Anders Johan W. Andersen og
Bengt Karlsson (red.)

Psykiatri i endring

– forståelse og perspektiv på klinisk arbeid



GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2001
1. utgave 1998

ISBN: 978-82-05-44508-6

Sats: Gyldendal Akademisk

Alle henvendelser om boken kan rettes til:
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

akademisk@gyldendal.no
www.gyldendal.no/akademisk

Det må ikke kopieres fra denne bok i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan føre til erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Til Jan Kåre Hummelvoll

Forord

For redaktørene av denne boken har det vært en stor glede og ære å arbeide med virkeliggjøringen av den. I den anledning er det noen personer som skal takkes. Først og fremst gjelder det høgskolelektor og psykiatrisk sykepleier Tone Fagerland, Høgskolen i Bodø. Dessverre gjorde sykdom det umulig for Tone å delta med en artikkel i boken. Takk til deg Tone – uten deg kunne ikke vi ha laget denne boken.

Takk også til forlagene Tano Aschehoug og Ad Notam Gyldendal, som samarbeidet om å videreutvikle bokprosjektet fram til utgivelse på det sistnevnte forlaget. Forlagsredaktør Astrid Rangnes Bråten i Ad Notam Gyldendal har bidratt både praktisk og faglig på en meget god måte for å realisere selve prosjektet. De ulike bidragsyterne i boken stilte opp på meget kort varsel og sa, uten unntak, ja til en invitasjon til å skrive. På kort tid har de produsert, etter redaktørenes oppfatning, meget gode og svært sentrale faglige bidrag både til boken og til den allmenne debatten og utviklingen i psykisk helsevern i Norge. Tusen takk til dere alle!

Den største takken går til psykiatrisk sykepleier og førsteamanuensis Jan Kåre Hummelvoll. Boken er laget og inspirert av det arbeidet Hummelvoll har gjort gjennom 20 år. Han har skrevet artikler og bøker og forsket i ulike problemstillinger knyttet til psykiske lidelser som fenomen og til forståelsen og utøvelsen av psykiatrisk sykepleie. Hummelvolls arbeider har hatt meget stor betydning i utdanningen av sykepleiere og psykiatriske sykepleiere i hele Norden. Hans forståelse av og modell for utøvelse av psykiatrisk sykepleie har betydd svært mye for det kliniske feltet på nordisk basis. Denne boken er laget i anledning av Jan

Kåre Hummelvolls 50-årsdag den 1. mars 1998. Boken er ment som en stor faglig hyllest og varm takk for den betydning han hatt for forståelsen av psykiske lidelser og den kliniske virksomhet som psykisk helsevern utgjør. For redaktører og bidragsytere har det vært en stor glede og ære å kunne bidra til denne velfortjente oppmerksomhet.

Arendal og Oslo, juni 1998

Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson

Innhold

Introduksjon 13
Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson

Postmodernisme og galskap 17
Valg av perspektiv gir konsekvenser – en holistisk-eksistensiell posisjon 20
Flere perspektiver – flere muligheter? 22
Presentasjon av bokens form og innhold 25
Litteratur 28

Kapittel 1
Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling 29
António Barbosa da Silva
Oversatt av Jon Vegar Hugaas

Innledning 29
En presisering av termen «menneskesyn» 32
Hummelvolls holistiske modell og dens menneskesyn 47
Hummelvolls bidrag til et nytt paradigme innen psykiatrien 58
Litteratur 60

Kapittel 2
Eklektisismen: problem og utfordring 65
Åge Wifstad

Hva betyr «psykiatri»? 65
Psykiatriens selvbilde 69

Vitenskap om enkelttilfeller 71
Forståelseshorisont 74
Kompetanse 75
Hva betyr «grunnlag»? 77
Pasientens verden 79
Avslutning 81
Litteratur 81

Kapittel 3
Mental helse, sykdom og samfunn 83
Arnulf Kolstad

880 000 gale her i landet? 83
Destruktiv sosial praksis 84
Alminnelige mellommenneskelige forhold 85
Den psykiatriske helsetjenesten 86
Epidemiologiske undersøkelser 86
Psykiske lidelser og sosiale forhold 87
Dårlig mental helse eller psykiatrisk sykdom? 89
De uførepensjonerte med psykiatrisk diagnose 89
Økning i de psykiatriske diagnoser 90
Geografiske forskjeller 91
Diagnosene er misvisende 92
Alternative forklaringer på økt «psykiatrisk sykelighet» 93
Når arbeidsuførhet kalles sykdom 93
Konsekvensene av den psykiatriske sykeliggjøringen 95
Hva kan gjøres med alle de «psykisk syke»? 95
Problemforståelsen med utgangspunkt i epidemiologien og trygdestatistikken 96
Det sosiale og det medisinske i psykiatrien 97
Den kapitalistiske økonomiens funksjon 98
Nye krav til arbeidskraften 98
Mentale lidelser: sykdom eller følelsesmessige fastfrysninger? 99
Psykisk sykdom er en myte 99
To feilslutninger 100
Psykisk sykdom blir gjort til årsak for destruktiv sosial praksis 101
Brudd med hvilke normer? 101
Følelsesmessige blokkeringer 103
De psykologiske dysfunksjonenes sosiale karakter og grunnlag 105
Forstyrrede psykologiske funksjoner 105
Symptomer 106

Samfunnselendighetens symptombærere 107
Ny organisering av den psykiatriske helsetjenesten 108
Verstefallstenkningen 109
Det særegne ved de psykiske lidelsene 110
Psykiatrisk helsetjeneste? 110
Problematisk sosial praksis 110
Samarbeidet med sosialsektoren og allmennhelsetjenesten 111
Løsningen 111
I hverdagen utenfor institusjonene 113
Litteratur 113

Kapittel 4
Psykiatri og makt: noko å mase om? 116
John Gunnar Krogstad

Om denne artikkelen 118
Hjelpeyrka og makt – to sider av same sak 118
Sjukepleieideologi og samfunn 120
Kven vert psykiatriske sjukepleiarar? 126
Pasienten inn på slagmarka: Den psykiatriske arenaen 129
Makta i pasienten si teneste 130
Psykiatrisk sjukepleie: Sololøp eller lagspel? 131
Tilbake til kvardagen og pasienten, det praktiske og konkrete 134
Men kva så med reimsenga? 137
I all omsorg og hjelp ligg det makt 140
Litteratur 140

Kapittel 5
Brukermedvirkning – noen praktiske konsekvenser 142
Sjur Fredriksen

Innledning 142
Erfaringer med brukermedvirkning i psykiatrien i Lofoten 142
«Hjelpetelefonen for ensomme og for personer med psykiske lidelser» 144
Brukerrådet for psykisk helse i Lofoten 146
Brukerdrevne tiltak i Mental Helse i Sør-Trøndelag 152
Mental Helses kontakt- og informasjonssenter 153
Kvalitetsstyring av det psykiske helsevernet sammen med brukerne ... 155
Avslutning 160
Litteratur 161

Kapittel 6
Å bli kjent med seg selv og den andre: 163
Anne-Lise Løvlie Schibbye

Introduksjon 163
Hva mener jeg med selvrefleksjon? 164
Hvorfor er selvrefleksivitet vanskelig å utvikle? 165
Hvorfor er det så vondt å bli behandlet som om en manglet selvrefleksivitet? 166
Bakenforliggende antakelser 167
Eksistensialisme og selvrefleksivitet 169
Selvrefleksivitet og dialektisk relasjonsteori 170
Utvikling av selvrefleksivitet 172
Undring i dialoger og utvikling av selvrefleksivitet 175
Undring og kunnskap 177
Undring fører til utvidet interpersonlig rom 178
Undring fører til at tidstempoet neddempes 178
Undring fører til økt affektuttrykk 178
Undring ivaretar prosessaspektet i dialogen 179
Undring fører til økt selvrefleksivitet 179
Voksen-barn-forholdet som metafor 180
Oppsummering og implikasjoner 180
Litteratur 182

Kapittel 7
Kunnskapens kompleksitet – psykiatriens store utfordring 184
Trond Hatling og Ragnhild Østbye

Kunnskap – bare for kunnskapens skyld? 184
Hva slags kunnskap? 189
Hvilke utfordringer står vi overfor når vi skal videreutvikle kunnskapen? 195
Avslutning 211
Litteratur 214

Kapittel 8
Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien 218
Helge Ramsdal og Kari Ludvigsen

Innledning 219
Utviklingen av psykiatrien: vitenskapelig differensiering, multiprofesjonalisering og organisatorisk oppsplitting 221

Idealet om helhet – og strategier for utviklingen av «helhetlige løsninger» 227
Hva innebærer større grad av «helhet» for kunnskapsutvikling og arbeidsorganisering? 233
Kompetanseutvikling i kommunalt arbeid med mennesker med psykiske lidelser 239
«Helhet» i en fremtidig psykiatri – mellom utopi og trivialitet 241
Litteratur 243

Forfatterpresentasjon 246

Introduksjon

Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson

Det forundrer meg like mye hver gang at de ikke undersøker mitt verdensbilde når jeg kommer. De tar ikke mine tanker på alvor. De bare medisinerer for å skyve unna alle følelser.

Dette sitatet er uttrykt av forfatteren Øystein Wingaard Wolf i et intervju med bladet Psykisk Helse nr. 11, 1996. Utdraget viser til de erfaringene som Wolf har gjort de gangene han har vært innlagt i ulike psykiatriske institusjoner. Wolf peker på noe grunnleggende ved det å være menneske: Jeg har mitt eget verdensbilde som er skapt av meg, og som jeg har behov for å dele med andre. For at vi skal kunne dele vårt verdensbilde med hverandre, må en annen invitere meg eller gi meg oppmerksomhet slik at jeg kan driste meg til å vise fram mitt verdensbilde. Wolf forundres over psykiatriens manglende interesse for hans verdensbilde, og setter da ord på hvordan det kan oppleves å bli beskrevet som et menneske med psykisk lidelse. Wolfs andre og nært beslektede poeng er knyttet til hans opplevelse av ikke å bli tatt på alvor. Han opplever ikke en ekte interesse fra hjelperne til å forstå hans tanker eller verdensbilde. Hjelpernes svar på hans tanker er å tilby medisiner som kan dempe intensiteten i den følelsemessige opplevelsen – et tilbud om en slags kjemisk flukt. Wolf presenterer noen svært viktige refleksjoner knyttet til sine opplevelser av møtene med psykisk helsevern.

Nå kan en si at dette er en enkeltstående historie og ikke representativ for psykisk helsevern som helhet. Aaslestad (1997) har gjennomført en narratologisk analyse av psykiatriske sykejournaler fra 1890 til 1990, og poengene herfra er skremmende entydige. Det foreligger en grunnleggende diskrepans mellom journalskriverens og pasientens virkelighets-

bilde. Journalskriveren viser minimal interesse for og/eller liten vilje til å gjengi pasientens virkelighetsforståelse i journalen. Dette særpreger den psykiatriske sykejournal som litteraturgenre. Det kan med andre ord være god grunn til å anta at de erfaringene Wolf uttrykker, også er representative for mange andre av brukerne innenfor psykisk helsevern.

For oss som til daglig arbeider med mennesker med psykiske lidelser eller arbeider med å utdanne de som skal yte slik bistand, er Wolfs erfaringer svært viktige også av andre grunner. Hva er det som gjør at vi som hjelpere kan komme til å framstå som relativt hjelpeløse i møtet med den som trenger hjelp? Hvorfor virker vi i forsvinnende liten grad opptatt av den andre og hans eller hennes forståelse og opplevelse av seg selv og sine følelser og tanker? Er det noe som hindrer oss i å ta brukernes opplevelser og virkelighetsbilde på alvor? Hva er det som gjør at medisiner blir vårt viktigste tilbud? Når jeg møter den andre – tenker jeg da på muligheten av at også jeg kan bli innlagt i en psykiatrisk institusjon? Ville i tilfelle denne erkjennelsen betydd noe i møtet med mennesker med psykiske lidelser? Ville det hatt betydning for fagpersonenes forståelse av seg selv som hjelpere?

Denne boken har det beskjedne prosjekt å diskutere de nevnte problemstillingene. Ikke fordi vi har tenkt at boken kan eller skal gi entydige svar. Bokens prosjekt er først og fremst å sette disse og liknende problemstillinger på dagsordenen. Vi er av den oppfatning at diskusjoner rundt disse problemstillingene er helt avgjørende og grunnleggende for den delen av Helse-Norge som kalles psykisk helsevern. Vår oppfatning er også at disse spørsmålene i altfor liten grad er levende til stede i klinisk praksis og i den generelle fagdebatten i psykisk helsevern.

Ikke alle, verken fagfolk, politikere, brukere eller menigmann, vil være enige med oss i at dette er sentrale og helt grunnleggende spørsmålsstillinger. Enkelte vil trolig påstå at en slik problematisering, og kanskje relativisering, bidrar til å spre en unødvendig utrygghet og forvirring både blant fagfolk og brukere. Det er til sjuende og sist fagfolkene som er «ekspertene», og som vet best hvordan psykiske lidelser kan forstås og skal behandles. Hva er ellers poenget med lange universitetsutdanning og stadig kompetanseoppbygging? Ut fra et brukerperspektiv kan det derfor ses på som et minstekrav å få samtale med fagfolk som vet hva de snakker om og kan komme med klare og ryddige svar. Det kan oppleves som

både frustrerende, paradoksalt og totalt forvirrende hvis fagfolkene gir uttrykk for usikkerhet og tvil i møtet med en psykatrisk pasient og dennes pårørende. Det er ikke slik ekspertene i vårt helsevesen skal være. Går man til en spesialist innenfor et fagområde, så forventer man å treffe en fagperson som vet hva hun snakker om, og som bedre enn andre evner å stille den rette diagnosen og iverksette den beste behandlingen. Dette handler om kvalitetssikring og pasientrettigheter på mange plan. Solid diagnostikk går forut for riktig behandling. Er det noen grunn til at dette ikke også kan gjelde psykisk helsevern og psykiske lidelser? Er det ikke tvert om på tide at psykiske lidelser blir forstått og derigjennom like akseptert som somatiske sykdommer?

Ønsket om sidestilling mellom somatiske og psykiske lidelser både når det gjelder åpenhet og toleranse i befolkningen, økonomiske ressurser, forståelsen av lidelsen og kvalitetssikring av behandling, er uttalt både i offentlige dokumenter, blant ledende fagfolk og blant brukerorganisasjoner. Når vi nå likevel ønsker å stoppe opp litt ved denne parallelltenkningen, ja til og med stille oss kritiske til den, så bunner det i at ønsket om sidestilling etter vårt skjønn innebærer en urettmessig forenkling og entydiggjøring av kompliserte mellommenneskelige livstemaer. Tanken om en sidestilling forutsetter at psykiske lidelser representerer klart avgrensbare fenomener. – Enten har du en psykisk lidelse, eller så har du det ikke. – Enten har du en blindtarmbetennelse, eller så har du det ikke. – Dessverre eller kanskje heldigvis er det ikke så enkelt. Det finnes en grense for hvor langt en slik entydighet kan sies å være treffende. Tvetydigheten og dobbeltheten er grunnleggende ved den menneskelige eksistens. Mennesket er amfibisk, hevder Dag Østerberg (1993). Etter vår mening blir dette erkjennelsesmessige utgangspunktet svært viktig i arbeidet med psykiske lidelser. Det inngår som et grunnlagsproblem i betydningen av at vi mennesker er både like og forskjellige – samtidig. En psykose kan ha likhetstrekk fra ett menneske til et annet, men disse trekkene kan ikke forstås som felles eller generelle ved fenomenet psykose. I det øyeblikket vi forholder oss til fenomenet eller den felles karakteristikken psykose, mister vi mennesket. Erfaringene fra Wolf illustrerer nettopp dette. Han opplever en manglende interesse for sin forståelse av seg selv og sin verden, og blir dermed ikke sett som person. Som fagpersoner må vi arbeide ut fra et både-og-perspektiv; det er alltid minst to sider ved et menneske; vi er både snille og slemme,

kanskje ikke på en gang, men i forskjellige situasjoner. Det innbærer også at vi kan være både gal og ikke-gal til ulike tider og i ulike situasjoner – selv en svært deprimert person kan le.

Dette handler også om det kompliserte forholdet mellom normalitet og galskap. Det er ikke nødvendigvis slik at noen av oss har vært så heldige å bli født normale, mens andre dessverre har blitt belastet med varierende grad av psykisk sykdom. Det er heller ikke nødvendigvis slik at mennesker blir smittet av psykosebakterien. Psykiske lidelser er tett sammenvevd med hvert enkelt menneskes liv og livsløp og kan ikke løsrives fra dette. Psykiske lidelser kan heller ikke forstås uavhengig av den kulturhistoriske, sosialpolitiske, moraletiske og fagideologiske kontekst. Det er ikke mange årene siden homofili var en psykiatrisk diagnose, eller at onanering ble forstått som roten til psykiatrisk sykdom. Psykiatrisk omsorgs- og behandlingsarbeid er et komplekst og mangesidig fagområde som maner til ydmykhet når det gjelder oppfatning av egen viten og synet på egen kompetanse. Vi ønsker med andre ord å åpne for flertydighetens prinsipielle tilstedeværelse både av forståelse, beskrivelse og behandling av psykiske lidelser. En slik faglig åpenhet kan etter vårt skjønn bidra til å sikre at brukere opplever en ekte interesse og kreativ nysgjerrighet for sitt virkelighetsbilde. Vi ønsker ikke å gi et kategorisk svar på hvem som er ekspert på hvem – men vi ønsker å peke på at det er en forutsetning at vi diskuterer dette og andre spørmål i en åpenhet der det helt sentrale er å lytte og reflektere over hverandres bidrag. Vi ønsker å peke på det vi oppfatter som noen grunnleggende spørsmål i all psykiatrisk virksomhet. Disse spørsmålene må bringes opp og fram i lyset, og de må levendegjøres i den kliniske virksomheten både som overordnede problemstillinger i fagfeltet, og i det konkrete møtet mellom hjelper og bruker. Ekspertdiskusjonen må ikke bare være en intellektuell kneøvelse hos hjelperen som trekkes fram når det er ledig tid. Den kan, skal, bør bringes fram og utfordres i møtet mellom hjelper og bruker. Er det mulig for meg som hjelper å tenke at en bruker er ekspert på sitt eget liv og lidelse? – og hvilke konsekevenser får det for min forståelse av brukeren og av mitt eget faglige arbeid? Hva skjer med brukeren når denne opphøyes til ekspert på sin egen psykose? – hvorfor da søke hjelp i det hele tatt? Hvilket virkelighetsbilde skal gis forrang dersom det er uenigheter mellom behandler og bruker? Må vi kvalifisere virkelighetsbilder ut fra riktighet?

Postmodernisme og galskap

Mange vil kunne hevde at vi lever i en postmodernistisk tid da de gamle og evige sannheter står for fall eller i hvert fall ikke har samme tyngde som før. Ethvert fenomen kan la seg dekonstruere, konstruere og rekonstruere. Svarene på de spørsmålene vi stiller, er helt avhengig av hvem som spør og hvem som svarer. Det finnes ikke en sannhet med stor S – det finnes en rekke sannheter som er gyldige for enhver av oss avhengig av tid og sted. Kritikere av postmodernismen vil kunne hevde at dens konsekvenser kan være uetiske eller umoralske fordi postmodernismen sies å relativisere alt og alle. I en postmodernistisk tradisjon er det svært vanskelig å snakke om noe som bedre enn noe annet. Hvilke konsekvenser får dette for synet på mennesket og våre livsverdier? Er det ikke en «sann» idé og handling å hjelpe sin neste eller de som er svake i samfunnet? Kan vi snakke om et samfunn i betydningen av et fellesskap som er til for hverandre, eller er det bare en tilfeldig samling av individer som søker sin lykke?

Denne boken har ikke som siktemål å diskutere hvorvidt vi lever i en postmodernistisk tid eller ikke, eller hva som er godt eller dårlig med denne kulturtradisjonen. Det interessante i denne sammenhengen er om postmodernisme som kulturstømning har nådd psykisk helsevern. Har postmodernismen ristet psykisk helsevern i grunnvollene slik at de gamle sannheter ikke lenger gjelder? Har psykiatrien ramlet ideologisk og praktisk sammen slik de gamle østeuropeiske statene gjorde over natten? Er den medisinske epoken over, lever freudianismen eller den kritiske psykiatrien? Vårt poeng med å trekke veksler på postmodernismen er for å se om ideen om at gamle sannheter står for fall, har nådd norsk psykiatri – og i så fall hvordan og på hvilke områder og måter.

Vi mener det vil være en overdrivelse å hevde at postmodernismens hovedbudskap om at de gamle sannhetene står for fall, eller at det i hvert fall kan stilles spørsmål ved dem, er nådd *hele* den norske psykiatrien. Det er fremdeles den medisinske legevitenskapen gjennom sine eksakte kunnskaper som danner basis for det terapeutiske arbeidet, et arbeid der psykofarmaka danner et sentralt element. Eksakt diagnostisering, konsensuskonferanser og standardiserte behandlingsopplegg er en viktig del av tidens melodi. Postmodernismen har med andre ord ikke snudd opp ned på psyskisk helsevern. Den har ikke endret det dominerende

synet at en psykisk lidelse er en individuell sykdom og at den i hovedsak må behandles i et sykehus som en medisinsk subspesialitet. Som et eksempel kan det nevnes at Dikemark sykehus utenfor Oslo gjenåpnes mot slutten av nittitallet etter å ha blitt nedbygd og bestemt nedlagt tidligere i det samme tiåret. Begrunnelsen da var at pasientene hadde et bedre liv og derved også bedre livskvalitet ved å bo utenfor institusjon. Nå vurderes behov for institusjonsplasser som dramatisk påkrevd for å sikre mennesker et anstendig liv. Så vanskelig kan det kanskje være?

Postmodernismen kan i beste fall ha ført til oppmerksomhet på at det finnes ulike måter å forstå og beskrive de grunnleggende problemstillingene i feltet på. Slik sett mener vi å ha belegg for å hevde at psykisk helsevern preges av motstridende innspill. På den ene siden er det en sterkt økende interesse for biologisk og genorientert forskning. Ideen er at vi gjennom grundige, nitide og nøyaktige undersøkelser en dag skal finne den kroppslige svikten som fører til utviklingen av psykiske lidelser. På den andre siden står fagpersoner som hevder at psykiatri og forståelsen av psykiske lidelser er belastet med mange prinsipielle grunnlagsproblemer knyttet til forståelsen, beskrivelsen og behandlingen av psykiske lidelser. Psykiske lidelser vil kunne fortone seg forskjellig avhengig av hvilket perspektiv du velger å forstå fenomenet i. «Brillene» du tar på deg, er helt avgjørende for hva du ser. Den tyske filosofen Kant viste hvordan det var mulig å tenke om psykose som å drømme i våken tilstand. Dette er en annen forståelse av fenomenet psykose enn den biomedisinske, som vil hevde at det er en sykdom som kan årsaksforklares som uttrykk for psykopatologi i et menneske. Noen ytterst få forsøker i forlengelsen av dette å peke på at fenomenet psykiske lidelser også kan forstås i lys av det samfunnet vi lever i, og dets rammer og innhold. Noen hevder til og med at det er mer interessant enn biologi og genetikk.

Som oppsummering må vi kunne hevde at i vår tid er det mulig å stille flere spørsmål ved fenomenet psykisk helsevern og den virksomheten som forgår der. Det er større åpenhet omkring psykiske lidelser i samfunnet – flere mennesker har stått fram og fortalt sin historie. Det er imidlertid all grunn til å undre seg over om det har skjedd en endring i hvordan både psykiatrien og samfunnet forstår og behandler de psykisk lidende i vår tid. Det er videre grunn til å spørre seg om ikke psykiatrien først og fremst representerer en konservativ, dvs. en tradisjonsbærende,

samfunnsinstitusjon, og mindre et framtidsrettet, endringsvillig og samfunnsorientert behandlingstilbud.

La oss ta noen eksempler. I Helse-Norge er fokus rettet mot pasientkøer og behandlingsgarantier. I dette bildet blir som nevnt tidligere psykiske lidelser sammenlignet med somatiske lidelser som kan behandles i lys av å finne en årsak, og at denne må kunne elimineres så fort som mulig. Dette lar seg nok gjøre ved en kreftsvulst eller hofteoperasjon, men lar det seg gjøre ved en depresjon eller en psykose? Er det mulig å forestille seg at psykiske lidelser er av en annen karakter, der tiden er en sentral og helbredende kraft? Der det å finne *en* årsak ikke lar seg gjøre på kortest mulig tid – hvor vi kan snakke om enn rekke årsaker hvor bare et fåtall lar seg identifisere gjennom lang tids arbeid? I et slikt resonnement kunne man tenke seg tiden som den viktigste faktoren for å lege eller å leve.

På samme måte må vi stille spørmål ved det samfunnet vi lever i – bidrar det til at mennesker utvikler og opplever psykiske lidelser? Det at psykiske lidelser primært forstås som et individuelt fenomen – er det for å unngå å stille ubehagelige spørsmål om hvordan vi organiserer og skaper innhold i vårt vestlige kapitalistiske samfunn? Det rapporteres fra Kina at det er en sterk og dramatisk økning av mennesker som hevder at de opplever psykiske lidelser. De forklarer det med at de har mistet arbeidet sitt eller står i fare for å gjøre det. Denne utviklingen kan representere en side ved den kineske orienteringen mot markedsøkonomi. Tidligere var det samfunnsoppgave nummer en å sikre alle kinesere arbeid. I fraværet av arbeid aktualiseres eksistensielle problemstillinger som menneskelig verdi, familiær respekt og meningsinnholdet i hver og ens liv. Apati, defaitisme og depresjon kan være svar på slike grunnleggende spørsmål.

I vår del av verden preges samfunnet av andre problemstillinger. På midten av nittitallet ble den såkalte «lykkepillen» introdusert. Den retter seg mot lette depresjoner, sosial usikkerhet og tilbakeholdenhet og rødming. Gjennom dette nye preparatet våknet for alvor den farmasøytiske industriens interesse for psykiske lidelser. Plutselig ble potensialet av forbrukere mangedoblet – og dermed også utsiktene til store økonomiske gevinster. Hvem av oss er ikke sosialt usikre og inntilbeins og til og med rødmer i nye sosiale sammenhenger – spesielt hvis en kjekk ung mann eller kvinne snakker til oss? «Lykkepillen» ble introdusert som en hjelp

mot dette: «Kryss av på vedlagt sjekkliste, ta kontakt med din lege, og pillen vil gjøre deg i stand til å håndtere enhver sosial sammenheng.» Det grunnleggende problemet i denne tilnærmingen er at det *ikke* problematiseres om det faktisk ikke er «normalt» å være sosialt usikker og rødme i nye og ukjente miljøer. Kanskje er det en del av det å være menneske og gjør det spennende og verdt å leve? Kan det tenkes at den farmasøytiske industrien ved hjelp av effektiv markedsføring evner å skyve på samfunnets «patologispeil»? Ser vi her konturene av en «ny» type lidelse som i likhet med spiseforstyrrelser kan forstås som tett knyttet til samfunnets normalitetssignaler? Kan det tenkes at spørsmålet om den såkalte «lykkepillen» ikke bare er et spørsmål om den individuelle lykke eller ulykke, men vel så mye et spørsmål om hva slags samfunn vi faktisk lever i?

Denne bokas prosjekt er å stille disse og andre spørsmål ved etablerte og nye sannheter. Det kan gjøres ved å holde opp undringen, ydmykheten, dialogen, paradoksene og refleksjonen i forhold til de problemer og mennesker som møtes i den virksomheten som kalles psykisk helsevern. Dette gjelder både i forhold til å forstå, beskrive og behandle psykiske lidelser. Denne prosessen bør oppmuntres både hos fagfolk, brukere, byråkrater, politikere og i allmennheten. Målet bør være å skape åpenhet og debatt omkring psykiske lidelser som fenomen og psykisk helsevern som system. Denne boka er, i all beskjedenhet, et forsøk på å gi et bidrag til denne prosessen. Samtidig er boka en hyllest til en av de som har bidratt mest til dette innenfor faget psykatrisk sykepleie; doktor i folkehelsevitenskap og psykiatrisk sykepleier Jan Kåre Hummelvoll.

Valg av perspektiv gir konsekvenser – en holistisk-eksistensiell posisjon

Hummelvoll har gjennom sin forskning og sine skriftlige arbeider vist stor interesse for grunnlagsproblemer i psykisk helsevern generelt og i psykiatrisk sykepleie spesielt. Han har vist til at det finnes ulike måter å forstå psykiske lidelser på, og pekt på hvilke tilnærminger og konsekvenser dette vil gi for utøvelsen av psykiatrisk sykepleie. Hummelvoll er den i Norden som sterkest har framholdt betydningen av å tydeliggjøre og bevisstgjøre sykepleierens menneskesyn og hvordan dette reflekterer seg i møtet med pasienten. Boka «Helt – ikke stykkevis og delt» har kommet i