

Joanna Moncrieff

PSYKIATRISK IMPERIALISME: MEDISINERING AV DET MODERNE LIV¹

Innledning

Psykiatrien som institusjon oppsto i det 19. århundre sammen med framveksten og konsolideringen av den industrielle kapitalismen. Dens oppgave var å behandle unormal og merkelig ikke-kriminell atferd som brøt med atferdskravene til den nye sosiale og økonomiske ordenen. Psykiatriens forbindelse med medisinsk behandling ga den et slør av vitenskapelig objektivitet og nøytralitet. Dette skjulte psykiatriens politiske funksjon som administrator av sosial kontroll. Den medisinske modellen av mentale forstyrrelser har siden da tilslørt de sosiale prosessene som skaper og definerer avvik ved å knytte disse prosessene til individuell biologi. Dette bidrar til å opprettholde den etablerte orden ved å unngå den implisitte kritikken og opposisjonen mot denne ordenen som ligger i avvikende atferd. Opp gjennom det 20. århundre ble psykiatrien hardt angrepet for dens villedende medisinske karakterisering av livets problemer og den undertrykkelsen som kamoufleres som psykiatrisk behandling. Med hjelp av mere avansert teknologi har imidlertid den psykiatriske profesjonen ikke bare motstått angrepene, men også styrket sitt krav om domsmyndighet i forhold til «psykisk sykdom». Denne utviklingen har økt mulighetene for utøvelse av sosial kontroll og undertrykkelse av motstand under dekke av psykiatrisk behandling.

Til en viss grad har psykiatrien aldri vært mere selvsikker og respektabel enn den er nå for tida. I 1950- og 1960-åra kom en farmasøytisk revolusjon som skapte en bred vifte av medisiner for forstyrrelser som schizofreni, depresjoner og angst. Dette gjorde det mulig for psykiatrien å tilnærme seg den fysiske medisinske paradigme som er basert på å forordne spesifikke kurer for spesifikke sykdommer. I denne perioden ble også psykiatrisk omsorg flyttet fra de diskrediterte asylene til almensykehus med tettere kontakt til den øvrige medisinske profesjonen. Relokaliseringen var et fysisk uttrykk for psykiaterprofesjonen forsøk på å distansere seg fra sin tidligere rolle som omsorgshaver for de kronisk sinnssyke og å utvikle en ny rolle som helbreder av akutte sinnsslidelser. Dette gikk sammen med utvikling av samfunnspleie for kroniske og gjentakende psykiske lidelser.

Prosjektet med å påvise biologiske årsaker til psykiske sykdommer har også blitt revitalisert av nye teknologier til studier av hjernen samt utviklingen av molekylærgenetikk og det menneskelige genom prosjekt.² Til tross for

en mangel på konsistente resultater har selve mengden av ressurser som er blitt brukt på denne forskningen styrket troverdigheten til den medisinske modellen for psykiske sykdommer.

Det 20. århundret ga imidlertid også opphav til en innflytelsesrik kritikk av psykiatrien fra akademikere og opprørske psykiatere med R.D. Laing, Thomas Szasz og David Cooper som de mest kjente representantene. Sosiologiske teorier om avvik, medisiner og profesjonsorganisering bidro til å avdekke den psykiatriske institusjonens maktforhold og politiske funksjoner. Psykiatriens paternalisme kom under angrep, og dens medisinske behandling ble beskyldt for å være mere undertrykkende enn juridiske sanksjoner og straff.

Disse ideene fikk konkrete uttrykk gjennom aktivitetene til protestbevegelser, pasientstøttegrupper og eksperimenter med alternative former for omsorg. Tidlig i 1970-åra var protestbevegelsene særlig sterke i Nederland og USA. Det ble demonstrert mot bruken av elektroshokkterapi (ECT), universitetsforelesninger ble stanset og enkelte framtrede biologiske psykiatere måtte beskyttes av politiet. Det var flere berømte forsøk på å skape terapeutiske fellesskap uten distinksjoner og hierarkier mellom behandlere og pasienter, deriblant R.D. Laings Kingsley Hall og David Coopers Ward 21 i Storbritannia. En politisk bevisst og demokratisk psykiatribevegelse instituerte psykiske helsereformer i Italia. Pasientstøttegrupper som hentet inspirasjon fra borgerrettsorganisasjonene representerte en annen viktig utvikling. Selv om denne aktivismen har avtatt, er pasientorganisasjonene fortsatt sterke. Enkeltindivider samt grupper av behandlere fortsetter med å fremme alternative tilnærminger til de såkalte sinnslidelser. «Antipsykiatribevegelsen» har også hatt en betydelig sosialpolitisk innvirkning. Dette har ført til en rekke restriksjoner på tvangsinnleggelse og tvangsbaserte behandlingsmetoder og mindre bruk av psykooperasjoner og ECT.

Den seinere utviklingen i definisjoner og behandlingsmetoder av de to viktige psykiatriske tilstandene depresjon og schizofreni tyder imidlertid på at den sosiale innflytelsen og formelle makten til den institusjonelle psykiatrien er voksende. Kritikken av psykiatrien for over tre tiår tilbake i tid kan være mere aktuell enn noensinne tidligere.

Depresjon: Medisinering av fortvilelse

I 1992 ble det i Storbritannia lansert en Bekjemp Depresjonkampanje. Kampanjen var organisert av the Royal College of Psychiatrists i samarbeid med the Royal College of General Practitioners og fikk økonomisk støtte fra legemiddelindustrien. I kampanjelitteraturen ble det anslått at rundt 10 prosent av befolkningen til enhver tid led av depressive forstyrrelser, og at en tredjedel ville rammes av det i løpet av deres levetid. Antidepressiver ble anbefalt for alle moderate eller alvorlige symptomer. Implikasjonen var at en

stor del av menneskelig fortvilelse har biologiske årsaker og kan korrigeres biokjemisk. Derfra er det ikke langt til publisiteten rundt det nye anti-depressive fluoxetine (prozac) med påstander om at preparatet endrer personlighet og styrker livskvalitet.

En samling av intervjuer med prominente psykofarmasøyer som har deltatt i utviklingen av moderne psykiatriske medisiner gir en interessant historisk bakgrunn for Bekjemp Depresjonskampanjen. I psykiatrisk sykehuspraksis i 1950-åra var depresjoner en relativt sjelden forstyrrelse, og det var ingen som forstilte seg en spesifikk antidepressiv medisin som var forskjellig fra generelle stimulanter. Da det ble hevdet at visse biokjemiske kombinasjoner kunne ha en antidepressiv virkning var legemiddelindustrien lenge uvillig til å utvikle og lansere den typen medisin. Likevel eksisterte det et ubevisst interessefellesskap mellom industrien og de innflytelsesrike psykiaterne som utviklet og populariserte ideen om at depresjon er en utbredt, men ikke anerkjent, biologisk basert forstyrrelse som kan behandles medisinsk. Fordelen ved et slikt perspektiv var at det utvidet markedet for psykiatriske medikamenter og samtidig utvidet psykiatriens grenser til langt utenfor de psykiatriske sykehusene. Siden har psykiaterprofesjonen og legemiddelindustrien forsøkt å utbre disse ideene til almenheten og andre leger med «Bekjemp Depresjonskampanjen» som den seneste offensiven.

En rekke biokjemiske og hormonelle mekanismer har blitt foreslått som årsaker til depressive lidelser, mens skiftende forklaringer i stor grad følger moten. Bevisene for disse teoriene er ikke konsistente. Enighet om effektene av antidepressiver står igjen som den sterkeste støtten til tesen om at depresjon er en fysiologisk tilstand. En gjennomgang av den psykiatriske litteraturen tyder på at denne oppfatningen ble rådende i midten av 1970-åra på grunnlag av forskningsresultater fra eksperimentelle forsøk med de fortsatt utbredte trisykliske antidepressiver.³ Imidlertid tyder oppsummeringer av disse undersøkelsene på at bevismaterialet var tvetydig, og at man i en rekke av forsøkene ikke var i stand til å påvise positive effekter. Senere har noen forskere hevdet at antidepressiver ikke har noen større fysisk effekt på depresjoner, men bare en placeboeffekt når betingelsene ligger til rette for det. Antidepressivene later til å virke bedre enn placeboer fordi de har bieffekter som gjør det mulig for observatøren å gjette om pasienten bruker et antidepressiv eller en placebo. Dette fører til systematiske skjevheter i registreringen.

Mennesker kjennetegnes ved et bredt register av stemninger som respons på skiftende omstendigheter, men i slutten av det 20. århundre har fortvilelse blitt tabu, kanskje fordi det undergraver det bildet samfunnet ønsker å projisere inn i oss. Det medisinske regimet svekker legitimiteten av følelser som sorg og fortvilelse. Det reduserer dermed repertoaret av tillatte menneskelige reaksjoner på hendelser og nekter folk retten til å få utløp for sine følelser. Samtidig leder det oppmerksomheten vekk fra politiske forhold

og omgivelser som gjør det moderne livet vanskelig og smertefullt. Det er kanskje ingen tilfeldighet at termen depresjon har blitt så populært i vestlige samfunn som i to tiår har vært underlagt økonomiske hendelser og politikker som har høynet arbeidsledigheten og marginalisert store befolkningsgrupper. Imidlertid er det viktig å anerkjenne at menneskers tilbøyelighet til å oppleve ekstreme følelser varierer. De som i stor grad opplever ekstremene på skalaen, så som mennesker med manisk-depressive forstyrrelser, har et svært vanskelig liv. Psykiatere anbefaler langtidsbehandling med forebyggende medisinsk behandling, primært litium⁴, i disse tilfellene. I likhet med hva som var tilfelle for antidepressiver later det imidlertid til at det er utilstrekkelige beviser for de gunstige virkningene av litium. Oppfølgende studier av mennesker med maniske depresjoner tyder ikke på at det har forbedret deres tilstand. Det er da fullt mulig at forebyggende medisinsk behandling representerer et falskt håp som tilbys til desperate mennesker av en profesjon som føler seg maktesløs. Dette kan ytterligere undergrave selvtilliten hos mennesker som allerede er sårbare. En alternativ behandling ville ikke aspirere til en fullstendig helbredelse, men tilby omsorg og trygghet for å svekke effektene av ubehagelige opplevelser. Den ville videre forsøke å styrke menneskers tiltro til egne evner til å håndtere sin tilstand.

Schizofreni: Kamouflering av sosial kontroll

Enorme investeringer i forskning om det biologiske grunnlaget for schizofreni har ikke ført til noen sikker kunnskap. Flere tiår med stadig mere teknologisk avansert forskning har påvist en svak genetisk predisposisjon. Den overdrives ofte av forskningskommentatorer som ikke tar høyde for de begrensede bevisene i de sentrale studiene. Flere molekylærgenetiske studier har offentliggjort funn om genetiske årsaker som senere viste seg å skyldes tilfeldigheter, da det ikke var mulig å oppnå de samme resultatene ved gjentakelser av forsøkene. En felles europeisk studie munnet ut i en sterk konklusjon om at man hadde påvist genetiske forbindelser som virker inn på patologiske forstyrrelser. Imidlertid var det påviste genet vidt utbredt i brede befolkningsgrupper, og forekom bare i begrenset grad mere hyppig hos mennesker med diagnosen schizofreni. Dessuten var likheten i forhold til kontrollgruppen i dette studiet begrenset til etnisitet, mens andre faktorer ikke ble behandlet. Med hensyn til hjernefunksjoner og anatomi foreligger det bare et konsistent funn: Lateral ventrikkelen, en av hjernens hulrom er større hos folk med schizofreni, men igjen er det betydelige overlapp med «den normale befolkningen». Dessuten er de fleste av disse studiene utført på mennesker som har vært under medisinsk behandling i lengre tid, men allikevel har den psykiatriske litteraturen sjelden tatt høyde for at de unormale hjernefunksjonene kan skyldes medisinbruk.

Medisiner som vekselvis betegnes som nevroleptika eller antipsykotiske medisiner utgjør hovedparten av den psykiatriske behandlingen for schizofreni. Det hevdes at disse medisinene motvirker psykotiske symptomer som tvangsforestillinger og hallusinasjoner, men noen kritikere hevder at de fungerer mye mer brutalt ved å påføre brukerne en kjemisk lobotomering eller tvangstrøye som hemmer all kreativ tankevirksomhet. Psykiatrien berømmer disse medisinene for at de har tømt de psykiatriske sykehusene, mens de ifølge kritikere bare har erstattet kostbar pleiebehandling med kjemisk langtidskontroll.

En følge av utviklingen mot samfunnspleie er at det tidligere fokuset på pasientrettigheter nå har blitt erstattet av offentlig og politisk bekymring og krav om beskyttelse av fellesskapet mot de psykisk syke. Psykiatrisk behandling anses som patentløsningen for disse komplekse sosiale problemene. Noen få svært omtalte tilfeller av voldelige eller farlige handlinger utført av tidligere psykiatriske pasienter førte til at den britiske psykiske helseloven av 1983 ble revidert i 1996 med en bestemmelse om «overvåket frisetelse». Den nye loven gir psykiatrisk personale rett til å kreve kontakt med sine pasienter om dette anses som nødvendig. De kan kreve at pasienter skal møte opp på psykiatriske institusjoner. Loven gir ikke myndighet til å ta i bruk tvangsmedisinering, men den krever at frammøte på sykehus skal vurderes hvis pasienten ikke samtykker til etterbehandling, så som bruk av medisin. Loven er blitt begrunnet med antakelser om at medisinsk behandling kan kurere forstyrrelser og forhindre en forverring av tilstanden. Imidlertid er det mye som tyder på at en stor andel av mennesker med psykoser overhodet ikke reagerer på medisinsk behandling, mens andre opplever en forverring av tilstanden til tross for at de gjennomgår en langsiktig medisinsk behandling (i kliniske forsøk er forverringsraten med medisinsk behandling rundt 30%). Og som andre kan disse menneskene oppføre seg asosialt, også når de ikke er aktivt psykotiske.

Den medisinske modellen for psykisk sykdom skaper sterke begrensninger under dekke av behandling. Medisinsk behandling av avvikende atferd dekker over kompliserte politiske spørsmål vedrørende toleranse overfor forskjellighet, kontroll av forstyrrende atferd og håndtering av avhengighet. Den medisinske modellen gjør det mulig å påtvinge og forsterke konformitet i et samfunn som bekjenner seg til liberale verdier og individualisme. Den skjuler de økonomiske forholdene i et system hvor menneskelig arbeid bare verdsettes hvis det skaper en profitt, mens alle som ikke kan eller vil utbyttes på denne måten marginaliseres.

Karakteristikken av schizofreni som en fysisk basert hjernesykdom lukker også for all debatt om betydningen av den schizofrenes erfaringer og handlinger. Forsøk på å fortolke schizofrenes symptomer og å forstå deres kommunikative verdi har kastet lys over normale erfaringer og skapt økt innlevelse i de schizofrenes situasjon. Det er også gjort interessante funn

vedrørende forbindelsen mellom schizofreni og samfunnsstruktur. Inntil begynnelsen av det 19. århundre finner vi ingen beskrivelser av tilstander som minner om schizofreni, noe som tyder på en sammenheng med framveksten av den industrielle kapitalismen. I moderne samfunn forekommer diagnosen schizofreni oftest i urbane sentra, blant lavere sosiale klasser og i enkelte innvandrergupper, i Storbritannia spesielt blant andre generasjon innvandrere med afro-karibisk bakgrunn. Forskning i u-land viser at mennesker med schizofreni har en lavere risiko for tilbakefall og funksjonsvekkelse enn deres motparter i den industrialiserte verden. Sosiale forhold later til å virke inn på hvordan schizofrene symptomer uttrykkes, schizofreni kan betraktes som et speil som viser manglene ved den nåværende samfunnsstrukturen.

Toleranse overfor diversiteten av menneskelige livsformer og respekt for alles autonomi må være grunnlaget for en progressiv alternativ tilnærming. En styrking av menneskers kontroll over egne liv betyr at det må legges til rette for genuine valg og muligheter for mennesker med alle mulige tilbøyeligheter. Det krever et samfunn med nisjer som muliggjør en diversitet av livsformer, der noen mennesker velger liv som for andre kan virke merkelige og stakkarslige. Noen mennesker med schizofreni kan anse medisinsk behandling som nyttig, men de ofte forekommende klager blant psykiatere om uvillige pasienter viser også at mange fravelger medisinsk behandling. På samme måte er det noen mennesker med kroniske psykiske lidelser som graviterer vekk fra de strukturerte rehabiliteringsmiljøene i det psykiske helsevernet og ender opp på herberger for hjemløse, eller på gata. Det hevdes ofte at slike forhold skyldes manglende ressurser til samfunnspleie, men forskning har vist at de fleste hjemløse psykisk syke ikke kom direkte fra nedlagte psykiatriske sykehus, men fra rimelig gode omsorgsboliger. Dette kan forklares med at langtids psykisk syke foretrekker å leve fordringsløst som hjemløse, framfor å utsettes for stadige krav fra familie, samfunn og de psykiske helsetjenestene.

Det er et problem for ethvert samfunn å håndtere forstyrrende og farlig atferd. Det er fortsatt viktige politiske konflikter vedrørende ufrivillig innesperring og behandling. Opposisjonen framhever betydningen av respekt for menneskers autonomi og går mot forsøk på å knesette verdistandarder om hva som er normalt og tilregnelig. Den argumenterer for at det er mulig å håndtere atferd som virkelig er skadelig og til plage for andre mennesker innenfor rammene av det normale rettsverket. Disse spørsmålene krever mer omtanke og debatt. Uansett hvilken løsning som velges, må løsningen fremmes åpent og demokratisk med anledning til partsrepresentasjon og offentlig innsikt. De virkemidlene som velges må ikke manipuleres så de fremmer interessene til en gruppe på bekostning av andre.

Konklusjon

Til tross for de seinere års politiske tilbakeslag og profesjonalisering, er det mye som tyder på viktige endringer av det psykiatriske systemet, deriblant sterke pasientrettighetsbevegelser og den antipsykiatriske kritikken. Den psykiatriske paternalismen svekkes både av den økte forbrukermakten til medisinbrukere og av krav om at behandlinger skal begrunnes og pasienter involveres i beslutninger. Den medisinske profesjonen stiller også sterkere krav til objektive bevis for at behandlinger fungerer og er blitt mindre tilbøyelig til å støtte prinsippet om klinisk frihet. Mange individuelle psykiatere har innsett de politiske konfliktene som hefter ved deres praksis og forsøker å respondere på dette med omtanke og respekt for pasientene. Det foregår en utbredt filosofisk debatt innen profesjonen som uunngåelig kommer inn på viktige politiske spørsmål. Det er imidlertid usannsynlig at en omveltning vil finne sted innenfor psykiatrien uten at det skjer større sosiale og politiske endringer. Til det er kontroll av avvik og påtvunget konformitet for viktige funksjoner for det utbytende og seggregerende samfunnssystemet vi lever under.

Oversatt fra engelsk av Kristen Nordhaug

NOTER

- 1) Originalartikkelen ble først trykt i *Soundings*, nr. 6, sommeren 1997.
- 2) Det menneskelige genom prosjekt (Human Genome Project (HGP)) ble startet i 1987 av den amerikanske staten. HGP er det største offentlige forskningsprogrammet i USA siden Appollo-prosjektet. Prosjektet er delt i tre: Fase 1: Genetisk kart. Det fins nå «kart» som gjør at man kan kjenne igjen alle deler av menneskets arvestoff. Dersom man kjenner til hvordan et gen arves, kan man sjekke hvilke markør(er) det er arvet sammen med, og på den måten identifiserer hvilket av menneskets 23 kromosomer genet hører til på. Fase 2: Et fysisk kart over mennesket genom: Målet er å utvikle såkalte primere (klonede DNA-strenger) som binder seg til gener. Poenget er å plassere de genene man har isolert korrekt på genomet. Fase 3: Sekvensering av det menneskelige genom: Her skal den nøyaktige rekkefølgen for hver eneste base finnes. Når denne fasen er oppfylt kjenner man i prinsippet hele menneskets arvestoff. (o.a.)
- 3) Det er ulike typer antidepressiver. De fleste legemidler mot depresjon påvirker omsetningen av signalstoffer i hjernen; serotonin, noradrenalin og dopamin. Først og fremst er det serotoninomsetningen som påvirkes, men også andre signalstoffer påvirkes i varierende grad. Enkelte midler påvirker hovedsakelig noradrenalin. (o.a.)
- 4) Litium (Li) er et grunnstoff. Det hører til gruppe 1 (alkalimetallene) i det periodiske system. , nr 3 i det periodiske system. Litium ble oppdaget av den svenske bergverksingeniøren Johan August Arfwedson i 1917. Litium har en profylaktisk effekt mot maniske og depressive faser av manisk depressive lidelser. Virkningsmekanismen for litium er ikke klarlagt. (o.a.)