmål om sanning eller ikkje, men kva som fungerer adaptivt. I samsvar med Chrisman sitt omgrep kan vi sjå den einskilde sin atferd ved sjukdom som ein adaptiv retta prosess, ei søking etter helse innan det kulturelle medium som er sosialt muleg for individet der det lever. Dette synkrone vil alltid ha det diakrone som kontekst.

Behandlingssituasjonen, relasjonen mellom behandlar og pasient, er ei bestemt punktuering innan denne prosessen. Potensialet for læking som denne relasjonen byr på har neppe berre med det som ligg *i* relasjonen å gjere, men også med *når* og på *kva måte* denne relasjonen er innvoven i den helsesøkjande prosessen. Kvinna i Stein Husebø si historie hadde hatt ein lang veg. Om legen ho møtte hadde vore den første på denne vegen var det heller tvilsamt om kommunikasjonen hadde gitt den opninga som no skjedde. Dette prosess- og karriæreperspektivet er truleg eit oversett moment også i drøftinga av alternativ medisin. Sjølv om empirien er avgrensa og av varierende kvalitet, er det

gjennomgåande i mange studiar ( ref. i Christie, 1991) at mange søker seg til ei slik behandling på eit seint tidspunkt i sjukdomskarriæra. Ofte er det etter at skulemedisinen er utprøvd - og ikkje sjeldan etter frustrerande opplevingar og brest i tilliten til denne. Ein del av potensialet kan difor nettopp ligge i at behandlinga er «alternativ», den representerer ein ny kontekst, ei opning for ein annan versjon. Når slike behandlarar nettopp ser ut til å vere flinke til slikt, å lækje med ord og meining, får det heller vere at teoriane dei nyttar i mange høve openbert ikkje kan halde. Det er likevel ikkje teoriar ein vert frisk av.

## Kapittel 17

### SJUKDOM - FRÅ BIOMEDISIN TIL SYSTEMTEORI

Å gje ein allmenn definisjon av sjukdom eller helse er problematisk. Sjølv om vi intuitivt alle veit kva det vil seie å vere frisk, og sjølv om vi etterkvart kan seie svært mykje om optimale nivå ved kroppslege funksjonar - vil ein kvar freistnad på objektivitet om «helse» og «sjukdom» stå attende med ein ikkje uvesentleg restkategori som vitnar om desse omgrepa sin relative og kontekstuelle natur. Fordi kroppen er innvoven i det kulturelle feltet, kan vi ikkje isolere biologi og kultur som uavhengige domene, men som domene som kommuniserer. Særleg vert dette viktig om vi skal kunne skjønne læking og individet si atferd under sjukdom, slik dette er drøfta i førre kapittel.

Spørsmålet er likevel om det er muleg å utvikle eit perspektiv som grip om meir av denne heilskapen enn den biomedisinske konsepsjonen. No kan det for mange praktiske føremål, og medisin *er* praksis, vere tilstrekkeleg med enkle lokale teoriar som gir effektiv koordinering av handling. Og som vi har sett kan ein intervensjon vere effektiv sjølv om teorien er feil. Det er til dømes liten tvil om at biomedisinen er effektiv medisin i svært mange samanhengar, og at det innan dette paradigmet finst mange teoriar som isolert sett både er empirisk underbygde og presise. Ein kan likevel ikkje utan vidare generalisere frå teoriar om delar til teoriar om heilskap. Som tidlegare nemnt er til dømes newtoniansk fysikk tilstrekkeleg for svært mykje ingeniørarbeid, og Skinner sin behaviorisme har vore effektiv reiskap for atferdsterapeutar. Ein kan frå dette likevel ikkje hevde at desse teoriane held som generelle perspektiv korkje på

den fysiske verda eller på atferd hos menneske. Det er nettopp når ein gjer dette at slike teoriar vert problematiske. Teoriar som hevdar å ha fanga heilskapen har ein tendens til å utvikle seg mot ideologi og dogme og gjer såleis vald på vitskapen sitt viktigaste imperativ, ei kritisk utfordring av etablerte sanningar. I vestleg biomedisin er det ei sterk orientering mot å sjå sjukdom i kontekstfrie omgrep, og difor ei fiksering på såkalla «objektive sjukdomskaraktistika». Det vil i praksis seie avvik som let seg måle på kroppslege variablar. Dette er i samsvar med det eg har omtala som det «biomedisinske paradigmet»<sup>1</sup>, og kritisert ved fleire høve. Det er nødvendig for meg å presisere at ein slik kritikk av grunnsyn eller paradigme som ein medisinsk praksis byggjer på ikkje er det same som ein kritikk av ein kvar praksis eller ein kvar teori som går føre seg innan dette paradigmet. Det er heller ikkje ein kritikk av vitskapleg medisin, men av det vitskapssynet ein byggjer på. Det er også liten grunn til i denne samanhengen å polemisere mot biomedisinen sine historiske framsteg og sigrar i kampen mot sjukdom. Det er heller ikkje tvil om at den biomedisinske modellen for mange praktiske føremål er effektiv nok, og at der ikkje er noko alternativ generelt sett til skulemedisinen. Like lite er eg i tvil om at mange skulemedisinarar i praksis gir blaffen i paradigme og praktiserer sin kliniske kunst i tillegg til sin vitskaplege medisin. Kritikken min mot biomedisinen gjeld mellom anna at den fragmenterer heilskapen, nyttar for enkle modellar om kausalsamanhengar og neglisjerer den psykologiske, sosiale og kulturelle konteksten. I svært mange samanhengar er det praktisk å forenkle, og ein ingeniør treng ikkje kunne sin Einstein når han byggjer hus. Det biomedisinen er god til (og takk for det) har tilsvarande ei baksida som den er dårleg til. Men vi kan ikkje sjå dei einskilde praksisar og dei einskilde triumfar som isolerte hendingar og bokføre dei som pluss og minus i ein rekneskap for paradigmet sin effektivitet. Praksisar vil samstundes aggregere system - og system vil igjen styre praksis. Biomedisinen er voven inn i organiserte og materialiserte strukturar som det samstundes legitimerer og reproducerer. Det gjeld til dømes

---

<sup>1</sup> Sjå Ekeland (1981) for ei nærare analyse av den historiske bakgrunnen for dette paradigmet, teoriposisjonane som er føresett, og dei operasjonelle kjenneteikna ved ein biomedisinsk praksis.

både differensieringa i subdisiplinar i medisinen som vitskap og spesialisering innan helsevesenet sine yrke. Det er i vårt samfunn påfallande lite problematisering av spesialisering som kunnskapstradisjon. Vi tek det for gitt at spesialistkunnskap i form av å vite og kunne meir om noko avgrensa er eit eintydig gode for pasienten, og gløymer at dette fører med seg at ein då kan mindre om heilskapen eller det generelle.

Det er først på eit slikt nivå at det vert synleg at det ikkje er nokon tilfeldig samanheng mellom paradigme, system og praksis. Det er ikkje tilfeldig at den teknologisk orienterte medisinen har høg status og prioritet. Det er ikkje tilfeldig at visse sjukdomar vert meir «interessante» enn andre, og at ein i vestleg skulemedisin først og fremst har feira triumfar når det gjeld dei spesifikke sjukdomane. Det er heller ikkje tilfeldig at trykdevesenet normerer den tida legane bør bruke per pasient. Alt dette er i samsvar med biomedisinen sitt grunnsyn. Problemet er det som fell utanom, det som ikkje vert prioritert. Dei diffuse kroppslege plagene, illness utan disease, vondtene og livsproblema. Det er heller ikkje tilfeldig. Det er her paradigmet sine grenser vert synlege.

Helsevesenet er eit omfattande og dominerande felt i moderne vestlege samfunn. Det er innvove i politikk og økonomi og i eit generelt teknologisk-instrumentelt vitskapsepisteme som har dominert vår industrielle kultur. Det biomedisinske paradigmet er tilpassa dette. Helsevesenet si krise i moderne samfunn er difor ikkje berre ei krise som har med økonomi og politikk å gjere, men også med paradigmet. Koplinga og kommunikasjonen mellom meiningsystem, teknologisk utvikling, politikk og økonomi utgjer integrerte system. Den enorme utviklinga i medisinsk teknologi løyser ikkje berre «gamle» problem, men skaper også nye behov og nye forventningar. Grensene for kva som er kosmetikk og kva som er behandling av sjukdom vert utfordra. Samstundes vert avstanden skrikande synleg mellom kva som er medisinsk muleg å få til på sjukdomar tilpassa den biomedisinske høgteknologien, og tilbodet til dei mange med plager og lidingar som fell utanfor. På sett og vis er

den medisinske utviklinga i ferd med å sprengje sitt eige paradigme ved å gjere synleg kva den ikkje strekk til overfor, og at helse i siste instans gjeld prioriteringar som ikkje er medisinske, men høyrer til i politikken og verdiane si verd. I motsetnad til biomedisinen legg ein til dømes i kinesisk medisin lita vekt på objektive karakteristika, men tilsvarande meir på pasienten si subjektive rapportering av sjukdomskarakteristika, både i ein diagnostisk samanheng og som indikatorar på læking (Lock, 1980). No vil dei fleste hevde at vestleg biomedisin er overlegen kinesisk medisin, og dette er neppe diskutabelt når det gjeld teknologisk medisin. På den andre sida skal vi ikkje sjå bort frå at den kinesiske tradisjonen og grunnsynet den byggjer på i sterkare grad har fremma ein medisinsk praksis som er meir optimal i å utnytte pasienten sine evner til sjølvlæking. Poenget er at i eit kvart meiningssystem vil det vere noko som fell utanom, og at ved å vere meir open og mindre dogmatisk vil ein kunne hente impulsar frå ulike system som vil kunne ha verdi for praksis. Element frå kinesisk medisin er på veg inn i delar av vestleg medisin (t.d. akupunktur). Men samstundes oppstår det eit paradigmatisk problem både kva gjeld integrering i vestleg medisin si teoriverd, og gjennom det forhold at det ikkje alltid er snakk om teknikkar som utan vidare let seg lausrive frå den kulturelle konteksten dei er praksisar innan.

Alternativet til det biomedisinske paradigmet kan sjølvsagt ikkje vere ulike esoteriske eller kvasivitskaplege system om dei aldri så mykje hevdar å vere holistiske i grunnlaget sitt. Alternativet kan heller ikkje vere å destruere biomedisinen, men å formulere han om slik at nye innsikter og praksisar vert muleg utan å kaste frå seg haldbar kunnskap. Biomedisinen si tilkortkoming er framfor alt ei tilkortkoming i språk og omgrep som gjer det muleg å sjå sjukdom og læking frå fleire perspektiv samstundes, eit språk som ikkje berre fikserer sjukdom i delar, men som evnar å analysere samspelet og dermed relasjonar mellom heilskap og delar på ulike nivå innan den biologiske så vel som den kulturelle kroppen. Det er paradoksalt nok den auka kunnskapen nettopp om delar og delfunksjonar som avslører kor nødvendig det er å utvikle

eit slikt språk. Genetisk forskning og utvikling av genteknologien er eit døme som illustrerer dette behovet.

### **Systemteori**

Ein kan ikkje seie at det innan medisinen er utvikla eit slikt vitenskapleg språk, sjølv om det har vore mange forsøk på å bryte både med den reduksjonistiske og lineære årsakstenkinga. Walter Cannon sin homeostaseteori representerte i si tid ein revolusjon og føregreip moderne systemteori. Seinare har sentrale medisinarar som til dømes Engel (1977) applisert denne tenkinga til medisinen som eit alternativ til den klassiske biomedisinske modellen, noko eg skal kome tilbake til. Sjølv om systemteoretisk og kybernetisk tenking har gjort seg gjeldande i mange disiplinar, er det neppe tilfeldig at det mest vesentlege bidraget i si tid kom frå biologien. Det var nettopp erkjenninga av det utilstrekkelege i fysikken sin modellstruktur for teoriar om det levande som før krigen fikk den austeriske biologen Ludwig von Bertalanffy til å ta opp behovet for ein måte å tenkje på slik at biologien kunne gjere greie for vekst og utvikling i perspektiv av heilskap og organisering. Etter krigen gikk von Bertalanffy i kompaniskap med økonomen Kenneth Boulding og etablerte i 1954 *Society for General Systems Research*. Føremålet var å utvikle systemteori til ei tverrvitenskapleg tenking om alle levande former. Dei bygde mellom anna på premissar som fysikken sjølv hadde utvikla, nemleg at det ikkje kunne vere tale om endelege entitetar som universet kan reduserast til, og at ein må skjønne entitetar relasjonelt. Systemteorien sitt vesentlege bidrag var nettopp å fokusere relasjonar framfor entitetar og element, og å insistere på at slike relasjonar utgjer organisering av heilskapar - og at heilskapen ikkje kan reduserast til dei einskilde elementa som utgjer den. Eit anna vesentleg bidrag var å peike på skilnaden i kausalitet mellom fysisk-kjemiske system og levande system. Organiske system er *i seg sjølv* aktive og sjølvorganiserande og input til slike system følgjer ikkje fikserte kausalvegar som i fysio-kjemiske system. Sjølvorganiserande system vil aktivt transformere både seg sjølv og omgjevnaden i den løpande adaptasjonen som gjeld overleving. Medan fysiske



system berre kan *stå i mot* forandring i omgjevnaden, kan det levande *unngå* forandring anten ved å korrigere for forandringa, forandre seg sjølv for å tilpasse seg forandringa, eller inkorporere kontinuerleg forandring i sin eigen veremåte. Tilskrivning av årsak-verknad etter modell av fysisk-kjemiske prosessar er i slike system irrelevant fordi det følgeleg ikkje kan vere tale om lineære og irreversible årsakskjedar, men om rekursive prosessar eller sirkulær kausalitet. I prinsippet kan vi seie at sjølvorganiserande system *sjølv* vil kunne avgjere kva følgjer eit ekstern input skal få *innan* systemet. Vi kan nytte immunsystemet som døme (sjå også kapitel 10). Som vi har sett er det ei populær oppfatning i vår kultur at sjukdom er ein «inntrengjar utanfrå» (Hertzlich, 1973; Farr, 1977), altså attribuering til ein ekstern kausalagent. Også i omtalen av moderne medisin finn ein nok av metaforar om «kamp» og «sigrar» som stør opp om denne førestellinga. Samstundes veit vi at dette berre delvis har med realitetane å gjere i og med at sjukdom som skuldast mikrobar (inntrengjar utanfrå) like mykje har med kroppen si evne til å hanskast med desse i sitt interne miljø, altså eit relasjonelt tilhøve. Immunsystemet er adaptivt sett fleksibelt i den tyding at det har evne til spesifikk læring. Gjennom kommunikasjon med patogene mikrobar kan systemet auke evna si til å kommunisere mot desse slik at dei ikkje destruerer, eller med andre ord at systemet tilpassar seg ei endring i omgjevnaden ved å integrere denne endringa i systemet. Samstundes vil ei generell belastning på systemet (gjennom overordna systemnivå) kunne svekke den adaptive kapasiteten slik at til dømes terskelen for mikrobegenerert sjukdom vert senka. Kva som såleis er den eigentlege «årsaka» til sjukdomen i eit gitt høve, kan difor formelt sett vere eit komplisert spørsmål sidan vi her har å gjere med ei form for samvirke som er sirkulær i sin natur.

### **Kybernetikk**

Parallelt med utvikling av systemteori i biologien utvikla det seg nye tenkjemåtar i samvirke mellom matematikk og den gryande elektronikken. Utvikling av nye våpensystem, automatisering og robotisering fødde

kybernetikken som ein eigen disiplin. Kybernetikk gjeld styring og kontroll i system med grunnlag i feedback. Informasjonsteknologien og vår moderne elektroniske verd har bakgrunn i denne utviklinga. Men sjølv om kybernetikken har opphavet sitt i teknologisk utvikling av mekaniske og elektroniske system, har kybernetikken sine omgrep og modellar gradvis vorte ein del av språkbruken i mange disiplinær. Systemteori og kybernetikk har vist seg spesielt tenleg til å gjere greie for aktivitetar i system der prosessen er basert på ulike former for feedback, med andre ord kommunikative prosessar. Men korkje kybernetikk eller systemteori garanterer for at karta vi nyttar er passande til det terrenget vi vil gjere greie for. Som Buckley (1967) har peika på, kan ulike delar av røynda gjerast greie for gjennom eit hierarki av ulike typar systemmodellar avhengig av kor komplekse dei tilhøva vi vil gjere greie for er. Gjennom å nytte modellar som er for enkle i høve til dei fenomena vi studerer, vil også systemteori kunne fungere reduksjonistisk. Buckley viser til at det har vore ein lei tendens til dette i samfunnsvitskapane. Ein har ofte nytta modellar for mekaniske system til å gjere greie for komplekse sosiale system. På biologien sitt område har det til dømes vore uproblematisk å nytte homeostatiske modellar for å gjere greie for ei rekkje kroppslege funksjonar. Slike termostatmodellar er greie nok for visse delsystem, men vert problematiske når det er tale om samvirket mellom slike delsystem i kroppen som heilskap, og når vi inkluderer kroppen sin omgjevnad. Det er altså avgjerande *kva* vi definerer som systemet, eller korleis vi nyttar eit systemomgrep som «grenser». Dette er eit omgrep om kommunikasjon - og korleis vi for praktiske og forskingsmessige føremål definerer grenser er ikkje i seg sjølv implisert av systemteori. Eit problem i biomedisinen har nettopp vore definering av kroppen som eit isolert system, at ein har gjort kroppen sine fysiske grenser også til kommunikative grenser. Ein slik type «isolasjon» kan ein i og for seg oppretthalde også med systemteori.

## **Multikausalitet**

No er det sjølvsagt urettvist å seie at ein i den biomedisinske tradisjonen ikkje har vore oppteken av tilhøvet mellom sjukdom og sosiale variablar og levekår. Slik forskning har også effektivt tilbakevist det som i følgje Dubos (1965) har vore ein hundre år gamal myte i vestleg medisin, nemleg myten om spesifikk etiologi. Problemet er likevel korleis slike samanhengar vert fortolka. Den biomedisinske tradisjonen har sett fokus på spesifikk etiologi og framhevar difor enkle, lineære kausalsamanhengar. Sjølv om ein utvidar talet på relevante variablar, endrar ikkje dette den lineære likninga. At det ikkje er tale om enkle samanhengar er ei tidleg erkjenning i sosialmedisinske studiar. Sjølv når det gjeld grupper av folk som er homogene på variablar som elles viser variasjon i sjukdomsfrekvens mellom grupper, er variasjonen stor. Hinkle og medarbeidarar utførte i si tid ei rekkje grundige studiar om dette der dei kartla sjukdomsfrekvensen i ulike homogene grupper over intervall på 20 år (oppsummert i Hinkle, 1961). Eit gjennomgåande og slåande funn i alle desse granskningane var at i kvar gruppe stod ca 25 prosent for ca 50 prosent av alle sjukdomsepisodane i dei 20 åra. Sjukdomsepisodar hadde også ein tendens til å opptre i periodar utan at dette kunne førast tilbake til eigenskapar ved sjukdomane (kronisitet), spesifikk endring i levekår, livsstil, ulik miljømessig eksponering eller former for genetisk variasjon. Ein annan «klassikar» frå femti og sekstitalet er studiar av innbyggjarane i landsbyen Roseto, ein italiensk-amerikansk landsby i Pennsylvania (Greenberg, 1978). Ei omfattande granskning viste at utbreiinga av dei vanlegaste sivilisasjonssjukdomane (t.d. hjartelidingar) var utruleg låg samanlikna med folkesetnaden elles i Amerika. Den ekstremt gode helsetilstanden overraska forskarane all den tid mange av dei risikofaktorane ein rekna med er knytt til hjartelidingar var til stades i like høg grad som i område ein samanlikna med. Folk var temmeleg overvektige, innhaldet av animalsk feitt i kosthaldet var like høgt. Kolesterolinnhald og sukkerinnhald i blodet, blodtrykk, mosjon og røykevanar skilde seg ikkje ut i positiv lei. Etter at genetiske og etniske faktorar var utelukka, konkluderte forskarane med at den gode fysiske helsa skuldast den positive kulturelle

strukturen i Roseto-samfunnet. Denne var kjenneteikna av sterkt samhold og sosial støtte, både i familien og i det sosiale nettverket. Det høyrer med til historia at utbreiinga av hjartelidingar steig dramatisk i byrjinga av syttiåra. Samstundes hadde dette lokalsamfunnet vorte prega av store sosiale endringar - innhenta av den amerikanske urbaniseringa. Både Hinkel og medarbeidarar sine studiar og Roseto-granskinga kan tolkast i ulike retningar, og var i si tid med på å stimulere utvikling av hypotesar. Eg nemner dei i denne samanhengen som tidlege forskingsdøme på at grundige studiar av sjukdomsepidemiologi viser mønster av samanhengar som utfordrar ein til å tenkje i økologisk perspektiv meir enn i summen av lineære kausalsamanhengar.

### **Stress**

Med utgangspunkt i Hans Selye sine banebrytande bidrag kan omgrepet *stress* og moderne teoriar om stress også illustrere eit systemteoretisk perspektiv. Stress oppstår når ein eller fleire variablar i organismen vert utsett for påkjenningar til grensa av toleevna - noko som fører med seg auka rigiditet i heile systemet. I ein sunn organisme vil mange andre variablar (eller subsystem) samvirke for å gjenopprette fleksibilitet og balanse. Responsane som vert utløyst er subkortikale og fysiologisk sett relativt stereotype («fight or flight»-responsen), medan stimuli som utløyser aktiveringa kan vere høgst individuelle og subjektive. Det kan vere input med direkte belastning på fysiologiske variablar og/eller psykologisk fortolka med ulik grad av kognitiv involvering. Det som for ein person vert opplevd som stress, kan for ein annan (og også for same person i ein annan situasjon) vere ein positiv stimulans. Stress involverer såleis fleire kroppslege systemnivå, fysiologiske så vel som mentale. Vedvarande stress, anten som hyppig frekvens av aktivering eller som pågåande over tid grunna manglande adaptasjon, vil kunne gi strukturelle endringar i form av organslitasje og vedvarande fysiske og psykiske symptom. Sjølv om ein ikkje fullt ut kjenner alle mekanismane, er det mangt som tyder på at stress over tid kan svekke immunforsvaret og såleis auke sjansane for sjukdom (og dermed ytterlegare stress) «nedanfrå».

Stressomgrepet har vorte populært som eit samleomgrep for ulike typar belastningar knytt til levekår - og mål på akkumulert stress (t.d. etter skalaen utvikla av Holmes og Rahe, 1967) har vorte relatert til variasjon i insidens for ei rad sjukdomstypar (sjå t.d. Dohrenwend og Dohrenwend, 1974 og 1978, Gunderson og Rahe, 1974, Rabkin og Struening, 1976). Sjølv om ein finn slike samanhengar er det stort sett tale om moderate korrelasjonar. Dette har mellom anna ført til ei større interesse for eigenskapar hjå individet eller tilhøve i individet sin nære omgjevnad som kan forklare varians. Det kan til dømes dreie seg om personlegdomstypar (t.d. type A og hjarteliding; Friedman og Rosenman, 1974), kognitiv meistringsevne (t.d. stress og kontrolloppleving; Krause og Stryker, 1984), sjukdom og familiemønster (t.d. Minuchin et al., 1978), og den rolla som sosial støtte kan spele (sjå Cohen og Syme, 1985 for oversyn). Sosial støtte som ein vesentleg faktor i meistring av stress er veldokumentert (Cohen og Wills, 1985; Kesler og McLeod, 1984). Korleis ein slik variabel verkar har likevel vorten problematisert av ei gransking gjort av Wethington og Kessler (1986). Konklusjonen deira er at det ikkje er den realiserte eller faktisk mottekne støtta frå den sosiale omgjevningen som er viktigast, men individet sin persepsjon av tilgang på slik støtte - med andre ord *opplevinga* av sosial tryggleik.

Årsakene til stress er mangfaldige og involverer dei individuelle biologiske føresetnadene hos den einskilde, erfaring og meistringskompetanse, sosialt og kulturelt betinga atferd og vanemønster - så vel som det fysiske miljøet. Kvar for seg ligg det interessante forskingsmessige utfordringar i å skjøne verknader og samverknader knytt til nemnde klassar av variablar. Men ein skal ikkje ha lese mykje på tvers i litteraturen med høvesvis sosialmedisinsk, biomedisinsk eller psykomedisinsk utgangspunkt før ein legg merke til tendensen til å overvurdere forklaringskrafta i dei uavhengige variablane ein sjølv fagleg og teoretisk er identifisert med. Tendensen til forneking av det biologiske sin psykologiske og sosiale kontekst er stadig ein relevant kritikk mot biomedisinsk

tenking. Men kritikarane vil sjølv lett hamne i ei tilsvarande felle gjennom fornektning av det mentale sin biologiske basis eller ei postulering av ei allmenn psykogenese ved all sjukdom. Situasjonen er både uttrykk for metodiske vanskar kva gjeld å kunne handsame komplekse variablar, men og mangelen på teoretisk paradigme.

### **Biosemantiske system**

Systemteori er ikkje utan vidare svaret, men som metateori og referanseramme for tenking bidreg den til at ein ikkje ser seg blind på spesifikke sjukdomsagentar, men flytter merksemda mot relasjonar og mønster av relasjonar både innan systemnivå, og mellom ulike nivå. Ein av dei som har ønskt å formulere eit systemteoretisk alternativ til det biomedisinske paradigmet er som nemnt Georg Engel (1977, 1980, 1982). Engel nyttar nemninga «biopsykososial» som merkelapp på sin systemmodell, og dette treledda omgrepet illustrerer dei domena som er relevante i forståing av sjukdom. Han nyttar eit hjartekasus som døme og viser korleis ein kan analysere dette med referanse til 12 ulike systemnivå som viser fluktuasjon over ni ulike tidsperiodar. Engel sin modell har fått motbør frå ulikt hald. McHugh og Phipps (1992) har peikt på at modellen er så brei og ikkje-spesifikk i relasjon til ein gitt sjukdom at den ikkje kan fungerer anna enn som ei påminning om at alt kan vere relevant. Den har difor liten hevrisk verdi. Frå ein klinisk synsvinkel er dette opplagt ikkje nokon enkel modell å skulle intervenere etter. At tenkinga som ligg til grunn likevel kan utviklast som ein slags praktisk kybernetikk for behandling av fysiske sjukdomar, har Dym (1987) gitt lovande bidrag til. Meir vesentleg er den kritikken som peikar på at Engel sin modell, trass i at den i høve til tradisjonell biomedisin kan synest radikal, essensielt sett likevel er rotfest i dette perspektivet (t.d. Armstrong, 1987; Stam, 1988). Det «radikale» i modellen er inkluderinga av psykososiale faktorar i forståinga av sjukdom - det «tradisjonelle» er at slike faktorar berre kjem som eit tillegg til den biomedisinske likninga.

Eg vil minne om tidlegare poeng, at det er viktig å skilje mellom kor tenleg ein modell er i konkrete behandlingssituasjonar, og korleis same modell fungerer som generelt paradigme for å skjønne sjukdom og helse. Problemet med den biomedisinske modellen er det som fell utanfor og korleis modellen fungerer som generelt paradigme. Men sidan paradigmet også er vove inn i organiserte og materialiserte strukturar, vil eit kvart forsøk på ei alternativ forståing også støyte mot desse strukturane - meiningssystem involverer med andre ord også handlingssystem. Når ulike former for systemteoretiske bidrag ikkje har lukkast i anna enn å utvide talet på variablar i den biomedisinske likninga, har det dels med dette å gjere. Men problemet gjeld også systemteoretisk tenking i seg sjølv. Systemteori og kybernetikk er nemleg ikkje i seg sjølv ein teori, men mange teoriar innan eit perspektiv med visse felleselement og språk. Ein kan nytte systemteori reint deskriptivt berre til å gjere greie for kompleksitet, men også til å modellere prosessar. Kva vi skjønner er likevel avhengig av kva vi inkluderer i det vi for ulike føremål definerer som system - korleis vi definerer grenser, og kva vi definerer som operativ eining i prosessar. Ein av dei som etter krigen tok del i det miljøet som var opptekne av å utvikle kybernetisk tenkning var Gregory Bateson.<sup>2</sup> I høve til begge dei nemnde momenta kom han til å utvikle radikale synspunkt. For når det gjeld det levande er det ikkje organismen *og* miljøet som er relevante systemeiningar, hevda Bateson (1979). Omgjevnaden er ikkje eit *tillegg* til organismen, men ein del av denne. I sitt syn på evolusjonen kom Bateson difor til å halde fram at det er relasjonen *organisme-omgjevnad* som er eininga for adaptasjon. Det er denne relasjonen som «overlever», ikkje den einskilde organismen. Genene er til dømes ikkje informasjonsbitar *om* organismen, men om organisme-omgjevnad relasjonar. Bateson tok også avstand frå at ein kunne forstå denne relasjonen som ein kybernetikk av energi. Han insisterte på at i levande system dreier kybernetikken seg om *informasjon*, og med grunnlag i dette omgrepet utvikla

---

<sup>2</sup> Konferansane om «Feedback Mechanisms and Circular Causal Systems in Biological and Social Systems» like etter krigen arrangert av Macy Foundation var heilt sentral i denne utviklinga. Sentrale aktørar her var spelteorien sin far John von Neumann, og Norbert Wiener som var den første som nytta omgrepet kybernetikk om det området som konferansane tok føre seg. Sjå elles Harries-Jones (1995) om Bateson sitt tilhøve til dette miljøet.

han systemteori og kybernetikk til ein generell teori om kommunikasjon. Ved å bringe informasjon inn i biologiske prosessar, inkluderer Bateson samstundes det mentale (mind) i naturen, ein provoserande tanke i høve til den cartesianske dualismen i vestleg tenking. Bateson opnar difor opp for det perspektivet eg tidlegare har omtala som biosemantisk. Det er lett å mistyde Bateson på dette punktet. Det er difor vesentleg å presisere at Bateson på ingen måte prøver å innsette det mentale som eit ontologisk domene. Tvert om. Det mentale er *ingen ting*, det er kommunikative relasjonar. Mentale prosessar er informasjonsprosessar, det er kommunikative system om relasjonen organismen-i-sin-omgjevnad. Dette tilseier at vi må bryte med vande forestillingar om grensa mellom indre og ytre, og at vi ikkje må forveksle mentale prosessar som lokalisert inne i det organet som gjer oppleving av mentale prosessar muleg. Ein kan seie det slik at i Bateson sin epistemologi har «sjela» ikkje berre flytta ut av kroppen, ho er fundamentalt sett delokalisert fordi eit kommunikativt system ikkje kan reduserast til noko einskildelement i systemet. Dette var for så vidt ikkje ein heilt ny tanke, og Bateson var mellom anna inspirert av den tyske matematikaren og psykologen Kurt Lewin som gjennom sin feltteori kom til å spele ei viktig rolle for utviklinga av moderne sosialpsykologi. Gjennom omgrepet «psykologisk felt» prøvde også Lewin å overskride skiljet mellom ytre og indre idet dette feltet ikkje er lokalisert korkje i eller utanom individet, men inkluderer individet *i* sin omgjevnad. Lewin var på si side inspirert av utviklinga av relativitetsteorien og feltomgrepet si sentrale rolle i Einstein sin fysikk. Eit anna radikalt bidrag som følgde av Bateson si tenking om kommunikasjon og mentale prosessar hadde også sin forløpar i fysikken. Arbeida til Werner Heisenberg og David Bohm om kvantefysikken hadde vist at det ikkje var muleg å redusere universet til nokon endeleg entitet, og at kva vi oppfattar som entitet (t.d. lys som anten partiklar eller bølger) oppstår i interaksjonen mellom observatøren og det observerte. Som ein parallell til dette hevda Bateson at vi ikkje kan distansere oss frå det vi observerer, at observatøren er ein del av observasjonen. Bateson la såleis grunnlaget for det som i ettertid har vorte omtala som 2. ordens kybernetikk (sjå



t.d. von Foerster, 1982). For Bateson vart denne innsikta, at vi ikkje kan isolere tenkinga vår frå det vi tenkjer om, ikkje berre ei konstantering, men eit vesentleg grunnlag både for hans syn på vitskapen og for hans sivilisasjonskritikk. Den tekno-instrumentelle logikken kopla med vår vestlege oppfatning om oss sjølve som på «utsida» av naturen er spesielt problematisk fordi den har skapt ei forestilling om at vi kan beherske naturen og gjere oss til herre over den ved å kontrollere han. Men ein kvar del av eit system som prøver å kontrollere omgjevnaden sin vil før eller seinare øydeleggje seg sjølv. Skal vi skjønne dei økologiske utfordringane vi i vår tid står overfor må vi følgjeleg inkludere også vår tenking om naturen og oss sjølve. Medan dette gjeld økokrise i stort, har perspektivet også relevans for synet vårt på sjukdom og helse. Biomedisinen er innvoven i den tekno-instrumentelle logikken og kampen mot sjukdomar har flytta grensene slik at imperativet nærast har vorte å kontrollere livet i seg sjølv. Spissformulert kan ein seie at døden i vår tid har vorte ei fornærming mot helsevesenet, og lidning har, som Wittgenstein (1994) har peika på, vorte ein forelda tilstand i det moderne. Denne logikken driv helsevesenet inn i ein kybernetisk vond sirkel der teknologisk medisin krev stendig større ressursar for å nå sine mål, og ettersom mål vert nådde oppstår det nye behov av nye moglegheiter som krev endå meir ressursar, osv. Genteknologien si utvikling kan aktualiserer eit scenearie om framtida der kontrollen over den informasjon som er oppskrifta på livet sine former gjer at livet sjølv kan skrivast ut på «blå resept». Ein slik tanke aktualiserer ikkje berre til fulle at vi ikkje er på utsida, sidan spørsmålet då vert kven som skal kontrollere oppskrifta. Det illustrere også at genetisk kontroll i seg sjølv er antagonistisk til det nødvendige spelet av tilfelle som sikrar den genetiske variasjonen som liv overlever av. Same resonnementet kan ein illustrere med tilhøvet mellom teknologisk kommunikasjonsteori og kommunikasjon der eininga er informasjon og mening. I teknologiske informasjonssystem vil ein freiste å fremje effektiv kommunikasjon ved å utøve ein kontroll som kan redusere mest muleg støy i systemet. I human kommunikasjon, og evolusjonen sett på som biologisk kommunikasjon, er støy i tydinga tilfeldig variasjon ein

nødvendig føresetnad for nye former, både når det gjeld mening og liv. Eit kvart forsøk på å redusere støyen vil difor skape rigiditet, ufridom og destruksjon anten verknaden er totalitære samfunn eller ein økologi som dør ut gjennom reduksjon av mangfald i arter. Resonnementet kan også gjelde behandlingsformer som einsidig maksimerer kontroll og herredøme over sjukdom og avvik som isolerte «gjenstandar» utan perspektiv på den systemiske samanhengen. Under skin av behandling er kontroll gjennom øydelegging diverre noko ein kan finne mange døme på i psykiatrien si historie, der lobotomi og andre former for psykokirurgi er nærliggjande å vise til. Sjølv om lobotomi er historie, er tankegangen neppe det. Tung og langvarig bruk av nevroleptika vil kunne kontrollerer galskapen sine ytringsformer og gjere den synlege sosiale kontrollen overflødig, men prisen er samstundes øydelagde liv. Psykologien har gitt sitt bidrag gjennom atferdsterapien som tilsvarande kan nyttast utan systemisk visdom til å utøve kontroll gjennom å øydeleggje føresetnaden for variasjon og fridom.

### **Sjukdom sett systemisk**

Kva er sjukdom og helse? Eg har så langt freista å drøfte alternative perspektiv til tradisjonell biomedisin, eller perspektiv som grip om meir av heilskapen og i større grad gjer det naturleg å integrere dei synsmåtar og samanhengar som er gjort greie for i kapittel 16. Eg har prøvd å vise at systemteori og kybernetikk ikkje utan vidare er svaret, at det finst mange systemteoriar, men at ein innan desse tradisjonane finn modellar og omgrep som betre gjer oss i stand til å ta omsyn til kompleksitet og samanhengar, og dermed kontekstualitet. Vi har tidlegare sett at ideen om «balanse» på eit eller anna vis inngår i dei fleste meningssystema om sjukdom og helse. Balanse og likevekt er også sentrale element i systemteori. Eit kvart system vil i si sjølvregulering vere innretta på si eiga overleving, og føresetnaden for dette er likevekt og balanse i forhold til både den indre og den ytre organiseringa. Samstundes vil desse nivåa for regulering henge saman og kommunisere. Men «likevekt» er i systemisk perspektiv ikkje ein tilstand, men ein prosess. Ein prosess som kontinuerleg

rettar seg mot gjensking og fornying. Det som på eit nivå har ein stabil struktur, er betinga av variasjon og endring på underliggjande nivå. Sidan eit kroppsorgan berre kan fungerer ved at celler døyr og vert fornya, kan vi spissformulert seie at døden er ein føresetnad for det levande. Imperativet i levande system, meininga så å seie, er å oppretthalde seg sjølv. Eit system si evne til dette vil vere betinga av mange tilhøve, men framfor alt evna til å hanskast med endring i den interne og eksterne omgjevnaden. Denne evna kjem i prinsippet til uttrykk på følgjande tre måtar. Ein kan hanskast med endring i omgjevnaden ved å *unngå* den, som til dømes å gå innandørs når det vert kaldt ute. Alternativt kan ein tilpasse seg ved å *påverke* omgjevnaden som når vi set på varme i eit rom som vert for kaldt, eller systemet kan *tilpasse seg* ved å inkorporere endringa i sitt eige funksjonsnivå. Ein endrar då strukturen i systemet sine relasjonar som når høgdeopphald fører til auka hemoglobin i blodet som kompensasjon for lågare oksygennivå i omgjevnaden. Systemet sin fleksibilitet til ulike former for tilpassing kan vi seie utgjør systemet sin adaptive kapasitet. Fleksibilitet vil seie mulege val i ein gitt situasjon. Denne kapasiteten er fylogenetisk aukande. Mennesket sin adaptive kapasitet har ein føremon i høve til nærskyldde artar gjennom større evne til abstraksjon og symbolisering. Skilnaden mellom å *vere gitt* og inkludert i omgjevnaden som faktisitet, og å kunne *eks-istere* (som tyder å utstå frå) i form av den distanse til denne faktisiteten som er gjort muleg gjennom abstrahering, aukar den adaptive kapasiteten radikalt. Denne distansen og «fristillinga» i høve til faktisiteten opnar så å seie «tida» slik at tid vert ein dimensjon vi kan inkludere i tilpassinga vår. Slik gjer vi nytte av fortida i notida, og for planlegging av ulike versjonar for framtida. Medan nærskyldde artar sin adaptive kapasitet stort sett er innebygd i evna til å hanskast med endring gjennom å unngå eller å inkorporere, er evna til tilpassing gjennom å endre sjølve omgjevnaden eit særleg tillegg for mennesket. Ser vi på evolusjonen som fylogenetisk læring, kan vi seie at det ikkje er ein auke i genetisk adaptive responsar som aukar denne adaptive kapasiteten. Det er læring på eit overordna nivå, nemleg sjølve *evna til å lære å lære* som er nedfelt i det genetiske «minnet». Men, og det er eit viktig poeng,

større kapasitet for adaptive val - fridom om vi vil - aukar også sjansane for patologisk adaptasjon. Større fridom gir også fridom til å gjere fleire feil.

Prøver vi å setje omgrepet «sjukdom» inn i eit slikt perspektiv, er den første «meldinga» at det i systemperspektiv ikkje er relevant å sjå på sjukdom som entitet, men som eit relasjonstilhøve. Dette gjeld ulike systemnivå. Som eg tidlegare har drøfta gjeld det til dømes relasjonen mellom teikn og fortolking av teikn. Sjukdom føreset altså eit definerande system. Som omgrep nyttar vi sjukdom om det som i systemtermar kan kallast ulike former for adaptive vanskar i systemet. Det kan til dømes vere tale om at den fluktuerande aktiviteten i systemet vert skipla eller «støyter mot» grenseverdier for toleranse på involverte variablar, med den mulege konsekvensen at det skjer samanbrot av struktur og dermed svekt sjølvregulering. Samstundes gjer systemperspektivet klart at det ved sjukdom alltid vil vere tale om prosessar og ikkje tilstandar. Det som vi på eitt tidspunkt karakteriserer som sjukdom, kan såleis gjelde ulike fasar i ein prosess med systemisk deregulering, ved starten eller til dømes ved «vendepunktet» før likevekt vert gjenoppretta. Dei teikna vi baserer oss på, som til dømes feber, treng heller ikkje peike eintydig mot kva delsystem som er primært i dereguleringa sidan deregulering i eit delsystem vil involvere kommuniserande system. I systemisk forstand kan vi seie at den einaste «sikre» indikatoren på sjukdom er det som i biomedisinen er minst sikkert, nemleg smerte og liding. Smerte og liding kan vi sjå på som måtar systemet kommuniserer med seg sjølv på om sin eigen tilstand. At smerte i biologisk perspektiv har overlevingsverdi treng eg neppe utdjupe. Men, smerte er ikkje berre ein «bodskap» - det er og ein bodskap som aktiviserer adaptive aktivitetar i systemet. Smerte er motiverande.

### **Læking og behandling sett systemisk**

Sjølv om saka her først og fremst gjeld læking og behandlingsprosessen, gir denne analysen av sjukdom meg høve til å underbyggje følgjande poeng. På same vis som utvikling av ein sjukdomsprosess kan vere eit komplisert samspel

i den biosemantiske økologien, vil også lækjeprosessen vere det. Sjukdom og læking er nemleg ikkje skilde prosessar. Det er to sider av same sak. Frå eit systemperspektiv kan ein hevde at læking foregår kontinuerleg. Den er ein del av den adaptive aktiviteten i sjølvregulerande system som alltid går føre seg. Sjukdom er teikn på ekstremar i denne reguleringa - ulike grader av adaptivt samanbrot; mellombels eller permanent. Ein kvar levande organisme har med andre ord sjølvlækjande evner. Det vi kallar «behandling» kan vi i lys av dette definere som intenderte tiltak for å fremje denne prosessen. Det kan vere tiltak individet sjølv initiere (eigenbehandling), eller tiltak initiert av andre i personen sin omgjevning, eller personar i formelle roller (behandlarar). All behandling er sosialt initiert og prinsipielt indirekte som kommunikasjon med denne lækjeprosessen. Held vi oss til somatiske sjukdomar, kan vi til dømes seie at behandling er assistanse til immunsystemet, anten ved å styrke dette systemet si forsvarsevne - eller gjennom å svekke den utfordringa det står overfor. Legen kan gipse eit beinbrot, men groinga av brotet må kroppen sjølv gjere. Kirurgen kan meir eller mindre effektivt fjerne ein svoll, men det er kroppen som etterpå reparerer skaden. Like eins når eit nytt organ vert transplantert inn, det er dei kroppslege systema som må syte for at dette vert «akseptert» i systemet. Verksemd *i* og *mellom* system kan vi sjå som kommunikasjon. Ved medikamentell behandling kan vi tale om kommunikasjon med kjemiske budskapar. Det gjeld her som ved all anna kommunikasjon at effektiviteten både er avhengig av at budskapen kan overførast gjennom mest mogeleg presise kanalar utan å verte svekt undervegs, at budskapen når intendert mottakar, at budskapen er koda i samsvar med mottakar sitt system for dekodning (receptor), og at dekodninga aktiviserer forventa gjensvar (respons). Medikament kan ha ein generell budskap retta mot å styrke den generelle adaptive evna (som ved vitaminkur eller liknande), eller ein spesifikk budskap som til dømes ein toksisk verknad på spesielle celletypar (som ved t.d. cellegift). Medikament som vert systemisk formidla gjennom det metabolske systemet og blodstraumen, vil sjeldan ha ein perfekt mottakarspesifisitet. Ikkje ønskt kommunikasjon undervegs og framande kjemiske berarar resulterer i det

vi omtalar som biverknadar. Placeboeffektar, og all anna behandling som er psykoterapeutisk og dermed relatert til ein kulturell og sosial omgjevnad, er kommunikasjon gjennom det mentale domenet der input ikkje er kjemiske substansar, men informasjon. At det kroppslege systemet som er i stand til å ta imot og omkode informasjon også må kunne transformere denne til kjemiske berarar dersom det skal kunne vere tale om biologiske responsar, er i denne samanhengen ei sak for seg. I alle høve vil det ikkje kunne vere tale om aktivering av anna «kjemi» enn den som alt er i kroppen sitt eige repertoar (jfr. kapittel 10. om endorfinhypotesen).

Sidan vi kan definere behandling som «assistanse» til lækjeproessen, er ei vurdering av effektivitet eit komplisert spørsmål. Det systemteoretiske perspektivet som er skissert gir høve til nokre allmenne refleksjonar. At sjukdoms- og lækjeproessen kan involvere heile det biopsykososiale økosystemet, tyder ikkje at intervensjon via eitkvart av dei aktuelle subsystema er effektiv, eller like effektivt. Ser vi på behandling som kommunikasjon kan vi seie at effektiv behandling føreset *aksess* (tilgang) til det primære subsystemet som er i adaptiv krise, og at det vert formidla «bodskapar» som står opp om adaptive responsar. Kommunikasjonsteoretisk kan ein då seie at slik aksess vil vere mest effektiv dess færre grensesnitt og omkodingar som er nødvendig mellom nivå for input og nivå for mottakarsystemet. «Kortast veg» er mest gunstig for effektiv kommunikasjon. Psykoterapi vil etter dette vere mest effektiv for adaptasjon innan det mentale domenet, og minst effektiv som adaptiv støtte på cellenivå. Eit anna poeng ligg i omgrepet redundans. Når vi seier at «eit blick kan seie meir enn tusen ord» uttalar vi oss om ein relasjon der redundansen er stor, lite sendt informasjon gir mykje motteken informasjon. Føresetnaden er stor kontekstuell likskap mellom sendarsystem og mottakarsystem. Redundans vil virke inn på aksess og kjemiske bodskapar vil såleis berre kunne ha redundans i høve til mottakarsystem som kommuniserer kjemisk. Men når dette er sagt må eg streke under at vi ikkje kan isolere sendarsystem og mottakarsystem fordi denne kommunikasjonen også genererer

kommunikasjon mellom andre subsystem i det organiserte «overlevingskollektivet» som utgjør ein organisme. På same vis som adaptiv krise kan melde seg i eit subsystem som følgje av ubalanse i heilt andre subsystem innan den felles økologien, kan også gjenoppretting av dynamisk balanse vere kommunisert gjennom desse andre subsystema. Ein kan då hevde at ei behandling vil vere effektiv gjennom aksess til fleire systemnivå som kan aktiviserer mest muleg av det totale adaptive potensialet i systemet som heilskap. Ein pille med tillegg av placebo er difor meir effektiv enn ein pille utan dette tillegget. Ut frå resonnementet så langt om kommunikasjonsproblem mellom nivå og ulike grensesnitt kan ein seie at placebo eller psykoterapeutisk input generelt representerer eit marginalt potensiale for verknad på cellenivå. Vi kan likevel ikkje konkludere med at slike «minimale potensiale» alltid gir minimal effekt. Ei slik slutning er rett nok nærliggjande innan det eg har kalla lineær epistemologi, som er prega av det Finn Tschudi (1977) kallar «illusjonen om kongruens» - at minimale eller maksimale årsaker gir høvesvis minimale og maksimale effektar. I systemiske prosessar vil derimot «ei lita tue kunne velte store lass». I kybernetikken sitt språk vil ein tale om rekursiv regulering både gjennom negativ og positiv feedback. Negativ feedback korrigerer avvik i system og er velkjend frå homeostatisk regulering. Positiv feedback, som vil forsterke avviket, har vore mindre påakta inntil Maruyama (1963) sin innsiktsfulle analyse. Samspelet mellom ulike reguleringsformer i eit system gjer difor prediksjonen av verknaden av input usikker. Tenkjer vi oss to subsystem A og B som kommuniserer, vil det til dømes kunne vere slik at under visse tilhøve i interaksjonsområdet mellom dei vil minimale endringar kunne eskalere til store verknader, medan effekten kan vere null under andre tilhøve. La oss tenkje oss at A og B regulerer sin eigenaktivitet i høve til settverdiane  $a$  og  $b$ . Det vil då kunne vere slik at kor vidt ei endring  $a\tilde{a}$  i A aktiviserer ei endring i B, ikkje berre vil avhenge av kor stor  $a\tilde{a}$  er, men også av tilstanden i B i høve til den dynamiske variasjonen kring  $b$ . Det kan tenkjast at det er ein relativ svak kommunikasjon mellom systema og at ein bestemt  $a\tilde{a}$ -verdi ikkje endrar aktiviteten i B så lenge aktiviteten i B er innan normalt

dynamisk område for variasjon for  $b\beta$ -verdiar. Sett no at aktiviteten i B er på grensa av det systemet toler. Systemet er i ustabil balanse i høve til retningane organisasjon eller disorganisasjon. I ein slik situasjon vil  $a\tilde{a}$  kunne ha ein avgjerande grensenytte, vere den marginen som set retning på prosessen vidare<sup>3</sup>.

### **Kreft som døme**

I kapittel 2. omtalte eg ei relativt dramatisk lækjehistorie om kreft og placebo (historia om mr. Wright). Eg skal difor nytte kreft som døme for ein diskusjon av tankeganen ovanfor. Det er altså ikkje kreft i seg sjølv eg vil hevde synspunkt om, men prøve ut eit systemteoretisk resonnement. Metaforbruken kring kreft tyder på at ein i vår kultur assosierer kreft med mektige, ukontrollerte krefter som angrip oss utanfrå (sjå Sontag, 1979). Kreft er nærast synonymt med død. Ikkje uventa kanskje, sidan følgjene ofte er dramatiske. Det er mangt ein framleis ikkje veit om utvikling av kreft, men ein kan i allfall utifrå cellebiologi hevde at kreftceller korkje er mektige eller sterke celler. Kreftceller er tvert imot svake og ustrukturerte som korkje angrip eller øydelegg - dei ganske enkelt overproduserer. Medan sunne celler kommuniserer effektivt med miljøet og bearbeider genetisk informasjon på ein korrekt måte slik at reproduksjonen er optimal, er denne kommunikasjonen og sjølvorganiseringa i kreftcella svekt slik at den veks og reproduserer seg uhemma. Den strukturen som bind celler saman (som altså er meta-cellulær) kan verte svekt og kreftceller kome på vandring til andre delar av kroppen der veksten held fram (metastaser). I ein sunn organisme vil immunsystemet kjenne igjen unormale celler og øydeleggje dei - eller isolere dei slik at dei ikkje kan spreie seg. Om immunsystemet ikkje er effektivt nok, vil mengda av slike

---

<sup>3</sup> For resonnementet sin del har eg forenkla noko. Poenget er også innebygd i Maturana og Varela (1987) sin meir komplekse modell om autopoiese. Når dei hevdar at levande system er informasjonsmessig lukka og struktur-determinerte, inneber det at føresetnaden for at endringar i A gir endringar i B er ei strukturell kopling mellom A og B. Strukturen i eit system kan fluktuere innan same organisasjonsform. Verknadar frå A til B kan berre verte realisert gjennom strukturelle endringar i B, og dei aktivitetar i A som kan bidra til dette er determinert av strukturen i B. Vi kan seie at Bs struktur selekterer sine verknadar - og at den verknad som A *kan* ha er ein «trigger-verknad».



feilaktige celler auke. Det blir hevda at det i og for seg er normalt at ein skilte slike feilceller frå tid til anna opptrer. Det unormale er at immunsystemet ikkje syter for rask korreksjon. Frå eit systemperspektiv kan ein i alle høve karakterisere kreft som samanbrot og disorganisering på cellenivå. Kva som er genesen for dette samanbrotet er ikkje avgjerande å utdjupe, men statistiske samanhengar med mange ulike miljø- og variablar for livsstil gir visse indikasjonar. No kan ein ikkje frå statistiske samanhengar utan vidare gjere slutningar om kausalitet, men i alle høve tyder dette på at der er etiologisk kommunikasjon via ulike nivå i det biopsykososiale økosystemet. Tesen om ein psykisk genese ved kreft er gamal i psykologien (jfr. Wilhelm Reich) og har blitt utvikla vidare utifrå ulike teoretiske grunnlag i nyare forskning. Det er heller ikkje poenget å drøfte denne forskinga her, men det er grunn til å karakterisere delar av ho som svært hypotetisk og ikkje lite spekulativ når det gjeld hypotesar om spesifikke samanhengar mellom psykologiske tilhøve og kreft. Dette er på sett og vis lineær psykologisme. Utan å gå grundig inn i dette skal eg ikkje hevde at der ikkje kan vere slike etiologiske samanhengar, berre at dette er svært lite sannsynleg. Av dette følgjer ikkje ei slutninga om at der er *ingen* samanheng. Det er nemleg langt meir sannsynleg at psykologiske tilhøve kan ha uspesifikke verknader gjennom kommunikasjon via immunsystemet, og i den grad der er ein psykososial genese som svekkjer dette systemet, vil slike tilhøve dermed kunne vere ein del av genesen ved kreft. I eit slikt resonnement impliserer ein med andre ord at «sett frå cellenivå» er den mulege kommunikasjonen med det mentale alltid indirekte som uspesifikke «bodskapar». Slike samanhengar kan ein difor ikkje karakteriserer som stabile og «lovmessige», berre som meir eller mindre sannsynlege.

Så litt høgtenking om behandling, og det er framleis resonnementet og ikkje kreftbehandling som er saka. Hovudformene for medisinsk behandling ved kreft er kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi (t.d. cellegift). Som omtala tidlegare har ein også ved ein del klinikkar laga opplegg som inkluderer eit vidt

spekter av støttande miljøtiltak og psykoterapi. Simonton-modellen er internasjonalt eit av dei mest kjende døma på dette (Simonton et al. 1978). Eit kirurgisk inngrep som fjernar ein lokalisert kreftsvoll utan særleg anna skada på vev eller organ er direkte og effektiv kommunikasjon. Sjølv om vi tidlegare har sett at også operative inngrep har eit potensiale for placeboverknad, kan ikkje denne gjelde sjølve inngrepet, men eventuelt berre adaptasjonen etter inngrepet. Eg legg då til grunn at placeboverknader er verknader via immunsystemet. Relativt til det operative inngrepet vil placebo produserte verknader i alle høve vere marginale og indirekte - altså ikkje «kirurgiske», berre «postkirurgiske». Teoretisk kan det likevel tenkjast situasjonar der slike effektar kan spele ei viktig og avgjerande rolle. Ein operasjon er i seg sjølv ei belastning på organismen og immunsystemet. Postoperativt kan det vere tale om restar av kreftceller som kan reprodusere seg vidare til nye koloniar, eller nye kreftceller som utfordrar immunsystemet. I prinsippet kan ein hevde at både placebopotensialet ved operasjonen, andre psykososiale tiltak med verknader via det mentale domenet, samt kosthald og vitaminkurer - alt som via ulike kommunikative vegar styrkar immunsystemet og kroppen sin allmenntilstand, er potensielt gode faktorar for lækjeprosessen. Dette følgjer av den systemteoretiske påstanden om at effektiv behandling er å aktivisere mest muleg av det adaptive potensialet i det relevante økosystemet. To operasjonar som reint teknisk og kirurgisk var like vellukka overfor to identiske svulstar, kan difor tenkjast å ha ulike utfall. Isolert sett marginale «årsaker» kan i eit slikt perspektiv ha avgjerande verknader. Dei same synsmåtane kan gjerast om strålebehandling, cellegift og eventuell anna kjemoterapi. Kjemiske bodskapar retta mot spesifikke celler kommunisert systemisk vil måtte omkodast undervegs for å kunne «nå fram». Alle transformasjonar aukar risikoen for tap av informasjon, og at informasjon kjem på avvegar. Vi kan seie at ein slik bodskap er god behandling når bodskapen er koda (her kjemiske kodar) i samsvar med det mottakarsystemet kan dekode (celle-reseptorar), og bodskapen ikkje vert svekt, endra eller aktiviserer ikkje-intenderte mottakarar (biverknader) slik at den intenderte bodskapen vert svekt. Bodskapen sin

effektivitet vil såleis også vere relativ til den biokjemiske konteksten den kommuniserer i.

Vi kan gløyme kreft. Saka gjeld ein måte å tenkje på som føreset eit analytisk skilje mellom læking som ein del av den kontinuerlege sjølvreguleringa, og behandling som intendert kommunikasjon overfor denne prosessen. Tenking i system og kommunikasjon er i prinsippet kontekstuell tenking. Vi kan difor seie utifrå resonnementet at all behandling i prinsippet er kontekstuell. Spørsmålet gjeld difor ikkje kontekst eller ikkje, men ulike gradar av kontekstrelevans. Dette er empiriske spørsmål, og det er ein del av styrken ved vitenskapleg forskning i medisinen at ein kan sannsynleggjere ein metode si relative binding til kontekstuelle tilhøve. Men medisinsk *praksis* er ei anna verd. I denne tilseier etikken at ein aktiviserer mest muleg av det som kan bidra positivt til lækjeproessen. Eg har tidlegare prøvd å gjere sannsynleg at svært mykje av det ein praktiserer i alternativ medisin er ein praksis der det viktigaste neppe er dei spesifikke metodane og teoriane dei kviler på, men praksisen si evne til å stimulere lækjeproessen. Når slik «medisin» ikkje kan kvittere for vitenskapskravet om å vere relativt ubunden av kontekst, tyder altså dette ikkje det same som «utan verknad». Analysen gjer det også tydeleg for oss at sjølve nemninga «alternativ» er meningslaus. Alternativ behandling kan ikkje vere eit alternativ til vanleg medisinsk behandling av kreft. At mangt innan denne tradisjonen likevel kan vere eit verdifullt tillegg bør også ein vanleg skulemedisinar vere open for, og det er ikkje eingong gitt for skulemedisinen å kunne diagnostisere *om* eller *når* systemisk sett marginale «årsaker» kan ha avgjerande «verknader». Det handlar difor også om kommunikasjon på dette planet - om å utvikle språk og tenkjemåtar som gjer kommunikasjon mellom ulike medisinske meningssystem muleg. Til beste for pasienten.

## DEL III TERAPEUTISKE SYSTEM

### Kapittel 18

#### ESOTERISK MEDISIN

Mentale prosessar er ein del av den generelle lækjeprosessen, ein prosess som er del av den kontinuerlege sjølvreguleringa i biologiske system. Når lækning skjer via det mentale domenet, kan vi kalle den psykoterapeutisk av natur. Men slik lækning kan vi ikkje gjere greie for som «natur». Sjølv om vi på kroppsleg nivå kan spesifiserer mulege effektvariablar (avhengige variablar) for slik lækning, vil ei empirisk kartlegging av årsaksvariablar (uavhengige variablar) aldri kunne gi oss ei uttømmende liste. Slike variablar vil i alle høve berre vere generaliseringar *innan* ein gitt kulturell kontekst, fordi desse er «årsaksvariablar» berre i den grad dei kommuniserer meining. Det har difor vore nødvendig å bringe inn kultur som perspektiv. Det kroppslege og det kulturelle vert vanlegvis omtala med nokså ulike og uavhengige diskursar. Eg har nytta nemninga biosemantisk for å overkome denne polariseringa, og argumentert for at kommunikasjonen mellom kropp og omgjevnad utgjer eit biosemantiske system. Meining er alltid meining *for* nokon. Difor kan meining som intendert medisin ikkje vere spesifisert à priori, berre gjerast sannsynleg gjennom kunnskap om mottakaren si livsverd og skapast i den kommunikative relasjonen mellom behandlar og klient. Difor kan vi heller ikkje skjønne slik lækning berre gjennom å studere mentale prosessar. Det mentale handlar alltid *om* noko, og ser vi bort frå det mentale si kulturelle kontekstualisering, vil ei avgrensing og fiksering på mentale prosessar utelate sjølve meiningsaspektet. Gjennom å sjå det mentale nettopp som kommunikative relasjonar mellom kropp og omgjevnad, vil vi lettare kunne halde fast ved eit kontekstuel perspektiv.

No er omgrepet «kontekst» etterkvart ikkje uvanleg i moderne faglege diskursar. Men vi kan lett kome til å nytte det som omgrep om ein restkategori av varians vi ikkje kan forklare, og ferdig med det. Kontekst er ikkje ein variabel, og analytisk må vi differensiere mellom ulike kontekstuelle nivå. Sidan vi aldri kan gripe heilskapen, er kontekst ikkje noko som er gitt, men noko vi definerer implisitt gjennom kva vi set fokus på. Vi kan til dømes seie at vi ikkje kan skjøne kva terapi eller placebo er, utan å sjå dette i lys av behandlingssituasjonen som kontekst (aktuell kontekst). Men denne aktuelle konteksten må vi i neste omgang sjå i lys av kulturelle og samfunnsmessige tilhøve som kontekst. Vi kan difor seie at vi ved å innføre omgrepet kontekst først og fremst innfører ein måte å tenkje på. Difor har eg argumentert for at potensialet for læking i ein behandlingssituasjon (aktuell kontekst) først kan gjerast greie for når vi ser denne i ein kulturell samanheng. Eg har difor nærma meg denne problemstillinga frå to ulike perspektiv - ulike fordi dei tek utgangspunkt i ulike nivå. Det eine er den store forteljinga, kulturperspektivet der den kulturelle evolusjonen av meiningssystem vert sett som ein kollektiv adaptiv prosess. Omgrepet *medisinske system* er meiningssystem kring sjukdom og helse utvikla gjennom denne adaptasjonen.

Eg har prøvd å vise at epistemologisk sett vil alle slike meiningssystem, anten dei er basert på vitenskap, tru eller ideologiar; bygge på eit føretrakt forklaringsparadigme - ein hovudkonsepsjon om sjukdom og læking. Det er dette som gjer dei til meiningssystem. Anten det diagnostiske systemet inneheld få og enkle kategoriar, eller er differensiert og spesifisert, vil det vere tale om variasjon innan eit slikt paradigme. Slike paradigme fungerer som tolkingsskjema, og vi kan klassifisere dei utifrå korleis dei forstår relasjonen årsak-verknad ved sjukdom og liding. Dette gjeld både sjukdomsårsaka sin natur og lokalisering.

Så langt det diakrone perspektivet. Poenget er at den aktuelle behandlinga alltid er ei punkttering innan denne diakronien, som ontogenesen innan fylogenesen, og at potensialet for læking har å gjere med denne innvevinga i det kulturelle. Kva som kan virke som læking kan likevel ikkje vere tilfeldig og slumpmessig. Det vil alltid vere tale om ein «kulturell medisin» vi difor ikkje kan formulere som ein allmenn terapeutisk teori. Derimot vil det kunne vere muleg om terapeutiske

kontekstar, og ein påstand om denne er at ein behandlar treng epistemologisk legitimitet for at han eller ho kan skape kontekstuell læking. Det vil seie to ting. For det første at behandlar og klient er innafor eit felles diakront meiningssystem, og at behandleren har ei legitim rolle som utøvar i dette systemet. Dette er nødvendige, men ikkje tilstrekkelege føresetnader. No er legitimiteten ikkje noko ein har, den vert gitt *av* nokon. Dermed er vi over i det andre perspektivet, den vesle forteljinga, den individuelle adaptasjonen ved sjukdom. «Sjukdom» er ein sosialt fortolka kategori som først set seg igjennom innan ein lokal epistemologi, innan den sjuke si livsverd. Dette er grunnlaget for det nødvendige analytiske skiljet mellom «disease» og «illness», samstundes som det er heilt nødvendig å skjønne at dette er to nivå som kommuniserer. Den individuelle epistemologien om sjukdom inneheld også som vi har sett oppfatningar om årsakssamanhengar som speglar det ein kan finne i dei kulturelle meiningssystema. Slik den somatiske delen av lækjeprosessen alt er implisert ved sjukdomsstart, har eg argumentert for at vi må sjå den sosiale prosessen som gjeld søking etter meining som implisert på same viset i den totale adaptasjonen ved sjukdom.

Eg har her oppsummert nokre moment som eg vil føre vidare i ein analyse av lækjefenomen. Dette er moment i eit kontekstuellt perspektiv på læking, eit perspektiv som på mange vis er i motstrid til det biomedisinske perspektivet og dei nomotetiske vitskapsideala som den vestlege skulemedisinen er tufta på. Sjølv om dette er den dominerande medisinen både i utbreiing og status i vår kulturkrins, er det verdt å minne om at i eit globalt perspektiv er det likevel i følge WHO slik at 2/3 av folkesetnaden i verda gjer seg nytte av andre former for medisin, og at ulike former for alternativ medisin også har ein aukande marknad i vestlege land (ref. i Etkin & Ross, 1983). Når eg refererer til denne andre medisinen med samleomgrepet «esoterisk medisin», er det sjølv sagt ei grov forenkling å kategorisere både folkemedisin, alternativ medisin og medisin innan ikkje-vestlege kulturar i same sekk. Esoterisk kjem her i motsetnad til vitskapleg, vestleg medisin - og det er nettopp det som er poenget. For trass i at vi med ei slik grov kategorisering taler om ein omfattande og variert medisinsk praksis, er det ein medisin som byggjer på andre typar kunnskap enn den vitskapelege. Det er erfaringskunnskap og ideologisk basert kunnskap som i større grad er innvoven

nettopp i kulturelle praksisar og epistemologiar. Det er sjølvsagt ei uoverkomeleg oppgåve å skulle prøve dei perspektiva eg har utvikla på alle desse varierte formene. Eg har difor valt å ta utgangspunkt i den eldste og mest utbreidde esoteriske tradisjonen, den som vanlegvis vert omtala som sjamanisme. Føremålet er eksemplarisk, og gjennom ulike døme vil eg freiste å gjere sannsynleg at i den grad slike behandlingar gir effekt, er det i hovudsak tale om kontekstuelle effektar.

### **Den eldste medisinen**

Så langt tilbake som vi har spor etter mennesket sin levemåte, er der også spor etter det vi kan kalle medisinsk praksis. Sjamanistisk praksis er gjennom holemåleri dokumentert som minst 20 000 år gamal (LaBarre, 1979).

Sjamanismen er den eldste og mest vidfemnande form for medisinsk praksis vi kjenner til. Sjølv om ein geografisk mest har knytt sjamanismen til nordre og sentrale Asia, finn ein fellestrekk også med slik praksis i Australia, Afrika, Amerika og Europa (Harner,1980). Samstundes er det ein praksis som framleis er levande for store delar av jordas befolkning. Men sjamanen var tradisjonelt meir enn berre lækjar. Antropologen Weston LaBarre (1979) kallar sjamanen verdas eldste profesjonelle - forfaren til både presten og lækjaren. Ikkje berre var han samstundes begge desse, men også artisten som song, dansa og musiserte. Han kunne like mykje vere meteorolog, kulturhelt, politisk leiar eller rådgjevar.

*Shaman* kjem av det russiske ordet *saman* som tyder «å varme seg opp», eller utøve ein streng asketisk praksis (Halifax,1979; Achterberg, 1985).

Populærframstillingane sidestiller gjerne sjamanen med heksedokteren eller medisinmannen i ulike kulturar. I antropologisk samanheng er det i følge Achterberg (1985) korrekte å avgrense sjamanen ved tilvising til dei former for praksis som nyttar seg av ekstatiske ritual og set seg sjølv i kontakt med den åndelege verda for å hente «kraft» til lækjedom. I det følgjande skal vi «vitje» sjamaner frå litt ulike kontinent.

## **Khanty-sjamanen**

Balzer (1983) har studert sjamanismen i Khanty-provinsen i Sibir både historisk, og i samtidig måte å te seg på. Ein sjamankur er retta mot åndeleg frigjerung av pasienten. Balzer legg vekt på at suksessen er avhengig av sjamanen sin status i samfunnet. Under sovjetmedisinen var den dalande og utsett for aktiv motpropaganda. Likevel fann Balzer at den var levande i ulike subkulturar, og i einskilde miljø kunne folk gjere seg nytte både av sovjetisk skulemedisin og sjamanistisk læking. Sjamanen si rolle er nøye knytt til ein religiøs epistemologi som inneber at dei døde representerer eit åndeleg maktkollektiv over dei levande. Khanty-sjamanen er formidlaren mellom denne åndeverda og kulturen.

«Helse-ånda» vil kunne vere til stades hos personen når han er vaken, men kan forlate ein når ein søv. Slik kan den også verte stolen og gi opphav til sjukdom. Den sjuke sjela (*iles*) kan leve anten i hovudet eller på overflata av kroppen. Den er vanlegvis usynleg i vaken tilstand. Ved søvn eller sjukdom kan den ta form av eit insekt eller ein fugl. Den sjamanistiske lækjeseansen er vanlegvis ikkje berre ein relasjon mellom sjamanen og den sjuke, men involverer også den sjuke sin familie og tidvis større delar av lokalsamfunnet. Det er ofte ein dramatisert kontekst med mykje lokalt engasjement.

Sjamankuren har to hovudstadium, eit diagnostisk og eit terapeutisk. Khanty-sjamanen legg i den diagnostiske fasen mykje vekt på «tilståing» frå den sjuke sjølv eller frå familien. Som regel gjeld dette kulturelt definerte synder. Sjamanen vil gjennom dette kunne attribuere sjukdomen til anten den sjuke si atferd, eller til andre i familien eller til ein død slektning. Sjeletjuveriet kan til dømes vere utført av ein avdød slektning som lengtar etter kontakt. Det høyrer med til den sjamanistiske religiøsiteteten å forhalde seg med vørndnad til forfedrane. Det er i seg sjølv førebyggjande medisin. Ein kan seie at dei diagnostiske rituala har ein dobbel funksjon. Gjennom å vere uttrykk for lokal epistemologi, er rituala samstundes ei kommunikativ stadfesting av epistemologien - ein slags allmennprevensjon. Ved at den sjuke gjennom ritualet vedkjenner seg eventuelle synder, vil han samstundes aksepterer ei fortolking og ein meiningssamanheng om sjukdomen. I følgje Frank (1961) vil dette i seg sjølv kunne ha ein terapeutisk effekt.



Sjamanen sin åndelege reise er sentralt i den terapeutiske fasen. Denne reisa kjem i stand ved at sjamanen gjennom ulike rituelle tiltak set seg sjølv i trance. Det er ofte ei strevsam reise der sjamanen etterkvart oppsporar ånda frå tidlegare døde som så vert konfrontert med «sjeletjuveriet». For pasienten ligg det truleg ei lette i at sjølve oppsporinga har gitt resultat. I ei dramatisert framstilling forhandlar sjamanen med denne ånda, til dømes ved å tilby den mat, pengar, kostesame klede eller andre verdisaker. Ofte kan det oppstå ein dramatisk kamp som endar med at sjamanen kjem «tilbake» og med ein knytt neve demonstrerer at han har fått tak på den stolne sjela. Deretter bles han denne inn i den sjuke sitt øyre, og den sjuke opplever stor lette og demonstrerer fornya energi.

Khanty-sjamanen si rolle er kulturelt tilskriven gjennom ein sosial prosess med visse hovudmønster. Sjamanen sin status vil kunne utvikle seg gradvis avhengig av virkefelt og omtale. Han opptrer som regel først i familiesamanheng, deretter eventuelt i lokalsamfunnet. Einskilde vert vidgjetne og kan reise rundt utover sitt eige samfunn. Dette er «spesialistane» i eit uformelt hierarki med både fyrste-, andre- og tredjeline teneste i det sjamanistiske helseomsorgssystemet. Kvinnelege sjamaner held seg til førstelina og utøver læking berre i familiesamanhengar.

Rekrutteringa til sjamanrolla har eit visst laugspreg. Ikkje kven som helst kan verte sjaman. Khantiane reknar med at det er eit medfødd talent som må til. Talentet vert som regel ikkje synleg før i tenåra, ofte manifestert gjennom sjukdom, draumesyn og ulike former for «nervøs atferd». Det er som regel ein eldre sjaman som oppdagar talentet. Denne eldre vil uformelt ta på seg rolla som trenar. Treninga gjeld mellom anna korleis ein skal skape trance, til dømes gjennom bruk av hallusinogen og rytmiske fysiske ritual. Nybyrjaren må også lære å framføre bønner og songar, tolke draumesyn og handsame dei magiske reiskapane som til dømes tromma av reinsdyrskinn. Når meisteren meiner den nye er klar for svenneprøva, vert denne vanlegvis gjord i ein familiesamanheng. Ryktet om prestasjonane vil deretter spreie seg.

### **Diegueno-sjamanen**

Vi flyttar oss no til det amerikanske kontinentet, og framstillinga bygger på Spencer Rogers og Lorraine Evernham (1983) sin studie av sjamanistisk læking hjå Diegueno-indianarane i Sør-California. Sentralt i denne indianske epistemologien er at ånd gjennomsyrrer alt og alle ting. Ting og område kan vere åndeleg nøytrale, men åndskrafta kan oppstå i alle ting og kan vere konsentrert i spesielle gjenstandar og dyr. I deira kosmologi heiter det at ei mystisk kraft gav opphav til universet, og viser seg i universet gjennom tre nivå. Det er for det første den *øvre regionen* der skaparåndene, dei høgste åndene og sola og månen held til. Den *midtre regionen* er sentrum i universet. Den flyt i romet og er omgitt av det tomme. Dette er verda her og no der menneskja bur, pluss ein del ånder som tidvis viser seg for menneskja. Den *nedste regionen*, underverda, er området for merkelege figurar og groteske former - ofte som krypdyr og amfibier eller i kryssing med menneskelege figurar.<sup>1</sup> Desse kan påføre menneskja vondskap. Universet er i kontinuerleg balanse mellom dei ulike einingane som kan inkorporere og manipulere krafta. Vi kan tale om ein maktbalanse mellom krefter. Menneskja kan påverke dette samspelet mellom krefter ved sjølv å tileigne seg den kosmiske krafta. Dette kan ein gjere ved til dømes å underkaste seg og vise lydnad, og gjennom syner indusert av faste eller hallusinogene planter, bruk av trommer og synging. Har ein oppnådd denne krafta, har ein tilgang til sjamanen sine overnaturlege evner. Sjamanen er stammen sin spesialist i å handtere dette farlege maktpotensialet som dei overnaturlege kreftene representerer. Han er også ekspert på å tolke korleis desse kreftene kjem til syne. Som lækjer tek han seg av både kroppslege og mentale lidingar. Rett nok er han ikkje den einaste som utøver læking, men han har ein overordna status i høve til desse andre, til dømes urtekonene. Plantemedisin kan tidvis vere ein del også av sjamanen sin praksis, men sjeldan hovudingrediensen.

Rekrutteringa til rolla som sjaman går føre seg ved at eldre vel ut yngre kandidatar, oftast gutar mellom ni og fjorten år. Kandidatane vert valde utifrå interesse for læking og magi, og ikkje minst utifrå ei tidleg demonstrert evne til draumesyn; spesielt profetiske draumar. Kandidatane sin fysiske habitus spelar ei

---

<sup>1</sup> Om vi «flyttar» denne tredelinga innvortes er det ein slåande parallell til Freuds syn på instansane i personlegdomen.

underordna rolle. Ein blind kan verte sjaman så vel som ein sjåande. Psykiske symptom er ikkje eit vesentleg kriterium slik Baltzer fann i Sibir. Før initieringa til sjamanrolla går rekrutten i opplæring hjå ein eldre sjaman for å verte fortruleg med handverk og teknikkar. Før initieringa kan skje må kandidaten gjennom ein periode med faste og prøving. I løpet av denne perioden vil den eldre avsløre for kandidaten innhaldet og meininga med draumane han vil få ved det endelege initieringsritet. På den varsla dagen må kandidaten ved solnedgang drikke ei blanding av planteekstrakt (*datura*) som rett dosert gir ein søvnliknande, nær medvitslaus tilstand. I denne tilstanden vil den eldre instruktøren tolke studenten sine draumeopplevingar, og passe på at tolkinga er i samsvar med det som vart spådd i fasteperioden. Kandidaten vil då kunne oppleve draumesyn med ulike mytologiske skapningar, oftast i dyreham. Ein slik dyreskapnad vil læraren tolke som hjelpeånda som den komande sjamanen kan gjere seg nytte av. Etter initieringa vil studenten oppleve å ha fått krafta inne i seg, og at eit nytt liv tek til. Han kan likevel ikkje praktiserer fritt enno. Han må gå igjennom ein «turnusperiode» der han praktiserer saman med ein eldre samstundes som han underkastar seg eit regime med diett og streng regulering av eiga atferd. Den overnaturlige krafta som gjer sjamanen til sjaman, er likevel ikkje noko han har ein gong for alle. «Lisensen» kan inndragast. Dieguenos-indianarane er eit pragmatisk folk, og krafta må kunne provast gjennom praksis. Lukkast ein med læking, er dette bevis på at ein har krafta. Om ein eldre sjaman mislukkast med læking, er dette teikn på at krafta er i ferd med å forsvinne. Ein kan og kome i miskreditt for å ha påstått å ha krefter ein beviseleg ikkje har. Ein sjaman som kjem i miskreditt må vere i stand til å kome med ei truverdig forklaring på at han ikkje lukkast, til dømes at andre framande magiske krefter hadde intervenert og forstyrra lækinga. Legitimitet i rolla er altså avgjerande.

Det diagnostiske systemet i indianske kulturar er ikkje eintydig. Mange sjukdomar vert rekna som naturlege og treng ikkje noko kompleks forklaring eller involvering frå ein ekspert. Andre og meir alvorlege tilstandar føreset diagnose frå ein kunnig i det overnaturlige. I dieguenianske diagnosesystemet er trolldom og hekseri, ulukker og forstyrning av balansen i naturen dei viktigaste årsakskreftene. Einskilde omgrep frå moderne medisin (t.d. kreft) vert òg nytta, men spelar ei

mindre rolle. Når det gjeld dei to førstnemnde kategoriane, må ein skilje mellom den aktuelle årsaka, og den som ligg bak denne. Sjukdom vert sett på som inntrengjar utanfrå, ofte i form av eit sjukdomsframkallande objekt. Men denne aktuelle årsaka vert oppfatta som styrt av ein intensjon. Objektet er såleis berre middelet som åndskreftene realiserer målet sitt gjennom.

Diegueno-sjamanen si læking har både ein førebuande og ein terapeutisk prosedyre. Den førebuande prosedyren inneheld synging og dansing og tener til å setje sjamanen i kontakt med dei overjordiske kreftene. Samstundes tener dette til å skape den rette terapeutiske stemninga og gjere pasienten mottakeleg for dei terapeutiske fortolkingane og intervensjonane. Dette er iscenesetting av behandlingssammenheng. I hovudsak er det to typar terapeutiske tiltak som går igjen. Den eine forma kan kallast forhøyr. I lys av sjamanen sin overnaturlige autoritet vil pasienten etterkome kravet om å blottleggje ulike sider ved sitt eige liv. Dette vil ofte gjelde brot på tabu, manglande lydnamn og skulking av plikter og mangel på underkastning overfor autoritetar og autoritetssymbol. Dette er ei «tilståing» med katarsiskarakter som vil kunne frigjere stress og spenning knytt til kjensla av å ha levd i uttakt med den kulturelle orden. Den andre hovudforma i terapien inneheld ulike manipulerande tiltak. Sjamanen vil til dømes kunne gni og varme delar av kroppen, eller vekselvis blåse og suge eit objekt vekk frå kroppen til den sjuke, til dømes ein liten stein, kvist eller torn. Suginga kan gå føre seg med munnen eller gjennom ei spesiell trakt av svart stein. Trakta kan av og til vere fylt med tobakk som vert sett fyr på, og røyken bles ein så over pasienten. Suginga og blåsinga kuliminerer i eit dramatisk klimaks der sjamanen får tak på sjukdomsobjektet som han triumferande viser pasienten og tilskodarane. Sjamanen er trena til å skjule dette objektet i munnhola eller i hendene, inntil han treng det som ei kraftfull symbolisering av at sjukdomsårsaka er fjerna, og den sjuke følgjeleg kurert.

### **Xhosa-sjamanen**

Xhosa-folket finn vi i Sør-Afrika, og det er Vera Bührmann (1986), ein jungiansk analytiker, som tek oss med dit. Ho har studert læking hos dette folket og seier det er slåande at dei i lækjerituala sine agerer ut i handling det same som vi i Vesten

nyttar språket til å samtale om. Ho legg vekt på at mangt av det tilsynelatande magiske ikkje er magisk i den vanlege tydinga av ordet, men basert på gyldige djupnepsykologiske prinsipp slik ho finn dei formulert i den jungianske tradisjonen. Xhosa-sjamanen (*ingquaen*) har ingen systematisert kunnskap om dette, det er tale om ei intuitiv tileigning. På eit vis er alle sjukdomar av same slaget i den tydinga at når ein del av personen er sjuk, er heile personen sjuk. Som i dei fleste stammesamfunn er lækinga ikkje berre ei affære mellom sjamanen og den sjuke. Den føreset som oftast deltaking frå familien og frå den sosiale omgjevnaden. I kontrast til vårt vestlege verdisyn er dette eit karaktertrekk ved dei fleste før-industrialiserte samfunn, den sosiale fellesskapen er overordna einskildindividet.

Epistemologien om forfedrane er også heilt sentral hos Xhosane både i deira diagnostiske og terapeutiske system. Forfedrane er av to kategoriar. Det er tidlegare klanmedlemar, og det er forfedrane utan spesifikk tilknytning til klanen. Den første kategorien er alltid nærverande i dagleglivet og spelar ei viktig og kontinuerleg rolle for alle klanmedlemar. Dei er vise rådgjevarar og verjer. Dei har framleis mange av sine menneskelege eigenskapar; kan føle kulde og varme, svolt og tørst, føle seg svikne og tilsidesette, verte fornærma og sinte. Om så skulle skje vil dei kunne inndra verjet sitt, noko som kan resultere i at dei vonde kreftene kjem til og skaper sjukdom. Klan-forfedrane kan også skape sjukdom direkte, men dette er som oftast av det milde slaget i form av kløing og kroppssmerter. Slike symptom skal tene til å gjere den einskilde merksam på at noko er gale fatt, og få han til å gjere bot og betring. Sjukdomar av dette slaget vert som regel takla innafør det private helseomsorgssystemet gjennom enkle prosedyrar som alle er retta mot å gjenopprette eit godt tilhøve til klanforfedrane.

Den andre kategorien forfedre kan til dømes vere «Skogsfolket» eller «Elvefolket», og lever i meir fjerne område. Fellestrekket er at dei er mektige og kan spele ei avgjerande rolle ved visse sjukdomar (t.d. *thwasa*). Desse forfedrane kommuniserer med dei levande på ymse vis, men mest gjennom draumar. I draumar kan dei framstå som menneske, kjende eller ukjende, som dyr eller som stemmer som gir råd, instruksjonar eller kjem med befalingar. Draumar og

draumetyding spelar difor ei viktig rolle i kulturen. Både for mykje og for lite draum vert sett på som lite ønskeleg, og som dårlege teikn.

Forfedrane sitt konstante nærvær er eit udiskutabelt faktum. Livet er utenkjeleg utan dette nærværet, og skal livet utfalde seg på høveleg vis er det essensielt for dei levande å utøve pliktene sine overfor forfedrane og å vise dei respekt. Dersom nokon vert sjuk, vert dette (bortsett frå alminnelege sjukdomar som forkjøling) vanlegvis tilskriven aktivitet frå forfedrane eller frå hekseri. Den sjuke vil først kunne verte behandla med heimlege boteråder. Om det ikkje hjelper, er neste steg ein diagnostisk konsultasjon (*vumisa*) hos medisinmannen (*igqira*). Det er ikkje tilfeldig kvar denne konsultasjonen går føre seg. Der er føretrekte stadar (konsultasjonsrom) utifrå den oppfatninga at desse stadane gir maksimal hjelp frå forfedrane. Den sjuke kjem sjeldan åleine. Som regel er nokon frå familien eller eit par tre vener med. Igqiraen etablerer først kontakt med forfedrane og set seg sjølv i ein tilstand av trance. Taleflommen hans vert regelmessig avbroten ved unison klapping frå dei som er til stades samstundes som dei ropar «syavuma», som tyder «vi er samde». Innimellom stiller igqiraen spørsmål og inviterer til diskusjon med dei frammøtte. Rekkefylgja er logisk. Først identifiserer igquan den sjuke personen, deretter korleis sjukdomen ter seg, og til slutt årsaka til det heile. Dei vanlegaste sjukdomsårsakene varierer frå å ha gløymt å gjere visse ting som forfedrane har reagert på (t.d. å ha brygga øl), utelete visse seremoniar eller ikkje gjort dei slik dei skal gjerast, eller hekseri grunna til dømes misunning eller sjalusi frå naboar eller slekt. Det er ikkje tilstrekkeleg at igqiraen seier fram diagnosen. Han *drøftar* den fram og syter for at heile gruppa er samd. Når det heile er klarlagt, vil ein gå vidare og diskutere ulike tiltak. Det vert altså lagt vekt på at det er konsensus om den diagnostiske fortolkinga.

*Thwasa* er ein viktig sjukdomskategori hos Xhosa-folket. Den er også inngangsbilletten til igqira-rolla. Ordet «thwasa» tyder «noko nytt som kjem til syne». Det kliniske biletet av thwasa er ei emosjonell forstyrring i større eller mindre grad følgd av kroppslege symptom. Den angripne vil virke tilbaketrekt, irritabel, rastlaus, av og til aggressiv og valdeleg. Dei forsømer si eiga hygiene, et dårleg og vert også kroppsleg sjuke. Å høyre stemmer er vanleg. I tillegg kjem ein

unormal draumeaktivitet både i omfang, og i form av eit komplekst og tvitydig innhald. Thwasa vert tolka som kall frå forfedrane, og dess meir ein motset seg dette kallet, dess verre vert tilstanden. Behandlinga, som samstundes fungerer som initiering til igqira-rolla, kan gå føre seg over ein periode på eit år. Den sjuke flyttar då dit igqiraen bor og lever. Han treng berre ha med seg såpe, resten vert sytt for av igqiraen sin familie. Behandlinga inneheld mange ulike element som i sum utgjer ein sosialiseringsperiode. Den startar med ein reinseprosedyre som både er konkret og fysisk, men som også har ei viktig symbolsk meining. Prosedyren vert gjenteken med visse mellomrom gjennom heile treningsperioden. Meininga med dette er både å frigjere den angripne frå forureining, serleg frå vonde ting som heftar ved han, og å gjere han meir mottakeleg for forfedrane sine bodskapar. Den angripne vert oppteken som familiemedlem hos ingqiraen, lever saman med han og må dagleg rapportere om draumar. Gjennom diskusjonar lærer han seg å tyde desse. Gradvis vert han teken med i ingqiraen sine gjeremål, vert innvigd i bruk av stimulerande urter og i utøving av seremoniar. Det utviklar seg ein meister-svenn relasjon som kuliminerer med *godusa*, svennestykket som er den kvalifiserande seremonien. Før dette har novisen praktisert ein del sjølv under rettleiing frå igqiraen. Om dette går bra, og det vert gitt melding frå forfedrane om at tida er inne, startar førebuinga av *godusa*. Den går føre seg på kandidaten sin heimstad, og folket heime førebur dette som eit stort arrangement. Mykje folk vil samle seg og seremonien tek omlag fire døgn. Hovudbodskapen er det igqiraen som står for, han er den som marknadsfører den heimvende i rolla som igqira. Slike initieringsritual kjenner ein i tallause variantar frå religiøs praksis, til dømes *ordinasjonen* i den norske kyrkja som også ofte går føre seg på kandidaten sin heimstad. Den nye igqiraen er no i forfedrane sin teneste, han kjenner deira ønskje og behov. Han kan skjøne og tolke bodskapane deira slik dei kjem til syne i vanlege folk sine draumar. Han er spesialist på ritual og tiltak som er nødvendige for å kommunisere med forfedrane.

No kunne dette vere meir eller mindre interessante forteljingar frå den esoteriske verda - ei verd vi rett nok kan sjå på med litt velvillig etnisk sinnelag, men som vi likevel klassifiserer i irrasjonaliteten sitt domene utan relevans for vår rasjonelle og opplyste samtid. Dette er i så fall ein lettvent konklusjon om den ikkje byggjer

på ein analyse. Eg vil i neste kapittel prøve ein slik utifrå tidlegare skisserte perspektiv. I neste omgang vil eg undersøkje vår vestlege psykoterapi utifrå tilsvarande perspektiv.



## Kapittel 19

### SJAMANISME SOM TERAPI OG SYSTEM

Korleis skal vi skjønne den sjamanistiske kuren? Eg utelet i denne samanhengen ei empirisk drøfting av *om* det i det heile teke er tale om ein kur, og i så fall ein kur av kva. At det er tale om effektiv terapi vitnar dei rikhaldige vitnemåla frå medisinsk antropologi om. Rett nok er det ein kur som aldri har vore testa mot det vitskaplege kravet om dobbel-blind placebo kontroll, men det ville ha vore innlysande meiningslaust. Spiro (1986) har truleg også rett i at i mange av dei entusiastiske antropologiske rapportane har ein latt seg forføre av den subjektive rapporteringa om læking, og at dei difor handlar meir om læking av «illness» enn av «disease» (sjå kapittel 16). I kva grad sjamankuren berre har effekt på mentale og psykosomatiske lidingar er like eins empirisk problematisk sidan ein i sjamanistiske kulturar korkje skil, eller har omgrep til å skilje mellom kroppslege og mentale lidingar. I den grad sjamanterapi har effekt vil vestlege medisinarar vanlegvis klassifisere den som ein placebo-effekt (t.d. Spiro, 1986). Rett nok er det slik at sjamanen i eit visst mon utøver direkte tiltak mot kroppen, noko som i prinsippet kan tenkjast å ha spesifikk effekt. Det gjeld mellom anna bruk av urter i eit visst omfang, massasje og varming av delar av kroppen. Dei fleste medisinske autoritetar avviser likevel at dette kan vere kausalfaktorar, og ein har jamvel påvist at mange av desse tiltaka var (og er) skadelege sett i lys av moderne medisinsk kunnskap (Jilek-Aall, 1979). Det er altså rimeleg gode grunnar for i utgangspunktet å sjå sjamanlæking som placebo, og analysere den som kontekstuell læking med verknadsvegar gjennom det mentale domenet. Føremålet med denne drøftinga er difor tosidig, å prøve dette perspektivet på sjamanterapi og samstundes nytte sjamanterapi til å utforske allmenne sider ved den terapeutiske konteksten.

## **Sjamanen som psykoterapeut**

Å skjønne sjamanterapi som ei form for psykoterapi har vore ein vanleg innfallsvinkel i seriøs faglitteratur om emnet. Men ei klassifisering er ikkje utan vidare ei forklaring, og kva ulike forfattarar legg vekt på varierer mykje med kva terapeutiske tradisjonar dei sjølve identifiserer seg med. Slik er det ei interessant spennvidde i dei ulike teoretiske tilnærmingane. På den eine sida finn ein dei som legg vekt på det særeigne og universelle ved sjamanterapien. Harner (1986) er ein av dei. Han hevdar at symbolbruken i sjamanismen er universell og lite kulturbunden, og at sjamankuren kommuniserer direkte mot djupe lag i vår menneskelege psyke. Verknaden er difor i liten grad avhengig av om sjamanen og pasienten hans har ein felles epistemologi. Det er i følgje Harner tale om spesifikke verknader. Argumentasjonen for dette synet er rett og slett at sjamanismen har «overlevd» i over 20 000 år, og at det er påfallande mange like og samanfallande trekk ved denne praksisen ulike stader i verda. At dette er eit spekulativt resonnement skal eg kome attende til. På motsett side finn ein dei kulturelle perspektiva der ein føreset at verknaden berre er spesifikke innan eit delt kulturelt meiningsystem. Jerome Frank (1961) er ein velkjend talsmann for dette synet. Poenget hans er at sjukdom er ein demoraliserande tilstand, og at all terapi av dette slaget (sjamanismen eller psykoterapi) vil motvirke ei slik demoralisering gjennom å styrke pasienten sin moral, skape håp og tru på betring, skape ei emosjonell forløyning og bli inkludert i ein sosial fellesskap. Frank jamfører slike effektar med placebo.

Slik den psykodynamiske orienteringa har dominert i psykoterapien har den også flittig vore nytta til å fortolke sjamanterapien. Eit døme er Kraus (1972) som legg vekt på den sjamanistiske seansen si evne til å hente fram og påverke umedvite materiale og på dette viset frigjere nevrotisk spenning som spring ut av konflikten mellom kulturelle normer og driftsmessige impulsar. Bührmann (1986), som er ein jungiansk analytiker tolkar, som vi har sett, sine opplevingar av den afrikanske sjamanen i samsvar med jungianske læresetningar. Sentralt for henne vert difor at den aktive bruken av draumemateriale er ei stadfesting av det kollektivt umedvitne. Vel og bra som slike innfallsvinklar kan vere, er dei først og fremst ei omsetjing til eit anna og kulturelt språk. Dei vert ikkje vitskaplege forklaringar

av den grunn. Om psykoanalytisk teori skulle vere «rettare» teori er det eit banalt, men likevel opplagt poeng at sjamanen i alle høve ikkje er avhengig av psykoanalytisk skulering for å kunne lækje. Det prinsipielle i dette gjeld den tilfeldige relasjonen mellom den terapeutisk teorien sin empiriske basis og det terapeutiske utbyttet, noko eg kjem tilbake til.

Spencer Rogers (1982) er ein av autoritetane på området og har ei noko meir deskriptiv tilnærming i det han peikar på fleire element ved den sjamanistiske seansen som har sin parallell i vestleg medisin og psykoterapi. Uansett kultur vil lækning av sjukdom dreie seg om å finne svar på følgjande fire spørsmål: Kva eigenskapar har sjukdomen og kva heiter den? Kva er årsaka? Kva kan gjerast for å behandle den? Kva sjansar har pasienten for å verte frisk (Rogers, 1982, s. 163)? Innan medisinsk nomenklatur er dette spørsmål om *diagnose, etiologi, terapi* og *prognose*. Rogers sitt poeng er at vi ikkje kan sjå den etter kvart omfattande etnografiske dokumentasjonen av denne praksisen som ei samling av irrasjonelle kuriosa utan samanheng, men som ein kunnskap som er grunna i røymsle og kulturell evolusjon - og som har ein indre logikk. Sjamanistisk meiningssystem og sjamanistisk praksis heng nøye saman. Sett innafrå meiningssystemet er sjamanen sin framferd like logisk i høve til spørsmåla om diagnose, etiologi, terapi og prognose som den vestlege doktoren:

*«Each uses his own specialized approach towards the control of disease, and both approaches are logical. The western physician attacks the problem through an understanding of the parts of the human body machine: it cells, organs, and their functions. The shaman seek the reason in the supernatural events: the breaking of taboos, magic spells, and the anger of gods.»* (Rogers, 1982, s. 161)

Rogers legg vidare vekt på at sjamanen sitt terapeutiske potensiale byggjer på ein fundamental kulturell *tillit* - at pasienten, pårørande og lokalsamfunnet ikkje berre trur, men har tillit til sjamanen si overnaturlige kraft og evne til å hanskast med dei åndelege kreftene i tilværet. Det er implisitt i Rogers sin framstilling at han ser på sjamanen si form for lækning som ein slags psykoterapi, og peikar på ei rad element som har sin parallell til vestleg psykoterapi. Han nemner til dømes at

sjamanen induserer avslapping, at der er eit klårt suggestivt og hypnotiske element i terapien, at overføring er sentralt, at regien skaper sosial støtte frå primærgrupper, at der er element vi kjenner frå vestleg psykodrama; katarsis og manipulering med symbol som skaper meining. Ei slik tilnærming, å identifisere element som ein kan kjenne igjen i vestleg psykoterapi, er ganske vanleg i faglege tilnærmingar til sjamanismen.

### **Ekstasen**

Like vanleg er det at ein legg vekt på skilnaden. For ein vestleg observatør er sjamanen sin ekstatiske tilstand eit slikt slåande trekk. Peters og Price-Williams (1980) har analysert sjamanistisk praksis i 42 ulike kulturar og konkluderte nettopp med at sjamanen sin ekstase var eit karakteristikum. Denne trancetilstanden vert framkalla ved hjelp både av hallusinogene ekstraktar frå plantar og med sensorisk deprivasjon og motorisk monotoni; mørker, rytmisk synging, monoton tromming og dansing. Som vi har sett har sjamanen trening i å skape denne tilstanden. Mange forskarar (t.d. Oubre, 1986) har vore opptekne av psyke-soma intraksjonen ved ekstasen, til dømes utløysing av endorfin, og at dette kan vere «medisinen». Achterberg (1985) gjer også ekstasen til eit hovudpoeng. For henne er den sjamanistiske behandlinga ei intuitiv regissering av det som i moderne terapi no gjerne vert omtala som «visualisering». Achterberg underbyggjer argumentasjonen sin ved å vise til studiar som har demonstrert korleis ein ved hjelp av visualisering kan kommuniserer med immunforsvaret (sjå kapittel 10). Achtenberg sitt poeng, utan å gå i detalj, er at sjamanen gjennom den ekstatiske tilstanden «inviterer» pasienten sin med på ei åndeleg reise som er ei livfull og konkretisert biletleg forteljing om kampen mellom lækjekrefter og sjukdomskrefter. Dette er kraftfull visualisering, seier Achtenberg, og når visualisering kan skape læking i laboratoriet til den vestlege medisinen hos menneske som veit at dei visualiserer, burde det vere liten tvil om potensialet i ein kultur der biletframstillinga ikkje vert oppfatta metaforisk, men som røyndom. Lèvi-Strauss hadde sparsame føresetnader for å gjere seg nytte av forskning frå psykoimmunologi. Han la likevel til grunn at sjølve seansen, med sin repetisjon av fortetta og emosjonelt lada symbol, «*induces the release of the physiological process*» (Lèvi-Strauss, 1963; s. 193). For Lèvi-Strauss er hovudpoenget likevel

korleis individet sin kognisjon gjennom lækjeprosessen vert forma av det kulturelle meiningssystemet. Kjernen i kuren er at sjamanen hjelper pasienten sin til å reorganisere ei smertefull og kaotisk røynsle slik at ho vert tilpassa (gjort meiningsfull) innafor eit kjent mytologisk system.

### **Magi og billege triks**

Sjamanen og dei andre aktørane i den sjamanistiske lækjeseansen er involverte i eit symbolsk drama. Og nettopp det teatralske - seansen som iscenesett teater med bruk av magi, triks, metaforar og kulturell symbolbruk - har flittig blitt lagt vekt på. Dette er sjølv sagt ein legitim observatørposisjon, men det er likevel ein observatørposisjon. Sjamanen sjølv har neppe ei sjølvoppfatning korkje som magikar eller som teaterregissør. Neppe heller har den sjuke og hans pårørnde teaterpublikumet sin fortolkande distanse til det som skjer. For dei er dette direkte røyndom, noko dei er *innanfor* og epistemologisk sett ikkje i stand til å setje seg på utsida av. Når sjamanen snakkar med åndene er det ein *verkeleg* og ikkje «på liksom» samtale. Når han tek på seg dyreham og i trance dansar kring bålet, er han ikkje skodespelar med dyreskinn på, men ei verkeleggjering av hjelpeånda. For ein vestleg observatør vil det vere påfallande at sjamanen gjer seg nytte av billege triks. Ein vanleg variant er til dømes å gøyme eit objekt i munnhola, og etter å ha søge på pasienten si hud, vise dette fram som triumferande bevis på å ha fjerna sjukdomsobjektet. Dersom vi føreset at sjamanen sjølv trur både på meiningssystemet sitt og sine eigne lækjeevner, korleis kan han då samstundes gjere seg nytte av slikt lureri? Richard Warner (1980), som sjølv er psykiater og har latt seg behandle av ulike sjamaner og utfordra dei på dette paradokset, har gitt ei interessant vurdering. Hovudkonklusjonen hans er at sjamanen ikkje berre bedrar pasienten sin, men også seg sjølv. Medan triksinga med objektet vert hovudsaka for den vestlege observatøren, er dette underordna for sjamanen. Objektet som «ting» spelar inga rolle sidan sjukdomen ikkje har med det tinglege å gjere. Som ting tyder objektet difor ikkje noko utover at det gjer synleg frisetting av sjukdomsånda. Det er liten tvil om, seier Warner, at sjamanen trur at «trikset» har ein reell verknad og ikkje er lureri for å imponere pasienten. Men, seier Warner, eit slikt sjølvbedrag er ikkje eineståande for sjamanen. Også den vestlege doktoren, og ikkje minst om han er psykiater, vil måtte «bedra» pasientane sine til

å tru på preskripsjonar og terapeutiske initiativ som opplagt er utan spesifikk terapeutisk verdi. Eit slikt bedrag fungerer ikkje om det ikkje samstundes er sjølvbedrag, og ikkje ei medviten manipulering. Warner underbyggjer dette med Goffman (1959) sin analyse av sosiale roller. Det er eit poeng hos Goffman at det knapt finst noko legitimert yrkesrolle som ikkje på ulikt vis isceneset seg sjølv på ein måte som anten «overdriv» eller overkommuniserer sin eigen verdi, eller skjuler sine eigne manglar. Å kunne kontrollere terskelen mellom scena og det som er bak scena er noko av det viktigaste ved ei kvar profesjonell rolle. Goffman gjer greie for korleis utøvarar av slike roller kan byggje opp ei skiftande sjølvforståing som varierer frå heilag overtiding om validiteten til handlingane ein utøver, til ei kynisk kjensle av at ein driv maskepi. Dei fleste som lækjer, anten ein er sjaman eller psykiater, fell neppe inn i nokon av dei ekstreme kategoriane, men i spekteret mellom. Det vil såleis vere eit mistak å klassifisere slike utøvarar anten som sjarlatanar eller som det motsette.

### **Frisjela**

Dei ulike tilnærmingane eg så langt har omtala er i og for seg alle interessante. Det er likevel slik at dersom ein er innafor det vi kan kalle det vestlege vitenskapssystemet er det så å seie eit implisitt imperativ at ei forklaring skal vere ei kausalforklaring. Eit slikt imperativ fører uvilkårleg til at ein ofrar heilskapen til fordel for føretrekte einskildvariablar med ei tilsvarande overfortolking av desse. Når ein som Harner (1980) fokuserer felleselementa i sjamanismen aukar sjansane for ei universell forklaring. Harner nyttar rett og slett felleselementa i den sjamanistiske symbolbruken som prov på at desse speglar ein ontologisk realitet.<sup>1</sup> Men Harner gjer fleire alvorleg feil i denne deduktive slutninga frå kultur til natur. Ein kan for det første ikkje legge geografisk avstand til grunn for at der ikkje har vore kulturell kommunikasjon når tidsperspektivet er så enormt som vi her talar om. Til dømes finst der teoriar om folkevandring som knyter saman asiatiske, sibirske og indianske kulturar på det amerikanske kontinentet. Dette er likevel ikkje hovudpoenget mitt, men at Harner rett og slett gjer eit kategorimistak når han frå felles kulturelle artifakta sluttar at dette ikkje er artifakta, men natur. Ser ein etter

---

<sup>1</sup> Harner har identifisert seg så sterkt med denne oppfatninga at han sjølv har vorte ein truande og utøvande sjamanterapeut.

felleselementa i sjamanismen på tvers av ulike kulturar i ulike delar av verda, er det vesentlege ikkje først og fremst dei ulike ytringsformene, men at desse kulturane har ein epistemologisk fellesnemnar. Denne fellesnemnaren er ein åndeleg kosmologi, ei konseptualisering av at tilværet er styrt av ånder som er fulle av kraft og som høyrer til i ei verd bak verda, det hinsidige. Åndsvesen er intensjonale aktørar (åndsmakter) som frå distanse øver ei vesentleg styring av menneska sine liv i det dennesidige. Sjølv om variasjonen er stor i korleis denne «verda bak verda» ser ut og kven dei er dei som bur der, er eit slikt «kausalskjema» universelt i ikkje-litterære kulturar, og i mest alle kulturar si historie. Alle kulturar har såleis eit åndsliv. Sentralt i denne epistemologien er oppfatninga om «frisjela», ei oppfatning av at det sjelelege eller åndelege er ei eiga substansiell verd med aktørar som rører seg fritt i høve til lekamen. Å «tape sjela si», som vi i dag kan nytte som metafor, var for våre forfedrar konkret. Ikkje berre kunne ho kome på vandring og vidvanke, men ein kunne også risikere at eins indre vart okkuperte av andre ånder. Reichborn-Kjennerud (1947) har gjeve mange døme frå vår eiga historie på korleis denne oppfatninga låg i botnen for tiltak i den gamalnordiske trolldomsmedisinen. Han har også ein interessant refleksjon om opphavet til denne konsepsjonen. Ein må då skjønne at på denne tida var mennesket sitt indre eit ukjent terreng språkleg sett. Ein finn likevel ord som *hugr* (jamfør «hugen») som uttrykte «røysta inne i ein». Av draumelivet, spekulerer Reichborn-Kjennerud, hadde dei gamle lært at hugen kunne rive seg laus frå lekamen og gå sine eigne vegar - i tid og rom. Oppfatninga om den frie sjela som er så sentral i desse åndelege kosmologiane kan altså ha opphavet sitt i ein projeksjon - at draumeverda vert projisert som ein ontologisk røyndom uavhengig av den som drøymmer. Det er i prinsippet same type problemstilling som eg har drøfta tidlegare (kap. 11), at det mentale som «kart» vert forveksla med «terreng». Sett i høve til det historiske mennesket sin nære omgang med dyr, er det lite overraskande at tanken om at frisjela kunne kle seg i dyreham også har vore ei utbreidd oppfatning - til dømes slik dette kjem til uttrykk i vårt eige omgrep «varulv» og den greske varianten «lykantropi». Vi kan for så vidt tale om visse felleselement i menneska sitt strev for å skape mening i tilværet, men det er noko heilt anna enn å ontologisere innhaldet i dette, slik Harner gjer.

### **Visualisering som analog kommunikasjon**

Achterberg (1985) sitt syn, at sjamanen intuitivt gjer seg nytte av samanhengen mellom visualisering av sjukdoms- og lækjekrefter og kroppslege reaksjonar, er ein meir tiltalande hypotese. Ikkje minst sett i lys av nyare psykoimmunologi. Den sjamanistiske terapien er i høg grad biletleg - eller dominert av det Bateson (1972) kallar analog kommunikasjon. Det er også mangt som tyder på (sjå t.d. Rossi 1986) at analoge budskapar vert koda høgre-hemisfærisk og kommuniserer meir direkte med emosjonell aktivering enn dei språklege, digitale kodane der prosesseringa er i venstre hemisfære. Høgre hemisfære vil heller ikkje kunne gjere det analytiske skiljet mellom objektet som symbol og som ting. Metafor og røyndom vert eitt. Resonnementet kan leie til den konklusjonen at visualisering er sjamanen sin teknikk *par excellence*, og at ein såleis kan tale om ein spesifikk terapeutisk metode. No er visualisering likevel ikkje meir spesifikk enn at innhaldet i det visualiserte neppe kan vere tilfeldig om det skal verke, men relativt til den kulturelle kontekst av mening. Den viktigaste innvendinga mot å klassifisere sjamanterapi som visualiseringsteknikk, er etter mitt syn at ein dermed misser det heilt vesentlege poenget at dette ikkje er ein teknikk, men ein integrert del av ein kulturelt forma måte å kommunisere på. Sjamanen sin praksis må vi først skjønne som kommunikasjon. Avgjerande i all kommunikasjon er aksess, og når sjølve den kulturelle kosmologien i sjamanistiske kulturar er ei analog oppbygd førestellingsverd, er analog terapeutisk kommunikasjon sjølv sagt den måten som gjev aksess. Vi kan neppe tenkje oss at sjamanen på dette nivået gjer metodiske val, han ganske enkelt kommuniserer i samsvar med kulturen sin måte å kommunisere på. I kontrast til den analoge kommunikasjonen i ein sjamanistisk seanse, vil den tradisjonelle vestlege psykoterapien i hovudsak nytte samtalen og språket som ein fortolkande og analytisk reiskap. Med andre ord vil den digitale forma vere dominant, slik den også er det allment i vår kultur. Desse skilja i dominante kulturelle kommunikasjonsformer reiser også ein interessant hypotese om vår førestilling om det umedvitne. Psykoanalytisk tenking har fått oss til å gå utifrå at der er eit tydeleg skilje i psyken som «ein indre realitet» mellom det medvitne og det umedvitne, og at det er tale om eit universelt skilje. Når Vera Bührmann (1986) med sin jungianske bakgrunn «leiter» etter det kollektivt umedvitne finn ho det, men det ho gjer greie for er ikkje umedvite - det er kollektivt medvite. Det vi ikkje kan forstå som anna enn ei draumeverd som det



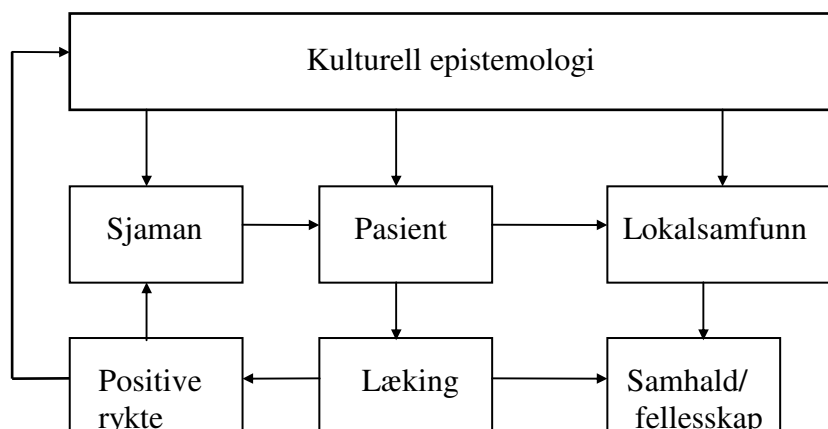
umeditne set seg igjennom i, er for den som er innafør denne analoge verda ei høgst konkret, medviten og kulturelt forma biletverd. Ein slik tanke utfordrar dermed sjølve konsepsjonen vår om det umeditne, nemleg at «grensa» mellom det medvitne og det umeditne ikkje er ei grense i den universelle psyken, men ei grense i språket.

### **System og rolle**

Tilsvarande argumentasjon kan også nyttast til å moderere den etter mitt syn altfor sterke fokuseringa på det ekstatiske elementet som spesifikk kausalfaktor i den sjamanistiske seansen. Rapportane om dette er ofte uklåre på eit vesentleg punkt. Medan sjamanen sin eigen ekstatiske tilstand er nøye omtala, er det ofte uklårt i kva grad pasienten (og evt. pårørande) vert sett i ein tilsvarande tilstand. Dette er sjølvstundt ein nødvendig føresetnad om det er tale om spesifikke verknader. Det som likevel er innlysande frå eit kommunikasjonsperspektiv, er at ekstasen er eit vesentleg element i aktualisering av sjamanen si rolle i ein ekstatisk kultur. Gjennom ekstasen kommuniserer sjamanen nettopp den posisjonen som stadfestar evna hans til å kurere. Han har kontakt med og kan kommunisere med åndeverda, slik psykoanalytikaren kan skjønne det umeditne. Og det er neppe tale om ei *forføring* av pasienten til å tru dette, for ekstasen tener også som sjølvbedrag - ei opplevd stadfesting av å ha denne krafta og vere på «talefot» med åndene.

Rolle er eit relasjonsomgrep. Det uttrykker noko om den sosiale omgjevnaden sitt tilhøve til ein aktør i ein viss posisjon i det sosiale systemet. Skal ein skjønne aktøren sin atferd, må ein skjønne rolla - og skal ein skjønne rolla må ein skjønne det sosiale systemet rolla er ein del av. I staden for å overfokusere ulike innhaldselement i den sjamanistiske kuren, er det etter mitt syn ein betre innfallsvinkel å karakterisere vesentlege sider ved det systemet som konstituerer den aktuelle terapeutiske konteksten. Det første som slår ein er nettopp at sjamanismen representerer eit system - eit system der handlingane i den terapeutiske prosessen er koordinert av eit «meningssystem». Skal dette meningssystemet fungerer terapeutisk, må det ha det eg har kalle epistemologisk legitimitet og tillit. Denne legitimiteten gjeld på to nivå - i høve til den kulturelle samanhengen som det sjamanistiske systemet er ein del av, og i høve til den

identifiserte pasienten og dei sosiale medaktørane. Ser vi først på det kulturelle nivået, er det tale om eit rimeleg samsvar mellom sjamanen sitt medisinske meiningssystemet og den overordna kulturelle epistemologien. Som vi har sett er den sjamnistiske lækjeseansen nettopp ei verkeleggjing av denne epistemologien, og det er gjennom denne kommunikasjonen med ein kulturell epistemologi at «medisinen» får mening. Åndsliv er trusliv, og å vere truande er å vere innafor ein felles epistemologi. Men ein vellukka kur er ikkje ei isolert hending, den er og ein bodskap - ein bodskap som vil styrke nettopp den epistemologien den spring ut av. Denne rekursiviteten vert ofte gløymd, men døma vi har sett illustrerer tydeleg at den sjamanistiske lækjeseansen er kommunikasjon på to nivå. Sjamanen kommuniserer gjennom pasienten, men bodskapen er like mykje retta mot den nære sosiale omgjevnaden. Han fokuserer ikkje pasienten berre som isolert individ, men like mykje den sosiale praksisen som kan vere involvert i sjukdomen. Slik er ein konkret terapeutisk seanse også ein moralsk seanse som gjer synleg og stadfestar felles sosiale normer i den kulturelle orden. Den sjamanistiske praksisen inngår med andre ord i ein sirkulær prosess der den også held ved like den epistemologien den sjølv spring ut av.



Figur 19-1. Illustrasjon av sjamanistisk læking som kommunikativt system.

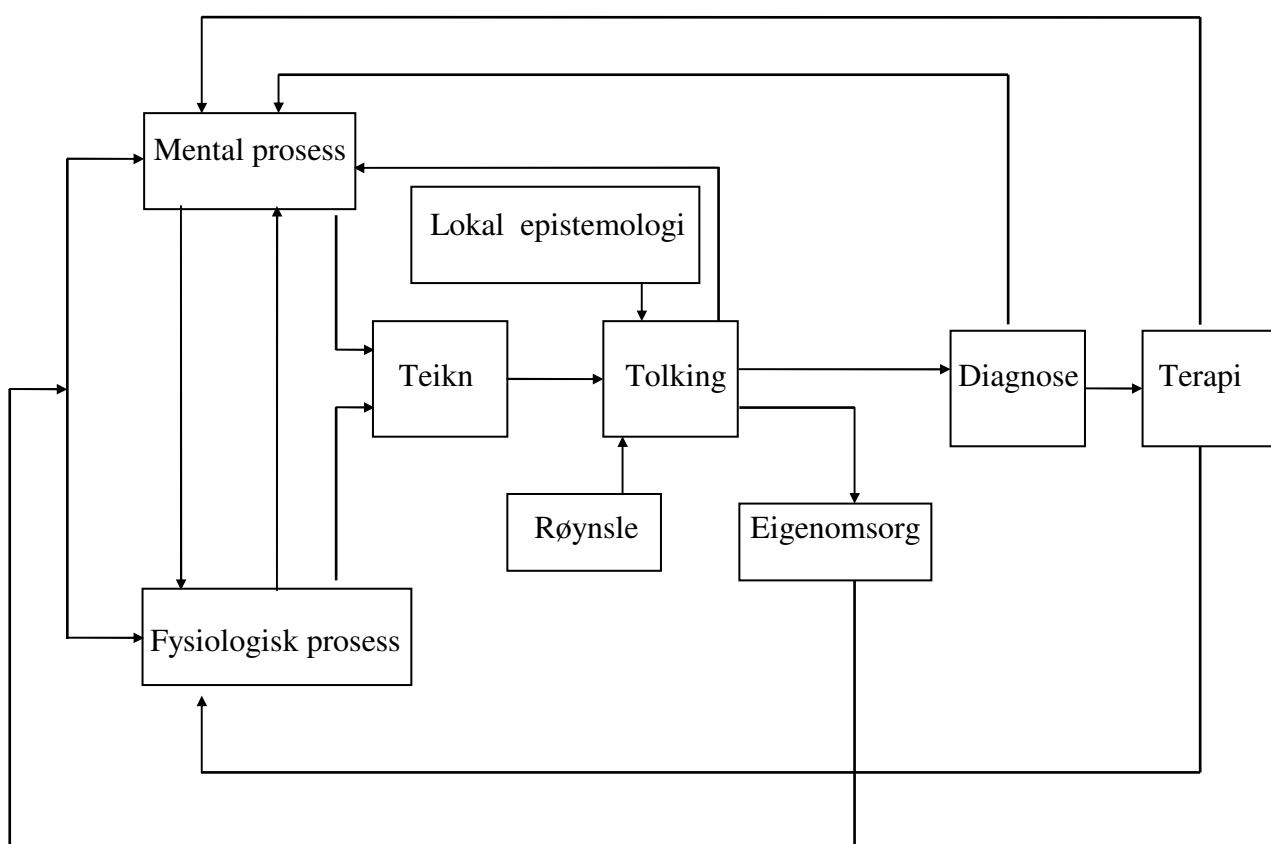
Eg har freista illustrere dette kommunikative delsystemet i figur 19-1. Illustrasjonen gjeld den type utfall at det skjer læking (positivt utfall) og korleis dette kommuniserer til å halde vedlike systemet og dermed lækjepotensialet i sjamanterapien. Negative utfall vil i prinsippet kunne svekke systemet, men som

vi har sett vil etablerte system selektare sin feedback og øve ein viss motstand mot endring. Eit negativt utfall kan til dømes bli attribuert til at den aktuelle sjamanen har mista krafta og ikkje til sjamanismen som «medisin».

Sjamanen sin legitimitet gjeld i kva grad han vert tilskriven ei truverdige rolleutøving. Som vi har sett er det ikkje gitt for kven som helst å stå fram som sjaman. Å vere sjaman er ei rolle ein gjer seg fortent til gjennom ein læreprosess med innlagde prøvingar som fungerer på same viset som eigenterapi og eksamenssystem i moderne legitimering av profesjonar. Tidlegare gjennomgang kan vi supplere med ein autoritet som Henri Ellenberger (1956) som viser til at hos Kwakiutl-indianarane tek det omlag fire år å verte sjaman. Læreprosessen er på mange vis eit «profesjonsstudium» der ein må underkaste seg visse reglar. Sjamanane utgjer eit laug, seier han, og kontrollere både eit kunnskapsdomene og kven som er kvalifisert til å få del i dette. Parallellen til dette er våre eigne profesjonsforeningar sin kontroll med spesialistordningane. Ellenberger legg elles vekt på fire faktorar som er vesentlege for sjamanen sin suksess. Det gjeld sjamanen sin tru på eigne evner, pasienten si tru på sjamanen sine evner, at den aktuelle lidinga er sosialt stadfesta (akseptert) av omgjevnaden, og at lækjemåten også er det. Alt dette er i utgangspunktet kulturelt konfigurert i det sjamanistiske systemet, men må gjerast til ein fenomenologisk realitet i den aktuelle konteksten.

Som eg har drøfta tidlegare, er det vanleg i det biomedisinske paradigmet å sjå medisinen eller «det terapeutiske» som uavhengig av den prosessen den vert formidla gjennom, at medisinen er ein gitt «bodskap» med same meining uavhengig av kommunikasjonsprosessen; det vere seg sendar, mottakar eller kontekst. På same måte som vi ikkje kan forstå placebofenomenet på dette viset, kan vi heller ikkje skjøne den sjamanistiske lækkinga ved ei slik tilnærming. Vi kan heller ikkje isolere einskilde element som «placebo-elementet» fordi det i så fall nettopp er relasjonen til den kulturelle konteksten som gjer dette til placebo. Innfallsvinkelen må nettopp vere det etablerte kommunikative systemet i kulturen - og i systemtankegangen er poenget nettopp ikkje å framheve einskildelement som isolerte entitetar, men som element som først får meining gjennom det mønsteret av relasjonar det inngår i. Med ein allegori kan vi seie at det er mediet

(seansen) som er sjølve budskapet. Vi står difor overfor ein situasjon der vi ikkje kan forklare ved å isolerer årsaker, berre gjere greie for kva som kan vere vesentleg, eller kva mønster av relasjonar som utgjer den konteksten som gjer læking sannsynleg. Eg har i kapittel 16. drøfta den helsesøkjande prosessen og tilhøvet mellom *disease* og *illness* som to ulike nivå som kommuniserer i den individuelle adaptasjonen ved sjukdom. Figur 19-2 gir ei enkel oppsummering av vesentlege sider ved denne prosessen, og vi kan også nytte den til å drøfte sjamanistisk læking som klinisk system<sup>2</sup>.



Figur 19-2. Illustrasjon av mulege kommunikasjonsvegar ved terapi

Utgangspunktet i figuren er at oppleving av sjukdom er ei oppleving av kroppslege teikn som avvik frå ein normaltilstand. Slike teikn er såleis informasjon om nyheit. Anten teikna er sår hals, hjartebank eller uvanlege prikkar

<sup>2</sup> Tilsvarande synspunkt er også nytta av Romanucci-Ross et al. (1983, s.77.).

på huda er dette ei nyheit som berre vert skjøneleg om ho kan forklarast. Ei forklaring gir samanheng og meining, og det vesentlege i ei forklaring er å kunne attribuere avviket som verknad av ei muleg årsak. Denne fortolkinga kan vi sjå som ei «forhandling» i høve til to kjelder for informasjon. På den eine sida den lokale epistemologien som inkluderer medfortolkarar i den nær sosiale omgjevnaden, og på den andre sida individet si sjukdomsrøynsle og kunnskap om eiga atferd som kan vere relatert til avviket. Fortolkningsprosessen «omdannar» teikn til kategori - ein tentativ eigendiagnose. Både tolkningsprosessen og eigendiagnosen vil i seg sjølv kunne kommunisere med fysiologiske prosessar. Ein dramatisk diagnose vil kunne aktivisere angst og tilhøyrande fysiologiske reaksjonar som kan forsterke sjukdomsteikna og auke den perseptuelle merksemda nettopp mot teikn som kan ha samanheng med diagnosen. Ein diagnose som avdramatiserer vil tilsvarande kunne virke roande og dempe den perseptuelle merksemda. Utfallet av dette vil avgjere prosessen vidare. Utgangen kan vere eigenomsorg og lokal meistring i fyrste omgang. Om dette ikkje viser seg vellukka, vil prosessen bli aktivisert på nytt og auke sjansane for at neste steg ikkje er eigenomsorg, men profesjonell omsorg gjennom den lokale sjamanen. Individet trer ut av den lokale livsverda med lidinga si og inn i eit eksternt tilgjengeleg helseomsorgssystem. Dette er ei handling som også inneber å tre inn i ei bestemt rolle; pasientrolla slik ho er komplementær til sjamanen si rolle som lækjar. Pasienten tek sjølvsgt med seg røynslene sine, sjukdomsopplevinga og angsten som både har eit mentalt aspekt og ein muleg fysiologisk konsekvens slik dei ulike vegane i modellen viser. Dei fysiologiske reaksjonane er i neste omgang input (teikn) for den mentale prosessen. Den mentale prosessen er framfor alt ein adaptiv prosess som rettar seg mot å søkje meining og dermed meistring og kontroll - føresjå framtida; god eller dårleg prognose. Terapien eller behandlinga trer inn i dette samspelet ved å tolke pasienten sine røynsler, og den som tolkar (sjamanen) er ein som har tilgang på dei rette tolkingane - «ein som veit». Tolkinga vert fortetta i diagnosen. Anten det diagnostiske systemet er enkelt eller komplisert, representerer det alltid eit system som kategoriserer i høve til årsaker. Sjølve diagnosen, og slik denne vert kommunisert, vil kunne påverke den mentale prosessen og følgjeleg samspelet med fysiologi. Diagnosen legitimerer terapien, og terapien kan vere direkte tiltak som gir fysiologiske reaksjonar, men framfor alt

kommunikasjon som verkar inn på den biosemantiske sjølvreguleringa i lækjeprosessen, søkinga etter meining.

Sjamanen er magi - som placebo er det (sjå kapittel 11). Og magi verkar, ikkje som noko i og for seg, men fordi magien byggjer på nokre føresetnader som er i stand til å skape nettopp det den lovar - dei verknadene som vert attribuert som magiske. Magi er altså sjølvoppfyllande profeti. Føresetnaden er eit trusfelleskap, og ei aktualisering av denne trua og den tilliten som spring ut av ho. Sjamanen sin praksis er i høg grad integrert i ein slik fellesskap, ein kulturelle epistemologi. Dette er rammene som lækjeprosessen går føre seg i. Dei ulike sjamanistiske metodane for diagnose og læking har klare fellestrekk. Sjamanen sin empatiske strategi går gjennom identifikasjon med pasienten slik at han til slutt *blir* pasienten sin talsmann og forhandlar i den åndelege verda. Magi er eit kontrollprosjekt, og gjennom å gjenopprette kontakten med det hinsidige og forhandle med åndeverda kan det skapast kontroll og ny orden i det dennesidige. Sjamanen si utfordring er å skape tillit til, og ei truverdig oppleving av, at det er nettopp dette som på kraftfullt vis skjer. Ekstasen og rituala er difor ikkje «medisinen», men former for kommunikasjon som etablerer denne forhandlinga som ein fenomenologisk realitet. Ekstasen er ein tilstand der ein er «ute av seg sjølv» og dermed inne i noko anna - i det hinsidige slik at kontakt og kommunikasjon med åndeverda er muleg. Desse to aspekta ved sjamanen si rolle, at han gjennom identifikasjon (empati) er *svært lik* pasienten og samstundes gjennom ekstasen og «ekspertrolla» er *svært ulik*, er nettopp føresetnaden for at han kan vere brubyggjar og skape samanheng, og samanhengen gir ny meining. Dei symbola og rituala som sjamanen gjer seg nytte av er «kulturell medisin» i den tyding at dei er kontekstmarkørar for læking, dei kommuniserer at læking skjer. Dette er altså operasjonalisert biosemantikk, det er kropp og kultur innvoven i kommunikasjon. Slik medisin er altså ikkje kjemi, men meining som kan aktivisere kroppen sin kjemi.

Eg har i denne analysen prøvd å gjere det esoteriske mindre esoterisk og det magiske tilforlateleg i den tyding at analysen kunne ha vore nytta om kva som helst slags behandlingssystem. Den vestlege og vitskaplege medisinen sin suksess

er einseitig betinga av den samanhengen som i figur 19-2 er illustrert ved ei direkte pil til fysiologiske prosessar. Sidan vitskapen som prosjekt har vore å utrydde magien, har også alle andre vegar til læking vorte undervurdert og haldne dårleg ved like. Slik forsvann lækjekunsten frå medisinen, den einaste kunsten som sjamanen kan lækje gjennom. Dette er generisk sett ei form for psykoterapi, ei iscenesetting av ein lækjekontekst der avvik og uorden kan lækjast gjennom den meining og meistring av samanheng som kulturen kan by på, og kroppen gjere seg nytte av. Placebo er døme på at magi er gjenstridig, og spørsmålet vert no om den ikkje lever vidare i moderne former. Er psykoterapi operasjonalisert vitskap eller vitskapleg legitimert magi?

## Kapittel 20

### PSYKOTERAPI I MODERNE FORM

Magisk læking og psykoterapi er altså like gamal som lækinga sjølv. Eg har tidlegare nytta omgrepet «psykoterapi» i ei litt laus tyding, mellom anna som ein generisk term som omfattar eit stort område frå førhistorisk magi til den moderne snakkekur. I det følgjande gjeld nemninga moderne *psykoterapi*; ulike former for terapeutisk praksis som har som intensjon å skape terapeutiske resultat gjennom psykologiske metodar, og som nyttar psykoterapi som felles omgrep. Som eg tok opp i innleiinga er dette for meg ikkje ei esoterisk verksemd sidan eg sjølv utøver ho, og ei verksemd som er institusjonelt legitimert i helseomsorgssystemet i vår kulturkrins. Veggen frå sjamanismen kan tene eit føremål sidan å vere «på innsida» også kan vere ei ulempe når ein freistar ei analytisk tilnærming. Og det er dette som er føremålet i dei komande kapitla. Å undersøke kva slags type verksemd dette er, og kva som i så fall er det terapeutiske i psykoterapi. Er psykoterapi operasjonalisert vitskap eller vitskapleg legitimert magi? I den første delen av analysen legg eg vekt på eit historisk perspektiv. Hovudsaka er ikkje ei framstilling *av* historia, men å nytte historia som kontekst til å begripe framveksten og institusjonaliseringa av psykoterapien. Dette er eit nødvendig utgangspunkt, også for å forstå psykoterapien sitt kunnskapsgrunnlag. Når eg nyttar Freud og psykoanalysen som utgangspunktet for den moderne psykoterapien sin historie, er det fordi det er denne læra som historisk sett skaper den første samlande teoribygginga som konsekvent bryt med magisk-religiøse forklaringar til fordel for ein psykologisk rasjonalitet. Skal ein skjønne psykoterapi kjem ein ikkje utanom psykoanalysen. Men den moderne psykoterapien si forhistorie viser også at samstundes som vi kan tale om eit (gjennom)brot, representerer psykoanalysen likevel ein historisk kontinuitet og går inn i ein



historisk kontekst som gjer det problematisk å snakke om ein vitskapleg revolusjon, slik til dømes Ehrenwald (1976) si historieframstilling ber preg av. Når eg vel å diskutere omstenda kring etablering av psykoanalysen og ikkje tek føre meg seinare og nyare teoriretningar, er grunngevinga at eg ser på psykoanalysen som heilt avgjerande for den kulturelle epistemologien som generelt sett har gjort legitimering av psykoterapi som verksemd muleg.

### **Drøfting av definisjonar**

Skal ein drøfte eit tema bør ein definisjon vere eit rimeleg utgangspunkt. Det er ikkje utan vidare lett når det gjeld psykoterapi. Trass i at dette er ei utbreidd og legitim verksemd i psykisk helsevern, eksisterer det ingen eintydig akseptert definisjon. I ei autoritativ kjelde som *Handbook of innovative psychotherapies* kjem redaktøren med dette hjartesukket: «*Frankly, I don't know whether I can define the term*» (Corsini, 1981, s. xi). Det ein vanlegvis finn er definisjonar som tek utgangspunkt i ein konkret teoritradisjon og definerer med utgangspunkt i det ein oppfattar som metodespesifikt i denne retninga, og/eller kva type verknader ein intenderer å oppnå. Denne uoversiktlege situasjonen kom mellom anna til uttrykk på konferansen «*The Evolution of Psychotherapy*» i 1985 i Phoenix, Arizona (Zeig, 1987). Tjuseks framstående talsmenn og grunnleggjarar av dei mest kjende og aksepterte terapitradisjonane var samla der saman med 7000 terapeutar frå tjuei ulike land. På det tilsynelatande enkle spørsmålet «kva er psykoterapi?» vart det gitt omlag tjuseks ulike svar. I oppsummeringa frå konferansen uttrykkjer Zeig (1987) først eit visst ubehag over dette, men nyttar så ein velkjend terapeutisk teknikk. Han reformulerer situasjonen til å vere ein fordel sidan det gjer det muleg for den einskilde psykoterapeut å skape seg sin eigen definisjon. For ein definisjon er nødvendig, hevdar Zeig, då ein neppe kan gjere krav på å ha ekspertise til å behandle lidande menneske utan å kunne gjere greie for korleis.

Går ein til oppslagsverk, til dømes «*International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*», finn ein denne definisjonen:

*«Psychotherapy may be defined as the effort of a healer to relieve a sufferer`s distress and disability primarily through verbal communication, often with the participation of a group. The group may include additional healers, fellow sufferers, members of the sufferer`s parental or marital family, and sometimes, other intimates. Word may be supplemented by systematic exercises or rituals to promote relaxation or altered states of consciousness believed to facilitate healing».*

(I Wolman, 1977, s. 311)

Etter innsynet i sjamanismen slår det ein straks at definisjonen også kan inkludere ei slik verksemd, og dermed er vi ikkje stort nærare ei «moderne» avgrensing. Ved nærare ettersyn viser det seg at indeksforfattaren er *Jerome Frank* og, som eg tidlegare har vist til, er han eksponent for det synet at sjamanismen er psykoterapi - og at psykoterapi er placebo. Det vil neppe vere konsensus blant notidig psykoterapeutar om ein slik vidfemnande definisjon. Eit anna oppslagsverk, «*Concise Encyclopedia of Psychology*», gir oss denne definisjonen:

*«Psychotherapy is a method of working with patients/clients to assist them to modify, change, or reduce factors that interfere with effective living. It involves interaction between psychotherapist and patients/clients in accomplishing these goals. Specific methods used depend upon presenting symptoms and difficulties, as well as the theory followed by the psychotherapist.»*

(Corsini, 1987, s. 941)

Implisitt får vi her vite at det ikkje kan seiast noko allment om psykoterapi som metode og at det teoretiske grunnlaget for verksemda heller ikkje er allment, men avhengig av kva den einskilde terapeut sluttar seg til. Såleis er definisjonen open for handspåleggjarar, astrologar, kinesologar og kva dei måtte kalle seg desse ulike representantane for det dei fleste psykoterapeutar vil omtale som kvakksalvarar. No får korkje handspåleggjarar eller astrologar refusjon frå trykdevesenet, noko psykoterapeutar på visse vilkår gjer, og det må vel vere ein grunn til det som gjeld *kva* dei gjer og ikkje *kven* som gjer det? Ein avklarande definisjonar viste seg ikkje å vere så lett å finne fram til. Melzoff og Kornreich (1970) kjem oss i møte eit stykke på veg:

*«Psychotherapy is taken to mean the informed and planful application of techniques derived from established psychological principles, by persons qualified through training and experience to understand these principles and to apply these techniques with the intention to modify such personal characteristics as feelings, values, attitudes and behaviors which are judged by the therapist to be maladaptive or maladjustive.»* (Melzoff og Kornreich, 1970, s.6)

Sjølv om det i denne også er element som kan drøftast, får vi vite ein del viktige ting: at psykoterapi er ei verksemd som på intendert vis gjer seg nytte av faget psykologi, med andre ord ein praksis som hevdar å ha eit vitenskapleg fundament. Dessutan at det krevst at den som utøver denne terapien både kjenner faget sitt og har trening i å utøve det.

Denne korte drøftinga av definisjonsproblem illustrerer eit dilemma: å skulle definere psykoterapi utifrå korleis verksemda i moderne framtoning *ønskjer* å bli oppfatta av omgjevnaden, eller å definere *generisk*, det vil seie utifrå felles artsmessige kjenneteikn. Det pragmatiske føremålet i denne samanhengen er å studere den verksemda som omtalar seg sjølv med fellesnemninga psykoterapi, ei legitim verksemd i vårt samfunn utøvd både privat og i det offentlege helsevesenet av offentleg godkjende utøvarar (psykologar, legar). At verksemda er legitim tyder i denne samanhengen både at den er legal (eit lovmessig grunnlag som gir visse utøvarar både rettar og plikter) og at den er akseptert som fornuftig og rasjonell (epistemologisk legitimitet). Ein handspåleggjar, i den grad han oppnår terapeutiske effektar, utøver nok psykoterapi generisk sett, men har i vårt samfunn ingen legitimitet i tydinga ovanfor. Derimot vil han kunne ha legitimitet i visse religiøse krinsar.

### **Vitskap og legitimering**

Utifrå denne formelle avgrensinga kjenneteiknar det psykoterapi at utøveren har lang utdanning og trening. Basis er fag med ein vitenskapleg status, psykiatri og psykologi. Moderne psykoterapi i ei slik form kan vi seie har opphavet sitt knytt til Sigmund Freud og psykoanalysen, sjølv om både termen *psykoterapi* og tanken om å kurere mentale lidingar gjennom påverking av det mentale hadde ei viss

utbreiing i akademiske og medisinske kringar før Freud (sjå Ellenberger, 1970). Freud omtalte si eiga verksemd som «snakkekur». Han var lege og nevrolog og utvikla sine teoriar og metodar med utgangspunkt i klinisk praksis. Ambisjonane til Freud var likevel først og fremst vitskaplege - og det er vitskapen som er den konteksten han identifiserer seg med. At det er grunnlag for å drøfte, slik eg skal gjere seinare, i kva grad psykoanalysen er vitskap eller ikkje, er i denne samanhengen irrelevant. Poenget er at både psykoanalysen og seinare former for psykoterapeutisk verksemd kommuniserer *med* seg sjølv i ein vitskapleg diskurs, og kommuniserer *om* seg sjølv overfor omverda som vitskapleg. Dette er etter mitt syn kriteriet for psykoterapien sin epistemologiske legitimitet i vår kultur. Slik sett er framveksten av psykoterapi ein del av framveksten av moderniteten og moderniteten sitt syn på vitskap.

Moderniteten representerte nettopp ei kulturelle nyorienteringa gjennom eit skifte i kulturell epistemologi, ein overgang frå religiøs til vitskapleg legitimering av røyndomen. Vi kan med Bateson (1987) seie at alle epistemologiar er rekursive i det dei grip tilbake og kommenterer sitt eige utgangspunkt. Skiljet mellom ein religiøs og ein vitskapleg epistemologi kan ein då hevde ligg i at i førstnemnde er imperativet å stadfeste sitt eige utgangspunkt (vedlikehalde dogme), medan vitskapen sitt imperativ er å korrigere det same (antidogmatisk). At praksis ikkje alltid er slik er ei anna sak. Som eg har drøfta tidlegare er det to hovudkrav som må stettast for at ein kan hevde at ein behandlingmetode har ein vitskapleg basis. For det første må ein utifrå vitskapen sine eigne metodereglar kunne påvise ein akseptabel effekt og at effekten er kausalrelatert til metoden. For det andre at ein kan gjere greie for denne samanhengen i form av ein teori som både let seg prøve, og som byggjer på premissar som er vitskapleg sannsynlege. Som vi også har sett tidlegare er det ikkje vanskeleg å finne døme på behandlingmetodar som ikkje stettar desse krava, men som likevel har legitimitet fordi dei vert praktisert *innan* ei verksemd som har vitskapleg legitimitet. Det er altså nødvendig å skilje mellom i kva grad verksemda i seg sjølv har vitskapleg legitimitet, og om visse metodar innan denne verksemda har eit vitskapleg grunnlag. Sistnemnde følgjer ikkje av førstnemnde. Vi må også skilje mellom kunnskap og kunnskapssyn. Historisk har vitskapen utvikla seg som ei etterprøving av den praktisk etablerte kunnskapen. I

følgje vitenskapshistorikaren Bernal (1978) skjedde det ei vending i løpet av det første hundreåret som tilsa at vitenskapen skulle kome først, deretter den praktiske operasjonaliseringa. Men dette kunnskapssynet kan berre i liten grad ha rådd grunnen i dei «mjuke» områda i helseomsorgssystemet, og når det gjeld psykoterapi er det med få unntak ikkje dette som har vore tilfellet. Det har snarare vore tale om praksisar som har søkt å utvikle eit vitenskapleg grunnlag, enn vitenskap som har søkt å utvikle ein praksis. I kva grad kravet om vitenskapleg dokumentasjon av effektar held seg oppe, skal eg drøfte i seinare kapittel.

### **Hundreårsjubileum**

Historisk sett er vi alle freudianarar. Om vi tidfestar starten på moderne psykoterapi til 1895, året då Freud (saman med Breuer) publiserte den første boka si, «*Studies on Hysteria*», er det overtid for feiring av psykoterapien sitt hundreårsjubileum. Som vi har sett er det likevel problematisk å gjere objektet for feiringa tydelege. Dette trass i at utviklinga har vore eksplosiv, både når det gjeld omfanget av praktisert psykoterapi, og ikkje minst når det gjeld talet på ulike psykoterapeutiske metodar eller teoriretningar. Å estimere omfanget av dette med presisjon er nærast uråd, og grensene mellom dei som opplagt er spekulative og dei som hevdar å ha eit vitenskapleg grunnlag er svært så flytande. Held vi oss til ei seriøs kjelde som Corsini (1981), finn vi opplista 250 retningar og metodar av det presumptivt siste slaget. Den omtalte kongressen i Arizona konkluderte nokre år seinare med 300 retningar (Zeig, 1987), og hos andre om lag på same tid finn ein tal som 400 (Kazdin, 1986) og 460 (Omer og London, 1988). Denne ekspansjonen er først og fremst eit etterkrigsfenomen, men det er ein truskuldig tankegang at den åleine har kome som eit resultat av ei fagleg og vitenskapleg utvikling. Den vitenskaplege pragmatismen like etter krigen, ikkje minst i USA, har vore ein nødvendig føresetnad. Trua på og tilliten til vitenskapen sin instrumentalitet fødde ikkje berre teknologi, men og ein tekno-instrumentell epistemologi i ikkje-teknologiske vitenskapar. At ein med hjelp av vitenskapen skulle kunne kurere det meste av menneskelege lidningar er ein del av denne epistemologien sin optimistiske budskap. I ein kulturell etterkrigs kontekst prega av frisetting av individualiteten ekspanderte psykoterapien frå å vere ein metode til kurering av mentale lidningar, til også å verte eit middel til å oppnå livslukke og

sjølvrealisering. Fagfeltet sjølv kan neppe åleine ha ansvaret for å ha utvikla sin eigen marknad. Det er likevel etter mitt syn liten tvil om at slik utviklinga har vore på det dominerande psykoterapikontinentet, så har «produktutviklinga» med tilhøyrande reklame vore styrt av marknaden si kjøpekraft vel så mykje som av seriøs fagleg utvikling. Ein skal ikkje som oppegåande fagmann i samtida ha reist på mange internasjonale psykoterapi-kongressar før assosiasjonane til «varemesse» og «børs» melder seg - teoriar og metodar vert omsett til stigande eller fallande kursar. I kva grad ein berre finn seg ei nisje i marknaden eller slår igjennom som «mainstream», treng på ingen måte vere knytt til eit eventuelt vitskapleg fundament. Retorikk sel betre enn vitskap, og ikkje sjeldan er det tale om resirkulert tankegods i moderne og tiltalande innpakking.

Og situasjonen ved hundreårsmarkeringa er kort skissert denne. Optimismen slår sprekker, slik den generelt har gjort når det gjeld moderniteten sitt kunnskapssyn. Psykoterapien vert klaga for både å ha overselt seg sjølv, og for å ha pynta seg med eit vitskapleg grunnlag som ikkje held. Kritikken kjem både frå marknaden og frå fagfeltet sjølv. Særleg gjeld dette i USA, og nylege bøker som Dawes (1994), Hillman og Ventura (1994) og Specht og Courtney (1994) illustrere situasjonen. Eg skal kome attende til grunnlaget for denne debatten. Poenget i denne samanhengen er å peike på at vi kan tale om ei krise, og at det i ein slik situasjon er nødvendig at den seriøse delen av psykoterapien både eksaminerer si eiga sjølvforståing og sitt eige faglege fundament. I eit slikt prosjekt er det ikkje tilstrekkeleg berre å skjønne si eiga historie. Det er nødvendig også å kjenne forhistoria. Det er ein lang veg frå sjamanen si tromming til psykoterapeuten sin sjeselong. Men er det kan hende likevel slik at dette meir er i form enn i vesen. Er dei bae verksemder som spelar på dei same strengane? Kan det vere tenleg for psykoterapien si sjølvforståing om ein prøver den hypotesen at det ein driv med er sjamanen sin melodi harmonisert for moderniteten sin epistemologi?

## **Kapittel 21**

### **FRÅ PSYKOTERAPIEN SI FORHISTORIE**

Psykoterapien si forhistorie er rett og slett historia om lækjekunsten. Den einskaplege eller holistiske oppfatninga av ånd og kropp, så typisk for sjamanistiske kulturar, var òg ein dominerande konsepsjon i vår kultur i heile den førdecartianske perioden. Som Sheikh og Sheikh (1989) har peika på var det då ikkje noko vesentleg skilje mellom austerlanda sine store medisinske meiningssystem, og tenkinga i Vesten. Sidan mangt av lækjekunst i austlege system er psykoterapeutiske i sin natur, er ikkje psykoterapi skild ut som ei særleg verksemd slik vi kjenner den frå Vesten. Det er altså splittinga, det ontologiske skiljet mellom kropp og sjel som skaper føresetnaden for psykoterapi som ei særskild form i det «psyke» etterkvart overtek noko av det domenet som tidlegare var dekt av omgrepet «ånd» og hegemonisk høyrde religionane til.

#### **Frå Asklepios til Hippokrates**

Den hippokratiske eiden, som ein kvar vestleg lege framleis sver til, er ei påminning om den vestlege medisinen sine røter i ein mytisk tradisjon vi kan rekne tilbake til Orakelet i Delfi. I det gamle Hellas samla dei sjuke seg ved templa og vart diagnostisert av prestane, ofte gjennom tolking av draumar. I gamal jødisk og egyptisk kultur finn ein på tilsvarande vis at læking var underlagt religiøse ritual. Lækjeguden Asklepios, eigentleg ein halvgud og son til Apollo, hadde i si tid vist seg så forvitneleg i å praktisere lækjekunst at Zevs vart redd det hinsidige skulle verte avfolka. Zevs fann det difor tryggast at Asklepios vart innlemma i gudane sitt rike. Her utvikla han sin store familie der ulike familiemedlemer (som t.d. døtrene Hygieia og Panakeia) vart proponentar for ulike område av medisinen. Og Asklepios og familien hans var så visst ikkje utan

innverknad mellom dei dødelege. I områda Hellas, Italia og Tyrkia var det omlag 200 tempel som utøvde lækjekunst i Asklepios si ånd. Achterberg (1985) kallar desse dei første holistiske behandlingssentra. Dei var geografisk lokalisert i vakre omgjevnader og hadde bad, hagar og eigne stadar for bøn og rekreasjon. Alle som kom vart likt mottekne utan omsyn til betalingsevna. I følgje Asklepios si lære var ein lækjar først og fremst ein som dei som leid kunne vende seg til utan vilkår. I desse templa vart etterkvart den heilage søvnen, seinare kalla inkubasjonssøvn, utvikla som ein dominerande metode. Som regel var dette ein metode for dei aller mest sjuke. I essens er det her, som i sjamanismen, ein praksis der draumen vert nytta både til diagnose og læking. Psykoanalysen si draumetyding står såleis i ein lang tradisjon. Lækjeseansen vart som regel førebudd med faste over fleire dagar for å gjere pasienten meir mottakeleg for gudane sine råd. Pasienten oppsøkte tempelet om kvelden, og det var spesielt i den flytande fasen mellom søvn og vaken tilstand at gudane ville vise seg og kome med tolkingar, råd om åtgjerder eller utøving av læking. Men i denne samanhengen som elles når det gjeld psykoterapi, kan vi ikkje lausrive metoden frå konteksten, eller den rituelle innramminga. Grupper av prestar/legar vandra kledde som Asklepios rundt til dei sjuke med symbol og remedie for å auke nærværet av han og familien hans, og utøvde symbolsk læking gjennom små tablå med song og musikk. Atmosfæren var prega av omsorg og kjærleik innramma av den tilliten som det guddommelege representerte. Tradisjonen med tempellæking og inkubasjonssøvn overlevde inn i den kristne tradisjonen. St. Cosmas og St. Damian, to tvillingar som hadde lidd martyrdøden, vart gjort til helgenar for mirakla som oppstod når sjuke menneske oppsøkte kyrkja og let seg behandle gjennom den guddommelege svevnen. Inkubasjonssøvn har vore praktisert i den katolsk kyrkjetradisjonen heilt fram til nyare tid, og søvn som terapi har vore praktisert i moderne tid med ei ikkje-religiøs grunngjeving (sjå t.d. Ellenberger, 1970 s. 88).

Frå eit sosialpsykologisk perspektiv kan vi seie at i Asklepios-tradisjonen var det konteksten for lækinga som var sjølve «medisinen» - ein kontekst som evna å stimulere pasienten sitt potensiale for sjølvlæking. Dei kjende forfedrane for moderne medisin som Hippokrates, Aristoteles og Galen hadde alle kulturelle røter i lækjetradisjonen frå Asklepios. I den velkjende hippokratiske eiden (ca. 425



f.kr.) er det faren Apollon, sonen Asklepios og døtrene hans som framfor alle andre gudar er påkalla som vitne. Hippokrates står på sett og vis for ei vending i retning av ein naturalistisk rasjonalitet i synet på sjukdom og læking. Naturen og naturen sitt krinslaup var for grekarane det store førebiletet og norma i alle samanhengar. Synet på læking sprang ut av denne naturalistiske epistemologien (Eriksen, 1995). Hippokrates si oppfatning var at lækjaren si oppgåve var å forstå seg på, og å assistere naturen. I *primum non nocere* (framfor alt gjer ikkje skade) uttrykkjer Hippokrates denne tradisjonen sin legeetikk; eit imperativ som også er sentralt i medisinske ideologiar frå austerlanda (Sheik og Sheik, 1989). Trass den naturalistiske nyorienteringa i og med Hippokrates, er det framleis ein holistisk epistemologi som rår grunnen. Grekarane si tenking var sirkulær, og det var heile mennesket som var sjukt når det oppstod sjukdom. Ein sjuk person var ein som var i uttakt med naturen sin rytme og kretslaup. Hippokrates var vel vitande om det mentale si store rolle i lækjeprosessen slik han uttalar seg her:

*«Some patients though conscious that their condition is perilous, nonetheless recover solely through their contentment with the good graces of the physician».*

(Ref. i Sheik og Sheik, 1989 s. 66).

Galen, mest kjend for å ha påverka førtifem generasjonar med teorien om dei fire kroppsvæskene, hadde òg ei holistisk oppfatning. Han var mellom anna overtydd om at pasientane sine førestillingsbilete og draumesyn gav vesentleg klinisk informasjon. Teorien om samspelet mellom det mentale og kroppsvæskene er i sin natur ein sirkulær teori. Det same gjeld synet om at læking er ein måte å bryte dei vonde sirklane på som hadde oppstått gjennom sjukdom. Galen si lære viste seg å vere feilaktig i innhald sitt, men var likevel ein teori med grunntrekk som nyare medisin no står opp om. Den greske lækjetradisjonen var prega av nærleik og kjærleik til kroppen og kroppen sine behov, utan forståing for den antagonismen mellom det kroppslege og det sjelelege som kom til å verte sentralt i den kristne epistemologien. Sjølv om den Hippokratiske eiden, Asklepiosmyten og delar av Galen sine tankar overlevde, vart den greske naturalismen borte i fleire hundreår.

## **Mellomalderen**

Gjennom mellomalderen kan ein ikkje snakke om særleg utvikling av medisinske læresystem. I høve til visdomen frå den gresk-egyptisk perioden er mellomalderen eit tilbakesteg. Medisinen går «offisielt» føre seg innafør ein religiøs legitimitet, eller «uoffisielt» mellom folkelege terapeutar som både inkluderer sjarlatanar og kvakksalvarar med sine sjølvlagde påhitt, og «dei kloke» (oftast kvinner) som berarar av tradisjonsbundne lækjeformer. Desse kvinnene sin lagnad er eit særskilt dystert kapittel i europeisk historie. I dei mest hysteriske periodane kunne det vere tilfeldig kven av dei som vart klaga og dømd for hekseri. Å vere kvinne kunne i einskilde samanhengar vere nok, særleg om ein var spesiell eller sosialt marginal på eit eller anna vis. Ein populær myte i ettertida er at desse «heksene» eigentleg var sinnslidande. Myten er produsert først og fremst av psykiatrifaget sin freistnad på å skrive seg ei historie (t.d. Zilboorg, 1953; Ackerknecht, 1968 og Schneck, 1960). Om versjonen vart populær fordi den kunne lindre kyrkja sitt moralske ansvar, er ho ikkje meir sann av den grunn, og er grundig tilbakevist av til dømes Schoeneman (1977). Det er liten tvil om at mange av kvinnene som vart klaga var folkelege terapeutar som praktiserte tradisjonell medisin ved hjelp av urter og ritual. Heksene si påståtte dyrking av Satan må vi først og fremst sjå på som ei hysterisk religiøs samtid sin freistnad på å stemple verksemda deira som antitetisk til sitt eige religiøse hegemoni. Antropologisk orienterte historikarar som har studert emnet (t.d. Murray, 1921 og Eliade, 1976), legg vekt på at trass i dei mange kultane og dei ulike formene lækinga gikk føre seg i, avslører felleselementa at dei europeiske heksene i røynda førte vidare ein sjamanistisk tradisjon. Sjølv om dei nytta urter som ein del av praksisen, ikkje minst som anestetika, var det likevel dei magiske og symbolske tiltaka og rituala som var hovudingrediensen i denne «psykoterapeutiske» lækjetradisjonen. Det var stor tillit mellom folk i trua på heksene sine magiske evner, men verksemda deira vart fordømt av kyrkja og «the establishment» og straffa på verste vis. Alkymi og astrologi som basis for medisinsk praksis låg derimot innafør kyrkja sin toleranse. Kyrkja si fordøming må vi sjå som uttrykk for ein kamp om epistemologisk hegemoni, eit hegemoniet som òg galdt læking. For den tidlege kristne presteskapen var religiøs tru åleine den generelle medisinske kuren, og sjukdom var stort sett Satan sitt verk. I takt med at kyrkja spreidde evangeliet sitt vart det nedgangstid for den naturalistiske og rasjonelle medisinen. Denne stagnasjonen i

medisinen si utvikling varde fram mot 1300-talet då Thomas Aquinas reformerte Aristoteles og vekte til liv delar av den tapte visdomen frå den gresk-egyptiske perioden. I europeisk mellomalder er det ein spiritualistisk medisin i samsvar med kyrkja sin epistemologi som rår grunnen. Det er heilage objekt, lækjande helgenar, pilegrimsreiser til heilage stader og religiøse relikvie som er gagnleg medisin for det meste. Av sistnemnde type, til dømes beinrester frå helgenar, kunne kyrkja ha ei ikkje så reint lita inntekt. Substansiell medisin kunne vere avskrap frå helgenane sine gravsteinar, vatn frå kjelder der dei hadde levd eller jord frå der dei hadde stege med føtene sine. Helgendyrkinga i lækjesamanheng var omfattande aktivitet og vitnemåla om kur og mirakel var mange og nådde langt. Leivningane frå denne høgkonjunkturen finn ein stadig i vår sekulariserte samtid, velvillig formidla av vekepressa. Sjølv om rapportar om mirakelkurar som regel er overdrivne, og sjølv om heilagt vatn eller å røre ved skrinet i Lourdes i seg sjølv ikkje kan vere spesifikk medisin, er det liten tvil om at innhaldet i slike seansar er kontekstar som kan stimulere lækning, og såleis under visse omstende påvirke utfallet av ei sjukdomsutvikling.

Trass i at ein slik religøs-spiritualistisk medisin dominerte, fann ein også ein meir verdsleg og naturalistisk praksis. Og konflikhtar mellom «kvakksalvarar» og dei rettvise gjorde seg gjeldande då som no. Kven som var kva, seier Eric Maple (1968), hadde lite med motiv, kunnskapar og praksis å gjere; men mest med organisering og sosial stand. Utøvarar frå dei lægre klassene vart som regel «outsiders» i høve til det gryande laugsvesenet som utvikla seg med alliansar mellom barberarar, kirurgar, apotekarar og utøvarar av lækjekunst i desse sosiale laga. Mot slutten av mellomalderen voks det fram det vi kan kalle ei profesjonalisering av medisinen, i og med at medisinske utøvarar organiserte seg. I England fekk ein gjennomført ei lisensieringsordning som heldt kvakksalvarar og kvinner unna lækjekunsten. Desse lisensierte lækjarane utøvde ikkje kunstene sine for almisser. Dei vart ein profesjon for eliten slik at Kong Henry VIII såg seg nøydd til å ta affære til fordel for den sjuke og lidande allmugen. Løysinga vart at «kvakksalvarar» (dei utan lisens) kunne få lov til å kurere alle sjukdommar på kroppen si overflate, men berre ved hjelp av gips, grautomslag og salvar.

## **Renessansen**

Renessansen fødte nye tankar og idear, også i medisinen. Det biologiske studiet av mennesket skaut fart, spesielt ved dei italienske universiteta. Men det var først og fremst ein deskriptiv og nokså mekanisk anatomi som var idealet. Eit høgdepunkt var Andreas Vesalius' *De Humani Corporis Fabrica*, eit detaljert atlas over menneskekroppen. Kirurgien gjorde store framsteg, takka vere den praksisen som krigen sine ulike slagmarker kunne by på. Noko fundamental fornying av medisinen var dette likevel ikkje. Den kom først og fremst gjennom *Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hoenheim* (1493-1541). Sjølv kalla han seg *Paracelsus* for å markere at han såg seg sjølv som overlegen Celsus, den store lækjaren frå antikken. Paracelsus var ein opprørar i samtida, medisinen sin Luther som gjorde det heilagbrotet at han ikkje tala om medisin på latin, men på morsmålet sitt tysk. Han vart hundsa av kollegaene sine, men elska av pasientane. Paracelsus var ein epistemologisk fornyar av medisinen og ein føregangsman for det som seinare vart ein biomedisinsk sjukdomsmodell. Han innførte entitetsoppfatninga; den tanken at ein kunne avgrense kvar sjukdom som ein eigen substans, at det til kvar slik substans fanst ein annan substans som var sjukdomen sin årsak, og at det til kvar sjukdom fanst eit eige lækjemiddel. Sjølv om dette synet har vore hemmande for nyare medisin, var det i si tid ei kjelde til fornying og framgang for den medisinske praksisen. Framfor alt har Paracelsus vorten kjend for å ha opna opp for kjemien sin store framgang i medisinsk behandling. Han testa verknaden av kjemiske stoff som kvikksølv og opiat, men var ikkje meir naturalist enn at han trudde på salvar som kunne kurere sår frå distanse. Han var også alkymist og astrolog og tente seinare som modell for Goethes dr. Faust. Paracelsus sin kjemi var klårt animistisk, og sjølv om han avviste Galen si form for åndelære, avviste han på ingen måte førestillinga om usynlege åndelege agentar som årsak til kroppen sine ulike aktivitetar. Han gikk på ymse vis langt lenger enn Galen i å nytte førestellingar om åndsvesen (archai) som herskarar over ulike delar av kroppen sine område og holrom. Denne intuitive og mytiske forståinga viste seg å vere meir framgangsrik for kjemien si utvikling enn den reint rasjonelle og mekaniske (Bernal, 1978). Paracelsus held for ettertida difor posisjonen som grunnleggjar av moderne kjemi. Mindre kjent, men slett ikkje uvesentleg, var at Paracelsus var ein varm talsmann for den kliniske og pasientnære medisinen. Dei gamle lærebøkene brende han bokstaveleg talt på

bålet. I staden søkte han kunnskap hos vise kvinner og andre folkelege behandlarar. Overfor kyrkja tok han desse kraftig i forsvar, og han ga dei jamvel æra for å ha skjøna kva lækjekunsten dreidde seg om. Han oppfriska også grekarane sine tre principias om menneske: den åndelege, den fysiske og den mentale dimensjonen. Forståinga hans for det mentale si rolle i lækjeprosessen var tydelegvis til stades, slik følgjande uttalar han er tillagt tyder på:

*«There are two kinds of disease in all men; one material and one spiritual...against material diseases material remedies should be applied. Against spiritual disease spiritual remedies.*

*Man is his own doctor and finds proper healing herbs in his own garden; the physician is in ourselves, and in our own nature are all things that we need.*

*Man has a visible and an invisible workshop. The visible one is his body, the invisible one is imagination ....The imagination is sun in the soul of man.....The spirit is the master, imagination the tool, and the body the plastic material .... The power of the imagination is a great factor in medicine. It may produce diseases.... and it may cure them....Ills of the body may be cured by physical remedies or by the power of the spirit acting through the soul».*

(frå Ehrenwald, 1976, s. 196 og Achterberg, 1985, s.72)

Renessansen førte i seg sjølv ikkje med seg store vitskaplege landevinningar, men sette vitskapen sitt bumerke på historia gjennom brotet med middelalderen si ideverd. Det er dei store sjøreisene, astronomien og navigasjonen som opnar verda. Dei revolusjonerande ideane til *Kopernikus* (1473-1543) får ikkje fotfeste før langt seinare, etter at Giardano Bruno hadde vorten brend på bålet og *Galileo Galilei* (1564-1642) hadde vorten dregen for retten og dømd. Galilei hadde med hjelp av teleskopet henta himmelen ned på jorda slik at alle som ville kunne sjå at Kopernikus hadde rett. Mennesket måtte detronisere seg sjølv som midtpunktet i universet. Det er ein epistemologisk kamp som går føre seg. Det lenge tilkjempa kompromisset mellom ei aristotelisk og kristen åskoding av verda stod for fall. Men domen over Galilei fungerte snarare som inspirasjon enn å sette stoppar for eksperimentalfilosofi og vitskapleg tenking. Etter 12 hundreår i mørke gir

renessansen dei lærde endeleg høve til å hevde seg som overlegne den antikke æraen i visdom.

Det nye synet på universet fekk gradvis følgjer for synet på mennesket - det vesle universet. I det aristoteliske verdsbiletet rekna ein med at mennesket som sentrum i universet stod i kontakt med universet sine ulike delar gjennom ulike former for påverking eller ånder. Mennesket i seg sjølv var ei lita verd - eit mikrokosmos. Galen si detaljerte utforming var blitt kanonisert. Renessansen sin anatomi, og interessa i tida for pumper, belgar og ventilar; fødde ein ny type fysiologisk tenking der åndeomgrep ikkje lenger var turvande. Den banebrytande ideen var *William Harvey* (1578-1657) si oppdaging av blodsirkulasjonen, og at ein kunne sjå kroppen som ei hydraulisk maskin utan plass for mystiske ånder. Denne ideen om organismen som ei maskin var no fødd, sjølv om det enno skulle gå lenge før det gav medisinen store framsteg.

### **Vitskapen veks fram**

Det var ingen veg tilbake, renessansen hadde knust det klassiske verdsbiletet for alltid. Men det var ingen lettvinnt veg frametter. Dei to store berarar av vitskapen sine idear, *Francis Bacon* (1561-1626) og *René Descartes* (1596-1650), var til fulle merksame på den epistemologiske spenninga og den trusselen mot kyrkja som deira empiriske orientering stod for. Bacon argumenterte ikkje berre for ei slik orientering til naturen som objekt, men også for ein aktiv empirisme der ein skulle manipulere med naturen for å avsløre dei løyndomane den hadde. Grunngevinga var ideologisk, mennesket skulle utnytte naturen for sine føremål. Bacon gjorde såleis vitskap til eksperimentalvitskap og la grunnlaget for vitskapen si teknisk-instrumentelle rolle. Ikkje utan grunn har han i ettertid blitt omtala som «teknologiens profet». Når det gjeld Descartes, franske matematikar og filosof, vil han i ettertid vere mest kjent for si formulering av eit dualistisk menneskesyn. I følgje Bernal (1978) var dette like mykje uttrykk for Descartes sin politiske teft. Han hadde ikkje særlege ønskje om strid med kyrkja, og makta å konstruere ei forståing som gav vitskapen fred. Vitskapen sitt domene vart den fysiske røyndomen, medan kyrkja fekk ha det åndeleg domenet for seg sjølv. For Descartes var dyra, inklusiv menneskja, i seg sjølv reine maskiner. Men på eit

eller anna vis måtte det vere eit samband mellom dette mekaniske mennesket som var styrt i samsvar med dei fysiske prinsippa, og den sjela og viljen som budde i denne kroppen. Problemstillinga var gamal. Sidan Platon hadde ein tenkt i ein slags dualisme der sjela var dominant og herska over lekamen. I den jødisk-kristne tradisjonen er skiljet mellom den guddommelege sjela og den syndige kroppen eit sentralt tema. Descartes representerte ein meir likestilt dualisme. I tillegg gjorde han framlegg om ein fysisk «møteplass» mellom sjel og lekam. Pinealkjertelen, eit område mot øvre del av hjernen, vart utpeikt som det fysiske knutepunktet for dette sambandet mellom det kroppslege og den åndelege verda. I denne dualismen, som kom til å prege den vestlege epistemologien fram til nyare tid, oppfattar ein det mentale og det kroppslege som to ulike ontologiske realitetar. Det er likevel feil (sjå t.d. Priest, 1991) å oppfatte denne dualismen slik at det ikkje var samvirke mellom desse domena. I følge Descartes kunne sjela vere årsak til ein verknad i lekamen så vel som at lekamen skapte ein verknad i det sjelelege. Seinare epifenomenalisme ga det sjelelege ein langt svakare status i det verknadsvegen etter dette synet berre kunne gå frå materien til det sjelelege. Dette synet opna opp for ei meir konsekvent reduksjonistisk tenking i vitskapen om mennesket.

Den store vitskaplege triumfen i det 17. hundreåret var fullføringa av eit ålment mekanisk system som makta å gjere greie for universet. «Mekanikken» og «maskina» vart dei leiande metaforane. *Isaac Newton* (1642-1727) var den store syntesemakaren. Såleis er det vanleg å tale om det decartiansk-newtonianske paradigmet som berebjelken for vitskapen si utvikling og etterkvart aukande og dominerande status i dei komande hundreåra. Men både Descartes og Newton var innafor ein religiøs epistemologi. For dei var den materielle verda eit prov på det guddommelege. Scientismen, vitskapen som generell epistemologi, har røtene sine her. I denne epistemologien var det ingen plass for det sjelelege. Det var religionen sitt domene - og sidan psyke og sjel var eitt, var det heller ingen plass for psykologisk tenking.

Utviklinga av vitskapen frå dette epistemologiske grunnlaget er på ingen måte ei ubrota linje. Det er framsteg og tilbakesteg, men like fullt ei aukande sementering av ein vitskapleg tenkjemåte basert på observasjon, måling og eksperimentering.

Men medisin er framleis først og fremst praksis, utvikla gjennom meir eller mindre tilfeldige oppdagingar. Det tek lang tid før medisinen tek opp i seg framgangen i andre vitenskapar (fysikk, kjemi og biologi). Det er først mot slutten av det 19. hundreåret at medisinen gjennom bakteriologien får eit paradigmatisk fundament som vitenskap. På same viset som teleskopet førte til at den gamle epistemologien om universet vart knust, førte mikroskopet ein inn i det levande på eit vis som gjorde gamle førestellingar avlegse. Spenninga mellom religiøs og naturalistisk (vitenskapleg) epistemologi, trass i Descartes sitt bidrag til borgfred, er heile tida tilstades. Den blussar opp med veldig kraft i samband med *Charles Darwin* (1809-82) og evolusjonsteorien. Gjennom denne vert mennesket tilbakeført til naturen, og den religiøse fortryllinga er broten. Darwin si epistemologiske utfordring av synet på det levande svarar til Galilei si utfordring av synet på den uorganiske verda.

### **Frå Descartes til Freud**

I dei vel 200 åra frå Descartes til Freud er det ei naturalistisk forståing som dominerer i den gradvis profesjonaliserte medisinen, sjølv om den kulturelle konteksten framleis er innvoven i religiøst forankra tenkjemåtar. Tiltaka mot galskap er høgst ulike og varierte (sjå t.d. Foucault , 1991), men i hovudsak er det tale om fysiske og mekaniske intervensjonar der det for ettertida kan vere problematisk å skilje mellom kva som var reint moralske og straffande tiltak, og kva som hadde ein presumtiv medisinsk rasjonalitet. I og med at galskap vert sjukdom og handtering av dei gale vert psykiatri, er åndene drivne ut og kroppen er einsam tilbake både som årsak og verknad. Men det er epistemologisk sett ein «maskinkropp», og «medisinen» ein nyttar - anten det er tale om varme eller kalde bad, rotasjon eller trykk, blodtapping eller blodinnnsprøyting, massasje og etterkvart elektrisk stimulering m.m. - er dette ulike variantar i samsvar med ein mekanisk epistemologi. *Philippe Pinel* (1745-1826) i Frankrike og den samtidige *William Tuke* i England var først og fremst talsmenn for ei humanisering av asylregimet (*moral treatment*), eit syn som sprang ut av den franske revolusjonen og opplysningstida. Dei hadde sterk tru på fornufta og rasjonaliteten og la vekt på at ein skulle behandle dei sjuke som om dei var normale. Det var ein oppsedingsteori som låg til grunn, og i framståande institusjonar frå denne tida



finn ein døme på eit høgt aktivitetsnivå der ein nytta idrett, kåseri og foredrag, opplesing, bibliotek og skoletilbod som «metodar» (Clark, 1975). Denne forløparen for moderne miljøterapi vart likevel berre eit mellomspel, og makta ikkje å skape ei paradigmatisk endring i synet på galskap. Dei psykiatriske institusjonane utvikla seg til å verte interneringsanstaltar og ein arena for ulike former for biomedisinsk eksperimentering. Intendert psykoterapi, i ei eller anna form, var det i hovudsak ikkje epistemologisk grunnlag for før mot slutten av det 19. hundreåret, innan den «zeitgeisten» som både psykoanalysen og psykologien som vitenskap sprang ut av.

Eit interessant mellomspel er likevel wienerlegen *Franz Anton Mesmer* (1734-1815), som under sterk motstand frå legestanden tok i bruk det vi i dag vil omtale som hypnose som ein behandlingsmetode (Crabtree, 1993). Mesmer hadde store vitenskaplege ambisjonar og meinte å ha oppdaga eit behandlingsprinsipp som ville revolusjonere heile medisinen, ikkje spesifikt psykiatrien. Han meinte å ha oppdaga ei overjordisk væske som knytte det levande og det ikkje levande saman. I teorikonstruksjonen sin nytta han eit kjend fenomen, magnetismen, som utgangspunkt for hypotesen om ei «animalsk magnetisme». Slik prøvde han å legitimere verksemda si som vitenskapleg, og møtte kritikken med sjølv å ta initiativ til ei vitenskapleg gransking. Men han lukkast ikkje med legitimeringa. Etter at to kommisjonar nedsett av den franske regjeringa ikkje hadde lukkast å påvise denne magnetismen empirisk, vart det lagt ned forbod mot praksis. Det var altså teorien som ikkje heldt. At Mesmer var i stand til å kurere var det mindre tvil om. Slik er Mesmer sin lagnad eit tidleg historisk døme på korleis vitenskap sine to hovudkrav, slik eg har drøfta tidlegare, vert nytta til å regulere praksis. Sjølv om mesmerismen vart utstøytt og etterkvart gløymd i akademiske miljø, levde praksisen vidare i meir skjulte og obskure sirkular (Ellenberger, 1970). Seinare fekk den oppsving og fotfeste som ei terapeutisk lekmannsrørsle på det amerikanske kontinentet (Cushman, 1995). Psykoanalysen vert vanlegvis tilkjent æra for å ha oppdaga overføringa, den nødvendige relasjonskvaliteten mellom terapeut og klient, som er ein sentral føresetnad for psykoterapi. Av Mesmer sine skrifter, om ein ser bort frå den fantasifulle teoretiseringa han nytta, går det klart fram at han på dette punktet var på sporet av ei innsikt som seinare har blitt vesentleg i

moderne psykoterapi. Først mot slutten av hundreåret får hypnosen sin renessanse i Frankrike gjennom etablering av den såkalla Nancy-skulen. Sentrale aktører som *Lièbeault* (1823-1904) og *Bernheim* (1837-1919) var både i følge Ellenberger (1970) kjende med Mesmer sine skrifter. Det er likevel først gjennom den franske nevrologen *Jean Martin Charcot* (1825-1893), som hadde «stjernestatusen» i samtida, at hypnosen vert stoverein i medisinske miljø. Og det er nettopp Charcot, og på mange vis bruken av hypnose, som er Freud sin dørøpna til psykoanalysen og etableringa av moderne psykoterapi.

## Kapittel 22

### PSYKOANALYSEN SIN KONTEKST

Frå midten av attenhundretalet er det Tyskland og den tyskspråklege tradisjonen som er leiande i vitskapen. Psykologiske problemstillingar er på ingen måte nye. Slike har alltid vore ein del av den filosofiske diskursen. Psykologien har såleis ei lang fortid, om enn ei kort historie. Det nye no er at det mentale blir utforska innafor ramma av den etablerte vitskaplege tenkjemåten. Psykologien blir ein del av empirismen og positivismen. Det er fire tyske menn som alle er opptekne av fysiske og fysiologiske prosessar som må dele æra av denne etableringa: *Herman von Helmholtz*, *Ernst Weber*, *Gustav Theodor Fechner* og *Wilhelm Wundt*. Det er sistnemnde si etablering av laboratoriet i Leipzig i 1879 som oftast vert referert til som startskotet. Psykologien som vitskap etablerte seg raskt, eit uttrykk for at ei tilnærming til det sjelelege som mentale fenomen hadde gjenklang i tida. Men det er ikkje først og fremst frå denne unge akademiske disiplinen at ein vitskapleg forankra psykoterapi spring ut. Rett nok tek det berre 20 år frå oppstarten av laboratoriet i Leipzig til etablering av fagområdet «klinisk psykologi». Det skjer i USA når *Lightner Witmer*, som hadde studert hos Wundt i Leipzig, returnerer til heimlandet og i 1896 etablerer ein psykologisk klinikk og heldt kurs i klinisk psykologi ved *University of Pennsylvania* (Garfield, 1985). Amerika er på den tida moden for tenking kring mentalhygiene, og den tyske psykologen *Hugo Münsterberg*, som William James hadde tatt med seg til Harvard, vekte stor merksemd med boka *Psychotherapy* i 1909. Det er likevel ein annan europearar som stel showet. Same året vitjar Sigmund Freud *Clark University*. Han får stor publisitet og etableringa av psykoanalysen skjer med større entusiasme her enn på Freud sitt heimlege kontinent. Skal ein skjønne etableringa, framveksten og den seinare ekspansjonen av psykoterapien, er det difor først og fremst psykoanalysen

og Sigmund Freud sitt bidrag som er utgangspunktet. Det var ikkje den unge akademiske psykologien, men medisinen og den praktiske psykiatrien som var denne læra sin plattform. Det har alltid vore eit visst spenningstilhøve mellom psykoanalysen og den akademiske psykologien. Den kliniske psykologien var lenge ein heller liten subdisiplin i faget. Ekspansjonen kom først og fremst i USA under og etter krigen, og på slutten av 60-åra var den kliniske psykologien etablert som dominerande disiplin og plattform for etablering av psykologi som profesjon (Schultz. & Schultz, 1987). I dette utviklingsløpet har den kliniske psykologien både assimilert psykoanalysen og utvida den til det ein med ein fellesnemnar kan kalle ein psykodynamisk tradisjon. Historisk sett ga psykoanalysen den kliniske psykologien noko den ikkje hadde, eit paradigmatisk grunnlag.

### **Psykoanalysen som epistemologi**

Eg skal ikkje her gjere greie for psykoanalysen utifrå sine egne premissar, korkje som teori eller metode. Perspektivet er snarare utvendig, som ved drøftinga av sjamanismen. Historieskrivinga har mange variantar, også når vitskapen er tema. Den enklaste er forteljinga om faktiske hendingar og den linære utlegginga av ein vitskap sin kunnskapsakkumulasjon. Det er også som regel den mest naive. Siktemålet mitt er ein drøftande variant; ein kommentar for å illustrere at psykoanalysen, som andre lære- og kunnskapstradisjonar, utviklar seg gjennom kommunikasjon i ein kulturhistorisk kontekst - ein del av den kulturelle evolusjonen. Det er difor ikkje tilstrekkeleg å sjå psykoanalysen isolert som eit vitskapleg gjennombrøt i studiet av det sjelelege, men som eit historisk og kulturelt betinga meiningssystem om den sekulariserte sjela. Det er dette perspektivet eg vil prøve å drøfte, og synspunkta på forhistoria er i ein slik samanheng ein viktig kontekst.

Sett frå notida kan ein konstatere at psykoanalysen vart noko langt meir enn ein psykoterapeutisk metode. Freudiansk tankegods og omgrep nedfelte seg i daglegspråket og glei inn som ein del av subjektet si sjølvforståing i den vestlege kulturkrinsen. Den psykoanalytiske tradisjonen har levert modellar og referanserammer langt utover det kliniske romet (litteratur, kunst osv.). Den har inspirert til tallause teoretiske variantar og skapt eit psykoterapeutisk

universalspråk. Sjølv heilt motstridande teoriar (t.d. atferdsterapi) har måtta legitimerer seg i opposisjon til denne tradisjonen. I glansdagane sine representerte psykoanalysen eit totalt tankesystem som på linje med marxismen dominerte mykje av den moderne refleksiviteten. Ikkje berre individet, men også kulturen og politikken kunne ein legge på analytikaren sin sjeselong. Slik este psykiatrien ut i samfunnet og gjorde heile den vestlege kulturen til ei opa terapeutisk avdeling. Det er etter mitt syn umuleg å skjøne den terapeutiske sjølvsentringa som kom til å prege den vestlege kulturen frå 1960-åra og frametter, utan å skjøne psykoanalysen sitt epistemologiske bidrag til å utvikle eit allment språk om det indre mennesket. Når eg tidlegare har gjort eit poeng av at ein terapeutisk teori/metode må ha epistemologisk legitimitet, er psykoanalysen også eit døme på eit meiningsystem som sjølv skaper denne legitimiteten. Den historiske framveksten illustrerer den epistemologiske rekursiviteten som Hans Skjervheim, gjorde til eit hovudpoeng i sin positivismekritikk; at teoriar om mennesket ikkje kan setje seg som åskodar til sitt objekt. Ein er deltakar i den tyding at teorien også formar det den teoretiserer om (Skjervheim, 1974a). Forteljninga om psykoanalysen sin framvekst er på sitt mest naive når den er ei forteljing om vitskapen som gradvis arbeider seg mot sanning og avduking av menneskesjela sin natur. Ei alternativ forteljing er forteljninga om eit meiningsystem som konstruerer mennesket - som altså sjølv er ei forteljing, ein kulturspesifikk versjon om mennesket som subjekt.

Skal ein skjøne kvifor denne forteljninga vart slik ho vart, er det ikkje tilstrekkeleg berre å skjøne forteljaren, men også forteljaren som «bodbringar» i ein viss kulturhistorisk kontekst. I ei slik kontekstforståing er utfordringa å sameine både diakrone og synkrone moment. Dei diakrone momenta er på den eine sida arven frå Descartes og statusen til den vitskaplege rasjonaliteten mot slutten av det førre hundreåret. På den andre sida ei allmenn kulturhistorisk utvikling som friset individet og aukar fokuset på subjektiviteten. Desse momenta kan sannsynleggjere at det veks fram ein epistemologi om ei sekularisert sjel à la psykoanalysen, men lite om kvifor den får det innhaldet den fekk. Personen Sigmund Freud som original historisk bidragsytar kan sjølv sagt ikkje reduserast til null. Men denne originaliteten vert likevel meir skjøneleg når ein ser den i lys av den konteksten

Freud hadde virket sitt i. Det gjeld mellom anna dei særeigne sidene ved Wienerkulturen, og det gjeld idear og tankar som høyrde tida til og som viser at Freud, som så svært mange, også var ein akademisk tjuv. Dette er det synkrone momentet.

### **Subjektet i sentrum**

I dei 200 åra frå Descartes sin borgfred med kyrkja og fram til den perioden Freud er ein del av, hadde «det sjelelege» stort sett fått vore i fred for vitskapen. Den voks fram først og fremst som ein måte å utforske og å tenkje om naturen på. Det var framleis kyrkja og religionen som hadde hegemoniet når det gjaldt det «indre mennesket». Og det «indre mennesket» er først og fremst eit åndeleg menneske og er relativt språklaus som «psyke». Psykoanalysen vert tilsynelatande eit dobbelt brot. På den eine sida eit brot med religionen sitt hegemoni over sjela, og på den andre sida eit brot med ein dominerande mekanisk tenkjemåten i psykiatrien i Freud si samtid. Psykoanalysen blir eit språk om subjektet - individet sett *innafrå* og ikkje lenger berre ovanfrå med religionen sine briller eller utanfrå som objekt for vitskapen. Men sjølv om Freud skaper eit språk om subjektet, skaper han ikkje subjektet. Subjektet er alt til stades, og då Descartes uttalte «*Cogito ergo sum*» (eg tenkjer, altså er eg), føregreip han på sett og vis ei utvikling med auka dyrking av den subjektive fornemminga og refleksiviteten. Slik kunst, filosofi og litteratur ofte går føre, var subjektet og det psykiske mennesket alt under utforsking då Freud formulerer sin versjon. I litteraturen er Ibsen og Strindberg døme på to nordiske forfattarar som uttrykte denne tendensen. At mennesket i større grad vart fokusert som individ og subjekt mot slutten av hundreåret, kan vi sjå på bakgrunn av ein lang periode i den samfunnsmessige utviklinga som fristiller individet som aktør i samfunnet. Kapitalismen sin framvekst når eit høgdepunkt i Europa etter ein lang periode med industriell etablering, teknifisering og urbanisering. Heile denne perioden, inklusiv opplysningstida og den franske revolusjonen, representerer ei gjennomgripande politisk og økonomisk endring i samfunnsformasjonen, og med dei følgjer at mennesket ikkje berre vert sett på som borgar og lønsarbeidar, men og som eit moralsk ansvarleg subjekt.

Denne *individueringa* kan ein studere frå fleire innfallsvinklar. Foucault (1994) har til dømes i sin analyse av fengselssystemet sin framvekst gjort greie for korleis det i løpet av 1700-talet utkrystalliserte seg ein «individualiserande viten». Det vart utarbeidd prosedyrar for korleis ein skulle hanskast med einskildindivid og uteske kunnskap om særtrekka deira. I fabrikkane, i skulane, på sjukehusa, i hæren og i fengsla vert arbeidaren, eleven, pasienten, soldaten og fangen underlagt disiplineringsstrategiar, overvakingstrategiar og klassifiseringsstrategiar som skal tene til å registrere, hierarkisere, kontrollerer og administrere individ i høve til andre individ. Det moderne subjektet oppstår, vert forma og konstituert i kraft av alle desse strategiane, hevdar Foucault.

### **Sjølvkontrollen**

Den franske sosialhistorikaren Philippe Ariès (1980) har gjort individueringa synleg gjennom barnet og barndomen si historie. Frå å oppfatta dei som «små vaksne» byrjar ein gradvis ved starten av 1600-talet å sjå barn som ein eigen sosial kategori og som særeigne individ. Fokuseringa av barnet som individ skjer først og fremst gjennom framveksten av den borgarlege familieforma, ei familieform som gjennom utskiljing og etablering av sosiale grenser vender seg mot barnet og kjernefamilien som ideal. I desse samfunnslaga sin levemåte vert sjølvkontrollen utvikla til ei overordna dygd. Barnet vert ikkje «oppdaga» først og fremst som eit individ utifrå seg sjølv, men som eit objekt som må formast for framtida.

Oppseding vert eit instrumentelt prosjekt, og oppsedingslitteraturen frå 1700-talet vitnar om ei sterk redsle for barnet som berar av ufornuft, veikskap og begjær. Oppsedingsregima hadde ei religiøs legitimering, særleg utvikla av jesuittane, og i kampen mot ufornufta og det sanslege var mest alle middel legale. Sjølv om opplysningstida førte med seg eit anna menneskesyn, og ei mellombels detronisering av tesen om arvesynda som legitimering av tukt og straff, var til dømes Rousseau si naturalisering av barnet på ingen måte ein invitasjon til fri barneoppseding. Lydnad var framleis ein overordna verdi, og korporleg straff ein viktig metode. Men straff og disiplin vart i større grad pedagogikk. Ho måtte nyttast målretta og doseringa styrast med fornuft. Slik kunne ein lettare realisere målet om eit individ med tilstrekkeleg autonomi og sjølvkontroll til å kunne takle samfunnet sine krav. I dette prosjektet er det religionen, rett nok med vekslande

styrke, som leverer den pedagogiske teorien. Mot slutten av 1900-talet har vitskapen fått nok feste til å overta ein del av denne legitimeringa. Arven frå den jødisk-kristne seksualitetsepistemologien og kampen mot barneseksualiteten og det sanslege, får no ei medisinsk grunngeving. Onanien til dømes, vert fokusert ikkje som synd, men som helsefarleg - noko ein i verste fall både kunne verte blind, dauv og åndsveik av i følgje medisinske autoritetar (Rudberg, 1983). Førestellinga om at masturbasjon var skadeleg og ei vesentleg årsak til mentale lidingar var svært utbreidd i psykiatrien på nitten hundretalet. Freud var sjølv ein del av denne tradisjonen, og den «populære» diagnosen *nevrasteni* sette han etiologisk i samanheng med både masturbasjon og *cotius interruptus* (Masson, 1984, s. 41).

Kampen mot barneseksualiteten og det sanslege kan vi ikkje skjønne i lys av ein religiøs tradisjon åleine. Fristillinga av individet utviklar det som må seiest å ha vore eit sentralt europeisk prosjekt, det rasjonelle og fornuftstyrde individet. I kristendomen var den sentrale tesen om arvesynda motpolen både til dette idealet og til Guds vilje, og barneseksualiteten ein måte arvesynda gjorde seg gjeldande på. I medisinen vart seksualiteten mistenkeleg i seg sjølv. Anten mennesket sitt indre vart sett på som ein arena for kampen mellom Guds vilje og Djevelen sine freistingar, eller kampen mellom fornuft og ufornuft, vart sjølvdisiplinen sentral. Også kristendomen utviklar ei form tilpassa dette. Protestantismen, med si markering av den subjektive trua og synd og frølse som individuelle prosjekt, er som skapt for ein samfunnsformaasjon som friset individet. Den anglosaksiske varianten, pietismen, gjorde sjølvkontrollen, viljestyrken og subjektet sitt ansvar overfor Guds åsyn til kjernen i sitt religiøse etos.

### **Splittinga**

I tidlegare tider (slik vi har sett i sjamanistiske kulturar) stod natur, gudar og mennesket i eit umiddelbart tilhøve til kvarandre. Naturen var «animert», gjennomsyra av åndelege krefter og menneskja sine inngrep i naturen vart samstundes eit inngrep overfor gudane. Dette tilhøvet til omgjevningen og naturen går gradvis tapt. Naturen vert stoff, utskilt frå det åndelege. Religionen misser taket på universet, men styrkar grepet om individet. Descartes sin borgfred endar



som ei varig splitting - ei differensiering. Weber talar om «*eine Entzauberung der Welt*», ei fortrylling som brest og avmystifiserer verda slik at den teologisk-metafysiske einskapen misser sitt grep om tilværet si meining. Følgjene av dette er, slik Weber ser det, meiningstap og indre uro - implisitt ein lengt og eit håp om noko nytt som kunne fylle tapet (Weber, 1973). Misser ein grepet om den ytre verda, veks behovet for meiningssystem som kan fange den indre verda.

### **Moderniteten**

Omgrepet «moderniteten» kan ha nokså upresise tydingar. Eg vel å legge til grunn Schaanning (1992) som nyttar nemninga om ein generell prosess som har gått føre seg i Vesten sidan 1500-1600-talet. Det er tale om utvikling av eit tenkjesett som Schaanning (s. 9) karakteriserer gjennom følgjande fem punkt. For det første er det *trua på sanninga og metoden*. Sjølv om førestillinga om noko som ikkje kan tvilast på er gamal som tanken sjølv, er det nye vektlegginga av *metodar* som vegen til å finne ut dette. Descartes kalla ikkje utan grunn hovudverket sitt for *Discourse de la méthode*. Vektlegging av metode har ei differensierande makt. Ein må nytte seg av andre metodar for å kome fram til sanninga om verda enn for å finne fram til kva som er rette handlingar. Ein får eit skilje mellom «er» og «bør». For det andre er moderniteten karakterisert ved *trua på siste-instansar*. Det gjeld førestillinga om ein basis - ein siste skanse som sanninga kan kvile på. For vitskapen vart basis det som ein kunne sanse og røyne - det empiriske. Eksperimentet og det som let seg prøve intersubjektivt vert prøvesteinen på det sikre og sanne. Det tredje karaktertrekket er *trua på avsløringa*. Det er typisk for det moderne prosjektet at ein ville fjerne fordommar, overtru, vanetenking og falskt medvit. Røyndomen sitt bedrageriske slør måtte rivast vekk. Difor tvilte Descartes - tvilen vart ein metode. Store modernistar som Marx, Nietzsche og Freud var alle avsløringsberserkar. Marx gjorde religion og tenking til ideologi og overbygging. Dei materielle tilhøva var siste-instansen som styrde det heile. Hos Nietzsche er det viljen til makt, og hos Freud vert medvitet avslørt til å vere i det umedvitne og siste-instansen driftene si vald. For det fjerde dyrkar moderniteten *trua på framsteget*. Det er med romantikken at ei optimistisk framtidstru vert kopla til tilliten til at opplysningstida si fornuft ville slå igjennom i historia. Det femte elementet er *trua på fridomen*; at vi kan ta framtida i eigne hender, politisk,

sosialt og etterkvart også som individuelle prosjekt. Mennesket sin fridom ver sett i sentrum, det gjeld også fridomen til å utvikle individualitet og livsveg løyst frå lagnad og stavnsband. Utviklinga av vitskapen innanfor moderniteten si ramme fører til at ein på 1800-talet får det som Hellesnes (1994) kallar *scientisme*: ei oppfatning om at vitskapen kunne erstatte religionen, og at både ei åskoding om verda og ei livsmeining kunne etablerast på strengt vitskapleg grunnlag.

### **Den sekulariserte sjela**

Eit historisk riss som dette kan ikkje vere anna enn overflatisk. Poenget mitt er å underbyggje det synet at den europeiske individueringprosessen ikkje berre var ein overgang frå leiglending til arbeidstakar, frå ætt til familie, frå stavnsband til mobilitet, men òg ein rekonstruksjon av det «indre mennesket» på eit vis som er særskilt i vår mentalitetshistorie. Med eit sosiologisk blick kan ein seie at etterkvart som individueringa fører til svekking av den ytre sosiale reguleringa, flyttar den sosiale kontrollen inn i individet som sjølvkontroll. Individet vert ansvarleg, ikkje berre for sine egne handlingar, men også for livsens meining i ein periode der den religiøs-metafysiske einskapsdyllen er i ferd med å brotne. Dette trykket mot individet, der det å leve eit sosialt liv vert ei stendig øving i å besinne seg, må nødvendigvis ha skapt eit psykisk rom - ein sjølvcentrert subjektivitet. Dette er den diakrone konteksten når Freud grip pennen, ein kontekst som ikkje seier så mykje om psykoanalysen som innhald, men først og fremst at der var eit kulturelt grunnlag for ei slik stor forteljing om subjektiviteten og den sekulariserte sjela.

Og det er ein nervelege som skaper denne forteljinga, ei forteljing som også skaper forteljaren på eit vis som gjer skiljet mellom mann og lære problematisk. Og kan hende var *Sigmund Freud* (1895-1939) som skapt for oppgåva. Richard Webster (1995), som elles karakteriserer psykoanalysen som pseudovitskap, grip sjølv til psykoanalytiske resonnement ved å forankre læra i vesentlege motiv og impulsar frå Freud sin barndom. Freud var alt frå starten i livet sitt omgitt av store forventningar og spådommar om å verte ein stor mann. I sin biografiske analyse finn Webster at dette induserte eit messiansk motiv hos Freud. Freud vert difor ein karakter som er «på jakt» etter ei forteljing som kan fortelje om Freud. Sjølv om ei

slik biografisk kontekstualisering ikkje er uvesentleg, seier den sjølvsgt lite om kvifor forteljinga nettopp vart psykoanalysen, og kvifor denne læra har hatt ein slik gjennomgripande innverknad i europeisk åndsliv.

Freud sin faglege kontekst er den samtidige psykiatrien, medisinen sitt forsøk på å fange galskapen i vitskapen sine koordinatar. Medan den akademiske psykologien etablerer seg først og fremst gjennom studiet av medvitte, er det det umedvitte som er «gjenstanden» i Freud sitt prosjekt. I båe høve likevel uttrykk for at det mentale og det psykiske står på dagsorden i tida. Sjølv om Freud hadde lite direkte med den unge akademiske psykologien å gjere, henta han inspirasjon frå same kjelder og lånte omgrep både frå Fechner og Helmholtz. Freud arbeidde i seks år i Ernest Brücke sitt fysiologilaboratorium, eit laboratorium som var inspirert av den såkalla «Berlinerbevegelsen». Det vitskapleg målet i denne rørsla var å reinske biologien for vitalisme og innsette fysikk og kjemi som vitskapen sitt språk om naturen. Herman Helmholtz høyrde til i denne tradisjonen og hadde gjort banebrytande studiar av visuell og auditiv persepsjon. Han problematiserte det forholdet at sanseintrykk som vi ikkje var medvitte om likevel spelte ei stor rolle for den perseptuelle opplevinga. Det måtte difor vere tale om ei umedviten perseptuell slutning om røyndomen. Slik vart studiar av medvitte også ein innfallsvinkel til det umedvitte. Helmholtz var og ein talsmann for at det var vitskapen si oppgåve å redusere komplekse fenomen til enkle prinsipp, og at sanne vitskaplege oppdagingar alltid var enkle i sin natur. Freud beundra Helmholtz og henta fleire omgrep frå han. Men det var *Gustav Theodore Fechner* (1801-1887) som vart den mest vesentlege «leverandøren». Fechner var på den eine sida fysikar, på den andre sida var han og ein religiøs mystikar med messianske førestellingar om sine eigne evner til å sjå samanhengar i tilværet. Han skreiv mellom anna ei bok, rett nok under psevdonym, der han ekstrapolerte evolusjonen på eit vis som gjorde englane til det høgste vesenet som evolusjonen hadde skapt. I psykologihistoria er Fechner mest kjent for sine psykofysiske målingar, måling av samanhengen mellom endring i ein fysisk variabel og opplevinga av denne. Fechner meinte ein her kunne generalisere ein lovmessig samheng mellom det fysiske og psykiske, og at samanhengen følgde ei logaritmisk kurve. Sidan ein slik samheng også måtte gjelde under den absolutte sanseterskelen, impliserte også

Fechner umedvitne sansingar, og metaforen om tilhøvet mellom medvit og det umedvitne som tilhøvet mellom det synlege og skjulte ved eit isfjell, henta Freud frå Fechner. Prinsippa om konservering av energi, det grunnleggjande omgrepet mental energi, det topografiske omgrepet om psyken og lystprinsippet; er også henta frå Fechner. Ellenberger finne desse impulsane frå Fechner så vesentlege at han konkluderer med at «*A large part of the theoretical framework of psychoanalysis would hardly have come into being without the speculations of the man whom Freud called the great Fechner*» (Ellenberger, 1970, s. 218).

### **Det umedvitne**

For ideen om det umedvitne var ikkje ny. At visse aspekt var skjult frå sjølv var ein tanke like gamal som mennesket sitt medvit, og spekulert omkring av mange tenkjarar føreåt, ikkje berre i Vesten. I vår kultur finn vi røter til både Platon og Descartes, og i *Wilhelm Leibnitz* (1646-1716) sin *monadologi*. Korleis ein oppfatta dette; som eit eige rom, ein eigen substans eller kva funksjonar dette området av psyken spelte, kunne nok variere gjennom ulik metaforbruk i ulike idetradisjonar. Det avgjerande i denne samanhengen er at «det umedvitne» nærast var eit moteord i Freud si samtid, diskutert både av lek og lærd. Eit verk i tre bind om emnet, som kom ut i 1868 (Eduard von Hartmann: *Philosophy of the Unconscious*), vart så populært at det kom i ni utgåver fram til 1882. Eit halvt dusin andre bøker i same perioden diskuterte også emnet (Schultz og Schultz, 1987). Ein kan difor ikkje seie, slik legenda lett gir inntrykk av, at Freud var den store oppdagar og erobrar av dette ukjente terrenget i det sjelelege landskapet. Det saka galdt på Freud si tid var ikkje eksistensen av det umedvitne, men av kva natur dette området var. I denne debatten var ei velkjend motsetning involvert. Det var spørsmålet om det umedvitne hørde naturen til, eller var ein del av eller stod i samband med ein overnaturleg åndeleg realitet. Freud stod i dette spørsmålet på naturen si side og gjorde seg sjølv til «interiørarkitekten» som møblerte det umedvitne, konstruerte ein teori om det og utvikla ein metode til å studere denne sida av sjelslivet. Men møbleringa var heller ikkje heilt original. Ein del møblar var «omtrente» i den tyding at tanken om sjølv som ei konfliktfull eining, ein arena for kampen mellom gode og vonde krefter, mellom synd og sanning, ånd og kjøt; var ein dualisme djupt forankra i jødisk-kristen tenking. Dette tradisjonelle biletet hadde

gradvis blitt fortrent av den protestantiske og vitenskaplege rasjonalismen. Dei irrasjonelle sidene ved mennesket sin natur hadde omgrepsmessig sett blitt heimlause. Det er eit vesentleg poeng i Richard Webster (1995) sin analyse av psykoanalysen sin framvekst at Freud, utan sjølv å vere merksam på det, rehabiliterer denne dualismen i ein sekulær, og etter Webster si meining, pseudovitenskapleg versjon. Den teoretiske samanhengen, at vi er «fanga» av våre drifter og vårt irrasjonelle og umedvitne sjelsliv, er etter Webster sitt syn ei reformulering av doktrinen om arvesynda, den mest sentrale psykologiske teorien i kristendomen. Den seier at vi alle i utgangspunktet er i djevelen sine fangarmar, vi *er* syndige gjennom kjøtet, difor treng vi alle ånd og frelse. I Freud sin versjon er arvesynda «trekt om» til Id som møblerer det umedvitne som eit varehus av seksuell og aggressiv energi. Det er her «djevelen» bor. Synd vert liding, og psykoanalyse vegen til «frelse». I den kristne versjonen tilsa doktrinen om arvesynda at ein måtte sjå på barnet med mistanken sitt blikk. Infantil sanselegheit var teikn på djevelen sitt verk og den korporlege kristne pedagogikken hadde difor sin legitimitet. I Freud sin versjon får «arvesynda» ei biologisk forankring og gir grunnlag for ein meir sympatisk pedagogikk der ein ikkje lenger treng banke denne ut av barnet sidan dei fleste gjennom normal psykologisk utvikling vil legge arvesynda og det infantile bak seg. For dei som ikkje greidde det, kunne psykoanalysen hjelpe.

Sjølv om det var ein del av Freud sitt prosjekt å destruere den religiøse konseptualiseringa av mennesket, er poenget at omgrepsstrukturen i det han tek avstand frå er «nissen» som flyttar med på det psykoanalytiske lasset. Det umedvitne blir hos Freud ein sekularisert versjon av det hinsidige - eit privat hinsidige, så privat at det er privat for personen sjølv. Psykoanalysen blir metoden til å tolke teikna - teikna blir empirien om det umedvitne. At teikna samstundes skaper eller blir sin eigen gjenstand er heilt fråverande i Freud si sjølvforståing, som i dei fleste psykoterapeutiske teoriar. Han er vitenskapsmannen og granskaren som oppdagar dette «indre romet» som ein kan få tilgang til gjennom den psykoanalytiske metoden. På same viset som vi har sett at sjamanen si rolle var å vere fortolkar av, og mellommann til den åndelege verda, vert psykoanalytikaren ein fortolkar av og mellommann til det umedvitne.

## **Freud og darwinismen**

Det er neppe for sterkt å hevde at Charles Darwin si evolusjonslære var det mest fundamentale bidraget i det nittande hundreåret til ein ny epistemologi om mennesket - ein epistemologi som på nytt utfordrar den religiøse åskodinga. Vitskaphistorikaren Frank J. Sulloway (1979) har lagt stor vekt på påverknaden frå Darwin i Freud si lære. Freud var inspirert av evolusjonsteorien allereie i gymnastida, og Sulloway hevdar at dette var eit vesentlege moment for at han valde medisinen. Freud las Darwin sine skrifter flittig, og i desse skriftene finn han drøftingar både av det umedvitne, av draumen, av det mentale si utvikling, av biologisk determinisme og ikkje minst av seksualiteten som heilt basal i den menneskelege motivasjonen. Slik konflikt og kamp er sentralt i Darwin sin teori om den biologiske eksistensen, vert dette eit sentralt tema også for Freud sin konsepsjon av sjelslivet. Freud sine ambisjonar er truleg også mykje inspirert av Darwin. Det gjeld trua på vitskapen som avslørar og veggen til sanning, og trua på den store forklaringa/teorien som fangar det heile.

Som Sulloway (1979) peikar på er Freud sin utviklingspsykologi og teori om barneseksualiteten indirekte forankra i ein darwinistisk metafor. Denne påverknaden kom gjennom Ernst Haeckel som i Tyskland var ein viktig og sentral talsmann for darwinismen. Samstundes var han ein frontfigur for det synet at vitskapen si oppgåve var å gjere religionen overflødig. Haeckel utvikla sjølv ein spekulativ biologisk teori om utvikling basert på observasjon av pattedyra sin embryologi. Ved å konstatere at der i fosteret si utvikling er fasar som liknar på tidlegare artar (at t.d. menneskefosteret i ein tidleg fase har hale og gjeller som fisken) deduserte han at embryoutviklinga er ein kondensert og forkorta rekapitulasjon av artane si historiske utvikling. Når det galdt sjela eller psyken var den derimot på eit primitivt nivå ved fødselen, og måtte utvikle seg i forhold til omgjevnaden i samsvar med evolusjonen sine ulike stadium. Denne tenkjemåten, basert på biologisk spekulasjon, utvikla seg i fortynta utgåver til å verte intellektuell common sense som kom til å prege mykje utviklingspsykologisk tenking i ettertida, inkludert psykoanalysen.

## **Inspirasjonen frå Frankrike**

Når Freud tek til som nervelege, er det den somatiske tenkinga og orienteringa som dominerer i psykiatrien. Paradigmet for å skjønne galskap og psykiske lidningar inneber at den fysiske kroppen er den einaste legitime kjelda å attribuere årsaker til. Det gjeld anten som lesjonar/skadar i hjerne eller nervesystem, som over- eller understimulering av nervane, eller at desse anten var for slakke eller for stramme (Drinka, 1984). Det er den *indre kausalitet* som er forklaringskjemaet. Den åndelege konsepsjonen (ytre intensjonalitet) er framleis kulturelt til stades slik den også er i dag, men forvist frå vitskapen sitt domene. Psykoanalysen bidrog, som psykologiske forklaringskjema generelt, til utvikling av *indre intensjonalitet* som forklaringskjema. Slike forklaringskjema var ein trend på veg inn i Freud si samtid. Ei nyvekt interesse for hypnose spela ei viss rolle for denne utviklinga. Mesmerismen som hadde gått som ein farsott over Europa høyrde framleis kvakksalveriet til, men frå England leverte *James Braid* (1795-1860) ei nyformulering som førte til at fenomenet fekk ein viss vitskapleg respektabilitet, og at termen hypnose vart teken i bruk. I Frankrike hadde nevrologen *Jean Martin Charcot* (1825-1893) skaffa seg ry over heile Europa som ein framifrå lækjar. Ikkje minst gikk det gjetord om pasientdemonstrasjonane ved *Salpêtrière* der Charcot nytta hypnose til å demonstrere framkalling av hysteri. *Salpêtrière* vart målet for mange akademiske pilegrimsreiser, og i 1885 hadde Charcot vitjing av ein ung wienerlege med stipend heimafrå. Freud hospiterte i vel fire månader hos den store nevrolog og hypnotisør, og vitjinga fall saman med Charcot si utvikling av tesen om hysteri som ei psykisk lidning. Det er liten tvil om at møtet med Charcot, både personen og tankane, var ein mektig inspirasjon for Freud. Han tok med seg frå Paris ein heil serie av nye tankar om sambandet mellom psyke og kropp, mellom anna tanken om at idear kunne «gøyme seg» i skjulte område av sinnet og derifrå verte transformert til kroppslege symptom. Charcot sine demonstrasjonar var for Freud overbevisande empiri, og heimkomen såg han på seg sjølv som Charcot sin bodbringer i den tysktalande verda. Når Freud seinare formulerer tesene sine ser ein at det likevel er *Pierre Janet* (1859-1947), Charcot sin elev og etterfølgjar, han har størst teoretisk likskap med. Men Janet var ein samtidig med Freud, og sjølv om han utvikla ein omfattande psykologisk teori, stod han i skuggen av Charcot og vart truleg også råka av den detroniseringa som Charcot vart utsett for etter at han døde (Ellenberger, 1970). Det er likevel Janet som med størst teoretisk

konsekvens gjer hysteri til ei mental lidning, ei lidning som har mentale årsaker og som måtte kurerast med terapi retta mot det mentale. Sjølv føretrekte han hypnose, men utvikla òg omgrepet «psykologisk analyse». Både nemninga *psykoterapi* og sjølv tanken om terapi retta mot det mentale var i ferd med å få ei viss utbreiing på denne tida, sjølv om mange i det medisinske establishment var avvisande. Freud er såleis del av ei intellektuell rørsle i tida.

Når Freud, vel tilbake i Wien, hausten 1886 la fram opplevingane sine frå Paris og heldt foredrag om mannleg hysteri for Det Medisinske Selskap i Wien, seier anekdotane at han møtte hånflir og buing. Nokre lo fordi dei meinte Freud dumma seg ut når han snakka om hysteri hos menn sidan dette ikkje berre var ein kvinnesjukdom, men sjølv ordet *hysteri* var utleia frå det greske omgrepet for livmor. Ellenberger (1970) hevdar at grunnen til den kjølige mottakinga var at Freud var arrogant og oppførte seg som om legeföreininga ikkje kjende til Charcot sine idear. Det gjorde dei, men var kritiske. Andre (t.d. Eriksen, 1991) tolkar episoden som reaksjonar på den paradigmatisk påstanden at ei psykisk lidning hadde psykiske årsaker, lausrive frå eitkvart kroppsleg organ. At reaksjonane var negative byggjer først og fremst på Freud sjølv. Andre kjelder tilseier at han vart motteken på ein rutinemessig og nøytral måte, og at ideane ikkje vekte oppsikt fordi dei alt var kjende. Ernest Jones (1957) hevdar at Freud sin reaksjon på mottakinga var høgst irrasjonell, og Webster (1995) ser dette i lys av at Freud sjølv var så overtydd om at han la fram ei sensasjonell vitskapleg oppdaging at den rutinemessige reaksjonen ikkje kunne opplevast på anna vis enn som negativ. I alle høve er hysteritesen ein avgjerande veg inn i den psykoanalytiske revolusjonen. Freud ville gjere greie for sjela utifrå sjela sjølv. Sjela vart ein gjenstand, eit ukjent terreng som ein kunne legge under vitskapen sitt granskande lys. Slik universet var «avslørt» av fysikken og naturen av biologien og utviklingslæra, slik var Freud sin ambisjon ein psykologi som gjorde sjela sin mekanikk og dynamikk like tydeleg. At sjølv utgangspunktet, diagnosen hysteri, i ettertida sitt lys høgst sannsynleg var bygd på ei medisinsk mistyding, er ein



historisk ironi som likevel ikkje kan vere avgjerande for vurderinga av psykoanalysen.<sup>1</sup>

### **Anna O.**

I 1895, ti år etter heimkoma frå Paris, publiserer Freud saman med *Josef Breuer* (1842-1925) *Studies on Hysteria* - ofte rekna som den formelle starten på psykoanalysen. Venskapen og samarbeidet med Breuer spelte ei stor rolle for utviklinga til Freud. Drøftingane deira av Breuer sine pasientar, ikkje minst Anna O., har blitt nøkkelkasus i psykoanalysen. Då Freud i 1882 hørde om Anna O., gjorde kasuset stort inntrykk på han og han prøvde jamvel å vekke Charcot si interesse, men utan å lukkast. Mange av synspunkta i boka var likevel henta frå Charcot, men Breuer og Freud sitt syn på terapi var eit anna. Det bygde på ein langt eldre ide, ideen om *katarsis*. Breuer og Freud meinte å ha gitt eit vesentleg bidrag til medisinen gjennom si oppdaging av ein etiologisk samanheng mellom ein spesifikk sjukdom (hysteri) og fortrenkte minne. Men som Ellenberger (1970) har vist var dei på eit velkjent spor, og tanken om sjeleleg lette gjennom å avsløre skammelege løyndomar hadde gradvis blitt overført frå religionen til medisinen sitt domene. Katarsis var omtala hos grekarane og var velkjent blant katolske prestar som ein del av konfesjonsritualet. I samtida hadde det elles kome fleire publikasjonar der legar hadde nytta seg av populærpsykologiske resonnement der mange sjukdomar vart freista ført tilbake til smertelege løyndomar, for det meste knytt til seksualitet.

På mange vis tener nettopp pasienthistoriene som «empiri» i den psykoanalytiske diskursen, og tilfellet Anna O. vart lenge sett på som protokasuset på at hysteri kunne lækjast ved ein katarsiskur. I dette tilfellet gir historisk materiale oss høve til å sjå at framstillinga er på grensa til å vere eit falsum, i alle høve sterkt farga av forteljarane. Behandlinga av hysterikaren Anna O. vert framstil som ein vellukka katarsiskur som vert avbroten etter seiande fordi det oppstod romantisk prega

---

<sup>1</sup> Mange har undra seg over kvifor denne utbreidde diagnosen etterkvart forsvann. Webster (1995) har etter gjennomgang av mange ulike medisinske kjelder, m.a. journalar om Charcot sine pasientar, argumentert for at svært mange av hysterikarane i røynda var pasientar med traumatiske hovudskader og med ulike nevrologiske lidingar ein på den tida ikkje hadde føresetnader for å gi rett diagnose. Når nevrologien utviklar sin diagnostiske presisjon «forsvinn» følgeleg også den klassiske hysterikaren.

overføring mellom terapeut og klient. At terapien var vellukka ser ut til å vere ein terapeutskapt fiksjon meir enn fakta. Jung var den første som i 1925 stilte spørsmålet ved kasuset og hevda at den påståtte kuren ikkje hadde funnen stad i det heile teke. Anna O. var sjølv sagt eit psevdonym, og identiteten hennar kamuflert som i dei andre pasienthistoriene. Ernest Jones (1957) har avslørt at hennar rette identitet var *Bertha Pappenheim* (1860-1936), i ettertid kjend som ei sjølvstendig og sterk kvinne i samtida, og ei føregangskvinne for sosialt arbeid i Tyskland. Biografien hennar, og Jones si framstilling av henne, er ein versjon i sterk kontrast til hysterikaren Anna O. slik vi møter henne gjennom Breuer og Freud. Også Ellenberger (1970) har følgd dei biografiske spora og konstatert at Anna O. ikkje forlet Breuer kurert, men vart innlagd på sanatorium alvorleg avhengig av morfin som Breuer hadde nytta som smertelindring. Han konkluderer med at denne protokuren korkje var ein kur eller katarsis.<sup>2</sup>

No har pasienthistorier, anten dei vert nedskrivne med litterære kvalitetar slik Freud var ein meister i, eller går som munnlege forteljingar og vandrehistorier, alltid vore ein vesentleg ingrediens i «marknadsføringa» av all terapi. Alver og Selberg (1990) gir mange døme på korleis folkelege behandlarar er avhengig av slike historier, og at det med utgangspunkt i desse utviklar seg legender og ein behandlingsmytologi. I dag er vekeblada eit vesentleg medium for denne kommunikasjonen. Ein slik mytologi sin funksjon er mellom anna å levere «empiri», og å vere sanningsvitne for terapien og terapeuten. Som regel vil føremålet farge historieutviklinga slik at eventuelle element av sanning er selektert inn i ein vev av føremålstenlege samanhengar. Og empirien treng ikkje vere sann for å kunne ha effekt. Er den eigna til å produsere håp, forventningar og tillit vil den òg ha gode sjansar for å «virke» slik at den stadfester seg sjølv. Den kliniske faglitteraturen om psykoterapi har alltid vore og er framleis full av kasushistorier for illustrerande føremål, men med hårfine grenser mellom pedagogikk og retorikk. Ikkje berre tilfellet Anna O. , men mange av dei psykoanalytiske «paradekasusa» må vi sjå i ein slik diskursiv samanheng. Sjølv om både språkbruk

---

<sup>2</sup> Richard Webster (1995, s. 112-131) drøftar inngåande ulike bidrag til ei differensialdiagnostisk refortolking av Anna O., m.a. materiale frå E.M. Thornton. Konklusjonen er at i lys av dagens medisinske kunnskap var lidinga hennar nevrologisk, truleg temporallapp epilepsi. (Sjå også note 1).

og struktur i resonnementa «simulerer» vitskap, er det to avgjerande kritiske moment ein må vurdere. For det første den deduktive seleksjon av «data» som vert skapt av ei sterk teoretisk overtyding og tru på egne hypotesar. På dette punktet var Freud ein truande som i liten grad gikk til verket for å teste nullhypotesen, men som nytta sine kasus til å få stadfesta samanhengar han i utgangspunktet var overtydd om. Det andre momentet gjeld at det er tale om data om «det usynlege», og at «data» i slike samanhengar først vert data gjennom språket, og at dette språket i seg sjølv konstruerer versjonar av røyndomen som ikkje er uavhengige av sitt objekt, men tvert i mot evnar å forme måten «objektet» (pasienten) trer fram på. Dette er velkjende interaksjonsfenomen i sosialpsykologien, og forskinga om dette er oppsummert av Snyder (1992). Kunnskapen om slike fenomen gir grunnlag for ein allmenn kritisk dimensjon til det som går føre seg i den terapeutiske dialogen. Den må difor også vere ein nødvendig kritisk dimensjon i vurderinga av psykoanalysen sitt grunnlag.

### **Forføring og overgrep**

Samarbeidet med Breuer var viktig for Freud fordi han introduserte Freud til det han sjølv kalla «talking cure», eit sentralt element i psykoanalysen. I *Studies on Hysteria* skriv Freud eit eige kapittel, *The psychotherapy of Hysteria*, der han gjer greie for nye oppdagingar når det gjeld psykoterapeutisk metode. Freud hevda samstundes at seksualitet var den eine og viktige kjelda til nevrosen. Breuer vart etterkvart kritisk, og hevda at Freud ikkje hadde turvande evidens for denne påstanden. Det var byrjinga til slutten for venskapen mellom dei to. For Freud vart meir og meir overtydd om seksualitetsteorien, og at utvikling av nevrosar ikkje var muleg hos personar med normal seksuell utvikling. Det var ein del av Freud sitt vitskaplege temperament, og i samsvar med hans nevrologiske bakgrunn, å legge til grunn ei slags etiologisk monisme. I 1896 presenterte han «forføringsteorien». Grunnlaget var kliniske røynsle der svært mange av pasientane hans hadde rapportert om traumatiske seksuelle opplevingar i barndomen - ofte med eit nært medlem av familien. Traume frå slike «seksuelle overgrep», som er nemninga ein vil nytte i dag, fører til den vaksne sin nevrose. Fagmiljøet reagerte med mistru, og Krafft-Ebbing som var president i nevrolog- og psykiater-foreininga i Wien, karakteriserte ideen som «vitskapleg eventyrforteljing» (Jones, 1957). Ein kan «på

avstand» få inntrykk av at Freud sine pasientar var fulle av fortrenkt seksualitet som «rann over» straks ein nytta fri assosiasjon. Det er lite som tyder på det. Derimot er det mykje som tyder på at sjølve ideen om «fortrenkt materiale» motiverte terapeuten til å jakte på slikt inntil ein uunngåeleg støytte på seksualiteten. Når Freud var overtydd om forføring som nevrosen sin årsak, leita han nettopp etter dette og den implisitte terapeutiske regelen var at analysen ikkje var fullstendig før ei forføringsscene var «avdekt», trass i store protestar frå pasientane. Som Sulloway (1979) seier: «*Freud as psychoanalyst....became Freud the prosecuting attorney within his own clinical court of psychoanalytical law*» (s. 95). Det er også eit poeng at forføringa berre kunne vere årsak når minnet om den var fortrenkt, og at pasienten sin motstand difor på sett og vis fungerte som verifikasjon for at ein var «på rett veg». For å yte Freud rettferd må det nemnast at han sjølv undervegs endra terapeutisk stil og gikk bort frå den suggestive «pressteknikken». Men uansett kva «teknikkar» ein legg til grunn, kan korkje Freud eller andre terapeutar fritakast for at tolking alltid er ein seleksjon som ikkje er tilfeldig relatert til det språket ein tenkjar og tolkar i.

Seinare gjorde Freud ein vesentleg revisjon av forføringsteorien. Dei rapporterte traumene hadde i røynda ikkje skjedd. Det var fantasiar, men fantasiar som pasientane opplevde som verkelege. I nyare tid har dette ført til strid og oppheita faglege diskusjonar. Jeffrey Masson, psykoanalytiker og for ein periode leiar for Freud-arkiva i USA, klaga i 1984 Freud for å ha fare med lygn for å «redde» sitt eige omdøme i høve til kollegaer og publikum i samtida, samstundes som teorien om seksualiteten si rolle i nevrosen vart verande intakt. Masson hevda at dei fleste overgrepa Freud sine pasientar fortalde om, i røynda hadde funne stad (Masson, 1984). Masson sitt klagemål førte ikkje berre til ein langvarig og bitter strid i det psykoanalytiske lauset, men også til oppstuss i media i USA - ikkje minst sett i lys av åttiåra si «oppdaging» av omfanget av slike overgrep. Sjølv om Masson sin hypotese om Freud sitt endra syn kan virke plausibel, er det muleg at forklaringa er meir banal enn som så. Webster (1995) finn det sannsynleg at Freud ikkje prøvde å «skjule» ei pinleg sanning rett og slett fordi der ikkje var noko sanning å skjule. Dei påståtte overgrepa var korkje sanne eller fantaserte av pasientane, men konstruert av Freud sine eigne etiologiske fantasiar. I *Autobiographical Study*

(1925) gir han sjølv eit hint i den retning ved tanken om at han sjølv kunne ha indusert slike førestellinga i pasientane sine. Dette er i så fall ikkje eit eineståande fenomen, korkje før i historia eller seinare. Med dagens kunnskapssituasjon er det liten tvil om at incest og seksuelle overgrep i lange periodar har vore «underdiagnostisert». På den andre sida er det etterkvart også liten tvil om at det er reist saker om overgrep som har blitt «avdekt» i terapi, men som viser seg å bygge på fantasiar om dette (Loftus og Ketcham, 1994; Terr, 1994; og Yapko, 1994). Eit vesentleg poeng i denne debatten er tesen om at mange av desse falske klagemåla om overgrep i barndomen er skapt i ein terapeutisk kontekst av overivrige terapeutar som med høg aktivering av hypotesen om incest feiltolkar og selekterer bitar av informasjon slik at ei terapikonstruert forteljing om dette byrjar «å leve sitt eige liv» (sjå t.d. Butler, 1995 og Dawes, 1994). At slike teorikonstruerte, eller forventningsdrivne forteljingar spring ut av ein terapeutisk prosess er i seg sjølv ikkje eit problem, men gjeld tvert imot noko ålment ved psykoterapi - nemleg at ein utifrå gitte epistemologiske skjema skaper «historier» kring pasienten sine lidingar. Det gjorde sjamanen, og det gjer moderne terapeutar. Når historiene fungerer terapeutisk tener dei som «empiri» for terapien, trass i at det ikkje treng vere ein slik indre samanheng i det heile. Det problematiske ved dette vert synleg når «historiene» fungerer antiterapeutisk og vert freista gjort til røyndom i ein juridisk samanheng, og når terapeuten ikkje er merksam på si eiga deltaking og ikkje evnar skilje mellom teori og empiri, og mellom den terapeutiske dialogen og ei kritisk prøving av empiriske indikasjonar.

### **Seksualitet og determinisme**

Seksualiteten si rolle, i den allmenne psykologien så vel som i psykopatologien, er ein berebjelke i den psykoanalytiske teorikonstruksjonen. Meir spesifikt vart teorien om den infantile seksualiteten eit sentraldogme som kom til å differensiere mellom truande og kjettarar i den psykoanalytiske rørsle. Men det er ei banal overforenkling, slik den psykoanalytiske legenda kan gi uttrykk for, at Freud «frigjorde» seksualiteten i ein periode prega av fornektning og undertrykking. Som eg har peikt på hadde seksualiteten og det sanslege lenge vore nærverande som det opposisjonelle feltet både for den religiøse, og seinare også for den vitskapelege rasjonaliteten. Når arvesynda vart drifter og djevlen erstatta med Id var dette ein

del av ein prosess der religiøs diskurs måtte vike for ein medisinsk. Freud sine egne idear om dette oppstod ikkje frå vakuum. Som nemnt var Darwin, som Freud hadde studert flittig, oppteiken av dei biologiske drivkreftene og seksualiteten som grunnlag for menneska si atferd. Blant vitskapsfolk i Freud si samtid hadde dette synet ei viss gjennomslagskraft, og seksualiteten som ei vesentleg drift i den menneskelege motivasjonen var ei oppfatning det i botnen var konsensus om. Seksualitet var dessutan eit tema i tida. I åra før Freud la fram ideane sine hadde det i den vitskaplege litteraturen vorte publisert rett mange studiar av seksuell patologi, infantil seksualitet og effekten av undertrykt seksualitet både for den mentale og den fysiske helsa. Mellom anna hadde Alfred Binet, den kjende franske psykologen, publisert fleire arbeid om seksuell perversjon. Også omgrepet *libido*, seinare så gullkanta i psykoanalysen, var alt i sirkulasjon med den same meining som Freud seinare ga det (Schultz og Schultz, 1987).

For Freud vart seksualiteten «drivstoffet» som kunne få mekanikken i den energetiske modellen om psyken til å funksjonere. Samstundes passa seksualiteten inn i den redusjonistiske etiologien som Freud identifiserte seg med. Men til liks med seksualiteten var også fleire andre av Freud sine idear på ulikt vis antesipert eller aktualisert i den nære samtida. Hedonismen, doktrinen om at all motivasjon botnar i å maksimere lyst og minimisere smerte, var reaktivert frå sitt antikke opphav og flittig diskutert og aktivt støtta mellom anna av dei britiske assosiasjonistane. Vi kjenner igjen Freud sitt lystprinsipp i dette. Den mekanistiske skuleretninga med sin fysiologiske determinisme var framme hos mange leiande fysiologar, mellom anna Ernst Brücke som Freud var elev hos. Freud sin «psykiske determinisme» er skodd over same lesten. Psykoanalysen er i det heile ein deterministisk teori. Ikkje noko i det medvitne eller på atferdsplanet er tilfeldig. Alt, sjølv den minste forsnakking, har ei meining og kan førast tilbake til det skjulte sjelslivet (det umedvitne), og i botnen til siste-instansen det biologiske driftsplanet. Medan religionen tidlegare hadde gjort sjela til marionettar i den guddommelege styringa, vart den sekulariserte sjela som Freud konstruerte ein marionett i driftene sin vald. Freud si forståing av draumar heng saman med denne grunntanken. Og draumen si rolle kjenner vi både frå gjennomgangen av

sjamanismen, og frå Asklepios-tradisjonen. Å tolke draumar var sjølvstyk ikkje noko Freud fann opp. Derimot freista han å skape ein «grammatikk» og ein transformasjonsfasit for draumen som symbolspråk. Draumeteoriane bygde for det meste på Freud sine analysar av seg sjølv som han tok systematisk til med i 1987. Resultatet vart ein bestseljar, *The Interpretation of Dreams*, som kom ut i 1900 og gikk i åtte utgåver i forfattaren si levetid. Draumen, som kongeveggen til det umedvitne, måtte nemleg vere determinert - den måtte handle om noko i røynda. Slik alt har ei årsak har draumen difor alltid ei meining. Men meininga er skjult, det manifeste er noko anna enn det latente, og slik berre sjamanen kunne tolke teikn og vere omsetjar for kommunikasjonen frå åndene si verd, kunne berre analytikaren tolke korleis sisteinstansen driftene sette seg igjennom i sjelslivet.

### **Wienerkulturen**

Eg har så langt sett på ein del moment frå det vi kan kalle Freud sin vitskaplege kontekst. Den kan vi sjølvstyk ikkje rive laus frå ein allmenn kulturell kontekst. Freud kom til Wien fire år gamal og vart verande i om lag 80 år. Wien kring hundreårsskiftet var ein by og eit miljø mykje omskrive og fortolka som ein sentral smeltedigel og eit vegkryss mellom gamal og ny tid i europeisk kulturhistorie. Når det gjeld sentraltemaet seksualitet er den vanlege omtalen av Wien som puritansk og viktoriansk misvisande som ein eintydig karakteristikk (Gay, 1983). Det kulturelle klimaet i Wien kring slutten av hundreåret var på eit vis ope og tolerant overfor seksuelle spørsmål, men på dette som på mange andre områder florerte dobbeltmoral og maskespel. Medan prostitusjonen blømde og gav rom for frisetting av den mannlege seksualiteten, var kvinnene anten «hore eller madonna». Trond Berg Eriksen (1991) serverer denne karakteristikken:

*«Kvinnene skulle gi holdepunkter for de estetiske illusjoner, de skulle representere drømmesyner av erotisk forførelse. De skulle være symboler på og materialiseringen av ballkulturens erotiske vrøvl. Mens mennene tømte seg i guvernanter, kurtisaner, tjenestepiker og døtre, skulle borger- og overklassekvinnen være som kunstferdige blomsteroppsatser. Ikke rart de knakk sammen i hopetal.»*

(Eriksen, 1991; s. 19)

Og det var slike damer som for det meste låg på divanen til Freud. At dette kulturelle krysspreset og den hemma seksualiteten fann seg eit «språk» gjennom dei nevrotiske symptoma, er lite å undre seg over. Men Freud var ikkje sjølv klår over at han studerte wienerkulturen sine nevrosar - i det heile teke at det er kultur han studerer. Han generaliserer til mennesket som natur.

Wienerkulturen har vorte eit omgrep om denne perioden - eit miljø som ikkje berre Freud, men ei lang liste av for ettertida store namn innan kunst, litteratur og vitskap sprang ut av. Ein av dei var *Ludwig Wittgenstein*. Deira liv og lære må ein skjønne utifrå denne konteksten. Når det gjeld Freud har til dømes Eriksen (1991) hevda at læra vert uskjøneleg utan denne forståinga av konteksten. Tilsvarende resonnement har Wittgenstein-biografar lagt vekt på. Åmås og Larsen (1994, s. 54) omtalar både Wittgenstein og Freud som «sanningsfantastar» - ei nemninga som er dekkjande for mange sine omtalar både av desse to og av andre samtidige innan arkitektur, musikk og litteratur. Dei er modernistar. Og kjernen i modernismen sitt program var nettopp å finne sanninga, den handfaste pålitelege røynda om tinga sin eigentlege samanheng bak fasadar og slør av retorikk eller metafysikk. Wienerkulturen var som skapt for den som søkte eit avsløringsoppdrag. Austerrike var på denne tida enno ikkje ein nasjonalstat, men hovudlandet i eit keisardøme med 900 år gamle tradisjonar. I Wien møttest ulike språk og religionar frå eit tjuetal folkeslag innafor det habsburgske veldet. Kring hundreårsskiftet er ulike omtalar av denne bykulturen å likne med eit einaste stort skodespel der nostalgi, og ballkulturen sin fasade vert eit frenetisk narrespel som tilslører keisardømet sin dødsprosess. «*Det var en uheldbredeleg nostalgisk kultur som stadig produserte fortid for å kunne gråte over den*», seier Eriksen (1991, s.15) og illustrerer: «*Wienerne elsket begravelser - hele byen var på bena, gråt og spiste svære kaker*» ( s.17). Sjølv dagleglivet i Wien hadde preg av maskespelet sin estetikk. Endå til i småborgarskapen fann ein etikettar og konvensjonar som gjorde dei til statistar i ei oppsetting der keisar og hoff spelte hovudrolla. Wittgenstein-apologeten, den finske filosofen Georg von Wright, gir oss denne karakteristikken av denne eigenarta sosiopolitiske konstruksjonen:



«Den flernasjonale og flerspråklige staten var på flere måter et foreldet fenomen i et Europa på vei mot demokrati og industrialisering innenfor rammen av konsoliderte nasjonalstater. Den utgjorde et reaksjonært bolverk mot progressiv modernisering....

Denne **kaiserliche und königliche** statsdannelse, som forfatteren av **Der Mann ohne Eigenschaft** (Mannen uten egenskaper av Robert Musil) ga navnet **Kakania**, med dets ironiske, greske overtoner, var kjennetegnet av et hykleri og en dobbelmoral som kanskje var unik i 1800-tallets Europa, skjønt ingenlunde unikt i historien. Hvordan skal man ellers forstå at det i denne atmosfære av konvensjonelle halvsannheter og uærlighet oppsto en så sterk motreaksjon, en så voldsom lidenskap for oppriktighet og renhet, og utrettelig forsøk på å avsløre illusjoner og blottlegge det innerste i menneskesjelen? Vi kan iaktta denne reaksjonen i det puristiske arkitektoniske språket hos Adolf Loos og i den strenge atonaliteten i Schönbergs musikk, i den gjennomborende kulturkritikken hos forfattere som Hermann Broch og Robert Musil, og i Karl Kraus' apokalyptiske ironi. Til samme krets hører også den største av dem alle, Sigmund Freud.»

(Von Wright sitert i Åmås & Larsen, 1994 s. 53)

Freud og Wittgenstein var ikkje, som dei andre avantgardistane, representantar for den herskande wienerkulturen. Dei var tenkjarar som var i opposisjon til den, sanningsberserkar som ville avsløre maskespelet. Og psykoanalysen vart ei avsløringslære. Alt er i sitt vesen annleis enn slik det trer fram. Det er det skjulte som er det sanne slik det som er manifest er styrt av det latente, det medvitne av det umedvitne og kunstnaren eit offer for sublimering. Slik er sjelslivet også elles ein refleks av driftene (naturen) si utfalding, kamp, siger og nederlag i høve kulturen - ei dampmaskin med vekslende over- og undertrykk der energien pressar og pip ut både på vegar og avvegar. Som Eriksen (1991) har peika på var intensjonen til Freud å kome med ei avsløring som skulle gjere all vidare avsløring utan føremål. Men at ein teori fungerer som avslørings-instrument er ikkje prov på at den er sann, eller at det den har avslørt er sanning, seier Eriksen. Det som starta som ein revolt, vart sjølv eit tankesystem som motsette seg avsløring. Seinare dogmatikk i den psykoanalytiske læretradisjonen er velkjent. Men det er først etter krigen og keisardømet sitt fall at Freud si lære vinn allment feste i den europeiske

kulturen. Opprørarane vert establishment. I 1920 vender den austerriske regjeringa seg til Freud i samband med behandling av krigsskader. Freud vert utnemnd til professor. I Berlin vert det opna ein psykoanalytisk klinikk og Ernest Jones startar *International Journal of Psychoanalysis*. I Amerika, etter Freud si vitjing i 1909, hadde etableringa gått raskare og i 1920 var det alt publisert om lag 200 bøker om Freud og psykoanalysen, og tankane var i full sirkulasjon i populærpressa.

## Kapittel 23

### PSYKOANALYSEN - VITSKAP ELLER GNOSIS?

Det er liten tvil om at Freud såg på seg sjølv først og fremst som vitskapsmann, og at han var identifisert med den moderne trua på at vitskapen gradvis ville akkumulere sanning og kaste sitt avslørande lys over samanhengar i tilværet. Sjølv om psykoanalysen oftast vert oppfatta som ein terapeutisk metode, og sjølv om det nettopp var i klinisk arbeid den vart utvikla, var Freud i eigne auge ikkje først og fremst terapeut, men forskar. Metodane fri assosiasjon og draumeanalyse var difor like mykje forskaren sine metodar som terapeuten sine (Schultz og Schultz, 1987). I vitskapssynet sitt var han alt i utgangspunktet fanga av ei deterministisk overtyding og vedkjende seg eit positivistisk grunnsyn slik vitskap på den tida var synonymt med naturvitskaplege tankemodellar. Han var naturalist som gjennom kliniske studiar hadde ambisjonar om å utvikle ein «fysikk for sjelslivet» - ein vitskap som evna *«to represent psychical processes as quantitatively determined states of specifiable material particles»* (Freud, 1895; s. 359). Naturvitskapen sin terminologi - darwinisme, mekanikk og hydraulikk, elektrisitet og energilære - er modellar for eiga omgrepsutvikling. Freud var likevel ikkje fanga av slike modellar. Han reviderte, opponerte, kritiserte og rekonstruerte når rammeverket for vitskapen sine doktrinar ikkje høvde med eigne funn. Determinismen og den positivistiske overtydinga er han likevel heile tida tru mot, sjølv om mange psykoanalytikarar i dag vil søkje ein annan identifikasjon.

Med den posisjonen psykoanalysen har hatt i den vestlege kulturen var (og er) den ei lære det for tenkjande menneske har vore umuleg å stille seg likesæl til. Såleis har læra ikkje berre blitt dyrka, men kritisert og analysert - og frå høgst ulike innfallsvinklar. Eg skal drøfte noko av den kritikken utetter, men først presisere

siktemålet mitt så langt. Med dei momenta eg har drøfta har eg ønskt å kontekstualisere Freud og psykoanalysen sin framvekst som eit historisk og kulturelt betinga meiningsssystem om den sekulariserte sjela. Læra spring ut av ein historisk periode der subjektet vert synleg og sentralt, og bidreg sjølv til å utvikle denne subjektiviteten. Eit slikt syn er også ein lekk i eit overordna resonnement om terapeutiske teoriar si rolle i den psykoterapeutiske prosessen. I analysen av placebo-fenomenet la eg grunnlaget for den tesen at ein terapeutisk teori ikkje treng å vere sann i empirisk tyding for å kunne fungere terapeutisk. Det er tilstrekkeleg at teorien høyrer til i eit meiningsystem som har epistemologisk legitimitet. For psykoanalysen sitt vedkomande har eg nettopp peikt på at sjølv om den er eit epistemologisk brot, er den eit brot som har legitimitet i ein meir omfattande periode av europeiske kultur- og idehistorie; og at læra sjølv er med på å utvikle sitt epistemologiske grunnlag. Den kommuniserer med sin kultur slik eg drøfta når det galdt sjamanismen.

Ein kan sjølv sagt innvende at kontekstualisering i seg sjølv ikkje er eit argument for «falsk lære». Det som spring ut av ein gitt kontekst, som all teoretisering må gjere, kan likevel femne universelle sanningar. Spørsmålet om psykoanalysen som «sanning» er i vår kultur eit spørsmål om vitskapleg basis. Ei slik drøfting er ikkje det essensielle her, sidan den ikkje er avgjerande for resonnementet. Til det krevst dessutan ein heilt anna grundig gjennomgang av innhald og påstandar. Ein slik innfallsvinkel vil likevel vise at psykoanalysen ikkje er noko enkelt byggverk, og at byggmeisteren sjølv stadig kritiserte, presiserte og reformulerte. No er det likevel liten tvil om at psykoanalysen identifiserer seg sjølv som vitskap. Ein kritisk innfallsvinkel vil då vere å vurdere det empiriske grunnlaget for Freud sine generaliseringar. Dette er framfor alt ein metodekritikk som psykoanalysen etter vanlege normer for empirisk forskning ikkje kjem godt ut av. Særleg er Webster (1995) nådelaus i si vurdering av Freud som empirikar. Tilsvarande kritikk har ikkje minst elles kome frå den akademiske psykologien. Den har retta seg både mot psykoanalysen sine omgrep, og mot grunnleggjaren sin empiriske og vitskaplege praksis. Dei psykoanalytiske hypotesane og omgrepa er også kritisert for å vere så globale og tvitydige at dei blir umulege å operasjonisere. Slik kan ikkje vitskapen gjere det vitskapen må gjere, drive empirisk etterprøving. Freud

vert kritisert for å samle kliniske data på ein usystematisk og ukontrollerbar måte utan klåre grenser mellom observasjon og tolking, og han gjer ikkje eksplisitt greie for kva slutningsreglar han nyttar i dei generaliseringane han gjer frå observasjonsmaterialet. I same metodekritiske ånd vert Freud råka av å ha generalisert utifrå eit spesielt og selektert utval, mellom anna at han frå kliniske kasus utleier ein normalpsykologi.

Må vi utifrå dette difor forkaste psykoanalysen sin psykologi? Ikkje utan vidare. Det er nok av døme på teorisystem som fungerer i ein vitenskapleg praksis trass i dårleg empirisk underbygging. Like eins vitnar vitenskapshistoria om teorisystem som har sett ein på sporet av store innsikter trass i at dei sjølve var bygde på feilaktige premisser. Om psykoanalysen sitt eige empiriske grunnlag ikkje held, kan ein likevel sjå den som eit sett av hypotesar utvikla i den kliniske røyndomen, og vurdere desse hypotesane opp mot dagens kunnskapssituasjon i relevante forskingsdisiplinar. Om ein korrigerer for metaforikk og omgrepbruk, vil det ikkje vere vanskeleg å finne mange innsikter og observasjonar som ein i dag vil kunne underbyggje ut frå moderne forskning. På same grunnlag vil det like eins vere nok av påstandar som ein må avvise eller moderere sterkt. Oppdelinga av psyken i eit medvite og eit umedvite område er i dag utan mening, vitenskapleg sett. På den andre sida veit alle som driv terapi at i ein slik samanheng fungerer omgrepa. Dei gir ei mening ein kan skape mening med. Men vitenskapleg sett er det i dag sjølvsagt at vi ikkje kan studere «det umedvitne» som noko tingleg, som eit eige terreng eller område av psyken med sin flora og fauna. Derimot er ikkje-medvite mentalt liv eit sentralt tema i nyare kognitiv psykologi og nevrofysiologi. Det umedvitne vil vi i dag sjå på som eit aspekt ved alle relevante psykologiske fenomen - ikkje som eit eige rom i psyken, men som eit aspekt ved den biosemantiske organismen sitt tilhøve til omgjevnaden og seg sjølv i omgjevnaden. Om vi nyttar det mentale som omgrep for denne kommunikasjonen, er til og med Freud sin metafor om isfjellet for svak sidan det er langt mindre enn ein tiandedel av kroppen sin totale kommunikasjon vi kan vere medvitne til. Og det skal vi også vere glade for sidan vi no veit at svært mange adaptive funksjonar fungerer best på eit slikt automatisert nivå. Den populærpsykologiske førestillinga om å gjere det umedvitne medvite, som psykoanalysen har gitt bidrag til, kan som

allment imperativ difor berre fungere destruktivt. At ein derimot med medviten innsats kan freiste å korrigere dysfunksjonelle tilpassingar og automatiseringar, er ei anna sak. At det i psykoanalysen finst mange innsikter og observasjonar om samanhengar som vi i dag kan reformulere i samsvar med nyare vitenskaplege funn, er likevel like lite prov på at psykoanalysen som samla teori står støtt, som at allmenngyldige innsikter om tilværet i Bibelen er prov på at dei er Guds ord. Som metateori må ein vurdere psykoanalysen også ut frå det den *ikkje* handlar om. Ei metateoretisk oppsummering av nyare forskning frå psykologien sine ulike disiplinær må difor gi eit heilt anna og meir nyansert bilete av mennesket enn psykoanalysen sin driftsdeterminerte versjon.

Eg har så langt kommentert ein type kritikk ein noko forenkla kan seie spring ut av ein positivistisk posisjon. I så måte kan ein seie at det er ein kritikk på psykoanalysen og Freud sine eigne premisser, ambisjonane om å vere positiv vitenskap. Men ein kan også kommentere psykoanalysen frå positivismekritiske innfallsvinklar. No er det på ingen måte eintydig kva synspunkt slike posisjonar har resultert i. Det er liten tvil om at mange av psykoanalysen sine ulike apologetar har søkt tilflukt i antipositivistisk retorikk som tilsvarende overfor den type kritikk eg nyss har omtala, og på meisterleg vis klart å plassere psykoanalysen «på rett side» i positivismekritikken sitt åtak på naturvitenskapleg tenking i humanvitenskapane. Andre variantar rettar seg mot psykoanalysen sitt verdisyn som implikasjon av antipositivismen si påvising av nettopp det umulege i vitenskapen sitt imperativ om verdinøytralitet. Meir fundamental er likevel den typen kritikk som rettar seg mot heile det modernistiske prosjektet i humanvitenskapen. Den råkar ikkje berre psykoanalysen, men dei fleste av dei store teoriane i psykologien. Kjernen i denne kritikken er at all vitenskapleg generalisering om mennesket sin natur eigentleg er generaliseringar om mennesket som kultur - at det er umuleg å studere mennesket uavhengig av ein kulturell kontekst. Samfunnsvitenskapen, psykologien inkludert, er såleis ein historisk vitenskap. Dette er «den milde» varianten som til dømes i sosialpsykologien vart artikulert med styrke av Kenneth Gergen (1973). Det neste leddet i dette resonnementet er at heile tanken om mennesket som natur er forfeila. Mennesket kan ikkje framstå som anna enn kultur, og heile den modernistiske forestillinga om ein eigentleg djupstruktur i

menneskesjela forsvinn. Der er inga djupne, alt er berre vekslende overflater og konstruksjonar. Det tredje momentet i ei slik konstruktivistisk tenking gjeld ikkje berre det poenget at forskaren som deltakar også formar forskingsobjektet sitt, men at vitskapen sjølv også er ei kulturell ovring som påverkar mennesket si sjølvforståing og måte å tre fram på.

For psykoanalysen sitt vedkomande er det temmeleg klart at grunnleggjaren sjølv var ein representant for moderniteten sitt optimistiske og noko naive vitskapssyn. Tankesystemet i psykoanalysen føreset at mennesket har ein eigentleg natur som ein kan studere uavhengig av den kulturelle samanhengen den trer fram i. For Freud var sjela eit kontinent han skulle oppdage og kartleggje. At kartet også formar terrenget var ein framand tanke. For så vidt er det eit lettvint hovmod å kritisere Freud for å ha vore barn av si tid, og denne kritikken rår framleis delar av psykologien. På den andre sida er ein slik type kritikk og ei kontekstualisering av læra heilt nødvendig anten ein er oppteken av å gi læra aktiv dødshjelp, eller fornye den på eit vis som står til truande i samtida. Alternativet er ein museal nekrofili hos dei siste dagars heilage det følgeleg vil verte færre og færre av. I kva grad ein i dag vil tilkjenne psykoanalysen status som vitskap eller ikkje, vil avhenge av kva vitskapssyn ein vurderer utifrå. Nyttar ein kunnskapssosiologiske og vitskapskritiske posisjonar i vurderinga av psykoanalysen, kan ein samstundes ikkje nytte dagens vitskap som det einaste «sanne» kunnskapskriterium. Freud dyrka i alle høve den vitskaplege diskursen, den rasjonelle og ikkje-magiske argumentasjonen som har vore vitskapen sitt viktigaste kulturhistoriske bidrag. Han var ein språkleg meister, ein forfattar som skriv litterært og med stor evne til å lage overtydande syntesar av meir spreidd tankegods i samtida. Er psykoanalysen kan hende først og fremst litteratur (fiksjon) som gjev seg ut som vitskap? Det er i alle høve påfallande at psykoanalysen i nyare tid ser ut til å ha større affinitet i litteraturvitskap enn i psykologi og psykiatri.

Oppsummert så langt vil eg først peike på at psykoanalysen sin suksess sjølv sagt ikkje i seg sjølv kan vere empiri på at den er haldbar vitskap. Denne statusen må ein først vurdere ut frå psykoanalysen sine eigne premissar slik den ligg føre som tekst. Gjer ein det, noko eg her berre har kommentert, finn ein lite støtte for at

suksessen kan forklarast gjennom psykoanalysen sitt vitenskaplege fundament. Men psykoanalysen er ikkje berre ein tekst, den utviklar framfor alt også ein praksis, ein praksis som på eit nivå er ein terapeutisk praksis og samstundes på eit overordna nivå er ein epistemologisk praksis, ein praksis som leverer og utviklar kulturell sjølvforståing. Dette er altså ein dialog på to nivå, som tilhøvet mellom språkbruk og språket. I terapi vil psykoanalysen som all terapeutisk teori fungere som hermeneutikk, som språklege verkty som opnar for meiningsdanning. Men denne dialogen er innanfor den kulturelle dialogen slik at den psykoanalytiske terapien etterkvart også er innanfor ein psykoanalytisk epistemologi. Dette er same resonnement som eg framførde i analysen av sjamanismen (sjå kapittel 19). I ei vidare underbygging av dette resonnementet når det gjeld psykoanalysen, skal eg difor fokusere nokre aspekt ved utviklinga av psykoanalysen som minner meir om utviklinga av ei ideologisk rørsle enn ein vitenskapleg disiplin.

### **Vitskap eller rørsle**

For anten ein i utgangspunktet ser på psykoanalysen som vitskap eller ikkje, er det i alle høve trekk ved den psykoanalytiske tradisjonen som bryt med vitskapen sine praksisnormer. Vitskapen må i prinsippet stille seg open for hogg, for korrigering og etterprøving. Ein vitenskapleg påstand må søke slik motstand fordi det ganske enkelt berre er etter slik motstand at ein påstand kan verte ståande som vitenskapleg. I dette stykket var Freud sjølv eit dårleg føredøme. Rett nok hadde han evne til sjølvkorleksjon og revurderte sider ved det teoretiske byggverket sitt fleire gonger. Men mot andre kritikarar kunne han vere nådelaus. Brotet med venen Breuer er nemnt, og kom i 1898 etter kritikk av Freud si seksual lære - eit sentraldogme i den psykoanalytiske læra. Det var bittert og personleg - og typisk. Seinare brot med *Alfred Adler* og med «kronprinsen» *Carl Gustav Jung* var likeins. Adler var den første av dei næraste som «rauk ut» etter å ha opponerte mot seksualitetsdogmet og formulert ein uavhengig teori bygd på makt. Med ekskluderinga følgde ein saftig «diagnose», til dømes Freud sin omtale av Adler i eit brev til Ernest Jones: «*It is the revolt of an abnormal individual, driven by ambition ...his influence on others depending on his strong terrorism and Sadismus*» (Gay, 1988, s.223). Særleg vart brotet med Jung ei krise for rørsla. Jung hadde vorten president i den internasjonale organisasjonen. Når Jung seinare opponerte mot Freud vart det ei



viktig utfordring å vinne presidentskapen tilbake på dei truande sine hender. Jung vart utsett for regelrett organisert bakvasking der målet var å redde læra og bli kvitt ein forrædar. Diagnose som psykisk lidande vart også tildelt Jung. Etter oppgjeret med Jung tilbød Ernest Jones seg, klok av skade, å organisere ein hemmeleg komite som skulle ha som oppgåve å verne om Freud og den rette læra. Den vart etablert i 1913 og oppløyst i 1924 etter indre stridar. Forutan Jones var Otto Rank og Sandor Ferenczi sentrale aktørar. Begge desse vart seinare offer for den psykoanalytiske demonologien. Rank vart først tatt til nåde etter sine freistnader på å markere intellektuelt sjølvstende. Men etter at han noko seinare i Amerika lanserte ein kortversjon av analysen og hevda at han kunne kurere homoseksualitet på seks veker, var eksklusjonen uunngåeleg. Rank si psykiske lidning vart grunna i at han sjølv ikkje hadde gjennomgått analysen. Ferenczi, som hadde rapportert om Rank sitt avvik, leid seinare same lagnad etter at han skreiv ein artikkel som ikkje var i samsvar med den psykoanalytiske ortodoksien.

Opposisjon og dissentering frå læra førte til ekskommunisering. Freud såg på seg sjølv som det einaste sanningsvitnet: *«psycho-analysis is my creation; for ten years I was the only person who concerned himself with it...No one can know better than I do what psycho-analysis is»* (Freud, 1914). Psykoanalysen vart også eit hendig apparat til å verne nettopp om psykoanalysen. I eit brev til Jung i 1912 seier Freud: *«Jeg er tilbøyelig til å behandle de kollegaer som gjør motstand mot mine teorier, på nøyaktig samme måte som vi behandler pasienter i den samme situasjonen»* (Freud, 1971). Denne «diagnostiske kulturen» har også vore eit trekk i ettertida i den psykoanalytiske rørsla. Psykoanalysen si historie er på mange vis ei historie av det slaget ein ofte finn i ideologiske rørsler, anten dei er religiøse eller politiske. Det er kamp om den rette læra, spenning mellom ortodoksi og revisjonisme, konspirasjon og fraksjonering, forræderi og kjetteri, samt nådelaus ekskommunisering og stempling av avvikarar. Ein kvar tvil på psykoanalysen kunne psykoanalyserast (sjå t.d. Masson (1984) om tilhøva i USA og Rekdal (1992) om nyare fransk psykoanalyse)<sup>1</sup>.

Psykoanalysen sin «sigersgang» og kulturelle framvekst i den vestlege verda minner òg i mangt om korleis profesjonar veks fram. Profesjonssosiologen Andrew Abbot (1988) hevdar at det mest vesentlege kjenneteiknet ved dette er innhegning og kontroll over eit kunnskapsdomene og utøving av dugleikar knytte til dette domenet. I den psykoanalytiske tradisjonen har det vore dei psykoanalytiske foreiningane, lauga, som har utøvd kontroll og tilsyn med det som til ei kvar tid har vore akseptert som rett analyse. Og slik den komande sjamanen måtte underkaste seg meisteren og sjølv gi seg ut på ei åndeleg reise, har læreanalysen (eigenanalyse for å verte analytikar) vore eit viktig initiasjonsrituale i den psykoanalytiske profesjonskontrollen.

### **Freud som gnostikar**

Ein av dei som tidleg peika på psykoanalysen si immunisering mot kritikk, var filosofen og psykiateren Karl Jaspers (1952). Han meinte at Freud var ein moderne gnostikar, og psykoanalysen ein gnostisk teori. Berg Eriksen byggjer vidare på Jasper si gnosis-tolking idet han klagar Freud og psykoanalysen for å drive med religionserstatning. No er det på ingen måte vanskeleg å finne døme på Freud sine angrep på religionen. For Freud var religionen si førestellingsverd ein del av det sløret av illusjonar han ville rive vekk. Dette var i samsvar med naturalismen i psykoanalysen som prosjekt. Men Freud var korkje original eller åleine i åtaka på religionen. Ambisjonen om å gjere religiøs og metafysisk spekulasjon overflødig var, som eg har peikt på, i pakt med moderniteten sin scientisme. No er det eit kjenneteikn ved religiøse meiningssystem at dei er altomfemnande, og i dette stykket vart psykoanalysen ein sekularisert parallell - eit einskapsvitskapleg prosjektet i ei post-monoteistisk tid. Jung var ein av dei samtidige som såg den «skjulte teologien» i psykoanalysen og hevda at *libido* for Freud vart ein *deus absconditus* - ein skjult gud (ref. i Eriksen, 1991 s. 71).

Som «gnosis» har psykoanalysen utan tvil vore vellukka. Den har hatt ei kolossal utbreiing og gjennomslagskraft i den vestlege kulturen i moderne tid. Slik vitskapen generelt har erstatta religionen som paradigme for ei allmenn

---

<sup>1</sup> At denne kulturen også lever i dag har nyleg vorte formidla av «veteranen» Otto F. Kernberg (1996) i ein artikkel med den bitande tittelen «*Thirty methods to destroy the creativity of*

legitimering, og moderne medisin erstatta «synd» med «usunt», har psykoanalysen vore eit vesentleg bidraget til å detronisere religionen sitt hegemoni over det sjelelege og gjort psykoterapeutar til den nye sekulariserte presteskapen. Og som i dei fleste lærer har det vore spenning mellom presteskap og lekfolk.

Psykoanalysen har skapt eit språk om det «indre mennesket» som har blitt allemannseige og «common sense». Psykoanalytisk tankegods og psykoanalytiske omgrep er ein del av den allmenne epistemologiske sirkulasjonen. Det umedvitne som årsak, draumen som kamuflert refleksjon av drifter, seksualiteten si rolle, forsvarsmekanismar og barndomen si avgjerande rolle for personlegdomen; høyrer alle med til ein type forestillingar som har glidd inn i eit taust felt av uproblematiske sanningar - det ein tek for gitt. Og ikkje berre i den folkelege førestellingsverda, men langt inn i dei terapeutiske lauga sjølve, skjer det som ofte skjer med språk om fenomenverda. Det oppstår ei reifisering. Abstraksjonar, hypotetiske konstrukt eller metaforar får objektkarakter. Id, Ego og Super-ego vert tinglege substansar. Det er kartet som skaper terrenget. Dei indre kampane mellom Eros og Thanatos, og forsvarsmekanismane sin heroiske, men ikkje alltid vellukka kamp, er som ødipalkonflikten sitt grimme innhald i stand til å gjere eitkvart gjennomsnittsmenneske sitt indre til eit eventyrrike folkesett av aktørar like «verkelege» som det galleriet av ulike ånder som sjamanen gjorde seg nytte av.

### **Psykoanalysen som scientisme**

Kvifor psykoanalysen fekk eit slikt kulturelt fotfeste kan vi spekulere om. Sjølv om psykoanalysen pretenderte å vere vitenskap, er det slåande at den i så liten grad kommuniserte sine tesar i ein open dialog med anna akademisk psykologi. Kan hende er nettopp denne innkapslinga eit moment som kan forklare overlevinga som sjølvstendig lære? Webster (1995) finn forklaringa i psykoanalysen si evne til å reformulere sentrale tesar i den jødisk-kristne tradisjonen til ein moderne rasjonalitetsdiskurs slik at brotet samstundes er kontinuitet. Eriksen (1991) ser ein del av populariteten under psykoanalysen sine glans dagar i at den gav borgaren og småborgaren assistanse i eit individuelt og politisk uforpliktande oppgjær med plagsame autoritetar. Lovnaden om individuell frigjerung vart eit ekko av sosialismen sin lovnad om kollektiv frigjerung. Men som frigjeringsideologi er

---

*psychoanalytic candidates».*

psykoanalysen eit paradoks. Dyrkinga og krinsinga kring subjektiviteten er likevel ikkje ei fristilling av subjektet som fritt og ansvarleg. I Freud sin determinisme er eit slikt subjekt ein fiksjon.

Idehistorisk har eg peikt på samanhengen med moderniteten og vitenskapen sin generelle framvekst. Hellesnes (1994) nemner ikkje psykoanalysen direkte, men den kan likevel plasserast inn som eit døme på omtalen han har av *scientismen*. Scientismen omtalar han som trua på at all erkjenning er vitenskapleg, og at det er muleg å erstatte den teologisk-metafysiske einskapstenkinga med ei vitenskapleg verdsåskoding. Dette var ei førestelling som hadde godt fotfeste utover 1800-talet (Hellesnes, 1994; s. 69). Føresetnaden for scientismen si utvikling set han i samsvar med Weber nettopp i samheng med meiningstapet, det store underskotet på livsorienterande meining som moderniteten og sekulariseringa fødte. Det religiøse håpet om eit betre liv i det hinsidige vart bytta ut mot eit like religiøst håp om verkeleggjering av denne utopien i det dennesidige. Scientismen fødte trua på at alle menneskelege problem i prinsippet kan løysast med vitenskaplege metodar. Helseomgrepet vart etterkvart utvida til å inkludere både livslukke og livsmeining, og forventningane oppskrudd til dei nye vitenskapane om mennesket (psykologi, psykiatri, pedagogikk) sine evner til å skape løysningane. Scientisme kopla med trua på framsteget og fridomen til å forme framtida, vert etter dette ein skjønneleg kontekst for framveksten og utbreiinga av det psykoterapeutiske prosjektet.

### **Eit postmodernistisk perspektiv**

Psykoanalysen, og psykoterapien generelt, si legitimering som vitenskap er eit vesentleg ankerfeste for status og posisjon i vår vestlege kultur sitt helseomsorgssystemet. Som vi skal sjå seinare er dette stadig eit spenningstilhøve under debatt. I denne samanhengen kan det vere interessant å låne øyre til ein modernitetskritikar som *Jean-Francois Lyotard*. Lyotard byggjer på den seine Wittgenstein sine teoriar om språket, og ser vitenskapen sine ulike disiplinar som språkspel, det vil seie at det finst visse reglar for korleis språket vert nytta for å uttrykkje det sanne eller vitenskaplege. Ulike vitenskapar (t.d. psykologi, psykoanalyse) har sine særeigne språkspel innafor Vitenskapen som eit overordna

språk (metaspråk). Lyotard (1982) skil mellom *viten*, *kunnskap* og *vitskap*. Viten definerer han som samlinga av røynsle, klokskap, visdom, innsikt og dugleikar som har nedfelt seg i kulturen. Kunnskap ser han på som ein deskriptiv viten - kunnskapen seier noko om tinga i verda. Vitskap plasserer han som ei undergruppe av kunnskap, og med sine særeigne reglar for når og korleis ein kan uttale seg om verda. Poenget til Lyotard er at i løpet av moderniteten har det vitskaplege språkspelet skaffa seg dominerande status og makt. Slik har vitskapen utøvd ei kolonisering av sanninga og trengt vekk anna form for viten. Det skjer i kraft av fleire prosessar. Eg skal nemne tre. For det første ved at vitskapen distanserer seg frå alle andre språkspel (klokskap, røynsle). Berre påstandar som ein kan falsifisere kan godtakast. For det andre ved at kunnskapen skil seg ut som ein eigen instans, den vert ein profesjon utøvd av få personar. Og for det tredje at det vert stilt kompetansekrav til den som uttalar seg på vitskapen sine vegner. Denne må vere «medlem» av den sjølvopnemnde eliten. Lyotard sitt syn illustrerer nokre dilemma som gjeld psykoanalysen så vel som psykoterapien generelt. Innordninga i vitskapen sitt språkspel er turvande for legitimeringa, men samstundes utøver desse språkreglane ein «tvang» overfor kunnskapsresepsjonen. Medan det vitskaplege språkspelet kan fungere overfor ein vitskapleg praksis, vil det med si ekskludering av anna form for viten (røynsle, klokskap, visdom etc.) fungere som maktspråk i ein terapeutisk praksis.

## **Makt**

Og nettopp makt er sentralt i Foucault (1972, 1980 og 1985) sitt syn på psykoanalysen sitt kulturelle fundament. Det knyter seg til eit generelt postulat om at vitskapen som sanningsdiskurs er ein diskurs i ein historisk epoke, og at andre epokar vil kunne ha andre sanningsdiskursar. Det som er sant for ein epoke treng ikkje vere sant for ein annan - ikkje nødvendigvis fordi ein i den eine tek feil, men fordi ein rett og slett tenkjer annleis. Vitskapen har stor retorisk kraft. Den forvaltar sanninga i vår epoke, men måten vitskapen etablerer sanninga på er ikkje ei nøytral konstatering av fakta. Det let seg ikkje gjere, hevdar Foucault, å etablere kunnskap utan å støtte seg på eit sett av maktstrategiar. Viljen til erkjenning og viljen til kontroll har vore to alen av same stykket i utviklinga av det europeiske samfunnet dei siste 200 åra. Dette vert særleg tydeleg i vitskapar som utøver

sanningane sine overfor individet, som til dømes psykoanalysen. Spesielt rårar Foucault sin analyse av seksualiteten psykoanalysen midt i «solar plexus». Foucault snur Freud sin tese om fortrenning på hovudet og avviser at seksualiteten har vore eit taust og undertrykt område sidan renessansen. Tvert imot, hevdar Foucault. Sidan mellomalderen har det vore ein uendeleg talestraum av kategoriseringar, omskrivingar, skriftemål og vedgåingar som har freista å vinne ut «sanninga» om seksualiteten. Det vart skapt ein *scientia sexualis*, ein sexdiskurs om visse måtar å tematisere og omtale seksualiteten på. Foucault ser ikkje psykoanalysen som noko brot, men snarare som høgdepunktet i utviklinga av *scientia sexualis*. Den psykoanalytiske praksisen ser han i så måte som forlenging av kyrkja sin skriftestol. I den katolske kyrkja gikk ein til presten og skriftona. I den sekulariserte versjonen legg ein seg på divanen og tømmer seg for analytikaren. Til presten gikk ein fordi ein hadde synda, til analytikaren fordi ein er sjuk. Hos presten vart syndene kategoriserte, ein sanna dei, fekk absolusjon og ferdig med det. Hos analytikaren inngår «syndsvedkjenninga» i ein vitenskapleg prosedyre, ein leitar etter teikn og symptom. Det gjeld å registrere, klassifisere og kodifisere. Medan ein hos presten vedgikk det som var skjult for andre, vert analysen ei jakt på det som er skjult for personen sjølv. Målet er ikkje lenger å bli løyst frå syndene sine, men frå nevrosen.

Hovudpoenget til Foucault er at diskursen om seksualiteten formar seksualiteten, gjer den til eit eige felt, ein avgrensa «gjenstand». Foucault avviser tanken om at seksualiteten er eit fortrennt og ukjent terreng av uforanderleg natur som vitenskapen (les psykoanalysen) gradvis avdukar sanninga om. Psykoanalysen vert snarare ein språkleg diskurs og med det ein maktstrategi som formar seksualiteten - eit omgrepssystem som koloniserer begjæret. Dermed er Freud avslørt som avslørar. Seksualitetparadigmet som veks fram, og som psykoanalysen er ein del av, skaper nye fenomen og former som seksualiteten trer fram i. Det som tidlegare var synd eller ulovleg fordi det var mot Gud eller naturen, vert no unormalt og sjukeleg. Den moralsk/legale målestokken vert erstatta med ein psyko-medisinsk normalitetsskala. Medan «seksualitet» er ein historisk reell storleik som har oppstått i kraft av dei maktstrategiane som definerer den, ser Foucault «kjønn» som eit reint konstrukt, ein fiksjon som oppstår utifrå behovet for ein

forklaringsmodell på ein del observerte fenomen. Kjønn er ikkje lenger berre ein anatomisk skilnad, noko som er synleg, men ein abstraksjon - noko som skjuler seg i personen sitt indre. Slik vert «kjønn» nøkkelen til det gåtefulle - ein forklaringskategori ein kan attribuere til. Det er psykoanalysen Foucault gir «æra» for denne konstruksjonen. Foucault nyttar tilsvarande analyseperspektiv på studiet av galskapen si historie - at galskapen i moderne tid vert forma av dei diskursane (medisinsk-psykiatriske) som omtalar den. Særleg trer maktaspektet ved kunnskapen fram når slike språklege diskursar vert kopla til ikkjespråklege institusjonar som hospitalvesenet (Foucault, 1980, 1991). Foucault sin analyse er ein sunn provokasjon til å også å sjå baksida av det såkalla framsteget. Midt på 1960-talet fekk vi til dømes i USA det som vart kalla «the mental health movement», og som vart eit føredøme for mange land. Det var ein integrasjonsprosess der psykoanalyse, psykobiologi, generell medisin og institusjonsvesenet etablerte eit koordinert nettverk og samarbeid mellom ulike fagfolk og hjelpeprofesjonar, og som involverte så vel helsestellet på ulike nivå, som skule, politi og rettsvesen (Ruesch og Bateson, 1968). Slikt samarbeid og slik koordinering er framleis eit ideal for velferdstaten si utøving av tenester. Foucault sitt perspektiv er ein invitasjon til å sjå at dette også er eit formidabelt maktapparat - eit nettverk av diskursar og institusjonar som både utøver epistemologisk tvang og ein sosial ortopedi gjennom sortering, administrering og oppretting av avvik.

### **Psykoanalysen som psykoterapien sine kulisser**

Eg har i fleire kapittel kommentert psykoanalysen vel vitande om at eg tidvis har vore polemisk, og like vitande om at dette samla sett på ingen måte er anna enn overflatisk i høve til psykoanalysen sitt mangfald. Like vitande er eg om det mangfald av teoriar som med denne læra som utgangspunkt fleire gonger har overskride psykoanalytisk ortodoksi - og at denne læra har skapt ei kreativ knoppkyting anten vi talar om egopsykologi, objektreasjonsteori eller nyare sjølvpsykologi. Når eg har valt å omgå ei utlegging om dette er grunnen at psykoanalysen, som andre meiningsystem, ikkje berre kan gjerast greie for utifrå seg sjølv. Og ærendet mitt har vore å underbyggje ei forståing av psykoanalysen som hovudspråket par excellence i ein kulturhistorisk epoke sin epistemologi om det indre mennesket - den sekulariserte sjela. I høve til psykoanalysen har andre

språk om det same på sett og vis berre blitt ulike dialektar. Med eit slikt ærend er det like lite relevant å diskutere psykoanalysen sitt sanningsinnhald som det empiriske fundamentet for sjamanen si lære. Dei er kvar for seg «sanne nok» i sine epokar; og dei er begge del av den epistemologiske sirkulariteten i sine kulturar, noko som gjer det muleg at dei kan fungere som terapeutiske meiningsystem. For psykoterapi, i moderne eller arkaisk form, handlar alltid om creatura og går alltid føre seg innan creatura. Slik sjamanen legitimerer sin posisjon som ein som står nær gudane, legitimerer psykoterapeuten seg utifrå nærleik til den sekulariserte guden, vitskapen som forvaltar av sanninga. Psykoterapien, slik den trer fram i moderne form, må såleis plasserast i ein slik samanheng.

Det er hundre år sidan Freud, og eit langt sprang både i teoriutvikling og i seriøs vitskapleg praksis som har freista å gi fundament til det psykoterapeutiske prosjektet. Det er likevel psykoanalysen som skaper prototypen for den moderne psykoterapeutiske relasjonen. Det er gjennom psykoanalysen det grunnmønsteret vert etablert som all anna seriøs psykoterapeutisk praksis er variasjonar kring. Det er dette meiningsystemet som har etablert psykoterapien sin legitimitet i helseomsorgssystemet, og det er gjennom at denne læra vev seg inn i ein generell epistemologi at ein får legitimitet for oppfatninga om at sjela kan kurerast med vitskaplege metodar. Psykoanalysen spelar difor rolla som psykoterapien sine kulissar - det som er der og som formar opplevingane våre, men som vi tek for gitt og vanlegvis ikkje fokuserer merksemda vår på. Slik går psykoterapi føre seg innan eit «taust felt» av aksepterte «sanningar» som er den konteksten som gjer den muleg. Vi tek det for gitt i vår kultur at liding av ulikt slag kan skuldast noko «psykisk» - at der er eit indre menneske med sine ulike krefter som kan kome i ulage, og at vi kan oppsøkje ekspertar (psykologar, psykiatrar) som kan kurere slikt. Sett på dette viset er vi alle freudianarar. Om læra sine dogme forsvinn, står vi likevel attende på scena med kulissane. Både samtalen og samtalen som kur held fram. I dei komande kapitla skal eg difor undersøkje det vitskaplege grunnlaget for denne verksemda generelt, ikkje berre den som identifiserer seg med psykoanalysen.



## Kapittel 24

### VERKAR PSYKOTERAPI ?

Det er ei allmenn oppfatning i psykoterapien sjølv at den bør vere ei verksemd forankra i vitenskap og bygd på teoriar og forskning frå relevant vitenskapleg praksis. Miller et al. (1995) seier rett ut at skal psykoterapi som seriøs profesjon i det heile overleve inn i neste hundreår, må ein både dokumentere det ein lovar og kunne forklare det på ein truverdig måte. Jacobson (1995) er like presis ved å peike på at vitenskap er det einaste som kan skilje mellom psykoterapeutar og kvakksalvarar av ulikt slag; healarar, handspåleggjarar og den aukande floraen av nyreligiøse tilbod på den terapeutiske marknaden. Det er denne legitimiteten eg no skal drøfte. Og hovudspørsmåla er dei same som Anton Mesmer i si tid vart utsett for - verkar det, og korleis kan verknaden gjerast greie for. Ambisjonen til den empiriske forskinga på psykoterapi har vore å svare på dette med grunnlag i vitenskapen sine reglar for kva som er gyldige og haldbare svar. Sidan eg tidlegare har nytta nemninga psykoterapi med litt ulike avgrensingar, er det for presisjonen si skuld turvande å peike på at det i framhaldet nettopp skal dreie seg om terapiar som definerer seg innanfor ein vitenskapleg samanheng. Den definisjonen som Smith og Glass (1977) i si tid la til grunn i sin velkjende meta-analyse, kan også tene som presisering for det som skal vere mitt fokus:

*«Psychotherapy is taken to mean the informed and planful application of techniques derived from established psychological principles, by persons qualified through training and experience to understand these principles and to apply these techniques with the intention of assisting individuals to modify such personal characteristics as feelings, values, attitudes, and behaviors which are judged by the therapist to be maladaptive or maladjustive».* (Smith & Glass, 1977, s. 753).

Kva utval av terapiformer vil ein slik definisjon gi? Det er i praksis umuleg å omtale. Garfield og Bergin (1994) viser til at dei midt på sekstitalet gjorde eit oversyn som viste om lag 60 ulike former, og at i 1975 var talet 125. I 1980 registrerte Herink (1980) over 250 og nokre år seinare er talet 400 hos Kazdin (1986) og 460 hos Omer og London (1988). Å skulle granske alle desse med omsyn til generell effekt er i seg sjølv ei formidabel oppgåve. Når ein i tillegg legg til grunn ein tilsvarande vekst i kategoriserte psykiske lidningar i ulike diagnosesystem (340 i DSMIV), vil evaluering av spesifikk effekt på ulike lidningar i teorien gi eit absurd tal av mulege kombinasjonar og samanlikningar.

Denne veksten er i seg sjølv interessant og må analyserast først og fremst som eit kulturfenomen. Det er i alle høve ikkje ein vekst som er generert frå ein vitskapleg plattform. I praksis har difor psykoterapiforskning, som eg heretter nyttar som fellesnemning, i hovudsak teke føre seg prototypiske tilnærmingar innan dei tyngste skuleretningane som psykoanalyse/psykodynamisk terapi, atferdsterapi og kognitiv terapi, og terapiformer forankra i humanistisk psykologi. Nyare terapiformer som familierapi har etterkvart «meldt seg på» med effektstudiar, men har førebels eit lite omfang. Forsking på psykoterapi har likevel utvikla seg til eit omfattande felt det er vanskeleg å få oversyn over, eit felt der metaforen om «ikkje å sjå skogen for berre tre» er ein påtrengjande fare. Feltet er nemleg ein krattskog der etterkvart tusenvis av enkeltstudiar gjer seg gjeldande, studiar som kvar for seg peikar i ulike retningar og difor som vegvisarar lett gir ei oppleving av korkje å vite kvar ein er, eller har vore - og snart gløymer ein også kvar ein hadde tenkt seg. I framstillinga som følgjer har det difor vore nødvendig å feste lit til dei som har teke på seg å rydde i krattskogen - til oversynsartiklar og oversynsverk som til dømes *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (Bergin og Garfield, 1994). Det er slike kjelder eg har navigert etter, og oftast nytta som utgangspunkt også for å sjå nærare på einskildgranskingar. Først litt historikk som innfallsvinkel til feltet.

Ein kan i følgje Russel og Orlinsky (1996) finne enkle empiriske studiar av utbytte av psykoterapi heilt tilbake til 1920-åra, men det er først etter krigen at forskinga skaut fart. Fram mot 1960-åra var også psykoterapi nærast synonymt med

psykoanalysen og ulike derivat frå denne tradisjonen (Garfield og Bergin, 1994). Større forskingsprogram vart etablert i femtiåra, med til dømes prosjektet ved *Menninger Foundation* under leiing av Karl Menninger, og programmet ved *The Johns Hopkins Medical School* under leiing av Jerome Frank, som dei mest kjende. Eit vesentleg avvik frå den analytiske tradisjonen vart utvikla av Carl Rogers (1942) under nemninga *klientsentrert terapi*. Forsking med utgangspunkt i denne retninga dominerte lenge studiar som fokuserte på sjølv terapiprosessen. Sjølv om læringspsykologien var akademisk etablert, var det først og fremst ein psykiater, Joseph Wolpe, som i 1958 for alvor etablerte atferdsterapien som psykoterapeutisk praksis med boka *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Vitskaplege studiar av denne praksisen hadde ein ekspotensial vekst utover sekstiåra (Russel og Orlinsky, 1996).

### **Ein provokasjon**

Den første perioden etter krigen lukkast først og fremst med å bringe psykoterapien ut av det lukka terapiromet og over i vitskapen sine datamatriser (Russel og Orinsky, 1996). Ein var altså på veg mot å etablere vitskapleg legitimitet då den britiske psykologen Hans Eysenck (1952), etter ein gjennomgang av 24 effekstudiar, sette foten ned med ein provoserande konklusjon. Det var no vitskapleg prov for at psykoterapi ikkje hadde effekt, og at psykoanalyse til og med var verre enn ingen terapi, hevda han. Med dette som premiss var det i følgje Eysenck ikkje noko grunnlag for at academia skulle drive med utdanning og opplæring av terapeutar. Sjølv om Eysenck straks fekk sine tilhengjarar som kanoniserte påstanden, var det kritikk og tilbakevising som dominerte. Bergin (1971) fann at det med grunnlag i dei same studiane som Eysenck hadde analysert, kunne trekkast ein heilt motsett konklusjon. Og Eysenck sin konklusjon førte slett ikkje til at ein gav opp psykoterapien som vitskap. I ettertid kan ein tvert imot hevde at han provoserte til både auka og forbetra forskingsmessig innsats. Mindre påakta var Jerome Frank (1961) sin provokasjon gjennom boka *Persuasion and Healing*. Som eg har omtala tidlegare, var det Frank sin konklusjon at psykoterapi ikkje er anna enn placebo, og at heile prosjektet med ei vitskapleg legitimering var fånytt.

### **Eit vendepunkt**

No ser det ut til å vere slik at den praktiserande terapeut og kliniskar ikkje har latt seg hefte særleg med kva vitskapen seier (Conway, 1988). Men for dei som innsåg kor nødvendig vitskapleg legitimering var for heile psykoterapiprojektet, og framleis kjende gufset frå Eysenck som ein nagande tvil, vart 1977 ein positiv milepæl det framleis vert referert til. Og milepælen er ein artikkel i *American Psychologist* («*Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies*») av Mary Lee Smith og Gene V. Glass. Det oppsiktsvekkjande er ikkje at dei konkluderer med at psykoterapi er effektiv. Fleire oversynsartiklar basert på litteraturgjennomgang hadde dei siste åra kome til den konklusjonen (t.d. Emrick, 1975 og Luborsky, Singer og Luborsky, 1975). Men litteraturanalysar rekk ofte ikkje over så mange studiar, utvala kan vere selekterte og konklusjonane slepp ikkje unna forfattaren sin subjektivitet. Det spesielle med denne artikkelen er analysemetoden som konklusjonen er tufta på - ein statistisk analyse med enkeltstudiar som eining. Utgangspunktet var ein populasjon på 1000 studiar identifisert gjennom ulike bibliografiske kjelder. Etter ulike utvalskriterium (m.a. kontrollgruppe) var det til slutt 375 enkeltstudiar som inngikk i denne meta-analysen. Kvar av desse studiane hadde ulike mål på effekt (avhengige variablar) - til saman 833 for dei 375 studiane. Det statistiske grepet i meta-analysar er at desse måla vert omrekna i ein felles storleik, «effect size» (ES). Denne er eit uttrykk for skilnaden i aritmetisk gjennomsnitt mellom kontrollgruppe og terapigruppe dividert med standardavviket for kontrollgruppa. ES er difor eit mål på varians slik at ein med grunnlag i normalfordeling kan samanlikne variasjon i betringsrate for dei to gruppene. Når Smith og Glass fann ein ES på 0.68 til fordel for gruppa som hadde fått behandling, svarar det til at den gjennomsnittlege terapiklienten kom betre ut enn 75 prosent av dei ubehandla. Konklusjonen, at terapi har effekt, vart følgeleg tiljubla. Den andre hovudkonklusjonen var det i første omgang mindre blest om:

*«Despite volumes devoted to the theoretical differences among different schools of psychotherapy, the result of research demonstrate negligible differences in the effects produced by different therapy types».*

(Smith og Glass, 1977, s.760).

Entusiasmen var også liten for at dei ikkje kunne påvise at lengda ein hadde gått i terapi hadde noko å seie for utbytte, eller at terapeuten sitt utdanningsnivå og den kliniske røynsla han hadde spelte noko rolle. Alt dette skal eg kome tilbake til.

I samfunnsvitskapen gjeld det generelt at enkeltstudiar i liten grad fører til endring i teoriar og tenking. Til det er mulege feilkjelder for mange, og den forklarte variansen for liten. Meta-analyse, ein metode som kan avdekkje mønster basert på mange enkeltstudiar, er difor i utgangspunktet ei fascinerande tilnærming. Smith og Glass utløyste såleis ein ny og håpefull trend i psykoterapiforskinga. Dei følgde sjølve opp med eit utvida utval på 475 enkeltstudiar (Smith, Glass og Miller, 1980) med same konklusjonar som i den første studien. Andrews og Harvey (1981) gjorde stadfestande replikasjonar, og Shapiro og Shapiro (1982,1983) dokumenterte også effektivitet i meta-analysar på andre utval. Ikkje alle «kjøpte» utan vidare Smith og Glass sin påstand om effektivitet (Eysenck, 1983; Rachman og Wilson, 1980; Prioleau, Murdock og Brody, 1983; Landman og Dawes, 1982). Dei metodiske utfordringane ved psykoterapiforsking er formidable, og meta-analysar kan sjølvsagt ikkje vere betre enn dei enkeltstudiane ein puttar inn i den. Landman og Dawes (1982) reanalyserte difor Smith og Glass sine data med omsyn til den feilkjelda som ligg i sjølvseleksjon. Dette er nærast uunngåeleg i psykoterapiforsking all den tid ein baserer seg på folk som oppsøker terapi. Ein kan legge til grunn at slike personar er spesielt motiverte, at dei også engasjerer seg i andre helande aktivitetar, og at dei kjem i terapi på eit tidspunkt der symptoma er sterke. Sistnemnde aukar sjansane for ein regresjonseffekt, det vil seie at sannsynet er stort for at ekstreme verdiar på ein variabel på eit gitt tidspunkt vil gå mot meir normale verdiar på eit seinare. Folk er sjeldan ekstremt lukkelege eller ulukkelege, og når dei er det på eit gitt tidspunkt, er det beste estimatet at dei ikkje vil vere det på eit seinare tidspunkt. Studiar som dokumenterer at dei som går i terapi får det betre enn dei som ikkje gjer det, treng difor ikkje demonstrere anna enn desse effektane av seleksjon og regresjon. Landman og Dawes valde difor berre ut studiar som kunne kontrollere for dette gjennom randomiserte design, men kom likevel til same konklusjon som Smith og Glass. Prioleau et al. (1983) kom derimot til ein annan konklusjon basert på ein

reanalyse av 40 studiar frå Smith, Glass og Miller (1980) sitt utval. Dette var studiar som alle hadde ein eller anna form for placebokontroll.

Medan dei første meta-analysene var retta mot å dokumentere generell effekt, har ein seinare fått mange analysar med meir differensierte siktemål der studiar er selekterte i forhold til ulike diagnosar, grupper (barn, vaksne) eller ulike teknikkar eller terapiformer. Ein nyskaping er det ein kan kalle meta-meta-analysar, analysar der ein har nytta andre meta-analysar som enkeltstudiar (Lipsey og Wilson, 1993). Lambert og Bergin (1994) gir referanse til meta-analysar som til saman inkluderer 1677 studiar fordelt på 30 ulike diagnosegrupper eller terapeutiske teknikkar. Desse har i gjennomsnitt ein ES på om lag eit standardvik som statistisk sett er ganske høgt og svarar til at behandling samanlikna med kontroll heftar for om lag ti prosent av variansen i ein typisk evalueringstudie. Rosenthal (1983) har rekna dette for å svare til at behandling fører til at betringsraten samanlikna med ikkje-behandling aukar frå 34 til 66 prosent. Matt og Navarro (1997) har gjennomgått og analysert 63 meta-analysar som inkluderer meir enn 3800 enkeltstudiar. Dei viser til ei vesentleg metodisk forbetring i meta-analysar dei siste tjue åra. Det er likevel framleis eit problem at ein ikkje har kontroll over korleis ulike feilkjelder ved enkeltstudiar slår ut på aggregatnivå. Dette hemmar slutningane ein kan gjere på bakgrunn av slike analysar. Når det gjeld generell effekt av psykoterapi hevdar dei, trass i dette, at ein positiv konklusjon er robust og påliteleg sjølv om ein ikkje kan generaliserer om storleiken av effekten. Dei peiker også på at generaliseringar er hemma av at utvala totalt sett er dominert av angloamerikanske klientar rekruttert for forskingsføremål, og ikkje utan vidare representative for ein klinisk populasjon (Matt og Navarro, 1997).

Dette er altså noko av bakgrunnen for at ein i den faglege litteraturen i dag for det meste finn stor konsensus for at terapi generelt sett er ein praksis som leverer resultat. Michael Lambert og Allen Bergin, som gjennom fleire tiår har oppsummert «the state of the art», konkluderer slik i siste utgåve av *Handbook of Psychotherapy*:

*«There is now little doubt that psychological treatments are, overall and in general, beneficial, although it remains equally true that not everyone benefits to a satisfactory degree. The evidence for this conclusion is demonstrated in part by quantitative surveys of the literature that have used the technique of meta-analysis to summarize large collections of empirical data».*

(Lambert og Bergin, 1994, s. 144)

Det er likevel ingen grunn til å la denne konklusjonen verte ståande på sjølvtilfreds vis. Den vedkjem berre det første kravet for ei vitenskapleg legitimering, og ståande åleine er den i prinsippet ikkje meir avklarande enn situasjonen var for Anton Mesmer. Det avgjerande vert såleis å forklare kvifor; kva er det som verkar når terapi verkar? Kva skilnader er det mellom ulike terapiformer, og i kva grad er verknaden relatert til ulikskapar i metode og teknikkar? Dette gjeld spørsmål som vedkjem det ein vanlegvis omtalar som prosesstudiar. Eg kjem attende til desse, for sidan konklusjonen om generell effekt kviler tungt på meta-analyse som metode, er det nødvendig å problematisere dette grunnlaget noko.

### **Meta-analyse - avklaring eller tilsøring?**

Sjølv om meta-analyse som metode har gitt psykoterapiforskinga eit nødvendig lyft, har der likevel vore kritiske innvendingar. Ein vanleg kritikk har vore at ein studerer aggregat av ulike studiar som i seg sjølv er tvilsame, og at resultatata av meta-analysar difor vert endå meir tvilsame (Garfield, 1983; Eysenck, 1978). Som sagt vert meta-analyse sjølvsagt ikkje betre enn studiane ein puttar inn i analysen. Dette er ein kritikk som ikkje er prinsipiell, men går på kva seleksjonskriterium ein nyttar. Ein fordel med meta-analysar er transformasjonen av effektvariablar til eit felles mål (ES). I den nemnde kritikken vert dette i seg sjølv sett på som tvilsamt sidan dei ulike effektmåla, som eg skal drøfte seinare, er svært ulike. Like eins er klientane ulike, problema ulike og dei terapeutiske metodane ulike. I aggregeringa forsvinn dette og effektmålet (ES) kan lett nyttast som statistisk illusjonsmakeri. Dette poenget kan slå begge vegar, og har blitt nytta til å hevde at meta-analysar ikkje yter rettferd til psykoterapi og at dei «kamouflerer» ulikskapar mellom ulike terapiformer (Shadish og Sweeney, 1991; Norcross, 1995).

Ein grundig og prinsipiell kritikk som peikar i ei anna retning er framført av Sohn (1996a, 1996b). Den rettar seg mot ein meir generell debatt om meta-analysar sin status i vitskapen. Entusiastar har hevda at meta-analysar er overlegne primære empiriske studiar når det gjeld å kunne bidra til vitskaplege oppdagingar (Hunter og Schmidt, 1990; Cooper, 1989; Rosenthal, 1991). Schmidt (1992) har i utifrå eit slikt syn gjort framlegg om ei arbeidsdeling i vitskapleg praksis mellom dei som konsentrerer seg om å få fram gode enkeltstudiar, og dei som jaktar på å avsløre om det ligg vitskaplege oppdagingar i desse gjennom gode meta-analysar. Sohn er svært kritisk til denne entusiasmen og argumenterer for å legge vekt på dei primære studiane fordi det berre er desse som let seg korrigere mot den empiriske røynda. Eit vesentleg problem ved meta-studiar er nemleg at ein ikkje kan kontrollere for effekten av den feilkjelda som ligg i selektiv publisering - at studiar som ikkje maktar å avvise nullhypotesen sjeldan kjem til publisering, og at korrektive studiar til falske positive resultat har lågt sannsyn for å nå fram til publisering. Slike feilkjelder er veldokumenterte (Coursal og Wagner, 1986; Greenwald, 1975; Berlin, Begg og Louis, 1989). Sohn (1996b) leverer overslag som tyder på at denne feilkjelda kan gi seg grove utslag i meta-analysar i psykoterapiforskinga. Forskaren som berre arbeider med meta-analysar er difor ikkje utsett for den løpande sjølvkorleksjonen som arbeid med primær empiri trass alt fører med seg. Det er gjort forsøk på å korrigere for publiseringseffektar i meta-analysar (t.d. Begg og Berlin, 1988), men problemet er på ingen måte løyst og for Sohn (1996b) er dette ein vesentleg grunn til å avlyse feiringa av psykoterapien sin vitskaplege legitimitet, så langt denne gjeld dokumentert effekt.

Det andre hovudargumentet til Sohn (1996a) er knytt til vitskapssyn. Vitskaplege funn kan tyde noko på to måtar. Ein kan bidra med påviseleg og truverdig evidens for samanhengar, eller synleggjere forklaringsmekanismar. Skal det vere tale om påviseleg og truverdig evidens bør denne evidensen kunne vere openberr («demonstrable»), og ein bør kunne replikere den med høg grad av konsistens. Dette er ikkje situasjonen ved psykoterapiforsking hevdar Sohn, og ein må difor lite på statistiske analysar som kan gi tilsynelatande imponerande tal, men:



*«....., these seemingly impressive numbers are not impressive observable evidence about the effective of therapy, as they are only problematically connected to the relevant fact of what happens when an individual or individuals receive psychotherapy. Thus they do not constitute demonstrable evidence. For example, even the smallest associated ps of the significance test do not permit one to predict that a finding will replicate with any degree of regularity (Cohen 1994, s. 999). If the evidence of the senses in the individual study does not provide demonstrable evidence, the mathematical aggregation of the data from a number of such studies, as is done in MA, does not change this fact».*

(Sohn, 1996a, s. 239).

Sohn utfordrar psykoterapiforskinga ved å nytte PSI-forskinga som spegel. Situasjonen når det gjeld PSI er at der ligg føre meta-analysar som bidreg til å oppretthalde forestillinga om slike fenomen og trua på at «der er noko», medan det i realiteten er tale om analysar som gjennom aggregering forsterkar systematiske feilkjelder. At ein gjennom meta-analysar har klart å vise at psykoterapi er effektiv bør ikkje vere ein triumf for psykoterapiforskinga, men snarare eit monument over eit mislukka vitskapsområde. Som han seier: *If one`s science needs MA, one should have done better science* (Sohn, 1996a, s. 243). Eg kan ikkje la vere å peike på at i 1972 finn vi dei same synspunkta uttrykt av to sentrale aktørar i dette forskingsfeltet, Allen Bergin og Hans Strupp:

*«With respect to inquiry in the area of psychotherapy, the kinds of effects we need to demonstrate at this point in time should be significant enough so that they are readily observable by inspection of descriptive statistics. If this cannot be done, no fixation upon statistical and mathematical niceties will generate fruitful insights, which obviously can come only from the researcher`s understanding of the subject matter and the descriptive data under scrutiny».*

(Bergin og Strupp, 1972 s. 440).

Men det var den gongen. Allen Bergin, som er ein av redaktørane for Handbook of Psychotherapy, har tydelegvis resignert på dette punktet sidan han i 1994 nettopp

byggjer på meta-analysar når han (no saman med Michel Lambert) konkluderer slik:

*«Despite some residual difficulties in interpreting results, the overall finding that psychological treatments are in general effective cannot be «explained away» by reference to methodological weakness in the data reviewed or to the reviewing methods».* (Lambert og Bergin, 1994, s.149)

Sohn sin kritikk gjeld i og for seg fleire område i psykologisk og samfunnsvitskapleg forskning der ein må nøye seg med (trass signifikante skilnader) ein liten forklart varians som difor ikkje har særleg prediksjonskraft. I høve til psykoterapiforskinga er poenget, slik eg ser det, at ein generell effektdokumentasjon som byggjer på meta-analysar isolert sett ikkje har særleg vitskapleg verdi, med mindre ein kan forklare desse effektane på haldbart vis. Ein kan til dømes ikkje sjå bort frå at ein meta-analyse av ei mengde evalueringar av auramassasje tilsvarande ville kome ut med effekt, noko som sjølvstendig ikkje er ei stadfesting korkje av fenomenet «aura» eller at ein slik praksis har eit vitskapleg grunnlag.

### **Effekt eller effektivitet?**

Kva som *er* betring i psykologisk behandling er ikkje eintydig like lite som psykologisk normalitet er det, sidan eit slikt spørsmål også vedkjem verdiar og menneskesyn. Mangel på konsensus om dette var ein av grunnane til at Eysenck (1952) og Bergin (1971) tolka resultatata av same studiar heilt ulikt. Å lage gode operasjonelle mål på utbytte av psykoterapi er følgjeleg ei stor metodisk utfordring. At dette er eit stort problem i psykoterapiforskinga illustrerer Froyd og Lambert (1989, ref. i Lambert og Hill, 1994 s. 107) som i eit oversyn over 348 studiar frå perioden 1983-88 fann 1430 ulike resultatmål - og av desse var 840 nytta berre ein gong! Dette galdt studiar med ulike diagnosar, men sjølv på ein så avgrensa tilstand som agorafobi fann Ogles et al. (1990) 98 ulike mål i eit oversyn over 100 studiar. Bruken av svært mange og ulike skalaer og mål fører til, som Lambert og Hill (1994) peikar på, at ein vert freista til å leite etter signifikante skilnader der ein kan finne dei, i staden for å teste spesifikke hypotesar. Ulike

resultatmål har i følgje Kazdin (1994) normalt låge korrelasjonar, slik at resultatane kan variere med målemetoden. Til dømes fann Green et al. (1975) i ein studie av effekten av kriseintervensjon at prosentdelen av pasientar som hadde fått hjelp hadde meir å gjere med kva skala som hadde vore nytta, enn hjelpe i seg sjølv.

Eit allment problem i psykologien er at sjølv målinga kan influere på det ein målar. Ein kan til dømes aldri seie at ein observerer ein pasient - ein observerer ein pasient under observasjon, og det er ein annan type kontekst. I metodelitteraturen vert dette gjerne omtala som reaktivitet ved målemetoden, og krav-karakteristika (demand) ved konteksten. Lambert og Hill (1994) fann til dømes at bruk av lydbandopptakar i seg sjølv påverka resultatmåla både frå klient og terapeut, og Kazdin (1992) at pretesting med eit batteri av testar gjorde klientane sensitive før behandlinga på dei resultatmåla som forskinga nytta. Horvath (1984) har vist at å gi klientane ulike teikn på kva atferd ein ventar som indikasjon på positiv betring, har ein sjølvoppfyllande effekt. Anderson og Strupp (1996) har peikt på at desse fenomenane og dei metodiske implikasjonane av dei er overraskande lite studert i psykoterapiforskinga, og viser i ei eiga gransking at dette er nødvendig å ta på alvor.

Utviklinga dei siste åra har gått frå å nytte enkle, globale og til dels terapeutavhengige effektmål, til meir differensierte mål basert på ulike perspektiv og informantar (Lambert og Hill, 1994). På grunnlag av 123 studiar i perioden 1986-91 klassifiserte Lambert og McRoberts (1993)<sup>1</sup> slike effektmål i fem hovudkategoriar: sjølvrapportering, data frå trena observatør, data frå signifikante andre, terapeutdata og data frå ulike instrument eller testar inklusiv fysiologiske mål. Sjølvrapportering var det mest populære målet og i 25 prosent av tilfella var dette nytta som det einaste målet. Etter gjennomgangen av denne problematikken karakteriserer Lambert og Hill (1994) tilstanden som «kaos». Dei konkluderer mellom anna med at det er gjennomgåande låg konkordans mellom dei ulike måletypene, og at data frå terapeut og ekspertvurderingar (der denne er klar over behandlingssstatus), gir større ES enn data frå andre kjelder. Mål på generell

---

<sup>1</sup>Referert i Lambert og Hill, 1994, s. 110.

endring har ein tendens til å gi større verdiar enn skalering av spesifikke dimensjonar eller symptom. Mål som går på sosial tilpassing og funksjon i naturleg miljø gir mindre ES enn mål frå laboratoriesituasjonar, og målingar like etter terapi gir større ES enn data på seinare tidspunkt. Dei konkluderer difor på eit vis som støttar kritikken av meta-analysar:

*«For now, however, it is clear that dependent measure are not equivalent in their tendencies to reflect change and that meta-analysis, as it is typically used to combine different measures, cannot overcome the difference between measures».*

(Lambert og Hill, 1994, s. 84)

I tillegg til desse måleproblema er det eit anna spørsmål som har fått mykje merksemd dei siste åra. Det har med validitet å gjere. Konklusjonar om effekten av psykoterapi byggjer ofte på statistisk signifikante skilnader mellom terapi og ulike former for kontrollgrupper. Men i klinisk arbeid ønskjer ein å skape resultat som gjeld noko *vesentleg* for det enkelte mennesket. Statistisk signifikante skilnader mellom grupper i store utval kan vere trivielle og lite meiningsfulle i høve til klinisk relevans. Det var Jacobson, Follette og Revenstorf (1984) som sette søkjelyset på dette problemet og gjorde framlegg om ulike validieringsteknikkar slik at ein kan tale om *klinisk signifikans*, ikkje berre statistisk. Det ligg føre evidens for at desse ulike metodane gir mindre behandlingseffektar (Jacobson og Truax, 1991). Jacobson (1995), som har vore sentral i denne forskinga, hevdar i ei nyleg oppsummering at dersom ein legg klinisk signifikans til grunn, er det ingen grunn til å slå seg på brystet med generaliseringa om psykoterapien sin effektivitet. Det er ofte tale om marginale skilnader som ikkje er betre enn placebo.

### **Betre enn kva?**

Og nettopp spørsmålet om psykoterapi versus placebo har vore eit omdiskutert, forvirrande og også avslørande tema i psykoterapiforskinga. Smith og Glass (1977) sin konklusjon bygde på terapi i høve til inga behandling. Og det var nettopp synet på placebo som gjorde at replikasjonen til Prioleau et al. (1983) kom til ein annan konklusjon. Debatten går heilt tilbake til Frank (1961) og den

utfordrande boka *Persuasion and Healing*. Som kjent var det Frank sitt syn at psykoterapi ikkje hadde spesifikke verknader - med andre ord at det var tale om ikkje-spesifikke eller placebo-effektar<sup>2</sup>.

I forskingsdesign gjeld placebo eit spørsmål om metode, eller kva kontroll ein kan vurdere effekt i høve til. For dei som argumenterer for å nytte placebo-kontroll i forskinga på effekt av psykoterapi er idealet kjemoterapien sitt design. Standard metode er der dobbel blind placebo-kontroll. Det vil seie at korkje lækjar eller pasient veit kor vidt det medikamentet pasienten får er placebo eller ikkje. I slik forsking treng ein såleis berre definere placebo som ein negasjon - det som ikkje er kjemi. Kjemi og placebo høyrer såleis til to ontologisk ulike klasser av fenomen - det er pleroma versus creatura. Sjølv om blindstudiar er umuleg i terapiforsking har ein tilsvarande argumentert for at placebo og psykoterapi høyrer til to ulike klasser av behandling. Placebo består av faktorar som er felles for dei fleste former for terapi, medan terapien gjeld unike og spesifikke faktorar (t.d. Basham, 1986; Critelli og Neumann, 1984). Først ved å kontrollere for desse felles faktorane kan ein vitskapleg påvise at terapien har effekt. Men, som tidlegare analysar viser, både placebo og psykoterapi høyrer creatura til - det er verknader gjennom det mentale domenet. Trass i ein tilsynelatande logikk i resonnementet vert spørsmålet no både om det er muleg, og om det er meiningsfullt å etablere ein slik distinksjon mellom psykoterapi og placebo (eller synonyma spesifikkk versus felles faktorar), og kva er i så fall denne distinksjonen uttrykk for? Det er ikkje vanskeleg å finne både enkeltstudiar og meta-analysar som konkluderer med at psykoterapi er betre enn placebo. Bowers og Clum (1988) fann til dømes i ein meta-analyse av 69 studiar av systematisk desensitivisering at terapieffekten var nær dobbel så stor som placebo. Men det motsette er også tilfellet, og sjølv ved ein så spesifikkk teknikk som systematisk desensitivisering er det mange studiar som ikkje kjem betre ut enn placebo-kontroll (Holroyd 1976; Kirsch og Henry, 1977; Kirsch, Tennen, Wickless, Saccone og Cody, 1983; McReynolds, Barnes, Brooks og Rehagen, 1973; Tori og Worell, 1973; Davidson og Denny, 1976; Foreyt og Hagen, 1973; Sipich, Russel og Tobias, 1974). Bowers og Clum (1988)

---

<sup>2</sup> Eg viser til drøftinga i kapittel 7. av dei vanskar som oppstår når ein skal definerer placebo i relasjon til forsking på psykoterapi. Den er også relevant i denne samanhengen, men vert ikkje

peikar på som eit problem at mange placebodesign har lite truverde, og at dette underminerer slutning om skilnad. I ein tidleg studie av desensitivisering vart kvinner med slangefobi induisert til å tru at ein berre skulle studere dei fysiologiske korrelata til slike fobiar. Ein gav altså ikkje forventningar om terapeutisk effekt, og det viste seg at ein heller ikkje kunne påvise slike (Leitenberg et al., 1969).

Lambert og Bergin (1994) har likevel konkludert i eit oversyn med at studiar som har nytta placebo-kontroll i ei eller anna form, for det første har større ES enn venteliste-kontroll, og at i gjennomsnitt tilseier desse studiane at terapi er betre enn placebo (66% for placebo mot 79% for terapi). Horvath (1987, 1988) har standhaftig peikt på at konklusjonar om at psykoterapi er betre enn placebo er meiningslause av fleire grunnar, i det minste om ein ikkje har spesifisert kva som har blitt nytta som placebo. I praksis kan det vere høgst ulike ting, noko som meta-analysar kamouflerer. Han har sjølv analysert dette i ein gjennomgang av ulike studiar frå 1964 til 1985 (Horvath, 1988). I tjuve prosent av studiane finn han at det har blitt nytta medikamentplacebo, noko som er teoretisk meiningsfullt som kontroll, men vedkjem ikkje kontroll av felles faktorar ved psykoterapi. Atten prosent nytta psykoterapiplacebo som skulle vere uverksam sett i høve til den teorien som terapien bygde på. Like mange nytta det ein kan kalle komponentkontroll, det vil seie at placebo likna terapien svært mykje med unntak av det spesifikke teoretiske elementet ein ville granske. Dette var kontrollgrupper som difor inneheldt mange komponentar sett på som spesifikke utifrå andre teoretiske tilnærmingar. Førtifire prosent nytta placebo som i røynda var andre former for psykoterapi, utan freistnad på å karakterisere dei felles elementa ein skulle kontrollerer for. Horvath sin konklusjon er at placebokontroll i psykoterapiforsking i realiteten som oftast dreier seg om andre former for terapi, og at tanken om felles faktorar ikkje er reflekterte i forskingsdesigna. Zane (1989) har vidare undersøkt ein del av dei variablane ein vanlegvis definerer som placebovariablar, og konkluderer med at dette er sosiale variablar som korkje er uverksame eller ikkje-spesifikke. I kapittelet om effektiviteten av psykoterapi i

---

gjenteke.

*Handbook* konkluderer Lambert og Bergin (1994) slik til spørsmålet om placebo-kontroll:

*«After reviewing a wide array of methodological designs and treatment outcomes, we have concluded that the typical placebo controls used in outcome studies are so conceptually and procedurally flawed that they have essentially failed in their purpose of helping to isolate the active therapeutic ingredients. It is time to discontinue placebo controls and design studies with more meaningful comparison groups»* (Lambert og Bergin, 1994, s. 152)

Det er eigna til forvirring når dei i oppsummeringa (s. 181) likevel konkluderer med at psykoterapi er meir enn placebo. Dette er ei utsegn ein finn i mange samanhengar. Sjølv om den kan vere saksmessig rett som tilvising til studiar som hevdar å kunne skilje mellom terapi og placebo, er det ei forførande og retorisk utsegn. Med allusjon til kva ein meiner med placebo i kjemoterapeutisk forskning, skaper dette ein illusjon om at psykoterapi både har spesifikke verknader og gjeld ei anna klasse av verknadsvariablar enn placebo. Det er ikkje grunnlag for nokon av desse premissane, og Allen Bergin er tydelegare på dette når han saman med sin medredaktør, Sol Garfield, i oppsummeringskapittelet i *Handbook* seier:

*«....., there is massive evidence that psychotherapeutic techniques do not have specific effects, yet there is tremendous resistance to accepting this finding as a legitimate one. Numerous interpretations of the data have been given in order to preserve the idea that technical factors have substantial, unique, and specific effects».* (Bergin og Garfield, 1994, s. 822)

Ein kan spekulere over kva grunnen til denne motstanden kan vere, men det er opplagt at om allusjonen til kjemoterapien vert lagt til grunn for legitimeringa eg har drøfta, er stoda ikkje særleg oppløftande. Då kan ein lett kome til å meine at psykoterapi ikkje har nokon verknad. Men det ser jo ikkje ut til å vere tilfellet, og for spørsmålet om effekt eller ikkje burde det ikkje spele noko rolle om dette er såkalla felles eller spesifikke faktorar. Annan kontroll enn ikkje-terapi burde difor vere uturvande. Når det derimot gjeld spørsmålet om kva som verkar når terapi

verkar, er det sjølvsagt nødvendig med design som gjer det muleg å teste hypotesar om dette. Å dele komplekse fenomen i to konseptuelt ulike klassar karakteriserer Butler og Strupp (1986) som ei påfallande populær intellektuell øving i psykologien. Dikotomiane terapi/placebo eller spesifikk/felles tilslører meir enn dei opplyser. Som vi har sett i samband med medisinsk behandling er placebo ikkje eit monokausalt fenomen, like lite som psykoterapi er det - og det er fenomen som varierer. Ein kunne difor like gjerne seie at i den grad det er skilnad mellom psykoterapi og placebo-kontroll, viser dette berre til gunstige eller mindre gunstige tilhøve for effekt av psykoterapi - eller av placebo. Og forskinga på placebo er jo i seg sjølv ein solid dokumentasjon på at psykoterapi verkar - om vi legg ein generisk definisjon til grunn. For menneske som lid er det uvesentleg kva som verkar, berre dei får hjelp. Og for terapeutar synest publikum sin dom å vere meir oppløftande enn den vitskaplege legitimeringa. I ei slik forbrukargransking i USA nyleg (Consumer Reports, 1995; sjå Seligman, 1995) vart folk som hadde vore i terapi rett og slett spurde om dei hadde opplevd at terapien hadde vore til hjelp - og resultatet var overveldande positivt.



## Kapittel 25

### KVA SLAGS PSYKOTERAPI ER BEST ?

Eg har tidlegare vist til det mangfald av teoriar og metodar som kan klassifiserast som psykoterapi - retningar som sjølv sagt kvar for seg hevdar sin eksklusivitet. Når det gjeld empirisk evaluering og komparative studiar, har mesteparten vore på metodar innan det som Bergin og Garfield (1994) klassifiserer som dei fire hovudretningane: atferdsterapi, kognitiv terapi, psykodynamisk terapi og opplevingsorientert terapi. Atferdsterapien har i følgje Bergin og Garfield (1994) endra seg dramatisk det siste tiåret og inkluderer i dag element frå kognitiv psykologi, og termen kognitiv atferdsterapi vert difor ofte nytta. I kognitiv terapi som retning er det sentrale poenget å påverke klienten sin måte å tenkje på. Som ide om intervensjon har såleis kognitiv terapi lange tradisjonar. Noko samlande teoretisk fundament kan ein likevel ikkje tale om. Eit tidleg bidrag var George Kelly sin *personal construct theory* utvikla på 1950-talet (Kelly, 1955). Den fekk aldri noko stor utbreiing i den klinisk verda, men er framleis levande og har igjen blitt aktuell i samband med den konstruktivistiske vendinga i nyare tid (sjå kapittel 27.). Meir populære i kliniske kringar har enklare modellar som Albert Ellis (1962) sin *Rational-emotive therapy* og Aron Beck (1976) sin kognitive terapi vore. Når det gjeld psykodynamisk orientert psykoterapi definerer Gabbard (1990) denne slik:

*«...an approach to diagnosis and treatment characterized by a way of thinking about both patient and clinician that includes unconscious conflict, deficits and distortions of intrapsychic structures, and internal object relations».*

(Gabbard, 1990, s.4)

Denne retninga spelar framleis ei dominerande rolle i det praktiske feltet (Sammons og Gravitz, 1990), og det er i dag liten grunn til å oppretthalde det gamle skarpe skiljet mellom ortodoks psykoanalyse og psykodynamiske terapiar (Henry et al., 1994). Dette var også ein av konklusjonane i det store psykoterapiprojektet ved *Menninger Foundation* som starta i 1950-åra, og som mellom anna tok sikte på å studere slike skilnader i naturalistiske situasjonar (sjå Wallerstein, 1989). I kategorien opplevelsesorienterte terapiar («experiential») er Carl Rogers sin klientsentrete terapi og gestaltterapi med utgangspunkt i Fritz Perls (Perls et al., 1951) dei mest artikulerte tilnærmingane. Det er tale om tilnærmingar som alle på ulikt vis har teoretisk forankring i fenomenologi og den humanistiske tradisjonen i psykologien. Dei legg vekt på ein likeverdig og ikkje-autoritær relasjon til klienten, og definerer det terapeutiske målet som å legge til rette for vekst, erkjenning og klienten si sjølvaktualisering (Greenberg, Elliot og Lietar, 1994). Det er innafor desse hovudtradisjonane, og subvariantar av desse, ein finn mesteparten av den komparative forskinga. Ei nyare hovudretning er systemorienterte terapiar, ofte nytta synonymt med familierapi. Sjølv om det har vore ein vekst i evalueringstudiar og meta-analysar av desse tilnærmingane (t.d. Shadish et al., 1993), har dei i mindre grad blitt analysert komparativt. Evalueringane så langt tilseier likevel ikkje at denne retninga har dokumentert ein generell føremon framfor andre tilnærmingar (Alexander, Holtzworth-Munroe og Jameson, 1994).

### **Dodoerklæringa**

Sjølv om Smith og Glass (1977) sin velkjende meta-analyse vekte jubel for å ha demonstrert effekt av psykoterapi, var der ein malurt som vekte liten entusiasme. Om tilhøvet mellom dei ulike retningane som var med i analysen, konkluderte dei slik eg tidlegare siterte (kap. 24) med at der ikkje var nemneverdige skilnader i effekt mellom dei ulike terapiformene (Smith og Glass, 1977, s. 760). Dette var ikkje ein ny påstand. Eit par år tidlegare hadde Lester Luborsky og medarbeidarar publisert ein gjennomgang av komparative studiar og konkluderte med ein allusjon til dodo-fuglen i *Alice in Wonderland*, som etter eit løp der alle fikk starte der dei ville og springe dit dei ville, erklærte at alle hadde vunne og alle måtte ha premie (Luborsky, Singer og Luborsky, 1975). I ettertid har denne

problemstillinga i psykoterapiforskinga difor vorte referert til som dodo-erklæringa (heretter DE). Kvifor dette er ein konklusjon som er vanskeleg å svelgje er skjønneleg, for som Stiles et al. (1986) seier:

*«The paradoxical findings of outcome equivalence and content equivalence present a serious dilemma because they seem to imply that no matter what a therapist does the end result will be the same».*

(Stiles et al., 1986, s.167).

Det har så langt ikkje blitt levert gode tilbakevisingar av DE, og den vert stadig vist til som haldbar i autoritative oversyn og oppsummeringar (Stiles et al. 1986; Hougaard, 1989; Luborsky, 1995; Weinberger, 1995). Likevel er der på ingen måte full konsensus om ho. Ein del innvendingar gjeld metodiske tilhøve og at mangelen på skilnader skuldast metodiske artifakta, til dømes at mangel på kompleksitet ved effektmåla som er nytta ikkje evnar å gjere reelle skilnader synlege (Rachman og Wilson, 1980), at meta-analysar «kamouflerer» slike skilnader (Wilson og Rachman, 1983) og er insensitive til mellomliggjande variablar (Shadish og Sweeney, 1991), og at skilnader forsvinn fordi interaksjonseffektar forsvinn (metode A kan vere betre enn B for visse tilstandar, men omvendt for andre, Beutler, 1991). Kazdin og Bass (1989) har dessutan kritisert ein del komparative studiar for å nytte metodar for statistiske analysar som ikkje er eigna til å påvise skilnader. Norcross (1995) har freista å tilbakevise DE ved ei liste av argument som inkluderer dei eg alt har nemnt, og legg «triumferande» til at så lenge berre 7-8 av i alt vel 400 terapiretningar er granska, byggjer påstanden om likeverd på spinkelt grunnlag. Dette argumentet er på grensa til å vere eit prokuratorknep, og det er freistande å tenkje seg at Norcross neppe hadde nytta det om resultata mellom dei 7-8 hadde vore omvendt.

Påstanden om likeverd mellom terapiar vert oftast imøtegått av tilhengjarar av atferdsterapi og kognitiv terapi, og då med tilvising til empiriske studiar. Sjølv om dei fleste meta-analysar har stadfesta DE, har ein del vist ein liten, men konsistent fordel for atferdsterapi og kognitiv terapi framfor tradisjonell samtaleterapi (Dobson, 1989; Dush et al., 1983, Robinson, Berman og Neimeyer, 1990;

Svartberg og Stiles, 1991). Ein kan også vise til mange studiar som har demonstrert god effekt av adferdsterapi (Kazdin og Wilson, 1978; Rachman og Wilson, 1980). Men som Stiles et al (1986) peikar på er mesteparten av desse studiane basert på frivillige forsøkspersonar i analoge laboratorieoppsett med korte behandlingssekvensar for heller mindre problem. Det er store problem med å generalisere frå slike studiar til klinisk praksis. Klein, Zitrin, Woerner og Ross (1983) analyserte 13 studiar av fobiar som samanlikna systematisk desensitivisering med andre behandlingsopplegg. Av desse studiane var det berre to (Gelder, Marks og Wolff, 1967; og Gillan og Rachman, 1974) som viste at desensitivisering var overlegen dynamisk terapi. I tillegg viste det seg at den heller svake skilnaden rapportert av Gelder et al. ikkje var signifikant ved oppfølging seks månader etter. Gillan og Rachman sine data viste dessutan ikkje klart at pseudoterapi var mindre effektiv enn dei andre tilnærmingane i å redusere fobisk angst. Også Smith, Glass og Miller (1980) fann i si tid ein skilnad til fordel for atferdsterapi, men forklarte dette med reaktive resultatmål, og viste at det var ein positiv korrelasjon mellom effekt og forskaren sin identifikasjon med terapiretning.

Shapiro (1985) vurderte tre uavhengige meta-analytiske samanlikningar av dynamisk-humanistisk og adferds-kognitivt orienterte terapiar (Nicholson og Berman, 1983; Shapiro og Shapiro, 1982; Smith, Glass og Miller, 1980) og fann påviseleg større ES for adferd- og kognitive terapi. Shapiro og Shapiro (1982) fann også at kognitiv kom betre ut enn desensitivisering. Andre igjen har likevel berre funne små (Miller og Berman, 1983) eller ingen forskjellar (Berman, Miller og Massman, 1984; ref. i Stiles et al., 1986, s. 176). Dei sistnemnde forklarar skilnaden mellom sine resultat og resultatata til Shapiro og Shapiro (1982) med den pro-kognitive holdninga til forskarane i dei aktuelle enkeltstudiane, tilsvarende Smith, Glass og Miller (1980). Gorey (1996) har også demonstrert at ES synest å vere størst for dei intervensjonane som forskaren sjølv er tilhengar av. Det er også eit problem og ei muleg feilkjelde i komparative meta-analysar at det er gjort langt færre studiar med utgangspunkt i psykodynamiske og opplevingsorienterte terapiar enn dei andre. Ein av dei større komparative studiane i USA vart initiert av *National Institute of Mental Health* (NIMH) og galdt ikkje-psykotiske depressive

pasientar som var randomisert til fire ulike terapivilkår - alle gjennomført etter manualiserte prosedyrar (sjå Elkin, 1994). Hovudkonklusjonen var at det var liten skilnad mellom terapiane eller evidens for spesifikke effektar.

I den dynamiske tradisjonen har ein utifrå røynsle med situasjonsbestemte og kortsiktige terapeutiske intervensjonar utvikla korttidsterapi som ei eiga terapiform (sjå Koss og Shiang, 1994). Svartberg og Stiles (1991) viser til gjennomgang av 19 studiar publisert i perioden 1978-88 av psykodynamisk korttidsterapi der denne tilnærminga kom dårlegare ut enn dei andre, særleg ved oppfølging eit år etter. Som generell oppsummering konkluderer likevel både Miller, Hubble og Duncan (1995) og Koss og Shiang (1994) med at denne terapiforma korkje kjem dårlegare eller betre ut enn andre former. Sidan ein legg vekt på eit strammare tidsaspekt, kan ein argumentere med eit kostnads/nytte perspektiv for denne forma, men det er heller tvilsamt om dei såkalla korttidsterapiane er særleg kortare enn andre terapiar (Koss og Shiang, 1994). Nesten all psykoterapi ser no ut til å vere kortvarig, i gjennomsnitt 5-8 sesjonar (Bergin og Garfield, 1994; Miller, Hubble og Duncan, 1995).

### **Matriseparadigmet**

Eit relevant argument mot DE er at ei global samanlikning av terapiar er uinteressant, og at ei slik samanlikning kamuflerer at terapiar kan vere ulikt effektive for ulike tilstandar. Dersom ein leitar på rett plass, argumenterer Beutler (1991), vil ein også finne skilnader. Ein må i større grad satse på å utvikle differensielle indikasjonar: kva slags *lidingar* hos kva slags *personar* eignar seg for kva slags *terapi* (Beutler og Clarkin, 1990; Beutler, 1991; Norcross, 1995). Om ein sjekkar forskingslitteraturen med utgangspunkt i spesifikke symptom- eller problemavgrensingar, er det ein del indikasjonar på at ein får fram større skilnader mellom ulike terapiformer. Reid (1997) gir eit oversyn over 42 meta-analysar med eit slikt utgangspunkt der 31 viste til skilnader mellom terapiformer over 24 ulike problemtypar. Men, det var ikkje konsensus om *retninga* på desse skilnadene på tvers av studiar. Til dømes kom kognitiv atferdsterapi best ut overfor bulimi hos Whitbread og McGown (1994), men ikkje hos Hartmann, Hertzog og Drinkmann (1992). Reid (1997) hevdar likevel at i nye og metodisk

betre studiar er evidensen stigande for at problemfokuserte metodar som atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi gir betre resultat når det gjeld ulike spesifikke atferdsproblem og angsttilstandar. Det ser ut til å vere ein viss konsensus for at kognitiv orientert atferdsterapi som kombinerer pustetrening/avslapping med kognitiv restrukturering gir best utbytte ved panikkangst (Barlow og Cerny, 1988; Rosenberg, 1993; Zinbarg et al., 1992; Clum, Clum og Surls, 1993; Michelson og Marchione, 1991). Den nemnde NIMH-granskinga galdt ikkje-psykotisk depresjon, og eit av resultatane var altså liten skilnad mellom terapiformene. Ein fann heller inga støtte for hypotesen om at medikament (imipramin) ville virke best på somatiske symptom, kognitiv atferdsterapi på dysfunksjonelle tankar og haldningar, og psykodynamisk relasjonsorientert terapi på interpersonlege problem (Imber, Pilkonis et al., 1990). Den kognitive terapien var den einaste som var betre enn placebo på somatiske symptom.

Tankegangen ovanfor er eit døme på det som vert omtala som matriseparadigmet, og som i si tid vart formulert slik av Paul (1967):

*«The question towards which all outcome research should ultimately be directed is the following: **What** treatment, by **whom**, is most effective for this individual **with** that specific problem, and under which set of circumstances».*

(Paul, 1967, s.111)

Parloff (1979) har peika på at logikken i ein slik modell gir forventningar om at det er muleg å kome fram til eit empirisk grunnlag for å preskribere behandlingsformer. Litt syrleg omtalar han dette som *Paul's litani*, og viser til dei store forskingsstrategiske problema. Til dømes vil ein for å evaluere ti typar klientar, terapeutar, metodar og situasjonar trenge ei matrise med ti tusen celler. Matriseparadigmet har likevel blitt retningsgjevande for forskinga i den tyding at ein gradvis har blitt meir oppteken av å kunne påvise interaksjonar mellom konkrete vilkår og variablar, noko eg skal kome tilbake til. Når det gjeld tilbakevising av DE er resultatane så langt likevel magre (Stiles et al., 1986), og Lambert og Bergin (1994) konkluderer med at det mest slåande framleis er at der

generelt sett er meir ekvivalens mellom i utgangspunktet svært ulike terapiar, enn at der også er påvist skilnader i ein del enkeltstudiar.

### **Ulik teori - same praksis?**

Dei ulike terapiteoriane er ulike på innhaldsplanet både når det gjeld å forklare lidingar og kva som fører til terapeutisk endring, og spesifiserer metodiske og tekniske framgangsmåtar som på mange vis er beint fram kontradiktoriske (Stiles et al., 1986). No kan ein likevel argumentere for at trass i dette oppfører terapeutar frå ulike retningar seg likevel i praktisk profesjonell atferd meir likt enn ulikt, og at dette kan forklare DE. Ekvivalens i atferd skulle slik kunne gjere greie for ekvivalens i resultat. Miller et al. (1995) minner om at terapeutar også er seljarar og marknadsførarar, og i marknaden er det nødvendig å gjere seg synleg. Men, ulike modellar treng ikkje vere ulike fordi dei høyrer ulike ut. Norcross (1995) peikar også på at språkbruk forfører, og at om ei terapiform kallar seg klientsentrert tyder ikkje det at andre former ikkje er det, eller at berre kognitiv terapi kan gi kognitiv endring eller atferdsterapi er eksklusiv for endring av atferd.

Som forklaring på DE står denne hypotesen likevel ikkje sterkt. I ein tidleg studie viste Stiles (1979) at for klientsentrert terapi, gestalt- og psykoanalytiske terapi var dei verbale responsane til terapeutane i samsvar med teoriane for 80 til 90 prosent av aktiviteten. Hypotesen om likskap er også indirekte tilbakevist gjennom manualisering. Denne tilnærminga, som inneber å utvikle standardiserte manualar som steg for steg gjer greie for korleis ein skal gjennomføre behandlinga, voks fram utifrå behovet for å spesifisere skilnaden mellom terapiane når ein jakta på spesifikke effektar. Studiar basert på slike manualar har vist systematiske og reelle skilnader i terapeutatferd (Luborsky og DeRubeis, 1984; Rounsaville, O'Malley, Foley & Weissman, 1988). No er det likevel slik, som Garfield og Bergin (1994) peikar på, at grensene mellom dei dominante teoriane etterkvart forsvinn i praksis sidan terapeutar i aukande grad hevdar å identifisere seg med ei eklektisk orientering. Det ser likevel ikkje ut til at dette fører til at dei dermed oppfører seg meir likt (Jensen, Bergin og Greaves, 1990). Sidan ulike terapiar ser ut til å vere likeverdige, kva er det så som er det terapeutiske i terapi? Meir om det i neste kapittel.

## Kapittel 26

### KVA ER DET TERAPEUTISKE I TERAPI?

At ein ikkje kan påvise spesifikke effektar av dei ulike terapeutiske modellane, og at dei stort sett «leverer» same resultat, er vitskapleg sett ein provoserande konklusjon i høve til psykoterapien si eiga marknadsføring av sine tekniske operasjonar. Men teknikkar kan tenkjast spele ei anna rolle enn dei vert marknadsført som, nemleg som ulike vegar til å realisere same mekanisme. Som foreslått hos Butler og Strupp:

*«The complexity and subtlety of psychotherapeutic process cannot be reduced to a set of disembodied techniques, because the techniques gain their meaning, and in turn, their effectiveness, from the particular interaction of the individuals involved.*

*(...), skill and technique refer to efforts on the part of the therapist to influence the quality of the patient`s experience in relation to the therapist as a significant other».* (Butler og Strupp, 1986, s. 33 og 36 )

Dei komparative studiane sin intensjon om å påvise skilnader har indirekte tvinga ein til å leite på andre «gatehjørne» når ein skal gjere greie for kva som er terapeutisk i terapi. Slik sett har den vitskaplege praksisen gitt resultat i samsvar med denne praksisen si viktigaste oppgåve, å fortelje oss noko om kva som *ikkje* gjeld. Dermed har også problemstillinga blitt flytta meir mot studiar av *prosess* og *innhald*, og ikkje berre resultat.

### Felles faktorar



Den mest vanlege forklaringa hos dei som meiner DE står til truande er at ulike terapiretningar er ekvivalente fordi dei verkar etter eit sett «felles faktorar», ofte omtala synonymt med «ikkje-spesifikke faktorar» eller placebo. Som omtala er dette ingen ny tanke. Den var i si tid hovudbodskapen til Jerome Frank (1961). Eg viser dessutan til tidlegare omgrepsdrøfting, og til at «felles» sjølvstøtt ikkje treng tyde ikkje-spesifikk. Ser vi på korleis «felles faktorar» har blitt omtala i litteraturen, er det mangfald og variasjon meir enn felles språkbruk som dominerer. Og går ein til den empiriske forskinga, er det mest praktisk å nytte ein negasjon, at «felles faktorar» gjeld dei forholda som ikkje er betinga av dei terapeutiske metodane. Samla vert denne forskinga gjerne omtala som prosessforskning. Dei ulike uavhengige variablane ein i den samanheng har studert, skal eg for praktiske føremål omtale som forhold *hos* klient eller terapeut, og forholdet *mellom* dei - det vil seie relasjon og prosess. Prosessforskninga har nytta ulike metodar og hatt ulike siktemål. Det har både vore eit mål å avklare mekanismar for verknad, men og rein prediktorforskning med ei praktisk grunngeving som å kunne føresjå kva som vil gje resultat utifrå ulike føresetnader. Like eins har «felles faktorar» vore studert *per se*, men òg indirekte gjennom studiar som har testa hypotesar om spesifikke faktorar i ein spesifisert metode. Ein etterkvart vanleg metode i slike studiar er samanliknande gruppestudiar med komponentkontroll («dismantling», sjå Kazdin, 1980). Eksperiment- og kontrollgruppe blir gitt same «pakke» med unntak av spesifiserte uavhengige variablar som ein har hypotese om er aktive variablar. Det er gjort ulike studiar med denne framgangsmåten når det gjeld til dømes bio-feedback (Borkovec, 1982; Blanchard og Andrasik, 1982; Holroyd et al., 1984) og kognitiv atferdsterapi (Kornblith et al. 1983), men med stort sett inkonklusive resultat når det gjeld jakta på eit spesifikt «terapeutiske antibiotika» (Klein og Rabkin, 1984).

### **Terapeutfaktorar**

Dei generelle studiane av effekt kamuflerer at der er ein stor variasjon i utbyttet. Ikkje alle blir betre, og nokre kjem dårlegare ut. Kva som kan forklare skilnaden er relativt dårleg utforska, men er sjølvstøtt av interesse når ein jaktar på verksame faktorar. Vi har sett at den terapeutiske metoden i seg sjølv ikkje er særleg avgjerande for utbyttet. Det kan likevel tenkjast at den som utfører metoden,

terapeuten, i seg sjølv er ein variabel uavhengig av metoden. Som variabel kan vi skilje mellom terapeuten som *person*, og den *kompetanse* han har i form av utdanning og erfaring. Litt om sistnemnde først.

### *Kompetanse*

Psykoterapi med offentlig godkjenning er i vår kultur ei verksemd som føreset lange universitetsstudium og seinare spesialisering gjennom praksis. Kva rolle spelar denne kompetansen for det terapeutiske utbyttet? Bergin (1971) koda for terapeuten sitt erfaringsnivå i ein analyse av utbytte i 48 studiar, og konkluderte med at det var positivt utbytte for 53 prosent av dei studiane som hadde nytta røynde terapeutar mot berre 18 prosent der terapeutane var urøynde. Seinare har data peika i ei anna retning. I Smith og Glass (1977) sin klassiske meta-analyse var konklusjonen at terapeuten sitt utdanningsnivå og hans kliniske erfaring var urelatert til effekt, og oppfølginga (Smith, Glass og Miller, 1980) stadfesta dette. Heller ikkje analysen til Shapiro og Shapiro (1982) kunne påvise ein slik samanheng. Sjølv sagt ein provoserande konklusjon med tanke på psykoterapien sin legitimitet, og spørsmålet om kompetanse høyrer difor med til dei mest omstridde i psykoterapiforskinga. Eit vesentleg bidrag til denne drøftinga var Durlak (1979) sin analyse av 42 studiar av forskjellar mellom profesjonelle (psykologar, psykiatrar og sosialarbeidarar) og paraprofesjonelle. Sistnemnde hadde ei ikkje-klinisk utdanning på cand.mag. nivå, men klinisk erfaring. Berre i ein studie kom dei profesjonelle betre ut. I tolv studiar var dei paraprofesjonelle betre. Durlak konkluderte slik:

*«In terms of measurable outcome, professionals may not possess demonstrably superior clinical skills when compared with paraprofessionals. Moreover, professional mental health education, training, and experience do not appear to be necessary prerequisites for an effective helping person».*

(Durlak, 1979, s.80)

Durlak blei umiddelbart sterkt kritisert, mellom anna av Nietzel og Fisher (1981), for å ha tatt med i analysen studiar med for dårleg intern validitet, og for at kategoriseringa av profesjonelle og paraprofesjonelle var lite tenleg. Hattie,

Sharperly og Rogers (1984) tok omsyn til denne kritikken og gjorde ein meta-analyse på 39 av dei 42 studiane som Durlak bygde på. Dei ikkje berre stadfesta Durlak sin konklusjon, men hevda til og med at paraprofesjonelle var betre enn dei profesjonelle. Berman og Norton (1985) reagerte på dette og hevda at ein framleis baserte seg på ein del problematiske enkeltstudiar, spesielt slike som klassifiserte terapeutar som profesjonelle utan at dei hadde spesifikk terapeutisk erfaring. Etter noko strengare metodiske kriterium selekterte dei difor 32 studiar i ein meta-analyse. Også denne analysen stadfesta Durlak sin konklusjon om at profesjonelle og paraprofesjonelle, og trenar og utrenar terapeutar, oppnådde likeverdige resultat. Dette heldt seg oppe også når ein analyserte i høve til ulike kliniske problemtypar og ulike terapiretningar. Likevel bør nokre nyansar nemnast idet det var ein tendens til at profesjonelle var betre ved kortvarige terapiar. Dei peikte også på tendensen i materialet til at dei paraprofesjonelle var yngre og nærare klientane i alder, og at dette kunne vere ein effekt i seg sjølv.

Den mest kjende studien av denne problemstillinga spring ut av *Vanderbilt* psykoterapiprojekt og hadde som mål å undersøke det relative bidraget av terapeuten sine tekniske dugleikar samanlikna med den terapeutiske relasjonen (Strupp og Hadley, 1979). Den profesjonelle gruppa var samansett av tre psykiatrar og to psykologar med i gjennomsnitt 23 års erfaring som terapeutar. Kontrollgruppa var fem professorar frå andre fagområder og utan røynsle med terapi eller klinisk verksemd. Dei var valde utifrå evna deira til å etablere gode relasjonar til andre, og var elles likeverdige med omsyn til alder, akademisk status og generell profesjonell erfaring. Klientgruppene (N=15 og 14) var selektert frå ein homogen populasjon etter nivå for angst, depresjon og sosial introversjon på bakgrunn av MMPI. Gjennomsnittleg behandling var 17 (18) sesjonar, og det vart nytta fleire og ulike avhengige mål. I gjennomsnitt kom dei profesjonelle og ikkje-profesjonelle likt ut. Den einaste, men vesle skilnaden var at dei klientane som hadde hatt profesjonelle terapeutar var litt meir optimistiske om framtida etter terapien. Det var likevel store skilnader innan gruppene, og i dei ulike terapeut-klient dyadane. Ikkje all vart betre, nokre til og med verre, mens andre igjen viste store positive endringar. Dei profesjonelle sin effektivitet var også urelatert til

tekniske dugleikar. Strupp og Hadley (1979) konkluderte med at det er den gode relasjonen og terapeuten si evne til å skape denne, som er avgjerande for effekt. I eit større prosjekt ved *University of Pennsylvania* (Luborsky et al. 1985) viste det seg at klienten si vurdering av relasjonen til terapeuten, spesielt ved tredje sesjon, korrelerte høgt med utbyttet. Men ein fann også at terapeuten sin tekniske dugleik, eller evna til å gjennomføre det manualiserte opplegget som vart nytta, korrelerte signifikant med utbytte. Forskarane gir ei interessant tolking av dette, nemleg at tekniske terapeutdugleikar spelar ei rolle, men ikkje *kva* slags teknikk ein praktiserer (Luborsky et al., 1985). Som Hougaard (1989) peikar på kan ein også tolke dette slik at «gode» klientar gjorde det lettare for terapeuten å følgje oppskrifta i manualane.

Stein og Lambert (1984) har gjort ein kritisk analyse av forskinga på tilhøvet mellom effektivitet og terapeuten si erfaring, samt ein meta-analyse på problemstillinga. Hovudkonklusjonen er at der er ein forbløffande mager samanheng. Dei peikar likevel på at det er muleg at røynde terapeutar kan motverke tidleg drop-out frå terapi. I ein meta-analyse av 108 barneterapiar fann heller ikkje Weisz, Weiss, Alicke og Klotz (1987) at det *generelt sett* var skilnader i effektivitet mellom profesjonelle, vidarekomne studentar og paraprofesjonelle. Dei konkluderer likevel ikkje med at der *ikkje* er nokon samanheng mellom resultat og terapeuten si trening. Dei fann nemleg ein samanheng med alder idet dei trena terapeutane var effektive uansett klienten sin alder, medan dei utrena (studentar og paraprofesjonelle) var meir effektive med yngre enn med eldre klientar. Dei profesjonelle var vidare betre med problem prega av overkontroll (fobi, sjenanse), men ikkje med problem med manglande kontroll (aggresjon, impulsiv atferd). Sidan alle terapeutane blei supervisert av profesjonelle terapeutar, finn Weisz et al. (1987) ikkje grunn til å legge avgjerande vekt på at der ikkje var skilnad i generell effektivitet.

I følgje Dawes (1994) ligg det no føre om lag 500 studiar som viser at terapeuten sin faglege status og erfaring som terapeut er urelatert til utbytte. Det kan likevel visast til ei rekkje studiar som indikerer det motsette (Barabasz, Baer, Sheehan og Barabasz, 1986; Carey og Burish, 1987; Lyons og Woods, 1991; Dush, Hirt og

Schroeder, 1989). Lambert og Bergin (1994) vel å vere forsiktige i si oppsummering av problemstillinga ved å vise til at det i det siste har kome lite solid empiri som eintydig kan avklare dette spørsmålet.

### *Personfaktoren*

At terapeuten som person kan vere ein viktig variabel i seg sjølv, reknar Bergin og Garfield (1994) som eit viktig resultat frå den empiriske forskinga på psykoterapi. Saka er likevel relativt lite utforska. I samband med tidlegare omtalte prosjekt frå NIMH, konkluderte Rounsaville et al. (1988) med at ei lita gruppe terapeutar, trass i høg motivasjon og relativ intens opplæring, ikkje var i stand til å utøve kompetent terapi. Terapeutvariasjon var og eit funn i Pennsylvania-prosjektet (Luborsky et al., 1985). Trass i at terapeutane hadde fått likeverdige opplæring, vart supervisert undervegs og gjennomførte terapien etter standardiserte manualar, viste resultatane store skilnader mellom terapeutar. Klientfaktorane var likevel viktigare i denne studien.

At det kan vere stor skilnad mellom terapeutar viste også Orlinsky og Howard (1980) i det dei fann at hos dei beste terapeutane vart to tredjedelar betre og ingen verre, men hos dei dårlegaste terapeutane vart berre ein tredjedel betre og tilsvarende mange dårlegare. Henry (1990) undersøkte den interpersonlege prosessen i 14 terapeutiske dyadar, og konkluderte med at dårleg utbytte hang saman med terapeuten sin atferd. Spesielt galdt dette terapeutar som oppførte seg kontrollerande, og kom med utsegner som hadde fiendtlige understatement. Kuehl et al. (1990) fann at klientar som oppfatta terapeutane sine som ikkje-rigide i høve til diagnosar og tolkingar var meir tilfredse med terapien, og Cormier og Cormier (1991) konkluderer med at terapeutar som ikkje overdriv statusen sin og rolla si som autoritet, lettare blir oppfatta som genuine. Og genuinitet - «being oneself without being phony» - saman med respekt, la Rogers (1957) i si tid vekt på som i seg sjølv aktive faktorar for terapeutisk utbytte. Respekt såg han på som evna til å verdsetje klienten, vise han eller ho vørndnad som ein person med eigenverdi. Terapeuten si evne til sosial påverking («persuasion») er framheva hos Frank (1961), men også at dette må gå saman med genuin omsorg og interesse for

klienten si velferd. Goldfried (1980) legg vekt på evna til å formidle nye og korrektive opplevingar, og å kunne gi klienten direkte feedback.

Enkeltfaktorar som dette har blitt framheva i ei rekkje studiar og meta-analysar. Men at terapeuten ikkje treng vere ein stabil faktor viser fleire studiar av Strupp (1980,a,b,c,d) og Henry et al. (1986). Dei samanlikna klientar med godt og dårleg utbytte behandla av same terapeut. Hos dei som hadde best utbytte utvikla terapeutane eit forhold prega av varme og respekt, medan forholdet var antagonistisk ved dårleg utbytte. Kva som er årsak og verknad kan vere problematisk å konkludere om. Slik var det også i ein studie av Rabiner et al. (1971) som følgde ni terapeutar og klientane deira (N=92) over ein behandlingsperiode på vel tre månader. Data, basert på 36 ulike intervju, viste at terapeutane sine haldningar overfor klientane varierte mykje over tid, men viste ein slåande samanheng til klienten sin kliniske status. Dei var mest positive når klienten viste betring og mest negative når dei viste regresjon. Endeleg har Crits-Cristoph og Mintz (1991) gjort ein meta-analyse som også viste at terapeuten som person er ein faktoren som i ulike studiar bidreg høgst ulikt til forklart varians, frå svært lite til om lag halvparten av variansen i utbyttet. I gjennomsnitt utgjorde likevel terapeuteffekten berre ni prosent av forklart varians og ser ein forskinga over tid, konkluderer Crits-Cristoph og Mintz (1991) med at andelen har blitt mindre med åra. Effekstudiar burde likevel i større grad ha kontrollert for ein slik faktor hevdar dei, til dømes ved å randomisere terapeutar.

Det er altså liten tvil om at terapeuten som *person* spelar ei viss rolle, og at det meste går på det eg vil kalle relasjonskompetanse. I prinsippet er det ein dugleik i kommunikasjon. I psykodynamisk sjargong vil dette gjelde terapeuten si evne til å skape positiv overføring. At slike faktorar vil variere er høgst rimeleg sidan det alltid må vere klienten sin *persepsjon* av terapeuten som er avgjerande, og i dette vil ulike klientar kunne oppleve ulikt. Utifrå mikroanalysar av «terapeutiske episodar» legg Elliot (1983) vekt på dette aspektet. Konklusjonen hans om terapeuten si rolle er at denne er høgst indirekte, som «jordmor» eller «regissør» i klienten sitt erkjenningsarbeid, og at dette er allment i psykoterapi.

### **Klientfaktorar**

Effektstudiar har vist at det er store variasjonar i klientar sitt utbytte, ein variasjon som «forsvinn» i gjennomsnittsverdiar og difor er for lite utforska (Butler og Strupp, 1986). Sloane et al. (1975) fann til dømes at 20 prosent av klientane deira ikkje viste betring. Det er sjølvsagt fleire aktuelle hypotesar som kan forklare dette, og ulike karakteristika ved klienten ser ut til å vere ei klasse av variablar. Slike klientfaktorar har blitt studert både med tanke på å kartleggje aktive faktorar - og som prediktorar for godt utbytte. Prediktorforskning kan gi diagnostisk grunnlag til å føresjå kven som eignar seg for terapi, eller til å tilpasse terapien til klienten sine føresetnader. Marmar (1990) har til dømes vist at klientar som fungerte rimeleg godt hadde best utbytte av innsiktsorientert terapi, medan støtteterapi eignar seg best for dei som fungerte dårlegast. Kernberg et al. (1972) fann i si tid at dårleg utbytte av psykoterapi var korrelert med låg egostyrke og dårleg evne til å etablere adaptive relasjonar til andre. Keithly et al. (1980) og Moras og Strupp (1980) assosierte dårleg utbytte med høg ambivalens overfor terapeuten ved starten av terapien, og Gomes-Schwartz (1978) fann at dårleg utbytte konsistent blei predikert av klienten sin motvilje eller manglande evne til å bli aktivt involvert i terapien.

Ein av dei som mest konsekvent har freista å utvikle eit matrisystem der både terapeut- og klientfaktorar inngår som grunnlag for val av terapi, er Beutler (1979, 1983). Dei tre klientdimensjonane som er viktige i dette systemet er *symptomkompleksitet*, høg eller låg *motstand* mot ytre påverknad, og *forsvarsstil* i form av eksternalisering eller internalisering. Har klienten låg symptomkompleksitet kan ein vente at symptomfokusert terapi er best eigna. Klientar med låg motstand mot ytre påverknad er venta å profittere på dirigerande terapiformer, medan dei med høg motstand motsett vil profittere på ikkje-dirigerande terapi. Klientar med eksternalisert forsvar vil kunne ha størst utbytte av atferdsterapi, mens klientar som internaliserer vil egne seg best for innsiktsterapi. Førebels er Beutler sitt system sparsamt empirisk underbygd.

Spør ein etter kven den «gode klienten» er, finn ein følgjande omtale: ein person med ein personlegdom som fungerer godt, intelligent, gjerne yngre med høg utdanning og evne til å verbalisere og å reflektere over opplevingane sine, kopl

med høg grad av subjektivt ubehag (gjerne angst) og høg motivasjon for å gjere noko med dette (Luborsky et al., 1971). Ein nærliggjande tanke er at ein slik person ville ha klart seg rimeleg bra utan terapi. Om ein ser bort frå dei forhold som er knytt til klienten sine problem eller patologi, og fokuserer på *stabile* eigenskapar ved klienten, er det likevel tale om relativt svake samanhengar. Slike forhold vert estimert til å hefte for i underkant av ti prosent av variansen i utbytte (Luborsky et al., 1980; McLelland et al., 1983).

### *Klientpersepsjon*

Det er likevel ein aukande konsensus for at klientfaktorar spelar ei avgjerande rolle for terapeutisk utbytte, og at klientvariablar predikerer utbytte betre enn terapeut- og metodevariablar (Lambert og Bergin, 1994). I høve til drøftinga av terapeutfaktorar er det som alt nemnt viktig å peike på at det er klienten sin *persepsjon* av desse som har vist seg som konsistente prediktorar for endring (Gurman, 1977). Bachelor (1991) fann at når det galdt kvalitetar ved relasjonen som varme, hjelp og omsorg; var klienten sin persepsjon ein langt betre prediktor enn den tilsvarande frå terapeuten av desse forholda. Når det gjeld oppleving av kva som har vore viktige hendingar i terapiprosessen og kva som blir framheva som avgjerande kvalitetar, ser det ut til at terapeutar og klientar kan oppleve dette som ganske ulikt (Lambert, 1992). I ein mikroanalyse av «terapeutiske episodar» fann til dømes Elliot (1983) at sjølv om både terapeut og klient kunne vere samde om at ei spesiell episode hadde vore vesentleg, tolka dei verdien av den på ulikt vis. Det er tankevekkjande at klientar kan vurdere enkeltseksjonar som svært viktige for deira utbytte, medan terapeutane vurderer dei same som kjedelege og utan særleg terapeutisk verdi (Mintz et al., 1973; Stiles og Snow, 1984; Fuller og Hill, 1985).

I vurderinga av verdifulle element i terapi er det mest typisk at klientar legg vekt på ikkje-tekniske aspekt. Murphy, Cramer og Lillie (1984) ba pasientar som hadde hatt kognitiv adferdsterapi om å lage lister over det dei trudde hadde vore kurative faktorar. Resultata viste at 79 framheva «det å få råd», 75 prosent la vekt på det å kunne «få snakke med nokon som viste interesse», 67 prosent la vekt på «oppmuntring og forståing», 58 prosent framheva det «å bli forstått», og 58



prosent at ein fekk «nytt håp». Dei to faktorane som korrelerte best med utbytte var «å snakke med nokon som forstår», og «å få råd». Det kan vere av interesse å jamføre dette med Goldfried (1980) som i si tid spurde ei rekkje prominente terapeutar og forskarar frå ulike retningar om kva *dei* trudde var viktigast. Det viste seg å vere mest konsensus om at «korrektive erfaringar» er terapien sitt mest vesentlege bidrag i endringsprosessen.

### *Klientatferd*

Tidlegare har vi sett at terapeuten si atferd varierer konsistent med terapien sitt teorigrunnlag. Når det gjeld klientar si verbale atferd ser det derimot ut til at denne er meir konsistent og relativ uavhengig av kva slags verbale teknikkar eller terapeutisk metode terapeuten nyttar seg av (McDaniel, Stiles og McGaughey, 1981; Stiles, 1984; Stiles og Sultan, 1979). Klienten sin totale frekvens av verbale ytringar har derimot vist seg å predikere utbytte (McDaniel et al., 1981), og evna til å opne seg («disclosure») har blitt sett på som ein muleg avgjerande klientvariabel. Det har likevel vist seg systematisk vanskeleg å demonstrere overbevisande stabile samanhenger mellom utbytte og *spesifikk* klientadferd (Gendlin, Beebe, Cassens, Klein og Oberlander, 1968; Kiesler, 1971; McDaniel et al., 1981; Strassberg, Anchor, Gabel og Cohen, 1978). Når det gjeld meir globale atferdskategoriar har til dømes «aktiv involvering» vist seg viktig (Gomes-Schwartz, 1978; O`Malley, Suh og Strupp, 1983). Gomes-Schwartz (1978) fann at evna til dette varierte hos klientar uavhengig av terapeuten, og kunne gjere greie for opptil 38 prosent av variansen i utbytte. Som tidlegare nemnt var også terapeuten si aktive involvering i klienten ein viktig prediktor i denne studien, og nedlatande terapeutar kunne skape negative og hemmande haldningar hos klienten.

### *Klientforventningar*

Klienten sine forventningar, både før terapi og dei som vert skapt undervegs, har blitt framheva som ein sentral faktor. Mange forskarar har likestilt forventningar med placebo og nytta dette som kontroll i forskingsdesign («attention placebo», Kazdin, 1980). Hos andre har forventningar nettopp blitt framheva som ein viktig *aktiv faktor* for terapeutisk utbytte (t.d. Frank, 1983, Wilkins, 1984). Goldstein

(1962) vurderte forventningar som optimale dersom dei var moderate, medan ein burde unngå urealistisk låge og høge forventningar. Dersom det å kommunisere til pasienten deira potensiale for endring er eit døme på forventningar, har Halperin og Snyder (1979) vist at det kan auke den terapeutiske effekten. Shapiro og Morris (1978) reknar med at spesifikke forventningar har eit større potensiale enn globale forventningar, og det er ei viss empirisk støtte for dette synet (Horvath, 1984; Kirsch et al., 1983). Forventningar er sjølv sagt ikkje ein stabil storleik, og eit prosessargument har vore at positive endringar tidleg i terapien utløyser forventningar og dermed motivasjon for aktiv meistringsatferd hos klienten. At tidleg opplevd utbytte predikerer utbytte til slutt, har vore vist av fleire (Fennel og Teasdale, 1987; Beckham, 1989; Luborsky et al., 1985). Resonnementet er i samsvar med Bandura (1977) sin teori om «self-efficacy», og mange studiar har vist at endring i fobisk atferd samsvarar nært med endring i «self-efficacy» for ulike behandlingssopplegg. Stiles et al. (1986) har i den samanhengen reist som hypotese at dei ulike terapiformene og teknikkane kan hende berre er ulike middel for å nå same mål: å auke klienten sin opplevde self-efficacy. Bergin og Garfield (1994) viser også til Bandura som ein muleg generell teori om psykoterapiprosessen. Eg har tidlegare drøfta denne teorien, også som ein teori om placebofenomenet, og dei same synspunkta kan gjerast gjeldande her (sjå kap. 9).

I oppsummeringa av psykoterapiforskinga framhevar Bergin og Garfield (1994) det som eit viktig funn at «...*it is the client more than the therapist who implements the change process*» (s.824). Ingen ting vil hende om ikkje klienten aktivt er mottakeleg for terapeuten sitt bidrag, og vår tenking om terapi bør reformerast med omsyn til dette. No er dette eit syn som alt er sentralt i ein del generelle teoriar om terapi. Særleg har dei humanistiske og fenomenologiske tradisjonane lagt vekt på klienten sin aktive og sjølvstendige integrasjon som heilt vesentleg i endringsprosessen. Til slutt i denne sekvensen vil eg framheve eit moment som i den empiriske forkinga er lite eksplisitt omtala, nemleg klienten sitt forhold til terapien sin epistemologiske basis. I forkinga på psykoterapi har Girodo (1977) framheva at utbytte av terapi føreset at klienten har akseptert denne basisen, og Frank (1978) er i same gate når han hevdar at det er dei metodane som klienten aksepterer og synest best om, som verkar best. Ein studie som indirekte

illustrerer dette galdt ei samanlikning av psykoterapi ved alkoholisme med opplegga i regi av AA (anonyme alkoholikarar).<sup>1</sup> Klientane var randomiserte til dei to formene, og resultata var ekvivalente. Seks månader seinare viste det seg at av dei klientane som hadde blitt behandla gjennom AA, var det flest turlagde blant dei som *før* behandlinga hadde ei sjukdomsoppfatning av alkoholisme (som i AA). Dette kan tolkast som eit døme på kva rolle felles epistemologi kan spele. Det er altså dette meir enn teorien si empiriske sanning som er vesentleg, slik eg tidlegare har utleia ein påstand om.

### **Relasjonsfaktorar**

Med tanke på at psykoterapi er ei relativ intens samhandling mellom to personar, og at det er det som faktisk spelar seg ut i denne samhandlinga som kan vere vesentleg også empirisk, kan ei isolering av variablar synest triviell. Dei faktorane vi har omtala er implisitt også relasjonsvariablar fordi dei peikar mot eigenskapar som gjeld evna til å forhalde seg til situasjonen og til den andre. Relasjonen, eller kvaliteten på tilhøvet mellom terapeut og klient, vart tidleg framheva i empiriske studiar som ein viktig prediktor for terapeutisk utbytte (Snyder og Snyder, 1961). Og det er oftast «relasjonen» som vert vist til som den viktigaste «felles faktor» - for nokre både som ein nødvendig og tilstrekkeleg føresetnad for utbytte. Dei fleste ser den likevel som nødvendig, men ikkje tilstrekkeleg. Strupp (1986) argumenterer for at ein kan sjå dei ulike terapiteoriane som ulike retningslinjer for korleis ein kan utvikle denne relasjonen slik at den gir effekt, og hos Butler og Strupp (1986) heiter det:

*«What appears to matter most in psychotherapy is the interaction of patient`s interpersonal style with the therapist`s skill in managing the interpersonal climate. (...) In this view, psychotherapy is defined as the systematic use of a human relationship for the therapeutic purpose».*

(Butler og Strupp, 1986, s.36)

Om det er stor konsensus om at relasjonen er viktig, er det snarare mangfald og mangel på konsensus som er situasjonen når det gjeld *kva* ved relasjonen som er

---

<sup>1</sup> Hester et al. (1990) omtala og referert i Dawes, 1994 side 59.

viktig, og korleis ein i det heile teke skal handtere og operasjonalisere dette omgrepet. Den mest kjende tilnærming der relasjonen har vore sett på som alfa og omega, er klientsentrert terapi med utgangspunkt i Carl Rogers (1957). For Rogers var dei tre faktorane *varme*, *empati* og *genuinitet* nødvendige og tilstrekkelege faktorar for terapeutisk utbytte. Rogers si tenking vekte ein viss entusiasme i sekstiåra og utløyste fleire bøker og også empiriske studiar (Barret-Lennard, 1962, 1981; Feldstein og Gladstein, 1980; Rogers, 1975; Truax og Carkhuff, 1967; Truax og Mitchell, 1971). Truax (1963) fann til dømes at høgt nivå på slike relasjonsvariablar som varme, empatisk forståing og genuinitet var assosiert med generell betring; mens lågt nivå var assosiert med forverring. Patterson (1984) rapporterer at empati, respekt og genuinitet heftar for 25 til 40 prosent av variansen i utbytte. Omfattande gjennomgang av forskning på Rogers sin modell har likevel enda inkonklusivt (Bergin og Suinn, 1975; Chinsky og Rappaport, 1970; Gormally og Hill, 1974; Lambert, DeJulio og Stein, 1978; Shapiro, 1976; Mitchell, Bozarth og Krauft 1977; Parloff et al., 1978). Mykje av grunnen til dette, og til at entusiasmen etterkvart ebba ut, kan sporast tilbake til vanskane med å operasjonalisere dei aktuelle omgrepa og utvikle gode målemetodar.

### *Empati*

Den enkeltfaktoren som forskinga har vore mest oppteken av, og då ikkje berre med utgangspunkt i Rogers, er *empati*. Opphavet til sjølve omgrepet er nært knytt til teoriar innan estetikk og den tyske forma «*einfühlung*» som viser til det å bli totalt absorbert i eit ytre objekt - som ved ei kunstoppleving (Wind, 1963). Det var den tyske psykologen Titchener som i 1909 nytta omgrepet *empati* om menneske si oppleving av kvarandre. Ordet er samansett av det greske «*em*» og «*patheia*». «*Empatheia*» tyder då direkte omsett «i kjensla» - i motsetnad til «*sympatheia*» (jfr. *sympati*) som tyder «med kjensla». Med denne tydinga av empati er det tale om ein måte å erkjenne og forstå den andre på som skjer spontant og intuitivt og som innhaldsmessig er kjensleprega (Basch, 1983). Det er grunn til å rekne med at evne til empati er ein del av vårt biologiske utstyr, sjølv om evna kan vere ulikt fordelt. Sjølv om forskinga har skapt konsensus for at empati spelar ei viktig og nødvendig rolle for utbytte av terapi (Orlinsky, Grawe og Parks, 1994; Hougaard, 1994), har omgrepet vore utsett for ganske så ulike konseptualiseringar og blitt

differensiert i ulike underformer for empati med vekt på både kognitive, emosjonelle og kommunikative aspekt (Barrett-Lennard, 1981; Elliot et al 1982, Goldstein og Michaels, 1985; Kagan, 1972; Keefe, 1976, 1979). I Rogers-tradisjonen definerte Carkhuff omgrepet slik:

*«..the ability to recognize, sense, and understand the feelings that another person has associated with his behavior and verbal expressions, and to accurately communicate this understanding to him».*

(Carkhuff , 1971, s. 266)

Men, ein kan ikkje lausrive dette frå konteksten, og det kan vere skilnad på forskaren si skalering av terapeuten si evne til empati, og klienten sin persepsjon som trass alt er det avgjerande. Bachelor (1988) har vist at dette kan ha ulik meining for ulike klientar; at dei i ulik grad kan legge vekt på kjenslemessige eller kognitive responsar, eller omsorg og støtte i terapeuten sin atferd. Duncan og Moynihan (1994) legg difor vekt på at empatien sin verdi i det terapeutiske forholdet er betinga av klienten sin unike bakgrunn og persepsjon, og føreset terapeuten si evne til å gi fleksible og tilpassa responsar framfor å artikulere ein bestemt empatisk veremåte. I nyare forskning på empati i den terapeutiske relasjonen er det nettopp dette relasjonsaspektet ein har lagt vekt på - kor vidt det er samsvar mellom klienten sin emosjonelle og kognitive tilstand, og terapeuten si oppleving av nettopp dette (Ickes, 1993; Marangoni et al., 1995).

### *Den terapeutiske alliansen*

Ei noko meir global konseptualisering av relasjonen mellom terapeut og klient finn vi i omgrepet *den terapeutiske alliansen* (også arbeidsallianse, «working alliance»). Omgrepet har blitt mykje nytta i psykoterapiforskinga. Freud la i si tid vekt på den positive overføringa som nøkkelen til terapeutisk suksess, og omgrepet spring ut av denne psykoanalytiske tradisjonen, sjølv om det der også har vore omstridd (sjå Frieswyk et al., 1986). Gjennom Greenson (1965) sine arbeid vart samarbeidet mellom terapeut og klient lagt vekt på som det sentrale, og initiativet til å nytte omgrepet i psykoterapiforskinga kom frå Bordin (1979). Bordin integrerte fleire teoriposisjonar i ei operasjonalisering av tre dimensjonar:

den emosjonelle bindinga mellom klient og terapeut, kvaliteten ved begge si involvering i innhaldet i terapien, og grad av samsvar mellom klient og terapeut når det galdt terapien sitt mål. Bordin legg større vekt på gjensidigheit framfor klienten eller terapeuten sitt bidrag til dette *per se*. Mange empiriske mål på alliansen har vorte utvikla (Hartley og Strupp, 1983; Moras og Strupp, 1982); og Gaston (1990) har i ein analyse hevda at dei ulike måla tappar følgjande forhold: klienten sin affektive relasjon til terapeuten, klienten sin kapasitet for målretta arbeid, terapeuten si evne til empati, semja mellom terapeut og klient om mål og oppgåver i terapien. Alliansen har blitt omtala som kvintessensen ved variablar om relasjonen (Wolfe og Goldfried, 1988) og forskinga på den har blitt vurdert som svært nyttig for den terapeutiske praksisen (Luborsky et al., 1988; Strupp, 1989).

I det store prosjektet ved Pennsylvania University, som tok sikte på å identifisere vesentlege prediktorar for utbytte, var den terapeutiske alliansen den einaste med særleg potens (Luborsky et al., 1983; Morgan et al., 1982). I dette prosjektet vart det skilt mellom to sider ved alliansen - type 1 og type 2. Type 1 gikk på i kva grad klienten opplevde terapeuten som varm, hjelpande og støttande - og type 2 på grad av samarbeid i felles kamp mot og ansvar for det som plaga klienten. Hos dei klientane som hadde best utbytte av terapien, var der auke i type 1 allianse etterkvart som terapien skreid fram. Type 2 allianse derimot endra seg ikkje i løpet av terapien for dei som hadde godt utbytte. Begge alliansetypar var lågare for dei som hadde dårleg utbytte av terapien.

Vesentlege bidrag til studien av den terapeutiske alliansen sprang også ut av Vanderbilt psykoterapiprojekt, og utvikling av skalaen *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (Hartley og Strupp, 1983). Gjennom faktoranalyse vart det utvikla seks dimensjonar: positivt klima, kor pågåande terapeuten var, klientmotstand, klienten sin motivasjon og evne til ansvar, og klienten sin angst. Sjølv om skåren på allianseskalaen *per se* ikkje predikerte utbytte, diskriminerte mønsteret av endring i nivået ved starten av terapien mellom godt og dårleg utbytte. Til dømes var reduksjon i nivået etter første time assosiert med dårleg utbytte, medan auke var assosiert med godt utbytte. Eit anna resultat var at ei negativ og fiendtleg

haldning hindra utvikling av ein positiv allianse og dermed terapeutisk utbytte. Liknande vart stadfesta og vidare utforska gjennom studiar ved Menninger (Horowitz et al., 1984, ref. i Frieswyk et al. 1986). Ein konkluderte der med at eksploring av negativ overføring hos høgt motiverte klientar styrkte alliansen, medan det same svekte den når klienten var lite motivert. Dei peika også på at terapeuten si evne til å vedlikehalde ei positiv og støttande holdning overfor lite motiverte klientar, letta alliansen og fremma utbytte; og mangel på eksploring av negativ overføring hos høgt motiverte klientar med positiv haldning, svekte alliansen og hemma utbytte. Resultata av empirisk forskning har elles blitt oppsummert av Lambert (1992), Beutler et al. (1994) og Henry et al. (1994), og i ein meta-analyse av Horvath og Symonds (1991). Det generelle biletet er at alliansen ikkje berre er positivt relatert til utbytte av terapi, men også skaper dette. Mål på alliansen tidleg i terapien kan predikere utbytte, også for langvarige terapiar. Det er også klientdata som predikerer best, mens terapeutdata og objektive data predikerer langt dårlegare (Horvath og Symonds, 1991).

Sjølv om det såleis er stor konsensus om den terapeutiske alliansen si viktige rolle i psykoterapiprosessen, er det som Hougaard (1994) peikar på ikkje eit særleg godt utvikla teoretisk omgrep. Operasjonalisering for empiriske føremål vil lide under det. Allen et al. (1984) har omtala det både som laust og tvitydig, og hevdar det vert nytta som ein slags *god-dårleg* dimensjon ved den terapeutiske prosessen. Den danske psykologen Esben Hougaard (1994) har gitt eit interessant bidrag til omgrepsutvikling som tek utgangspunkt i Robert Bales (1950) sin analyse av interaksjonsprosessen i smågrupper. Instrumentelle og ekspressive sider ved samhandlinga er to hovuddimensjonar hos Bales. Hougaard kallar desse dimensjonane høvesvis den *personlege relasjonen* («the personal relationship») og *samarbeidsrelasjonen* («the collaborative relationship»). Desse dimensjonane bryt han så ned i ulike komponentar avhengig av om «bidraget» kjem frå klienten, terapeuten eller er felles komponentar. Dette gir seks ulike komponentar som ein igjen kan operasjonalisere i to til fire variablar for kvar komponent. Styrken ved modellen er at den er logisk konsistent og relativ presis for operasjonelle føremål. Samstundes viser den at den terapeutiske alliansen er eit paraplyomgrep, og at det

er nødvendig å utvikle meir differensierte og komplekse forskingsstrategiar om ein skal kome vidare med denne prosessforskinga.

### **Prosess eller medisin?**

Slik psykoterapiforskinga har utvikla seg er det som nemnt etterkvart stor konsensus for at det som eg her har omtala som «felles faktorar» er viktige og avgjerande for terapeutisk utbytte. Lambert og Bergin (1994) har i ei oppsummering av den empiriske forskinga vurdert felles faktorar til å gjere greie for 30 prosent av variansen ved utbytte. Her er placebo, definert som forventningar knytt til det å vere i terapi, halden utanom og vurdert til å hefte for 15 prosent av variansen. Dei tekniske intervensjonane, sjølv om det ikkje treng tyde på spesifikk verknad, reknar dei med heftar for 15 prosent, medan dei resterande 40 prosent av variansen har med klienten og tilhøve utanom terapi å gjere. Prosentsatsar som dette vil variere noko avhengig av kva ein legg i omgrepet «felles faktorar», og legg ein til det som her er definert som placebo, nærmar ein seg halvparten av variansen.

Det er to vesentlege moment ved denne oppsummeringa eg finn grunn til å kommentere til slutt i denne gjennomgangen. For det første at psykoterapi, slik den teoretisk er spesifisert som «medisin», i seg sjølv er uverksam. Det andre poenget er at «det terapeutiske» også er noko som går føre seg utanom terapien, med andre ord at terapeutisk endring ikkje kan attribuerast eksklusivt til den «psykoterapeutiske medisinen». Når eg her nyttar ein allusjon til «medisin» er det fordi tenkinga vår om terapi ofte er styrt av ein slik underliggjande metafor. Den kan vere eit døme på det Sarbin (1986) kallar ein *kjernemetaforar* («root metaphors»), metaforar som legg rammer for våre vitskaplege modellar og organiserer tenkinga vår. Etterkvart forsvinn vårt medvit om det metaforiske, metafor vert røyndom. Poenget mitt er at ein vesentleg grunn til at både DE og konklusjonen om felles faktorar vert opplevd som oppsiktsvekkjande og provoserande, truleg har samanheng med ein underliggjande analogi til medisinsk behandling. Metaforen er ei nærliggjande følgje av psykoterapien sine institusjonelle rammer som ein del av helseomsorgssystemet, legitimert innan ein medisinsk epistemologi. Ein slik metafor illuderer også ein rasjonalitet om at



eksperten (terapeuten) med grunnlag i ein rasjonell analyse av tilstanden iverkset instrumentelle tiltak som analytiske følger av denne analysen. At ein i forskingsdesign, ved hjelp av manualisering og analoge studiar kan simulere dette, endrar ikkje at det i den kliniske kvardagen synest å vere slik at terapeuten like mykje er styrt av prosessen som at han styrer den. Dei fleste terapeutar ser heller ikkje ut til å kunne gi eit systematisk rasjonale for dei vala dei gjer (O'Donohue et al., 1990), og vala kan ofte vise seg å vere i uttakt med det rasjonalet dei hevdar om dei same vala. Langt meir enn eit eksplisitt diagnose-tiltak-rasjonale, slik ein ventar ved ein vitenskapleg praksis, synest terapeutar sine val av strategiar og måte å intervenere på, å vere styrt av personlege preferansar, implisitte hypotesar og kausale attribueringar av klienten sine problem (Halleck, 1978; Royce og Muehlke, 1991). Slike val blir ofte gjort på eit tidleg tidspunkt og kan seinare vere vanskelege å modifisere (Dumond og Lecomte, 1987) fordi dei selekterer sin eigen «empiri», som igjen forsterkar oppfatningane (Evans, 1989).

Også jakta på enkeltfaktorar og «mekanismen» innan «felles faktorar» er prega av den medisinske kjernemetaforen. Det er eit problem med denne prediktorforskinga at den illuderer ein lineær kausalitet mellom isolerte variablar, ein tenkjemåte som er ueigna til å studere prosessar. Som Stiles et al. (1986) har peikt på, er det problematisk å tolke kva som er årsak og kva som er verknad når det gjeld tilhøvet mellom realsjonsfaktorar og utbytte, sidan tidleg symptomlette også gir positiv effekt på relasjonen. Modellar som er eigna til å gjere greie for sirkulær kausalitet har rett nok gjort seg gjeldande i teoriutvikling om psykoterapi, men har i langt mindre grad prega den empiriske forskinga. Erkjenninga av at «det terapeutiske» ligg i det prosessuelle har ført til at prosessforskinga har auka dei siste åra, særleg mikroanalysar utifrå svært ulike teoretiske tilnærmingar (sjå t.d. Siegfried, 1995a, for oppdatert oversyn). Utifrå omfanget av denne forskinga, som det her er umuleg å gå inn i, ville ein tru at mesteparten av effektive prosessvariablar no var kartlagt. Siegfried (1995b) gir i eit oversyn følgjande kommentar:

*«Quite on the contrary, despite the massive research in psychotherapy process, effective psychotherapeutic variables are still largely unknown. We still hardly*

*know what causes a behavioral change in a client and what factors are effective for such change.»* (Siegfried, 1995, s. 1)

Spørsmålet blir då om ein skal halde fram med jakta på det «psykoterapeutiske antibiotika», eller spørje om dette i det heile teke er eit muleg prosjekt. Det er sjølvstakt «noko» som går føre seg når terapi skaper endring, men den medisinske analogien som ligg under har etter mitt syn gjort ein einøygd i å jakte på «det terapeutiske» i den leverte terapien, og gjort ein relativt uoppmerksom på at «det terapeutiske» sjølvstakt må vere ein prosess *i* klienten og *i* klienten sitt tilhøve til omgjevnaden, den individuelle adaptasjonen, og at det difor er sjølvinnlysande at terapien berre er ein del av denne. «*Change may come from life irrespective of what therapist believe about their efficacy*», som Larner (1995, s. 207) seier. Men, om terapien samla berre kan forklare ein mindre del av den totale variansen, kan det sjølvstakt vere slik at «denne mindre delen» kan vere heilt avgjerande for den totale prosessen - at terapi fungerer som utløysar for ein sirkulær prosess med terapeutisk retning. Av ulike bidrag som har freista å kartleggje kva type hendingar som kan vere ein slik «motor» i terapiprosessen, finn eg verdt å framheve Clarke (1989). Han legg til grunn at det avgjerande i terapi er å gi bidrag til å skape mening til klienten sine opplevingar. Clarke (1989) har vist at det er muleg å identifiserte både situasjonar og indikasjonar på meiningsskaping i terapi, og at i slike situasjonar kunne terapeutane sine intervensjonar vere høgst ulike. Verknaden kunne likevel vere den same, ei hjelp til å finne ei mening ved opplevinga.

Jakta på mulege isolerte enkeltfaktorar har ført til ein situasjon som Lambert og Hill (1994) karakteriserer som kaos, og dei peikar på at vegen ut av dette må vere å «*go beyond measuring which process variables occur and study the context in which particular process variables occur*» (Lambert og Hill, 1994, s. 104). Og, det er den same vegen som Butler og Strupp rår til samstundes som dei ser at dette har paradigmatisk implikasjonar:

*«Instead, greater scientific promise lies in the recognition that psychotherapy cannot be meaningfully reduced to «factors» independent of a particular interpersonal context. (.....)*

*What is needed is a new approach or paradigm through which to conceptualize and investigate psychotherapy*

(Butler og Strupp, 1986, s.31 og s. 37)

I dette ligg det ei erkjenning av at ingen av dei dominerande terapeutiske paradigma er tilstrekkelege som ein allmenn teori om psykoterapi. Om det frå mange posisjonar kan kjennast skuffande ut at den omfattande empiriske forskinga har gitt så lite, er «meldinga» likevel av det slaget som er heilt vesentleg ved den vitskaplege praksisen: å tilbakevise teoriar. Når Bergin og Garfield (1994) i *Handbook* oppsummerer og løfter blikket mot framtida, peikar dei også på fråvær av gode teoriar som eit stort problem. Der er no eit teoretisk vakuum prega av det dei kallar ein teoretisk pragmatisme der ein nyttar ulike miniteoriar for konkrete empiriske føremål. Situasjonen er pre-paradigmatisk, dei gamle blokkene fell, men nye er ikkje etablert (Bergin og Garfield, 1994). Medan vi ventar på ein slik teoretisk integrasjon veit vi også at den må vere i samsvar med det biletet som den empiriske forskinga så langt har gitt. Vesentleg i dette biletet er at psykoterapi generelt sett har effekt, sjølv om variasjonen i utbytte kan vere stor, og at utbyttet først og fremst er avhengig av klienten og klienten si oppleving av den terapeutiske konteksten og relasjonen til terapeuten, uavhengig av terapeuten sin formelle kompetanse, trening og teoristyrte atferd i terapien. Tesen eg tidlegare har utleidd gjennom analysen av placebofenomenet, at den terapeutiske teorien er urelatert til den terapeutiske verknaden, er i alle høve med denne gjennomgangen underbygd empirisk.

## Kapittel 27

### PSYKOTERAPI I FRAMTIDA

I drøftinga av psykoanalysen sin framvekst plasserte eg psykoterapien som eit prosjekt i samsvar med moderniteten sitt syn på vitenskap. Det høyrer med til denne tankegangen at ein både kan gjere greie for terapien sitt objekt, dei mentale lidingane, og behandlinga som allmenne, ahistoriske og kulturfrie kategoriar - og at ein på dette grunnlaget kan utvikle terapeutiske universalialia. Den empiriske forskinga på psykoterapi som er gjennomgått kan lesast som ein gjennomgang av eit forsøk på å underbygge eit slikt grunnsyn. Ei slik underbygging vert sett på som nødvendig for at psykoterapien skal ha legitimitet i eit helseomsorgssystem som skyt seg inn under vitenskapen som ideologi. Det som så langt er utbytte av denne forskinga passar dårleg med dette grunnsynet. Med omsyn til den veldige veksten som denne praksisen har hatt i etterkrigstida, ikkje minst i psykoterapien sitt heimland USA (sjå Cushman, 1995); og den fordoblinga av metodar eg har omtala, er det i alle høve grunngitt at dette ikkje kan gjerast greie for etter den naive modellen: først vitenskap så praksis. Det er snarare omvendt - ein praksis som søker legitimitet som vitenskap. Nettopp i USA er det mangt som tyder på at psykoterapi som legitimert praksis har hatt sitt historiske høgdepunkt og no er under sterkt press. Bergin og Garfield (1994) er fullt merksame på dette og viser til forbrukarorganisasjonar, myndigheiter og forsikringsselskap som no krev både regulering og vitenskapleg dokumentasjon<sup>1</sup>. Psykoterapien har seg sjølv å takke, seier Neil Jacobson (1995). Den har drive villeiande reklame og overvurdert sitt eige produkt heilt sidan Freud sine dagar. I dag er det ikkje vitenskapen, men skiftande motar, tradisjonar, mytar og karismatiske forfattarar og

---

<sup>1</sup> Denne situasjonen er elles breitt omtala i *The Family Therapy Networker*, 1995, mars/april og mai/juni.

workshophaldarar som held liv i verksemda. Om den vitskaplege legitimeringa fell, kvar skal ein då markerer grensene mot kvakksalveriet? For det er liten tvil om at psykoterapien også er under aukande press frå den kanten. I utkantane av den seriøse delen av terapifaget er det ei bløming av modellar i ei ueinsarta blanding og i snåle alliansar med austleg mystikk, astrologi, nyreligiøsitet og metaforar frå moderne fysikk. Og utkantane nærmar seg sentrum. Har ein som eg nytta den enkle metoden å observere bokhandlarhyller over ein del tiår som eit sosiologisk samtidsandlet, ser ein påstanden materialisert når faglitteratur bygd på rasjonalitet og vitskap no ikkje berre står i same hyller, men mest i bakgrunnen av ein slik jamsession av helse- og frelse-bodskapar. Den danske diktaren Hans-Jørgen Nielsen har treffande karakterisert dette nye holistiske svermeriet som «den fraktale boogie» (Nielsen, 1992). Frå ein annan ståstad, og neppe med psykoterapien i tankane, har den finske filosofen Georg Henrik von Wright åtvare mot ein del av dei same ovringane i samtida. Sjølv har han levert ein svært kritisk analyse av den moderne scientismen og dei destruktive sidene ved vitskapen si tekno-instrumentelle rolle, men er like uroa over det han ser på som samtida sin regresjon i ein etterkristen, vestleg sivilisasjon der vitskapen som samlande horisont er i ferd med å bryte saman. Svermeriet for austleg livsvisdom, mystikk og metafysisk-religiøse spekulasjonar som har gjort seg gjeldande i grenselandet mellom naturvitskap og filosofi, er skremmande fordi det opprettheld trua på ein heilskap som ein gong for alle er gått i oppløysing (Wright, 1991). Om vitskapen som erkjenningssprosjekt slår sprekker, og om psykoterapien treng ei ny grunngeving, er det likevel denne diskursen sjølv som har skapt denne erkjenninga. Og det er neppe noko alternativ til å halde fast ved rasjonaliteten som vegvisar også for framtida.

### **Kan psykoterapien «reddast»?**

Det er etterkvart ein del som melder seg til ein slik aksjon. Tilløpa kan grovt ordnast i to kategoriar, dei som er *innan* det moderne paradigmet og dei som utfordrar dette gjennom omtolking og endring av psykoterapien sitt grunnlag. Eg skal kommentere begge desse posisjonane, kortast om den første. Som omtala karakteriserer Bergin og Garfield (1994) no-situasjonen som ateoretisk, ein periode der pragmatisme og empirisme dominerer. Dei tolkar dette som ei følgje

av at dei gamle teoriblokkene fell, ein preparadigmatisk fase i påvente av ny teoretisk integrasjon. Kan dei kome til å vente fånytted? I alle høve kan det vere teikn på at karakteristikken ateoretisk også er uttrykk for ei vending mot empirisk pragmatisme som tilstrekkeleg i seg sjølv. For psykiatrien sin del er DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) førebels eit høgdepunkt i ein slik intensivert positivisme. Dette nykraepelinske klassifikasjonssystemet med 340 ulike diagnosar byggjer på omfattande deskriptiv empiri. Sidan forgjengaren DSM III har talet på diagnosar auka med om lag førti. Systemet hevdar å vere ateoretisk. Det kan det sjølv sagt reisast tvil om. Allereie utgangspunktet, at mentale ovringar (creatura) let seg klassifisere slik Linné i si tid klassifiserte planteriket (pleroma), er ein teoriposisjon. Og kva skulle vere meininga med eit slikt system om ein ikkje, som ved andre medisinske diagnosesystem, la til grunn at ein frå diagnosar kan utleie etiologi, føreskrive effektiv behandling og predikerer prognose? Ein kan difor plassere systemet innafor eit biomedisinsk paradigme som ikkje kan seiast å vere ateoretisk (Ekeland, 1981). Når det gjeld mentale lidningar er det lite som tyder på at sams diagnose har sams etiologi på eit spesifikasjonsnivå med særleg prediktiv kraft, og dei unntaka ein måtte finne kan ikkje gi grunnlag for ei generalisering til allmenne trekk ved mentale lidningar. Tvert imot er det like mykje, og kan hende meir, eit karaktertrekk ved mentale symptom at ein både finn ekvifinalitet (ulik etiologi, same symptom) og multifinalitet (sams etiologi, ulike symptom). Og når det gjeld behandling, i alle høve når det gjeld psykoterapi, har vi nyleg sett at det er lite spesifisitet ute og går.

DSM-IV (og tidlegare utgåver) sel seg sjølv som vitskaplege landevinningar. Utifrå synspunkta ovanfor er systemet i beste fall ein katalog som kan lette kommunikasjonen i psykiatrien sitt arbeidsfelt. Det er ein snill versjon. Systemet kan også lesast som uttrykk for korleis ein hegemonisk profesjon (psykiatrien) ved hjelp av reindyrka positivisme i ein viss historisk fase ønskjer å kolonisere eit visst livsdomene ved å underleggje det ein vitskapleg legitimitet. Det kan vi sjå som eit døme på det Wifstad (1994) kallar «skjemaviten», og som han frå ein foucauliansk posisjon ser som ein maktdiskurs som «tvingar» individet inn i ei kategorisering som held vedlike denne diskursen og dei institusjonelle formene den spring ut av. Det er difor ikkje berre slik at «kunnskap gir makt», men at makt

også gir kunnskap. At vi har både med politikk og moral å gjere kan ein enkelt studere ved eit historisk blick på kva diagnosar som har gått inn og ut av systemet (t.d. homofili). Systemet har i USA blitt eit nødvendig verkty for administrativ styring («managed care») av psykoterapien frå forsikringsselskap og myndigheiter - og som Wylie (1995) seier, hadde ikkje DSM eksistert hadde «managed care» gjort det nødvendig å finne det opp.

Utviklinga av DSM IV kan vi og sjå som uttrykk for generelle trekk ved vestlege helseomsorgssystem. Frankford (1994) har peikt på korleis helsevesenet si økonomisk krise i vestlege land har utløyst ei ny kopling mellom samfunnsvitskap og medisin, ein allianse som har skapt stor vekst i ny-positivistisk helseforskning (sjå også Lupton, 1995). Det problematiske ved dette, seier Frankford, er at det vert utvikla ein scientistisk diskurs der kvantifisering fortrengr dei grunnleggjande moralske og politiske problemstillingane i helsesektoren. Påskunda av WHO har det i mange vestlege land blitt ein auke i tendensen til å lage praktiske standardiseringar av klinisk praksis. DSM-IV er ein del av denne trenden, og det biomedisinske grunnlaget vert talande når ein til dømes hos ein amerikansk forbrukarorganisasjon for psykiske lidningar («National Alliance for Mental Illness») har lagt til grunn at lidningar i DSM-IV er biologisk betinga og difor skal behandlast medisinsk (Barlow, 1996).

Når det gjeld psykoterapi er det ein tilsvarande tendens til å utvikle standardiserte manualar relatert til diagnosar i DSM IV, trass i det biletet som forskinga teiknar av psykoterapien sitt vitskapelege grunnlag (Drozd og Goldfried, 1996). Spørsmålet er: kva slags manualisert intervensjon er mest effektiv for ein pasient med diagnose X i DSM IV? Tilsynelatande gode argument er at standardisering vil sikre at pasientar får behandling som er empirisk dokumentert, at ein kan skape meir konsistente resultat, færre negative effektar og verne pasientane mot «toksiske» terapeutar (Drozd og Goldfried, 1996). Den amerikanske psykologforeininga (APA) arbeider med å utvikle slike standardiseringar (Barlow, 1996). Ein slik instrumentalitet føreset at ein let att augo for psykoterapiforskinga sine konklusjonar, og det er mange som ikkje aksepterer den (t.d. Norcross, 1995; Reid, 1997). At det er politikk og ikkje vitskap som styrer denne utviklinga, kjem

klart til uttrykk hos Barlow (1996) som, idet han argumenterer for spesifisitet i psykoterapi og manualisering som ein nødvendig veg vidare, viser til at korkje kongressen eller forsikringsselskapa let seg påverke av filosofiske argument. Der er det berre «hard science» som tel. Marvin R. Goldfried og Barry E. Wolfe, som begge er røynde kliniskarar og forskarar på psykoterapi, har åtvare mot situasjonen og hevdar at forskinga no er styrt av politiske og økonomiske motiv. Det saka gjeld er psykoterapien sitt «konkurransetilhøve» i forhold til den biomedisinske psykiatrien sitt veksande hegemoni, presset frå legemiddelindustrien om dokumentasjon, og tilsvarande frå myndigheiter, helseorganisasjonar og forsikringsselskap. Dette har etter deira vurdering ført til at gapet har auka mellom det forskinga steller med, og dei behova for kunnskap ein har i den kliniske kvardagen. Sjølv om dei begge har stor tru på at den empiriske forskinga kan gjerast klinisk relevant, fryktar dei at utviklinga vil ha negative verknader for den klinisk praksisen: «*Our wish is that therapy interventions be based on psychotherapy research; our fear, however, is that they might*» (Goldfried og Wolfe, 1996, s. 1007).

Den andre kategorien av «redningsforsøk» er meir ueinsarta. Frå psykoterapiforskinga sjølv har det kome fleire bidrag som på ulikt vis representerer eit kritisk oppgjær med prediktorforskinga og det gamle paradigmet med sin analogi til medisinsk behandling (t.d. Russel, 1994; Stiles, 1993; Stiles og Shapiro, 1994; Tally, Strupp og Butler, 1993; Siegfried, 1995b). Dei opnar opp for større grad av metodisk pluralisme og verdien av kvalitative studiar som til dømes diskursanalyse, og ei nedbygging av skiljet mellom prosess- og effektstudiar. Dette er alle interessante bidrag som har tru på at empirisk vitskap vil kunne utvikle psykoterapien, om enn frå ein annan vitskapsposisjon enn den positivistiske. Eg vel å ikkje gå nærare inn i desse tilnærmingane her.

### **Psykologikk**

Derimot skal eg dvele litt ved eit bidrag frå Jan Smedslund (1981) fordi det er utleia som konsekvens av ein generell posisjon i høve til psykologien som



vitskap<sup>2</sup>. Smedslund sitt syn er at den empiriske jakta på ulike verksame variablar i terapi er fånytted og grunna i ein generell fordom som psykologien har om seg sjølv som empirisk vitskap. I høve til psykoterapi ytrar denne seg som trua på at fleire og betre kontrollerte empiriske studiar vil kunne leie fram til betre terapeutiske metodar, og at den enkelte terapeut sine dugleikar kan byggjast opp ved hjelp av empiri og forskingsresultat. Ein slik forskingsstrategi er ikkje berre dømt til å verte mislukka, seier Smedslund, men gir også eit falskt bilete av kva praktisk psykologarbeid er for noko. Psykologiske prosessar oppstår i og blir meningsfulle *gjennom* ein kompleks historisk og samtidig kontekst, og eksperimentell isolering av variablar «*violates the order of the phenomenon investigated*» (Smedslund, 1981, s. 66). Terapeuten er kontinuerleg i møte med nye og unike individ i unike livssituasjonar. Dei fenomena ein møter i den praktiske røynda skjer i rike kontekstar med ein veldig mengde av interaksjonar ein ville øydeleggje ved å isolerer enkelte sett av variablar. Tanken om at ein kan utvikle haldbare generaliseringar over personar og situasjonar held ikkje, fordi:

*«One cannot adequately understand and interact with, and, hence, treat a person in a given life situation, except through knowing that which is unique for that individual and that situation. (...)*

*The only kind of generalization that is clearly necessary for all psychological practice is the sharing of language and other signs and rules. Psychological practice is only possible to the extent that the psychologist knows and can participate in the client`s culture».*

(Smedslund, 1981, s.66)

Sistnemnde vert ein nødvendig, men uspesifikk føresetnad for psykologisk behandling, men gir ikkje rettleiing for korleis ein skal utøve behandling. Smedslund legg til grunn som eit generelt mål for psykologisk behandling at den inneber å hjelpe folk til betre meistring av intra- og interpersonlege problem. Grunnen til at slike problem forblir uløyste «., *means that the person cannot in fact manage what is required and/or does not, for some reason, try to.*» (s.67, mi

---

<sup>2</sup> Eg har tidlegare omtala denne posisjonen i samband med ei drøfting av Bandura sin teori om self-efficacy (sjå kapittel 9).

uth.). Det sentrale i denne utsegna er kor vidt personen *kan*, som gjeld ein kompetansefaktor - og kor vidt han *prøver*, som er ein motivasjonsfaktor. Dette er sentralt i Fritz Heider (1958) sin common sense psykologi, slik eg har gjort greie for tidlegare. Smedslund utleier frå dette som allment ved terapi at ein anten må påverke dei tilhøva som gjer klienten i stand til å *kunne* (læring) eller å *prøve* (motivasjon), slik at han prøver det han kan (ny alternativ atferd). Ein nødvendig føresetnad for at dette kan skje er at det vert skapt «*interpersonally safe situations*» (side 67). Smedslund utleier deretter sju reglar eller strategiar som terapeuten kan følgje for å skape dette. Eg går ikkje i detalj på desse sidan dei alle er velkjende terapeutiske imperativ som gjeld tillit, å ta klienten og klienten si oppleving på alvor (empati og innleving), vise respekt, omsorg og forståing, samstundes som ein ivaretek ein uavhengig posisjon overfor klienten. Som Smedslund sjølv vedgår er dette ikkje noko spesielt nytt, men det er heller ikkje poenget. Det nye er at desse strategiane er utvikla gjennom ein logisk analyse, gitt visse psykologiske føresetnader (psykologikk). Ein kan difor verifisere dei analytisk. Empirisk etterprøving er irrelevant. Det er fleire sider ved Smedslund si tilnærming som er interessant. I denne samanhengen vil eg poengtere at han spesifiserer ein terapeutisk praksis heilt uavhengig av ulike terapeutiske teoriar og metodar. Den empiriske konklusjonen om ikkje-spesifisitet og likeverd mellom metodar (DE) vil i ein slik analyse difor ikkje vere overraskande, men logisk. Det andre poenget eg vil framheve er at gjennomføringa av dei spesifiserte strategiane føreset ein kompetanse hos terapeuten som i prinsippet er «ufaglært». Den kan, men den treng ikkje korrelere med formalkunnskap i psykologi, psykiatri og kliniske metodar. Den svake empiriske samanhengen mellom formalkompetanse og terapeutisk effektivitet, slik vi har sett, er difor også gjort greie for analytisk. Det tredje poenget eg vil framheve er at manualisert terapi basert på empiriske standardiseringar og DSM IV-diagnosar, ikkje berre er irrelevant, men også kontradiktorisk. Sjølv om det for Smedslund vil vere ei unødvendig påpeiking, er analysen hans altså understøtta av dei konklusjonar eg har vist til når det gjeld den empiriske psykoterapiforskinga. Til slutt bør det nemnast at kva som reint faktisk går føre seg i terapi - kva terapeutar gjer eller ikkje gjer, framleis er eit relevant empirisk spørsmål. Det reknar eg med at sjølv Smedslund vil vere samd i.

### **Postmoderne psykoterapi**

Psykoterapien har eg omtala som eit moderne prosjekt. No er det slik at samtida gjerne vert omtala som «postmoderne». Det er ei heller upresis og problematisk nemning fordi den gir ein illusjon om eit samlande alternativ og om eit skilje mellom «før» og «etter». Det som framstår som postmodernistisk er høgst mangetydig og mangfaldig og sjeldan som «etter» fordi hovudpoenget som regel er å problematisere moderniteten sine tesar. Lyotard og Foucault, som eg tidlegare har nytta synspunkt frå, er postmodernistar i denne tydinga. Det kunne vere like rett å tale om seinmoderniteten, for som Schaanning (1992) peikar på, er moderniteten svanger med sitt eige samanbrot. Tesene den bygger på rårkar den sjølv. Rekdal (1992) diskuterer dette når det gjeld psykoanalysen. Freud underminerer rasjonaliteten og dermed ein berebjelke i heile det moderne prosjektet, og han kjem sjølv i seinare år til tvil om kor vidt ei historielaus sanning er muleg. Gjennom sin studie av den franske psykoanalysen og Lacan si nylesing av Freud viser Rekdal korleis psykoanalysen finn nytt feste i ein modernitetskritisk (postmodernistisk) tradisjon.

Denne dreininga mot noko som med reservasjonar kan kallast postmodernistisk, er eit etterkrigsfenomen som vart tydeleg i filosofien kring 1960-talet - ei vending som vert spora tilbake til Nietzsche sine skrifter (Sarup, 1988). Vi kan sjå denne vendinga først og fremst som ein radikal kritikk av moderniteten si oppfatning av at kunnskapen er om noko som er utvendig til den som veit, og kan ligge føre som objekt for den som vil vite. Eg skal ikkje gå inn i det filosofiske grunnlaget for denne vendinga, og det vil også føre for langt å gi ei brei framstilling av korleis dette er artikulert i psykologien og i terapifeltet. Eg skal nøye meg med ei skisse av tilvisingar for å illustrere mangfaldet, for deretter å drøfte nokre implikasjonar og problem ved ein postmodernistisk redningsaksjon av psykoterapien. For psykologien sitt vedkomande representerer Kvale (1992) ein gjennomgang av ulike postmoderne aktørar sine posisjonar. I slike samanhengar vert den noko lause merkelappen «konstruktivisme» etterkvart nytta som fellesnemnar for retningar som spring ut av ulike disiplinar og premisser (psykologi, sosiologi, antropologi, historie). Det er eigentleg tale om ein teoriflora med visse metateoretiske fellesnemnarar, anten desse er artikulerte eller implisitte. Dette gjeld framfor alt at ein avviser den vitskaplege realismen, og på ulike analytiske

nivå legg vekt på at kunnskap og erkjenning er kulturhistorisk kontekstualisert. Sentral er tesen om at ein må sjå den sosial røyndomen som konstruerte versjonar som spring ut av det sosiale handlingsfeltet. Vitskapen er ein del av dette, den kan ikkje stille seg på utsida i ein privilegert posisjon som «representant» for sanning og objektivitet. Kunnskapssosiologien blir difor ein nødvendig del av vitskapen sin refleksivitet. Slik konstruktivismen framstår i dag er det ikkje vanskeleg å kjenne igjen grunnleggjande posisjonar frå Heidegger og Husserl sin fenomenologi.

### *George A. Kelly*

Sjølv om konstruktivistar ofte omgir seg med ein nimbus av å ha «funne opp hjulet», bør det nemnast, slik det går fram av Watzlawick (1984), at det like mykje er ei gjenoppdaging av posisjonar og tankar ein finn spreidde historiske tilløp til. For psykologien sitt vedkomande, og med relevans for terapi, bør George A. Kelly (1955) si utvikling av *Personal Construct Psychology* framhevast. Kellys utgangspunkt var den kliniske psykologien, men modellen han utvikla er eit allment psykologisk system. Den grunnleggjande metaforen er *man as a scientist* og det sentrale i psykologien hans er at atferd må forståast i relasjon til korleis personen antisiperer framtida utifrå konstruerte versjonar av denne - ei form for «testing» av personlege hypotesar. Han understreka difor den personlege utviklinga av meining framfor jakta på objektiv sanning, og la vekt på det interaksjonelle domenet si rolle for meiningskonstruksjonen. I terapi inneber det ei vending mot eit dialogisk perspektiv, og terapien si oppgåve er å bidra med alternative røyndomskonstruksjonar. Men effektiv terapi vert umuleg om ikkje terapeuten er i stand til å underkaste seg klienten si referanseramme - klienten sitt system for røyndomskonstruksjonar. Kelly utvikla ein teknikk for kartlegging av slike personlege konstruksystem («repertory grid technique»). *Personal Construct Psychology* er i dag høgst levande med eigne vitskaplege journalar og konferansar, men meir som ein enklave for sine tilhengarar med heller liten innpass i «mainstream» både når det gjeld psykoterapien eller psykologien generelt. Kelly arbeidde på «modernistisk vis» med utvikling av (kognitive) modellar for meiningskonstruksjon, og sjølv om grunntesene har mykje til felles med den nye

konstruktivismen, var han framand for den postmoderne retorikken - og vert følgjeleg sjeldan vist til i slike samanhengar (t.d. i Kvale, 1992).

### *Konstruktivisme*

Røter til konstruktivisme finn vi elles innan sosiologi og sosialpsykologi gjennom amerikansk pragmatisme (Peirce, 1977), etnometodologi (Garfinkel, 1967), symbolsk interaksjonisme (Mead, 1934), Alfred Schutz (1964, 1971) sin sosialfilosofi, og eksplisitt hos Berger og Luckman (1966) i *The Social Construction of Reality*. Utviklinga av attribusjonsteorien, som dominerte sosialpsykologien i sytti- og åttiåra, vart forankra i ein strukturell og kognitiv konsepsjon, først og fremst gjennom Kelley (1972a, 1972b) si modellbygging. I denne teoritradisjonen skjer det no ei reformulering mot det ein kan kalle konstruktivistiske posisjonar. Dette har delvis kome frå «veteranar» som John Harvey (Harvey et al., 1992 og Harvey et al., 1990) og Charles Antaki (1988), men og frå diskursanalytikarar som Derek Edwards og Jonathan Potter (Edwards og Potter, 1995, 1992). Det interessante med denne fornyinga er at ved å forankre attribusjon meir i det sosiale enn i det kognitive, kjem ein nærare det som i si tid var «grunnleggjaren» Fritz Heider (1958) sitt utgangspunkt. Erklærte konstruktivistiske posisjonar finn ein i dag i den *diskursive sosialpsykologien* (t.d. Edwards og Potter, 1992; Harré og Stearns, 1995, Harreé og Gillett, 1994) og *sosialkonstruktivismen* (t.d. Sarbin og Kitsuse, 1995; Shotter, 1993; Gergen, 1994). Som eg har påpeikt tidlegare, har det i nyare kognitiv psykologi blitt tettare samarbeid med nevrofysiologi, men samstundes har vi også der sett ei vending (og tilbakevending, jfr. Vygotsky sin psykologi) mot det sosiale og kulturelle feltet, til dømes gjennom *kontekstualismen*, (sjå t.d. Gillespie, 1992) og det dialogiske alternativet (Rommetveit, 1992). I det som her er nemnt er det ein felles premiss at mennesket og det mentale er uløseleg kontekstualisert i sin omgjevnad, og at det er nødvendig å bryte ned skiljet mellom ekstern og intern røyndom. Den basale eininga er difor dialogen, ein kritisk posisjon vis a vis den monologiske som har freistar modellere det mentale som dekontekstualiserte representasjonar. Spissformulert kan ein seie at ein ser på mentale prosessar først og fremst som sosiale prosessar, som praksisar i språket. Når det gjeld den diskursive retninga uttrykker Edwards og Potter dette slik:

*«It is a central feature of discursive psychology that it treats both external reality and mental states as participants` concerns: not as psychologically prior phenomena, as inputs or explanations of talk`s content, but rather as phenomena that are themselves open to constructive description and implication, by participants, as parts of discursive actions».*

(Edwards & Potter, 1992; s. 10)

Metodisk har dette synet implisert ei fornya interesse for studiar basert på tekst og (sam)tale i naturlege og økologisk relevante kontekstar - eit program også med relevans for forskning på psykoterapi. Bortsett frå at fenomenologiske tilnærmingar til psykoterapi har implisert posisjonar som har slektskap til konstruktivisme, er konstruktivistisk tenking eit langt nyare fenomen i den psykoterapeutiske teorisamtalen. Den er framleis i hovudsak modernistisk, sjølv om den postmodernistiske retorikken no ser ut til å blomstre også i terapilitteraturen (sjå t.d. McNamee & Gergen, 1992 og Neimeyer & Mahoney, 1995). Det er også påfallande at dei akademiske tradisjonane eg har vist til ovanfor i så liten grad har gjort seg gjeldande i psykoterapifeltet. Ser ein på familierapien, der den postmodernistiske vendinga slo inn på åttitalet, har det vore meir typisk at ein har henta idear og inspirasjon frå andre fag og akademiske kjelder. Familierapien kan vi historisk i mangt sjå som ei ueinsarta rørsle med felles utgangspunkt i ei vending mot det relasjonelle og kontekstuelle i forståing av psykiske lidingar. Ved sidan av kommunikasjonsteori i arven etter antropologen Gregory Bateson (Watzlawick et al., 1967), var systemteori importert frå biologien (von Bertalanffy, 1956) vesentlege bidrag for den teoretiske utviklinga i dette feltet. Vendinga mot det ein kan kalle ein postmodernistisk posisjon kom også alt vesentleg gjennom import av modellar frå andre disiplinar. Det gjeld framfor alt kybernetikken og overgangen frå første ordens til andre ordens kybernetikk representert ved Heintz von Foerster (1982), og biologi og nevrofysiologi representert ved Maturana og Varela (1980, 1987). Med ulike utgangspunkt og argumentasjonsskjeder er fellespoenget at ein objektiv posisjon vis a vis verda vert umuleg. Ingen organisme har direkte tilgang til sin omgjevnad. Der er alltid ein transformasjon. Alt som blir observert er avhengig av observatøren og difor konstruerte versjonar relativt til organismen sin organisasjon (art) og etablerte

strukturar (læring). Å forhalde seg til verda er å forhalde seg til sine forestillingar om den. Både Maturana og von Foerster endar slik i ein konstruktivistisk posisjon. Det er eit vesentleg poeng her at argumentasjonen er bygd opp «nedanfrå», at i og for seg velkjende erkjeningsteoretiske standpunkt vert grunnitte i nevrobiologisk forskning<sup>3</sup>.

Det er ein vesentleg implikasjon frå desse tenkjarane som set seg igjennom i familierapien, nemleg ei opning for å problematisere terapeuten og terapien si rolle som objektiv vitande. I denne «opninga» har konstruktivismen ekspandert. I terapilitteraturen er det vesentleg to «retningar» det vert referert til. Ernst von Glasersfeld (1984) omtalar sin eigen posisjon som *radikal konstruktivisme*, og utgangspunktet er Kant sin filosofi. På sett og vis kan vi seie at programmet hans er ein freistnad på å ta den kantianske filosofien på alvor for den praktiske terapeutiske verksemda. Det einaste sikre utgangspunktet ein kan ta er subjektet som freistar å erkjenne omverda. Kunnskap og kognisjon må vi sjå som ein aktiv adaptiv prosess der spørsmålet om den objektive eller ontologiske røynda er irrelevant. Det vesentlege er kor vidt våre konstruksjonar av verda er adaptive, det vil seie om dei passar med våre røynsle og viser seg meir levedyktige enn andre versjonar. Ein teori, også terapeutisk, kan ein såleis vurdere som «levedyktig» i høve til kva mål vi ønskjer å realiserer. I samsvar med dette blir terapi ein kommunikativ prosess der terapeut og klient frå ulike posisjonar når det gjeld å røyne røyndomen, i beste fall utviklar konsensus om meir adaptive versjonar. Det er opplagt allusjonar både til evolusjonsteori og Piaget i denne tenkinga.

Den andre «retninga» vert gjerne omtala som *sosialkonstruktivisme*. Sjølv om dette ikkje er eit eintydig omgrep (sjå Wifstad, 1996), er det den sosialpsykologiske varianten som Kenneth J. Gergen har vore eksponent for som mest har inspirert terapifeltet. Gergen (1994) sitt almennteoretiske utgangspunkt er kunnskapssosiologisk, og han argumenterer for at vi no er inne i ein fase med grunnleggjande endringar i synet på kunnskap. Oppgjeret hans med det tradisjonelle vitskapssynet er velkjent postmodernistisk, og eg let det difor ligge

---

<sup>3</sup> For ei meir utførleg framstilling og filosofisk vurdering av korleis desse og andre teorimodellar har gjort seg gjeldande i familierapien, viser eg til ei forvitneleg analyse av Åge Wifstad (1996).

her. Det spesielle ved Gergen er at den nye vitenskaplege rasjonaliteten han argumenterer for er grunnleggjande utifrå sosialpsykologisk premissar og forskning om korleis den opplevde røyndomen er kontekstualisert i det sosiale feltet<sup>4</sup>. Den menneskeskapte røyndomen er kjenneteikna av å vere ustabil og usikker, full av motseiingar og kontinuerleg under endring slik at vitenskapen sin føresetnad om «objektkonstans» ikkje held. I motsetnad til den meir biologisk forankra konstruktivismen, der språk er eit avleia fenomen, vert språk og sosialitet det heilt sentrale fokuset i sosialkonstruktivismen. Som Smedslund avviser også Gergen det empiriske grunnlaget for å bestemme handling og atferd. Ei handling kan identifiserast på fleire måtar, og det er ikkje empiri, men eit nettverk av fortolkingar og dei reglane for fortolking vi nyttar som avgjer dette. Det er altså *meningsdimensjonen* som er vesentleg; og meininga er ikkje empirisk forankra, men skapt gjennom ein språkleg eller retorisk praksis. Når vi omtalar mentale tilstandar omtalar vi ikkje ein empirisk realitet, men driv ein språkleg praksis der vi gjennom å freiste å gjere greie for noko vi observerer i den ytre verda skaper ein terminologi om det indre. Ein slik terminologi kan utvikle seg som eit lukka meningsunivers der dei ulike kategoriseringane utelukkande refererer til kvarandre, utan referanse til empiriske korrelat. Det mentale, eller det sjelelege om vi vil, må etter dette lokaliserast i det sosiale og språklege.

Sidan vi både må sjå teoriane våre og vitenskapen generelt som historisk-kulturelle konstruksjonar, blir terapeuten ikkje lenger privilegert i ein posisjon der han i møte med klienten kan lene seg til vitenskapen og gjere «krav på» å eige korskje sanninga om klienten sin kliniske tilstand, eller oppskrifta på kva som er bra for klienten. Dermed er den modernistiske posisjonen og psykoterapiforskinga sitt vitenskaplege program avvist. Alternativet i dei postmoderne tilnærmingane er å legge vekt på relasjonen terapeut og klient som ei samhandling og eit samarbeid om problemløysing ved å rekonstruere og konstruere, ikkje sanne versjonar, men versjonar som fungerer betre i samsvar med klienten sin subjektivitet (deShazer 1991, 1994; Epston og White, 1992; Freedman og Combs, 1996; Gilligan og Price, 1993; Hoffman, 1993; McNamee og Gergen, 1992; O'Hanlon, 1994; Parry

---

<sup>4</sup> Det er ein uunngåeleg merknad at sjølv om Gergen avviser den empiriske hypotese-testinga på prinsipielt grunnlag, argumenterer han stadig vekk med tilvising til slik forskning.



og Doan, 1994; White og Epston, 1990). Implikasjonen av denne posisjonen er at fokuset blir flytta frå *årsak* og *verknad* til *mening*, og dermed ei hermeneutisk og fortolkande tilnærming til terapi. Det nyaste uttrykket for dette er at omgrepet *narrativ terapi* i aukande grad har gjort seg gjeldande i terapilitteraturen, ofte framstilt som ei særeigen metodisk tilnærming<sup>5</sup>. Impulsane til denne retninga ser ut til igjen å kome frå ei rad ulike disiplinær; frå litteraturkritikk og filosofi til antropologi og sosialpsykologi (Rosenau, 1992; Stagoll, 1993; Kvale, 1992). Lynn Hoffman, som er sentral i familierapien, formulerer på enkelt vis kva oppfatning av terapi som gjer seg gjeldande:

*«In therapy, we listen to a story and then we collaborate with the persons we are seeing to invent other stories or other meanings for the stories that are told».*

( Hoffman, 1990, s.11)

Premissen som ligg under er at vitskapen, teoriar om psykologi og terapi, sjølv er historier - metaforiske i sin natur og reflekterer ein historisk-kulturell narrasjon. Generelt har konstruktivismen i postmodernistisk taping lagt vekt på terapi som konversasjon, som språkleg samhandling. Studiar av konversasjon vil difor kunne gi innsikt i den terapeutiske prosessen vert det hevda (Andersen, 1991; Dell, 1986; Goolishian og Anderson, 1990; McName og Gergen, 1992). Språk kjem altså i fokus, men no frå ein postmoderne posisjon slik Anderson og Goolishian (1988) uttrykkjer seg: *«language does not mirror nature; language creates the nature we know»* (side 378). Språket vert ikkje lenger berre eit sjølvstøtt middel til kommunikasjon i den psykoterapeutiske samtalen, men noko vi *er* i og som vi må utforske for å skjønne kven vi er.

#### *Ein konstruktiv(istisk) kritikk*

Sjølv om eg i denne skissa ikkje har kunna utdjupe dei ulike bidraga, bør den vere tilstrekkeleg til å få fram mangfaldet og at det er problematisk å vurdere kor vidt den postmoderne og konstruktivistiske vendinga kan gi psykoterapien og psykologisk behandling ein plattform for framtida. Eg skal i det følgjande drøfte

---

<sup>5</sup> Opphavet til dette som ei eiga retning ser ut til å vere White og Epston (1990). Det blir no arrangert eigne konferansar om narrativ terapi.

dette noko. Skal ein leite etter fellesnemnarar, er det lettast å peike på avvisinga av psykoterapien sitt modernistiske program. Desse nye retningane sitt bidrag har meir vore eit (nødvendig) oppgjer med fortida enn dei har skapt eit samlande alternativ for framtida. Når det vesentlege grunnlaget for eins eigen posisjon først og fremst er antitetisk, aukar sjansane for at rekonstruksjon vert mindre viktig enn dekonstruksjon - og at sistnemnde tidvis kjem til uttrykk som destruksjon. Det er til dømes skilnad i nivå mellom å avvise det modernistiske vitskapssynet på kunnskapssosiologisk grunnlag, og å avvise all teoridanning innafør ramma av dette vitskapssynet. Det er som med newtoniansk fysikk - den held ikkje som generalisert perspektiv på det fysiske universet, men gjer god nytte for seg i mange praktiske samanhengar. Like eins er det skilnad mellom å avvise den empiriske framgangsmåten som farbar veg til generaliseringar om universelle samanhengar i psykologien, og å gjere mistenkeleg ein kvar empirisk praksis. Å måtte innsjå at ei kvar teoretisering om kva det vil seie å vere menneske ikkje kan setje seg på utsida av ein kulturhistorisk kontekst av makt og verdiar, tyder ikkje at ei kvar teoretisering som ikkje nemner dette difor er ein fordekt maktdiskurs som ein må avvise så å seie på førehand. Slike generaliseringar er tidvis eit problem i den postmodernistiske retorikken, og fører til at den like mykje kjem til å framstå som eit ideologiske program som sjølv impliserer det ein elles argumenterer mot, nemleg ein privilegert posisjon. Frosh (1995) viser til at skal vi ta inn over oss dei fulle implikasjonane av dei postmoderne posisjonane er konsekvensen nihilisme, alt er overflate og «meinig» berre ulike forførande vrengebilete. Terapi frå ein postmoderne posisjon er difor eit umuleg prosjekt. Ser ein nærare etter, hevdar Frosh, kjem ein til at dei postmoderne posisjonane i høve til psykoterapi likevel ikkje er postmoderne slik det vert hevda, men moderne frå ein annan posisjon.

Som vi har sett er detroniseringa av terapeuten og teorien sin privilegerte posisjon som objektiv vitande ein vesentleg implikasjon. Dette er ei viktig og nødvendig detronisering i den tyding at den gjer oss medvitne om at den psykoterapeutiske diskursen *også* er ein maktdiskurs - og at ein kan nytte denne diskursen sjølvrefererande til å tolke individet slik at diskursen vert underbygd. Spørsmålet blir om det i terapi i det heile teke er muleg å distanserer seg frå denne sida av terapeutrolla. Goolishian og Anderson (1990, 1992) sin argumentasjon for den

*ikkje-vitande* posisjonen er tydelegvis eit forsøk. Denne posisjonen gir uttrykk for ein arbeidsmåte som hevdar å vere konsekvent ikkje-strategisk. Det er for så vidt sympatisk i den tydinga at ein må avstå frå rolla som ekspert og i staden vere open, mottakande og nyfiken på klienten sin måte å konstruere sine røynsler på. Terapi er ein måte å samtale på, ein måte å skape ein dialog som utforskar og skaper nye meiningar, og det er berre frå ein ikkje-vitande posisjon dette er muleg. Det er ein tilsvarande detronisering av terapeutrolla som Tom Andersen (1987) i si tid effektivt demonstrerte ved å snu einvegsspegelen i familiterapi. Ved å flytte «det reflekterande teamet» (ekspertane) og la dei utøve sine refleksjonar saman med familien vert ekspertane sjølve gjenstand for observasjon. Dei kan ikkje lenger «gøyme seg» i ekspertspråket, og familien får innblikk i fagfolka sin måte å tenkje på. Frå den postmoderne posisjonen kan ein grunngi denne demokratiseringa med at sidan faget og fagfolka ikkje har grunnlag for å hevde ein «rett versjon», er dei i prinsippet likestilte med familien både som diagnostikarar og som vitande om kva som er terapeutisk.

Det er den sokratiske samtaleforma som er idealisert i begge desse tilnærmingane, og poenget er ikkje meir postmoderne at ein kan kjenne mangt igjen i frå Carl Rogers si klientsentrerte terapiform. Det prinsipielle spørsmålet er likevel om dette er noko anna enn nettopp ein *strategi*, og om det fromme ønsket om å generalisere ein metode som freistar avstå frå makt, berre tilslører at dette er ein annan måte å utøve makt på. Det er sjølv sagt ein vesentleg skilnad mellom «ikkje å vite», og *innta* ein ikkje-vitande posisjon som ein metodisk strategi. Som Lerner (1995, s. 200) har peika på: «*Not knowing*» is a kind of «*knowing*». Det ligg også eit paradoks i at ein frå den utvilsame *rolla* som ekspert (kvifor skulle klientar elles oppsøkje ein) demonstrativt nivellerer sin eigen ekspertise. Det vesentlege spørsmålet er sjølv sagt ikkje terapeuten, men klienten si oppleving av makt. Når ein klient etablerer samarbeid med ein terapeut, er «*dette er terapi*» ein underforstått definisjon av situasjonen, og makt implisert av dei ulike rollene i relasjonen. Sjølv om terapeuten prøver å omdefinere «*dette er terapi*» til «*dette er berre ein samtale*», kan ikkje dette bli anna enn ein leik med relasjonen som ikkje kan gi den postmoderne terapeuten den nøytrale posisjonen han ønskjer seg, fordi ein slik posisjon rett og slett er umuleg. Goldner (1993) seier lakonisk at makt er

eit problem i dei postmoderne tilnærmingane til terapi, rett og slett fordi makt er eit problem.

Den postmoderne forståinga av terapi gir ofte uttrykk for eit demokratisk sinnelag. Steve de Shazer og Kim Berg (1992) nyttar Wittgenstein sin språkfilosofi som referanse og formidlar denne forståing av terapi:

*«Clients describe their situation from their own particular, unique point of view. The therapist listens, always seeing things differently, always having different meanings for the words the clients use, and thus redescribes what the clients describe from a different point of view. The possibilities of new meanings open up from these two different descriptions, these two different meanings, when they are juxtaposed».* (deShazer og Berg, 1992, s. 77)

I utgangspunktet er det vanskeleg å sjå at dette ikkje er anna enn ein allmenn deskripsjon av terapi, anten den er modernistisk eller postmodernistisk. Skilnaden måtte i så fall ligge i at den postmoderne terapeuten vil kunne opptre meir fleksibelt sidan han ikkje har identifisert seg med ein fast posisjon (vitskapleg). At også den postmoderne terapeuten ikkje kjem unna den diskursive makta som ligg i å representere eit alternativ («a different point of view»), impliserer at dette alltid må gjerast frå ein posisjon, og at denne posisjonen i seg sjølv må grunnjevast. Nettopp dette er eit problem i den postmoderne retorikken. Sidan ein må forkaste både «objektivitet» og «sanning», er alle versjonar av røyndomen berre konstruksjonar i språket og i prinsippet likeverdige. Sidan alt vert språk og språk referere berre til seg sjølv, oppstår det ei underleg lingvistisk idealisme der dei materielle levekåra og faktiske hendingar vert definert vekk. Eg har tidlegare med referanse til Bateson peika på den nødvendige relasjonen mellom pletora og creatura. I denne postmoderne reifiseringa av språket er det som pletora forsvinn - men då er jo også creatura irrelevant! Rett nok kan det lagast ulike forteljingar i høve til overgrep og vald, økonomisk undertrykking og sosial marginalitet, og det er neppe nokon *tvingande* kausalitet (om enn statistisk samanheng) mellom slike tilhøve og psykiske lidingar, men sjølv ein postmodernistisk terapeut slepp ikkje unna ein posisjon å forhalde seg til dette på når han møter det som ein del av

klientane sine liv. Det er i slike situasjonar ikkje tilstrekkeleg å vere ikkje-vitande, eller berre antitetisk til ein modernistisk posisjon.

Av postmodernistar sin modernitetskritikk er det implisert at ein tek avstand frå den instrumentelle logikken at ein kan utleie ein psykoterapeutisk teknologi, eller metodar. Dei nemnde posisjonane til Goolishian og Andersen oppfattar eg i utgangspunktet som velmeinte (og sympatiske) forsøk på å grunnkje ei haldning til terapi og rolla som terapeut. Det er likevel liten tvil om at deira bidrag sirkulerer i terapilitteraturen nettopp som *metodar* - som generaliserte måtar å arbeide på i terapi. Dette er ikkje eit uvanleg paradoks, at freistnader på å ta konsekvensar av den postmoderne innsikta i utøving av terapeutisk praksis, etterkvart framstår som ein psykoterapeutisk metode, som ein vesentleg teknisk intervensjon. Eit døme kan vere Steve deShazer (1991) som i boka *Putting difference to work* er eksponent for det som har blitt kalla «løysingsorientert terapi». Grunnlaget er først ein potpurri av kritiske rundar om gamle tankar (modernismen) i ein postmodernistisk retorikk godt understøtta av filosofiske sitat frå denne tradisjonen. Deretter kjem den «postmoderne» terapien med universaltriaks som «mirakelspørsmålet» og «skaleringemetoden». Den nye trenden, *narrativ terapi*, sirkulerer tilsvarande som ein ny (postmodernistisk) måte å drive terapi på med metodiske tilvisingar på korleis ein skal gå fram (t.d. Freedman og Combs, 1996). Om eg har forstått det rett er narrasjon, det å skape ei forteljing, i den postmoderne forståinga noko som kjenneteiknar psykoterapien sitt vesen, anten den vert forma innafør til dømes den psykodynamiske eller atferdsteoretiske forteljartradisjonen, eller for så vidt også den sjamanistiske. Som vi har sett er desse ulike forteljartradisjonane tilsynelatande likeverdige når det gjeld effektivitet, og det er vel heller lite grunnlag for ein hypotese om at *narrativ terapi* skaper meir terapeutisk effektive forteljingar. Ei kritisk innvending til terapiar som skyt seg inn under ei postmodernistisk grunnkjeving, blir difor at dette først og fremst nettopp berre er *grunnkjeving*, ein meir tidsmessig språkbruk å legitimerer utøving av terapi i - postmoderne i innhald, moderne i form.

Som nemnt femner konstruktivisme og postmodernistiske perspektiv over så mangt, og dei kritiske innvendingane eg har tatt føre meg råkar ikkje eintydig.

Sjølv synes eg at det beste ved den postmoderne teoretiseringa er bidraget til å avmystifisere kva psykoterapi handlar om. Då må ein kan hende også leve med at det oppstår nye mystifiseringar - i ein postmoderne retorikk. Skal psykoterapien reddast, må vi først skjøne kva slags praksis dette er. Ei slik forståing kan neppe springe ut av ei «mikroskopering» av ein dekontekstualisert praksis i terapien sitt lukka rom. Den postmoderne modernitetskritikken kan berge oss frå illusjonen om ein slik scientisme. Og det handlar uunngåeleg om ståstad. Når psykoterapi som vitenskapleg utleidd teknologi ikkje lenger er tilstrekkeleg legitimert, blir det synleg at psykoterapi handlar om moral og verdiar; at det er ein sosial praksis i ein kulturhistorisk kontekst. Philip Cushman (1995) konkluderer nettopp slik i ein gjennomgripande analyse av psykoterapien si utvikling i den amerikanske kulturen. Problemet med psykoterapien som praksis, seier han, er ikkje at ein har mislukkast i å demonstrere vitenskapleg objektivitet, men at ein i det heile teke har prøvd - og det som verre er, at ein har hevda å ha eit slikt grunnlag. Cushman, som i tillegg til å vere historikar også er praktiserande terapeut, gir denne karakteristikken av den institusjonen han sjølv praktiserer i:

*«..., its one of the most complex, colorful, and strange artifacts of the modern area. It is a social institution with many theoretical framework, ideologies, and guilds. It features some of the most varied and creative ideas of the last 150 years. Its practitioners have developed some of the most unusual social practices of our time, yet they often hold their theories with a certainty and true belief that rivals religious conviction. It is thought of as a scientific practice, yet it is anything but standardized or empirical, and it has not yet developed a disciplinewide consensus about how to think about patients or what to do with them. It is thought of as a medical practice, yet it has an enormous social and political impact. Most psychotherapy theories dictate that the therapist can and must remain objective throughout the therapy, yet a close examination clearly shows that these theories are founded on social ideologies and value structures that by definition are not objective».* (Cushman, 1995, s.2)

Cushman sitt overordna perspektiv er sosialkonstruktivistisk og hermeneutisk. Sjølv om det er amerikansk historie og kultur som er gjenstanden, er analysen

eksemplarisk til å forstå den typen institusjonalisering av ein sosial praksis som moderne psykoterapi er eit døme på. I ein omfattande analyse viser han korleis psykoterapien si historie er innvoven i amerikansk kulturhistorie, både denne kulturen sine lovnader, optimisme og vitalitet; men også korrupsjonen, vrangførestellingane og destruktiviteten. Poenget er at psykoterapien og dei psykologiske teoriene den hegnar om, ikkje berre reflekterer denne kulturen, men også bidreg til å konstruere det sosiale feltet dei er ein del av:

*«Psychotherapy is permeated by the philosophy of self-contained individualism, exist within the framework of consumerism, speaks the language of self-liberation, and thereby unknowingly reproduces some of the ills it is responsible for healing».* (Cushman, 1995, s.6).

I denne forståinga er psykoterapi kontekstualisert i kulturen og dermed det moralske og politiske domenet, slik vi elles vil analysere andre lækjetradisjonar. Like lite som vi kan tale om universelle og transkulturelle psykiske lidningar, kan vi tale om universelle psykologiske terapiar. Terapi er alltid ein dialog mellom dei involverte om måtar å leve på som menneske. Vi refererer då uunngåeleg til vår sjølvoppfatning som menneske - «the self», som Cushman definerer slik:

*«...the concept of the individual as described by the indigenous psychology of a particular cultural group and the shared moral understanding within a particular culture of what it means to be human.*

*.....the self is an integral aspect of the horizon of shared understanding. There is no universal, transhistorical self, only local selves; there is no universal theory about the self, only local theories».* (Cushman, 1995, s. 23).

Mennesket sitt sjølv er med andre ord ein kulturell konstruksjon - det er ein måte å vere menneske i kulturen på. Det amerikanske sjølvvet, i og for seg også det vestlege, kallar han «the empty self», eit sjølv skapt gjennom verdsetjing av individualisme og den autonome, frigjorde og sjølvtilstrekkelege karakteren - ein karakter veltilpassa forbrukarsamfunnet sin kosumentideologi. Psykologien har utvikla omgrep til å «møblere» dette indre sjølvvet, og «..in our world it is

*psychotherapy that is one of the institutions responsible for healing the illnesses of the masterful, bounded twentieth-century self» (Cushman, 1995, s. 26).*

Så langt kan ein oppfatte dette meir som ein knusande dom enn ein «redningsaksjon». Men Cushman har tru på den verksemda han sjølv driv, og viser også til at psykoterapien ikkje berre treng å vere ein «tilpassingsideologi», at den i mangt også representerer kulturkritiske verdiar, ein motkultur - og at mange får hjelp til betre liv. Skal ein redde psykoterapien er hovudpoenget, slik eg tolkar han, at psykoterapien si sjølvforståing må gjerast i samsvar med det den alltid har vore, og berre kan vere, «*a moral discourse with political consequences*» (s.28). Psykoterapien kan ikkje late att døra mot samfunnet og kulturen og innbille seg at samfunnet dermed blir borte. Der er ikkje noko punkt der samfunnet sluttar og psykologien tek over. Psykoterapien kan berre eksisterer som verksemd i den uunngåelege dialektikken mellom sjølv og samfunn - og det er berre gjennom å ta denne samanhengen inn over seg at psykoterapien kan finne legitimitet.



## Kapittel 28

### DEN TERAPEUTISKE KONTEKSTEN

#### Avslutning

Når alt dette er sagt, kva spørsmål er svara på? Det meste har vore underbygging, teoretisk så vel som empirisk, argumentasjon og analysar for det som kan samanfattast slik: Mennesket og omgjevnaden er ein integrert kybernetikk der mentale prosessar utgjer det kommunikative grensesnittet som regulerer adaptasjon og tilpassing gjennom å skape orden, struktur og mening i tilværet. Dette byggjer på koding og transformasjon, dvs. at «elementærpartikkelen» i mentale prosessar er informasjon. At mentale prosessar har eit adaptivt føremål vil seie at dei er innretta mot å skape *mening*, fordi mening er ein kategori nettopp om orden og struktur, og dermed meistring og tilpassing. Mening er difor ein kategori om relasjonar og kan opptre som relative invariante fordi dei er nedfelte i det biologiske minnet (DNA) gjennom den lange læringa (evolusjonen), eller relativt stabile, automatisert som umedvitne måtar å relatere seg på gjennom den individuelle utviklinga og læringa, men også med den fleksibiliteten som medvitet kan skape i vår omgang med omgjevnaden. Gjennom språket har mennesket utvikla ein semantisk fridom og ein uavgrensa kapasitet til å skape meningskategoriar og dermed versjonar eller epistemologiar om tilværet. Men denne adaptive fridomen er også ein fridom til «å ta feil», eller utvikle tilpassingsformer som kan fungere «patologisk», både individuelt og kulturelt. Kultur dreier seg i sin essens om «meningsproduksjon» og aggregering av meningssystem som kollektiv tilpassing i den historiske prosessen. Kultur er difor adaptive system som den sosiale og individuelle adaptasjonen går føre seg innanfor. Den individuelle adaptasjonen - den vesle kybernetikken - skjer difor innan kulturen som medium - den store kybernetikken. Sjukdom og helseløyse er

alltid ei adaptiv utfordring uansett kva systemnivå som er utgangspunktet, og læking er aktivisering av relevante systemaktivitetar for gjenoppretting av systemiske funksjonar. Mentale prosessar er ein integrert del av denne adaptasjonen som vil bli utløyst av opplevd lidning, og er retta mot å skape mening. Meiningsproduksjonen skjer innanfor kulturen som epistemologisk ramme, som tekst i kontekst. Mentale prosessar kan i prinsippet fungere både adaptivt og ikkje-adaptivt, både kulturelt og individuelt. Når mentale prosessar kommuniserer med somatiske system slik at dei stør lækinga, er det mening som lækjer, og den meininga som *kan* lækje vil alltid vere ei kulturelt forankra mening. I gitte høve vil dette bli omtala som placebo. Men placebo er etter dette ikkje eit fenomen i den leksikalske tydinga «ei uvanleg hending». Placebo gjeld noko grunnleggjande og allment, nemleg det mentale si rolle i den generelle adaptasjonen og korleis dette gjer seg gjeldande ved sjukdom og lidning. «Fenomenet» er såleis berre ein demonstrasjon av at kroppen er kulturelt konfigurert, og at mening kan «transformerast til kjemi» - kroppen sin eigen lækjande kjemi. I eit biosemantisk perspektiv, eller eit paradigme som er heilskapleg slik at våre omgrep om kroppen omfattar det mentale som ein kommunikativ relasjon med sin omgjevnad, vil eit omgrep som placebo vere redundant. Behandling, som intenderte tiltak for å fremje lækinga, vil i ulik grad kunne «profittere» på denne adaptive dimensjonen. Skal ein skjøne korleis dette går føre seg, må ein samstundes skjøne kva ein meiner med kultur, og korleis kultur som domene kommuniserer på sosialt og individuelt nivå. Kulturell evolusjon er adaptive prosessar som utviklar orden og struktur i form av meningssystem på kollektivt nivå. Den individuelle adaptasjonen ved sjukdom og lidning er kommunikasjon innan denne kulturelle evolusjonen. Ein kan metaforisk seie at den individuelle adaptasjonen høver til den kulturelle adaptasjonen som ontogensen til fylogenesen. Denne måten å tenkje på gjer at aktuelle kontekstar, der behandlinga går føre seg, ikkje tilstrekkeleg kan gjerast greie for som lokale kontekstar, for slike lokale kontekstar hentar meininga si frå ein kulturell kontekst. Når det gjeld læking gjennom mentale prosessar så tyder dette at *kva* som i slike samanhengar kan vere «medisin» aldri kan gjerast greie for gjennom sin essens eller sitt innhald, berre gjennom sin fenomenologi eller mening. Det er som med totempålen, lausriven frå sin kontekst er den i beste fall berre eit vakkert stykke

tre. Difor følgjer det analytisk av dette perspektivet at det er irrelevant om ein teori om kva som lækjer i slik lækning er sann eller usann i empirisk eller ontologisk tyding. Det vesentlege er om den gir og skapar meining i fenomenologisk tyding.

Placebo gjeld lækning gjennom psykologiske mekanismar, eller psykoterapi i naturleg og spontan utfalding. Slik lækning har sjølvstendig alltid funne stad uavhengig av ein kvar medisin eller psykologi som intendert behandling. Før medisinen vart vitenskap var det denne terapeutiske ressursen ein i hovudsak profitterte på - og den eldste medisinen, sjamanismen, er ein kulturelt forma versjon av psykoterapi som kapitaliserer denne ressursen. Når medisinen blir vitenskap og etterkvart biomedisin som paradigme, blir denne ressursen «det andre» ein må kontrollere for. I eit kritisk perspektiv er poenget ikkje å undersøke «sigrane» dette har ført med seg, historisk sett. Poenget er det som fell utanom - «det andre». At medisinen vart vitenskap fell også saman med at sjela vart psyke og den djupe kulturelle dikotomien mellom ånd og materie vart soma versus psyke, og sistnemnde gjenstand for den generelle scientistiske ambisjonen om utforsking for å utnytte. Slik kroppen blir delt i «det psykiske» og «det somatiske», oppstår også profesjonalisering av hjelpearar i samsvar med denne splittinga - ein lege for kroppen og ein for sjela. Moderne psykoterapi, psykoterapi som intendert prosjekt, spring difor ut av same type vitenskapleg ambisjon som tufta den vitenskaplege medisinen, og kriterier for kva som kan gjelde som vitenskapleg medisin vart kjernemetaforen også for kva som kan gjelde som vitenskapleg «psykologisk medisin» eller psykoterapi. Etter vel hundre års praksis og om lag femti år med empiriske studiar blir spørsmålet kva svar vi kan gi. Kan vi eksplisere ein slik «medisin», og er den av eit anna slag enn den som ovrar seg som naturlege hendingar i lækjeproessen eller? Spørsmålet gjeld for så vidt ikkje psykologien sin status som vitenskap og fag generelt sett, men korleis kunnskap frå dette faget kan utnyttast instrumentelt som lækjemiddel til lækning av psyken, eller mentale lidningar. Dei svara som empirien gir er for så vidt avklarande i den tydinga at dei fortel noko om kva psykoterapi *ikkje* er - at det ikkje er ein type behandling som passar med den medisinske kjernemetaforen og med den teknisk-instrumentelle rasjonaliteten implisert av vår tenking om praksis som byggjer på vitenskap. Påstanden eg stilte innleiingsvis om at den terapeutiske teorien sitt empiriske eller

vitskaplege grunnlag er irrelevant for terapeutisk utbytte, er også ein konklusjon ein må trekke på bakgrunn av empirisk psykoterapiforskning.

Vi kan altså legge til grunn at den form for læking som går føre seg i det psykotераpeutiske romet ikkje er av eit anna *vesen* enn den som går føre seg i sjamanen si hytte, og at dei begge profitterer på same mekanismar som ved placebo. Grunnen til at dei kan fungere terapeutisk er at dei kvar for seg spring ut av den kulturelle adaptasjonen og ein kulturell epistemologi som både er ein føresetnad *for* og samstundes vert halden ved like *av* desse praksisane. På ulike vis skaper dei ein kontekst som fremjar læking gjennom psykologiske mekanismar. Slik er dei begge kulturelle praksisar som skaper ein kulturell «medisin».

Til spørsmålet om kvifor psykoterapi verkar kunne ein difor litt retorisk svare at det er fordi det finst psykoterapi. Ein må med andre ord først skjønne psykoterapi som institusjon og kulturform *for* ein kan skjønne det lækjepotensialet den kan skape i det terapeutiske romet. I ein slik analyse er det vesentleg å legge vekt på at framveksten og institusjonaliseringa av moderne psykoterapi er samanfallande med framveksten av psykoanalysen, og at denne framveksten må kontekstualiserast som del av moderniteten i den kulturelle evolusjonen. Moderniteten skaper både vitskapen og subjektet gjennom ein epistemologi om det indre mennesket - den sekulariserte sjela. Psykoanalysen blir språket, eit språk i samsvar med den vitskaplege diskursen, som både skaper og gir mening til dette «indre romet» og det «terapeutiske romet» der denne sjela kan gjerast til gjenstand for utforskning og læking. Difor er vi på sett og vis alle freudianarar. Spørsmålet om psykoanalysen som «sanning» er i denne samanhengen irrelevant, slik også sjamanen sin teori er det. Ein kan også seie det slik at om psykoanalysen i utgangspunktet var usann, blir den i kulturell tyding sann gjennom sin eigen praksis og epistemologiske konsekvensar. Metaforisk kan ein difor seie at psykoanalysen som teori ikkje er eit vindauge som gjer ein i stand til å sjå ei røynd der ute, men ein spegel som psykoanalysen røyner seg sjølv og sine pasientar gjennom. I det terapeutiske romet gjeld dette noko allment for terapeutiske teoriar, anten dei er sjamanistiske eller vitskaplege. Denne refleksiviteten eller sjølvreferansen er i seg sjølv ikkje ein del av psykotераpeutiske teoriar, og har

difor ført med seg at ein vesentleg dimensjon i psykoterapien si sjølvforståing har vore fråverande.

Som oppsummering gjeld dette i hovudsak mitt overordna resonnement. Det byggjer nødvendigvis på ein del viktige premissar det vil føre for langt å oppsummere i detalj. Når det gjeld dei premissane som spring ut av analysen av placebo, viser eg dessutan til ei grundig oppsummering i kapittel 12. Det var denne analysen som gjorde det nødvendig å problematisere relasjonen kropp og kultur, og korleis kommunikasjonen her går føre seg. Slik vart det nødvendig å drøfte korleis vi epistemologisk sett *deler opp* verda, og korleis vi deretter *tenkjer* om tilhøvet mellom det vi har delt opp. I denne drøftinga utviklar eg eit metaperspektiv som kan kallast kybernetisk fordi det byggjer på kommunikasjon i, og mellom system. Eg prøver å vise at denne kommunikasjonen er mentale prosessar, og at mentale prosessar utviklar meningssystem og strukturar både som kollektive aggregat (epistemologiar) i den kulturelle adaptasjonen, og i den individuelle adaptasjonen. Sidan denne kommunikasjonen ikkje berre gjeld kroppen som psyke, men også som biologi, er omgrepet biosemantisk ein måte å uttrykkje dette på. Av det følgjer at omgrepet «mening» i denne analysen blir heilt sentralt, fordi det er eit omgrep ein både kan nytte på psykologisk og kulturelt nivå, og ein måte å skjønne korleis desse nivå kommuniserer. Den individuelle adaptasjonen, eller lækinga, skjer alltid innafor den kulturelle. Det er det som i ein kultur *ligg føre* som mening, individet *kan gjere* til ei mening som lækjer. Drøftinga og analysen min av medisinske meningssystem som del av den kulturelle evolusjonen, og den individuelle prosessen ved sjukdom og læking - er både sett i lys av dette perspektivet, og samstundes ein argumentasjon *for* det. Eg har deretter sannsynleggjort lækjepotensialet ved sjamanismen nettopp i ein kommunikasjon mellom desse nivåa gjennom institusjonaliseringa av ein bestemt type kontekst der meningselementa blir fortetta på eit vis som fremmer den individuelle adaptasjonen. I lys av den forenkling ein kan gjere gjennom kulturell avstand som sjamanismen representerer, har eg drøfta psykoterapien si utvikling som ei tilsvarande institusjonalisering bygd på ein epistemologi særigen for den vestlege, moderne kulturen.

Etter denne vandringa frå «gatehjørne til gatehjørne» skal eg vende tilbake dit eg kom frå, det terapeutiske romet og psykoterapien. Forskinga på psykoterapi viser ein del vesentlege ting som for det første generelt sett er i samsvar med det ein kunne vente utifrå perspektivet ovanfor. Dernest kan dei leggest til grunn som premissar til å slutføre analysen min i ei vurdering av kva det er som gjer ein terapeutisk kontekst terapeutisk. Frå psykoterapiforskinga kan vi «ta med oss» følgjande:

- Psykoterapi som verksemd har generelt sett effekt sjølv om ikkje dei einskilde terapiane alltid har det
- Dei ulike psykoterapeutiske teoriane er generelt sett ekvivalente i høve til effekt, sjølv om visse teoriar/modellar kan vere meir effektive enn andre overfor visse typar problem i visse typar situasjonar
- Der er ingen innhaldselement i psykoterapi som har ein spesifikk terapeutisk effekt
- Dei forhold ved psykoterapi som er relatert til utbytte synest vere felles for dei fleste terapiar
- Av slike felles faktorar synest terapeuten som person å vere viktigare enn den formelle kompetansen han har
- Kvar for seg er forhold hos klienten viktigare enn forhold hos terapeuten i å kunne forklare utbytte, men viktigast er prosessen og forholdet mellom dei.
- Endring i løpet av ein terapiprosess har ikkje berre med det som går føre seg i terapien å gjere, i like stor grad gjeld det tilhøve utanom terapien

Med desse momenta frå den empiriske verda i mente, skal eg i framhaldet utvikle ein konklusjon om psykoterapi som både kan «forklare» denne empirien, og som er i samsvar med mitt overordna perspektiv. Psykoterapi er i dette synet ei verksemd som skaper ein type kontekst som fasiliterer *transformasjon av meining*. Dette er eit heilt anna «gatehjørne» enn den essensialistiske jakta på den «terapeutiske medisinen». Det «terapeutiske» i psykoterapi er ikkje spesifikke innhaldselement, men eit sett av element og relasjonen mellom desse. Dette er ikkje ein argumentasjon for systemterapi, men for terapi som system. Før eg

konkluderer skal eg oppsummere og presisere ein del føresetnader som går inn i denne konklusjonen.

### **Den terapeutiske mekanismen**

Den empiriske psykoterapiforskinga har vist oss at dei ulike psykoterapeutiske teoriane generelt sett er ekvivalente (dodoerklæringa). Dette har i neste omgang ført til hypotesen om at den «psykoterapeutiske mekanismen» gjeld faktorar som er felles for alle terapiformene. Min konklusjon er at denne mekanismen essensielt sett er «transformasjon av mening», og at dei ulike terapeutiske teoriane og metodane gjennom ulike språk og meningssystem innanfor visse kontekstuelle tilhøve fasiliterer denne «mekanismen». Slik transformasjon er sjølvstyk ikkje noko som er spesifikt for terapi, men som eg har argumentert for, er djupt forankra i vår måte å forhalde oss til omverda på og som placebofenomenet er eit uttrykk for. Transformasjon av mening som fungerer terapeutisk skjer difor også utanfor den terapeutiske konteksten, slik vi har sett at ein god del av variansen ved terapeutisk endring må skuldast slike tilhøve og «livet sjølv». Mening er noko som individet *selekterer* relativt til sitt eige meningssystem - ikkje noko ein kan *instruere* frå terapeutar eller andre. «Terapeutiske budskapar» kan difor berre ha ein relativ og sannsynleg verknad, ikkje ein kausal og spesifikk.

Psykologisk sett skjer slik transformasjon på mange vis, i terapi så vel som i livet elles, og i psykologien som fag finn ein mange teoriar og studiar om dette som «normalpsykologi». Dermed er for så vidt psykoterapi avmystifisert i den tydinga at den ikkje kan gjelde noko anna enn det som elles kan gå føre seg, og at den «psykologisk medisinen» ikkje er av eit anna slag enn det livet elles inneheld. Derimot kan vi seie at det psykoterapeutiske ligg i å skape, og i å regissere kontekstuelle tilhøve som *fremmer* denne medisinen, eller lækjeprosessen i den individuelle adaptasjonen. Det som trengst drøftast nærare er difor kva som er skilnaden, eller korleis terapi «kapitaliserer» denne adaptive ressursen. Denne avslutninga skal i framhaldet gjelde det, men først er det nødvendig både å oppsummere og å presisere noko kva det inneber å nytte «mening» som perspektiv.

### **Menning og transformasjon av menning.**

Eg har tidlegare lagt avgjerande vekt på at vi i eit metaperspektiv kan sjå mentale prosessar som måtar å organisere informasjon på, og at meining er ein opplevingskategori som uttrykkjer det funksjonelle samspelet mellom individet i sin-omgjevnad og den opplevde fenomenologiske verda (sjå kapittel 12 og 13). Mentale eller kognitive fenomen må være semantiske, kunne bere meining dersom dei skal kunne regulere organismen sin relasjon til omgjevnaden. Slik kan vi sjå hjernetilstandar som semantiske, dei kodar, prosesserer og regulerer atferd på grunnlag av informasjon. Evolusjonsmessig tyder mangt på at når det gjeld informasjon frå omgjevnaden, er informasjon *frå* og *om* artsfeller svært vesentleg for homo sapiens. Det gir difor «meining», slik Nicholas Humphrey (1992) gjer, å sjå på hjernen som eit sosialt organ - eit organ som utviklar seg på grunnlag av at kommunikatív kapasitet vert selektert utifrå sine adaptive føremoner. Meining nytta i dette perspektivet er difor ikkje berre ein medvitskategori sidan medvit berre er eit aspekt ved det mentale - den tilstanden der det mentale reflekterer over seg sjølv. Evolusjonsmessig er det rimeleg å tenkje seg at medvitet er selektert nettopp frå det sosiale - at det først var eit medvit om andre før det vart eit sjølvmedvit slik også *meg* utviklar seg før *eg* i ontogenesen. Ein kan sjå det slik at meining er integrert på fleire nivå i tilpassinga. Evolusjonen har utstyrt oss med relasjonsforhold slik at vi kan snakke om prekognitive, biologisk automatiserte reaksjonsmønster som med stort sannsyn vert utløyst av visse typar stimuli. Ein S-liknande skugge (slange) er til dømes ein type stimulus som ser ut til å ha eit universelt potensiale for å løyse ut ein fryktrespons (Scherer & Wallbott, 1994). Frå eit evolusjonsperspektiv er dette skjønneleg fordi det biologisk sett alltid er meir adaptivt å overvurdere ein bestemt fare, enn å undervurdere den. Forsking har for lengst vist at vi kan tale om primære emosjonar i den tyding at dei er biologisk betingta responsklasser med bestemte handlingspotensiale og faciale uttrykk (t.d. Ekman & Friesen, 1975). Input til den «emosjonelle hjernen» skjer via thalamus og amygdala, før input via cortex. Som LeDoux (1993) har peika på er denne prekognitive emosjonelle handsaminga svært adaptiv fordi den gir oss høve til å reagere raskt på viktige hendingar i omgjevnaden før meir tidkrevjande prosessar set inn. Tomkins (1981) foreslår å sjå emosjonar som måten ting vert gjort meningsfulle for oss på, eller at emosjonar er primære meiningssystem som gir feedback om kva som er viktig, godt eller dårleg, truande eller trygt - eit



barometer på vår tilstand i verda. Emosjonar fungerer difor som språk, og i samhandling gjeld emosjonar budskapar om relasjonar. Emosjonar vil difor på den eine sida gi opphav til opplevd meining, og på den andre sida uttrykkje kva opplevd meining tyder for oss. Men som art er mennesket karakterisert ved større grad av adaptiv fridom enn det den fylogenetiske læringa har utstyrt oss med. Difor vil meining som kategori reflektere diversitet og forandring. Det neste nivået, den somatiske læringa, vil alltid vere betinga både av dei modningsmessige føresetnadene i ontogenesen, og gå føre seg i eit kulturelt medium som det biologisk lærte blir innvove i. Det er difor umuleg å skjøne *kva* meining som koordinerer handling, utan å skjøne kultur. Denne læringa kjem til syne ikkje som biologisk, men som kognitiv automatisering. Automatisering, som altså er døme på det umedvitne, er alltid funksjonelt fordi det er økonomisk - ei systemsparing som frigjer adaptiv kapasitet. Meining som medvitskategori gjeld først og fremst det adaptive nivået der det oppstår ein skilnad, ei nyheit som triggar ei adaptiv utfordring. Måten eg her på knappast vis har klargjort korleis eg tenkjer om meining, er på ingen måte kontrært til den vitskaplege psykologien elles. Det er snarare eit perspektiv å sjå denne kunnskapen i, uansett kva subdisiplin som er utgangspunktet. Lettast er det sjølv sagt å hente prov frå persepsjonpsykologien og kognitiv psykologi der organisering av informasjon og meining er sjølve fokuset.

### **Meining og «patologi»**

Med denne oppsummeringa i mente, vert spørsmålet: Kva har dette med mentale problem eller psykiske lidingar å gjere? Det er jo det ein spesifikt set seg føre å kurere i psykoterapi. For det første bør det jo vere slik, om psykologien meiner å kunne bidra til å kunne forstå psykiske lidingar, at ein ikkje kan ha *ein* psykologi for det normale og ein heilt anna for det unormale eller patologiske. Her skal det sjølv sagt ikkje utviklast nokon psykopatologi. Derimot skal eg på generelt vis argumentere for at psykiske lidingar, i perspektiv av det eg tidlegare har sagt, alltid gjeld både *meining* og *relasjon* - og at desse aspekta heng saman.

For spør vi etter kven som oppsøker psykoterapi og kvifor, kan vi gi svar på særskilte grunnlag. Ei vanleg tilnærming kan til dømes vere å kategorisere utifrå

diagnostisk nomenklatur. Ein langt viktigare «diagnose» er den klienten har gjort om seg sjølv. Vel ein denne innfallsvinkelen, vil ein i eit metaperspektiv alltid kunne sjå at spørsmål som gjeld meining er sentrale i alle psykiske lidingar, og at dette gjeld uansett «innslaget» av biologi i etiologi og genese. Sidan «meining» gir assosiasjonar til hermeneutikk og dermed kan setje meg i ein posisjon antagonistisk til biologi og kausalvitskapar, må eg på dette punktet klårgjere ein smule. Det er sjeldan eit spørsmål om biologi *eller* sosiale og psykologiske tilhøve. Om vi nyttar schizofreni som døme vil vi i dag på grunnlag av tvilling- og adopsjonsstudiar måtte konkludere med eit ikkje så lite innslag av genetisk arv i genesen. No er det likevel ikkje eintydig korleis arv set seg igjennom. Det er til dømes ikkje ei uvanleg mistyding at ein forvekslar slik deduktiv kunnskap om arv med at arven skuldast spesifikke gen. Så langt er slike ikkje lokalisert når det gjeld schizofreni, og det er vel heller tvilsamt om ein kjem dit. Ein kan difor ikkje seie at ein arvar *sjukdomen* schizofreni. Derimot er det rimeleg å konkluderer med at ein arvar ein «sårbarheit» for visse typar miljøtilhøve, truleg noko som gjeld tilknytning og etablering av kommunikative relasjonar til andre - og at dette aukar risikoen for utvikling av denne lidinga. No er det for så vidt banalt at vi er ulikt biologisk utstyrt slik at vi ikkje toler dei same påkjenningane, og at dette når det gjeld schizofreni difor kan botne i ein slik genetisk variasjon. For forskinga på arv viser også at arv åleine ikkje er nok, og at personar trass i «genetisk disposisjon» ikkje utviklar lidinga. La oss prøve nokre tankeeksperiment. Den typiske symptomatologien ved schizofreni kan vi klassifisere langs to dimensjonar. Den eine gjeld den spesielle måten å *relatere* seg til andre på (autisme, tilbaketrekking, ambivalens) og den andre er *meningsstrukturen* i måten verda vert konstruert på (tanke- og assosiasjonsskipling). Sett at utgangspunktet er relasjonsvanskar, ein genetisk betinga hypersensitivitet som hindrar etablering av ei trygg automatisering av sosiale relasjonar. Er det urimeleg å tenkje seg at den spesielle meningsstrukturen utviklar seg som konsekvens av dette sidan *relasjonen* er den nødvendige føresetnaden for ein kommunikativ og språkleg fellesskap, og ein sosial referanse til å kvalifisere egne opplevingar? La oss ta eit motsett utgangspunkt, igjen for hypotetiske føremål. Sidan det å «høyre stemmer» er ein ingrediens i desse lidingane, la oss tenkje oss at dette er reelt og skuldast ein genetisk feil i utviklinga av det sensorisk-auditive systemet. Kva følgjer vil ein

slik «feil» kunne få når personen som har den ikkje vil kunne finne sosial referanse for opplevingane sine, men tvert om må forhalde seg til ein kultur som tolkar dette som teikn på galskap? Kan det tenkjast at den schizofrene si velkjende tilbaketrekking og den paranoide posisjonen er ein rimeleg respons på ein slik situasjon? I ein sjamanistisk kultur kunne dette «talendet» i det minste gitt ei anna karriære.

La meg også kommentere tenkinga ein finn i biokjemiske hypotesar. Ein del forskning kan tyde på skilnader i det biokjemiske miljøet i hjernen (transmittorsubstansar) mellom visse lidingar og normalgrupper. Men er ein skilnad på biokjemisk nivå ein tilstrekkeleg føresetnad for ein konklusjon om kausalitet? Sjølv om det tradisjonelle biomedisinske paradigmet gjer slike slutningar nærliggjande, er det relevant også å spørje motsett - om ikkje det er rimeleg at å *leve* og å *tenkje* schizofrent også har biomedisinske konsekvensar. Poenget mitt i denne samanhengen er å få fram at biologiske hypotesar ikkje ekskluderer at det alltid vil vere tale om eit interaksjonstilhøve der relasjon og meining er sentralt, uansett dei ulike biologiske føresetnadene som individet måtte ha for desse vitale operasjonane. Den «gamle» polariseringa i humanvitskapane mellom hermeneutikk og naturvitskap er ikkje berre gamal, men etter mitt syn også avlegs.

Om vi tek det motsette utgangspunktet og legg vekt på ein sosial kausalitet, er det liten tvil om at ei rekkje sosialt betinga tilhøve aukar sjansane for mentale problem. Det gjeld på den eine sida generelle forhold ved oppvekstmiljø og kvaliteten ved nære sosiale relasjonar i primære- (t.d. familien) så vel som i sekundære grupper (t.d. arbeidsmiljø) som ikkje evnar å svare på våre behov for meningsfull tilknytning og relasjonar som stadfestar vårt verd og speglar oss slik at vi har tillit til oss sjølve så vel som til andre. Dessutan gjeld det trugande hendingar som utfordrar alt dette, anten relasjonstap av eit eller anna slag, mobbing og overgrep - eller det vi elles kan hente frå den lange lista av velkjende «elendigheitsfaktorar». Sjølv om psykiske lidingar kan ha opphavet sitt i opplevingar og hendingar som objektivt sett kan ha vore truande, veit vi at det er store individuelle variasjonar i folks reaksjonsmønster på slike tilhøve. Dei

reagerer ulikt, og enkelte vil «mot alle odds» ikkje berre overleve psykisk sett, men også med styrke og livsmot. Slikt tilseier at det ikkje er hendingane i seg sjølv som kan forklare denne variasjonen, men korleis dei vert fortolka og individet sine *føresetnader* (evt. også biologiske) for slike fortolkingar.

I tillegg finn ein alle dei som tilsynelatande har hatt dei beste odds i form av gode oppvekst- og omsorgstilhøve utan spesifikke traume eller vonde hendingar, og som nettopp difor slit med å finne ein grunn å attribuere til slik at det kan gi meining at dei finn det vanskeleg å leve. Eg har oftast møtt dei som unge menneske, slike som med for stort alvor svarar på vår kultur sin bodskap om kva det vil seie å vere vellukka, og det personlege ansvaret for å realisere seg sjølv. Det er slike som går inn for å *prestere* seg sjølv både som sjel og kropp, og som difor aldri kan gi seg sjølv fri frå medvitnet si overvaking *av* seg sjølv, og frå viljen sin «tyranni» til å skape seg sjølv, før dei kan vere seg sjølv. Slik øydelegg dei ikkje berre kroppen si sjølvregulering (som ved anorexia), men også tilliten til eigen eksistens slik den som sjølvregulering ytrar seg som spontanitet i det gode liv. Vi kan sjølvsagt kalle slikt ei psykisk lidning, men det er samstundes tale om ein kulturell epistemologisk feil som kjem til uttrykk gjennom individet.

Ein terapeutisk teori vil vanlegvis også impliserer ein teori om patologi - ein teori som gjer greie for sannsynlege årsaker for den tilstanden ein skal freiste å kurere. Ein slik teori kan for så vidt vere godt underbygd empirisk, utan at det treng å vere avgjerande for at den praksisen som følgjer av teorien gir terapeutisk utbytte. Terapi gjeld endring og dermed det framtidige - og teoriar om endring treng tydelegvis ikkje vere ein teori om årsak. Det er som med sjakk, du treng ikkje ha kunnskap om dei trekka som alt er gjort for å vurdere om neste trekk er godt eller dårleg. Statistiske og mulege kausale samanhengar for utvikling av psykiske lidningar er sjølvsagt vesentleg kunnskap, men dette gjeld alltid det allmenne og generelle som sjeldan gir god prediksjon for det partikulære, det individuelle. Skal ein studere samanhengar mellom samfunnsmessige tilhøve og psykiske lidningar, er «det fenomenologiske» ein irrelevant mellomliggjande variabel. I møtet med den individuelle klienten som søker psykoterapi, er dette nivået derimot nødvendig som innfallsvinkel. Det er difor ikkje kausalfaktorane i lidinga som diagnostisk

klasse ein då tek utgangspunkt i, men korleis personen sjølv kausalforklarar tilstanden og plagene sine. Det er som eg elles har vist med magi, dei forteljningane vi skaper kan lett *bli* seg sjølve - på godt og på vondt. Å forhalde seg til klienten der klienten er, er ei utsegn om terapi dei fleste terapeutar vil slutte seg til, og det må nettopp tyde å ta utgangspunkt i klienten sitt meningsunivers.

Det er heller ikkje slik at folk søker terapi for alt som er vondt og vanskeleg. Det er når det vonde og vanskelege anten *ikkje* gir mening, eller den meininga klienten har skapt i seg sjølv er det vonde og vanskelege, at ein kan seie vi har med eit psykologisk problem å gjere. Vi kan til dømes seie at ein person som har sterke kjensler i form av gråt vekslende med sinne, kan ha eit psykologisk problem. Legg vi til at situasjonen gjeld at eit menneske som har stått denne personen nær plutsleg har gått bort, kan vi attribuere ei mening til det heile og kalle det sorg. Sorg er vondt, men ikkje eit psykologisk problem med mindre den varer slik at personen ikkje lenger finn mening i kvifor. Langt verre er det om ein har nekta kroppen å gjennomleve dette slik at kjenslene dukkar opp på eit langt seinare tidspunkt i livet (posttraumatiske tilstandar) når konteksten ikkje lenger gjer dei meningsfulle, og attribuering til sjølv (det er noko gale med meg) er det sannsynlege alternativet. Eg argumenterer med andre ord for at når folk kjem til psykoterapi (uansett kva vi kallar lidningane deira) er utgangspunktet fenomenologisk sett eit meningsproblem. Dette problemet kan vi «diagnostisere» som *underskot* på mening eller *tap* av mening, eller ein *meningsfeil* i den tyding at den genererer handlingar og opplevingar som held vedlike og utviklar det vonde. En passant kan vi sjå det vi elles omtalar som psykologiske forsvarsmekanismar også i eit slikt perspektiv. Dei er ulike måtar å unngå, forvrengje eller endre mening på som rett nok kan fungere adaptivt fordi dei gir effekt på kort sikt, men som i neste omgang blir løysingar som blir sjølv problemet fordi den epistemologiske feilen dei byggjer på skaper ein rigiditet som hindrar ny læring og adaptiv fleksibilitet.

Spør vi i neste omgang kva meininga på innhaldsplanet vanlegvis gjeld, er mitt svar: *relasjonen*. Det vil seie at den i ulike variantar gjeld personen si oppfatning av seg sjølv, og at dette alltid inkluderer Den Andre. Er eg verdt noko, er der

andre som bryr seg, er dei tilgjengelege, kan eg stole på dei, kan eg fungere utan dei, kan eg bli elska - også når eg viser kven eg er? Folk kan ha gode grunnar i livsens røynsle for slik tvil, og på ulike måtar handlar dei ulike psykiske lidningane om det vi kan kalle tillits- og relasjonsskadar. Tilknytning til andre er ei sterk og vesentleg kraft. Vi kan med grunnlag i Bowlby (1969, 1973, 1980, 1988) si forskning hevde at vi er biologisk betinga for tilknytning, og difor har eit medfødt potensiale for å utvikle meinings skjema om andre og vårt forhold til dei - og difor også til å reagere aversivt når slike forhold vert forstyrra.

### **Terapi som kommunikasjon**

Eg har med dette samanfatta ein argumentasjon for at det bak mentale problem sine ulike måtar å tre fram på, er eit *vesen* som gjeld relasjon og mening, og meiningskonstruksjonar om relasjonar. Og det er nettopp dette også psykoterapien i sitt vesen dreier seg om. Transformasjon av mening er den «felles mekanismen» - ein nødvendig, men ikkje tilstrekkeleg føresetnad for terapeutisk utbytte, fordi denne transformasjonen kviler på eit bestemt relasjonstilhøve mellom terapeut og klient - i seg sjølv ein nødvendig, men ikkje tilstrekkeleg føresetnad. Desse to dimensjonane er i seg sjølv ikkje «terapeutiske», men blir det gjennom ein spesiell type kontekst. Det eg no har peika på svarar til dei dimensjonane ein ut frå kommunikasjonsteori vanlegvis vil kategoriserer som *innhaldsplanet* i kommunikasjonen, *relasjonsplanet* mellom dei som kommuniserer, og *konteksten* kommunikasjonen går føre seg i. Dette er analytiske og praktiske oppdelingar, men det er vesentleg at dei gjeld dimensjonar som vi ikkje kan isolere frå kvarandre, fordi dei kommuniserer og definerer kvarandre - med andre ord er delar i ein heilskap i systemteoretisk tyding. Eg skal drøfte både *innhaldsplanet* og *relasjonsplanet* i terapi litt seinare. For skal ei slik drøfting gjerast på meiningsfullt vis, er det nemleg avgjerande først å presisere ein del av det eg i breidde har drøfta tidlegare, nemleg den kulturelle og institusjonelle innramminga av desse dimensjonane. Eg skal gjere det ved å setje omgrepet *tillit* i fokus. Ein kontekst som vil vere terapeutisk må nemleg vere ein tillitskontekst.

### **Tillit**

Ein nødvendig føresetnad både for sjamanistisk og psykoterapeutisk læking er, slik eg har argumentert for, knytt til desse praksisane si kulturelle

institusjonalisering. Dette må eg presisere noko fordi det sjølvsagt ikkje er tale om den institusjonaliserte forma i seg sjølv, men korleis denne formar ein relasjon til klienten. Denne relasjonen er framfor alt ein tillitsrelasjon. Giddens (1997) diskuterer dette allment i perspektiv av moderniteten sine institusjonar. I det førmoderne, seier han, er slik tillit implisert i den altomfemnande rolla som det lokale spelar. Religion er alltid ein måte å organisere tillit på, og i det førmoderne er det på sett og vis ikkje enno oppstått ei differensiering som skaper avstand mellom individ og institusjonar. Moderniteten derimot er kjenneteikna ved ei slik differensiering og det Giddens kallar «utleiring av abstrakte system». Slike system opptrer som ekspertsystem som føreset ein tillitsrelasjon utover tillit som ein personleg og umiddelbar relasjon. Vi kan kalle dette *systemtillit* - og dagleglivet i det moderne vil ikkje kunne fungere utan slik tillit. Mangt av dette gjeld teknologisk tillit som igjen er knytt til tilliten til naturvitskapen som garantist for sikker kunnskap - ein tillit som på sett og vis har resultert i respekt for nesten alle former for ekspertkunnskap og faglege spesialiseringar. Det handlar til dømes om at når du set deg opp i eit fly så tek du det for gitt at dei ekspertsystema som gjer dette muleg for deg fungerer. Ein kan også hevde at jo mindre kunnskapar du sjølv har om «det å fly», dess meir er du avhengig av tillit. Tillit er på sett og vis ikkje noko ein kan gradere, all tillit er i ei viss tyding blind tillit. Tillit er nødvendigvis også eit spørsmål om tru - ikkje sjølv tru, men det som spring ut av denne. I praktisk tyding vil det alltid vere slik at tilliten si rolle først vert synleg når den manglar. Når den er der, er den kjenneteikna ved at den «ikkje er der» - den kjem til uttrykk ved at vi tek noko for gitt, det vi ikkje stiller spørsmål ved.

Sidan omgrepet systemtillit assosierer til konkrete system er det, slik eg har gjort greie for tidlegare, nødvendig å gjere eksplisitt ein overordna og meir abstrakt tillitsdimensjon som systemtilliten er relatert til, nemleg det vi kan kalle *epistemologisk tillit*. Dette er tillit på eit nivå som er logisk overordna tilliten til det einskilde ekspertsystemet og den spesifikke kunnskapsbasen det kviler på. Det gjeld meir den generelle kulturell epistemologien, eller tilliten til visse måtar å sjå verda på. Det kan gjelde tillit til vitskaplege tenkje- og forklaringsmåtar generelt sett, men også tilliten til den åndelege versjonen om røynda i dei kulturane som sjamanen utøver praksisen sin i. Det kan gjelde den generelle tilliten til den kristne

religionen sitt meiningsunivers, uavhengig av om denne tilliten vert «kvittert for» som systemtillit til statskyrkja eller andre trussamfunn - eller for så vidt tillit til ei kvar tolking av dei religiøse skriftene. For psykoterapien sitt vedkomande er denne tilliten ein del av vitskapen som tillitsdimensjon i vår kultur, ein tillit som er til stades gjennom at vi både tek for gitt at det er noko som heiter «psykiske lidingar» og at «psyke» er noko ein kan avgrense og ha ekspertkunnskapar om, slik at slike lidingar kan kurerast. Dette treng ikkje tyde at ein har tillit til ein kvar versjon av psyken, eller måtar ein kan kurere den på.

I vår kultur er psykoterapi ein ekspertpraksis legitimert gjennom vitskapen som kunnskapsbase, og som verksemd institusjonalisert i helseomsorgssystemet. Poenget mitt kan enklast seiast slik at skal psykoterapi gi resultat er det ein nødvendig føresetnad at både epistemologisk tillit og systemtilliten er til stades. Reint praktisk vil dette også vere ein selektiv mekanisme i den tydinga at når slik tillit ikkje er der, vil sjansane også vere små for at ein aktuell person oppsøker psykoterapi<sup>1</sup>. Som nødvendig føresetnad er epistemologisk tillit og systemtillit i neste omgang grunnlaget eller kontekst for utvikling av tilliten i den personlege relasjonen til terapeuten. Terapeuten er eksperten ved adgangsporten til systemet, og er samstundes systemet sitt andlet. Han representerer såleis sambandet mellom epistemologisk tillit, systemtillit og den personlege tilliten. Vi kan seie det slik at dei to første er ein nødvendig, men ikkje ein tilstrekkeleg føresetnaden for den personlege tilliten. Ein kan med andre ord tenkje seg systemtillit utan personleg tillit, og i eit visst mon at det kan oppstå personleg tillit utan systemtillit. Den tillitsrelasjonen som skal kunne fungere terapeutisk må derimot inkludere alle desse dimensjonane. I ein annan språkbruk er dette vesentlege aspekt ved terapeuten som *rolle*. Både epistemologisk tillit og systemtillit blir «personifisert» gjennom terapeuten si evne til å iscenesette ei truverdig rolle. Dette kan forklare noko av grunnen til den svake samanhengen mellom kompetanse og terapeutisk effektivitet. Det vesentlege er nemleg klienten sin persepsjon (rollepersepsjon) av denne kompetansen, ikkje den kompetansen terapeuten faktisk har. At den faktiske kompetanse likevel burde auke sjansane for ei truverdig iscenesetting av

---

<sup>1</sup> Eit døme på dette kan vere at personen tilhøyrer ei religiøs sekt som Jehovas vitne, ei sekt som ikkje har tillit til helseomsorgssystemet.



rolla, bør likevel vere ein rimeleg hypotese. Med dette som klargjering og kontekst for resonnementet vidare, skal eg vende tilbake til det kommunikative forholdet mellom terapeut og klient - det lokale relasjonsforholdet eg i denne samanhengen vil kalle den terapeutiske relasjonen.

### **Den terapeutiske relasjonen**

Sjølve relasjonen mellom klient og terapeut har eg drøfta inngåande tidlegare i samband med vurdering av psykoterapiforskinga. Dei aspekta som kjem fram gjennom omgrepa epistemologisk tillit og systemtillit har i denne forskinga stort sett vore fråverande, og dermed har ein vesentleg bindelekk mangla mellom terapiromet som lokal og kulturell kontekst. Når fokuset no igjen er den terapeutiske relasjonen er det heilt sentralt i resonnementet mitt at det vert sett *i kontekst av* analysen ovanfor. Vi kan ta utgangspunkt i at psykoterapi typisk går føre seg som språkleg samhandling mellom terapeut og klient. Som i all mellommenneskeleg kommunikasjon kan vi analytisk skilje mellom *relasjonsplanet* og *innhaldsplanet* i kommunikasjonen. Relasjonsplanet gjeld korleis forholdet mellom dei to vert definert, tolka og oppfatta. Med innhaldsplanet kan vi meine den verbale praksisen, språk og tematisering, kategoriseringane og meningskonstruksjonane om det saksmessige som er utgangspunktet for sjølve terapien. Bodskapar på dette planet kan også vere bodskapar om relasjonsplanet, og relasjonsplanet vil ha innverknad på korleis bodskapar på innhaldsplanet vert oppfatta. Punktuert frå terapeuten sin posisjonen kan vi seie at aktuelle teoriar gjer seg gjeldande på innhaldsplanet ved å generere og koordinerer terapeuten si atferd.

Med dette skiljet i mente kan vi seie at hovudfokuset i psykoterapiforskinga har vore å jakte på dei spesifikke mekanismane på innhaldsplanet - dei ulike teoriane sett som ulike innhald. Når forskinga tyder på at teoriane stort sett er ekvivalente i forhold til terapeutisk utbytte (dodoerklæringa), vert det logisk å spørje om dette skuldast ein «felles mekanisme» som gjer seg gjeldande i alle terapiar og som kan forklare både effektivitet og mangel på effektivitet. Deretter kan ein «jakte på» denne mekanismen anten på innhaldsplanet eller på relasjonsplanet. Vi har til dømes sett at enkelte som følgje av dodoerklæringa har gått så langt som å hevde

at «innhaldet» er uvesentleg - det terapeutiske ligg i relasjonen. Dette er etter mi vurdering ei feilslutning som byggjer på at ein forvekslar innhald med spesifikt innhald - altså ei samanblanding av nivå. Kva innhaldet spesifikt er ser ikkje ut til å vere avgjerande. Slik kan ulike innhald tilsynelatande vere ekvivalente, men det kan ikkje vere uvesentleg at der *er* eit innhald som er truverdig og som kan tilføre noko nytt slik at både reorganisering av meining og skaping av ny meining vert muleg. Motsett kan vi seie at eit relasjonsplan utan eit innhaldsplan med slike eigenskapar, ikkje kan vere eit terapeutisk forhold. Derimot kan det eventuelt vere eit godt omsorgsforhold. På den andre sida kan vi seie at eit både artikulert og truverdig innhald i seg sjølv ikkje kan tyde noko terapeutisk, utan eit relasjonsplan som kan bere budskapet og gjere mottakaren mottakeleg. Utan aksess ingen kommunikasjon, utan kommunikasjon ingen strukturell kopling - og utan strukturell kopling inga endring. Det eg vil ha fram er at den typen resonnement som fokuserer det eine planet framfor det andre, er eit blindspor. Vi kan rett nok drøfte dei kvar for seg, slik eg skal gjere, men det avgjerande for ein relasjon som har eit terapeutisk potensiale er ein balanse (ingen dominerer) i forholdet mellom desse plana. La oss sjå på dei kvar for seg.

### *Innhaldsplanet*

La meg først vise til samanhengen mellom innhaldsplanet slik det viser seg dialogisk i det kliniske systemet, og den kulturelle og sosiale konteksten denne samtalen og meningskonstruksjonen er ein tekst innan. Slik eg har drøfta dette tidlegare held ikkje den naive førestellinga om «teorien som instrument» som ein frå ein tilskodarposisjon kan nytte til å avdekkje og reparere - ein er samstundes deltakar og konstruerer det ein avdekkjer. Denne konstruksjonen er i neste omgang grunnlaget for klienten sin rekonstruksjon. Å kontrollere innhaldsplanet er i utgangspunktet ein maktposisjon, og delar av moderne psykoterapi kan med rette kritiseras for at ein ikkje har gjort synleg denne diskursive makta, eller gjort den til ein reint fagleg diskurs som kamuflerer at den samtidig like mykje er ein normativ diskurs. Normative vurderingar, etikk og moral, gjeld difor ikkje berre relasjonsplanet slik ein oftast drøftar slike spørsmål i forhold til. Med fare for urettvis generalisering er det etter mitt syn også ei kritisk innvending mot psykoterapien at den einsidig har dyrka ein individualiserande diskurs som isolerer

menneskelege problem frå den samfunnsmessige konteksten dei er ein del av. Difor kan ein til dømes kome til å gjere det som er ein kulturell epistemologisk feil til ein individuell epistemologisk feil, og dermed auke belastninga på det individuelle sjølv i staden for å lette trykket. Ein kvar diskurs som kallar seg psykoterapeutisk treng difor ikkje i seg sjølv å fungere terapeutisk, om vi med det meiner noko som har med frigjering å gjera. Den kan også auke bindinga og framandgjeringa. Når vi difor talar om spesifikke innhald som ekvivalente, kan dette difor ikkje gjelde kva innhald som helst. At psykoterapeutiske praksisar kan nære framandgjerande meiningskonstruksjonar er ei drøfting som er altfor svak i dei psykoterapeutiske lauga, men den er likevel ikkje hovudsaka mi her. Derimot skal eg abstrahere nokre strukturelle kjenneteikn, eller formale føresetnader for eit innhaldsplan som kan fungere terapeutisk. Eg skal konkludere først, og grunnkje etterkvart. *Innhaldsplanet, sett som eit forhold mellom terapeut og klient, må representere ein balanse mellom det som er **likt** mellom dei og det som er **ulikt**.* Det som er likt har sin kontekst og nødvendige, men ikkje tilstrekkelege føresetnad i den epistemologiske tilliten. Dernest gjeld det den *lokale epistemologien*, korleis terapeut og klient forstår og oppfattar klienten og klienten sitt problem. I kapittel 16. drøfta eg eit kasus som galdt ei hjarteliding der klienten for så vidt aksepterte «psykisk» som forklaringskategori (epistemologisk tillit), men ikkje at denne galdt ho. Ein annan klienten eg eingong hadde var tilvist frå ein lege med bakgrunn i ein tvangstanke om at håret hennar (det var stort og frodig) var i ferd med å forsvinne. Ho vart ikkje verande lenge, og forsvann truleg til ein frisør sidan ho fann ut at psykologar korkje kunne forklare håravfall eller få det til å vekse igjen. Døme kan også vere klientar som har psykiske problem dei attribuerer til tilhøve på arbeidsplassen, og som klagar over terapeuten som berre «vil prate om barndomen». Det kan også gjelde klienten som går til legen med vanskane sine, og kjem til psykologen etterpå utan å ha innløynt pilleresepten fordi han ikkje kan akseptere at det er «kjemi» det handlar om. Poenget mitt er at skal den terapeutiske samtalen på innhaldsplanet kunne bli etablert og utvikle seg, må den bygge på lokal epistemologisk tillit, og denne må som minimum gjelde likskap i den attribusjonsdimensjonen som gjeld domenet for lokalisering av årsak. At det undervegs, og som resultat av terapien, skjer ei reattribuering av dette er ei anna sak.

Dermed er vi over i argumentasjonen for det ulike. Det som er likt er grunnlaget for opplevinga av å bli forstått, slik dette til dømes er vesentleg i ein vennerelasjon. Men om ikkje noko var ulikt, ville det heller ikkje kunne oppstå noko nytt - dvs. endring. Det som er ulikt vert generert gjennom terapeuten si evne til teoretisk og analytisk refleksjon. Denne praksisen, eller dette nivået, ser eg som nødvendig i seg sjølv - overordna det spesifikke innhaldet i refleksjonen. Eg vil først minne om tidlegare analyse av at det i terapi gjeld eit meningsproblem - eit meningstap eller ein epistemologisk feil. Vi kan sjå klienten i utgangspunktet som fanga i si eiga innside, som *insider* i forhold til terapeuten sin posisjon som *outsider*. Skal terapeuten kunne vere terapeut må han på den eine sida kunne setje seg inn i, gjere seg til insider i klienten si verd, og samstundes ivareta posisjonen sin som outsider. Dette er nemleg ein føresetnad for at klienten sjølv kan «kome på utsida» - bli outsider i forhold til den innsida som fangar han. Sidan teoretisk eller analytisk refleksjon i prinsippet er abstrahering og ein måte å skape distanse på, er dette også ein føresetnad for å skape alternativ og frigjering. Denne refleksjonen gjeld på den eine sida terapeuten sin *indre dialog* - og på den andre sida denne som føresetnad for å halde ved like og skape den *ytre dialogen*. Terapeuten sin indre dialog er også viktig for at han kan halde vedlike posisjonen sin og rolla si som *ulik*, og unngå at han sjølv vert utsett for meningstap eller blir «epistemologisk slukt» av klienten si innside. Det er dette som er forståinga bak påstanden min innleiingsvis om at «teorien fungerer terapeutisk først og fremst for terapeuten». Men dette er altså ein «terapi» som er nødvendig også for klienten og for at den ytre dialogen ikkje skal bryte saman, men stendig vere modig og utforske skilnader som kan skape ny mening. I sum kommuniserer dette tillit til terapeuten som «ein som veit» og som kan forhalde seg til klienten sitt meningsproblem med sjølvtilit utan frykt og angst. I neste omgang er dette grunnlaget for klienten sitt *håp* - ei avgjerande opning for utbytte. Dei nye meningsversjonane, om lidinga og kva som skaper den, om klienten og forholdet til andre, kan i prinsippet «forteljast» på ulike vis. Dei ulike teoretiske tradisjonane vil utifrå sine eigne meningsstrukturar generere ulike forteljingar. Det avgjerande må vere at desse forteljingane samstundes «blir klienten» slik at meningsproblemet blir korrigert. Om dette nye, eller det som er ulikt, ikkje var

balansert med det som er likt, ville det i beste fall vere ei utvendig forteljing, ein intellektuell leik - i verste fall ei autoritær forteljing. Det kan nok vere at sjølv om fenotypen i forteljingar som fungerer terapeutisk kan vere ulike, kan det likevel vere visse genotypiske fellestrekk ved dei som gjer dei terapeutiske. Sjølv om eg ikkje skal gå vidare på dette sporet i denne samanhengen, er det ein rimeleg hypotese at dei mellom anna byggjer på eit attribusjonsskjema som aukar klienten si oppleving av meistring og kompetanse.

### *Relasjonsplanet.*

Eg skal nytte tilsvarende logikk om relasjonsplanet. Kva dette planet gjeld har eg drøfta utførleg i kapittel 26, og eg skal ikkje peike på noko nytt i forhold til det som vart teke opp der. Derimot skal eg abstrahere etter ein logikk som gjer det lettare å fokusere det viktige framfor det mindre viktige, og omgå noko av den floraen av dels synonyme og dels overlappende omgrep som lett forvirrar når ein drøftar dette. Påstanden min er lik den om innhaldsplanet: *relasjonsplanet, sett som eit forhold mellom terapeut og klient, må representere ein balanse mellom det som er **likt** mellom dei og det som er **ulikt***. Det som gjeld det like synest eg best er omfatta av omgrepet empati. Empati byggjer på gjenkjenning og dermed likskap, den umiddelbare og emosjonelle opplevinga av den andre som medmenneske. Igjen minner eg om oppfatninga mi om *relasjonen* som ingrediens i det psykiske lidingar oftast gjeld. Empati er kommunikasjon om relasjon, gjenkjenning er nemleg samstundes anerkjenning: du er eit menneske eg kjenne meg igjen i, difor har vi noko som er felles (likt), og ved å erkjenne dette anerkjenner eg deg. Empati har ingen ting med formalkompetanse å gjere, her kan den leke og den paraprofesjonelle vere like «god» som den lærde. Men empati aleine, eller eit relasjonsplan bygd berre på det som er likt, skaper ikkje noko nytt. Rett nok kan det kjennest godt ut for klienten, men også truande i og med at det i verste fall kan ende med to som er ulukkelege i staden for ein. Det like må samstundes vere forankra i det som er ulikt, nemleg ein posisjon og ei rolle der terapeuten er «den andre som tek i mot og toler det han tek i mot». Ein ven forpliktar, ein terapeut har du som klient ikkje noko ansvar for. I det komplementære rolletilhøvet mellom terapeut og klient gjeld det terapeuten sitt ubetinga ansvar for relasjonsplanet og evna til å stå støtt slik at klienten finn det trygt å vise seg som menneske. Dette er

på eit vis ein kjærleiksdimensjon, sjølv om ein vanlegvis ikkje nyttar eit slikt omgrep om terapi. Det handlar nemleg om å kunne ta imot den andre utan gjenyting - ein kjærleik som ikkje bind, men set fri slik vi prototypisk kan assosierer til foreldrekjærleik. I terapi er omsorg det mest nærliggjande omgrepet.

### Konklusjon

Gjennom denne analysen har eg differensiert ut nokre dimensjonar og tilhøvet mellom dei som i sum fangar det særeigne ved ein terapeutisk relasjon som fungerer terapeutisk. Om vi kombinerer desse dimensjonane som i figur 28-1, ser vi også at denne logikken «fell på plass» i velkjende omgrep.

|       | Relasjonsplan | Innhaldsplan |
|-------|---------------|--------------|
| Likt  | Empati        | Forståing    |
| Ulikt | Omsorg        | Erkjenning   |

Figur 28-1. Differensiering av den terapeutiske relasjonen

Fordelen med denne analysen er at det vert synleg for oss at korkje empati, forståing, omsorg eller erkjenning (innsikt) er kvalitetar som kan stå åleine, men at dei så å seie oppstår *gjennom* eit mønster som samstundes bind dei saman. Det blir difor meiningslaust å isolere dei «som terapeutiske faktorar». Dersom denne terapeutiske relasjonen er optimal, vil den «kommunisere» på fleire plan. Terapien vil handle om *mening og relasjonar*, og *mening om relasjonar* i klienten sitt liv - samstundes som det er nettopp dette som lever seg ut i terapiromet sitt her og no. Den terapeutiske konteksten blir såleis både ei konkretisering og ei symbolisering av livsens sentrale dilemma. Sjølve situasjonen kommuniserer eit vesentleg paradoks ved at det å vere i terapi tyder «du skal forandre deg» samstundes som den terapeutiske relasjonen kommuniserer «du er verdsett som du er». Fleire viktige budskapar spring ut av dette. Den viktigaste er alt nemnt, nemleg *håpet*. Deretter *vegen* - at der er ein slik til noko som er betre, og til sist *motet* og *evna* til

å gå den. Og ofte er vegen kortare enn mange har trudd. Å gje opp å forandre seg er i terapeutisk tyding nemleg ei vesentleg forandring når den byggjer på akseptering og respekt for seg sjølv.

### **Den terapeutiske konteksten**

Det står igjen å samanfatte. Hovudsynet mitt er altså at psykoterapi er å skape ein kontekst som fremmer den individuelle adaptasjonen gjennom transformasjon av meining. Konteksten blir det medium som denne adaptasjonen skjer i. I jakta vår på kva det er som verkar når psykoterapi verkar, kan vi difor ikkje isolere dei ulike elementa, slik eg her har presisert dei, frå kvarandre. Det er nemleg ikkje spesifikke element eller innhald, men relasjonane mellom dei og det mønsteret som vert skapt som er terapeutisk. I hierarkisk rekkefølge, lest slik at eit punkt utgjer kontekst for dei neste, skal eg samanfatte dette som eit sett av nødvendige, men kvar for seg ikkje tilstrekkelege vilkår for dette mønsteret - eller den terapeutiske konteksten.

1. Subjektiv lidning
2. Epistemologisk tillit
3. Systemtillit
4. Truverdig rolle som terapeut
5. Ein terapeutiske relasjon som på *innhaldsplanet* har ein balanse mellom det som er likt (forståing) og det som er ulikt (erkjenning)
6. Ein terapeutiske relasjon som på *relasjonsplanet* har ein balanse mellom det som er likt (empati) og det som er ulikt (omsorg)
7. Ein terapeutiske relasjonen som har balanse mellom *innhaldsplanet* (punkt 5) og *relasjonsplanet* (punkt 6).

Til saman gjeld desse punkta det som etter mitt syn er tilstrekkeleg for å fremme den individuelle adaptasjonen - tilstrekkeleg for at det potensialet for læking, vekst og utvikling som er innebygd i livet sjølv kan ha gode vilkår. Ein slik teori om den terapeutiske konteksten er samstundes ein metateori i forhold til dei tradisjonelle psykoterapeutiske teoriane. Dei kan alle gjere seg gjeldande som sjangrar eller språk å skape meining gjennom. Teorien kan også inkludere

sjamanismen og i og for seg andre typar terapiar med både esoterisk og uvitskapleg teorigrunnlag. I medisinsk behandling vil ein slik kontekst vere optimal for å fremje sjølvlækning og placebo, og i alternativ medisinsk behandling i mange samanhengar ofte tilstrekkeleg for å forklare lækning. Dessutan er det ein teori som ikkje er i motstrid til den empiriske psykoterapiforskinga, men tvert om kan gjere skjønneleg dei resultata ein finn der.

Er dette då alt? Det er i alle fall nok til at vi kan halde fram med vår samtale om ulike måtar å setje dette i verk på. Det vi derimot audmjukt må erkjenne er at det som lækjer til sist er eit potensiale i klienten sjølv - det er ikkje «ei kraft» som kjem utanfrå korkje som varme hender, magiske amulettar eller psykoterapeutiske fortolkingar. Derimot er det ikkje så reint lite å kunne vere den som kan bidra til å setje desse kreftene fri. For den terapeutiske konteksten er ikkje gitt, den er avhengig av sin liturg - ein som isceneset, aktualiserer og gjer det heile truverdig. Berre ein liturgi som «lever» kan bli ein liturgi som lækjer.



## LITTERATUR

- Aakster, C. W. (1986): Concepts in alternative medicine. *Social Science and Medicine*, 22, 265-73.
- Abbot, A. (1988): *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Achterberg, Jeanne (1985): *Imagery in Healing: Shamanism and Modern Medicine*. Boston: Shambhala.
- Ackerknecht, E.H. (1968): *A Short History of Psychiatry*. New York: Hafner.
- Ader, R. (1981): *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Ader, R. (1985): Conditional immunopharmacologic effect in animals: Implication for a conditioning model of pharmacotherapy. I L. White, B. Tursky og G. E. Schwartz (red): *Placebo: Theory, research and mechanisms*. New York: Guilford Press.
- Ader, R. og Cohen, N. (1975): Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-340.
- Ader, R.; Felten, D.L. og Cohen, N. (1991): *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press.
- Ajzen, I. og Fishbein, M. (1973): Attitudes and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 401-15.
- Alexander, J.F.; Holtzworth-Munroe, A. og Jameson, P. (1994): The process and outcome of marital and family therapy: Research overview and evaluation. I Garfield, A.E. Bergin og S.L. (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Allen, J.; Newsom, G.; Gabbard, G. og Coyne, L. (1984): Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48, 383-400.
- Allport, G. (1968): *The person in psychology*. Boston: Bacon Press.

- Alver, B. G. og Selberg, T. (1990): *Det er mer mellom himmel og jord. Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling*. Bergen: Etno-folkloristisk institutt, Univ. i Bergen.
- Alver, B. G. og Selberg, T. (1985): Folkemedisin som kulturelt system. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 26, 118-32.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.utg.)*. Washington, DC: APA.
- Andersen, T. (1987): The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (Ed.) (1991): *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W.W. Norton.
- Anderson, H. og Goolishian, H. (1988): Human systems as linguistic systems. *Family Process*, 27, 371-394.
- Anderson, T. og Strupp, H. H. (1996): The ecology of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-782.
- Andrews, G. og Harvey, R. (1981): Does psychotherapy benefit neurotic patients: A re-analysis of the Smith, Glass, & Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Antaki, C. (1988): *Analyzing Everyday Explanation*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Apple, D. (1960): *Sociological Studies of Health and Illness*. New York: McGraw-Hill.
- Arabian, J. M. og Furedy, J. J. (1983): Individual differences in imagery ability and Pavlovian heart rate decelerative conditioning. *Psychophysiology*, 20, 325-331.
- Ariès, P. (1980): *Barndommens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Arkin, R. M. og Baumgardner, A. H. (1985): Self-Handicapping. I J. Harvey, & G. Weary (red): *Attribution. Basic issues and applications*. San Diego: Academic Press.
- Armstrong, D. (1987): Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social Science and Medicine*, 25, 1213-1218.
- Avina, R. L. og Schneiderman, L. J. (1978): Why patients choose homeopathy. *Western Journal of Medicine*, 128, 366-69.
- Bachelor, A (1988): How client perceive therapist empathy. *Psychotherapy*, 25,

227-240.

- Bachelor, A. (1991): Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Bales, R. (1950): A set of categories for the analysis of small group interaction. *American Sociological Review*, 15, 257-263.
- Balint, M. (1968): *The Doctor, his Patient and the Illness*, (2nd edn.). London: Pitman.
- Balint, M., Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M. og Woodcock, J. (1970): *Treatment or Diagnosis. A study of direct prescriptions in general practice*. London: Tavistock Publications.
- Balis, G. U. (1982): The therapeutic relationship and the placebo effect. *La Vie medicale au Canada francais*, 11, 444-457.
- Balzer, M. M. (1983): Doctors or Deceivers? The Siberian Khanty Shaman and Soviet Medicine. I L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman og L.R. Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978): On distinguishing between logical and empirical verification. A comment on Smedslund. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 97-99.
- Bandura, A. (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. og Walters, R. (1963): *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barabasz, A.F.; Baer, L.; Sheehan, D.V. og Barabasz, M. (1986): A three year follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 169-181.
- Barber, J. (1987): On not beating dead horses. *British Journal of Experimental and clinical Hypnosis*, 4, 156-157.
- Barber, T. X. (1984): Changing "unchangeable" bodily processes by (hypnotic)

suggestions: A new look at hypnosis, cognitions, imaging, and the mind-body problem. I A.A. Sheikh (red): *Imagination and Healing*. Farmingdale, NY: Baywood.

- Barber, T. X., Spanos, N. P., og Chaves, J. F. (1974): *Hypnotism, Imagination, and Human Potentialities*. New York: Pergamon Press.
- Barlow, D.H. (1996): Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050-1059.
- Barlow, D.H. og Cerny, J.A. (1988): *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford.
- Baron, A., Kaufman, A. og Stauber, K. A. (1969): Effects of instructions and reinforcement-feedback on human operant behavior maintained by fixed-interval reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12, 191-196.
- Barrett-Lennard, G.T. (1962): Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 1-33.
- Barrett-Lennard, G.T. (1981): The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100.
- Barron, F. og Leary, T. F. (1955): Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 239-245.
- Bartrop, R.W.; Lazarus, L.; Luckhurst, E.; Kiloh, L.G. og Penny, R. (1977): Depressed lymphocyte function after bereavement. *The Lancet*, 1, 834-836.
- Basch, M.F. (1983): Empathic understanding. A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 331, 101-126.
- Basham, R.B. (1986): Scientific and practical advantages of comparative design in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 88-94.
- Basso, K. og Selby, H. (1976): *Meaning in anthropology*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Bateson, G. (1972): *Steps to an Ecology of Mind*. London: Chandler publ.
- Bateson, G. (1979): *Mind and Nature: A necessary Unity*. N.Y.: Dutton.
- Bateson, G. og Bateson, M.C. (1987): *Angels Fear. Towards an epistemology of the sacred*. New York: Macmillan.

- Beck, A.T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becker, H. S. (1963): *Outsiders*. New York: Free.
- Beckham, E.E. (1989): Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect? *Journal of Clinical Psychology*, 45, 945-950.
- Beecher, H. (1955): The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159, 1602-1606.
- Beecher, H. (1961): Surgery as placebo. *Journal of the American Medical Association*, 176, 1102-1107.
- Beecher, H. (1968): Placebo effects of situations, attitudes and drugs: A quantitative study of suggestibility. I K. Rickels (red): *Nonspecific factors of drug therapy*. Springfield, IL: Thomas.
- Begg, C.B. og Berlin, J.A. (1988): Publication bias: A problem in interpreting medical data. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 151, 419-463.
- Bem, D. J. (1972): Self-perception theory. I L. Berkowitz (red): *Advances in experimental social psychology (vol. 6)*. New York: Academic Press.
- Bem, S. og Keijzer, F. (1996): Recent changes in the concept of cognition. *Theory & Psychology*, 6, 449-469.
- Benowitz, S. (1996): Psychoneuroimmunology finds acceptance as science adds evidence. *Science*, 10, 14-15.
- Benson, H. (1979): *The mind body effect*. New York: Simon and Schuster.
- Benson, H. og McCallie, D. P. (1979): Angina pectories and the placebo effect. *New England Journal of Medicine*, 300, 1424-1429.
- Berg, A. O. (1983): The placebo effect reconsidered. *Journal of Family Practice*, 17, 647-650.
- Berger, P. og Luckmann, T. (1966): *The Social Construction of Reality*. London: Allan Lane.
- Bergin, A.E. og Strupp, H.H. (1972): *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. New York: Aldine.
- Bergin, A.E. (1971): The evaluation of therapeutic outcomes. I S.L Garfield og A.E. Bergin. (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

- Bergin, A.E. og Garfield, S.L. (1994a): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Bergin, A.E. og Garfield, S.L. (1994b): Overview, trends, and future issues. I S. L. Garfield og A.E. Bergin. (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Bergin, A.E. og Suinn, R.M. (1975): Individual psychotherapy and behavior therapy. *Annual Review of Psychotherapy*, 26 509-556.
- Berglas, S. og Jones, E. E. (1978): Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 405-417.
- Berlin, J.A.; Begg, C.B. og Louis, T.A. (1989): An assessment of publication bias using a sample of published clinical trials. *Journal of the American Statistical Association*, 84, 381-392.
- Berman, J.S. og Norton, N.C. (1985): Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-406.
- Bernal, J. D. (1978): *Vitenskapens historie. Bind 2*. Oslo: Pax Forlag.
- Bernstein, D. A. og Nietzel, M. T. (1977): Demand characteristics in behavior modification: The natural history of a "nuisance". I M. Hersen, R. M. Eisler og P. M. Miller (red): *Progress in Behavior Modification. (Vol. 4)*. New York: Academic Press.
- Bertalanffy, L. von (1956): General systems theory. *General Systems Yearbook*, 1, 1-10.
- Besedovsky, H., del Rey, A. og Sorkin, E. (1985): Immunological-neuroendocrine feedback circuits. I R. Guillemin, M. Cohn, & T. Melnechuk (red): *Neural modulation of immunity*. New York: Raven Press.
- Besedovsky, H.; Sorkin, E.; Felix, D. og Haas, H. (1977): Hypothalamic change during the immune response. *European Journal of Immunology*, 7, 323-325.
- Beutler, L.E. (1979): Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-892.
- Beutler, L.E. (1983): *Eclectic psychotherapy. A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L.E. (1991): Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59,

226-232.

- Beutler, L.E. og Clarkin, J.F. (1990): *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L.E.; Machado, P.P. og Neufeldt, S.A. (1994): Therapist variables. I S.L. Garfield og A.E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change (4.utg.)*. New York: Wiley.
- Bishop, M. P. og Gallant, D. M. (1966): Observations of placebo response in chronic schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 14, 497-503.
- Blalock, E., Harbour-McMenamin, D. og Smith, E. (1985): Peptide hormones shaped by the neuroendocrine and immunologic systems. *The Journal of Immunology*, 135, 858-861.
- Blalock, J.E. og Smith, E.M. (1985): The immune system: our mobil brain? *Immunology Today*, 6 .
- Blanchard, E.B. og Andrasik, F. (1982): Psychological assessment and treatment of headache: Recent developments and emerging issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 859-879.
- Bloom, F. (1985): Neuropeptides and other mediators in the central nervous system. *The Journal of Immunology*, 135, 743-745.
- Bootzin, R. R. og Lick, J. R. (1979): Expectancies in therapy research: Interpretive artifact or mediating mechanism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 852-855.
- Bootzin, R. R., Herman, C. P. og Nicassio, P. (1976): The power of suggestion: another examination of misattribution and insomnia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 673-674.
- Bordin, E.S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Borgenhammar, E. (1994): *Att vårda liv: organisation, etik, kvalitet*. Stockholm: SNS förlag.
- Borkovec, T.D. (1982): Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 880-895.
- Bourne, H. R. (1971): The placebo - a poorly understood and neglected therapeutic agent. *Rational Drug Therapy*, 5, 1-6.
- Bowers, T. og Clum, G. (1988): Relative contributions of specific and nonspecific

treatment effects: Meta-analysis of placebo-controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin*, 103, 315-323.

- Bowlby, J.(1969): *Attachment: Attachment and loss, Vol 1*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973): *Separation, Anxiety and Anger. Attachment and Loss, Vol.2*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980): *Loss: Sadness and Depression. Attachment and Loss, Vol.3*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988): Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bradley, J. (1971): *Machs philosophy of science*. London: The Athlone Press.
- Brewer, W. F. (1974): There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. I W. B. Weimer og D. S. Palermo (red): *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Brockner, J. og Swap, W. C. (1983): Resolving the relationship between placebos, misattribution, and insomnia: An individual-differences perspective. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 32-42.
- Brodeur, D.W. (1965): The effects of stimulant and tranquilizer placebos on healthy subjects in real-life situation. *Psychopharmacologia*, 7, 444-452.
- Brody, H. (1980): *Placebos and the philosophy of medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brosnan, C.F.; Selmaj, K.; Schroeder, C.E.; Litwak, M.; Raines, C.S. og Arezzo, J.C. (1988): Recombinant human lymphokines induce change in visual evoked potentials in the rabbit. *Annals of the New York Academy of Science*, 540, 571-572.
- Buber, M. (1958): *I and Thou*. New York: Scribner`s.
- Buckalew, L. W. (1969): The placebo effect in the 60s: status and direction. *Southern Journal of Educational Research*, 2, 103-111.
- Buckalew, L. W., og Coffield, K. E. (1982a): An investigation of drug expectancy as a function of capsule color and size and preparation form. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, 245-248.
- Buckalew, L. W., og Coffield, K. E. (1982b): Drug expectations associated with perceptual characteristics: ethnic factors. *Perceptual and Motor Skills*, 55, 915-918.



- Buckalew, L. W., og Ross, S. (1981): Relationship of perceptual characteristics to placebo efficacy. *Psychological Reports*, 49, 955-961.
- Buckalew, L. W., Ross, S., Starr, J. L. (1981): Nonspecific factors in drug effects: Placebo personality. *Psychological Reports*, 48, 3-8.
- Buckley, W. (1967): *Sociology and modern system theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Butler, K. (1995): Caught in the cross fire. *The Family Therapy Networker*, Mars/apr, 25-34.
- Butler, S. F., Schacht, T. E., Henry, W. P. og Strupp, H. H. (1984): Psychotherapy versus placebo: Revisiting a pseudo issue. *The Behavioral and Brain Science*, 7, 756-757.
- Butler, S.F. og Strupp, H.H. (1986): Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Bührmann, M. Vera (1986): *Living in two words. Communications between a white healer and her black counterparts*. Wilmette: Chiron.
- Byerly, H. (1976): Explaining and exploiting placebo effects. *Perspectives in Biology and Medicine*, 19, 423-436.
- Campbell, J. og Rosenbaum, P. (1967): Placebo effect and symptom relief in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 16, 364-368.
- Carey, M.P. og Burish, T.G. (1987): Providing relaxation training to cancer patients: A comparison of three delivery techniques. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 732-737.
- Carkhuff, R.R. (1971): *The development of human resources*. New York: Holt, Rinehart & Wilson.
- Cartwright, D. S. og Cartwright, R. D. (1958): Faith and improvement in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 5, 174-177.
- Carver, C. S. (1979): A cybernetic model of self-attention processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1251-1281.
- Cawte, J. (1983): Voodoo death and dehydration. *American Anthropologist*, 83, 420-442.
- Chambliss, C. og Murray, E. J. (1979): Cognitive procedures for smoking reduction: symptom versus efficacy attribution. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 91-95.

- Chaves, J. F. og Barber, T. X. (1973): Needles and knives: Behind the mystery of acupuncture and chinese meridians. *Human Behavior*, 2, 19-24.
- Chesno, F. A. og Kilmann, P. R. (1975): Societal labeling and Mental Illness. *Journal of Community Psychology*, 3, 49-52.
- Chinsky, J.M. og Rappaport, J. (1970): Brief critique of meaning and reliability of "accurate empathy" ratings. *Psychological Bulletin*, 73, 379-382.
- Chrisman, N. (1977): The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351-377.
- Christie, V. M. (1991): *Den andre medisinen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Claridge, H. (1972): *Drugs and human behaviour*. Baltimore: Pelican.
- Clark, D.H. (1975): *Miljøterapi. Innføring i sosialterapeutiske behandlingsformer*. Oslo: Cappelen.
- Clarke, J.C. og Jackson, J.A. (1983): *Hypnosis and behavior therapy*. New York: Springer.
- Clarke, K.M. (1989): Creation of meaning: An emotional processing task in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 139-148.
- Clements, F. (1932): Primitive concepts of disease. *American Archives of Ethology*, 32, 185-252.
- Clum, G.A.; Clum, F.A. og Surls, R.A. (1993): A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- Clyne, M. B. (1985): The doctor as a placebo. *Stress Medicine*, 1, 37-40.
- Cohen, S. og Syme, S. L. (eds.) (1985): *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- Cohen, S. og Wills, T. A. (1985): Social support, stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cole, M. (1995): Culture and cognitive development: From cross-cultural research to creating systems of cultural mediation. *Culture & Psychology*, 1, 25-54.
- Conway, J.B. (1988): Differences among clinical psychologist: Scientists, practitioners, and scientist-practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 642-655.
- Cooper, H.M. (1989): *Integrating research: A guide for literature reviews (2.utg.)*. Newbury Park, CA: Sage.

- Cormier, W.S. og Cormier, L.S. (1991): *Interviewing strategies for helpers (3.utg.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cornwell, J. (1984): *Hard-Earned Lives: Accounts of health and illness from East London*. London: Tavistock.
- Corsini, J.R. (ed) (1981): *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: John Wiley.
- Corsini, R. J. (Ed.) (1987): *Concise Encyclopedia of Psychology*. New York: Wiley.
- Coursal, A. og Wagner, E.E. (1986): Effect of positive findings on submission and acceptance rates: A note on meta-analysis bias. *Professional Psychology*, 17, 136-147.
- Cousins, N. (1976): Anatomy of an illness (as perceived by the patient). *New England Journal of Medicine*, 295, 1460-63.
- Cousins, N. (1979): *Anatomy of an illness by the patient*. New York: Norton.
- Cousins, N. (1983): *The healing heart*. New York: Norton.
- Crabtree, A. (1993): *From Mesmer to Freud*. New Haven: Yale University Press.
- Crawford, R. (1980): Healthism and the medicalisation of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10, 365-88.
- Critelli, J. W. og Neumann, K. F. (1984): The placebo: Conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Critelli, J. W. (1985): Placebo effects, common factors, and incremental effectiveness. *American Psychologist*, july, 850-851.
- Crits-Christoph, P. og Mintz, J. (1991): Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies in psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Cushman, P. (1995): *Constructing the self, constructing America*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley publishing.
- Cutter, H. S. og O, Farrell, T. J. (1987): Experience with alcohol and the endogenous opioid system in ethanol analgesia. *Addictive Behaviors*, 12, 331-343.
- Davidson, A. og Denny, D.R. (1973): Covert sensitization and information in the reduction of nailbiting. *Behavior Therapy*, 7, 512-518.

- Davis, W. (1986): *Slangen og regnbuen*. Oslo: Gyldendal.
- Dawes, R.M. (1994): *House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York: The Free Press.
- Deaux, K. og Wrightsman, L. S. (1984): *Social psychology in the 80s (4 edn.)*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole.
- Dell, P. (1986): On the need for conversation in the family therapy field. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 25-29.
- DeNike, L. D. (1964): The temporal relationship between awareness and performance in verbal conditioning. *Journal of Experimental Psychology*, 68, 521-529.
- Dennet, D.C. (1991): *Consciousness explained*. Boston: Little, Brown and Company.
- Depelchine, A. og Letesson, J.J. (1981): Adrenalin influence on the immune response. Acceleration on supressor effects acording to time of application. *Immunology Letters*, 3, 199-205.
- deShazer, S. de (1991): *Putting Difference to Work*. New York: W.W. Norton.
- deShazer, S. og Berg, K.I. (1992): Doing therapy: A post-structural re-vision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 71-81.
- Dingwall, R. (1976): *Aspects of Illness*. London: Martin Robertson.
- Dinnerstein, A. J. og Halm, J. (1970): Modification of placebo effects by means of drugs: Effects of aspirin and placebo on self-rated moods. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 308-314.
- Djupedal, K. (1987): Sykdomsbegrepet på landsbygda i 1890-årene. *Tradisjon*, 17, 63-75.
- Dobson, K.S. (1989): A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dodge, D. L. og Martin, W. T. (1970): *Social stress and chronic illness*. Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press.
- Dohrenwend, B. S. og B. P. (1978): Some issues in research on stressful life events. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 166, 7.
- Dohrenwend, B. S. og Dohrenwend, B. P. (1974): *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Douglas, M. (1966): *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and*

*taboo*. London: Routledge and Kegan Paul

- Douglas, M. (1975): *Implicit Meanings*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Doyal, L. (1979): *The Political Economy of Health*. London: Pluto.
- Drinka, G.F. (1984): *The birth of neurosis: Myth, malady, and the Victorians*. New York: Simon & Schuster.
- Drozd, J.F. og Goldfried, M.R. (1996): A critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research. *Psychotherapy*, 33, 171-180.
- Dubos, R. (1965): *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Dulany, D. E. (1962): The place of hypotheses and intentions: An analysis of verbal control in verbal conditioning. I C. W. Eriksen (red): *Behavior and awareness: A symposium of research and interpretation*. Durham, N. C.: Duke University Press.
- Dumond, F. og Lecomte, C. (1987): Inferential processes in clinical work: inquiry into logical errors that affect diagnostic judgments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 433-438.
- Duncan, B.L. og Moynihan, D.W. (1994): Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301.
- Duncan, J. W. og Laird, J. D. (1980): Positive and reverse placebo effects as a function of differences in cues used in self-perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1024-1036.
- Dunlap, D., Henderson, T. og Inch, R. (1952): Survey of 17.301 prescriptions of Form Ec 10. *British Medical Journal*, 1, 292-295.
- Dunn, F. L. (1968): Epidemiological factors: Health and disease among hunter-gatherers. I R. B. Lee og I. DeVore (red): *Man the Hunter*. Chicago: Aldine.
- Dunn, F. L. (1977): Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems. I Leslie, C. (red): *Asian Medical Systems: A comparative Study*. Berkley: University of California Press.
- Durlak, J. (1979): Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Dush, D.M.; Hirt, M.L. og Schroeder, H.E. (1989): Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 106, 97-106.
- Dush, D.M.; Hirth, M.L. og Schroeder, H. (1983): Self-statement modification

- with adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 94, 408-422.
- Duval, S. og Wicklund, R. A. (1972): *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic Press.
- Dyck, R. van og Hoogduin, K. (1990): Hypnosis: placebo or nonplacebo? *American Journal of Psychotherapy*, XLIV, 396-404.
- Dym, B. (1987): The cybernetics of physical illness. *Family Process*, 26, 35-48.
- Eastwell, H. D. (1982): Voodoo death and the mechanism for dispatch of the dying in East Arnhem, Australia. *American Anthropologist*, 84, 5-18.
- Edwards, D. og Potter, J. (1992): *Discursive Psychology*. London: Sage.
- Edwards, D. og Potter, J. (1995): Attribution. I P. Stearns og R. Harré (red): *Discursive psychology in practice*. London: Sage.
- Ehrenreich, B. og Ehrenreich, J. (1978): Medicine and social control. I J. Ehrenreich, J.: *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. New York: Monthly Review Press.
- Ehrenwald, J. (1976): *The History of Psychotherapy. From Healing Magic to Encounter*. New York: Jason Aronson.
- Eiser, J. R. (1980): *Cognitive Social Psychology*. London: McGraw Hill.
- Ekeland, T-J. (1981): Begrepsmodeller i psykiatrien. Fra biomedisin til systemteori. *Nordisk Psykologi*, 33, 26-47.
- Ekman, P. og Friesen, W.W. (1975): *Unmasking the Face*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Eliade, M. (1976): *Some Observations on European Witchcraft*. Chicago: Chicago University Press.
- Elkin, I. (1994): The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. I S.L. Garfield og A.E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Ellenberger, H. (1956): The Ancestry of Dynamic Psychotherapy. *Bull. Menninger Clinic*, 20, 288-299.
- Ellenberger, H. (1970): *The Discovery of The Unconscious*. New York: Basic Books.
- Elliot, R. (1983): "That in your hands.": A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113-129.

- Elliot, R.; Filipovich, H.; Harrigan, L.; Gaynor, J.; Reimschuessel, C. og Zapadka, J.K. (1982): Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 379-387.
- Ellis, A. (1962): *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Emrick, C.D. (1975): A review of psychological oriented treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88-108.
- Engel, G. L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 534-544.
- Engel, G. L. (1959): "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Engel, G. L. (1968): A life setting conducive to illness: The giving up-given up complex. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32, 355-365.
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Engel, G.L. (1982): The biopsychosocial model and medical education. *New England Journal of Medicine*, 306, 802-805.
- Entralgo, P. L., Rather, L. J. og Sharp, J. M. (eds) (1970): *The therapy of the word in classical antiquity*. New Haven: Yale University Press.
- Epston, D. og White, M. (1992): *Experience, contradiction, narrative and imagination*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Eriksen, T.B. (1995): *Helse i hver dråpe: Innspill om etikk, kunnskap og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. B. (1991): *Freuds retorikk. En kritikk av naturalismens naturlære*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Estes, W. K. (1972): Reinforcement in human behavior. *American Psychologist*, 60, 723-729.
- Etkin, Nina L. og Ross, Paul J. (1983): Malaria, Medicine, and Meals: Plant Use among the Hausa and Its Impact on Disease. I L. Romanucci-Ross, L.R. Tancredi og D. E. Moerman (red): *The Anthropology of Medicine*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Evans, F. (1977): The placebo control of pain: A paradigm for investigating non-specific effects in psychotherapy. I J. Brady, J. Mendels, W. Reiger og M. Orne (red): *Psychiatry: Areas of promise and advancement*. New York:

Guilford Press.

- Evans, F. (1981): The placebo response in pain control. *Psychopharmacology Bulletin*, 17, 72-76.
- Evans, F. (1985): Expectancy, therapeutic instructions, and the placebo response. I L. White, B. Tursky, og G. Schwartz (red): *Placebo: Theory, research, and mechanism*. New York: Guilford Press.
- Evans, F. J. (1974): The placebo response in pain reduction. *Advances in Neurology*, 4, 289-296.
- Evans, J. (1989): *Bias in human reasoning: Causes and consequences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Everson, T.C.; og Cole, W. H. (1966): *Spontaneous regression of cancer*. Philadelphia: Saunders.
- Eysenck, H. J. (1970): *Sense and nonsense in psychology*. Harmondsworth: Penguin.
- Eysenck, H.J. (1952): The effectiveness of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1978): An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33, 517.
- Eysenck, H.J. (1983): The effectiveness of psychotherapy: The specter at the feast. Commentary. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 290.
- Eysenck, H.J. og Furneaux, W.D. (1945): Primary and secondary suggestibility: an experimental and statistical study. *Journal of Experimental Psychology*, 35, 485-503.
- Fabrega, H. og Manning, P. K. (1972): Disease, Illness and Deviant Careers. I J. D. Scott og R. A. Douglas, (red): *Theoretical perspectives on deviance*. New York: Basic Books.
- Fabrega, H. (1972): Medical anthropology. I B. J. Siegel (red): *Biennial Review of Anthropology*. Stanford: Stanford University Press.
- Fabrega, H. (1973): Toward a model of illnesses behavior. *Medical Care*, 11, 470-484.
- Fabrega, H. (1975): The need for an ethnomedical science. *Science*, 189, 969-975.
- Farr, (1977): Heider, Harrè and Herzlich on health and illness: Some observations on the structure of "représentations collectives". *European Journal of Social Psychology*, 7, 491-504.



- Fauci, A.S. (1979): Mechanism of the immunosuppressive and anti-inflammatory effects of glucocorticosteroids. *Journal of Immunopharmacology*, 1, 1-25.
- Feinstein, A. R. (1967): *Clinical Judgement*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Feldman, P. E. (1956): The personal element in psychiatric research. *American Journal of Psychology*, 113, 52-59.
- Feldman, P. E. (1963): Non-drug parameters of psychopharmacotherapy. The role of the physician. I Rinkel, M. (red): *Specific and non-specific factors in psychopharmacology*. New York: Philosophical Library.
- Feldstein, J.C. og Gladstein, G.A. (1980): A comparison of the construct validities of four measures of empathy. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 13, 49-57.
- Felker, M. E. (1983): Ideology and Order in the Operating Room. I L. Romanucci-Ross, D. E Moerman og L. R Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Felton, D., Felton, S., Carlson, S., Olschowka, J. og Livnat, S. (1985): Noradrenergic and peptidergic innervation of lymphoid tissue. *The Journal of Immunology*, 135, 755-765.
- Fennell, M.J. og Teasdale, J.D. (1987): Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Festinger, L., Riecken, H. og Schachter, S. (1956): *When phrophecy fails*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fisher, S., Cole, J. O., Rickels, K., og Uhlenhuth, E. H. (1964): Drug-set interaction: the effects of expectations on drug response in outpatients. I P. B. Braddley, F. Flugel og P. Hoch (red): *Neuropsychopharmacologia*. New York: Elsevier.
- Fodor, J.A. (1975): *The language of thought*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fodor, J.A. (1980): Methodological solipsism considered as a research strategy in cognitive psychology. *Behavior and Brain Science*, 3, 63-109.
- Fodor, J.A. (1987): *Psychosemantics*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Foreyt, J.P. og Hagen, R.L. (1973): Covert sensitization: Conditioning or suggestion? *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 17-23.

- Foster, G. M. (1976): Disease aetiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*, 78, 773-81.
- Foucault, M. (1972): *The archaeology of knowledge and The discourse on language*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1973): *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
- Foucault, M. (1980): *Power/knowledge: selected writings and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1985): *The history of sexuality*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1991): *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1994): *Overvåkning og straff: Det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal.
- Frank, D. R. (1982): *Differentielle Pharmakopsychologie. Ein Beitrag zur Additivitet des Placeboeffektes*. Basel: Belz Verlag.
- Frank, D. R. (1986): Psychological theories of the effect of placebos with special consideration for the attribution theory. *Pharmacopsychiatry*, 19, 337-338.
- Frank, J. D. (1983): The placebo in psychotherapy. *The Behavioral and Brain Science*, 6, 291-292.
- Frank, J. D. (1961): *Persuasion and healing*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1972): The bewildering world of psychotherapy. *Journal of Social Issues*, 28, 27-43.
- Frank, J.D. (1976): Psychotherapy and the sense of mastery. I R.L. Spitzer og D.F. Klein (red): *Evaluation of psychotherapies, drug therapies and their interactions*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1978): Expectation and therapeutic outcome - The placebo effect and the role induction interview. I J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S.D. Imber, B.L. Liberman, A.R. Stone (red): *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Frankford, D.M. (1994): Scientism and economism in the regulation of health care. *Journal of Health Politic and Policy Law*, 19, 773-799.
- Freedman, J. og Combs, G. (1996): *Narrative therapy: From problems to possibilities*. New York: W.W. Norton.
- Freud, S (1971): *Brev 1873-1939*. Oslo: Aschehoug.

- Freud, S. (1895): On the origins of psycho-analysis. I J. Strachey (1953-74) (red): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol.1.)*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914): On the history of the psycho-analytic movement. I J. Strachey (1953-74)(red): *I Standard edition (vol.14, ss. 3-66)*. London: Hogarth Press.
- Freund, J., Krupp, G., Goodenough, D., og Preston, L. W. (1972): The doctor-patient relationship and drug effect. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 13, 172-80.
- Frey, D., Fries, A. og Osnabrygge, G. (1983): Reactions to failure after taking a placebo: A study of dissonance reduction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 481-488.
- Friedman, M. og Rosenman, R. (1974): *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Friedson, E. (1970): *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied Knowledge*. New York: Dodd Mead.
- Friedson, E. (1986): *Professional Powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: Chicago Press.
- Frieswyk, S.H.; Allen, J.G.; Colson, D.B.; Coyne, L.; Gabbard, G.O.; Horwitz, L. og Newson, G. (1986): Therapeutic Alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 32-38.
- Frosh, S. (1995): Postmodernism versus psychotherapy. *Journal of Family Therapy*, 17, 175-190.
- Fuller, F. og Hill, C.E. (1985): Counselor and helpee perceptions in relation to outcome in a single counseling session. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 329-338.
- Gabbard, G.O. (1990): *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gadamer, H. G. (1972): *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen hermeneutik*. Tübingen: Mohr.
- Gardner, G.G. og Olness, K. (1981): *Hypnosis and hypnotherapy with children*. New York: Grune & Statton.
- Garfield, S.L. (1985): Clinical psychology. I E.M. Altmaier og M.E. Meyer (red): *Applied specialties in psychology*. New York: Random House.

- Garfield, S.L.(Ed.) (1983): Special section: Meta-analysis and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 3-75.
- Garfield, S. L. og Bergin, A.E. (1994): Introduction and historical overview. I A.E. Bergin og S.L. Garfield (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change (4 utg.)*. New York: John Wiley & Sons.
- Garfinkel, H. (1967): *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Garrity, T. F. (1974): Psychic death: Behavioral types and physiological parallels. *Omega*, 5, 207-215.
- Gaston, L. (1990): The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Gatchel, R. J. (1988): Clinical effectiveness of biofeedback in reducing anxiety. I H. L. Wagner (red): *Social Psychophysiology and Emotion. Theory and Clinical Applications*. Chichester: Wiley.
- Gay, P. (1983): *The bourgeois experience: Victoria to Freud: Vol. 1. Education of the senses*. New York: Oxford University Press.
- Gay, P. (1988): *Freud: A life for our time*. London: J.M. Dent.
- Gazzaniga, M. (1967): The split brain in man. *Scientific American*, 217, 24-29.
- Gazzaniga, M. (1985): *The social brain: Discovering the networks of the mind*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (1973): *The interpretation of culture*. New York: Basic Books.
- Gelder, M.G.; Marks, I.M. og Wolff, H.H. (1967): Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 113, 53-73.
- Gendlin, E.T.; Beebe, J.; Cassens, J.; Klein, M. og Oberlander, M. (1968): Focusing ability in psychotherapy, personality, and creativity. I J.M. Shlein (red): *Research in psychotherapy (Vol. 3.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gergen, K. (1973): Social psychology as history. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 309-320.
- Gergen, K. (1985): The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. (1986): Interpreting the texts of nature and culture: A reply to Jahoda.

*European Journal of Social Psychology*, 16, 31-37.

- Gergen, K.J. (1994): *Toward transformation in social knowledge (2nd edn)*. London: Sage.
- Gibbons, F. X. og Gaeddert, W. P. (1984): Focus of attention and placebo utility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 159-176.
- Gibbons, F. X. og Wright, R. A. (1981): Motivational basis in causal attribution of arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 588-600.
- Gibbons, F. X., Carver, C. S., Scheier, M. F. og Hormuth, S. E. (1979): Self-focused attention and the placebo effect: Fooling some of the people some of the time. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 263-274.
- Gibson, H.B. (1987): Is hypnotherapy a placebo? *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 149-155.
- Gibson, J.J. (1966): *The senses considered as perceptual systems*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Gibson, J.J. (1979): *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Gibson, J.J. (1982): Notes of affordances. I E. Reid og R. Jones (red): *Reasons for realism*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Giddens, A. (1997): *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.
- Gilje, N. (1987): *Hermeneutikk i vitenskapsteoretisk perspektiv*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Gillan, P. og Rachman, S. (1974): An experimental investigation of desensitization in phobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 124, 392-401.
- Gillespie, D. (1992): *The Mind's We. Contextualism in cognitive psychology*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Gilligan, S. og Price, R. (1993): *Therapeutic conversations*. New York: W.W. Norton.
- Girodo, M. (1977): Self-talk: Mechanisms in anxiety and stress management. I C.D. Sarason og I.G. Spielberger (red): *Stress and anxiety (Vol. 4.)*. Washington, DC: Hemisphere.
- Glaserfeld, E.von (1984): An introduction to radical constructivism. I P. Watzlawick (red): *The invented reality*. New York: W.W. Norton.

- Gleidman, L. H., Nash, E. H., Imber, S. D., Stone, A. R. og Frank, J. D. (1958): Reduction of symptoms by pharmacologically inert substances and by shortterm psychotherapy. *Archives of Neurological Psychiatry*, 79, 345-351.
- Gliedman, L. H., Gantt, W. H. og Teitelbaum, H. A. (1957): Some implications of the conditional reflex for placebo research. *American Journal of Psychiatry*, 113, 1103-1107.
- Goffman, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- Goffman, E. (1961): *Asylums*. New York: Doubleday Anchor.
- Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Goldfried, M.R. (1980): Psychotherapy as coping skills training. I M.J. Mahoney (red): *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum.
- Goldfried, M.R. (1980): Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M.R. og Wolfe, B.E. (1996): Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Goldman, N. S. (1985): The placebo and the therapeutic uses of faith. *Journal of Religion and Health*, 24 103-116.
- Goldner, V. (1993): Power and hierarchy: let`s talk about it! *Family Process*, 32, 157-162.
- Goldstein, A. P. (1960): Patients expectancies and non-specific therapy as a basis for (un)spontaneous remission. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 399-403.
- Goldstein, A.P. (1962): *Therapist-patient expectancies in psychology*. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A.P. og Michaels, G.Y. (1985): *Empathy: Development, training and consequences*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Goldstein, Y. (1981): The effect of demonstrating to a subject that she is in a hypnotic trance as a variable in hypnotic interventions with obese women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 15-23.
- Gomes-Schwartz, B. (1978): Effective ingridients in psychotherapy: Prediction of

- outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Good, B. J. (1977): The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58.
- Goodenough, W. (1963): *Cooperation in Change*. New York: Russell Sage.
- Goolishian, H. og Anderson, H. (1990): Understanding the therapeutic system: From individuals and families to systems in language. I F. Kaslow (red): *Voices in Family Psychology (Vol. 1)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Goolishian, H. og Anderson, H. (1992): Strategy and intervention versus nonintervention: a matter of theory? *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 5-15.
- Gorey, K.M. (1996): Effectiveness of social work intervention research: Internal versus external evaluations. *Social Work Research*, 20, 119-128.
- Gormally, J. og Hill, C.E. (1974): Guidelines of research on Carkhuff's model. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 539-547.
- Gorman, J.M. og Kertzner, R.M. (1991): *Psychoimmunology update*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gracely, R. H., Dubner, R., Deeter, W. R., et al. (1985): Clinicians expectations influence placebo analgesia. *Lancet*, 1, 43.
- Green, B.C.; Gleser, G.C.; Stone, W.N. og Siefert, R.F. (1975): Relationships among diverse measures of psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 689-699.
- Green, D. M. (1964): Pre-existing conditions, placebo reactions, and "side-effects". *Annals of Internal Medicine*, 60, 255-265.
- Green, E. E. (1979): *Psychophysiological correlates of expectancy*. San Diego: Biofeedback Society of America.
- Greenberg, J. (1978): The Americanization of Roseto. *Science News*, 113, 378-82.
- Greenberg, L.S.; Elliot, R.K. og Lietaer, G. (1994): Research on experiential psychotherapies. I S.L. Garfield og A.E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Greenson, R.R. (1965): The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenspoon, J. (1955): The reinforcing effect of two spoken sounds on the frequency of two responses. *American Journal of Psychology*, 68,

409-416.

- Greenwald, A.G. (1975): Consequences of prejudice against the null hypothesis. *Psychological Bulletin*, 82, 1-20.
- Grevert, P. og Goldstein A. (1977): Effects of naloxone on experimentally induced ischemic pain and on mood in human subjects. *Proceedings of the National Academy of Science*, 74, 1291-1294.
- Grevert, P., Albert, L. H. og Goldstein, A. (1983): Partial antagonism of placebo analgesia by naloxone. *Pain*, 16, 129-143.
- Grünbaum, A. (1986): The placebo concept in medicine and psychiatry. *Psychological Medicine*, 16, 19-38.
- Guess, V. A. (1984): Comparative medical systems: An anthropological perspective. I J. L. Ruffini (red): *Advances in Medical Sciences*. New York: Gordon & Breach.
- Gunderson, E. og Rahe, R. (1974): *Life stress and illness*. Springfield: C. C. Thomas.
- Gurman, A.S. (1977): The patients' perception of the therapeutic relationship. I M. Razin og A.S. Gurman (red): *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Haas, H.; Fink, H. og Hartfelder, G. (1959): Das placeboproblem. *Fortschritte der Arzneimittelforschung*, 1, 279-454.
- Habermas, J. (1984): *The theory of communicative action, vol. 1 og 2*. Cambridge: Beacon Press.
- Haley, B. (1978): *The Healthy Body in Victorian Culture*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- Haley, J. (1987): Therapy - A new phenomenon. I J.K. Zeig (red): *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Halifax, Joan (1979): *Shamanic Voices. The shaman as seer, poet and healer*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Hall, N.R.; McGillis, J.P.; Spangelo, B.L.; Healys, D.L.; Chrousos, G.P.; Schulte, H.M. og Goldstein, A.L. (1985): Thymic hormone effects on the brain and neuroendocrine circuits. I R. Guillemin (red): *Neural modulation of immunity*. New York: Raven Press.
- Halleck, S.L. (1978): *The treatment of emotional disorders*. New York: Jason Aronson.



- Halperlin, K.M. og Snyder, C.R. (1979): Effects of enhanced psychological test feedback on treatment outcome: Therapeutical implications of the Barnum effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 140-146.
- Harner, M.J. (1980): *The Way of the Shaman: A Guide to Power and Healing*. San Francisco: Harper & Row.
- Harries-Jones, P. (1995): *A recursive vision. Ecological understanding and Gregory Bateson*. Toronto: University of Toronto Press.
- Harris, P. og Heelas, P. (1979): Cognitive processes and collective representations. *Archives Européennes de Sociologie*, 20, 211-41.
- Harré, R. og Gillett, G. (1994): *The discursive mind*. London: Sage.
- Harré, R. og Stearns, P. (1995): *Discursive psychology in practice*. London: Sage.
- Hartley, D.E. og Strupp, H.H. (1983): The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. I M. Masling (red): *Empirical studies of psychoanalytical theories*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Hartmann, A.; Hertzog, T. og Drinkmann, A. (1992): Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic research*, 36, 159-167.
- Harvey, J. H. et al. (1976): A conversation with Fritz Heider. I J. H. Harvey, W. Ickes og R.F. Kidd (red): *New directions in attribution research (vol. 1)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harvey, J. H., og Weary, G. B. (1981): *Perspectives on Attributional Processes*. Iowa: WmBrown.
- Harvey, J.H., Weber, A.L. og Orbuch, T.L. (1990): *Interpersonal accounts. A social psychological perspective*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell.
- Harvey, J.H.; Orbuch, T.L. og Weber, A.L. (1992): *Attributions, accounts, and close relationships*. New York: Springer-Verlag.
- Hattie, J.A.; Sharpley, C.F. og Rogers, H.J. (1984): Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Havik, O. E. (1981): Psychological intervention in physical illness. A review of outcome research concerning patient information and education. I B. Christiansen (red): *Does psychology return its cost?* Oslo: NAVF.
- Havik, O. E. (1992): Informasjon og kommunikasjon. Hvordan kan vi påvirke pasientenes sykdomsforståelse. *Omsorg*, 1, 6-10.

- Hebb, O. D. (1960): The American Revolution. *American Psychologist*, 15, 735-745.
- Hebb, O. D. (1974): What psychology is about. *American Psychologist*, 29, 71-79.
- Heider, F. (1944): Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958): *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Hellesnes, J. (1994): *På grensa: Modernitet og ekstreme tilstandar*. Oslo: Samlaget.
- Henry, W. P. (1985): The time-released placebo: A reply to Critelli and Neumann. *American Psychologist*, Feb., 239.
- Henry, W.P. (1990): Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Henry, W.P.; Schacht, T.E. og Strupp, H.H. (1986): Structural analysis of social behavior: Application to a study in interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Henry, W.P.; Strupp, H.H.; Schacht, T.E. og Gatosn, L. (1994): Psychodynamic approaches. I S.L. Garfield og A.E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior research* (4. utg.). New York: John Wiley.
- Herink, R. (1980): *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: Meridan Book, New American Library.
- Herrnstein, R. J. (1962): Placebo effect in the rat. *Science*, 138, 677-678.
- Herzlich, C. og Pierret, J. (1987): *Illness and Self in Society*. Baltimore: John Hopkins.
- Herzlich, C. (1973): *Health and illness: A social-psychological analysis*. Eur. Mono. soc. Psychol., No. 5. London: Academic Press.
- Hilgard, E. R. og Hilgard, J. E. (1975): *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, Calif.: Kaufman.
- Hillman, J. og Ventura, M. (1994): *We've had a hundred years of psychotherapy - and the world's getting worse*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Hinkle, L. E. (1961): Ecological observations of the relation of physical illness, mental illness, and the social environment. *Psychosomatic Medicine*, 23,

289-296.

- Hoffman, L. (1990): Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Hoffman, L. (1993): *Exchanging voices: A collaborative approach to family therapy*. London: Karnac.
- Holmes, T. H., og Rahe, H. (1967): The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic medicine*, 11, 213-218.
- Holroyd, K.A. (1976): Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 991-1001.
- Holroyd, K.A.; Penzien, D.B.; Hursey, K.G.; Tobin, D.L.; Rogers, L.; Holm, J.E.; Marcille, P.J.; Hall, J.R. og Chila, A.G. (1984): Change mechanism in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1039-1053.
- Holtzworth-Munroe, A. og Jacobson, J.J. (1985): Causal attribution in marital couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1398-1412.
- Horvath, A.O. og Symonds, B.D. (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, P. (1984): Demand characteristics and inferential processes in psychotherapeutic change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 616-624.
- Horvath, P. (1987): Demonstrating therapeutic validity versus the false placebo-therapy distinction. *Psychotherapy*, 24, 47-51.
- Horvath, P. (1988): Placebos and common factors in two decades of psychotherapy research. *Psychological Bulletin*, 104, 214-225.
- Houde, R. W., Wallenstein, M. S. og Rogers, A. (1966): Clinical pharmacology of analgesics. *Pharmacology and Therapeutics*, 1, 163.
- Hougaard, E. (1989): "Dodo-kendelsen" i psykoterapiforskningen II: Alternativ til non-specificitetsantagelsen. *Agrippa - psykiatriske tekster*, 11, 147-168.
- Hougaard, E. (1994): The therapeutic alliance - A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67-85.
- Humphrey, N. (1992): *A history of the mind*. N.Y.: Chatto and Windus.
- Hunter, J.E. og Schmidt, F.L. (1990): *Methods of meta-analysis*. Newbury Park,

CA: Sage.

- Husebø, S. (1992): Medisin som kunst. I S. Husebø (red): *Medisin: Kunst eller vitenskap?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ickes, W. (1993): Empathic accuracy. *Journal of Personality*, 61, 587-609.
- Illich, I. (1976): *Limits to Medicine - Medical Nemesis: The exploitation of health*. Harmondsworth: Penguin.
- Imber, S.D.; Pilkonis, P.A.; Sotsky, S.M.; Elkin, I.; Watkins, J.T.; Collins, J.F.; Shea, M.T.; Leber, W.R. og Glass, D.R. (1990): Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 353-359.
- Irwin, M.; Smith, T.L. og Gillin, C. (1987): Low natural killer cytotoxicity in major depression. *Life Sciences*, 41, 2127-2133.
- Jackson, J.A. (1987): Hypnotherapy: A comment on the placebo response and patient expectancies. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 158-160.
- Jacobs, K. W., og Nordan, F. M. (1979): Classification of placebo drugs: effect of color. *Perceptual and Motor Skills*, 49, 367-372.
- Jacobson, N.S. (1995): The overselling of therapy. *The Family Therapy Networker*, Mars/apr, 41-47.
- Jacobson, N.S. og Truax, P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy researchs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jacobson, N.S.; Follette, W.C. og Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jahoda, G. (1982): *Psychology and Anthropology. A psychological perspective*. London: Academic Press.
- Jahoda, G. (1995): The ancestry of a model. *Culture & Psychology*, 1, 11-24.
- James, W. (1902): *The varieties of religious experience*. New York: Modern Library.
- Janzen, J. M. (1978): *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkley: Univ. of California Press.
- Jaspers, K. (1952): *Fornuft og antifornuft i vår tid*. Oslo: Cappelen.

- Jensen, J.P.; Bergin, A.E. og Greaves, D.W. (1990): The meaning of eclectism: New survey and analysis of components. *Professional psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
- Jensen, M. P. og Karoly, P. (1985): Control theory and multiple placebo effects. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 137-147.
- Jilek-Aall, L. (1979): *Call Mama Doctor*. Seattle, Wash.: Hancock House.
- Johnson, M. (1987): *The body in the mind. The bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jones, E. (1957): *The life and work of Sigmund Freud*. New York: Basic Books.
- Jones, E. E. og Davis, U. E. (1965): From acts to dispositions: The attribution process in person perception. I L. Berkowitz (red): *Advances in experimental social psychology (vol. 2)*. New York: Academic Press.
- Jones, E. E. et al. (1972): *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Jones, E.E. og Nisbett, R.E. (1972): *The actor and the observer. Divergent perceptions of the causes of behavior*. I E.E. Jones et al. (1972): *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Jones, L. (1987): Alternative Therapies. A report on an inquiry by the British Medical Association. *The Skeptical Inquirer*, XII, 63-69.
- Jones, R.A. (1977): *Self-fulfilling prophecies*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Jones, W.T. (1977): Worldviews and the Asian medical system: Some suggestion for further study. I C. Leslie (red): *Asian Medical Systems: A comparative study*. Berkley: University of California Press.
- Jospe, M. (1978): *The Placebo Effect in Healing*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Joyce, C. R. B. (Ed.) (1968): *Psychopharmacology, Dimensions and Perspectives*. London: Tavistock Publications.
- Kaada, B. (1986): Placebo-gåten mot sin løsning? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 106, 635-641.
- Kagan, N. (1972): *Influencing human interaction*. East Lansing, MI: Michigan State University Press.
- Katz, J. (1984): *The silent world of the doctor and patient*. New York: Free Press.

- Kazdin, A.E. (1980): *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row.
- Kazdin, A.E. (1986): Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kazdin, A.E. (1992): *Research design in clinical psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A.E. (1994): Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. I S.L Garfield og A.E. Begin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change (4.utg.)*. New York: John Wiley.
- Kazdin, A.E. og Bass, D. (1989): Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kazdin, A.E. og Wilson, G.T. (1978): *Evaluation of behavior therapy: Issues evidence and research*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Keefe, T. (1976): Empathy. The critical skill. *Social Work*, 21, 10-14.
- Keefe, T. (1979): The development of empathic skill: A study. *Journal of Education for Social Work*, 15, 30-37.
- Keithly, L.; Samples, S. og Strupp, H.H. (1980): Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 87-97.
- Kelley, H. H. (1967): Attribution theory in social psychology. I D. Levine (red): *Nebraska Symposium of Motivation*. Lincoln, NB.: University of Nebraska Press.
- Kelley, H. H. (1972a): Attribution in social interaction. I E. E. Jones et al. (red): *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Kelley, H. H. (1972b): Causal schemata and the attribution process. I E. E. Jones et al. (red): *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Kellogg, R., og Baron, R. S. (1975): Attribution theory, insomnia and the reverse placebo effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 231-236.
- Kelly, G. A. (1966): A brief introduction to Personal Construct theory. I D. Bannister (1970) (red): *Perspectives in Personal Construct Theory*. London: Academic.

- Kelly, G.A. (1955): *Personal construct psychology*. New York: W.W. Norton.
- Kernberg, O.F. (1996): Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1031-40.
- Kernberg, O.F.; Burstein, E.D.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L. og Voth, H. (1972): Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Kessler, R. C. og McLeod, J. D. (1984): Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.
- Kiesler, D.J. (1971): Patient experiencing and successful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychonevrotics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 370-385.
- King, D. L. (1973): An image theory of classical conditioning. *Psychological Reports*, 33, 403-411.
- King, D. L. (1983): Imagery theory of conditioning. I A. A. Sheikh (red): *Imagery: Current theory, research and application*. New York: Wiley.
- Kirsch, I. (1985): The logical consequences of the common-factor definition of the term placebo. *American Psychologist*, Feb., 237-238.
- Kirsch, I. (1986): Unsuccessful redefinitions of the term placebo. *American Psychologist*, July, 844-845.
- Kirsch, I. og Henry, D. (1977): Extinction versus credibility in the desensitization of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 45, 1052-1059.
- Kirsch, I.; Tennen, H.; Wickless, C.; Saccone, A.J. og Cody, A. (1983): The role of expectancy in fear reduction. *Behavior Therapy*, 14, 520-533.
- Klein, D.F. og Rabkin, J.G. (1984): Specificity and strategy in psychotherapy research and practice. I R.L. Spitzer og J.B.W. Williams (red): *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford Press.
- Klein, D.F.; Zitrin, C.M.; Woerner, M.G. og Ross, D.C. (1983): Treatment of phobias: Behavior therapy and supportive psychotherapy: Are there any specific ingredients? *Archives of General Psychiatry*, 40, 139-145.
- Kleinman, A. (1980): *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the bordland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

- Klopper, B. (1957): Psychological variables in human cancer. *Journal of Projective Techniques*, 21, 331-340.
- Konorski, J. (1967): *Integrative activity of the brain*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kornblith, S.H.; Rehm, L.P.; O'Hara, M.W. og Lamparski, D.M. (1983): The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 499-528.
- Koss, M.P. og Shiang, J. (1994): Research on brief psychotherapy. I S.L. Garfield og A. E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Kraus, R.F. (1972): A Psychoanalytic Interpretation of Shamanism. *The Psychoanalytical Review*, 59, 19-32.
- Krause, N. og Stryker, S. (1984): Stress and well-being: The buffering role of locus of control beliefs. *Social Science of Medicine*, 18, 783-789.
- Kuehl, B.P.; Newfield, N.A. og Joanning, H. (1990): A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 3, 310-321.
- Kuhn, T. (1962): *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kvale, S. (Ed.) (1992): *Psychology and postmodernism*. London: Sage.
- LaBarre, W. (1979): Shamanic Origins of Religion and Medicine. *Journal of Psychedelic Drugs II*, 1-2, 7-11.
- Lambert, M.J. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. I M.R. Goldfried og J.C. Norcross (red): *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic books.
- Lambert, M.J. og Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. I S.L. Garfield og A.E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change (4.utg.)*. New York: John Wiley.
- Lambert, M.J. og Hill, C.E. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. I Garfield, A. E. Bergin og S.L. (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change (4.utg.)*. New York: John Wiley.
- Lambert, M.J.; DeJulio, S.S. og Stein, D.M. (1978): Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendation for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Lambourn, J. og Gill, D. (1978): A controlled comparison of simulated and real



- ECT. *British Journal of Psychiatry*, 133, 514-519.
- Landman, J.T. og Dawes, R.M. (1982): Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up to scrutiny. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- Larner, G. (1995): The real as illusion: deconstructing power in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 17, 191-217.
- Lasagna, L. (1955): Placebos. *Scientific American*, 193, 68-71.
- Lasagna, L., Laties, V. G., og Dohan, J. L. (1958): Further studies on the "pharmacology" of placebo administration. *Journal of Clinical Investigation*, 37, 533-537.
- Lasagna, L.; Mosteller, F.; von Felsinger, J.M. og Beecher, H.K. (1954): A study of the placebo response. *American Journal of Medicine*, 16, 770-779.
- Leach, E. (1964): *Anthropological aspects of language. Animal categories and verbal abuse*. I E. Lenneberger (Ed.): New directions in the study of language. Cambridge, Mass: MIT
- LeDoux, J.E. (1993): Emotional networks in the brain. I M. Haviland og J.M. Lewis (red): *Handbook of Emotions*. New York & London: Guilford Press.
- Lehmann, H.; Retterstøl, H. og Sirnes, T. (1958): Placeboeffekten hos pasienter i en psykiatrisk observasjonsavdeling. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 78, 588-592.
- Leitenberg, H.; Agras, W.S.; Barlow, D.H. og Oliveau, D.C. (1969): Contribution of selective positive reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 113-118.
- Lemert, E. (1967): *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc.
- Levin, J. S. og Coreil, J. (1986): New Age Healing in the US. *Social Science and Medicine*, 23, 889-97.
- Levine, D. W. og McDonald, P. J. (1981): Self-awareness and the veracity hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 7, 655-660.
- Levine, J. D., Gordon, N. C. og Fields, H. L. (1978): The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet*, 2, 654-657.
- Lèvi-Strauss, C. (1963): *Structural Anthropology*. New York: Basic Books.
- Liberman, R. (1961): An analysis of the placebo phenomenon. *Journal of Chronic Disease*, 5, 761-783.

- Lieberman, B.L. (1978): The maintenance and persistence of change: Long-term follow-up investigations of psychotherapy. I J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S.D Imber, B.L Liberman og A.R. Stone (red): *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Lieberman, R. (1964): A experimental study of the placebo response under three different situations of pain. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 233-246.
- Lipman, J. J., Miller, B. E., Mays, K. S., Miller, M. N. et al. (1990): Peak B endorphin concentration in cerebrospinal fluid: Reduced in chronic pain patients and increased during the placebo response. *Psychopharmacology*, 102, 112-116.
- Lipsey, M.W. og Wilson, D.B. (1993): The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Livnat, S.; Felten, S.Y.; Carlson, S.L.; Bellinger, D.L. og Felten, D.L. (1985): Involvement of peripheral and central catecholamine systems in neural-immune interactions5. *Journal of Neuroimmunology*, 15, 5-30.
- Lock, A. (1986): Metaphenomena and change. I A. Lewis og C. Antaki (red): *Mental Mirrors*. London: Sage publ.
- Lock, M. M. (1980): *East Asian Medicine in Urban Japan*. Berkeley: University of California Press.
- Locke, S. (1982): Stress, adaption, and immunity: studies in humans. *General Hospital Psychiatry*, 4, 49-58.
- Loftus, E. og Ketcham, K. (1994): *The myth of repressed memory: False memories and allegations of sexual abuse*. New York: St. Martin's Press.
- Looren de Jong, H. (1997): Some remarks on a relational concept of mind. *Theory & Psychology*, 7, 147-172.
- Lowen, B. (1977): Verbal conditioning of angina pectoris during exercise testing. *American Journal of Cardiology*, 40, 630-634.
- Luborsky, L. (1995): Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the dodo bird verdict that "Everyone has won so all shall have prizes"? *Clinical Psychological Science and Practice*, 2, 106-109.
- Luborsky, L. og DeRubeis, R.J. (1984): The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luborsky, L.; Chandler, M.; Auerbach, A.H.; Cohen, J. og Bachrach, H.M. (1971): Factors influencing the outcome in psychotherapy. *Psychological*

*Bulletin*, 75, 145-185.

- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Alexander, L.; Margolis, M. og Cohen, M. (1983): Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Mintz, J. og Auerbach, A. (1988): *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L.; McClellan, A.T.; Woody, G.E.; O'Brien, C.P. og Auerbach, A. (1985): Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, L.; Mintz, J.; Auerbach, A.; Christoph, P.; Bachrach, H.; Todd, i T.; Johnson, M.; Cohen, M. og O'Brien, C.P. (1980): Predicting outcome of psychotherapy. Findings of the Penn psychotherapy project. *Archives of General Psychiatry*, 37, 471-481.
- Luborsky, L.; Singer, B. og Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lukes, S. (1973): *Emile Durkheim: His Life and Work*. London: Allan Lane.
- Lundh, L-G. (1987): Placebo, belief, and health. A cognitive-emotional model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 128-143.
- Lupton, D. (1995): *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London: Sage.
- Lyerly, S.B.; Ross, S.; Krugman, A.D. og Clyde, D.J. (1964): Drugs and placebos: the effects of instructions upon performance and mood under amphetamine sulphate and choral hydrate. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 321-327.
- Lyons, L.C. og Woods, P.J. (1991): The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- Lyotard, J-F. (1982): *Viden og det postmoderne samfund*. Århus: Sjakalen.
- Lærum, E., Borchgrevink, C. F. og Wiens, G. (1985): Hvem går til homøopat - hvorfor, med hvilke plager og hva blir gjort? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 105, 2478-82.
- MacDonald, A. J., Peden, N. R., Hayton, R., et al. (1980): Symptom relief and the placebo effect in the trial of antipeptic drug. *Gut*, 21, 323-326.

- Mangan, G. L. (1974): Personality and conditioning: Some personality, cognitive and psychophysiological parameters of classical appetitive (sexual) GSR conditioning. *Pavlovian Journal of Biological Sciences*, 9, 125-135.
- Manstead, A. S., og Wagner, H. L. (1981): Arousal, cognition and emotion: an appraisal of two-factor theory. *Current Psychological Review*, 1, 35-54.
- Maple, E. (1968): *Magic, Medicine, and Quackery*. New York: A.S. Barnes & Co.
- Marangoni, C.; Garcia, S.; Ickes, W. og Teng, G. (1995): Empathic accuracy in a clinically relevant setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 854-869.
- Marks, I.M.; Gelder, M.G. og Edwards, G. (1968): Hypnosis and desensitization for phobias: a controlled prospective trial. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1263-1274.
- Marmar, C.R. (1990): Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Maruyama, M. (1963): The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes. *American Scientist*, 51, 164-179.
- Masson, J.M. (1984): *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Farrar Straus Giroux.
- Matt, G.E. og Navarro, A.M. (1997): What meta-analysis have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 17, 1-32.
- Maturana, H. og Varela, F. (1987): *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. London: New Science Library.
- Maturana, H. og Varela, F. (1980): *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Dordrecht: Reidel.
- McDaniel, S.H.; Stiles, W.B. og McGaughey, K.J. (1981): Correlations of male college students' verbal response mode use with measures of psychological disturbance and psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 571-582.
- McGlashan, T., Evans, F. og Orne, M. (1969): The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, 31, 227-246.
- McHugh, P.R. og Phipps, H. (1992): A structure for psychiatry at the century's turn. The view from Johns Hopkins. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85, 483-487.

- McLellan, A.T.; Luborsky, L.; Woody, G.; O'Brien, C. og Druley, K. (1983): Predicting response to alcohol and drug treatments: role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- McNamee, S. og Gergen, K. J. (1992): *Therapy as social construction*. London: Sage.
- McReynolds, W.T.; Barnes, A.R.; Brooks, S. og Rehagen, N.J. (1973): The role of attention-placebo influences in the efficacy of systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 86-92.
- Mead, G. H. (1934): *Mind, Self & Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mechanic, D. (1962): The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1966): Response factors in illness: The study of illness behavior. *Social Psychiatry*, 1, 109-111.
- Mechanic, D. (1968): *Medical Sociology: A selective View*. New York: The Free Press.
- Mechanic, D. (1969): Illness and cure. I J. Kosa, A. Antonovsky og I. Zola (red): *Poverty and Health: A Sociological Analysis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mechanic, D. (1972): Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine*, 286, 1131-1139.
- Medvedev, V. I., Zav`yalova, E. K., Ovchinnikov, B. V., og Posokhova, S. T. (1984): Functional structure of the placebo response. *Human psychophysiology*, 7, 216-221.
- Melzack, R. (1973): *The puzzle of pain*. New York: Basic Books.
- Melzoff, J. og Kornreich, M. (1970): *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Merleau-Ponty, M. (1962): *Phenomenology of perception (orig.1945)*. London: Routledge.
- Merton, R. (1957): *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.
- Michelson, L.K. og Marchione, K. (1991): Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-104.

- Milgram, S. (1963): Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- Milgram, S. (1964): Issues in the study of obedience: A reply to Baumrind. *American Psychologist*, 19, 848-852.
- Miller, R.C. og Berman, J.S. (1983): The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Miller, S.; Hubble, M. og Duncan, B. (1995): No more bells and whistles. *The Family Therapy Networker*, Mars/apr, 53-63.
- Mintz, J.; Auerbach, A.H.; Luborsky, L. og Johnson, L. (1973): Patients, therapists and observers' views of psychotherapy: A "Rashomon" experience or a reasonable consensus? *British Journal of Medical Psychology*, 46, 83-89.
- Minuchin, S.; Rosman, B.L. og Baker, L. (1978): *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, K.M.; Bozarth, J.D. og Krauft, C.C. (1977): A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. I A.M. Razin og A.S. Gurman (red): *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Moe, S. (1995): *Sosiologiske betraktninger. En systemteoretisk innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moerman, D. E. (1983): Physiology and Symbols: The Anthropological Implications of the Placebo Effect. I L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman, L.R. Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Moras, K. og Strupp, H.H. (1980): Pre-therapy relations, a patient's alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Moras, K. og Strupp, H.H. (1982): Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 39.
- Morgan, R.; Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Curtis, H. og Solomon, J.Y. (1982): Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn helping alliance rating method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Moscovici, S. og Hewstone, M. (1983): Social representations and social explanations: from the "naive" to the "amateur" scientist. I M. Hewstone (red): *Attribution Theory: Social and functional extensions*. Oxford: Blackwell.

- Moscovici, S. (1961): *La Psychoanalyse: Son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representation. I R.M. Farr og S. Moscovici (red): *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mowrer, O. H. (1960): *Learning theory and the symbolic processes*. New York: Wiley.
- Murphy, P.M.; Cramer, D. og Lillie, F.J. (1984): The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An explorative study. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 187-192.
- Murray, M. (1921): *The Witch Cult in Western Europe*. Oxford: Oxford Press.
- Nagel, E., og Newman, J. (1965): *Gødels Proof*. New York: New York University Press.
- Navarro, V. (1977): *Medicine under Capitalism*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, Robert A. og Mahoney, Michael J. (1995): *Constructivism in Psychotherapy*. Hyattsville: APA.
- Neisser, U. (1966): *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Nicassio, P. M., Boylan, M. B., og McCabe, T.G. (1982): Progressive relaxation, EMG biofeedback and biofeedback placebo in the treatment of sleep-onset insomnia. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 159-166.
- Nicholson, R.A. og Berman, J.S. (1983): Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
- Nielsen, Hans-Jørgen (1992): *Den fraktale boogi. Om naturvitenskapen og den nye kulturdebatt*. Oslo: Aschehoug.
- Nietzel, M.T. og Fisher, S.G. (1981): Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 555-565.
- Nisbett, R. E. og Wilson, T. D. (1977): Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Nisbett, R. E., og Schachter, S. (1966): Cognitive manipulation of pain. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2, 227-236.
- Noble, W. (1993): What kind of approach to language fits Gibson's approach to perception? *Theory & Psychology*, 3, 57-78.

- Norcross, J.C. (1995): Dispelling the dodo bird verdict and the exclusive myth in psychotherapy. *Psychotherapy*, 32, 500-505.
- Novotny, V., Molcan, J., Heretik, A., Vajdickova, K., Zucha, I. (1985): Intensive self-observation enhances the effect of placebo. *Activa Nervosa Superior*, 27, 41.
- Obeyskere, G. (1975): The idiom of demonic possession: A case study. I T. Scheff (red): *Labeling madness*. Englewood Cliffs, New Jersey: Spectrum.
- Ogles, B.M., Lambert, M.J.; Weight, D.G. og Payne, I.R. (1990): Agoraphobia outcome measurement: A review and meta-analysis. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 317-325.
- Omer, H. og London, P. (1988): Meta-morphosis in psychotherapy: End of the system era. *Psychology*, 25, 171-180.
- Orlinsky, D.E. og Howard, K.I. (1980): Gender and psychotherapy outcome. I R.T. Hare-Mustin og A. M. Brodsky (red): *Woman and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Orlinsky, D.E.; Grawe, K. og Parks, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. I A.E. Bergin og S.L. Garfield (red., 4. utg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Orne, M. (1962): On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 17, 776-783.
- Orne, M. (1974): Pain suppression by hypnosis and related phenomena. I J. Bonica (red): *Pain*. New York: Raven Press.
- Orne, M.T. (1980): On the construct of hypnosis: how its definition affects research and clinical application. I G.D. Burrows og L. Dennerstein (red): *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*. Amsterdam: Elsevier.
- Oubre, A. (1986): Shamanic trance and the placebo effect. *PSI Research*, March/June, 116-145.
- O'Connell, S. (1983): The placebo effect and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 337-345.
- O'Donohue, W.; Fisher, J.E.; Plaud, J.J. og Curtis, S.D. (1990): Treatment decisions: their nature and their justification. *Psychotherapy*, 27, 421-427.
- O'Hanlon, W.H. (1994): The third wave. *The Family Therapy Networker*, 18, 19-29.



- O'Malley, S.S.; Suh, C.S. og Strupp, H.H. (1983): The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report of the scale development and process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- Page, M. M. (1972): Demand characteristics and the verbal operant conditioning experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 372-378.
- Palgi, P. (1983): Mental Health, Traditional Beliefs, and the Moral Order among Yemenite Jews in Israel. I L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman og L.R. Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Park, L. C. og Covi, L. (1965): Nonblind placebo trial: An exploration of neurotic outpatients response to placebo when its inert content is disclosed. *Archives of General Psychiatry*, 12, 336-345.
- Parloff, M. B. (1986): Placebo controls in psychotherapy research: A sine qua non or a placebo for research problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 79-87.
- Parloff, M.B. (1979): Can psychotherapy research guide the policymaker? *American Psychologist*, 34, 296-306.
- Parloff, M.B.; Waskow, I.E. og Wolfe, B.E. (1978): Research on therapist variables in relation to process and outcome. I A.E. Bergin og S.L Garfield (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2.utg.)*. New York: Wiley.
- Parry, A. og Doan, R. (1994): *Story re-visions*. New York: Guilford Press.
- Patterson, C.H. (1984): Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- Paul, B. D. (1955): *Health, Culture and Community: Case studies of public reactions to health programs*. New York: Russell Sage.
- Paul, G.L. (1967): Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Peirce, C.S. (1977): *Semiotics and signifiers. The correspondence between Charles S. Peirce and lady Wilby*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Pelletier, K. R. og Herzing, D. L. (1989): Psychoneuroimmunology: Toward a mind-body model. I A. A. Sheikh og K. S. Sheikh (red): *Eastern and Western wisdom and modern knowledge*. New York: Wiley.
- Penick, S. B. og Hinkle, L. E. (1964): Effect of expectation on response to phenmetrazine. *Psychosomatic Medicine*, 26, 369-373.

- Pepper, P. (1945): A note on the placebo. *American Journal of Pharmacology*, 117,, 409-412.
- Perls, F.S.; Hefferline, R.F. og Goodman, P. (1951): *Gestalt Therapy*. New York: Julian Press.
- Pert, C. B. (1986): The wisdom of the receptors: Neuropeptides, the emotions, and bodymind. *Advances*, 3, 8-16.
- Pert, C. B. (1987): Neuropeptides: The emotions and bodymind. *Noetic Sciences Review*, 2, 13-18.
- Pert, C., Ruff, M., Weber, R. og Herkenham, M. (1985): Neuropeptides and their receptors: A psychosomatic network. *The Journal of Immunology*, 135, 820-826.
- Peters, L.G. og Price-Williams, D. (1980): Towards an Experiential Analysis of Shamanism. *American Ethnologist*, 7, 398-418.
- Phil, R. O. og Altman, J. (1971): An experimental analysis of the placebo effect. *Journal of Clinical Pharmacology*, 11, 91-95.
- Pincus, G. (1966): Control of conception by hormonal steroids. *Science*, 153, 493-500.
- Pittman, T. S. (1975): Attribution of arousal as a mediator in dissonance reduction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 53-63.
- Plotkin, W. B. (1980): The role of attributions of responsibility in the facilitation of unusual experiential states during alpha training: An analysis of the biofeedback placebo effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 67-78.
- Pogge, R. C. (1963): The toxic placebo. *Medical Times*, 91, 773-781.
- Potter, J. og Wetherell, M. (1987): *Discourse and Social Psychology: Beyond attitudes and behavior*. London: Sage.
- Press, I. (1969): Urban Illness: Physicians, Curers and Dual use in Bogota. *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 209-18.
- Press, I. (1980): Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine*, 14b, 45-57.
- Price, L. (1984): Art, science, faith and medicine: the implications of the placebo effect. *Sociology of Health and Illness*, 6, 61-73.
- Priest, S. (1991): *Theories of The Mind*. London: Penguin Books.

- Prioleau, L., Murdock, M. og Brody, N. (1983): An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-285.
- Putnam, H. (1981): *Reason, thruth and history*. Cambridge:: Cambridge University Press.
- Rabiner, E.L.; Reiser, M.F.; Barr, H.L. og Gralnick, A. (1971): Therapists` attitudes and patients`clinical status. *Archives of General Psychiatry*, 25, 14-29.
- Rabkin, Struening (1976): Life events, stress, and illness. *Science*, 194, 1012.
- Rachman, S.J. og Wilson, G.T. (1980): *The effects of psychological therapy (2nd ed.)*. New York: Pergamon.
- Radine, L. B. (1983): Pangolins and Advocates: Vulnerability and Self-Protection in a Mental Patients` Rights Agency. I L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman og L.R. Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Randi, J. (1994): *Juks og bedrag. Avsløringer av det overnaturlige*. Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Ratner, C. (1996): Activity as a key concept for cultural psychology. *Culture & Psychology*, 2, 407-434.
- Reichborn-Kjennerud, I. (1947): *Vår gamle trolldomsmedisin*. Oslo: Jacob Dybwad.
- Reid, W.J. (1997): Evaluating the dodo`s verdict: Do all interventions have equivalent outcomes? *Social Work Research*, 21, 5-16.
- Rekdal, B. (1992): *Det umedvitne språket. Lacan og den franske psykoanalysen*. Oslo: Samlaget.
- Reuter, F. (1986): Folk Remedies and Human Belief-Systems. How body and mind work together to make folk remedies seem successful. *The Skeptical Inquirer*, XI, 44-50.
- Richter, C. P. (1957): On the phenomenon of sudden death in animals and man. *Psychosomatic Medicine*, 19, 191-198.
- Rickels, K. og Cattell, R. B. (1969): Drug and placebo response as a function of doctor and patient type. I J. Wittenborn og R. A. May (red): *Psychotropic drug response*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Rickels, K., Baum, N. C., Taylor, W. og Raab, E. (1964): Humanism in clinical research. *Psychosomatics*, 5, 315-316.

- Rickels, K., Baum, C., Raab, E., Taylor, W., og Moore, E. (1965): A psychopharmacological evaluation of chlordiazepoxide, LA-1 and placebo, carried out with anxious, neurotic medical clinical patients. *Medical Times*, 93, 238-242.
- Rickels, K., og Downing, R. (1967): Drug- and placebo-treated neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 16, 369-372.
- Robinson, L.A., Berman, J.S. og Neimeyer, R.A. (1990): Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- Rogers, C. R. (1975): Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Rogers, C.R. (1942): *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, S. L. (1982): *The shaman, His symbols and his healing power*. Springfield: Thomas.
- Rogers, Spencer L. og Evernham, Lorraine (1983): Shamanistisk Healing among th Diegueño Indians of Southern California. I L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman og L.R. Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Rogers, W. (1991): *Explaining health and illness. An exploration of Diversity*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Romanucci-Ross, L., Moerman, D. E. og Tancredi, L. R. (1983): *The Anthropology of medicine*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Rommetveit, R. (1980): On "meanings" of acts and what is meant and made known by what is said in a pluralistic world. I M. Brenner (red): *The Structure of Action*. New York: St Martins Press.
- Rommetveit, R. (1992): Outlines of a dialogically based social-cognitive approach to human cognition and communication. I A.H. Wold (red): *The dialogical alternative. Towards a theory of language and mind*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Rosenau, P.M. (1992): *Postmodernism and the social science*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, N.K. (1993): Systematisk selektivisme eller kritisk eklekticisme i angstbehandling. *Psyke og Logos*, 14, 106-121.

- Rosenthal, D. og Frank, J. D. (1956): Psychotherapy and the placeboeffect. *Psychological Bulletin*, 55, 294-302.
- Rosenthal, R. (1983): Assessing the statistical and social importance of the effects of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 4-13.
- Rosenthal, R. (1991): *Meta-analytical procedures for social research (rev.ed.)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ross, L. (1977): The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. I L. Berkowitz (red): *Advances in experimental psychology (Vol.10)*. New York: Academic Press.
- Ross, L. og Nisbett, R.E. (1991): *The person and the situation. Perspectives of Sopcial Psychology*. Washington, D.C.: The Pihillips Collection.
- Ross, M. og Buckalew, L.W (1983): The placebo as an agent in behavioral manipulation: A review of problems, issues, and affected measures. *Clinical Psychology Review*, 3, 457-471.
- Ross, M., og Olson, J. M. (1981): An expectancy-attribution modell of the effects of placebos. *Psychological Review*, 88, 408-437.
- Rossi, E. L. (1986): *The psychobiology of mind-body healing. New concepts of therapeutic hypnosis*. New York: Norton.
- Rotter, J. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rounsaville, B.J.; O'Malley, S.; Foley, S. og Weissman, M.W. (1988): Role of manual-guided training in the conduct of efficacy in interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 56, 681-688.
- Rowley, D.T. (1987): Hypnotherapy and the placebo effect: disentangling the strands. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 161-162.
- Royce, W.S. og Muehlke, C.V. (1991): Therapists` causal attributions of clients` problems and selection of intervention strategies. *Psychological Reports*, 68, 379-386.
- Rudberg, M. (1983): *Dydige, sterke, lykkelige barn. Ideer om barneoppdragelse i borgerlig tradisjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruesch, J. og Bateson, G. (1968): *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. New York: W.W. Norton.

- Russel, R.L. og Orlinsky, E.D. (1996): Psychotherapy research in historical perspective. Implications for mental health care policy. *Archieve General Psychiatry*, 53, 708-715.
- Russell, R.L (Ed.) (1994): *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Sammons, M.T. og Gravitz, M.A. (1990): Theoretical orientations of professional psychologist and their former professors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 131-134.
- Sarbin, T.R. og Kitsuse, J.I. (1995): *Constructing the social*. London: Sage.
- Sarbin, T.R. (1986): The narrative as the root metaphor for psychology. I T.R. Sarbin (red): *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger Publishers.
- Sarles, H., Camatte, R., og Sahel, J. (1977): A study of the variations in the response regarding duodenal ulcers when treated with placebo by different investigators. *Digestion*, 16, 289-292.
- Sarup, M. (1988): *An introductory guide to post-structuralism and postmodernism*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Saussure, F. (1970): *Kurs i almenn lingvistikk*. Stockholm: Caverfors.
- Schaanning, E. (1992): *Modernitetens oppløsning. Sentrale skikkelser i etterkrigens idehistorie*. Oslo: Spartacus.
- Schachter, S. (1964): The interaction of cognitive an physiological determinants of emotional state. I L. Berkowitz (red): *Advances in experimental social psychology (Vol. 1)*. New York: Academic Press.
- Schachter, S. og Singer, J. (1962): Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Scheff, T. (1966): *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Publ. comp.
- Scherer, K. og Wallbott, H. (1994): Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 310-328.
- Schleifer, S.J.; Keller, S.E.; Camerino, M.; Thornton, J.C. og Stein, M. (1983): Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of the American Medical Association*, 250, 374-377.
- Schmidt, F.L. (1992): What do data really mean? Research findings, meta-analysis and cumulative knowledge in psychology. *American Psychologist*, 47,

1173-1181.

- Schneck, J.M. (1960): *A History of Psychiatry*. Springfield: Thomas.
- Schoeneman, T.J. (1977): The role of mental illness in the European witch hunts of the sixteenth and seventeenth centuries: An assessment. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 13, 337-351.
- Schultz, D.P. og Schultz, S.E. (1987): *A history of modern psychology (4.ed)*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Schutz, A. (1964): *Collected papers. II. Studies in social theory*. Haag: Martinus Nijhoff.
- Schutz, A. (1971): *Collected papers. I. The problem of social reality*. Haag: Martinus Nijhoff.
- Scully, D. og Bart, P. (1978): A funny thing happened on the way to the orifice: Woman in gynaecology textbooks. I J. Ehrenreich (red): *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. New York: Monthly Review Press.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1995): The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Report Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Selye, H. (1956): *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Senger, H. L. (1987): The "placebo" effect of psychotherapy: A moose in the rabbit stew. *American Journal of Psychotherapy*, XLI, 68-81.
- Shadish, W.R. og Sweeney, R.B. (1991): Mediators and moderators in meta-analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 883-893.
- Shadish, W.R.; Montgomery, L.M.; Wilson, P.; Wilson, M.R.; Bright, I. og Okwumabua, T. (1993): Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 992-1002.
- Shapiro, A. K. (1960): A contribution to a history of the placebo effect. *Behavioral Science*, 5, 109-135.
- Shapiro, A. K. (1964): Factors contributing to the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 18, 73-88.
- Shapiro, A. K. (1968): Semantics of the placebo. *Psychiatric Quarterly*, 42,

653-695.

- Shapiro, A. K. (1971): The placebo response. I J.G. Howells (red): *Modern perspectives in world psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- Shapiro, A. K. (1983): Diazepam: How much better than placebo? *Journal of Psychiatric Research*, 17, 51-73.
- Shapiro, A. K. og Morris, L. A. (1978): The placebo effect in medical and psychological therapies. I A.E. Bergin og S. L. Garfield (red): *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (2nd edn)*. New York: Wiley.
- Shapiro, A. K., Stuenkel, E. L. og Shapiro, E. (1980): The reliability and validity of a placebo test. *Journal of Psychiatric Research*, 15, 253-290.
- Shapiro, A.K. (1968): Study of the placebo effect with a placebo test. *Comprehensive Psychiatry*, 9, 118-137.
- Shapiro, D.A. (1976): The effect of therapeutic conditions: Positive result revisited. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 315-323.
- Shapiro, D.A. (1985): Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychological Review*, 5, 13-34.
- Shapiro, D.A. og Shapiro, D. (1982): Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D.A. og Shapiro, D. (1983): Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53.
- Sharp, H. C. (1965): Identifying placebo reactors. *Journal of Psychology*, 60, 205-212.
- Sheikh, A. A. og Kunzendorf, R. G. (1984): Imagery, physiology, and psychosomatic illness. *International Review of Mental Imagery*, 1, 95-138.
- Sheikh, A.A. og Sheikh, K.S. (eds) (1989): *Eastern and Western Approaches to Healing. Ancient Wisdom and Modern Knowledge*. New York: John Wiley.
- Shotter, J. (1991): The rhetorical-responsive nature of mind: A social constructionist account. I A. Still og A. Costall (red): *Against cognitivism: Alternative foundations for cognitive psychology*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Shotter, J. (1993): *Conversational realities. Constructing life through language*. London: Sage.



- Shweder, R. (1990): Cultural psychology - What is it? I J. Stigler, R. Shweder og G. Herdt (red): *Cultural psychology: Essays on comparative human development*. New York: Basic Books.
- Siegfried, J. (Ed.) (1995a): *Therapeutic and everyday discourse as behavior change. Towards a micro-analysis in psychotherapy process research*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Siegfried, J. (1995b): Introduction. I J. Siegfried (red): *Therapeutic and everyday discourse as behavior change: Towards a micro-analysis of psychotherapy process research*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S. og Creighton, J. (1978): *Getting Well Again*. Los Angeles: Tarcher.
- Singerman, K. G., Borkovec, T. D. og Baron, R. S. (1976): Failure of a misattribution therapy manipulation with clinically relevant target behaviour. *Behaviour Therapy*, 7, 306-313.
- Sipich, J.F.; Russell, R.K. og Tobias, L.L. (1974): A comparison of covert sensitization and "nonspecific" treatment in the modification of smoking behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 201-203.
- Sjøberg, L. (1982): Logical versus psychological necessity: A discussion of the role of common sense in psychological theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 23, 65-78.
- Skelton, J. A., og Pennebaker, J. W. (1982): The psychology of physical symptoms and sensations. I G. S. Sanders og J. Suls (red): *Social Psychology of Health and Illness*. New Jersey: Erlbaum.
- Skjervheim, H. (1974a): *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1974b): *Objektivismen og studiet av mennesket*. Oslo: Gyldendal.
- Sloane, R.B.; Staples, F.R.; Cristol, A.H.; Yorkston, N.J. og Whipple, K. (1975): *Short-term analytically oriented psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Smedslund, J. (1978): Banduras theory of self-efficacy: a set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 1-14.
- Smedslund, J. (1979): Between the analytic and the arbitrary: A case study of psychological research. *Scandinavian Journal of Psychology*, 20, 129-140.
- Smedslund, J. (1981): The logic of psychological treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 22, 65-77.

- Smith, M.L. og Glass, G.V. (1977): Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M.L.; Glass, G.V. og Miller, T.I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Snyder, M. (1992): Motivational foundations of behavioral confirmation. *Advances in experimental social psychology*, 25, 67-114.
- Snyder, M. og Swann, W. (1978): Hypothesis-testing processes in social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1202-1212.
- Snyder, W.U. og Snyder, B.J. (1961): *A psychotherapeutic relationship*. New York: Macmillan.
- Sohn, D. (1996a): Meta-analysis and science. *Theory and Psychology*, 6, 229-246.
- Sohn, D. (1996b): Publication bias and the evaluation of psychotherapy efficacy in reviews of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 16, 147-156.
- Sontag, S. (1979): *Sykdom som metafor*. Oslo: Gyldendal.
- Specht, H. og Courtney, M.E. (1994): *Unfaithful Angels: How social work has abandoned its mission*. New York: The Free Press.
- Spiegel, H. (1987): The answer is: psychotherapy plus. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 163-164.
- Spielberg, C. D., Berger, A. og Howard, K. (1963): Conditioning of verbal behavior as a function of awareness, need for social approval, and motivation to receive reinforcement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 241-246.
- Spiro, H. (1986): *Doctors, Patients and Placebos*. New Haven: Yale University Press.
- Stagoll, B. (1993): Aspects of family therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 343-347.
- Stam, H.J. og Spanos, N.P. (1987): Hypnotic analgesia, placebo analgesia, and ischemic pain: the effects of contextual variables. *Journal of Abnormal psychology*, 96, 313-320.
- Stam, H.J. (1988): The practice of health psychology and behavioral medicine: Whither theory? I W.J. Baker, L.P. Mos, H.V. Rappard og H.J. Stam (red): *Recent trends in theoretical psychology (vol 1)*. New York: Springer.

- Stanton, H.E. (1978): A simple hypnotic technique to reduce anxiety. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 6, 35-38.
- Stein, D.M. og Lambert, M.J. (1984): On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Steinbock, R. M., Marshall, B. J. og Ainslee, J. D. (1965): Suggestibility and the placebo response. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 140, 87-91.
- Sternbach, R. A. (1966): *Principles of psychophysiology*. New York: Academic Press.
- Stiles, W.B (1984): Client disclosure and psychotherapy session evaluations. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 311-312.
- Stiles, W.B. (1979): Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry*, 42, 49-62.
- Stiles, W.B. (1993): Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Stiles, W.B. og Shapiro, D.A. (1994): Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W.B. og Snow, J.S. (1984): Counseling session impact as viewed by the novice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 3-12.
- Stiles, W.B. og Sultan, F.E. (1979): Verbal response mode use by clients in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 611-613.
- Stiles, W.B.; Shapiro, D.A. og Elliott, R. (1986): "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stone, A.A.; Cox, D.S.; Valdimarsdottir, H.; Jandorf, L. og Neale, J.M. (1987): Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 988-993.
- Storm, M. D., og Nisbett, R. E. (1970): Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 319-328.
- Strassberg, D.S.; Anchor, K.N.; Gabel, H. og Cohen, B. (1978): Self-disclosure in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 153-157.
- Stroebel, C. F., og Glueck, B. C. (1973): Biofeedback treatment in medicine and

- psychiatry: an ultimate placebo? *Seminars in Psychiatry*, 5, 379-393.
- Strupp, H.H. (1980a): Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. (Comparison 1.). *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- Strupp, H.H. (1980b): Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. (Comparison 2.). *Archives of General psychiatry*, 37, 708-716.
- Strupp, H.H. (1980c): Success and failure in time-limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counselor (Comparison 3.). *Archives of General Psychiatry*, 37, 831-841.
- Strupp, H.H. (1980d): Success and failure in time-limited psychotherapy: Further evidence (Comparison 4.). *Archives of General Psychotherapy*, 37, 947-954.
- Strupp, H.H. (1986): Psychotherapy: Research, practice, and public policy (how to avoid dead ends). *American Psychologist*, 41, 120-130.
- Strupp, H.H. (1989): Can the practioner learn from the researcher? *American Psychologist*, 44, 717-724.
- Strupp, H.H. og Hadley, S.W. (1979): Specific and nonspecific factors in psychotherapy. *Archieves of General Psychiatry*, 36, 1124-1136.
- Strømskag, K. E., Reistad, F. og Holen, A. (1985): Naloxon. Nye terapeutiske muligheter. *Tidsskrift Norske Lægeforening*, 105, 2468-2469.
- Sulalloway, F.J. (1979): *Freud: Biologist of the mind*. New York: Basic Books.
- Svartberg, M. og Stiles, T.C. (1991): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- Szasz, T. (1974): *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T. (1978): *Psykoterapi - en myt?* Lund: ALBA.
- Søndergaard, H. P. (1990): Theoretical levels in psychiatry. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44, 531-538.
- Tally, P.F.; Strupp, H.H. og Butler, S.F. (1993): *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Taussig, M. (1980): Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 14b, 3-13.

- Taylor, R. C. R. (1984): Alternative medicine and the medical encounter in Britain and the United States. I J. W. Salmon (ed.): *Alternative medicines. Popular and policy perspectives*. London: Tavistock.
- Terr, L. (1994): *Unchained memories: True stories of traumatic memories, lost and found*. New York: Harper Collins.
- Tomkins, S.S. (1981): The quest for primary motives: Biography and autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 306-329.
- Tori, C. og Worell, L. (1973): Reduction of human avoidant behavior: A comparison of counterconditioning, expectancy, and cognitive information approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 269-278.
- Truax, C.B. (1963): Effective ingredients in psychotherapy: An approach to unraveling the therapist-patient interaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10, 256-263.
- Truax, C.B. og Carkhuff, R.R. (1967): *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.
- Truax, C.B. og Mitchell, K.M. (1971): Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. I S.L. Garfield og A.E. Bergin (red): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Tschudi, F. (1977): Gode og onde sirkler. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 97, 997-1001.
- Turner, J.L.; Gallimore, R. og Fox-Henning, C. (1980): *An annotated bibliography of placebo research*. JSAS, Document MS 2063.
- Uhlenhuth, E. H., Canter, A., Neustadt, J. O., og Payson, H. E. (1959): The symptomatic relief of anxiety with meprobamate, phenobarbital and placebo. *American Journal of Psychiatry*, 115, 905-910.
- Ullman, L. P. og Krasner, L. (1969): *A psychological approach to abnormal behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Valabrega, J. P. (1962): *La Relation Therapeutique, Malade et Mèecin*. Paris: Flammarion.
- Valsiner, J. (1985): Common sense and psychological theories: The historical nature of logical necessity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 26, 97-109.
- Valsiner, J. (1989): From group comparisons to knowledge: Lessons from

- cross-cultural psychology. I J.P.Forgas og J.M. Innes (red): *Recent advances in social psychology: An international perspective*. Amsterdam: North Holland.
- Varela, F.J.; Thompson, E. og Rosch, E. (1991): *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge: MIT Press.
- Vinar, P. (1969): Dependence on a placebo: a case report. *British Journal of Psychiatry*, 115, 1189-1190.
- Vingoe, F.J. (1987): When is a placebo not a placebo? That is the question. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 165-167.
- von Foerster, H. (1982): *Observing systems*. Seaside: Intersystems Publications.
- von Foerster, H. (1990): *Ethics and second order cybernetics. (Foredrag)*.  
Congres international: ethique, ideologies, nouvellere methodes system and family therapy. Paris, oct.: CECCOF.
- Vygotsky, L.S. (1962): *Thought and language*. N.Y.: John Wiley
- Wagstaff, G.F. (1987a): Hypnotic induction, hypnotherapy, and the placebo effect. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 169-170.
- Wagstaff, G.F. (1987b): Is hypnotherapy a placebo? *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 135-140.
- Wallerstein, R.S. (1989): The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. og Maides, S. A. (1976):  
Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-5.
- Warner, R. (1980): Deception and self-deception in shamanism and psychiatry. *International Journal of Social Psychiatry*, 26, 41-52.
- Watkins, L.R.; Cobelli, D.A.og Mayer, D.J. (1982): Classical conditioning of front paw and hind paw footshock-induced analgesia (FSIA): Naloxone reversibility and descending pathways. *Brain Research*, 243, 119-132.
- Watzlawick, P. (Ed.) (1984): *The invented reality. How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism*. New York: W.W. Norton.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. og Jackson, D. (1967): *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, paradoxes*. New York: W.W. Norton.

- Weary, G. og Bradley, C.F. (1978): Self-serving biases in the attribution process: A reexamination of the fact or fiction question. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 56-71.
- Weber, M. (1973): *Den protestantiske etikk og kapitalismens ånd*. Oslo: Gyldendal.
- Webster, R. (1995): *Why Freud was wrong. Sin, science and psychoanalysis*. London: Fontana Press.
- Weinberger, J. (1995): Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology*, 2, 45-69.
- Weiner, B. (1974): *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, N. J.: General Learning Corp.
- Weiner, B. (1979): A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.
- Weiner, B. (1986): *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer.
- Weiner, B., Frieze, I., Kukla, A., Reed, L., Rest, S. og Rosenbaum, R. M. (1972): Perceiving the cause of success and failure. I E.E. Jones et al. (red): *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Weisz, J.R.; Weiss, B.; Alicke, M.D. og Klotz, M.L. (1987): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Welsch, R. L. (1983): Traditional Medicine and Western Medical Options among the Ningerum of Papa New Guinea. I L. Romanucci-Ross, D.E. Moerman og L.R. Tancredi (red): *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Wertsch, J.V. (1995): Sociocultural research in the copyright age. *Culture & Psychology*, 1, 81-102.
- Wethington, E. og Kessler, R. C. (1986): Perceived support, recieved support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-88.
- Whitbread, J. og Mc Gown, A. (1994): The treatment of bullemia nervosa - what is effective: A meta-analysis. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 21, 32-44.
- White, L., Tursky, B., og Schwartz, G. (1985): *Placebo: Clinical implications and*

- new insights*. New York: Guilford Press.
- White, M. og Epston, D. (1990): *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton & Company.
- Whorton, J. (1982): *Crusaders for Fitness: The history of American health reformers*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wickramasekera, I. (1985): A conditioned response model of the placebo effect: Predictions from the model. I L. White, B. Tursky, og G. Schwartz (red): *Placebo: Theory, research, and mechanisms*. New York: Guilford Press.
- Wifstad, Å. (1994): Møte med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 114, 3678-80.
- Wifstad, Å. (1996): *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. ISM skriftserie. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Wilden, A. (1972): *System and structure. Essays in communication and exchange*. London: Tavistock Publications.
- Wilkins, W. (1979): Expectancies in therapy research: Discriminating among heterogeneous nonspecifics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 837-845.
- Wilkins, W. (1983): Failure of placebo groups to control for nonspecific events in therapy outcome research. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 31-37.
- Wilkins, W. (1984): Psychotherapy: The powerful placebo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 570-573.
- Wilkins, W. (1986a): Placebo problems in psychotherapy research. *American Psychologist*, 41, 551-556.
- Wilkins, W. (1986b): Therapy-therapist confounds in psychotherapy research. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 3-11.
- Wilson, G.T. og Rachman, S.J. (1983): Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 51, 54-64.
- Wind, E. (1963): *Art and Anarchy*. London: Faber and Faber.
- Wittgenstein, L. (1994): *Filosofi og kultur. Spredte bemerkninger*. Oslo: Cappelen.
- Wolf, S. (1950): Effects of suggesting and conditioning on the action of chemical agents in human subjects - the pharmacology of placebos. *Journal of*



*Clinical Investigations*, 29, 100-109.

- Wolf, S. (1954): Effects of placebo administration and occurrence of toxic reactions. *Journal of the American Medical Association*, 155, 339-341.
- Wolf, S. (1977): Placebo therapy. I B.B. Wolman (red): *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*. New York: Aesculapius Publ.
- Wolf, S. og Pinsky, R. H. (1954): Effects of placebo administration and occurrence of toxic reactions. *Journal of the American Medical Association*, 155, 339-341.
- Wolfe, F.E. og Goldfreid, M.R. (1988): Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wolff, B. B. og Langley, F. (1968): Culture and pain. *American Anthropology*, 70, 494-501.
- Wolman, B.B. (red.) (1977): *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*. (vol. 9). New York: Aesculapius publ.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wright, G. H.von (1991): *Vitenskapen og fornuften*. Oslo: J.W. Cappelen.
- Wylie, M.S. (1995): Diagnosing for dollars? *The Family Therapy Networker*, May/june, 23-33.
- Yapko, M. (1994): *Suggestion of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma*. New York: Simon & Schuster.
- Yardley, L. (1996): Reconciling discursive and materialist perspectives on health and illness. *Theory & Psychology*, 6, 485-508.
- Young, A. (1980): The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Social Science and Medicine*, 14b, 133-46.
- Young, A. (1981): When Rational Men fall Sick: An Inquiry into some Assumption made by Medial Anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 317-35.
- Young, A. (1982): The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of anthropology*, 11, 257-85.
- Zachariae, B. (1991): Psyke og immunitet. Perspektiver for sjæl-lægeme

problematikken. *Nordisk Psykologi*, 43, 17-36.

Zane, N.W.S. (1989): Change mechanism in placebo procedures: Effects of suggestion, social demand, and contingent success on improvement in treatment. *Journal of Counseling psychology*, 36, 234-243.

Zanna, M. P. og Cooper, J. (1974): Dissonance and the pill: An attributional approach to studying the arousal properties of dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 703-709.

Zbrowski, M. (1952): Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.

Zeig, J.K. (ed) (1987): *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Zilboorg, G. (1953): *The Medical Man and the Witch During the Renaissance*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Zinbarg, R.E.; Barlow, D.H.; Brown, T.A.; Hertz, R.M. (1992): Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. *Annual Review of Psychology*, 43, 35-67.

Zola, I. (1972): Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487-504.

Åmås, Knut Olav og Larsen, Rolf (1994): *Det stille alvoret*. Oslo: Samlaget.