

Arnulf Kolstad

## ALTERNATIVT SYN PÅ PSYKISKE LIDELSER

Hva er psykiske lidelser? De ytrer seg gjennom de høyere psykologiske funksjoner: gjennom språk, tanker, følelser og atferd. Men ligger det noe annet bak? Skyldes lidelsene en ubalanse, svikt eller feil i den biologisk kroppen: i nervesystemet, hormonsystemet eller i den genetiske utrustning? Mange mener det, og særlig nevrobiologiske årsaksforklaringer er blitt populære.

I denne artikkelen skal jeg presentere et alternativ til den nevrobiologiske forståelsesmodellen som nå er utbredt ikke bare blant psykiatere, men i stigende grad også blant psykologer. Det er viktig for psykologene å holde fast på det som skiller deres profesjonskunnskap fra medisinere med en legevitenskapelig utdanning. Psykiatrien er en medisinsk spesialitet med vekt på å forstå mennesket som biologisk organisme. I psykologien er tanker, følelser, bevissthet og atferd, i en sosial eller kultur kontekst, det egentlige gjenstandsområdet. Dette perspektivet må forsvares når psykiske lidelser skal forstås og forklares. Også lidelsene fremstår gjennom følelser, tanker og atferd som er «forstyrrete», uhensiktsmessige eller dysfunksjonelle.

Det var lenge en arbeidsdeling på grensen til konflikt mellom psykiatri og psykologi. Mens psykiatrien var en kroppsfiksert spesialitet, var psykologien primært opptatt av bevissthet, underbevissthet, av følelser, tanker og utvikling. Psykologiske funksjoner, det som kom til syne i tanker og følelser ble forstått som noe vesentlig i seg selv, et eget forskningstema. I dag har deler av psykologien kapitulert for psykiatrien og representerer ikke lenger et alternativ. Mange psykologer er opptatt av nevrobiologiske forklaringer, samtidig som de forsøker å etterligne legene i deres praksis. Blant annet ønsker de å foreskrive medisiner. Motsetningene mellom de to profesjonene utviskes. Psykologene nærmer seg psykiaterne som samler seg om nevrobiologien.

Jeg vil vise hvordan den kulturhistoriske tradisjonen i psykologien, representert ved Lev Vygotskij og Carl Ratner, er et alternativ til en nevrobiologisk forståelse, og kan kaste lys over viktige sider ved de psykiske lidelsenes karakter og årsak. Dessuten skal jeg referere fra Roger Sperry's drøfting av forholdet mellom *mind* og *brain*, eller bevissthet og hjerne: hva «kommer først»: tanken, følelsen eller aktiviteten i hjernen? Dette er et sentralt spørsmål ettersom de aller fleste i dag vil mene at det ved all psykologisk aktivitet også foregår aktivitet i (mellom) hjernecellene. Men hva «kommer først»? Og er det en kausal determinisme eller et dialektisk, interfunksjonelt forhold?

Svar på spørsmålet om hva psykologiske funksjoner og herunder lidelser er, og hva de primært skyldes, har selvsagt også betydning for terapeutisk praksis. Hvis årsaken er dysfunksjonell tenkning, språk og følelsesforvirring vil den mest adekvate terapien være å gjenopprette psykologiske funksjoner gjennom dialog og samtale. Hvis den primære årsaken er ubalanse i nevrotransmitterne eller feil i den kjemiske sammensetting av ioneopløsninger i hjernen, som så påvirker tenkning og følelser, vil kjemoterapi kanskje være et adekvat virkemiddel.

Den biologiske og somatiske trenden som nå preger tenkning om årsaksforhold og behandlingsmetoder, bidrar utvilsomt til økt medikamentbruk. Mer tidkrevende og pasientorienterte behandlingsmetoder blir nedprioritert og får trange kår. Men mye taler for at psykologene bør konsentrere seg mest om det de er utdannet til og kan mye om, i motsetning til legene: de høyere psykologiske funksjonene. Selv om dialog og åpne samtaler for å bearbeide språklige og emosjonelle dysfunksjoner ikke oppfattes like effektivt i et helsevesen som etterspør høyere produktivitet.

### **Lavere og høyere psykologiske funksjoner**

Kulturpsykologien som Lev Vygotskij grunnla i 1920-årenes Russland, var en reaksjon på Pavlov's klassiske betinging og på den reaktive/refleksive tradisjonen i russisk psykologi, datidas fysiologiske og biologiske «psykologi». Vygotskij lanserte *bevisstheten* og de høyere psykologiske funksjonene som psykologiens egentlige gjenstandsområde, nødvendig for å forstå og forklare menneskers væremåte.

Vygotskij skiller prinsipielt mellom «lavere» eller primitive, det vil si naturlige, biologiske, funksjoner som alle høyere arter har i varierende grad, slik som sansing, instinkter, reflekser, persepsjon og oppmerksomhet, og de *høyere psykologiske funksjonene*. Disse siste er enestående for mennesket. Ingen annen art har evnen til å kombinere språk med tenkning.<sup>1</sup> De primitive, biologiske funksjonene deler *homo sapiens* med andre arter, og de forsvinner ikke med tilegnelsen av språk, evnen til tenkning og andre kulturelle verktøy, men de «oppheves» og inkorporeres i disse funksjonene.<sup>2</sup>

Psykologi er først og fremst vitenskapen om de høyere formene for menneskelig bevissthet og emosjonelt liv, og ikke bare den elementære, «primitive» atferd eller de nevrobiologiske strukturer eller prosesser som representerer de psykologiske funksjonene i hjernen. Dette er essensen av Vygotskij's kulturhistoriske psykologi.<sup>3</sup>

De høyere psykologiske funksjonene er innholdsmessig bestemt av og består av psykologiske «redskaper» utviklet i en bestemt kultur. Det finnes trekk og egenskaper som er felles for alle artsindivider og uavhengig av kulturen og de sosiale betingelsene. Men disse fellestrekene får mindre betydning for voksne menneskers tenkning og atferd. Til forskjell fra alle andre

arter har *homo sapiens* psykologiske funksjoner som opphever den direkte innflytelsen fra og betydningen av det biologiske, instinktive eller dyriske grunnlaget.

Å være menneske innebærer å frigjøre seg fra tvangen fra instinktive mekanismer. Dette er også et hovedpoeng hos Freud og i psykoanalysen. Instinktene eller refleksene utgjør riktignok grunnlaget for atferden, men betinging, gener, reflekser og instinktiv atferd er forskjellig fra de høyere psykologiske funksjonene, som er det byggverk som reiser seg på biologiens fundament. Det kjennetegner menneskenes psykologi til forskjell fra dyrenes instinktive, genetisk bestemte atferd. Bevisstheten er heller ikke en refleks av miljøet. Bevisstheten utvikler seg og får en kulturell egenart i individets møte med omverdenen. Den tilegnes og formes gjennom virksomhet. De høyere psykologiske funksjonene formes altså av kulturen, av de sosiale betingelsene vi sosialiseres i og lever under. Ved individets møte med «de andre» overleveres kulturens særtrekk og får en individuell utforming.

De funksjonene vi tilegner oss i kulturen gjør at vi kan oppheve den umiddelbare innflytelsen fra instinkter, drifter, dvs. elementære psyko-biologiske drivkrefter. I virkeligheten er sosial bevissthet bare mulig i den grad de biologiske mekanismer løsner noe av grepet, svekker sin umiddelbare innflytelse og trer i bakgrunnen som et generelt grunnlag eller fundament. En viktig oppgave for psykologien er å forklare tilblivelsen eller utviklingen av de høyere psykologiske funksjonene, både når det gjelder artsutviklingen, altså *fylogenetisk* og for hvert individ: *ontogenetisk*. Denne klargjøringen har Vygotskij og hans etterfølgere bidratt til. Interessen rettes ikke bare mot enkeltmennesker, men også konteksten de er i, dvs. mot kulturen, de samfunnsmessige forhold og de konkrete betingelser som utvikler de spesifikke funksjonene og dysfunksjonene.

### **Språk og tenkning**

Vygotskij ble spesielt opptatt av språkutvikling og språkets relasjon til tenkningen. Språk og tenkning er selv psykologiske verktøy og bidrar til å forme andre psykologiske verktøy som får betydning for utformingen av den psykologiske egenart. I boka *Tenkning og språk* gjør han rede for hvordan språket og tenkningen, som har ulike røtter, vokser sammen og blir en enhet og som utvikler seg som en interfunksjonell relasjon. Hans opprinnelige begrep om høyere psykologiske funksjoner fokuserte på omformingen av naturlige eller elementære funksjoner til kulturelle eller høyere funksjoner under innflytelse av kulturen og psykologiske verktøy. Forbindelsen mellom tenkning og språk, det at språket ble brukt til å tenke med og at tanken uttrykte seg gjennom språket, utviklet begge de to høyere funksjonene og skapte nye forhold mellom dem i løpet av individets utvikling.

Språket, tenkningen og følelsene er det sentrale også ved psykiske lidelser, det som kan kalles psykologiske dysfunksjoner. De begrepene vi bruker for psykologiske funksjoner, som frykt, angst, glede, velvære, oppmerksomhet, hukommelse, humør, osv. er ikke biologiske begreper men sosiale og psykologiske begreper. De er knyttet til måten folk opplever seg selv og forholder seg til hverandre på, og de varierer i innhold og form med kulturelle og samfunnsmessige forhold. Kultur er ikke noe «der ute», en slags uavhengig variabel, men noe som er internalisert og former det psykologiske, det vil si menneskenes tenkning og følelser. Kulturen er noe alle bærer med seg i sin psykologiske utrustning og egenart.

### **Sosiale og kulturelle krefter omformer psykologiske funksjoner og hjerneaktivitet**

Det er godt dokumentert at motorisk aktivitet influerer på nevralt funksjoner, synapseforbindelser og neurotransmittere. Tilsvarende endringer skjer på det psykologiske nivået, med nevrobiologien ved mental aktivitet. Også mental aktivitet etablerer nye synapseforbindelser og samarbeidsmønstre mellom hjerneceller. Vygotskij konkluderte at en persons «psykologiske natur representerer et aggregat av sosiale forhold som har blitt transformert internt og blitt personlighetens funksjon og danner strukturen». <sup>4</sup> De psykologiske funksjoner finnes igjen i den nevralt hjernestrukturen. Alexander Luria <sup>5</sup> viste at ikke bare innholdet, men også formen på de psykologiske prosessene, herunder «høyere og spesifikke menneskelige former for psykologisk aktivitet, slik som frivillig oppmerksomhet, aktiv hukommelse, og (spesielt) abstrakt tenkning» endrer seg med endringer i sosiale strukturer og kulturelle forhold, <sup>6</sup> og i det individuelle utviklingsforløp.

Grensen mellom psykiske funksjoner og dysfunksjoner kan ikke trekkes absolutt eller på grunnlag av objektive biologiske eller psykologiske forskjeller. Det er i virkeligheten glidende overganger, også avhengig av hva kulturen tolererer av avvik fra det «normale». Grensene må derfor trekkes analytisk og språklig. Hva som er psykiske lidelser konstrueres sosialt og kulturelt.

### **Psykiatri som nevrobiologi**

En bestemt profesjon, nemlig legene og de som praktiserer den medisinske spesialiteten *psykiatri*, konsentrerer seg mest om den biologiske kroppen. De har oppfattet de høyere psykologiske funksjonene annerledes og i overensstemmelse med hva de profesjonelt kan. Profesjonen har fått makt og innflytelse til å definere hva de psykologiske funksjonene bør forstås som, og å legge denne forståelsen til grunn ved behandling av dem som har avvikende «unormale» tanker og følelser. Det er forståelig at legevitenskapen konstruerer også uvanlig atferd og tanke- og følelsesforstyrrelser som uttrykk for

«maskinfeil». Det er en naturlig sammenheng mellom profesjon, faglig bakgrunn, forståelsesform og praksis.

### **Moteretninger**

Oppslutningen om trender i psykologi og psykiatri svinger som moteretninger. Historisk sett har andre forståelsesmåter enn de som er mest populære i dag dominert forståelsen av psykologiske fenomener og behandlingspraksis.<sup>7</sup>

I en periode hadde psykoanalysen stor tilslutning, i en annen periode dominerte sosial læringsteori og behaviorisme. I øyeblikket svinger pendelen i retning av nevrobiologi, den mest populære trenden for tida.<sup>8</sup> Nevrobiologiens popularitet de seinere år skyldes bl.a. teknologiske nyvinninger i molekylær genetik og billeddiagnostikk samt den massive støtten fra den farmakologiske industrien som pusher psykofarmaka.

Store deler av psykiatrien har utviklet seg som en nevrobiologisk spesialitet. Noen mener at nevrobiologien bør være grunnlaget for alle psykiatriske forståelsesmodeller, at altså bevisstheten og de høyere psykologiske funksjoner ikke lenger skal være psyfagenes gjenstandsområde, men at hjernen og det som foregår der skal være grunnlaget.<sup>9</sup> Ifølge psykiaterne Ringen og Dahl kan psykiatriens troverdighet blant medisinere bedres ved at den vender tilbake til et biologisk fundament. Det vil også gi psykiatrien troverdighet i allmennheten. Rekrutteringen av leger til psykiatri har i flere år vært et problem, spesialiteten har beskjedne prestisje blant andre medisinere. Det oppfattes som et fag uten klar forankring i empiri, med få vel-dokumenterte årsakssammenhenger, behandlingsformer med svakt dokumenterte effekter, en stor andel kronisk syke pasienter, uklare ansvars- og ledelsesforhold og med betydelige profesjonsmotsetninger. Dette er psykiaternes selvbilde for øyeblikket.<sup>10</sup>

### **Nevrobiologisk perspektiv**

Biologiske, til dels genetiske, forklaringer knyttet til hjernens biokjemiske funksjon og sammensetningen av neurotransmitterne, samt den kjemiske balansen i kroppen, spesielt hormonsystemet, har stor oppmerksomhet og prestisje i forskningen på psykiske lidelser. Den nevrobiologiske modellen er kjennetegnet ved at forstyrrelser i biologiske prosesser i hjernen blir sett på som årsaker til forstyrrelser i tanker og følelser. Mye av den kliniske forskningen i dag består i å utvikle medikamenter som skal gjenopprette (ione)-ubalansen i neurotransmitterne og internt i hjernecellene slik at «normalt» elektrokjemisk potensiale opprettholdes. Men denne gjenopprettingen skjer ikke uten til dels betydelige bivirkninger. De kompliserte prosessene som foregår i hjernen er langt fra forstått og bivirkningene er både uforutsette og uforklarlige.<sup>11</sup> Dessuten fører hjerneinngrepet heller ikke til at pasientene

føler at de blir «friske». Den kjemiske påvirkningen av hjernen demper først og fremst symptomer og gjør det lettere å ha med pasientene å gjøre.

Til tross for en gedigen forskningsinnsats siden 1950-åra fra den farmasøytiske industri er det fortsatt uklart hvordan og hvorfor en eventuell ubalanse og unormal hjerneaktivitet oppstår. Kan det for eksempel tenkes at (langvarig) eksponering (eller det motsatte: manglende eksponering), for miljøgifter og kjemiske stoffer i drikkevann, luft og mat har bidratt til kroppens/hjernens ubalanse?

Eller kan de høyere psykologiske funksjonene, bevisstheten, språklig bearbeiding, tenkning og følelser endre den kjemiske sammensetning av neurotransmitterne eller andre bestanddeler av det usedvanlig kompliserte og finstemte sentralnervesystemet?

### **Identitetsproblem**

Forsøket på å gjøre psykiatri og psykologi til nevrobiologi henger også sammen med at legene føler seg truet av andre og bedre kvalifiserte profesjonsutøvere dersom psykiske lidelser defineres som tanke- og følelsesforstyrrelser, med støtte, psykoterapi, samtale og sosial trening som hjelpe-tiltak. I slikt psykisk helsearbeid får psykiateren problemer med identiteten,<sup>12</sup> Ringen og Dahl forklarer hvorfor:

«Ferske assistentleger kan ofte mindre psykiatri enn (erfarne) miljøterapeuter. Som leger har vi en generell modellplattform som i hovedsak er biolog-empirisk. Det er lett å føle seg fremmed i en verden hvor samarbeidende profesjoner legger andre modeller til grunn for virksomheten. Leger har i løpet av studiet fått relativt lite innblikk i psykologi, statsvitenskap eller hermeneutiske tradisjoner. Dermed blir ofte den biologiske behandlingen/medisinering legenes hovedoppgave i den kliniske hverdagen.»<sup>13</sup>

Ringen og Dahl foretar også en nærmere presisering av hva nevrobiologi som grunnlag for psykiatrien innebærer. «Det skulle», som de skriver, «være åpenbart at alle mentale funksjoner har fysiske (biologiske) korrelater i hjernen. Den tradisjonelle kartesiansk-dualistiske verdensanskuelsen, der sjel og legeme ble oppfattet som to atskilte forhold, er foreldet. De hjerneforskere som av overbevisningsgrunner holder på forestillingen om en sjel, vil sannsynligvis være enige i at 'grensesnittet' vil være hjernens nevroner. En slik erkjennelse (av hjernen som sinnets substrat) innebærer at alle forklaringsmodeller om psykopatologi må ha et ledd om nevrobiologi for å være fullstendige. Ingen psykiatrisk forståelsesmodell kan lenger se bort fra nevrobiologi som grunnlagsteori.» Den største utfordringen fremover er ifølge Ringen og Dahl «at psykiatrifaget rotfestes i nevrobiologi.»<sup>14</sup>

Hvorvidt nevrobiologi skal være psykiaternes «grunnlagsteori» eller om utgangspunktet for legene skal være at «sjel er hjerne», som Eric Kandel

hevder, er ikke temaet her.<sup>15</sup> Spørsmålet er hvilken grunnlagsteori psykologien skal ha for å forstå og forklare psykiske lidelser. Det er ingen grunn til å konkurrere med legene om kunnskap og kompetanse om hjernens struktur og funksjon. Psykologien må bidra med annen kunnskap og forståelse av psykiske lidelser. Den nevrobiologiske forståelsesmåten er tilstrekkelig etablert, selv om det fortsatt er uklart hva som menes med å «rotfeste» psykiatrien i nevrobiologi. At «nevrobiologiske prosesser spiller en rolle», at alle modeller om psykopatologi «må ha et ledd om nevrobiologi for å være fullstendig», at «mentale prosesser har nevro-biologiske korrelater», osv. vil neppe noen i dag være uenige i. Striden dreier seg om hva som igangsetter og som karakteriserer de psykologiske funksjonene hos mennesker med psykiske lidelser.

Tankene, følelsene og språket er primære bærere av de psykiske funksjonene så vel som av dysfunksjonene, og behandlingen bør av flere grunner, også etiske og moralske, holde fast på dette utgangspunktet og beholde det som forklarings- og forståelsesområde. Å erstatte bevisstheten og psykologiske funksjoner med hjernens strukturer og med biologiske, nevrologiske og fysiologisk prosesser betyr å objektivisere mennesket, snakke et helt annet språk enn det som gir pasientene mulighet til å forandre seg selv ved å regulere tanker og følelser gjennom dialog.

Det er nemlig slik, som også Ringen og Dahl viser til, at verbal, språklig og tankemessig påvirkning, enten fra en selv eller andre, forårsaker endringer i hjernen. Det reiser spørsmålet om hva som kommer først av tanken/følelsen og det som skjer i den «materielle» hjernen. Er det nevrotransmitterne som bestemmer hva vi tenker, føler og sier, eller har vi en vilje som påvirker også nervesystemet? Er det den psykologiske aktiviteten som setter i gang aktiviteten i den biologiske hjernen, eller er kausaliteten den motsatte? Det har Robert Sperry vært opptatt av.

### **Roger Sperry: Mentale krefter setter i gang aktiviteten i hjernen.<sup>16</sup>**

Den amerikanske nobelprisvinneren i medisin, Roger Sperry, har fra sin posisjon som en av verdens ledende nevropsykologer diskutert forholdet mellom bevisstheten og den biologiske hjernen. Hans påstand om at psykologiske krefter igangsetter og er årsak til etterfølgende nevrologiske, biologiske og fysiologiske reaksjoner i hjernen og dermed i kroppen, er et radikalt oppgjør med det medisinske normalparadigmet, der bevisstheten ses på som underordnet, som et resultat av biologiske prosesser, hvis bevisstheten overhodet blir omtalt.

Innenfor nevropsykologien, nevrofysiologien og andre nærstående fagfelt har det lenge vært god latin å ignorere bevisstheten eller de mentale krefter og energier. Indre følelser og tanker kan ikke måles eller veies, de kan ikke fotograferes, gjøres til gjenstand for spektrografi eller kromatografi, eller på

annen måte behandles objektivt med en anerkjent naturvitenskapelig metode. Dermed ekskluderes slike fenomen fra vitenskapelige forklaringer i medisinen.

Roger Sperry etterlyser det humanistiske perspektivet i den moderne hjerneforskningen, der mennesket, og ikke bare nevronene, står sentralt. Folk flest har en oppfatning basert på egenerfaring at de kan bestemme seg for å gjøre noe, for å tenke og si noe. Den såkalte moderne, objektive nevrovitenskap vil bidra til at hjernen kvitter seg med en slik fantasiforestilling og vil overflødiggjøre ikke bare den bevisste tanke, men de fleste andre åndelige egenskaper og krefter i menneskenaturen. I førvitenskapelig tid trodde folk de var åndelig frie individer, at de hadde en fri vilje. Vitenskapen i dag forteller oss at fri vilje er en illusjon og erstatter det med kausal determinisme. Der det tidligere var hensikt og mening i menneskelig atferd, har nevrovitenskapen konstruert en kompleks biofysisk maskin, sammensatt av materielle elementer som alle adlyder fysikkens og kjemiens ubønhørlige og universelle lover.

Sperry hevder at hans egen erfaring fra hjerneforskningen bringer ham til helt andre konklusjoner enn den reduksjonistiske oppfatningen av menneskenaturen og bevisstheten. Hans uenighet illustreres av følgende spørsmål: «Er det mulig, i teorien eller i prinsippet, å konstruere en fullstendig og objektiv forklaringsmodell av hjernens funksjon uten å inkludere bevisstheten i årsakskjeden?» Hvis bevissthet og mentale krefter generelt kan ignoreres, ender det med ren (vulgær)materialisme. I motsatt fall, hvis det viser seg at bevisste mentale krefter faktisk styrer og dirigerer nerve impulsene og andre biokjemiske og biofysiske hendelser i hjernen, ender vi ikke da i den motsatte ytterlighet, med mentalisme eller idealisme? «Nei», svarer Sperry.

Dagens hjerneforskere mener de har ganske god innsikt i hva som stimulerer hjernens nerveceller. Cellemembran endringer, ioneflyt, kjemiske transmittere, pre- og post synaptiske potensialer, natrium pumpe osv, er på lista over akseptable kausale påvirkninger. Men bevisstheten vil ikke være der. Bevisstheten er i dette paradigmet noe annenrangs, noe den objektive kausalmodellen ikke kan vedkjenne seg. De psykologiske kreftene har i beste fall en underordnet rolle som f.eks. et inkonsistent biprodukt, et epifenomen, eller mest vanlig, et indre produkt av den materielle hjerneprosessen. Forskere kan akseptere hjernen som et komplekst, elektrokjemisk kommunikasjonsnettverk, fylt med nerveimpulser og andre kausale kjemiske og fysiske fenomen, der alle elementene beveger seg etter aksepterte vitenskapelige lover i fysikken, kjemien og fysiologien. Men få forskere tolererer at det i dette kausale maskineriet finnes noe sånt som mentale eller bevisste krefter, psykisk energi.

Dette er den aktuelle situasjonen i den delen av medisinen som tar for seg menneskets viktigste organ, og dette understøtter det rådende og gammel-dagse objektive, vulgærmaterialistiske og reduksjonistiske synet på tankens og psykens natur og betydning.



Ifølge Roger Sperry er de mest sentrale prosesser i hjernen, der bevisstheten spiller en rolle, ganske enkelt ikke forstått, og de kan heller ikke forstås innenfor det normalvitenskapelige paradigmet i medisinen. De er så langt utenfor vår fatteevne innenfor dette paradigmet at svært få kan forestille seg de virksomme mekanismene overhodet. Og det er heller ingen aksept for å utvikle tenkning omkring dem. Vi snakker ifølge Sperry om selve hjernens kode, om det fysiologiske språket til hjernen, og på dette feltet er det reduksjonistiske biologiske paradigmet håpløst forlagt.

Å konkludere med at bevisstheten, mentale eller psykiske krefter ikke hører hjemme som forklarings- eller årsaksfaktorer for aktiviteten i hjernen er ifølge Sperry å se bort fra fakta, og holde seg rigorøst til en foreldet forståelse der disse kreftene nærmest per definisjon skal utelates. Sperry ser svakhetene og anomalierne ved det rådende paradigmet. I hans hypotetiske hjernemodell har bevisstheten en kausal og aktiv betydning som igangsetter av mekanismene i hjernen. Tanker og bevissthet er satt i førersetet, der de engang var. De gir ordre, de driver og igangsetter de fysiologiske, fysiske og kjemiske prosesser i samme, eller endog i større grad enn de påvirkes av dem. Denne modellen setter tanken over materien, ikke under, på utsiden av eller utenfor det biologiske og materielle. Psyken får en forrang fremfor de fysiske og kjemiske koblingene, nerveimpulsene og DNA. Det er en modell av hjernevirksomheten der bevisste psykiske krefter anerkjennes som karakteristisk for mennesket etter millioner av år med evolusjon.

Egentlig handler det om hvem som gir ordre til hvem i den mengden av kausale faktorer som okkuperer kraniet og kroppen. Oppgaven er på en måte å finne fram til hierarkiet blant alle kontrollørene og bidragsyterne. På det laveste nivået finnes subnukleare partikler som interagerer med stor energitveksling, men disse enhetene har lite å si når det gjelder styring og årsak. De er kontrollert av atomene, og atomkjernen og elektronene er også kontrollert eller bundet til molekylene. Molekylene selv er knyttet til deres respektive celler og vev. Selv hjernecellene med deres lange fibre og impuls-overførende egenskaper har ikke så mye de skal ha sagt når det gjelder når impulsene skal fyres av, eller hva slags tidsrekkefølge de skal ha. Med andre ord så er avfiringen og *timing*en av impulstrafikken gjennom en hjernecelle styrt i hovedsak av egenskaper ved hele eller andre deler av nettverket. Fortsetter vi å stige i kommandohierarkiet finner vi ifølge Sperry på toppen de kreftene og dynamiske egenskapene til de store mønstre av cerebral utløsning som er korrelert med mental tilstand eller psykisk aktivitet. De psykiske kreftene som vi kjenner fra oss selv, persepsjon, oppmerksomhet, følelser, tanker, tro, innsikt, bedømmelser osv. påvirker hverandre gjensidig, setter i gang og dirigerer den indre impulstrafikken, herunder de elektro-kjemiske og biofysiske prosesser. For overføring av nerveimpulsene gjelder alle vanlige elektriske, kjemiske og fysiologiske lover, og en feilfri funksjon av de øvre nivåer avhenger av en normal funksjon i de lavere.

Sperry peker på at inkluderingen av det psykiske, som styrende for biologiske og fysiologiske prosesser, ikke betyr at man forkaster vitenskapens objektive tilnærming til sin gjenstand. Uenigheten gjelder ikke om vitenskap skal være objektiv eller subjektiv, men om de mentale kreftene, psykiske egenskapene og bevisste kvalitetene skal utelukkes fra en vitenskapelig forklaring. Sperry's fortolkning av hva som foregår i kroppen vil gjeninnføre psykiske krefter som styrende for hva som foregår i hjernen. Den vil også kunne eliminere de gamle dualistiske forvirringene, dikotomiene og paradoksene, og erstatte dem med et forent system som går fra de subnukleare kreftene i bunnen av hierarkiet til ideene og bevisstheten på toppen. Det vil også bety en brobygging over til humanistiske vitenskaper, og en start på en samlet fremstilling av natur og mennesker, som ikke bare er materialistisk og naturvitenskapelig, men som også inkluderer psykiske, ikke materielle egenskaper og forhold.

For den hierarkiske orden av kausale enheter stopper ikke innenfor individet, men omfatter kontrollinstanser som involverer samfunn og kultur.

Det gamle materialistiske og naturvitenskapelige paradigmet, som har undertrykt eller utelatt bevisste, mentale krefter har muligens vært nyttig for å rendyrke en vitenskapstradisjon. Men det er ikke noe paradigme å bygge framtida på. Innføringen av det psykiske i forståelsen av også menneskenes kropp er innebærer ingen fornektelse av det biologiske eller dyriske i den menneskelige natur. Det tilbakeviser imidlertid at de høyere psykologiske funksjoner kan reduseres til biologi og materie. De må tvert imot ses i en kulturell og sosiale kontekst, og som styrende for menneskelig aktivitet.

### **Lidelsene abstraheres**

I et nevrobiologisk og reduksjonistisk perspektiv sees psykiske lidelser som uavhengig av personen som subjekt med vilje og bevissthet. Nevrotransmitterne, den kjemiske sammensetningen av synapseforbindelsene, fremstilles som galskapens eller følelsesblokkeringenes egentlige årsak. Menneskenes problemer med å leve i et samfunn beskrives i et stadig mer abstrakt og pseudovitenskapelig medisinsk språk. Sosiale relasjoner, som utgjør kjernen i enhver tanke og følelse, også der tankene eller følelsene er «forstyrret», abstraheres fra den kulturelle og sosiale sammenhengen de inngår i, og omdefineres til anomalier eller abnorme tilstander i hjernen. Behandlingen blir deretter: Det gjelder å gjenopprette den kjemiske ubalansen eller å kortslutte de elektrokjemiske nerveforbindelsen som også følger med tanker og følelser. Dermed er veien åpen for symptombehandling ved hjelp av lobotomi, sjokk- og kjemoterapi.

### **Sykdom eller tankeforstyrrelser, språkforvirring og følelsesmessige fastfrysninger?**

Ikke alle psykiatere er enige i at psykiske lidelser først og fremst er «maskinfeil» i hjernen. Thomas Szasz hevder at de fleste psykiske lidelser som har med følelseslivet å gjøre, ikke er sykdommer, at det er en myte å oppfatte dem på den måten.<sup>17</sup> Scheff sa det slik: «den medisinske synsvinkel tilslører systematisk viktige psykologiske og sosiale prosesser når den anvendes på psykisk sykdom»<sup>18</sup>.

### **Følelsesmessige blokkeringer**

Også den norske psykiateren Svein Haugsgjerd diskuterer hvorvidt psykiske lidelser egentlig er sykdommer. Hans standpunkt er at «psykiske lidelser skiller seg på avgjørende måter fra legemlige sykdommer.»<sup>19</sup> Han underslår ikke at mange hevder noe annet, og at dette er spørsmål av vidtrekkende vitenskapsteoretisk og også moralsk/etisk karakter. Men etter en grundig drøfting av ulike posisjoner hevder han at de psykiske lidelsene ikke kan ses på «som sykdommer av samme type som de vi møter i andre medisinske grener», og at psykiatrien i vårt århundre har «vokst seg ut av medisinen»<sup>20</sup>.

Men hva er så psykiske lidelser, når det ikke er «sykdommer i sjelen»? Haugsgjerd svarer slik:

«Det er følelsesmessige fastlåsnings eller fastfrysninger. De følelsesmessige konfliktene er selve kjernepunktet i alle psykiske lidelser. Når slike konflikter ikke finner noen løsning, hopper de seg opp og vokser. Dette kan skape tilstander hvor også tenkning og virkelighetsoppfatning kan bli rammet. Men kjernen i en psykisk lidelse er altså konfliktrammede følelser som ikke er erkjent, og dermed ikke uttrykt og delt med andre.... Psykiatrisk behandling er derfor i sitt vesen kommunikasjon omkring følelsesmessige viktige temaer.»<sup>21</sup>

I Haugsgjerd's perspektiv har det ingen mening å operere med de medisinske kategoriene «syk» og «frisk». Det handler om den psykiske «smerten ved å være til», det at vi alle mer eller mindre føler oss rastløse, engstelige, nedtrykte, osv. i perioder, og at for noen er disse periodene lengre og kraftigere enn hos andre. Iblant hopper de følelsesmessige problemene seg opp på en slik måte at vi ikke lenger greier å fungere slik vi selv ønsker det, sosialt, mellommenneskelig eller arbeidsmessig, hevder Haugsgjerd.

Symptomene har ifølge Svein Haugsgjerd alltid en følelsesmessig mening og betydning, de er en meddelelse om noe: «Av dette følger det at det ikke er mulig å forstå psykiske lidelser uten at de sees i sin virkelige sammenheng, med andre ord i den livshistoriske, familiemessige og sosiale sammenheng de er skapt i. Vi må altså se forbindelsen mellom lidelser og livsvilkår, og fremstille lidelsen som et resultat av livsvilkårene i bred forstand og ikke som en sykdom i hjernen eller i nervene.»<sup>22</sup>

Ifølge Haugsgjerd er det uholdbart å snakke om uhelbredelige psykiske lidelser så lenge det ikke er tale om noen fremadskridende kroppslig sykdomsprosess, men «en lammende resignasjon overfor det å være et ønskende, følende, handlende menneske i verden.» Fremfor å se psykiske lidelser som genetiske eller nevrobiologiske defekter primært, må vi se forbindelsen mellom lidelsene, kulturen og livsvilkårene.

### **De forstyrrede psykologiske funksjonenes sosiale karakter og grunnlag**

Forbindelsen mellom kulturelle og samfunnsmessige forhold, konkret sosial praksis, mental helse og psykiske lidelser er gjentatte ganger påvist i epidemiologiske studier.<sup>23</sup> Den amerikanske kulturpsykologen Carl Ratner mener psykiske lidelser, også psykoser, er uttrykk for en destruktiv konkret sosial praksis under bestemte sosiokulturelle betingelser, og at de særlig rammer de ressursvake.<sup>24</sup>

Psykoser er ikke bare ukonvensjonell atferd eller brudd med normer for mellommenneskelig omgang. De er uttrykk for manglende tillit til den felles sosiale orden de fleste av oss opplever. Psykosen er på mange måter en forstyrrelse av sosialitet i seg selv, et sammenbrudd i kommunikasjonen og interaksjonen med andre, som Carl Ratner sier.<sup>25</sup> Den sosiale grunnen svikter og gjør folks tenkning sosialt desorientert og dysfunksjonell. Alt dette forsterker det *sosiale* avviket. Den som lider under slike tanke- og følelsesmåter opplever det selv som ubehagelig og forstyrrende for forholdet til andre, og det er vanskelig å realisere praktiske aktiviteter og mål. Eksistensen er i perioder dominert av merkelige tanker, et spesielt humør og ikke minst av angst. Situasjonen er utholdelig og opprørende, en blir oppgitt over seg selv, over tapet av virkelyst og av manglende evne til å forstå eller forandre seg. Han eller hun føler seg alene og forvirret, som i en drøm.

Psykosene er sånn sett en *psykologisk* reaksjon. Det er spesielle tanker og følelser som genererer en spesiell form for ubehag og uro, oppstått og med røtter i en konkret sosial eller kulturell kontekst. Oppgaven for den som skal forstå røttene må finne fram til den kontekst de er skapt i. Bakenfor de abstrakte beskrivelsene av psykosenes årsaker som «sårbarhet», «stress» eller «dårlig kommunikasjon», av kategoriseringen av symptomer som depresjoner, paranoia, vrangforestillinger eller upassende atferd, så er det viktig å avsløre den konkrete sosiale og kulturelle opprinnelsen.

Psykiske lidelser er ikke kjennetegnet ved en *spesiell* atferd. Irrasjonell bedømmelse, hallusinasjoner, transer er ikke i seg selv psykotiske. Ungdom utvikler ofte fantasiforhold til kjente og populære popmusikk- eller sportsidoler, uten at slike fantasier ses på som sykdomstegn. Irrasjonell tro på Gud, eller på Guds undre er heller ikke tilstrekkelig bevis på psykotisk galskap. Den institusjonaliserte galskapen vi finner f.eks. i mye religionsutøvelse skjer i kontrollerte og sosialt akseptable former, uten varig forvirring. Det fører

heller ikke til stempling som sinnssyk, men som sterkt troende. Ikke all irrasjonell eller dysfunksjonell tenkning blir karakterisert som sinnssyk. Det avhenger bl.a. av sammenhengen det irrasjonelle inngår i, hvilken mening det har i kulturen og hvordan andre reagerer på det.

### **Meningsfulle reaksjoner**

Konsekvensene av å være fattig eller arbeidsløs kan uttrykkes gjennom ulike psykologiske reaksjoner eller symptomer, som depresjon, bekymring, vold, paranoia, stoff- eller alkoholmisbruk. Symptomet er individets svar eller forsøk på å mestre og å gi mening til et psykologisk problem, skapt eller utløst i en sosial kontekst. Symptomer er ikke uttrykk for meningsløs fantasi-flukt iverksatt av en syk hjerne, men representerer et aktivt forsøk på å forstå og å skape orden i virkelighetens verden. Symptomene er i prinsippet ikke annerledes enn andre måter folk prøver å definere verden og seg selv på. «Forvirringen» er i en forstand en like meningsfull reaksjon som det å være «normal». Psykologiske dysfunksjoner er underlagt de samme mekanismer som normale psykologiske funksjoner. Forstyrrelser i sansing, persepsjon, følelser, hallusinasjoner og somatiske symptomer, stammer fra kognitiv og emosjonell formidling av sosial praksis ved hjelp av kulturelle verktøy, og forankret i de høyere psykologiske (dys)funksjonene, og ikke primært i en syk hjerne. Eksempler på former for destruktiv sosial praksis som skaper store emosjonelle og psykiske belastninger er: krig, arbeidsløshet, skilsmisse, immigrasjon, destruktiv konkurranse, fattigdom og diskriminering.

### **Betingelser for brukermedvirkning og en god terapeutisk relasjon**

Ved å ta utgangspunkt i de høyere psykologiske funksjonene, altså i pasientenes språklige og følelsesmessige ytringer, kan pasientene delta på en annen måte i «behandlingen av seg selv». Dermed blir «brukermedvirkning» ikke bare et honnørord, men noe som kjennetegner relasjonen mellom terapeut og pasient. Denne relasjonen er avgjørende for et godt terapeutisk resultat.<sup>26</sup>

Bruce Wampold, som har undersøkt hva som virker i psykoterapi skriver i boka «*The Great Psychotherapy debate*»:

«Den medisinske modellen hevder det er terapeutens medisinske ekspertise som betyr noe for utfallet av terapien: Hvor nøye følges manualen, behandlingsprotokollen og representerer manualen et valid og nyttig teoretisk perspektiv? Forskningsresultatene viser at behandling basert på denne logikken er irrelevant og at det å følge en manual er en dårlig løsning. Hvem terapeuten er betyr mer for resultatet. At terapeuten tror på behandlingen er viktig, og at det er en god relasjon eller allianse er avgjørende for resultatet. Alt dette støtter den kontekstuelle modellen.»<sup>27</sup>

### **Pasientens stemme – hvor interessert er vi i den?**

Den beste måten å beskrive psykiske lidelser på er kanskje å gi ordet til den gale selv? Dette er blitt mer og mer vanlig innenfor bestemte vitenskaps-tradisjoner, blant annet som en reaksjon på den nevnte reduksjonistisk beskrivelsen av lidelser som sykdommer i nervesystemet, hormonsystemet, som organ- eller maskinfeil der pasienten som helt menneske i en sosial og kulturell kontekst ikke (lenger) eksisterer.

De som er opptatt av pasientenes stemme mener den lidende snakker autentisk om sin opplevelse, mens andre snakker om lidelsen eller sykdommen i konstruerte allmennbegreper, for eksempel som diagnoser. Foucault var en av dem som etterlyste de gales egen stemme, og mente den var viktig for behandlingen. Når pasientene selv beskriver hva lidelsene skyldes og hva som har hjulpet dem i behandlingsapparatet fokuserer de ikke på sykdom og patologi, medisiner og terapi, men på dagligliv, jobb og ressurser, terapeuter med tålmodighet og tid, som også hjelper med å løse dagligdagens små problemer, og som «stiller opp».<sup>28</sup> Ord og uttrykk pasientene ofte bruker for å beskrive opplevelsen av å være hjulpet er:

*Føle seg trygg, Få oppmuntring, Bli akseptert, Få bekreftelse fra andre, Være til nytte, Ikke være alene, Mulighet til å åpne seg, Sjanse til å tie og bli forstått, Hjelp til arbeide seg gjennom det vanskelige.*

Pasienter med gode terapeutiske erfaringer opplever et menneske som gir dem tillit og bekreftelse, og har tid og tålmodighet til å være hos dem over lang tid, og som skaper en atmosfære av åpenhet.

I pasientenes fortellinger spiller medisineren en beskjeden rolle ved positive opplevelser. Ekspertkulturenes bidrag til bedring er overvurdert, skal vi tro disse pasientene. Noe tyder på at terapeuter blir så opptatt av å praktisere sin spesialiserte ekspertkunnskap at de glemmer eller unnlater å være medmennesker overfor pasienter med lidelser som kanskje ikke trenger medisinsk spisskompetanse, men holdninger og tid til å gi trøst, støtte og oppmuntring. Som også Habermas sier, må det ikke-profesjonsorienterte språket oppvurderes i møtet og i samtalene med pasientene, bare slik kan en nå fram og få i gang en dialog om det pasientene har på hjertet, og på den måten påvirke de høyere psykologiske funksjonene som i neste omgang etablerer nye synaptiske mønstre i hjernen.

Ved kommunikasjon på pasientens språklige premisser påvirkes de psykologiske funksjonene og dysfunksjonene. Det ikke-profesjonelle så vel som det profesjonelle språket er verktøy for dialogen der en konstruerer virkeligheten på hver sin måte. For å nå fram til pasientenes konstruksjon av seg selv og sin verden må utgangspunktet for konversasjonen tas i hans eller hennes virkelighetsoppfatning og språklige fremstilling av den. Pasientens hverdags-språk må derfor prioriteres dersom en skal nå fram til deres psykologiske funksjoner og dysfunksjoner. Profesjonalitet handler om å forstå den andre,

deres psyke og sjelsliv, fantasier, tankemønstre, impulser og reaksjoner, kort sagt deres høyere psykologiske funksjoner. Det er kanskje vanskelig å forene spisskompetanse og langvarig profesjonsutdannelse med noe så hverdagslig og selvsagt som trygg relasjon, oppmuntring, tillit og bearbeiding av traumer.

Mange pasienter og tidligere pasienter mener psykoterapien har hjulpet dem. Særlig det å bli behandlet med respekt, empati, forståelse, at noen hørte etter og interesserte seg for dem trekkes fram som terapeutens bidrag til bedringsprosessen. Det var ikke først og fremst teknikkene eller metodene som var viktig, men konversasjonen og dialogen med et lyttende menneske som forsto dem. De som opplevde en genuin interesse for dem selv som person, at noen forsto dem, opplevde oftere enn de øvrige starten på en god prosess. For å forstå andre mennesker må vi lytte til hva de sier, føler og tenker og ta utgangspunkt i de høyere psykologiske funksjonene som endres med kulturelle verktøy gjennom aktivitet.

### **Terapeutiske forsøk**

Også i Norge har psykiatere og andre medisinere i mer enn 150 år forsøkt å finne sinnssykdommenes årsaker. Tallrike forskningsprosjekter er gjennomført, og et utall vitenskapelige forklaringer er lansert. Men fortsatt er de viktigste spørsmål ubesvart: Hva er årsakene til psykiske lidelser? Hva er egentlig psykiske lidelser?

Legevitenskapens jakt på årsaker har vært kronet med hell i ett tilfelle. I 1917 kom et gjennombrudd for en bestemt, men atypisk sinnslidelse, nemlig syfilis. Den hadde en bakteriologisk årsak og kunne behandles med antibiotika. Dette medførte stor optimisme for medisinske løsninger. En rekke remedier for å kurere «sykdommene» ble utprøvd på sinnssykehusene i Norden, blant annet feberfremkallende kjemikalier, matsalter, hormoner, vitaminer og blodtransfusjon. Andre steder var det mange som tenkte seg at sinnssykdom satt i en kroppsdel. På leting etter giftens utspring fjernet man både eggstokker, blindtarmen og tenner.

Forestillingen om en «psykisk sykdom» henter støtte hovedsakelig fra sykdommer som syfilis eller forgiftninger. De forårsaker også forstyrrelser i tenkning og atferd, men er «egentlig» sykdommer i hjernen. Fremdeles tror noen at alle psykiske lidelser og dysfunksjoner er av denne typen, at det vil bli funnet en biologisk/nevrologisk defekt for alle tanke- og følelsesforstyrrelser. Mange har klokketro på at patologiske mekanismer vil bli avslørt gjennom medisinsk forskning samtidig som medisinalindustrien vil finne botemiddelet i form av nye piller. Hittil er mange blitt skuffet.

## NOTER

- 1) Lev Vygotskij, *Thought and Language*. (Edited by A. Kozulin.), The MIT Press, Cambridge, MA 1986.
- 2) Vygotskij brukte Hegels begrep *oppheve* for å betegne omformingen av de lavere, biologiske funksjonene til kulturelt bestemte funksjoner. Den betingede refleks, for eksempel, «kopieres» i intellektuell virksomhet, og er samtidig både tilstede og ikke tilstede.
- 3) Se også A. Kolstad, *Psykologiens Mozart. Impuls*, 59, (1), 2005, s. 45-48.
- 4) Lev Vygotsky, *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1978.
- 5) Alexander Luria (1902-1977), en innflytelsesrik russisk psykolog, møtte Lev Vygotskij i 1924. Sammen med Alexei Leontiev utformet de en ny tilnærming til psykologien som gjorde det mulig «å oppdage hvordan naturlige prosesser som fysisk modning og sansing ble forbundet med kulturelt bestemte prosesser og skapte høyere psykologiske funksjoner hos voksne mennesker» A. Luria, I R. A. Luria, *The making mind: A personal account of Soviet psychology*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1979, s. 43.
- 6) A. Luria, *Cognitive Development. Its Cultural and Social Foundations*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1976
- 7) Noen hovedoppfatninger:

*Biologiske forklaringer:* Psykiske lidelser skyldes en hjerneskade, kjemisk ubalanse i transmittersubstansene, altså de stoffene som overfører informasjonen mellom hjernecellene/nevronene. Der er det elektrokjemiske prosesser, og mye avhenger av den kjemiske sammensetningen av de stoffene som overfører informasjon. Også hormonsystemet kan både direkte og indirekte antakelig ha betydning for hvordan vi tenker og føler og handler. Et spørsmål er imidlertid om disse biologiske endringene/anomaliene er primære, eller om de er et resultat av tankeprosesser og følelsesblokkeringer. Det spørsmålet er det stor uenighet om. Uenigheten handler ikke om tankene og følelsene, altså de høyere psykologiske funksjonene, nødvendigvis viser seg også gjennom aktivitet i hjernen.

*Psykologiske forklaringer:* Psykiske lidelser er primært knyttet til de høyere psykologiske funksjonene, til bevisstheten med alle dens lag, til tanker, språk og følelser. Bevisstheten og de høyere psykologiske funksjonene er det ikke-materielle motsvar til hjerneaktiviteten. Den masse/energi som finnes i de høyere psykologiske funksjonene er like reell som de materielle hjernestruktur-ene og den kjemiske aktiviteten naturvitenskapene konsentrerer seg om. Virksomheten i bevisstheten, de høyere psykologiske funksjonene har mange navn: sjel, ånd, sinn, sjelsliv, følelser, intensjoner, fornemmelser, tanker.

*Miljømessige forklaringer:* Psykiske lidelser skyldes ytre omstendigheter mennesket lever under, sosiale, samfunnmessige, fysiske, natur og estetikk. Vær og vind, forurensning, miljøgifter. Kan forstyrre den kjemiske balansen i kroppen, eks. med blyforgiftning som påvirket barns lære- og konsentrasjons- evne, tynnere og maling som løser opp fett i hjernen og endrer transmittersubstansene.

*Arvelige forklaringer:* Psykiske lidelser skyldes i stor grad genetiske feil og disposisjoner. Gener disponerer for spesielle hjernestrukturer/funksjoner, for hormonsystemet, altså den «kjemiske balansen i kroppen». I forbindelse med arvelighetens betydning har det vært reist spørsmål om arv har like stor



betydning for patologiske som for normale personlighetstrekk, med andre ord om arv har mest betydning for trekk innenfor normalområdet, mens psykososiale belastninger kan være avgjørende for utvikling av trekk av mer patologisk karakter.

- 8) Den biologisk eller nevrobiologiske tradisjonen i psykiatrien har hatt varierende tilslutning. En lederartikkel i *Psychiatric Bulletin* fra 2000 (24, 1-3) tar for seg motesvingingene i det 20. århundrets psykiatri:

I årene før første verdenskrig flyktet mange psykoanalytikere til USA, og i 1940-årene bodde de fleste psykoanalytikerne der. En ny æra og optimisme ble innledet. Oppfatningen var at psykiske lidelser ble skapt av samfunnsforholdene og at de også kunne avskaffes ved å endre sosiale og samfunnsmessige forhold. Freuds reservasjon om at psykoanalysen ikke kunne behandle psykoser mistet snart betydning, og mange trodde verdens ondskap kunne utryddes ved psykoterapi, at personligheten kunne «reskulptureres» og styrke folks mentale helse.

Psykoanalytisk orienterte terapeuter hadde kontroll over amerikansk psykiatri i tiåret før introduksjonen av psykotrope medikamenter. I 1962 var 59 av 82 psykiatriske instituttet ledet av en psykoanalytiker. Alle videreutdanningsprogrammer tok utgangspunkt i analytiske prinsipper og 13 av de 17 mest anerkjente lærebøker var psykoanalytiske. Lederen for the National Institute of Mental Health skrev: «Mellom 1945 til 1955 var det omtrent umulig for en ikke-analytiker å bli instituttleder eller professor i psykiatri». Reaksjonen på denne dominansen kom utover i 1960- og 70-årene. DSM III, som kom i 1980, er sett på som triumfen til en neo-Kraepelinsk revolusjon i amerikansk psykiatri, og åpnet for en klar favorisering av en biologisk psykiatri, på bekostning av en analytisk. Budskapet var at psykiatriens «business» var å behandle sykdommer, i motsetning til den psykoanalytiske agenda som par preg av et korstog for at psykiaterne skulle forandre verden. Utover i 1990-årene var psykofarmakologien og biologisk psykiatri på full fart fremover, og dominerer nå amerikansk psykiatri. Muligheten for at en ikke-nevrobiolog skal bli instituttleder i USA i dag er liten, og ikke særlig mye større i England. Lærebøkene har en nevrovitenskapelig tilnærming til psykiatrien. Mens APA engang var dominert av psykoanalytikere, så er det nå den farmasøytiske industri som sponser store deler av virksomheten. I England har utviklingen vært den samme.

- 9) P.A Ringen, og Alv Dahl, «Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?» *Tidsskrift Norsk Lægeforeingn* nr 20, 2002;122: 2024-7.
- 10) Ringen og Dahl, op. cit.
- 11) Hjernen er fantastisk kompleks og det er arrogant å tro at vi forstår så mye. Det er uendelig mange frihetsgrader. Det er 20 milliarder nevroner (nerveceller) i menneskets hjernebark. Hver nervecelle kontaktes av mange tusen andre, og kontakter selv mange tusen. (Synapser: Stedet hvor 2 nerveceller forbinder seg med eller påvirker hverandre. Nerveblærer med transmittersubstans frigjøres ved kontakt mellom nevroner. Transmittersubstansene endres ved medisiner. Det er flere koplinger enn det er stjerner på himmelen eller sandkorn i Sahara. Forbindelsene mellom hjernecellene endrer seg ved aktivitet, og dermed endrer hjernens struktur seg.
- 12) Se A. Kolstad, «Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt?» *Psykisk helsearbeid*. 2004, 1, 1, 13-27.
- 13) Ringen og Dahl, op.cit.
- 14) Ringen og Dahl, op. cit.

- 15) Blant psykiatere er dette et stadig vanligere standpunkt. I en lederartikkel i *American Journal of Psychiatry*, med tittelen «Hva er psykiatri» defineres psykiatri som den medisinske spesialiteten som behandler forstyrrelser i bevisstheten (*mind*), og der *mind*, eller bevissthet er beskrevet som «et uttrykk for aktiviteten i hjernen». Tilsvarende har Eric Kandel, i samme tidsskrift skrevet at «alle psykiske prosesser... skriver seg fra aktivitet i hjernen.» Selv om disse forfatterne ikke nødvendigvis har ment det sånn, så understreker deres måte å formulere seg på at bevisstheten (*mind*) i hovedsak er en refleksjon av hva som foregår i hjernen. Det sosiale innholdet i bevisstheten er utelatt. Tilsvarende har psykiatrien utviklet seg i en biomedisinsk retning både når det gjelder diagnostisering og behandling. Enkelte har derfor villet omdøpe psykiatrien til «klinisk nevrovitenskap».
- 16) Sammenhengen av Roger Sperry's posisjon er fra R. Sperry, *Science and Moral Priority*. Basic Blackwell, Oxford 1983.
- 17) T.S Szasz, *The Myth of Mental Illness*. *The American Psychologist*, Febr., 1960, 113-8, og T.S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (revised Edition). Harper and Row Publ, New York, 1973.
- 18) T.J. Scheff, *Being mentally ill: A sociological theory*. Aldine, Chicago 1966.
- 19) Svein Haugsgjerd, *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Pax forlag, Oslo 1990.
- 20) Haugsgjerd, *ibid*.
- 21) Haugsgjerd, *ibid*.
- 22) Haugsgjerd, *ibid*.
- 23) Se f. eks. A. Kolstad, «Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske dysfunksjonenes sosiokulturelle grunnlag.» I A..J.W. Andersen og B. Karlsson (red) *Psykiatri i endring*, Gyldendal, Oslo 1998.
- 24) Carl Ratner, *Sociohistorical Psychology and its Contemporary Applications.*, Plenum Press, New York 1991.
- 25) Ratner, *ibid*.
- 26) Se M.J. Lambert, «Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration» I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (eds). *Handbook of Psychotherapy Intergration*. Basic, New York 1992.
- 27) B.E. Wampold, *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*, Lawrence Erlbaum Ass., London 2001.
- 28) Ragnfrid Kogstad har sett på hva 1000 medlemmer av Mental Helse synes om behandlingen de har fått. Pasientene har skrevet «vendepunktshistorier»: en positiv og en negativ opplevelse de har opplevd i møtet med den psykiatriske helsetjenesten og som har bidratt til at de hadde fått det betydelig bedre eller verre. Se R. Kogstad, *Turning points – medical cure or steps closer to the experience of meaning?* Upubl. manus. Høgskolen i Telemark, 2002

Marit Borg har studert pasientenes egne beskrivelser av bedringsprosesser («recovery»), basert på intervjuer med tidligere pasienter. De fleste beskrev bedringsprosessen som en slags reise som hadde vært både lang og tøff, med frykt, kaos, ensomhet, håpløshet og angst i perioder. Mange ville tidligere blitt kalt kronikere, pasienter som måtte finne seg i sin sykdomsskjebne. Se M Borg, & K. Kristiansen, «Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services». *Journal of Mental Health*; 2004, 13(5): 493 – 505.