

INNLEDNING

Flere pasienter enn noensinne

Aldri tidligere har så mange her i landet blitt behandlet i psykiatrien. Og aldri har så mange stått på «venteliste». I underkant av 20%, nærmere 900.000 nordmenn, har så dårlig mental helse at de ifølge psykiatere bør behandles. Årlig er drøyt 200,000 mennesker innom den psykiatriske helsetjenesten og mange hundre tusen venter, – om psykiatriens anslag skal tas for god fisk.

Etterspørselen etter helsetjenester på grunn av dårlig mental helse har aldri vært større. Det betyr ikke nødvendigvis at helsa svekkes i befolkningen. Det økte antallet som ber om hjelp og får det, er delvis en følge av økt behandlingstilbud. Ved flere tilbud og «reklame» for helsetjenester informeres folk flest hvordan de skal forholde seg til følelssvingninger, angst, avvikende atferd, problemer på jobb og i familie: psykiatrien har løsningen. Nye behandlingstilbud med lavere terskel og bedre tilgjengelighet, skaper økt etterspørsel, og indikasjonene utvides. Antall diagnoser har økt fra 60 i 1952 til 350 i 1994. Folk følger etter med å få løst sine problemer ved hjelp av psykoterapi. Den sterke økningen i etterspørsel etter behandling er samtidig uttrykk for noe generelt: den psykologiske forståelsesmåtenes utbredelse og funksjon i det nyliberale, kapitalistiske samfunn.

Dette heftet av Vardøger beskriver utviklingen av den institusjonaliserte psykiatrien: hvordan legene i sin tid overtok ansvaret for de «gale», hvilke konsekvenser det fikk at behandlingen ble basert på medisinsk vitenskapslighet, og hva den aktuelle «Opptrappingsplanen» bidrar til. Men vi starter med begynnelsen.

Psykiatriens historie

Mennesker med tanke- og følelsesforstyrrelser med tilhørende nedsatt funksjonsevne er møtt på ulike måter gjennom historien. I dette Vardøger-heftet ser vi nærmere på behandlingen og omsorgen de har fått, fra før legene overtok ansvaret og fram til dagens psykiske helsearbeid. Forfatterne ser kritisk på innholdet og utformingen av det hjelpeapparatet, spesielt etter at legene overtok for å basere behandlingen på vitenskapelig erkjennelse. Det er en urovekkende historie.

Som Joanna Moncrieff skriver, oppsto psykiatrien som institusjon i det 19. århundre sammen med framveksten og konsolideringen av den industrielle kapitalismen. Oppgaven var å behandle unormal og merkelig ikke-kriminell atferd som brøt med atferdskravene til den nye sosiale og økonomiske orden. Psykiatriens forbindelse med medisinsk behandling ga den et slør av vitenskapelig objektivitet og nøytralitet. Dette skjulte psykiatri-

ens politiske funksjon som administrator av sosial kontroll. Den medisinske modellen for mentale forstyrrelser har siden da tilslørt de sosiale prosessene som skaper og definerer avvik ved å knytte disse prosessene til individuell biologi. Dette heftet av Vardøger gir mange eksempler på det.

Utskillingen av de «gale» i samfunnet skjedde før legene tok ansvaret for dem og bygde sinnssykehospital. Midt på 1800-tallet var de som trengte hjelp og støtte, mennesker med navn og kjente særegenheter. Fra å være et ørlite mindretall har bl.a. markedsføringen av psykiatrien og den psykologiske tenkemåten bidratt til å gjøre hver femte nordmann behandlingstrengende. Det er ingen dårlig profesjonsinnsats. I dag er pasientene ikke hele mennesker, men diagnoser. Og det er blitt så mange av dem at de ikke er kjent med navn, såfremt det ikke dreier seg om statsministeren, justisministeren, stortingspresidenten, andre kjendiser, eller dem vi har i vår egen familie.

Hvorfor overtok legene, og hva tok de ansvaret for?

Wenche Blomberg har studert omdanningen fra en mer tilfeldig drevet oppbevaring av de «gale» til et regime styrt av et medisinsk kunnskapsunivers. Som Blomberg skriver, ble orden og system framstilt som medisinsk kunnskap. Råd villhet overfor det uforståelige førte da som før til enkle, repressive tiltak, uansett om det ble kalt vitenskapelig aldri så mye. Legens definisjonsmakt var så stor at han kunne omtolke korreksjonen – eller torturen – til en terapeutisk nødvendighet, skriver Blomberg.

Det har vært vanlig å framstille legenes inntog som at lys ble kastet inn og jaget ut det middelalderske mørket. En moderne humanisme berget de gale: «Pinel løser de sinnssykes lenker». Primærkildene som Blomberg har sett på sier imidlertid noe annet. Det var nye merkelapper og en ny sjargong, men praksis endret seg lite. Betegnelsen «vitenskapelig basert terapi» er ofte brukt om det vi i dag vet er humbug og mishandling. Å si at man baserer seg på vitenskapelig eller evidensbasert kunnskap innebærer ingen garanti for virksom eller etisk praksis.

Behandlingsoptimismen havarete allerede på slutten av 1800-tallet, som Blomberg skriver, og ble ikke styrket av at det medisinsk-psykiatriske establishment serverte stadig nye vitenskapelige forklaringer på galskapens årsak og opphav. Legene stilte heller ikke så mange kritiske spørsmål ved for eksempel sjokkterapiene og lobotomeringen på midten av det 20. århundre.

Legevitenskapen har ikke hatt særlig suksess med å behandle verken psykotiske eller nevrotiske pasienter, men har lyktes i å dempe symptomene og pasifisere dem. Som alltid i den medisinske psykiatrien er framtida lysere enn på lenge: «Nå skjer en rivende utvikling i psykiatrien», sier for n'te gang overlegene i en psykiatri som har hatt 150 år på seg til å finne årsaker og botemidler med vitenskapens hjelp.

Vi kan ikke, som Wenche Blomberg skriver, se bort fra den mulighet at det medisinske monopolet har vært et blindspor: Kanskje hører galskapen ikke hjemme i psykiatrien i det hele tatt.

Mishandling og tallrike overgrep, i vitenskapens navn

Overgrep mot mennesker med psykiske lidelser er det tallrike eksempler på. Noen av dem er beskrevet i dette heftet. De som vil vite mer om den brutale «behandlingen» av de sinnssyke gjennom hele 1900-tallet kan lese boka *Mad in America* som vi har utdrag fra i artikkelen «Hjerneskode som behandling».

I artikkelen ser vi nærmere på tre måter å passivisere pasienter på, under påskudd av å behandle dem, og som alle fører til skader i hjernen. Den nedverdiggende og brutale behandlingen av sinnssyke ble ikke begrenset til sjokkbehandling. Et nytt kapittel i legevitenskapens eksperimentering med mennesker ble innledet med «Det hvite snitt», eller lobotomi, som ble tatt i bruk for bokstavelig talt «å fjerne sinnssykdommen» i hjernen. Man skar et snitt eller boret et hull i hodet på pasienten og gravde litt på *følingen* for å kutte over nervebaner som man trodde hadde med tanker og følelsesliv å gjøre. De lobotomerte ble ofte veldig rolige og følelsesmessig forflatet etterpå. Hensikten med behandlingen var oppnådd.

Lobotomi - vitenskapelig rettferdiggjøring

Lobotomering ble introdusert i november 1935 da den portugisiske nevrologen Antonio Egas Moniz foretok inngrepet ved et psykiatrisk sykehus i Lisboa. Han boret to hull i kraniet på en 63-årig kvinnelig pasient ved hjelp av et vanlig bor og helte deretter alkohol direkte inn i hjernens frontallapper. Egas Moniz fikk i 1949 Nobelprisen i medisin for sin vitenskapelige innsats.

Norge var først ute i Norden med å lobotomere sinnssyke. Det var i 1941. De neste 18 år ble inngrepet utført på minst 2500 personer her i landet. Lobotomiens store utbredelse i Norge henger sammen med at datidas psykiatri bagatelliserte skadene på følelseslivet og kognitive funksjoner. Pasienter og andre som advarte og viste til skadevirkninger ble overhørt. Troen på at Nobelprisen garanterte human behandling og effekt, gjorde mange leger døde for pasientenes vitnesbyrd om skadevirkningene. Det overordnede hensyn var å gjøre pasienten medgjørlig nok til anstaltforbedring eller utskrivning. Den siste lobotomeringen i Norge ble utført i 1974. Da ble en ny æra innledet i den psykiatriske helsetjenesten, den psykofarmakologiske.

Antidepressiva og lykkepiller – forbruk i Norge

I 1990 ble en ny type antidepressive medikamenter lansert i Norge, såkalte serotoninopptakshemmere (SSRI-preparater) eller «lykkepiller». Årlig har salget økt med over 5% hvert år etter at SSRI-preparatene ble introdusert. I

2004 ble det solgt antidepressive medikamenter for 680 millioner kroner her i landet. Omlag 5% av befolkningen bruker antidepressive medisiner hver dag.

Robert Rosenheck som skriver om «Psykofarmakologiens vekst i 1990-åra», mener den irrasjonelle optimismen om psykofarmakologiske midler skyldes positive fortolkninger av forskningsfunn basert på legemiddelindustriens skjeve forskningsdesign, analyser og rapportering. Pilleprodusentenes forenklete informasjon sprer oppfatningen om at psykiske lidelser skyldes kjemisk ubalanse. Økt bruk av antidepressiva skyldes bl.a. forbruket til befolkningsgrupper som tidligere ikke ville tatt medisiner for psykiske lidelser i det hele tatt. Det gjelder også mennesker medikamentene ikke har dokumentert effekt overfor.

I en tid da den farmasøytiske industrien i stadig større grad kontrollerer forskningen, får pillefabrikantene større makt til å bestemme hvordan «psykiatri» skal oppfattes, hva behandling er og hvordan helsetjenesten skal drives. Joanna Moncrieff skriver om «medisineringen av det moderne liv» og hevder at psykiatrien aldri har vært mer selvsikker og respektabel enn nå. Den farmasøytiske revolusjonen i 1950- og 60-åra gjorde det mulig for psykiatrien å tilnærme seg den fysiske medisinske paradigme som er basert på å forordne spesifikke kurer for spesifikke sykdommer. Psykiatrisk omsorg kunne flytte ut av de diskrediterte asylene til allmennsykehus med tettere kontakt til den øvrige medisinske profesjonen. Relokaliseringen var et fysisk uttrykk for psykiaterprofesjonens 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 sinnslidelser på nevrobiologiens grunnlag.

Biologi som ideologi?

Tor-Johan Ekeland viser hvordan biologisk kunnskap blir utlagt som kunnskap om psykiske lidelser. Nevrobiologi gir skinn av *hard science* og skaper dermed forventninger om biologiske løsninger på komplekse menneskelige mysterier. I behandling av menneskelige problemer er biologiske feilslutninger farligere enn andre feilslutninger. Biologisk objektivisering gjør at den sykes livsytringer tolkes som «maskinfeil». Psykiatrihistorien gir mange sørgelige eksempler på dette, og spørsmålet er hva slags villfarelser ettertida vil klandre oss for.

Det er som Ekeland skriver, de kjemiske signalstoffene i hjernen som får skylda; ikke bare for psykiske lidelser, men også for normale variasjoner i personlighet og atferd. En kjemisk ubalanse blir utlagt som årsak til depresjon, schizofreni, angst og tvangslidelser, men også til spiseforstyrrelser, vold, alkoholisme, spillegalskap og tvangskonsum. Personlighetstrekk som sjenanse, selvsikkerhet, aggressivitet, konfliktvegring og spenningsøking, samt manglende evne til behovsutsetting, forklares med noen få signalstoff.

«At signalstoffene *dopamin* og *serotonin* har stått sentralt i denne forskninga skyldes i utgangspunktet ikke teoribaserte hypoteser med grunnlag i akkumulert kunnskap, men at disse stoffene er blitt syntetisert og (nærmest tilfeldig) viste seg virksomme på tilstander som schizofreni og depresjon.»

Grunnforskningen viser nå at det fins over 100 signalstoff (så langt), og det er påfallende at en har konsentrert seg om nettopp de få signalstoff farmakologien kan manipulere med. Psykisk aktivitet innebærer koordinert funksjon av mer enn tjue milliarder nerveceller (der noen igjen påvirkes av opp til ti tusen synapser). Det er usannsynlig at noen få signalstoff skulle være stabile markører for så sammensatte og komplekse fenomen det her er tale om.

Det er ille nok at psykiatrien bidrar til å kamuflere kulturelle feil som biografiske og individuelle feil – langt verre blir det når slike også blir utlagt som biologiske feil. Vi har den biologien vi har. Språket i den biomedisinske psykiatrien sier implisitt at denne biologien ikke er bra nok – og så sant vi finner metoder bør vi gripe korrigerende inn og forbedre den. En slik tanke gjør at eugenikk ikke lenger bare er et skjellsord om fortida.

I dagens kulturelle situasjon rår et sterkt behov for lette løsninger. Enkle biologiske forklaringer passer i en avpolitisert tid med en individualiserende diskurs. Margaret Thatcher's mantra «there is no such thing as a society» har blitt selvoppfylt profeti i nyliberalismen. Etterspørselen etter enkle teorier øker, særlig de som gir håp om å skape «effektive mennesker».

Kritisk psykiatri

Kritisk psykiatri utfordrer den kliniske nevrovitenskapens dominans ved å trekke fram pasientenes erfaringer og sosiale situasjon, og samtidig politisere spørsmål som gjelder psykiske lidelser, deres årsaker og behandling. David Ingleby skisserer den kritiske psykiatriens hovedideer og hvordan den utviklet seg i 1960 og 70-åra, og forsvant i 90-åra. Et kjernebegrep i 1960-åra var «frigjøring». Målet var å frigjøre psykiatriske pasienter ved å gjenetablere deres humanitet. Kritisk psykiatri som var et verdensomspennende fenomen, handlet også om en maktkamp innen den psykiske helsesektoren. Ingleby konkluderer med at temaene som den kritiske psykiatrien satte på dagsordenen for femti år siden igjen er sentrale.

Hva med pasientenes erfaringer?

Hva om resultatene fra laboratorieforskningen om medikamentenes fortrefelighet ikke stemmer overens med pasientenes erfaringer om hva som er god behandling? Hvilken kunnskap skal en da stole på og legge til grunn for behandlingen? Dette er et aktuelt spørsmål. Pasientene selv mener de er best hjulpet av noe annet enn det som fremgår av de eksperimentelle effektstudiene gjennomført til dels på bestilling av den farmasøytiske industri. Et typisk utsagn fra dem som bruker medisiner, er at «Jeg fungerer OK, men er

ikke helt frisk.» Medisinering godtas av mange pasienter som en skjebne uten at det oppfattes som middel til helbredelse. Da er det nødvendig å se nærmere på hva psykiske lidelser i virkeligheten er og på den måten komme på sporet etter årsakene til dem. Prøve-og-feile metoden, riktignok i vitenskapens navn, som har kjennetegnet psykiatrien i 150 år bør avsluttes. Til det har hjerne-skadene og mishandlingen vært for omfattende. Det er på tide å nærme seg psykologiske dysfunksjoner, det vil si tanke- og følelsesforstyrrelser, på en annen måte enn den tilnærmingen (nevro)biologisk medisin representerer.

Arnulf Kolstad presenterer et alternativ til den nevro-biologiske forståelsesmodellen ved å holde fast på at de psykiske lidelsene skyldes følelser, tanker og atferd som er «forstyrret», uhensiktsmessige eller dysfunksjonelle. Problemer og lidelser ytrer seg gjennom høyere psykologiske funksjoner: gjennom språk, tanker, følelser og atferd, og kan ikke reduseres til biologiske defekter. Høyere psykologiske funksjoner, utviklet og formet av kulturen og av de sosiale betingelsene vi sosialiseres i og lever under, er kjernen i psykologiske dysfunksjoner. Grensen mellom psykiske funksjoner og dysfunksjoner kan ikke trekkes absolutt eller på grunnlag av biologiske forskjeller. Det er glidende overganger, avhengig av hva kulturen tolererer av avvik fra det «normale». Hva som er psykiske lidelser konstrueres sosialt og kulturelt.

Sykdomsbudskapet spres tynt ut over

De store psykiatriske asylene dominerer ikke lenger «psykiatrien». I løpet av 25 år har pasienttallet i psykiatriske institusjoner sunket fra 15000 til 4000 her i landet. Målsettingen er «aktiv behandling» og ikke passiv institusjonsoppbevaring. Men «aktiv behandling» i form av medisinering og sløving av kognitiv og emosjonell kapasitet er ikke noe fremskritt. Symptomdempingen er som oftest til større nytte for institusjonene enn til glede for pasientene. Ved å sjokkbehandle, lobotomere og medisinere ble pasientene lettere å handskes med, og de kan bo utenfor sykehusene.

«Opptrappingsplanen» for psykiatrien som ble vedtatt i 1998, og som er kritisk omtalt i dette heftet, har slutført en dramatisk omlegging av det psykiske helsearbeidet. Men mange nisser fulgte med på lasset. Selv om den langvarige innesperringen nå er et unntak, har psykiatrien som forståelsesmåte og praksisform ikke forsvunnet. Den stopper ikke lenger ved institusjonsmurene og er ikke begrenset til det som foregår bak lukkede dører, men har trengt inn i lokalsamfunnet, i dagliglivet og blitt alminneliggjort. Tersklene for behandling er blitt lavere, tilgjengeligheten lettere, og den forståelsesmåten psykiatrien og «psyfagene» representerer siver inn overalt. Det skriver Ole Jacob Madsen om.

Fattigdom, «erhvervsevne» og mental helse

Sosiale forhold som fattigdom, arbeidsløshet, dårlige boforhold, stigmatisering og sosial isolasjon anses ikke som årsaks- eller utløsende faktorer i en biologisk orientert psykiatri. Diagnosesystemene legger ikke vekt på pasientenes egen forståelse eller situasjon. En sosial forståelse av psykiske lidelser med vekt på at problemene er sosiokulturelt betinget eller formidlet, har dårlige kår når pilleprodusentene får makt.

At dårlig mental helse i de fleste tilfelle skyldes den påvirkning folk utsettes for fra unnfangelsen, er imidlertid godt dokumentert i undersøkelser som ser på sammenhengen mellom folks levkår og deres mentale helse. Det er en overhyppighet av lidelser blant de fattige og ressursvake, de som har minst å rutte med og stå imot med. De fattige har ikke nødvendigvis alvorlige lidelser hyppigere enn andre, men helsa deres er dårligere. Ved å utjevne økonomiske forskjeller kan helsa bedres betraktelig. Men i Norge går det som kjent i motsatt retning, større forskjeller og flere med helseproblemer.

Kjell Underlid minner om at de fattige også har dårligere mental helse. Knappheten har en psykologisk pris. Negative følelser intensiveres i møte med materiell overflod. Resultatet er truet selvbilde og redusert selvtilit. Økonomiske problemer forverrer fryktrelaterede plager: Bekymring, angst, indre uro og plutselig frykt uten grunn. Økonomiske problemer gjør at en kjenner seg nervøs, blir skjelven og skremt. Fattigdom er en viktigere, men mer banal årsak til dårlig mental helse enn overskudd av *serotonin* eller underskudd av *dopamin*.

Sosiale og samfunnsmessige årsaker til svekket mental helse finnes tilsynelatende også i arbeidslivet. Den store og økende andel av befolkningen som uførepensjoneres p.g.a. psykiske lidelser er tegn på det. Bare i 2003 ble nesten 7000 uførepensjonert med en psykiatrisk primærdiagnose. Betingelsen for å få uførepensjon avhenger ikke kun av helsa, men av situasjonen på arbeidsmarkedet og de kravene arbeidslivet stiller til «erhvervsevne». Hvorvidt «evnen» er tilstede endrer seg med produksjonsforhold og arbeidsbetingelser. Kravene til arbeidskraften øker med intensiveringen av arbeidet i konkurranseøkonomien, og er strengere i dag enn for 20-30 år siden, for ikke å snakke om for 100 år siden. Folks helse er ikke forverret i denne perioden. Forventet levealder har for eksempel steget betraktelig. Men «erhvervsevnen» er svekket som følge av økte krav i produksjon og arbeidsliv.

De skjerpede kravene til arbeidskraften og til «erhvervsevnen» er uttrykk for kapitalismens krav til produktivitetsøkning, noe ingen kan stanse uten at kapitalismen avskaffes. Dette er systemtrekk ingen statsmakt eller noe politisk parti kan få dispensasjon fra, men bare redusere og eventuelt tilsløre virkningene av ved å stemple ofrene som syke og uten ervervsevne. Dermed omskrives slitasjen i arbeidslivet til individuelle psykiatriske og somatiske sykdomstilfeller. De ødeleggende arbeidsforholdene som utestenger hundre-

tusener, opprettholdes ved å sykdomsstemple og medisinere ofrene med oppfordring til individuell, privat mestring. På denne måten svekkes mulighetene for å gripe virkningsfullt inn overfor problemets årsaker.

I en gjennomgang av Opptrappingsplanen stilles spørsmålet om opptrappingen har ført til bedre behandling eller bare flere pasienter. Antall pasienter som behandles har økt kraftig, i poliklinikkene fra 40.000 i 1990 til over 100.000 i 2003. Også utgiftene til denne delen av helsetjenesten har økt sterkt, med nesten 40% i tiårsperioden mellom 1990 og 2000. Fra 2000 til 2003 økte utgiftene med 16% i voksenpsykiatrien og 64% i barne- og ungdomspsykiatrien, og i 2003 ble det brukt 11,1 milliarder på spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. Men det er fortsatt alvorlige svakheter i tilbudet. Ventetida er lang mange steder. Det er store mangler når det gjelder akuttfunksjoner og boliger i kommunene. Tilbudet synes aldri å være på høyde med den økende etterspørselen. «Gapet» mellom antallet som sies å ha et behandlingsbehov og antallet som faktisk behandles har aldri vært større. Til tross for at det behandles tre ganger så mange i dag som for 10 år siden.

Økt produktivitet

Den farmasøytiske industrien og lederne av helseforetakene møtes i ønsket om effektive og symptomdempende terapiformer/teknologier: ECT og medikamentell behandling. Standardiserte behandlingsprogrammer og manualer vil også gjøre styring, ledelse og kontroll enklere i et helsevesen som avskaffer profesjonsledelse til fordel for profesjonelle ledere.

En målsetting med Opptrappingsplanen og den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten var å øke «produktiviteten» Ved å opprette *Helseforetak* med nye styringsformer skulle driften effektiviseres og gjennomstrømmingen av pasienter økes. Slike krav bidrar til å nedprioritere langvarig terapi til fordel for symptomdempende behandling. Inngrep direkte i hjernen er billigere og fører til at antall pasienter som behandles per ansatt per år, øker. Liggetida har blitt kortere og det behandles langt flere pasienter. Produktiviteten har økt. Spørsmålet er om kvaliteten på behandlingen er blitt bedre. Økt produktivitet, at hver pasient får kortere behandlingstid, betyr som regel det motsatte av god kvalitet. Hvis flere enn før får mangelfull behandling, har «opptrappingen» gjort vondt verre.

Hva skyldes etterspørselsøkningen?

At etterspørselen etter psykiatriske helsetjenester øker kan skyldes at viktige mekanismer i det sivile samfunn ikke lenger fungerer, og at det profesjonelle, offentlige apparat må trå til der familie, venner og arbeidskamerater tidligere stilte opp. Isolasjon og ensomhet er utbredt. Mange har ikke lenger nær familie eller venner når det røyner på. Det er ingen i det «sivile samfunnet» å snakke med eller søke trøst hos når følelsene blir vonde og livet vanskelig.

Den psykiatriske helsetjenesten er blitt en erstatning for den utvidete familien og nære relasjoner. Ved å tilby helsetjenesten også i nabolaget eller lokalsamfunnet, med lett tilgang for de fleste, har helsetjenesten blitt et surrogat for stadig flere mennesker som opplever livet vanskelig og som ikke har den «livskvalitet» de ønsker og tror andre har. Når folk lider under sine tanker og følelser oftere enn før er det dels et resultat økte jobbkraav, vaklende sosiale nettverk og få solidariske støtteordninger når problemene fårner seg opp. Et samfunn gjennomsyret av konkurransetenkning og vekt på en vellykket fasade legger tunge bærer på alle, og skaper også outsiders eller tapere som ikke holder ut i rotteracet, presses ut av arbeidslivet og får problemer med selvrespekt og selvbilde.

Spørsmålet er om dagliglivets vanskeligheter og den samfunnsskape misnøye skal repareres av den psykiatriske helsetjenesten? Eller om mer politisk aktivitet, større motstand fra fellesskapet, økt fagforeningsaktivitet er en mer effektiv måte å rette opp uhelsa til de mange på.

Psykoboomen

Ole Jacob Madsen skriver ikke om psykiatrien eller psykologien som kliniske disipliner, men om hvordan «psyfagene» dresserer folk flest og dermed har en manipulerende funksjon under nyliberalismen. Han påviser hvordan 1980-åras thatcherisme varslet om det sosiales død og overlot menneskelige relasjoner til markedets krefter. Enkeltmennesket ble overlatt mer til seg selv og ble følgelig mer sårbart. I dette markedet får et fag og en institusjon som psykologien en særlig aktualitet.

Den nyliberale regjeringrasjonaliteten forventer at hver enkelt skal regjere seg selv nærmest som en bedrift hvis mål er å realisere og øke sin menneskelige kapital. Madsen spør om psykologien bare skyver folk tilbake i konsumkarusellen uten noe kritisk potensial og om psykologene, eller psyeksperterne som Madsen kaller dem, kan betraktes som reparatørene av modernitetens vrakgods, hvis mål er: «å gjenopprette selvet som moderniteten har splintret».

Du skal regjere deg selv

Sosiale, økonomiske og politiske problemer forstås ut ifra et terapeutisk utsyn: Tony Blair hevder at hovedproblemet med sosiale ulikheter ikke er materiell fattigdom, men de destruktive følger dette har for selvbildet. Han mener lavt selvbilde er en vesentlig faktor i barneprostitusjon, hjemløshet, tenåringsgraviditeter, stoffmisbruk og antisosial atferd. Sosiale problemer tolkes i tiltagende grad som om årsakene finnes i psykopatologi som krever individuell behandling.

Livshendelser tilskrives i stadig mindre grad sosiale eller samfunnsmessige årsaker: Aspekter ved individet selv trekkes frem, som valg, kapasiti-

tet, manglende ressurser, nederlag og mestring. Individualiseringen bryter ned grunnlaget for tradisjonelle sosiale sameksistenser. Det som tidligere ble forstått politisk, sosialt eller ideologisk, forstås som individuelle anliggender. Systemet og språket innbyr til individuell forfølgelse av seg selv som sitt eget prosjekt eller foretak. Intimitetsideologien forvandler politiske kategorier til psykologiske. Bevegelsen fra det politiske til det psykologiske virker selvforsterkende ettersom alt som ikke berører en personlig avvises: man er bare mottagelig for narsissistisk gratifikasjon. Resultatet er da at man tror psykologisk-terapeutiske intervensjoner er svaret på alle problem.

«Terapi er for bra til bare å begrenses til de syke» skrev to amerikanske psykologer i 1973. Tre tiår senere har deres bønn utvilsomt blitt hørt. Psykologisk kompetanse er høyt etterspurt i mange sfærer tidligere ukjent med psykologisk viten. Dette gjelder fra felt som fotball hvor «den mentale biten» blir stadig viktigere, til næringslivet hvor arbeids- og organisasjonspsykologien lærer oss hvordan vi kan bli mer effektive og humane på samme tid: «lykkelige mennesker er bedre ansatte».

Hva må gjøres?

Omfanget av psykiske lidelser reduseres mest virkningsfullt ved å avskaffe produksjonsforhold og sosiale praksiser som skaper psykologiske dysfunksjoner i underprivilegerte folkegrupper. Dysfunksjonelle og plagsomme tanker, følelser og relasjoner har sine røtter i produksjonsforhold og måten folk forholder seg til hverandre på. Under kapitalismen blir det stadig vanskeligere å etablere og opprettholde sunne og likeverdige forhold mellom mennesker. Vareforholdet og konkurransen gjennomsyrrer de fleste menneskelige forhold, med skadelige konsekvenser for folks mentale helse.

Løsningene på samfunnsskapt problemer må være politiske, ikke medisinske, og de må gå til roten av den kapitalistiske produksjonsmåte. Først da er det håp om å finne botemidler som har varig effekt. Hvis vi ikke griper dypt inn i den måten samfunnet er organisert på og avskaffer den destruktive sosiale praksisen, vil omfanget av psykologiske problemer fortsette å øke.