

Se meg, Hør meg og Forstå meg!

Å leve med en psykisk lidelse i et norsk og krysskulturelt perspektiv

Ann Kristin Fjeldheim



Masteroppgave

Sosialantropologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

November 2009

Sammendrag

Denne avhandlingen dreier seg om hvordan det oppleves å leve med en psykisk lidelse i en norsk sosial samhandlingskontekst. Det empiriske materialet oppgaven bygger på, baserer seg på et 7 måneders feltarbeid i en by i Norge. Informasjonen jeg har innhentet på feltet forteller blant annet om hvordan en psykisk lidelse oppleves, påvirker livet man lever, valgene man tar, og hvordan informantene har opplevd møtet med andre mennesker på forskjellige samhandlingsfelt. Samtidig har jeg observert skjebnefellesskapet mellom personer med forskjellige psykiatriske diagnoser på et dagsenter. Et av hovedmålene var å finne ut mest mulig om deres egne perspektiver på det å leve med en psykiatrisk diagnose, og om informantene opplever sosial stigmatisering.

Jeg tar også for meg krysskulturelle perspektiver på psykiske lidelser og avvikende atferd. Her viser jeg blant annet eksempler fra velkjente og mer fjernliggende kulturer på hvordan psykiske lidelser kan oppfattes og behandles. Komparasjonene utføres for å belyse funnene fra mitt eget feltarbeid, for eksempel viser det seg at både psykotisk og normal atferd utspilles innenfor kulturelle rammer, altså preget av kulturelle forhold. Temaer som maktforhold både i en norsk kulturell kontekst og i et krysskulturelt perspektiv er aktuelle og relevante innfallsvinkler. Analysen i min avhandling viser blant annet hvordan myndighetene har definisjonsmakt, og dermed legitimert rett til å definere hva som er "normalt" og "unormalt" i en norsk kontekst. Dette kommer til uttrykk gjennom de hegemoniske normer og regler som uttrykkes gjennom allmenngyldige praksiser for samhandling. Slike normer og regler kan variere fra samfunn til samfunn, fra kultur til kultur. Slik sett kan vi si de er kulturelle og ikke naturlige selv om de nettopp oppleves som naturlige når de er internaliserte.

TAKK!

Tusen hjertelig takk til alle mine informanter som kjempet mot sin egen angst, åpnet sine dører for meg, og fortalte sine historier. Dere er sterke og dere er tøffe! Hvis bare den allmenne kvinne og mann hadde forstått hva dere har gjennomgått og fremdeles gjennomgår, så hadde kanskje også de beundret og respektert dere like mye som meg.

Tusen takk for deres varme, og raushet over å dele alt fra vonde tanker til gode ønsker. Dere slapp meg inn i deres hjem, dere tok meg med på turer, inviterte meg på lunsj, middager og kino. Jeg er overveldet og rørt over hvor godt dere har tatt imot meg.

Tusen takk til dagsenteret og til alle dere flotte individer som både jobber på, og er brukere av stedet. Dere slapp meg inn, fikk meg til å trives og ga meg lov til å observere. Tusen takk for alle turene jeg fikk være med på, til skogs og til sjøs. Jeg hadde det veldig hyggelig i deres selskap.

Tusen takk til familie og venner som har stilt opp for meg og oppmuntret meg under prosessen. En spesiell takk til min venninne Ane Marthe for lån av litteratur og gode innspill. Og en spesiell takk til min "svigerfar" Ulf som hele tiden har hatt stor tro på meg, og som torde å uttrykke sin stolthet over meg. Det varmer.

En stor og hjertelig takk for all hjelp til min veileder Harald Beyer Broch, og for at du sa ja til å bli min veileder. Takk for ditt engasjement, din utholdenhet og tro på mine evner. Jeg kunne skrive, men du har lært meg å skrive enda bedre.

Til slutt vil jeg takke mine tre barn, Nicolai, Helena og Marie for deres uforbeholdne kjærlighet, og for at dere noen ganger måtte holde ut en stressa og til tider oppfarende mor. Dere betyr alt for meg.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
TAKK!.....	5
1. INNLEDNING, TEMA OG METODE.....	11
Tema og problemstilling.....	12
Ulike forståelseshorisonter.....	14
Kilder til datainnsamling.....	15
Metoder for datainnsamling.....	16
Feltarbeidet.....	20
Dagsenteret, brukerne og de ansatte.....	22
Informantene og de forskjellige samhandlingsfelt.....	25
Inntrykk og etiske vurderinger underveis.....	27
2. HVA INNEBÆRER PSYKISK AVVIKENDE ATFERD?.....	29
“Det er ikke lett”.....	29
“Verst av alt er angsten”.....	33
Psykosens “virkelighet”.....	37
Møtet med psykiatrien og dens behandlingsmetoder.....	45
Dagsenterets betydning.....	54
<i>Dagsenterets leder</i>	58
Ønsket om å “vende tilbake” til samfunnet.....	60
Avsluttende kommentarer.....	64

3. IDENTITET OG TILHØRIGHET, EN ANALYSE.....	71
Narrativer i en norsk (bydels) kontekst.....	72
”Likhets paradokser”	73
Å føle seg annerledes og utenfor - Symbolsk makt og vold?.....	77
Stigma.....	80
Se meg, hør meg!.....	83
Delt skjebne: samhold, fellesskap og vennskap?.....	85
Avsluttende kommentarer.....	86
4. KRYSSKULTURELLE PERSPEKTIVER PÅ PSYKISK AVVIKENDE ATFERD.....	88
Diagnostisering som et klassifikasjonssystem.....	90
Den kroppsliggjorte væremåten.....	96
Sosial kontroll, vold og symbolsk makt.....	99
<i>Motstand mot psykiatriens maktbruk</i>	100
Samfunnets betydning under behandling.....	103
Antropologiens betydning i denne konteksten.....	107
5. AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	109
LITTERATUR og KILDELISTE.....	111

Til min bror.

Den som íntet er

í noens øyne

Og íntet er

í síne egne øyne

er íntet

Selv om hjertet slår

og hver celle i kroppen

ånder

Líne Grønning (Ord over Sinn, 2004)

1. Innledning, tema og metode

Før jeg startet feltarbeidet vinteren og våren 2008, hadde jeg opparbeidet meg en førforståelse av hva psykiske lidelser er, og hva det innebærer. Min bror vekket min interesse for å forske på de temaene jeg skal ta for meg i denne avhandlingen.

Engasjementet har jeg fått gjennom å være en søster og pårørende til min bror som er diagnostisert schizofren. Jeg hadde til tider vanskeligheter med å forstå han. Jeg kjente ikke til hans univers og jeg reagerte på hans atferd. Jeg undret meg over hva han gjennomgikk. Jeg reagerte også på hvordan andre mennesker reagerte på hans atferd. Likeledes var det vanskelig å forstå hvorfor han ikke ble bedre etter mange år i behandling under psykiatrien. Hans verden, psykiatrien og disse reaksjonene ønsket jeg å forstå.

Jeg har også en god venninne som har en mor som er diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse. Vi vokste opp sammen, og jeg var ofte på besøk i hjemmet deres. På veggene hang de flotteste og mest fargerike malerier av djevelen, som moren hadde malt når hun var manisk. Min venninnes mors spesielle atferd fascinerte meg også som barn, fordi den var så annerledes enn det jeg var kjent med. Min venninne lærte tidlig å bli voksen, for hun måtte ofte ta ansvar for sin mor. Det har ikke vært lett. Hun måtte for eksempel ta seg av både moren og lillebroren når moren var syk hjemme, før hun kom under behandling. Da måtte min venninne i en alder av 10 - 12 år sørge for mat i huset, at broren fikk rene klær, at de kom seg på skolen etc. Samtidig måtte hun og broren være vitne til morens "galskap" og hennes manglende evne til å ta vare på seg selv og sin familie. Denne oppgaven, som sin mors nærmeste pårørende tok hun med seg inn i sitt voksne liv, og den oppgaven har hun fremdeles.

En annen god venninne jeg har hatt fra tidlig barndom, opplevde å få et psykisk sammenbrudd for kort tid tilbake. Hun ble innlagt på et sykehus i USA hvor hun bor. I følge hennes mann, som hun nå er i skillsmisseforhandlinger med, fikk hun en alvorlig psykiatrisk diagnose. Mannen bruker nå hennes psykiske tilstand og diagnose mot henne for å få full foreldrerett over deres felles barn. Han mener at hennes atferd og diagnose gjør henne

uegnet til å være mor. Hun får ikke lenger mulighet til å se sitt eget barn uten tilsyn. I følge henne selv og de som kjenner henne godt, har hun aldri vært til fare for seg selv eller barnet. Hun var bare utslitt, og det gjorde henne syk.

Jeg vet fremdeles ikke stort om min brors¹ indre livsverden, men litt har jeg lært, og mer har jeg lært om hva det innebærer å være psykisk syk. Jeg forstår nå mye mer hva min bror har gjennomgått og fremdeles gjennomgår. Men før feltarbeidet hadde jeg gjennom min bror og mine venniners verdener og deres liv, opparbeidet meg en førforståelse og en del fordommer rundt hva det betyr å være psykisk syk. Min erfaringsbaserte kunnskap fra dette feltet både som søster, pårørende og venninne fikk meg til å påstå at mange mennesker som har fått en psykiatrisk diagnose, opplever sosial stigmatisering i sitt møte med det omkringliggende samfunnet, i situasjoner der de søker arbeid, eller i andre sosiale situasjoner som krever samhandling. Dette hevdet jeg fordi jeg også har erfart at flere som har fått en psykiatrisk diagnose blir møtt med negative holdninger og motvilje. Gjennom diagnosene har flere opplevd å bli tilskrevet egenskaper de nødvendigvis ikke har. Egenskaper jeg tenker på er, blant annet forestillinger som at de er "farlige" for seg selv og andre, "gale", "truende", "rare", "annerledes" og "virkelighetsfjerne". De er rett og slett "de andre", og de passer ikke inn i vårt samfunn slik majoriteten ønsker å ha det.

Problemstilling og tema.

I prosjektbeskrivelsen før feltarbeidet skrev jeg at jeg skulle undersøke hvordan personer med forskjellige psykiatrisk diagnostiserte lidelser definerer seg selv ut i fra sin egen livssituasjon, og i forskjellige sosiale samhandlingssituasjoner. Hvordan opplever de å bli møtt? Problemstillingen jeg formulerte var: "Er det så, at mange med psykiske lidelser føler at de møter en motvilje fra andre, fordi deres egen atferd viser holdninger som strider imot kulturelle normer? Og er i så fall denne motviljen med på å stigmatisere, og derved begrense deres muligheter til å ha et "normalt" liv"? Videre antok jeg at mange som har fått en psykiatrisk diagnose føler at de har en begrenset mulighet til å ha et "normalt" liv. Jeg ønsket å undersøke hvordan de møter og forholder seg til mennesker i nærmiljøet utenfor

¹ Min bror har ikke vært en del av feltarbeidet.

institusjons sammenhenger. Samtidig ønsket jeg å observere og forstå det skjebnefellesskapet personer med psykiske problemer lever innenfor. Jeg ønsket å finne ut mest mulig om deres egne perspektiver på det å leve med en psykiatrisk diagnose.

Problemstillingen har blitt noe endret underveis. I følge Wadel (1991) er det en velbrukt strategi ved antropologisk feltarbeid. Allikevel er mange av de opprinnelige planene beholdt, noen ganger modifisert, andre ganger har fokuset blitt skjerpet. Stigmatisering vil fremdeles være et tema, og hovedtema i avhandlingen vil fokusere mer enn opprinnelig planlagt på hva det innebærer å ha en psykisk lidelse, hvordan lidelsen påvirker de levde liv og valgene man tar. Jeg har fått mange interessante data om stigmatisering og har blant annet brukt Goffmans ((1963)1990) teoretiske innfallsvinkler for å analysere materialet. Hans teorier har inspirert meg, men ble ikke så dominerende i feltarbeidets opplegg som skissert i prosjektbeskrivelsen. Avhandlingens endelige problemstilling lyder:

Hva innebærer det å ha en psykisk lidelse, og hvordan påvirker diagnosen livet man lever og valgene man tar? I hvilken grad oppleves stigmatisering og diskriminering, eventuelt hvordan, og på hvilke områder?

Temaer som maktforhold både i en norsk kulturell kontekst og i et krysskulturelt perspektiv viste seg fort som høyst relevante innfallsvinkler. I følge Archetti (1984) vil det å analysere makt innebære "at man samtidig må analysere kultur: Hvordan sosial kommunikasjon flyter og hvordan folk uttrykker seg gjennom atferd, og sammenhengen mellom disse to områdene" (s:48). Analysen i avhandlingen viser blant annet hvordan myndighetene har definisjonsmakt, og dermed legitimert rett til å definere hva som er "normalt" og "unormalt" i en norsk kontekst. Dette kommer til uttrykk gjennom de hegemoniske normer og regler som uttrykkes gjennom allmenngyldige praksiser for samhandling. Slike normer og regler kan variere fra samfunn til samfunn, fra kultur til kultur. Slik sett kan vi si de er kulturelle og ikke naturlige selv om de nettopp oppleves som naturlige når de er internaliserte. Sirnes (1999) mener at diskusjonen om normalitet springer ut fra en likhetsideologi som har stått sterkt i Norge. Dette diskuteres i kapittel 3.

Informasjonen jeg har innhentet på feltet forteller blant annet om hvordan en psykisk lidelse oppleves, hvordan sykdommen har påvirket livene til mine informanter, og hvordan

de har opplevd møtet med andre mennesker på forskjellige samhandlingsfelt. Denne empirien viser jeg i kapittel 2.

For mange har lidelsen, møtet med psykiatrien og det omkringliggende samfunnet til tider vært en "smertefull" opplevelse. Denne smerten beskrives av noen som både en kroppslig og psykisk altomfattende smerte. Smertene er et resultat av alt det en psykisk lidelse bringer med seg av negative erfaringer. Noen av informantene har følt at de har fått den hjelpen de søker og at de er i et godt behandlingssystem. Andre igjen vil ha minst mulig med psykiatrien og andre psykisk syke å gjøre. Dette har resultert i at flere isolerer seg. De ønsker for eksempel ikke å kategoriseres som psykisk syke (det i seg selv oppleves som stigmatiserende), og føler at utbredt omgang med andre psykisk syke og psykiatere, bare fører til at de blir sykere enn det de opprinnelig var. Felles for alle historiene jeg har samlet, er vektlegging av avmakt, og en følelse av å verken bli sett, hørt eller forstått.

Ulike forståelseshorisonter

I Kapittel 4 tar jeg for meg krysskulturelle perspektiver på psykiske lidelser og avvikende atferd. Her viser jeg blant annet eksempler fra velkjente og mer fjernliggende kulturer på hvordan psykiske lidelser kan oppfattes og behandles. Komparasjonene utføres for å belyse funnene fra mitt eget feltarbeid. Kapittelet starter med en teoretisk diskusjon om diagnostisering, avvik og behandling. Gjennom diskusjonen ønsker jeg å vise nytten av et krysskulturelt perspektiv for vår forståelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser i vårt eget samfunn. Jeg ønsker å vise hvor viktig antropologiens perspektiver og metoder kan være når så mye sosialt liv dreier seg om å bli sett og hørt, som menneske, og ikke bare som en diagnostisert avviker med redusert virkelighetsoppfatning. Forstår vi menneskets indre livsverden, bakgrunn og kultur, så står vi kanskje sterkere når vi prøver å hjelpe/behandle denne personen. Det finnes mange eksempler som viser at avvikende atferd oppfattes og behandles forskjellig i ulike kulturer. Det finnes også forskningsresultater som viser at sjansen for å bli frisk av for eksempel schizofreni er mye større i en del tradisjonelle samfunn enn i moderne vestlige samfunn (Kleinman, 1988). Også andre lidelser for eksempel psykoser og manier aksepteres i større grad i tradisjonelle

samfunn. Det betyr ikke at for eksempel psykotiske lidelser ikke eksisterer, eller at alle former for avvikende atferd aksepteres uten sanksjoner. Ofte deler småskala samfunnets innbyggere verdensbilde og troen på overnaturlige fenomener med den "syke". Nærhet og sosial synlighet bidrar til at de fleste i samfunnet engasjerer seg i helbredelsesprosessen. Innbyggerne blir på flere måter involvert i den sykes verden. Dette skal jeg blant annet eksemplifisere gjennom Brochs artikkel fra utkants Indonesia, "The villagers reactions towards craziness" (2001).

Kilder til datainnsamling

Når man gjør feltarbeid i mer komplekse og moderne samfunn enn i den tradisjonelle feltarbeidskonteksten, vil også behovet for mer informasjon og data være større, for å kunne underbygge sine teorier. Archetti (1994) hevder at antropologer som forsker i mer komplekse samfunn også har et bredere spekter av skrevne produkter å forholde seg til. Informasjon og data om levd liv, sosiale diskurser og refleksjoner rundt samfunnsproblematikk i et komplekst samfunn finner man også i nedskrevne kilder. Kildene til informasjonen og dataene som jeg bruker i min avhandling, har jeg samlet på feltet gjennom samtaler med mine informanter, gjennom observasjoner, hørt og sett i media som fjernsynet, eller lest i avisene. I avisene, og spesielt Aftenposten har det foregått en ganske stor debatt om psykisk helse. Jeg har samlet artikler fra denne debatten et helt år. I tillegg har jeg lest tre selvbiografier av personer som forteller sin historie om livet som psykisk syk. Audhild Lauengs "I morgen var jeg alltid en løve" (2007) er en bok jeg referer mye til. Jeg har også fått et par upubliserte nedskrevne narrativer fra et par av informantene. Hovedkildene til analytisk inspirasjon som jeg bruker i avhandlingen er forskjellige teoretiske innfallsvinkler fra fagbøker, hovedsakelig fra antropologiske kilder, men også en del fra psykologien, sosiologien og filosofien.

Metoder for datainnsamling

"We can only approach primitive mentality through introspection and understanding of our own mentality"

(Douglas, 1975:50)

Jeg mener sitatet fra Douglas fremdeles er gyldig, og det gjelder ikke bare "primitiv" mentalitet, men all mentalitet. Vi kan bare tilnærme oss og forstå et annet menneske, ved å gjenkjenne og forstå oss selv, og våre væremåter, i det vi ser. Unni Wikan (1992) skriver om innlevelse og forståelse og kan slik sett sies å videreføre Douglas teorier. Man må bruke sin egen opplevelses horisont, tanker og følelser når man prøver å sette seg inn i og forstå en annen persons verden. Man søker resonans. Wikan påpeker at resonans krever at både formidleren og mottakeren bruker sitt eget følelsesspekter, har vilje til å engasjere seg i en annen verden, og i en annen persons liv og ideer. Resonans krever at man er dyktig til å bruke sine egne erfaringer og ferdigheter som blant annet innlevelse (ibid:463). Dette metodiske grepet brukte jeg ute på feltet. Det var for eksempel tøft å måtte kjenne på sine egne sterke "urfølelser" som frykt og angst. Det var til tider utmattende, men samtidig ga det meg stor innsikt og forhåpentligvis en større forståelse. Samtidig kunne jeg resonere, og gjenkjenne både tanker og atferd som jeg har opplevd hos min bror og hos meg selv.

En del av feltmetoden innebærer en hermeneutisk fortolkningsprosess der jeg stadig måtte endre på min forståelse av informanter, kontekst og setting. Slike skifter i oppfatning og forståelse kan bli viktig informasjon i arbeidet med feltets tema. Jeg startet med en førforståelse og noen fordommer, som jeg prøvde å nullstille under feltarbeidet. Etter hvert som jeg ble kjent med mine informanter og fikk deres livshistorier ble gradvis min førforståelse og mine fordommer endret. Feltarbeidet ble en prosess der problemstillingen og min kunnskap endret og utviklet seg. Deltagende observasjon og samtaler var mine primære metoder for innsamling av informasjon på feltet. Når det gjelder samtaler bestod disse av enkelte intervjuer, livshistorier og uformelle dybdesamtaler. Med det mener jeg at jeg i forskjellige uformelle settinger med mine informanter, ofte på turer og i andre avslappende situasjoner, fikk mine informanter til å fortelle og samtale med meg om eksistensielle spørsmål, og fortelle om hendelser fra sitt eget liv. Bortsett fra det formelle intervjuet med de ansatte på dagsenteret, hadde jeg ingen formell mal med strukturerte

spørsmål når jeg samtaler med mine informanter. Jeg lot dem snakke fritt, men kunne stille spørsmål underveis for at de skulle utdype noe av det de fortalte.

Det har vært en diskusjon i antropologiske kretser om fruktbarheten av å gjøre feltarbeid i eget samfunn (Frøystad, 2003). Det er del motforestillinger til å gjøre feltarbeid i eget samfunn, fordi det ikke passer helt med forestillingen mange har om å "gjøre ordentlig feltarbeid" (ibid:33). En av farene er "hjemmeblindhet", at man rett og slett "ikke ser skogen for bare trær". Med det mener jeg at all den kunnskap man allerede har om eget samfunn kan være med å skygge for og gjøre oss blinde for alt det nye og eksotiske som også ligger der, men som kanskje bare kan ses med en fremmeds øyne. Frøystad nevner også Signe Howells "*bekymring over de metodiske problemer hun mener feltarbeid i ens eget samfunn medfører*" (Frøystad, 2003:32). Howell mener at det blir for lite deltagende observasjon og samhandlingssituasjoner, og at antropologen langt oftere fyller "*sine notatbøker med muntlige utsagn og narrativer*" (ibid:32). Jeg ser poenget i Howells argument, men mener samtidig at det er mer komplisert enn som så. Antropologen på hjemmefronten fyller notatbøkene sine med langt mer enn muntlige utsagn og narrativer. Her er mine argumenter:

For mitt vedkommende bodde jeg ikke i sammen område med mine informanter slik man ofte gjør under mer tradisjonelle feltarbeid. Jeg tilbrakte heller ikke hele dagen i feltet sammen med dem som gruppe på forskjellige samhandlingsfelt, og det var ingen kontinuitet i feltarbeidet slik man ofte finner i feltarbeid gjort i småskalasamfunn. Med det mener jeg at mine observasjoner og min innsamling av informasjon, skjedde på stadig nye steder over et større område, med stadig skifting av informanter. Det vil si at jeg fulgte elleve informanter på forskjellige samhandlingsfelt. Det var en fast kjerne i dette universet som var dagsenteret, hvor også de fleste av informantene gikk. Her gjorde jeg mange viktige observasjoner og overhørte mange interessante diskusjoner. Mesteparten av informasjonen innhentet under feltarbeidet har jeg fått gjennom slik jeg tolker Howells bekymringer, gjennom muntlige utsagn og narrativer. Men narrativer² som fenomen har blitt mye forsket på, og gjennom mine informanters narrativer kunne jeg gripe deres livsverden og andre kulturelle uttrykk. Her ser jeg også fordelene med å gjøre feltarbeid i eget samfunn, for ifølge

² Def av begrepet narrativer og forskningen utdypes i kapittel 3.

Mintz (1979) mister mange livshistorier sin verdi fordi antropologen vet for lite om samfunnet informanten lever i og uttrykker seg igjennom. Dette gjelder i liten grad mitt vedkommende nettopp fordi jeg gjorde feltarbeid i et samfunn som jeg hadde kjennskap til. Mintz (ibid) mener at personligheten bare manifesterer seg gjennom kulturen man lever i. Kulturelle uttrykk kan fortelle oss om det personlige og unike ved en person. Eller for å uttrykke det slik Geertz (1973) ser det; "Ikke bare ideer, men også følelser er kulturelle skapelser"(s:81).

"Kulturen til folk er som en haug med tekster som antropologen strever med å lese over skulderen til de som eier disse tekstene. Tekstene er symbolske former som skal behandles sosiologisk eller psykologisk - Et samfunn - som et liv, innehar deres egen fortolkning. Vi må bare lære hvordan vi skal få tilgang til dem" (Geertz, 1973: 453, min oversettelse)

Jeg fikk tilgang til "tekstene" og en fortolkning av tekstene blant annet gjennom mine informanters livshistorier, hvor de ga uttrykk for sine liv, følelser, meninger, tanker og sine ønsker. Jeg fikk også følge flere av mine informanter på flere samhandlingsfelt, hvor jeg skrev ned mye av det jeg observerte. Samtidig under disse observasjonene fikk jeg bruddstykker av deres livshistorier, deres narrativer. På den måten samlet jeg mye informasjon både gjennom observasjoner av deres væremåter på forskjellige samhandlingsfelt, og gjennom samhandling og deltagelse, som videre virket å få dem til å resonere over livet sitt, som igjen fikk informantene til å snakke og fortelle. Jeg mener derfor at de metodene antropologene bruker når de skal gjøre feltarbeid i eget samfunn er gode nok og likeverdige de metodene som brukes når man gjør feltarbeid i mer tradisjonelle småskalasamfunn. Men behovet for et lengre feltarbeid er kanskje mer nødvendig når man gjør feltarbeid i eget samfunn?

Jeg har fortsatt kontakt med både feltet mitt og flere av informantene etter endt feltarbeid. Derved har jeg også forstått behovet for et lengre feltarbeid enn de 6 mnd som er normen for masterstudenter. I et feltarbeid som strekker seg over ett år eller lengre i eget samfunn, ser jeg at kontinuiteten kommer frem. Jeg har observert flere faste mønstre hos mine informanter enn de jeg observerte under selve feltarbeidet. Jeg har fått ny informasjon og merker holdninger og væremåter hos mine informanter som jeg ikke observerte tidligere.

Dette har nok sammenheng med at de har blitt mer trygge og avslappet i mitt nærvær og derfor åpner seg mer.

Et annet problem som kan oppstå når man gjør feltarbeid i eget samfunn er at det kan være vanskelig å distansere seg fra det man observerer, og hører av muntlige utsagn på grunn av kjennskapen til og fordommene man entrer feltet med. Et feltarbeid i eget samfunn kan fort bli "ad hoc" preget. Noen vil mene jeg hadde et "sympatiproblem", og at dette kanskje preger deler av avhandlingen. I denne sammenheng ser jeg også behovet for et lengre feltarbeid, fordi ens egne holdninger til feltet og informantene gjennomgår også en hermenautisk prosess, og vil derfor endre seg over tid. Samtidig mener jeg at de fleste forskningsprosjekter, uansett hva slags samfunn det er gjort i, bærer preg av antropologens førforståelse og holdninger til det hun/han studerer. Dette er en problemstilling som stadig diskuteres i antropologiske kretser.

En av de største utfordringene under feltarbeidet, var å entre feltet som "tabula rasa". Det vil si å nullstille meg og ta på meg "utenfra" blikket, som om alt det jeg så og hørte var helt nytt for meg. Dette er hva Cato Wadel kaller "naiv observasjon" (Frøystad, 2003), og det ble et mål under feltarbeidet. Men jeg kunne ikke unngå å gjenkjenne atferd, bevegelser og uttrykk hos noen av informantene som minnet meg om min bror, eller andre jeg kjenner. Relevansen av Wikans vektlegging av resonans fikk gjøre seg gjeldene. Resonans og naiv observasjon kan godt la seg forene ute på feltet, de er gode metodiske grep å bruke når man skal lære noe nytt men samtidig forstå det man observerer. Det at jeg gjenkjente en del atferdsmønstre og talemåter, pirret nysgjerrigheten, fordi det fikk meg til å stille en del spørsmål, som for eksempel, om det var diagnosen som førte til den type atferd jeg så hos noen av mine informanter, eller om det var medisineren som påvirket dem? Dette er ikke en problemstilling som jeg har som mål å besvare i oppgaven, men skriver allikevel litt om det, fordi det var en problemstilling jeg fant under feltarbeidet, og som kan være verdt videre forskning.

Jeg hadde planer om et historisk perspektiv på psykiatriens behandlingsmetoder og utvikling, som en del av analysen, med Foucaults (2000) teorier som førende. Det er viktig å se den historiske utviklingen til avvikende atferd for å få en større forståelse av nåtidens

behandling og kulturelle holdninger. På grunn av plassmangel har jeg allikevel bestemt at dette historiske perspektivet ikke blir en del av avhandlingen.

Feltarbeidet

Samlet foregikk feltarbeidet mitt i nesten syv måneder. Jeg startet mine forsøk på å få tilgang til feltet i midten av januar 2008. Etter et par ukers forsøk forstod jeg til slutt at jeg ikke fikk adgang dit jeg opprinnelig ønsket, en psykiatrisk institusjon hvor det bodde mennesker med psykiske lidelser på permanent basis. Det viste seg å være vanskelig, både å få tillatelse til å oppholde meg på institusjonen, og å komme i kontakt med menneskene som bodde der. Institusjonens leder som var til stor hjelp i mine forsøk på å komme i kontakt med beboerne, anbefalte meg å ta kontakt med et dagsenter fordi han mente det ville være lettere å få tilgang der. Det gjorde jeg, og her fikk jeg både tillatelse til å gjøre feltarbeid på selve dagsenteret, og samlet informanter som jeg etter hvert kunne følge i flere andre samhandlingsfelt. Feltarbeidet varte til begynnelsen av september samme år, med en måneds sommerferie i juli. Til og med i sommerferien hadde jeg litt telefonkontakt med et par av informantene.

Feltarbeidet foregikk i en by i Norge. Jeg begrenset feltet til en bydel. Store deler av bydelen består av villabebyggelse, andre områder har terrasseleiligheter og lavblokker, men her er også nabolag med dominerende høyblokker. Innbyggerne har i snitt høy utdanning og høy inntekt, og det er færre innvandrere som bor i denne bydelen enn gjennomsnittet i andre bydeler og i andre storbyer i Norge. Det er en godt utdannet og veletablert øvre middelklasse som bor i denne bydelen³. En relativt homogen og konform gruppe, hvor beboerne synes å erfare den sosiale virkeligheten relativt likt ut ifra mine informanternes uttalte oppfatning. Men denne likhetstankegangen som ifølge Vike, Liden og Lien (2001) hevdes å være typisk norsk gjelder ikke for alle. Særlig ikke for mennesker som føler at de

³ På grunn av min taushetsplikt ovenfor informantene og krav om anonymitet, kan jeg ikke oppgi kildene til de data jeg har samlet inn om denne bydelen da det vil røpe hvilken by og bydel det dreier seg om.

ikke passer inn, de som føler de faller utenfor sosialt aksepterte kategorier, de som føler på at de ikke ansees for å være "normale". Noen av disse ble mine informanter under feltarbeidet. Området der dagsenteret ligger⁴ er et område preget av blokker som både har selveie leiligheter men også en del kommunale leiligheter bebodd av det mange vil kalle "ressurssvake grupper", det vil si funksjonshemmede, synshemmede, utviklingshemmede, psykisk syke, rusmisbrukere og innvandrere. Flere av mine informanter, og beboere som bodde i området eller i nærheten, mente at området hadde fått et "frynsete" og ufortjent dårlig rykte på grunn av det mange anser som "ressurssvake" innbyggere, og hendelser tilknyttet sosiale problemer. Det bor også "vanlige" barnefamilier og andre såkalte "normale" mennesker i dette området, personer med både høy utdannelse og god lønn. Men i blokka der dagsenteret lå, var en etasje øremerket utviklingshemmede, en annen etasje øremerket innvandrere, funksjonshemmede, psykisk syke, og så videre. En av informantene bodde i blokka, og når jeg var på besøk her tok jeg alltid trappene istedenfor heisen. Når jeg åpnet døra til trappeoppgangen ble jeg flere ganger slått ut av en eim av urin og sigarettøyk. Det lå sneiper over alt og det virket ikke særlig rent flere av de gangene jeg gikk der. Det kan være en tilfeldighet at oppgangen var i den tilstanden de gangene jeg var på besøk og at dette ikke var normen. En informant kommenterte stadig at det var en del bråk i blokka og at området ga inntrykk av å være uryddig og skittent. Han sa at det ikke plaget ham fordi han var så glad for å ha fått en trivelig leilighet i en etasje og i en ende av blokka hvor det ikke var plagsom støy eller lignende ubehageligheter. Jeg ble også fortalt av flere av informantene på dagsenteret at jeg måtte passe på å se opp når jeg nærmet meg inngangen til dagsenteret, for jeg kunne risikere å få et møbel eller søppel i hue. Noen hadde opplevd det, men det skjedde heldigvis ikke ofte. Og hvis man tok en kikk i området rundt blokka, lå det mye rart på bakken som hadde blitt kastet ut fra forskjellige verandaer. Jeg opplevde en tragisk hendelse under feltarbeidet en dag jeg skulle tilbringe dagen på dagsenteret. Da jeg nærmet meg dagsenteret så jeg ambulanser, brannbiler og politibiler parkert foran blokka. Jeg forstod at noe alvorlig hadde skjedd. Jeg snakket litt med politiet

⁴ Jeg har senere fått høre at det samme gjelder for flere bydeler i Norge. De plasserer ofte dagsenteret på områder hvor de samler flere kommunale leiligheter og kommunale tjenester under ett. Erfaringer med slike oppsamlingsområder er relativt like rundt i landet har jeg blitt fortalt av en kommunalt ansatt person.

som fortalte at det hadde vært et dødsfall, mer kunne de ikke si. Senere fikk jeg høre at en person hadde kastet seg ut fra en veranda den dagen, mest sannsynlig selvmord. Jeg fikk også høre at det ikke var første gang det hadde skjedd. En informant sa: *”Det har vært mye action i denne blokka, det er drap og blod på veggene”*. Grunnen til at jeg forteller dette er den følelsen av stigmatisering et slikt område ga meg. Området, hendelsene og noen av dens beboere signaliserte for meg, og for andre vil jeg tro, på grunn av områdets dårlige rykte; at her bor de ”ressurssvake”. Her bor de med lite sosial kapital. Her bor folk som sliter med forskjellige problemer. Her bor de som ikke tjener særlig godt. Her bor de som er ”annerledes”, de som faller utenfor og ikke lever opp til våre ideer om likhet. Her bor de som faller utenfor den konforme hverdagen vi ønsker å få bekreftet. De som ikke passer inn i våre etablerte sosiale kategorier.

Dagsenteret, brukerne og de ansatte

Når man kommer inn på dagsenteret så kommer man først inn i en stor gang. På veggen henger det flere beskjedtavler. På gulvet står et stort garderobeskap og en bokhylle med forskjellige informasjonsskriv om blant annet psykisk helse. I bokhylla finnes også bøker som brukerne av stedet kan låne. Rett til høyre etter at man har kommet inn ligger en slags fellesstue med et stort salongbord omkranset av fire blå sofaer. Veggene er lyse. På bordet og i bordets hyller (bordet består av mange små hyller på sidene) ligger dagens aviser, magasiner, bøker og ukeblader. På bordet ligger også penner, kryssord, kortstokk og Yatzy. Ved siden av den ene sofaen står en bokhylle opptil veggen. I hyllene ligger flere magasiner, bøker og spill. Brukerne av stedet samles ofte i dette rommet. Her sitter de og diskuterer, leser og spiller.

Innenfor fellesstuen ligger spiserommet. Rommet er malt i lyse farger og ser ut som en liten kantine med flere runde spisebord og stoler til. På veggene henger blant annet bilder tegnet eller malt av brukerne selv. Mellom kl 12.00 - 13.00 er det lunsj. Da har en fra personalet og en av brukerne laget et lite koldtbord med brød, smør og forskjellige påleggssorter. Her er det bare å forsyne seg så mye man ønsker å spise for kr 20,- inkludert juice eller melk. Man kan også kjøpe en kopp kaffe eller te for kr 5,- inkl gratis påfyll resten av dagen.

Spiserommet blir også brukt til syrom og formingsrom, men en av de kvinnelige brukerne foreslo å ommøblere tv stuen og gjøre det til kombinert tv/hobby rom. Tv rommet ligger til venstre når man kommer inn i dagsenteret. Rommet ble veldig fint når vi som deltok i ommøbleringen av rommene ble ferdige. Innenfor tv og hobbyrommet ligger pc stuen med to pc`r og et bord med to stoler. Her kan brukerne av dagsenteret surfe på internett, eller jobbe og lese.

Rom nummer to til venstre når man kommer inn i gangen er et kombinert trenings og spille rom. Veggene er lyse med Ikea bilder hengende i friske farger. Her finnes en ribbevegg, to ergometersykler, treningsmatter, vekter og annet treningsutstyr. I rommet står også et biljardbord og et bordtennisbord. Favorittspillet til brukerne henger på veggen, et pilespill, også kalt darts av de proffe. Dette spillet brukes flittig, så å si hver dag. De andre spillene og treningsutstyret ikke ble mye brukt under feltarbeidet.

Når man kommer inn i gangen så svinger den videre til høyre etter man passerer døra til fellesstuen. Det er en lang gang og det første rommet man passerer er kjøkkenet på venstre side. Kjøkkenet ser ut som hvilket som helst privat hjemme kjøkken. Det er heller ikke spesielt stort når man tar resten av lokalene i betraktning. Rett ovenfor kjøkkenet, på den andre siden av gangen er det også en dør som går inn til spiserommet. Videre innover gangen på venstre side ligger to toaletter, en til damene, og den andre til herrene. Rett utenfor toalettene står stedets vaskemaskin og tørketrommel. Videre innover gangen på høyre side kommer vi til to kontorer som tilhører personalet og daglig leder av dagsenteret. Kontorene er små, og et består av skrivebord, stol, pc og annet nødvendig kontorutstyr. Det andre kontoret er litt større og har i tillegg et rundt bord med stoler rundt. Dette kontoret brukes også til møter.

Innerst i enden av gangen ligger et stort oppbevaringsrom. Her står en stor kopimaskin, flere offroadsykler som kan lånes, og annet utstyr til turer som personalet og brukerne tar. Her ligger også forskjellig utstyr til dagsenteret.

Alt i alt hadde dagsenteret et hjemlig og uformelt preg. Det manglet litt for at jeg kan kalle det koselig, men jeg fikk ikke følelsen av å være på en institusjon. De ansatte var også uformelle både i klesstil og væremåte.

Da jeg først presenterte meg på dagsenteret, kom jeg fort i kontakt med menneskene som var brukere av stedet. Jeg fikk fire informanter med en gang. Noen av dagsenterets brukere var skeptiske i starten og pratet ikke så mye til eller med meg. Jeg merket de mistenkelige blikkene de kastet mot meg i starten. Noen gikk ut i selvforsvar og sa de ikke anså seg som psykisk syke lenger, derfor hadde de ikke noe å fortelle meg. Jeg fikk en følelse av at mitt nærvær og de temaene som jeg hadde opplyst at jeg skulle skrive om, fikk flere til å føle at her var det nok en person som skulle klassifisere og stigmatisere dem. Etter hvert som tillitten til meg ble sterkere i ukene etter, kom det flere og flere som ønsket å bli med i prosjektet som informanter. Noen har senere fortalt meg at også måten jeg presenterte⁵ meg på gjorde meg menneskelig og vekket tillit. Samtidig gav det en trygghet, mente flere, at jeg selv var pårørende og har litt kunnskap om mennesker med psykiske lidelser. Jeg tror også det at jeg er en voksen student og mor påvirket relasjonene positivt, og ga meg innpass hos mine informanter.

I begynnelsen var som sagt mange av brukerne skeptiske til mitt nærvær, men etter hvert som jeg torde å åpne munnen, og vi begynte å få en dialog, ble jeg fort akseptert. Etter hvert sa flere at de så på meg som en av dem, men samtidig kunne jeg ha vært en av personalet. Jeg likte godt å delta i diskusjonene rundt salongbordet og virket sikkert noen ganger for ivrig. Men jeg observerte det samme hos flere av de andre brukerne, de likte en god diskusjon, særlig om sine egne lidelser og verdensproblemer. Og da, å få inn en utenifra som hadde kommet nettopp for å høre deres historier, så var det vel ikke så rart at det ble en del diskusjoner om disse temaene, enda jeg prøvde å hinte om at vi skulle samtale på tomannshånd. Jeg ble fort tatt til side av personalet som da fortalte at de prøvde å unngå disse diskusjonene. Dette forstod jeg fort når jeg så reaksjonene til noen av brukerne som ikke var der for å diskutere slike ting. Jeg gjorde mitt beste under resten av feltarbeidet for å unngå diskusjoner om lidelse og sykdom, men selvfølgelig ble nysgjerrigheten noen ganger for stor, og jeg bare måtte henge meg på en diskusjon.

I samråd med ledelsen på dagsenteret ble vi enige om at jeg skulle være på dagsenteret tre dager i uken til bestemte tider, det vil si mellom 10.00-15.00 to dager, og mellom 10.00-

⁵ Jeg startet presentasjonen av meg selv på dagsenteret med å fortelle at jeg hadde angst for å snakke i forsamlinger hvor jeg ikke kjente de som var tilstede.

13.00 en dag. Grunnen til dette var at under et møte med brukerne av stedet var det flere som ikke ønsket å være en del av prosjektet, og som heller ikke ønsket å bli observert av en utenforstående. Vi tok selvfølgelig hensyn til dette og laget en ordning som gikk ut på at de som ikke ønsket å treffe meg visste hvilke dager og tider jeg var og ikke var der. Flere av brukerne som ikke ønsket å treffe meg i starten kom allikevel etter hvert på dagsenteret når jeg var der. Etter hvert som jeg fikk informanter, traff jeg dem de dagene jeg ikke var på dagsenteret, men noen ganger også på dager hvor jeg var der. Da kortet jeg ned tiden på dagsenteret, eller jeg traff informantene litt senere samme ettermiddag. Dette måtte til hvis jeg skulle klare å følge opp alle informantene på forskjellige samhandlingsfelt.

Informantene og de forskjellige samhandlingsfelt

Mitt ønske var å samle 6 - 12 informanter med en jevn fordeling av kjønn, alder og "psykiatriske diagnoser". Jeg forstod at det kanskje ville bli en vanskelig oppgave, men flaksen og tilfeldighetene var på min side. Jeg plukket ikke ut og spurte hver enkelt person om de ville være med i prosjektet. De kom selv, en etter en, og sa at; "etter å ha tenkt over hva det innebar for dem, så kunne de tenke seg å være en del av prosjektet mitt". Etter noen uker på feltet hadde jeg fått 11 informanter, hvorav fem kvinner og seks menn. I utgangspunktet ønsket jeg å ha et fokus på kjønn for å se om det var kjønnete forskjeller i informantenes atferd og i synet på seg selv som psykisk syk. Men dette fokuset ble aldri aktivert under feltarbeidet. Jeg har derfor valgt bort å analysere kjønnete forskjeller. Jeg vurderte også om jeg skulle ha et historisk fokus på kjønnete diagnoser. Dette perspektivet ble heller ikke en del av feltets problemstilling, men det er i aller høyeste grad både interessant og aktuelt i videre forskning.

De kvinnelige informantene var i alderen førti til sytti år, og mennene var i alderen tretti til sytti år. På grunn av avhandlingens alvorlige tema, feltets beliggenhet og etiske implikasjoner, ser jeg meg nødt til å anonymisere og beskytte mine informanter i den grad at jeg ikke kan gå inn i noen nærmere og mer detaljert beskrivelse av hver enkelt informant, hvor og hvordan de bor. Men jeg synes det er viktig å få med at alle informantene hadde ulik sosial bakgrunn. De bodde ganske spredt rundt i bydelen. Et par bodde i området med

store villaer, og en eide en herskabelig leilighet. Andre hadde selveie, eller leide vanlige leiligheter, og det var flere som bodde i de kommunale leilighetene som var øremerket mennesker med psykiske lidelser. Mine informanter representerer et slags tverrsnitt i befolkningen. De kunne ha vært hvem som helst. Det som skiller dem fra deg og meg, er at de har fått en psykiatrisk diagnose fordi de har en atferd og en måte å oppleve verden på som skiller seg fra majoriteten av befolkningen. Utdanningsmessig var det flere som hadde høyskole og universitetsutdannelse. Jeg ble overrasket over hvor reflekterte og intelligente alle sammen var. For meg fremstod alle som intellektuelt fulle av ressurser, og jeg må innrømme at dette både overrasket og gledet meg. Men samtidig sier det kanskje noe om de fordommene jeg entret feltet med?

Min målgruppe som informanter var voksne kvinner og menn med en "kronisk" psykiatrisk diagnose, og denne målgruppen fikk jeg tak i. I avhandlingen nevner jeg litt om bakgrunnen for, og diagnosene til noen informanter som ga meg tillatelse til det. Alle fortalte meg sine livshistorier, noen mer detaljert enn andre. Jeg skal ikke gå inn på livshistoriene til hver enkelt og jeg skal heller ikke fortelle bakgrunnen om hvorfor hver enkelt person har blitt psykisk syk. Men de fleste har opplevd traumatiske hendelser som har hatt en så stor innvirkning på livene deres at de har blitt psykisk syke av det. Med tillatelse fra en informant kan jeg for eksempel nevne at vedkommende mistet to barn med kort mellomrom. Begge barna omkom i forskjellige trafikulykker. Disse tragiske hendelsene var med på å gjøre vedkommende syk for nesten 30 år siden. Denne personen har aldri klart å komme over tapet, ei heller blitt frisk igjen fra de psykiske plagene vedkommende fikk som en reaksjon på disse tragediene. Andre har opplevd situasjoner i privatlivet og i jobbsammenheng hvor de har blitt så enormt presset og stresset at de til slutt ble psykotiske. Et par av dem fikk senere diagnosen bipolar lidelse⁶ og flere av informantene mine er diagnostiserte schizofrene⁷. Flere har fått mer enn en diagnose, de har fått mange små "merkelapper" som utgjør en større diagnostisk helhet. En informant var blind i tillegg til at vedkommende hadde en psykiatrisk diagnose, og et par av informantene har opplevd å være under en eller annen form for behandling siden de var barn i tidlig skolealder. En av dem ble stemplet som

⁶ "oftest arvelig sinnslidelse med periodisk endring av sinnstemning og aktivitetsnivå, hyppigst i form av nedtrykthet og deppresjon, sjeldnere av oppstemthet og rastløshet". (Hansen, Thomsen, Varning, 2006:60)

⁷ "Psykiisk forstyrrelse, kalles også for "splittet sinn"(Eigidius og Ness, 1987:223). Detaljert beskrivelse kommer senere, se side 47.

psykisk utviklingshemmet av ledelsen på skolen vedkommende gikk på som barn. Denne personen har senere tatt høyere utdanning og er nå forfatter. Flere av informantene har kunstneriske talenter på flere områder. Ikke alle mine informanter gikk på dagsenteret. Noen henvendte seg til meg via telefon og inviterte meg hjem til seg, etter at de gjennom andre av bydelens psykiatriske tilbud hadde hørt om meg og prosjektet mitt.

Ingen av informantene ble intervjuet eller samtalt med meg om personlige ting på dagsenteret, bortsett fra et par små episoder. Flere inviterte meg hjem til seg, hvor jeg også fikk muligheten til å møte familiemedlemmer. Det var flere som jeg fikk besøke hjemme, og flere av disse igjen fant jeg på ting sammen med. Vi dro og badet, tok turer til byen og gikk lange turer i skogen. Det vil si at vi gikk på tur i alt fra en til fire timer. Vi gikk også på kino, spiste på restauranter og tok en øl på puben. Jeg ble invitert på kirkekonsserter, og jeg var på osteprøvesmaking med tolv blinde personer i lokalene til det lokale Blindeforbundet. En informant ønsket bare å møte meg i nøytrale lokaler, helst et kontor, og en annen foretrakk hver gang, å møte meg på et lokalt bakeri, hvor vi drakk kaffe og noen ganger spiste litt ved siden av.

Inntrykk og etiske vurderinger underveis

Inntrykkene jeg sitter med etter nesten syv måneder i feltet er sterke. Jeg prøvde som sagt å legge mine fordommer og forhåndskunnskap om temaet til side. Feltarbeidet ble et ganske brutalt og opprivende møte med en verden som jeg ikke kunne ha forestilt meg. En liten periode var jeg usikker på om jeg var mentalt sterk nok til å gjennomføre prosjektet. Feltet føltes ganske skremmende på meg i starten. Jeg fikk ikke sove om natten på grunn av alle de sterke inntrykkene, og måtte kjenne på en ubehagelig form for angst. Etter hvert klarte jeg å bearbeide inntrykkene, og lærte meg å ha en viss profesjonell avstand til historiene som ble fortalt. Jeg kunne ikke la alt jeg hørte gå så sterkt innpå meg, men samtidig måtte jeg ha en liten åpning for nettopp innlevelse og empati. For å videreformidle følelsene deres historier var fylt med måtte jeg bruke resonans (Wikan, 1992). Erfaringene etter feltarbeidet har gjort et så sterkt inntrykk at det på mange områder har forandret meg som person, og gjort meg mer ydmyk ovenfor andre mennesker og deres erfaringer med livet.

At så mange personer har vist meg tillit og fortalt meg sine historier er jeg takknemlig for, og de nærer min dypeste respekt.

Etiske vurderinger ble ofte gjort underveis. Gjensidig tillitt og respekt er viktig. Jeg var derfor bevisst på at jeg ikke skulle "trenge" meg på, eller presse informantene til å snakke om temaer de fant for vanskelige. Informantene kom til meg når de var klare for det. De snakket fritt på egne premisser. Dette fungerte veldig bra når vi skulle bygge opp et tillitsforhold. Et av de største etiske problemene som oppstod var når en mann tok kontakt med meg da han var i starten av en psykose, og ønsket å bli min informant. Det var greit nok, men jeg forstod ikke da at han var psykotisk. Etter et par møter forstod jeg at alt ikke var som det burde være med vedkommende, og ble veldig i tvil om det var etisk forsvarlig å la han fortsette som informant. Jeg fortsatte å samtale med ham. Til slutt ble han tvangsinnlagt og jeg besøkte han på lukket avdeling. Vi fortsatte samtalene etter at han ble utskrevet igjen. Selv sier informanten at det var riktig av meg å se han i den tilstanden han var i da han var psykotisk, og mener han har gitt et viktig bidrag til avhandlingen min. Denne hendelsen viser blant annet hvilken ekstremt sårbar situasjon mine informanter befinner seg i, og hvordan jeg stadig måtte ta etiske vurderinger for eksempel i forhold til personvern. Som sitatet til Alver og Øyen (1997) viser vil:

"Utvalget av informanter vil gjerne være ad hoc-preget og søkelyset i kvalitativ forskning rettes mot ganske få personer..... Forskeren vil gjerne i utgangspunktet peile seg inn mot de ganske få informanter som forutsettes å ha spesiell innsikt i det temaet forskningen er innrettet mot og bruke langt mer tid og gå betydelig mer i dybden gjennom samhandling med den enkelte informant". "forskeren må også i valget av informanter kjenne ansvar for å vurdere hvor hun eller han kan komme til å bevege seg ut over grensene for hva som er forskningsetisk forsvarlig" (ibid s:130-131).

Dette var tanker jeg hele tiden hadde i bevisstheden når jeg måtte gjøre etiske vurderinger i forhold til informantene under hele feltarbeidperioden. Det er viktig for meg å presisere at jeg aldri opplevde ubehagelige situasjoner under feltarbeidet. Jeg følte at forholdet mellom meg og mine informanter ble bygget på gjensidig tillit og respekt, og det fungerte godt

2. Hva innebærer psykisk avvikende atferd?

I dette kapittelet skal jeg fokusere på informantenes egen opplevelse og tanker rundt det å være psykisk syk, og la deres stemmer få beskrive hva det innebærer for dem både i et daglig perspektiv og i et behandlingsperspektiv. I denne settingen vil historien til Arnhild Laueng (2007) som både har vært pasient i psykiatrien, og som nå er utdannet psykolog, være en viktig bidragsyter i diskusjonen. Jeg vil også la to nedskrevne upubliserte narrativer fra to informanter, i litt forkortede versjoner, få stå for seg selv, fordi de beskriver godt deres indre følelsesmessige livsverden⁸. Deretter vil jeg ta for meg informantenes møte med psykiatrien og behandlingsapparatet. Jeg tar også for meg dagsenterets betydning som bidragsyter til en "normaliseringsprosess" (slik jeg velger å se det) som tilbys psykisk syke. Til slutt vil jeg beskrive flere av mine informanters gjennomgående ønsker om å kunne bli så friske igjen at de kan "vende tilbake" til samfunnet. De mener det må skje gjennom å få en jobb, eller stifte familie, eller å ha mulighet og råd til å gjøre det "normale" mennesker gjør for å bli sosialt aksepterte. Her skal jeg belyse hva det gjør med deg som menneske å bli diagnostisert som psykisk syk. Hva kan det innebære?

"Det er ikke lett"

"Det er ikke lett å leve med en psykisk lidelse" forteller Kitty. Hun føler det er vondt, smertefullt og at det begrenser livet hennes. Sykdommen gjør det vanskelig å komme i gang med ting. *"Jeg kjemper hele tiden en kamp. Alle oppgaver er et ork og jeg får psykiske sperrer hele tiden. Jeg har energi og er ikke sliten, men jeg har vanskelig for å gjøre ting. Det er et paradoks, - jeg har det vondt fordi at jeg ikke gjør noe, samtidig som det er et ork å gjøre noe"*. Kitty sitter urolig når hun forteller. Hun gnir hendene mot hverandre og rigger på bena. Det er en bivirkning av medisinene, og en reaksjon på all den smerten hun føler i kroppen mener hun. *"Smerten er både psykisk og fysisk. Jeg tror den psykiske smerten forplanter seg i hele kroppen"*. Kitty synes det er rart at hun har det så vondt når hun tar så mange medisiner. Hver morgen når hun våkner opp så er det første hun føler - smerten, den

⁸ "Begrepet "livsverden" oppstod i den fenomenologiske tradisjon med utgangspunkt i Husserls filosofi. Livsverden tilsvarer den enkeltes grunnleggende virkelighet og danner utgangspunktet for en felles oppfatning og forståelse av bestemte forhold i hverdagen" (H M H Sigstad, 2004)

undefinerbare smerten som sitter i hele kroppen, deretter kommer tomhetsfølelsen, savnet, og så angsten som griper henne. Dagen starter alltid med en pille som skal ta bort disse symptomene.

"Når man er psykisk syk klarer man ikke å gjøre ting som er krevende" forteller Kim. Det kreves mye av deg å gjøre det "normale", får jeg vite gjennom flere av mine informanter: "Normale" mennesker forstår ikke hvor mye det kreves av en for å gjøre dagligdagse ting. De ber deg om å "ta deg sammen", men det er ikke bare å "ta seg sammen". De forstår ikke hva som kreves for at det skal fungere" er en gjenganger som jeg får høre av flere. For de mekanismene som er iboende i folk, de mekanismene som får en til å handle og fungere normalt, er der ikke lenger når man har blitt psykisk syk, har flere av informantene fortalt meg. Psykiaterne Bloch Thorsen og Johannesen (2005) hevder at personer med for eksempel schizofreni ofte mister tiltakslysten helt. "Det han før utførte med letthet, blir uoverstigelig. Det er svært vanskelig å komme i gang med gjøremål, og påbegynte ting blir kanskje ikke fullført" (ibid:29)

Flere føler også at de mister identiteten i forhold til en sykdom som er så altomfattende. *"Sykdommen gjør at hver dag blir en kamp om å ikke "miste seg selv" sier Harald. Og Kim mener at man på mange måter blir diagnosen. Man "identifiserer seg meg diagnosen og lever den ut" forteller Kim. Men, blir ikke det veldig selvstigmatiserende da? Spør jeg. Jo, svarer Kim kort, og utdyper det ikke noe mer. Også Arne forteller at han i en periode identifiserte seg med diagnosen han hadde fått og at dette påvirket atferden hans. Man graver seg ned i sin egen diagnose og viser at man er gal. Det blir veldig selvstigmatiserende" mener han.*

Jeg forstår at det på mange måter blir lett å leve seg inn i en rolle som har blitt tilskrevet en gjennom nettopp det å få en diagnose, særlig når denne tilskrivelsen kommer fra en utdannet lege, en person man burde stole på, og som sitter inne med makt og autoritet til å vurdere, definere og diagnostisere mennesker. Arnhild Laueng (2007) skriver: *"I 1969 gav den amerikanske forskeren Scott ut en bok med tittelen "The making of blind men", eller, direkte oversatt "Å skape blinde mennesker". I denne boken viser Scott hvordan det å få en diagnose kan danne grunnlaget for en opplæring i sykdomsrollen, og hvordan dette igjen kan føre til nedsettelse av funksjonsnivået" (ibid: 91). Ut ifra dette kan vi se at*

diagnostisering kan føre til en slags "selvoppfyllende profeti". En diagnose er ikke bare noe som forteller hva som feiler deg. Det ligger også en del skjulte forventninger i en diagnose, og en vurdering av om du kan bli frisk igjen eller ikke. De fleste av mine informanter har fått en diagnose hvor legen har fortalt dem at de mest sannsynlig aldri vil bli helt friske igjen, men må lære seg å leve med lidelsen. De har også blitt fortalt at de må lære seg å leve med den enorme indre smerten som mange føler på natt og dag, en smerte som ingen medisiner kan fjerne. Smertene er en del av sykdommen. Kitty forteller at en psykiatrisk sykepleier sier at hun ikke skal kjempe imot, men akseptere livet som det har blitt. Kitty sier hun fører en kamp med seg selv, hun kan ikke bare akseptere det som har blitt sagt om sykdommen hennes. Hun vil ha noe mer å fylle livet med, så hun jobber med seg selv hver dag. Laueng (ibid) fikk også høre en historie da hun ble syk. Hun fikk vite at sykdommen var medfødt og at den ville vare livet ut, og at hun måtte lære seg å leve med den. Til dette skriver Laueng: *"Det var ikke en historie som passet meg. Det var ikke en historie som gav meg mot og styrke og håp i den tiden hvor jeg mer enn noen gang trengte mot og styrke og håp. Det var ikke en historie som gjorde godt. Og, i mitt tilfelle var det heller ikke en sann historie. Men det var den eneste historien jeg fikk"*. (Laueng, 2007:14)

Lars mener at det er vanskelig å bryte med den posisjonen man er i, hvor man er pasient, og mener det lett blir et mønster. *"Jeg får en følelse av å stå utenfor samfunnet. Jeg føler meg bundet av lidelsen og er ufri under sosiale forhold"* sier Lars. Han er veldig opptatt av hva omverdenen mener om han og sier han gjør destruktive handlinger for å komme litt ut av den følelsen. Jeg spør Lars om hvordan lidelsen påvirker valgene han må ta i hverdagen? *Det begrenser handlingsrommet mitt fordi jeg føler meg så utenfor"* sier Lars. Videre forteller han at han prøver å lage seg sin egen tilværelse hjemme. Det er en veldig svart verden hvor ingen får komme hjem til han, heller ikke jeg. Det er mange venner og familiemedlemmer Lars ikke ønsker å møte fordi de hele tiden stiller spørsmål som han ikke ønsker å svare på. For eksempel; hva han driver med og hva som feiler han. Ingen av Lars venner vet at han har en mental lidelse, og dette begrenser hva han kan snakke med andre mennesker om. *"Jeg er selektiv når jeg prater, og jeg skyr unna personlige temaer. Jeg har ikke selvtillit nok for å innestå for den jeg er. Jeg er redd for fordømmelse. Føler meg generelt som en enslig ulv – en del av samfunnet som andre ikke bør vite om - på grunn av fordømmelse, intoleranse og*

uvitenhet. Jeg klarer ikke å møte slike holdninger med en så liten selvtillitt som jeg har – da blir jeg knekt” forteller Lars.

Kitty forteller at hun prøver å fremstå som mye bedre enn det hun er ovenfor venninnene sine. Hun snakker aldri om sykdommen, men de kjenner til sykdomshistorien hennes. Når folk spør om hvordan hun har det, så sier hun alltid at hun har det bra. Hun er veldig redd for at folk skal synes synd på henne. Det drar henne ned og føles stigmatiserende. Laueng (2007) skriver at stigmatisering og diskriminering både utenfra og innenfra, er to problemer som kan oppstå når man som psykisk syk vil ut i verden. *“Andre kan se ned på deg fordi du er annerledes, men du kan også bli så redd å bli sett ned på, at du ser ting som kanskje ikke egentlig er der”* (ibid: 192) Men det betyr ikke at det ikke finnes diskriminering av folk som er psykisk syke, for det finnes. (Laueng, 2007)

“Man får et annet perspektiv når man har fått en diagnose”, forteller Kim, og sier videre at det blir et lite skille mellom meg og “de andre”, jeg – de. Han mener man blir mer kritisk når man har vært syk og prioriterer annerledes. De valgene man tar har mye å si, for eksempel valg av venner⁹. Man blir mer bevisst på hvem man har kontakt med. “Etter at man har møtt veggen oppdager man at livet er ganske alvorlig. Man tar mer bevisste valg. Viktig at man har gode mennesker rundt seg og tar vare på helsen. Karriere og materielle ting er bare en fantasiverden, -sykdom og ulykke gjør at perspektivet forandrer seg”. Forteller Kim.

Jeg spør han om han noen gang har følt skam over å ha vært psykisk syk?

“Ja, man kan få en følelse av å være mislykket. Det henger sammen med at alle skal være vellykket – ellers blir man en outsider og står utenfor det gode selskap. Slik innsikt kan gi angst. Men det er en illusjon”. Kim mener at mange som må se ned på svake mennesker kanskje selv sliter og ikke klarer å takle andres problemer i tillegg til sine egne. Derfor må de omgi seg med andre “vellykkede” for å flykte fra sin egen angst. Kim tror det er en forsvarsmekanisme.

Lars forteller at han føler skam over at han ikke har lykkes med det andre har lykkes med, som for eksempel utdanning, jobb og familie. Han synes det er vanskelig å leve med

⁹ Venner, og hvem man har som venner virker å bety mye for informantene. Kan ha sammenheng med et ønske om sosial status for noen. For andre kan vennskap bety veien ut av isolasjon.

skammen fordi alle vennene hans har bra utdannelse, familie osv. Samtalene de har påvirkes ofte av dette, og dreier seg derfor ofte om jobb og karriere. Lars føler seg også veldig "uglesett" av naboer og i nærmiljøet. Han føler at folk ser på han som rar. Han sier at lidelsen tynger 24 timer i døgnet, at det er vondt å ikke ha et normalt liv. Derfor har han et sterkt ønske om å dø. Han har jevnlig prøvd å strangulere seg selv. Han leser mange bøker om selvmord og om selvmordsmetoder. I følge psykiatrien lider Lars blant annet av tvangstanker som han selv beskriver på denne måten: *"Tvangstanker er det vanskelig å kvitte seg med og de kan ta over livet ditt, for eksempel vaske hender ti ganger etter hverandre, slå av elektrisk utstyr og kontrollere det igjen og igjen og igjen..... Tanker som skaper mye uro, alt fra å være redd for å ikke komme inn i oppgangen, til at døra ikke kan låses opp, til at man jevnlig må strangulere seg selv".* Det er det som er problemet mener Lars, at folk ikke forstår rekkevidden av det å ha problemer.

Lars liker vinteren best, for da er det for det meste mørkt ute og ingen kan se han. Kitty liker også vinteren best, for da er det lettere å gjemme seg. *"Når man er deprimert så gleder man seg ikke til våren og sommeren, man vil helst gjemme seg"* sier hun.

"Verst av alt er angsten"

Hvem bestemmer

Når hjernen

skal slås av?

Kan den som har

kontroll på bryteren

vennligst holde

hjernen min påslått

til jeg skal sove.

For da kan drømmene

få overta! (Aurora)

”Dagen da stedet ”B” forsvant - om dissosiasjon – en tilstand der hjernen kobler ut fordi det blir for mye. Det er en stresstilstand (skriver Aurora)

”B” var der akkurat. Det var der jeg befant meg. Men plutselig forsvant hele ”B”. Jeg visste ikke lenger hvor jeg skulle gå for å komme hjem. Jeg hadde visst dette for et kort øyeblikk siden. Svetten rant, hjertet banket. Angsten gjorde meg nummen. Jeg pustet altfor fort. Restauranten lå ikke så langt fra ”B” senteret med apotek, frisør, bakeri og andre butikker. Jeg har de siste årene klippet håret hos frisøren på ”B” senteret. Jeg er egentlig godt kjent i området. Men nå var hele ”B” forsvunnet for meg. Jeg visste ikke lenger veien. Det var forferdelig. Jeg hadde villet gå hjem før de andre. Men utenfor restauranten var det dessverre et veikryss. Det var nok – til at alt forsvant. Jeg var ingen steder. Jeg som ofte hadde gått forbi skolen ved ”B” senteret, gikk meg vill inne i skolegården. Jeg var inne bak høye gjerder. Hjernen trodde jeg var på barneskolen igjen, og var liten. Den trodde jeg ble mobbet. Men jeg er jo voksen, og det var ikke et menneske å se i skolegården. Pustet jeg i det hele tatt? Det var jo bare et minutt siden jeg hadde kost meg med indisk mat sammen med arbeidskollegaene mine. De fleste hadde spist Tandoori miks – lam og kylling. Det var også en slags pølse. Alt sammen hadde hvilt i en slags rød, mild saus. Til dessert hadde alle tatt iskaffe. Den var god og søt. Jeg husker hvordan jeg hadde nytt den. Men alt jeg husket var fortid. Jeg hadde jo vært god og mett da jeg forlot restauranten. Hvorfor i all verden skjedde dette? Jeg kunne ikke forstå at hele ”B” kunne bli borte for meg. Jeg var rådvill, husvill. Hjernen var slått av nærmest. Det var mørkt. Det verste var at menneskene ikke eksisterte for meg. Jeg bare stod inne i skolegården, helt til hjernen fant det for god til å koble seg litt inn igjen, såpass at jeg i det minste fant tilbake til restauranten der de andre ennå satt. Jeg lo og gråt om hverandre, mens jeg prøvde å forklare situasjonen. Den gode kollegaen min, som er min nærmeste overordnede forklarte de andre: ”Hun får lett angst”. Alle trøstet så godt de kunne. Jeg kan bare takke for at jeg har så gode arbeidskollegaer. Men jeg var litt lei meg for at jeg ikke hadde greid å gå før de andre. Jeg ønsker jo å være selvstendig”

Denne historien skrev Aurora til meg da jeg ba henne om å beskrive hvordan hennes psykiske tilstand innvirket på livet hennes. Hun sa det var vanskelig å beskrive muntlig med ord og skrev derfor ned denne opplevelsen. I følge den nordamerikanske antropologen John Ingham (1996) er noen personligheter mer tilbøyelige for fragmentering enn andre, det kan ta form av hysteri eller andre dissosiasjons lidelser. I slike lidelser kan et symptom som ikke har sin basis i selve organet(hjernen), ofte representere en form for frykt eller et ønske (S 122). I følge Auroras egen livshistorie og hennes beskrivelser av terapeutens analyser, har hun en vond fortid med traumer som gjør at det er mye frykt som ligger til grunn for hennes lidelser. Terapeuten har fortalt henne at hun blant annet lider av post-traumatisk stress syndrom¹⁰. Ingham (1996:133) viser til hvordan noen forskere ser på dissosiative¹¹ lidelser som former for posttraumatiske stress syndromer, og at de ofte er resultater av opplevde traumer som blant annet fysiske overgrep. I tillegg til dissosiasjon sliter Aurora med depresjon¹² og angst¹³. Angsten beskrev hun på denne måten: *”Det verste er angsten om natta. Da synes jeg ikke at jeg kan ringe noen. Jeg orker ofte ikke å ringe Kirkens SOS heller. Jeg orker ikke tanken på fremmede mennesker i telefonen. Har opplevd før at linjen er opptatt, at jeg ikke klarer å kommunisere eller at det bare er en som svarer ja og mmm på alt jeg sier. Angst er kvalme og svimmelhet. Opplevelsen av at ingen eksisterer. Det er en svært smertefull ensomhetsfølelse”*.

”Husk og skriv det ned Ann Kristin, at angsten er grusom” roper Elisabeth plutselig over bordet på dagsenteret en dag april. *”Legen min gir meg ingen ting mot angsten, jeg får ikke lov til å ta medisiner, jeg skjønner ikke det, skjønner du det, hæ”?* spør Elisabeth. Hun har fryktelig mye angst forteller hun. *”Det er en akutt angst som bare kommer”*. Hun forteller videre at angsten ofte kommer og lammer henne sent på kvelden eller om natten. Da må hun legge seg på rygg, bøye knærne, holde rundt dem og presse dem mot brystet. Det er en metode hun har lært seg for å takle angsten. Elisabeths handlinger for å takle angsten har et rituelt preg over seg. Stillingen og metoden hun har lært å legge seg i og bruke, kan minne om fosterstilling, en stilling som sikkert både er beroligende og gir en følelse av trygghet.

¹⁰ *”Katastrofesyndrom; samlet betegnelse for de ofte voldsomme psykiske reaksjoner på overfald, incest, tortur og andre situasjoner hvor personen har fått et inntrykk av å være i livsfare” (Hansen, Thomsen og Varming, 2006)*

¹¹ *”Splittende, oppdelende, Personlighetsspaltning” (ibid)*

¹² *”Psykisk forstyrrelse med forskjellige symptomer; initiativløshet, nedtrykt, selvbepreidende, sørgmodighet, søvnforstyrrelser, uro, angst etc”. (ibid)*

¹³ *”Langvarig, uforklarlig og gjenstandsløs følelse av sterk indre uro intil panikk, uten at det kan påvises en ytre fare”. (ibid)*

“Verst av alt er angsten” forteller flere av mine informanter meg. Angsten har tatt kontroll over livene deres og påvirker alle valgene de tar. Mange føler at angsten er lammende og gjør dem “funksjonshemmet”. For Kim er angsten verst, men han mener også at for mange andre kan depresjonen være verst, for den er jevn og vedvarende, mens angsten kommer og går. Jeg spør ham hvordan han takler angsten? “Hvis det blir for ille tar jeg en angstdempende tablett. Ellers prøver jeg å tenke positivt. Nyheter i media kan være angstfremkallende, for psykisk syke tar ting mye mer inn over seg, de er mer sensitive” Kim unngår det som kan være angstfremkallende til en viss grad. Tabloidnyheter er verst. “Jeg beroliger meg selv med å tenke beroligende tanker, tenker at det har gått bra før. Jeg vil ikke legges inn igjen – føler at jeg har det like bra hjemme som på et psykiatrisk sykehus. Jeg har familien rundt meg” forteller han.

Lars som er preget av tvangshandlinger sliter mye med angsten. Harald som selv er utdannet lege mener at tvangstanker og tvangshandlinger demper angsten. For Lars må pc, tv, komfyr og lamper – alt elektrisk - sjekkes om igjen og om igjen, og når han har gått ut av døra er han fremdeles usikker, får angst, og må noen ganger inn igjen for å sjekke. Lars har vært innlagt på psykiatrisk sykehus på grunn av tvangstankene. Han har en indre uro – en døds lengsel som han velger å kalle det selv. Han er lei av å slite med lidelsen han har, og det som følger med en slik lidelse. Han sier det gjør han desillusjonert, og han skulle noen ganger ønske at han var i en vegetativ tilstand istedenfor å være bevisst angsten og vite hva han sliter med. Han strangulerte seg selv igjen forrige uke forteller han, og sier at han gjør det fordi han får en opphøyd følelse – *“euforisk” – etterpå slapper man av og jeg kan føle meg vel i mange timer etterpå*”. Lars har lest seg til at hjernen får for lite oksygen, derfor får man en spesiell følelse som han synes er god, og man kan begynne å hallusinere. *“Det blir en form for kunstig eufori som man gjør istedenfor å ta medisiner”* forteller han. Lars som er en godt voksen mann begynte med dette da han var rundt 16 år. I 2004 gjorde han det veldig mye og oppsøkte til slutt hjelp og ble lagt inn på psykiatrisk sykehus.

Harald har hatt mange innleggelsler på psykiatrisk sykehus, både i form av tvang og frivillighet. De frivillige innleggelsene har som oftest kommet som en følge av perioder hvor panikkangsten har preget livet hans, og den klarer han ikke å takle. Angsten beskriver han slik: *“Den skjærer sjela mi i stykker, den biter, den blir lammende. En blir bare sittende i en*

stol eller liggende på sofaen. Også er det nå engang slik at jeg røyker, og det gjør jeg da til gangs. Det er liksom man må stimulere seg selv, en avledningsmanøver, men det er bare det at angsten eskalerer” forteller han. Før i tiden klarte han ikke å takle den kraftige panikkangsten, så han oppsøkte et psykiatrisk sykehus, eller en lege for å fortelle at han hørte stemmer som befalte han å ta livet av seg, slik at de skulle tro at han var psykotisk og hadde vrangforestillinger¹⁴ og hørselshallusinasjoner¹⁵. For da ble han lagt inn, han fikk hjelp og angsten slapp taket. Harald får ikke lenger så kraftige panikkangstanfall at han må legge seg inn. *”Den beste metoden jeg har nå er å sette på musikk som jeg liker, rock and roll, høyt og intenst. Tror det ligger en mekanisme bak som; ” faen ta, den helvetes angsten, nå skal du få noe å bryne deg på”. Angstens motpol er aggresjon, selv om aggresjon kan nå slike høyder at man rett og slett kan få angst av det”* sier Harald.

Psykosens “virkelighet”

De første tegnene på en psykisk lidelse kan ofte starte med at man går inn i en psykose. I følge psykiaterne Bloch Thoresen og Johannesen (2005) er kjernesymptomene på en psykose at man gradvis mister evnen til *“å skille mellom seg selv og omverdenen”*. Man får en annen virkelighetsoppfatning som resulterer i at mange endrer sin måte å forholde seg til omverdenen og til seg selv på. Psykiatrien kaller det også for en *“realitetsbrist”*. De fleste som går inn i psykose opplever vrangforestillinger, men enkelte opplever også hallusinasjoner og hører stemmer (s:10). Flere av mine informanter forteller at de hadde opplevelser som var ytterst reelle og virkelige for dem. De opplevde en virkelighet som ga dem opplevelser som de alle følte var viktige og fulle av budskap, og som ikke minst ga noen av dem en følelse av å være viktige for omverdenen.

“Når man er psykotisk forstår man ikke at man er syk. Man tror heller at det er de rundt deg som er gale, man ser på dem som fiender. Den psykotiske verden føles logisk innenfra”.

Dette sier “Kim”, når han skal fortelle om den første gangen han ble alvorlig psykotisk og hvordan det hele til slutt eskalerte og endte med en tvangsinnleggelse. Sin første psykose

¹⁴ *Feil oppfattelsesom ikke kan korrigeres med fornuftbegrunnelse, heller ikke med egne sanseintrykk (Hansen, thomsen, Varming, 2006:505)*

¹⁵ Hører stemmer og lyder som ikke er reelle.

opplevde han mens han studerte på Universitetet i Oslo. Han ble så intenst forelsket i en jente at han gikk inn i en psykose. *“Hvordan vet du at det var en psykose”* spør jeg? Han forstår det nå som han kan se tilbake på det. Kim sier at det var en avstandsforelskelse hvor han følte han at han *“ble ett med en tidløs guddommelig kraft”* som varte i flere måneder. Det var en god psykose som ble *“kjip”* og en forferdelig nedtur da den tok slutt. Da følte han bare tomhet og gikk inn i en tung depresjon. Kim har mellomfag i psykologi, men da han gikk inn i en ny alvorlig psykose på den tiden han hadde begynt på hovedfag i sosiologi, klarte han aldri å koble sin egen sykdom til det han hadde lært på psykologistudiene. Kim klarer ikke å gi meg nærmere detaljer rundt den andre psykosen fordi han er redd for angsten skal komme hvis han prater om det, men kan fortelle at det var en religiøs opplevelse. Kims andre psykose endte med tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering. Det var i følge Kim en traumatisk og veldig ubehagelig opplevelse. Fem mann tvang han ned i en seng og tvangsmedisinerte han.

“Jeg er ingen farlig person, men psykiatrien har behandlet meg som om jeg skulle være farlig, opptil flere ganger” forteller Harald. Da han ble paranoid psykotisk første gang forstod han ikke at han var syk. Han oppsøkte selv sykehuset da han jobbet som ambulansesjåfør. Han trodde noen prøvde å forgifte han, at noen hadde puttet gift i Solo flasker som han satt og drakk av mens han var ute og kjørte. På sykehuset ba de han om å ta noen medisiner, men han nektet. Da ble han vist inn på et rom, som ble låst. Harald forteller at han fikk panikk fordi han trodde at de var ute etter å skade han. Han fikk ingen forklaringer, og det var ingen som snakket med han og spurte hvordan han hadde det. I panikk sparket han ut døra, og *“jeg virket sikkert truende ovenfor personalet, men jeg var jo livredd, jeg trodde jo folk var ute etter å skade meg, og jeg fikk ikke forklaring på noen ting”*. Politiet ble tilkalt, og flere pleiere måtte hjelpe til for å holde ham nede, hvorpå han ble tvangsmedisinert. *“Men jeg hadde jo panikk og jeg var livredd, så forbaska livredd”* forteller Harald. Var det ingen som forstod det? Det var den gangen han var paranoid, men han har også vært manisk, eller hypoman¹⁶ som Harald også kaller det. Da trodde han at han var *“verdensmester”, “man blir omnipotent”¹⁷ og det er ingen begrensninger for hva man klarer*

¹⁶ Forhøyet sinnsstemning (Hansen, Thomsen og Varming, *ibid*:197)

¹⁷ *“Storhetsforestillinger, allmagt. I psykoanalytisk psykologi anvendes det for eksempel om driftslivets ubegrensede krav om tilfredstillelse” (ibid:337)*

å utrette” forteller Harald. Man får en helt annen virkelighets oppfatning og tror ofte man kan og vet ting bedre enn andre. *”Særlig hvis man møter folk som tror de kan mye og gir uttrykk for det. Det provoserer og trigger en”* sier Harald. En annen gang han var psykotisk opplevde Harald å falle ned fra et 14 meter høyt tak. Han kom fra det uten skader, men via legevakten ble han lagt på psykiatrisk avdeling. Han var ekstremt hyperaktiv i den perioden forteller han, men dette gikk etter hvert over til en tung depresjon. Det var på denne tiden Harald forstod at han måtte gi opp sin drøm om å bli praktiserende lege.

Elisabeth som er diagnostisert med bipolar lidelse forteller at da hun var i en mani (som også er en form for psykose, siden man har en realitetsbrist) kunne hun gjøre mange rare ting. *”Man føler at man er verdensmester, man maler de vakreste bilder og man snakker fire språk flytende”* forteller hun. En gang hadde hun blant annet ringt Willy Brandt for å fortelle ham noen alvorsord. Hun kjente kona hans og hadde derfor telefonnummeret. En annen gang hadde hun kjøpt malerier og persiske tepper for 600.000 kroner. Det var også en mann på dagsenteret som fortalte at når han ble psykisk syk første gang, så gikk han inn i en mani og kjøpte et hus til kona på et flott sted ved kysten, til 8 millioner kroner. Dette var under jappetiden på 1980. tallet.

En annen informant, Monica ble gradvis syk. Hun opplevde perioder i livet som svært belastende forteller hun. Etter skilsmissen med sin første mann, og med en følelse av at hennes fire døtre hadde vendt seg mot henne, var hun langt nede både fysisk og psykisk. Hun følte at mannen hadde kjørt henne rett ned i en grøft. Etter hvert begynte hun også å føle på at folk motarbeidet henne, både naboer og venner. Monica bestemte seg for å flytte til en annen kant av byen. *”Men der virket det som om naboene hadde samme ritualer som meg. Når jeg var på badet så var naboen som bodde over meg, på badet også. Når jeg laget meg mat på kjøkkenet så gjorde naboen det samme. Og naboen gikk alltid til sengs til samme tid som meg”* forteller Monica. Hun flyttet til et annet sted, men der var det også mye tull med naboen over forteller hun. *”De kutta strømmen og trampet mye i gulvet, det var en vanskelig nabo”*. Hun følte også at: *”folk hang på meg – de ringte og plaget meg på mobilen, alle kikket på meg på trikken, og jeg følte at alle var ute etter meg”* forteller hun videre. Til slutt la hun seg inn på psykiatrisk sykehus frivillig, fordi hun var så *”utkjørt”*. *”Hva skal jeg gjøre her? Jeg følte at legene motarbeidet meg. Jeg fikk diagnosen ”paranoid*

psykose". Jeg er enig med psykosen men ikke at jeg er paranoid¹⁸. Disse opplevelsene er virkelige for meg" sier Monica. Hun føler at psykosen gjorde livet vanskelig for henne, det var tungt og det opplevdes som å være inne i en lang tunnel. Monica synes det er forferdelig å ikke bli trodd på, at hun opplever sjikanering.

I følge Rognes (Impuls, 1:2003) er det den som diagnostiserer en person som legger grunnlaget for hvordan en person vurderes av andre. *"Informasjonsfeltet struktureres ut fra den diagnostiserende, og ikke fra den diagnostiserte persons premisser. Den andres verbale og non-verbale atferd, inkludert atferd som artikulerer hva som er tilfelle for den diagnostiserte person, betraktes som symptomer, dvs. som tegn på en objektivt foreliggende "forstyrrelse" eller "dysfunksjon". Det avgjørende er hva som er sant eller falskt for diagnosestilleren ("for eksempel, er denne personen narsissistisk?"), ikke hva som er sant eller falskt for den diagnostiserte"* (ibid:42)

"Arne", en ung mann som jeg ble kjent med på feltet, var i starten av en psykose da jeg traff ham første gang. En psykose som eskalerte under den tiden vi møttes og hadde samtaler. Jeg ble dratt inn i en verden som bestod av bitterhet og sinne, sorg og vemodighet, konspirasjonsteorier og klarsynthet, latter og gråt. Han sa han var en "munkekrieger" og jeg ble (ifølge han) hans fortrolige forbundsfelle som skulle tale hans sak. *"Når jeg var i den psykosen var det som å ha skrudd på 50 tv skjermer og jeg skulle følge med på alt som skjedde samtidig"* forteller Arne da jeg traff han senere, etter at han ble innlagt på lukket avdeling på akutten. Han forteller også at han var manisk, noe som ofte fører til at man får ganske opphøyde tanker om seg selv, tror man har full oversikt, og kan mestre alt. *"Man tror man er verdensmester"* sier Arne. Ingham (1996) har en god beskrivelse på mani, og noe av det beskriver godt hvordan jeg opplevde Arne under de første besøkene hjemme hos han:

"The characteristic features of manic episodes include inflation of self-esteem, delusions of grandeur, increased energy, drive, and sexual interest. The enhanced sense of pleasure gives way to increased irritability, perhaps because drive lowers thresholds for frustration. Along with the usual sense of euphoria and energy, there are changes in cognitive process and speech. The manic person speaks rapidly and is easily distracted (American Psychiatric Association 1987:214-215). Cited by (Ingham, 1996:161)

¹⁸ "Følelsen av å være forfulgt idet man tolker uttalelser, hendelser på en måte at man mener å få bekreftet andres motvilje mot en" (Hansen, Thomsen og Varming, 2006:350)

Når jeg hadde samtaler med Arne i starten synes jeg det var veldig vanskelig å følge han. Han kjederøyket og virket veldig gira. På bordet stod en røkelse og oste, og han brukte den ferdigrøkte sigaretten til å tenne en ny sigarett. Arne snakket veldig fort og skiftet stadig tema. Det ble etter hvert veldig usammenhengende, samtidig som mye av det han sa både var viktig og aktuelt. Her måtte jeg bare følge med i svingene og skrive ned det jeg klarte å få med meg. I starten ble møtene og samtalene ganske korte, for røyken slet i neseborene, og jeg ble veldig sliten av all informasjonen, sinnet og frustrasjonen jeg følte flommet over hos Arne. Men samtidig, bak det urolige ytre syntes jeg at jeg så sårbarheten i øynene hans og forstod at dette ikke hadde vært lett for han. Å møte meg var for ham å utfordre hans egen sosiale angst og overvinne den. Det hadde han klart. Samtidig var han sprengt av ting han ønsket å fortelle.

Etter han ble syk og kom i kontakt med psykiatrien¹⁹ føler Arne at han verken blir sett eller hørt når han har vært under behandling, og er derfor sint på det psykiatriske "systemet". Han har hatt mange negative opplevelser de gangene han har blitt tvangsinnlagt, og følte til stadighet å bli "overkjørt" og ikke hørt. Han sier han opplever en ovenfra og ned holdning fra mange i psykiatrien som får han til å føle seg liten og ubetydelig. Arne har opparbeidet et sinne og en dyp frustrasjon mot hele psykiatrien. Dette kommer til uttrykk i et brev han skrev da han var psykotisk. Han gir det til meg og sier at jeg gjerne kan bruke det, og han skriver:

Psykiatriens høyeste beskytter.

Hvor naken er man ikke når selv ens tanker og følelser virker synlige for alle? Hvor alene føler man seg ikke når ingen lar en prate om sin nakenhet? For det jeg tenker og føler om noe, er slik jeg forholder meg til virkeligheten. Når en utdannet fagmann eller dame er mer opptatt av å fortelle meg at min virkelighet ikke er reell enn å la meg få prate om mine problemer i min virkelighet, hvordan forventes det da at jeg skal kunne se hva som stemmer overens med deres tolkninger av denne såkalte "virkeligheten"? Dette bryter jo bare ned min

¹⁹ Merk; alle informantene omtalte alle psykiatriske tilbud under et felles begrep "Psykiatrien". Dette er noe jeg også velger å gjøre.

evne til å tro på mine sjanser til å komme ut av denne "gale" virkeligheten. Gjennom å rive ned et menneskes tro på seg selv begrenser man (for ikke å si tilintetgjør) den personens evne til å jobbe med sin egen psyke. Det være seg motivasjon, humør eller andre tankestyrte følelser. Når en person slutter å kunne jobbe med seg selv blir situasjonen såpass alvorlig at denne pasienten automatisk blir avhengig av et hjelpesystem over en lengre periode. Jo lengre periode desto mindre tillit til egne evner til å rette på situasjonen. Virker dette som praktisk eller systematisk hjelp? Istedenfor å prøve å forstå mitt virkelighetsbilde virker det som psykiatrien er mer opptatt av å presse på meg sitt eget virkelighetsbilde.

Ellers ønsker jeg svært gjerne å meddele at psykiatrien i hovedsak kun passiviserer folk fremfor å sette folk i gang igjen. Når vi liksom skal hjelpes i gang igjen får vi ydmykende arbeidsoppgaver på tiltak, noen på vernede bedrifter til en timelønn på 15 kr. Hva slags oppbygging av menneskets psyke er dette? Da er det kanskje bedre å starte med noen lette bevegelser som får en til å puste riktig (type tai chi og yoga) slik at pasienten etter hvert kan føle seg vel med seg selv i sin egen kropp igjen. Legg gjerne til noe inntak av praktisk anvendelig informasjon. VI ER MENNESKER OG MENNESKER HAR BEHOV FOR FRIHET, BEVEGELSE, INNTAK AV NY LÆRDOM OG DERSOM DET LAR SEG GJØRE; FØLELSEN AV Å VÆRE TIL NYTTE OG BIDRA TIL FELLESSKAPET!!

Vi er mennesker, ikke testobjekter, men ah, ja jeg har jo ingen formell utdanning så jeg kan jo ikke uttale meg om hva som er best for meg selv eller andre, eller hva vi kan føle og tenke under slike umyndiggjorte tilstander.

Jeg har en utfordring til alle dere psykiatere: Ta 10 mg Valium eller Zyprexa (helst begge deler) og skriv ned den menneskelige anatomi og samtlige funksjoner for meg. Tør dere? At dere friker ut fordi dere finner ut av at 7 år på skolebenken i teoretisk øyemed ikke stemmer overens med slik det i praksis fungerer, så burde dere virkelig holde dere for gode til å la det gå utover mennesker i en ytterst sårbar situasjon.

VÅKN OPP! Sjekk realitetene. Men dette skrevet kan jeg vel bare legge bort fordi jeg har en diagnose. Men gjettt hva? Det finnes en diagnose for dere også – sosiopat. Slå opp betydningen en dag. Og jeg gir dere den samme advarselen som dere ga meg: "Det kan

forverre tilstanden din å lese om de konkrete symptomer vedrørende den diagnosen som er satt på deg”.

Skrevet er skrevet i affekt, da jeg mener at dens slagkraft blir større på den måten (selv om faren for latterliggjøring forsterkes). Det er ikke ment som noe personangrep, men snarere en følelsesladet kritikk av et utdatert system.

Takk for deres tid. Mvh Ilddragen/dykkende slange

Brevet til Arne beskriver godt frustrasjonen hans, og ordene og setningene er poetiske og velorganiserte. Ingham (1996) hevder at både maniske og schizofrene personer ofte er veldig kreative, og er derfor ofte både veltalende og poetiske. ”De er rike på assosiasjoner, og de mener å inneha hemmelig kunnskap om usynlige krefter, skapninger og verdenshistoriske prosesser” (ibid:162). Arne forteller meg under det siste møtet vi har, at han snakket med ilddragen da han var psykotisk, og at han så på seg selv som en munkekriger som skulle redde verden. Arne har en stor lidenskap for Østens mystikk og kampsport. I det små har han trent både Kung Fu og Thai Chi. Arne ble først diagnostisert schizofren, men etter siste innleggelse på akuten har han fått diagnosen schizoaktiv²⁰. Brevet viser også at Arne har kontakt både med ”den reelle verden” de ”normale” lever i, og den verden og virkeligheten han opplever når han er psykotisk. ”Man har et ben i hver verden. Man er ikke hinsides” sier han. Ofte viser subjektive erfaringer både hos maniske og schizofrene at de kommer inn i en transelik tilstand som virker å sette personen i forbindelse med et høyere nivå av virkeligheten skriver Ingham (1996:162). I mer tradisjonelle samfunn vil en slik tilstand kanskje blitt mer akseptert da den ”psykisk syke” oftere deler kunnskapen om kosmos med de andre i samfunnet (ibid).

²⁰ Schizoaktiv lidelse ”oppfattes som en blandingstilstand av schizofreni og bipolar lidelse, og karakteriserer schizofrenisymptomer og symptomer på mani eller depresjon i mer enn to uker. Funksjonssvikt ligger mellom schizofreni og bipolar lidelse”. (Norsk legemiddelhandbok, 2008). Legen hadde fortalt Arne at med denne diagnosen var sannsynligheten for å bli ”frisk” større.

"David L. Beebe (1982) wrote eloquently of the poetic consciousness of persons with schizophrenia. They enter a mythic realm in which symbols are things and things are symbols. "He has gone to the space within the mind where dragons exist, where one is tempted by the devil, and where one collects the golden apples of the sun" (ibid:235)

(Ingham, 1996:162)

Sitatet gir assosiasjoner til Arnes symbolske bevissthet og livsverden, og er en god bakgrunnsbeskrivelse av symbolikken Bernhard (en annen informant, mer om hans verden følger nedenfor) benytter i fremstillingen av sine "psykotiske" opplevelser. Både Arne og Bernhard har opplevd en verden og virkelighet som er full av symbolsk mening, og som for dem er veldig viktige på grunn av deres egen overbevisning, livsstil og tro. Det de har opplevd gir mening på grunn av deres indre erfarte livsverden. Den føles ytterst reell og har derfor stor betydning for deres liv.

Bernhard er en eldre mann i slutten av sekstiårene, han er en sterkt troende mann og medlem av pinsekirken. Sykdommen hans schizofreni, kom snikende på begynnelsen av 1980 tallet, da han gikk inn i en psykose som var preget av hallusinasjoner. *"Jeg har sett guds herlighet i himmelen"* forteller Bernhard. Han hadde religiøse kristne "syner" og opplevelser som følte veldig bra i begynnelsen. Han forstod ikke da at han var psykotisk og trodde at Gud åpenbarte seg for han gjennom flere syner. Han forteller meg litt bibelhistorie om hvordan Jesus har mettet tusenvis av sultende mennesker. Denne symbolikken "så" Bernhard da himmelen åpnet seg for han og brød i haugevis dalte ned fra himmelen. Han så også Gud åpenbare seg for han i form av en lysende rund ring fylt med stjerner. Etter hvert ble synene vondere da han for eksempel så slanger som krøp ut av øynehulene på folk, og han begynte å høre stemmer som kom med fordømmelser. Så fikk han forestillinger om at han var et av vitnene i Johannes Åpenbaring. *"Det ble en syklus av frelse og fortapelse som gikk i snurr"* forteller Bernhard. Etter hvert begynte han å oppføre seg rart og gjorde "rare" ting forteller han videre. Han ba mye og snakket høyt med Gud.

Bernhards historie skiller seg ut på mange områder fra andre mennesker som har fått diagnosen schizofreni. Han har aldri vært innlagt på psykiatrisk institusjon. Hans kristne tro og det religiøse fellesskapet han har med kona og pinsekirken gjør han på mange områder sterk og handlekraftig. Da psykosen med følgende hallusinasjoner tok over livet hans da han var i 30 årene, ble både kona og barna redde fordi de ble skremt av hans atferd og forstod

ikke hva som skjedde. Men kona var handlekraftig, hun tok kontakt med Bernards foreldre som videre tok kontakt med familielegen. Legen ga Bernhard en sprøyte og hallusinasjonene forsvant. *"Jeg forstod da at jeg var lurt"* forteller han, og har akseptert at opplevelsene bare var hallusinasjoner og ikke virkelighet. Men både Bernhard og kona er overbeviste om at han har overnaturlige evner. Han er synsk og kan "se" hendelser som kommer. Han forteller meg flere eksempler, og kona nikker medsigende. Flere ganger har han hatt syner om ting som vil skje, som han senere har fått bekreftet gjennom media eller andre, har skjedd. Bernhard har også opplevd flere psykoser etter at han har kommet under medisinsk behandling. Han liker ikke at medisineren gjør han så sløv, så noen ganger trapper han ned på dosene. Da kommer psykosen tilbake og han hører stemmene igjen, i tillegg kommer angsten også tilbake. Da justerer han opp dosene igjen. Kona er bra å ha, hun støtter han og aksepterer han for det han er. Bernhard har fått lov til å være annerledes, både av kona og nærmiljøet. *"Jeg bare sier at jeg er gal, ha ha ha"* ler Bernhard høyt.

Det som slår meg etter at jeg har hørt de forskjellige historiene om opplevelse av psykoser, er hvor viktig det er å forstå psykosen og dens natur. Med det mener jeg at ved å lytte til en persons "psykotiske" opplevelser kan man lære mye om en persons indre livsverden, tanker og tidligere erfaringer. En psykose kan fortelle mye om hva en person sliter med, plages med, ønsker, eller har glede av. Det handler om å bli sett og hørt. Ingham (1996) mener at flere lidelser, på samme måte som personligheten er en respons på sosiale forhold, og på livets hendelser. Levd liv og sosiale erfaringer kan spille en fremtredende rolle i opprinnelsen til lidelsen, og den vil alltid påvirke den indre erfaringen og ytre manifestasjonen av en mental lidelse (ibid:115). Derfor mener Ingham (ibid) at studiet av mentale lidelser er veldig interessant for antropologen, fordi den kan ha "både en oppløsende og produktiv effekt på sosialt liv og kulturelle aktiviteter." Dette er viktig for å kunne forstå en person innenfor den konteksten hun eller han lever i.

Møtet med psykiatrien og dens behandlingsmetoder

For Kitty har møtet med psykiatrien stort sett vært positivt. Hun ble ved første innleggelse møtt av en ung mannlig lege som hun opplevde som veldig imøtekommende og hyggelig.

Hun følte seg trygg og trivdes veldig godt på klinikken hvor hun ble innlagt. Alle innleggelsene hennes har vært frivillige og hun sier at hun alltid har følt seg godt ivaretatt. Men nå har hun kommet til et punkt hvor hun innser at hun ikke kommer noen vei og at det er opp til henne selv om hun skal bli frisk. Hun føler at psykiatrien ikke kan gjøre mer for henne, og hun er lei av å snakke om fortiden sin om og om igjen, til en terapeut. *“Skal jeg klare å leve med dette livet ut? Jeg kjemper en kamp med meg selv for å holde ut smerten. Jeg føler ikke at medisinerne demper smerten”* Kitty tar blant annet stemningsstabiliserende medisiner. Sommeren 2005 fikk hun elektroshokk - ble bedre, men så ble hun dårlig igjen etter en stund. Så fikk hun en ny runde med elektroshokk. Virkningen var kortvarigere denne gangen. *“Jeg går nå på mye medisiner, tre typer”*, sier hun, og føler at hun holdes kjemisk oppe. *“Det har blitt lagt et lokk på alle følelsene og man blir flat følelsesmessig”*. Kitty føler at verken psykiatrien eller medisinerne kan hjelpe henne og at hun nå må føre kampen alene. Men hun har så mye smerte og vet ikke hvor lenge hun orker å kjempe. *“Jeg orker ikke smerten mer”*. Når Kitty våkner om morgenen tenker hun: *“Nå holder jeg ikke ut særlig lenger”*. Hun har aldri fått noen forklaring på hvorfor hun føler denne angsten eller smerten. Kitty har vært inne på tanken å ta flere elektroshokk behandlinger, men har egentlig ikke lyst. *“Jeg går på mange medisiner, og vet egentlig ikke hva de gjør med meg, og enda jeg går på så mange medisiner, så føler jeg meg ikke noe bra”*. En lege i bydelen mener at hun ikke kan slutte med medisinerne.

Primærbehandlingen for de forskjellige psykiatriske diagnosene er hovedsakelig medikamenter, og det virker som det er en generell enighet blant mine informanter at det er for lite menneskelig oppfølging og terapi. Flere føler at de til tider har blitt “medisinsk lobotomerte” og at følelseslivet har blitt helt utflatet som en bivirkning av medisinerne de bruker. Harald husker nesten ingen ting fra de 10 årene han gikk på et antipsykotisk middel som heter “Zyprexa”. Dette uttrykker han slik:

“Jeg glemte å slå av stekeovnen og ting holdt på å gå galt. Man går i en slags tåke, nærmest i transe tror jeg. Man sitter bare å soser og røyker hele tiden, ser nesten ikke farger, registrerer ingen ting, verken blomster eller grønne trær. Klarer ikke å glede seg over noe”

Alle har forskjellige utgangspunkt og historier for sin lidelse, derfor kan medisiner for noen til tider være helt nødvendig og riktig mener Laueng (2007:168 – 171). Men hun

skriver også at medisineren hun fikk da hun var syk ødela for kreativiteten og motorikken hennes. Hun mener også at det er en stor fare ved bruk av medisiner, fordi etter hvert som årene går som psykisk syk, så utvikler stadig sykdommen seg og helsepersonell skiftes ut, så glemmes kanskje utgangspunktet for sykdommen. Psykiatrien og ikke minst en selv kan begynne å forveksle symptomer på sykdommen og bivirkninger av medisinen man tar. Et godt eksempel på dette forteller Ole meg gjennom sin historie:

Ole er en syk og lite godt fungerende mann. Han beveget seg sakte, pratet med lange pauser mellom ordene, skalv i kroppen og på hendene. Han så syk og ustelt ut, med langt fett hår, slitne klær, gul i huden og mørke ringer under øynene. Til tider når vi satt og snakket sammen så det ut som om han satt og sov. Hodet duppet og øynene glippet. Jeg fikk bare treffe han kort et par ganger i den røykfulle leiligheten hans. Han fortalte at han følte at den behandlingen han hadde fått gjennom psykiatrien ikke hadde hjulpet han i det hele tatt, bare gjort han sykere. *"Jeg var en sånn.....ææh..... "borderline" pasient... - i mange år, og det gikk mange år før jeg fikk en diagnose. I mange år hadde jeg stadig nye leger, og prøvde stadig nye medisiner, og jeg måtte hele tiden fortelle om barndommen min til nye terapeuter"* forteller Ole. Mange av de medisinene han begynte på og senere igjen sluttet med, gjorde at han la på seg mange kilo. Han fikk problemer med å gå og snakke. Han forteller, at han som egentlig var en veldig sosial og glad person begynte å trekke seg unna sosiale sammenkomster. Han begynte å isolere seg fordi han skammet seg. Han ønsker heller ikke å snakke med flere terapeuter. Dette sliter han med fremdeles etter at han for ca ti år siden fikk diagnosen "paranoid schizofren". I følge en psykiatrisk sykepleier jeg snakket med der Ole bor, var atferden hans veldig typisk for en person diagnostisert med schizofreni. Flere av kriteriene for denne sykdommen beskrives slik:

"Schizophrenia takes various forms. Although the DSM-III-R recognizes disorganized, catatonic, paranoid, undifferentiated, and residual schizophrenias, recent research suggests the disorder has two basic forms. Type I includes emotional instability, sensory disorders, hallucinations, delusions, and paranoia, whereas Type II appears as emotional flatness and deficits in intellectual functioning and communications. The two types can occur together or in succession, and they may reflect variations on a common pathological process".

(Crow et al. 1986, i Ingham, 1996:147)

I psykiatrien snakkes det om positive og negative symptomer hos mennesker med schizofreni. De positive symptomene forbindes med psykoser og er hallusinasjoner og vrangforestillinger (Færden; Impuls, 2008). Slik jeg tolker det er det de følelsene som følger psykosene som gjør at symptomene defineres som positive. Informantene beskriver følelsen av å være verdensmestre, noen har opphøyde tanker om seg selv, omnipotens, og andre mener de er i besittelse av overnaturlige evner. Så er det Elisabeth som snakker fremmede språk flytende og maler de vakreste bilder som en del av psykosen. Men det er de negative symptomene som *”representerer reduksjon i atferd. Dette kan dreie seg om redusert motivasjon (apati), redusert lystopplevelse, mindre følelsesmessige svingninger og uttrykk: redusert sosial aktivitet, minsket produktiv tale og nedsatt oppmerksomhet.”* (ibid:131). Disse symptomene fører til dårlig fungering og livskvalitet.

Oles beste venn fra tidlig ungdom var tilstede andre gangen jeg besøkte han, og kunne fortelle meg at Ole egentlig er en lynskarp og kunnskapsrik mann som gjorde det veldig bra på skolen. Han var ifølge kameraten veldig flink til å tegne og male, pratet ustanselig og nynnet alltid på en melodi. *”Han var en glad gutt og smilte ustanselig – så ble han syk, hva skjedde egentlig?”* spør vennen ut i løse lufta, og mener at Ole har blitt en helt annen enn den personen han i utgangpunktet ble kjent med. *”Nå vil han helst ikke treffe meg, tar aldri telefonen når jeg ringer og lukker sjeldent opp døra når jeg kommer på besøk. Vi klarer ikke å ha en skikkelig samtale lenger og han glemmer fort hva vi egentlig snakket om. Han føler at han ikke har noe viktig å si, derfor vil han helst ikke møte andre mennesker. Hvem er det som har gjort han sånn egentlig? Sykdommen eller alle medisinene han har fått alle disse årene?”* spør kameraten. Kameraten har merket forandringen og lurte på hva det han oppfatter som en personlighetsforandring hos barndomsvennen kommer av.

Laueng (2007) utelukker ikke en vekselvirkning mellom sykdom og kjemikalier. Allikevel fremhever hun at medisiner kan ha dyptgripende negative konsekvenser med store sosiale omkostninger. Laueng skriver videre at som psykiatrisk pasient øker faren ytterligere for å bli stigmatisert av andre når bivirkningene av en medisin faktisk gjør at man ser litt rar ut: *”Jeg la på meg mye da jeg gikk på medisiner, 20-30 kilo, som forsvant da jeg slutta. Ansiktmimikken ble redusert, og jeg følte at jeg ikke lenger hadde et levende ansikt, men en maske. Jeg ble stiv og hemmet i bevegelsene mine, både grov- og finmotorikken ble påvirket,*

jeg svingte ikke lenger med armene når jeg gikk, og jeg gikk tungt. Det var slitsomt å bevege seg, og det følte alltid som å gå i vann, uansett hvor jeg gikk". (ibid:171).

Denne beskrivelsen minner meg om flere av brukerne jeg observerte på dagsenteret, og en av dem var Monica, en kvinne som etter hvert ble min informant. Når jeg traff Monica på dagsenteret i begynnelsen, og under feltarbeidet, fremstod hun for meg som en sterk kvinne med klare meninger. Jeg trodde først hun var en av de ansatte. Hun så flott og velstelt ut, og ga meg ikke noe inntrykk av å være påvirket av medisiner. Men en dag på dagsenteret, helt mot slutten av feltarbeidet kommer det inn en kvinne med stive sakte bevegelser. Hun har et litt nifst stirrende blikk, er helt usminket og melkehvit i huden. Håret er ustelt og klærne virker tilfeldig valgte. *"Nå har det skjedd"* var det første jeg tenkte da jeg så henne. *"Nå har Monica blitt dårlig og kommet under behandling"* tenkte jeg. Da jeg snakket med henne senere den dagen på dagsenteret, virket det som om hun hadde tungt for å snakke. Senere fortalte Monica meg at hun hadde *"fått en knekk"*, hun var utslitt. Legen på distriktpsikiatrisk sykehus mener at hun har en alvorlig diagnose. Hver fjortende dag får hun en "telafonsprøyte" som er mot paranoide tanker. Bortsett fra diagnosen som hun ikke er enig i, har Monica et godt forhold til både medikamenter og til psykiatriens behandlingsmetoder. Hun opplevde å bli tvangsinnlagt en gang, men følte at det var både riktig og godt. *"Det var en god opplevelse. Det var stille og rolig, og det trengte jeg"* sier hun.

Laueng (2007) forteller også at hun sov veldig mye når hun gikk på medisiner, og det minner meg om observasjonene fra alle dagene jeg tilbrakte i sofaen i dagsenterets fellesstue: Jeg var en av "brukerne" og jeg koste meg ofte i selskap med de andre. Men det var en ting jeg ofte stusset over, eller, kanskje moret det meg litt: Fellesstua var som oftest det rommet hvor de fleste oppholdt seg i hvor de spilte spill, leste, diskuterte, eller bare satt og halvsov, eller, sov. Ja, fordi det var noen gjengangere som nesten ustanselig satt og gjespet. Og satt de ikke og gjespet, så satt de langstrakte med hodet bøyd bakover, og, de sov. Jeg fikk etter hvert vite at diagnosen til et par av dem er schizofreni. Men det var lett å se at flere av brukerne gikk på medisiner. De hadde som Laueng (ibid) også beskriver, bevegelser og uttryksmåter som fikk meg til å føle at jeg kunne være tilskuer til en film i sakte bevegelse. En veldig hyggelig liten mann med utenlandsk utseende, kom ofte gående i sakte stive bevegelser inn på dagsenteret iført hatt og mørke solbriller. Det så ut som han hadde vondt

for å bevege seg og vondt for å snakke, og det virket som om det var vanskelig for han å holde på en tanke lenge av gangen.

En dag jeg besøker Harald, har han bestemt seg for å *”seponere Tolvon”*, et legefaglig uttrykk som betyr at han har bestemt seg for å slutte gradvis med Tolvon, fordi han blant annet ikke føler seg deprimert lenger. Tolvon er et medikament mot sterke depresjoner. Harald føler også at han fikk sterke bivirkninger av dette medikamentet, blant annet var han hele tiden trøtt og uopplagt. Og et annet medikament, *”Trilafon”* en type nevroleptika som han bruker mot psykose, har han tatt i så store doser at han mener det har gitt han sterke kroniske skjelvninger på hendene. Han mente det gikk utover livskvaliteten, og hindret han fra å være sosial. Det var derfor sa han, at han begynte å isolere seg mer og mer. Siden Harald selv er utdannet lege bestemmer han i noen grad over hvilke medisiner han ønsker å ta, og hvor store dosene skal være. Men han mener også at når man først har blitt tilskrevet medikamenter av psykiatrien, skal det mye til før medisineren forandres, eller at de lar noen slutte med den. *”Etter at jeg seponerte Tolvon har jeg fått kontakt med følelsene mine igjen, akkurat nå er jeg forelska, men har kjærlighetssorg, for den jenta jeg er forelska i er mye yngre enn meg. Men det er både godt og forferdelig vondt på samme gang å kjenne på følelsene sine igjen. Fordi det er forferdelig vondt å tenke på alle de årene jeg har mistet av livet mitt på grunn av sykdommen”* sier Harald.

Aurora ønsker helst ikke å bruke medikamenter, og hun stoler heller ikke på psykiatrien og dens behandlingsmetoder. Da hun begynte å føle seg skikkelig dårlig og ønsket å oppsøke hjelp, ble hun anbefalt en privatpraktiserende terapeut som ikke hadde tilknytning til den kommunale psykiatrien. Denne terapeuten har hun nå hatt i nærmere tjue år, og Aurora føler at terapeuten har vært til stor hjelp. Auroras store skrekk er å bli *”psykiatrisk pasient”*. Gjennom andre psykisk syke, og gjennom media, har hun fått så mange *”uhyggelige historier”* som hun sier, at hun ser seg selv neddopet, innesperret og lenket fast til en seng hvis hun blir så syk at psykiatrien får tak i henne. Hun sier det er et sjansespill å havne i psykiatrien. Men leiligheten hun bor i har hun som psykiatrisk pasient fått gjennom bydelen, og hun får også besøk av en psykiatrisk sykepleier en gang i uken som hun kan samtale med. Hun benytter seg også av dagsenteret, så noe kontakt med den kommunale psykiatrien og dens tilbud har hun.

Kim fikk diagnosen paranoid schizofren da han ble innlagt på psykiatrisk første gang. Legene der fortalte at det var en sykdom som han ville ha resten av livet. Psykiateren han går til nå er i følge Kim usikker på om det er riktig diagnose som har blitt stilt. Psykiateren sier at Kim har psykotisk tilbøyelighet men at resten av diagnosen er usikker. Kim forteller at han ikke vil ta medisiner lenger, selv om han sliter litt med angsten. Psykiateren hans mener han ville fått det lettere, dvs. redusert angst med medisiner, enn han har det nå. Kim håper hun tar feil. Han har selv valgt å ikke ta medisiner. *”Jeg liker ikke å gå på medisiner pga bivirkningene. Man blir slapp, uengasjert og avflatet. ”Mister drivet”.* Han føler et visst press i forhold til det å ta medisiner – særlig da han hadde en angstperiode noen uker før vi pratet sammen. Psykiateren tok det anfallet som et tegn på at han trengte medisiner og at angsten viste han at han ikke taklet livet uten medisiner. Kim mener at dette pillepresset gjør alt så emosjonelt og vanskelig. Neste gang han får angst vil han unngå psykiateren for å slippe presset om medisiner. *”Lar være å søke hjelp fordi hjelpen kan bli fienden”*, slik uttrykker han problemstillingen. Etter han ble syk første gang gikk han på medisiner i tre år. Siste gang han ble syk gikk han på medisiner i tre mnd. Men generelt har han et inntrykk av at denne psykiateren er tolerant i forhold til andre psykiatere. Han forteller at legen sier – *”alltid skal du diskutere”* og tar det som et tegn på at han er paranoid²¹. Kim mener det er mer et sunnhetstegn enn et sykdomstegn.

”Ved akutt innleggelse er det en stor tendens til at alt du gjør og sier blir tolket som et tegn på at du er syk” sier Kim. Videre forteller han at når han var innlagt på lukket avdeling var han interessert i å få opplysninger om avdelingen. *”Jeg spurte om det var kameraovervåkning, og de tok det som et tegn på at jeg var paranoid schizofren”²²*. Han forteller også om et annet tilfelle, da han var innlagt på lukket avdeling en veldig varm sommerdag. Det var august og hetebølge, og som pasient kom han inn på fellesrommet bare iført boxershorts på grunn av varmen. På avdelingen var det ingen aircondition, så der stod han i bare boxershorts og laget seg kaffe. De ansatte på avdelingen tok denne

²¹ Jeg fikk aldri spurt Kim om dette var noe som terapeuten sa rett frem, eller om det var han selv som tolket svarene slik.

²² Her fikk jeg heller ikke spurt Kim om det var hans egen tolkning, eller noe behandlerne hadde fortalt.

handlingen som et tegn på at han var syk forteller han videre. Etter hvert kommer det flere ansatte mot han, tar rundt han og bærer han inn på rommet. Der ble han tvangsmedisinert med sprøyte. *”Det var forferdelig traumatisk mens det stod på. –Når man blir tvangsmedisinert blir kroppen paralyisert i tre døgn”* sier Kim, og jeg forstod det sånn at han mente de gangene han ble tvangsmedisinert. Kim forteller videre at han ikke ble spurt om hvorfor han bare gikk i boxershorts. *”De har rigide koder og regler”*. Men ellers synes han også selv at han trenger medisiner i en akuttfase. *”Man trenger akuttavdelingene, men metodene de bruker er urgamle. De er dårlige til å sette seg inn i pasientens situasjon eller se det fra pasientens syn. De skjærer alle over en kam”*. På akutten ble det et spill for Kim å ikke gjøre som de sa, og han mener i ettertid at den strategien førte til at de mente at han var sykere enn det han egentlig var. Han følte tvangsinnleggelsen som et overgrep, og følte at han måtte bryte regler. *”De er ikke noe gode på å skjønne det de ser. Ikke så gode på å forstå hva pasienter gjennomgår”*. For eksempel var det en lege som ble oppbrakt over at han ikke hilste på henne. Hun ble snurt og tok det som et tegn på at han var syk og trengte behandling forteller Kim. En annen ting er hvordan man blir møtt på akuttavdelingen sier Kim: *”De burde ha prøvd å kommunisere mer med meg om situasjonen, om tilstanden og hva de hadde tenkt å gjøre med det. Har bare opplevd å få medisiner, henvist til et rom, og så å bli hentet når det er middag. De ansatte kommuniserer ikke og er veldig tilbakeholdne, men det kommer informasjon etter hvert i legemøter. Det første jeg fikk når jeg kom inn på akutten var en sprøyte. De kunne ha kommunisert først og så kunne jeg fått en sprøyte hvis det fremdeles var nødvendig”*. Ideelt sett burde det være høyere mellommenneskelig kompetanse og innsikt hos de som jobber i psykiatrien mener Kim.

Elisabeth opplevde også å bli tvangsinnlagt i sitt første møte med psykiatrien. Ektemannen hadde ringt til politiet fordi han reagerte på hennes unormale atferd. Etter at hun mistet to av barna sine ble hun mer og mer paranoid forteller hun, og hun innbilte seg saker som ikke var reelle. Politiet og en hjelpepleier dukket opp. *”De løy, og kjørte meg til et annet sted enn det de sa”* sier Elisabeth. Hun ble innesperret på et sted som hun beskriver slik; *”hadde gitter og alle mulige slags mennesker, menn og kvinner”*. Dette var på 1970. tallet og hun var på lukket avdeling i en måned. *”Det var grusomt på lukket avdeling, det var en som trodde han var Jesus der, det var galskap overalt. En ung gutt lå i remmer og hylte. Jeg ble angrepet*

av andre pasienter, og pleierne var ikke bedre enn pasientene, for de lo når jeg ble angrepet av de andre pasientene". Hun mener at både pleierne og legen på den institusjonen var sadister. Elisabeth opplever tungpsykiatrien og mange leger som et overgrep og hun er frustrert over behandlingen hun får. Hun forteller om fastlegen, og sier han er en av de mest formuende legene i Norge. "Når jeg kommer inn på kontoret, ser han knapt nok opp fra tastaturet på pc,n sin og virker totalt uinteressert i min helse. Han har klart å gi meg feil diagnose tidligere, og jeg får regningen på resepten før resepten". Elisabeth sier at hun ikke klarer seg uten medisiner (som hun sier hun ikke får), men skulle ønske hun fikk mye mer alternativ behandling. Elisabeth føler at det er en skam å være psykisk syk. Hun har blant annet en svigerinne som dømmet henne forteller hun. "Enkelte mennesker tror de er så perfekte, eller de ønsker å fremstå som perfekte, men det er bare fasade alt sammen. De har lite toleranse for de som sliter" sier Elisabeth.

Også Harald har følt alle tvangsinnleggelsene som forferdelige overgrep. Han sier at ingen lytter til deg, alt du sier og alle bevegelsene du gjør blir tatt som tegn på at du er syk.

Flere av mine informanter fortalte at deres opplevelse av psykose og den "virkeligheten" de opplever under psykosen var noe som ikke interesserte legene og terapeutene innenfor psykiatrien under behandling. De av informantene som har vært i en alvorlig psykose opplevde å bli møtt av en sprøyte som skulle berolige dem og ta bort symptomene. Bernhard forteller at historiene han har fortalt til meg, særlig om de opplevelsene han har hatt i forbindelse med psykoser og hallusinasjoner er opplevelser han aldri har fortalt om til noen andre før. "Psykiatrien har aldri har vært interessert" forteller Bernhard. Når han har prøvd å fortelle terapeuter innenfor psykiatrien om sine opplevelser har han blitt avfeid og fortalt at de er lite relevante i et videre behandlingsopplegg. "De er bare interessert i å bli kvitt symptomene" sier Bernhard.

I følge Danbolt og Hestad (2008) har det vært overraskende lite forskning på religiøsitet og psykotiske vrangforestillinger innenfor psykiatrien. Det har heller vært negativ fokus på disse religiøse psykosene og hallusinasjonene noe som har "bidratt til å stigmatisere religion for mennesker med schizofreni". Men nyere forskning ønsker nå å få frem et mer nyansert bilde der religiøse, eksistensielle og åndelige erfaringer betraktes som noe naturlig ved det å være mennesker, også for mennesker med psykoser som en del av sin psykiske lidelse

(ibid:33). En del av forklaring på det negative fokuset ligger i mange legers og psykiatere sitt positivistiske syn på legevitenskapen, noe Kleinman (1998) forklarer slik:

"The problem lies in the positivist bias of most psychiatrists. For most of us who have undergone the empiricist training in medical school, observations are direct representations of reality. A word, e.g., "hallucinations" or "delusions," points to an empirical entity, e.g., "abnormal mental state in the world."... .. "A word after all, is a sign that signifies a meaningful phenomenon, as noted above exist in a world mediated by a cultural apparatus of language, values, taxonomies, notions of relevance, and rules for interpretation. Thus, observations of phenomena are judgements whose reliability can be determined by consistency of measurements but whose validity needs to be established by understanding the cultural context". (s:88)

Slik understreker Kleinman behovet for en bred kulturell forståelse av psykiske pasienters livsverden. Vi så også relevansen av et slikt perspektiv da tilfellet Bernhard ble presentert (s:34-35).

Dagsenterets betydning

I innledningen skriver jeg at jeg under feltarbeidet på dagsenteret prøver å ha et "brukerperspektiv". Begrepet "bruker" kan være vanskelig å definere fordi det er et veldig ladet begrep, full av symbolikk, ettersom hvem som tolker det. Jeg husker at jeg i starten av feltarbeidet på dagsenteret, reagerte på ordet bruker, og syntes det lå mange føringer i ordet som nødvendigvis ikke er så positive. Dette kan nok ha sammenheng med at jeg selv jobber i en bolig med psykisk utviklingshemmede, og at der betegnes også beboerne som brukere. For meg hadde begrepet, frem til jeg startet feltarbeidet, vært et ord jeg forbandt med å være utviklingshemmet. En person betegnes som bruker når han eller hun drar nytte av kommunens tilbud. Begrepet i seg selv kan føles stigmatiserende for noen, siden det forteller at man er bruker av kommunens psykiatriske tilbud. Laueng(2007) skriver for eksempel: " en "bruker" kan være en godt voksen kvinne som har slitt med angst i mange år, som er gift, har hus og familie, og som er sykemeldet eller trygdet og benytter dagsenteret i kommunen. En bruker kan også være en ung mann som sliter med rus, personlighetsforstyrrelser og kriminalitet, og som får psykologisk behandling i fengselet," osv. (Laueng, 2007:108-109)

Brukere er forskjellige mennesker med forskjellig bakgrunn, det er derfor viktig for meg å understreke at når jeg skriver om å se dagsenteret fra et "brukerperspektiv", så er det mitt brukerperspektiv. Der jeg har prøvd å leve meg inn som en "bruker" av dagsenteret og

deltatt aktivt i samtaler og aktiviteter med de andre brukerne, spilt yatzy, vært med på flere turer til sjøen og i marka. Underveis har jeg vurdert hva jeg synes om å være bruker av nettopp dette dagsenteret.

For meg fremstod dagsenteret som et velorganisert og godt sted å være. Det jeg likte spesielt godt med stedet var at personalet virket lite autoritære og hadde en god og respektfull tone med alle som var brukere av stedet. De ansatte var ydmyke i sine arbeidsoppgaver. Kanskje noen ganger for ydmyke, for de ble litt "selvutviskende" og satt kanskje for mye i bakgrunnen. Men det kan jo hende at det var pga mitt nærvær, det fikk jeg aldri undersøkt. Jeg stusset noen ganger over at de ikke "fant på" mer eller oppfordret til aktiviteter. Jeg kjente at det var lett å bli passiv og finne en god sittestilling i sofaen i fellesstua. Men det var tre aktiviteter aktivitetslederen tok initiativ til relativt ofte, det var en daglig quiz runde med samfunnstematikk, pilespill og yatzy. Og så hadde de opprettet to grupper som fungerte relativt godt. En bygruppe, hvor de dro ned og så på byens severdigheter og arkitektur, og turgruppa som gikk turer i nærområdet, i marka eller til sjøen om sommeren.

For mange har dagsenteret betydd mye, og gjør det fremdeles. Her finnes det et fellesskap, og brukerne har et fristed hvor jeg ut ifra mine observasjoner mener at de fleste kan slappe av og være seg selv. Flere argumenterte også med at en av hovedgrunnene til at de gikk på dagsenteret var fordi de møtte likesinnede, og følte at de fikk lov til å være seg selv der. Men jeg oppdaget etter hvert at ikke alle nødvendigvis følte det slik. Det som slo meg mest når jeg var der, var den omsorgen mange av brukerne viste hverandre, og det fellesskapet også jeg følte. De virket oppriktig bekymret for hverandre og gledet seg sammen når det var noe å glede seg over. Jeg følte at brukerne på tross av alle forskjellene (se også Laueng, 2007), har funnet en slags fellesskap i delt skjebne. Mange var fornøyde med dagsenteret slik det fungerte, mens en del syntes personalet var for passivt og at det var for få tilbud om aktiviteter. Til tross for en slik kritikk likte alle personalet godt og hadde ikke noe vondt å si om dem, i alle fall ikke til meg. Kim mener at dagsenteret betyr mye for de som går der, og man får forskjellige tilbud. Selv pleier han å gå der et par ganger i uken. Han liker å spille biljard og bordtennis når han er der. Kim var aldri på dagsenteret de dagene jeg var der.

”Dagsenteret betyr veldig mye for meg. Da har jeg noe å gå til, og så treffer jeg mange hyggelige mennesker der. Det er et fast holdepunkt” forteller Elisabeth. Når hun ikke er syk (hun har en del somatiske plager) er hun på dagsenteret så og si hver dag. Bernhard er også en av dagsenterets mest trofaste brukere, og trives godt med å lese avisen, diskutere og spille spill. Bernhard er i det hele tatt en aktiv mann med mange verv. Han er brukerkontakt og talsmann for brukerne, han spiller bridge, er aktiv i pinsekirken, og har verv i lokalpolitikken.

Harald synes dagsenteret er en utmerket plass for mange. I stedet for å isolere seg får de anledning til sosialt samvær. *”Men jeg vet at det ikke er alle som trives der”* sier Harald. *”Det kan være mange grunner til det. I stedet for at man prater om løst og fast, så har det lett for å bli problemsnakk. Det kan være alt fra at noen helt plutselig begynner å snakke om selvmord i familien sin, til at noen skal forsøke å frelse de andre til sin religiøse tro. Det blir ofte snakket om død og fordervelse”* forteller Harald videre. Det er mange som ikke liker det. Men han forstår at det kan være vanskelig å fylle alles behov på dagsenteret. Harald fremhever at det er viktig at dagsenterets brukere ikke blir som en behandlingsgruppe innenfor en psykiatrisk klinikk. *”Det er bare det at den blir til noe lignende. Jeg opplever noen ganger at det virker som om folk konkurrerer om å ha det verst. Etter mitt syn så skulle personalet gripe inn mye mer og si at det passer seg ikke med slike temaer. De er for tafatte etter min mening”* sier Harald, men han fortsetter å komme tilbake. Hvorfor?

En fra personalet fortalte meg at de ansatte balanserer på en knivsegg hver eneste dag de er på jobb. Stedet er frivillig å komme til, og de fokuserer ikke på behandling og terapi. De ønsker å tilfredsstille alle behov, og få alle til å føle seg inkludert. Men behovene er forskjellige og samtidig skal ikke dagsenteret være fokusert på sykdom. *”Man må beskytte brukerne, det er en hårfin balansegang”* sier den ansatte. Det viser at de er klar over Haralds problemstilling. Mange av brukerne ønsker å snakke med hverandre rundt sykdom og erfaringer forteller den ansatte meg videre. Det har resultert i at mange ikke bruker dagsenteret fordi de da vil bli minnet om hvorfor de er der og på den sykdommen de kanskje prøver å distansere seg fra. Siden bydelen ønsker at det skal være et sted hvor alle skal føle seg velkomne prøver de ansatte å begrense snakk om blant annet lidelse og sykdom.

Kitty går ikke lenger på dagsenteret. Hun syntes det var stigmatiserende å gå der. Hun ønsket ikke å være sammen med andre med psykiske lidelser fordi hun følte at hun bare ble dårligere av det. Hun syntes også det var deprimerende at det ble snakket så mye om sykdom på dagsenteret. Kitty liker ikke å bli påminnet om sykdommen fordi det drar henne ned, derfor liker hun heller ikke å bruke de tilbudene psykiatrien har. *"Jeg vil ikke omgås mennesker som sliter, og være på spesielle steder for spesielle mennesker"* sier Kitty. Hun fikk tilbud om å være med i en kulturgruppe ved en annen institusjon gjennom bydelsadministrasjonen. En lege måtte søke om innpass for henne og undersøke om hun var syk nok for å få være med på et slikt tilbud. Da hun fikk vite det mistet hun all lyst, og syntes det var forferdelig nedverdiggende.

Lars synes at dagsenteret har vært et bra sted å være. Det er sosialt og hyggelig der. *"Det er hyggelig å sitte i sofaen rundt bordet og prate og utveksle ideer. Men de kunne ha vært flinkere til å aktivisere og å få oss brukere med."* Arne bruker dagsenteret sjelden. Han har fått tilbud om et annet dagsenter et annet sted i byen. Der går det flere i hans aldersgruppe forteller han. Men han sliter med sosial angst og har derfor store vanskeligheter med i det hele tatt å komme seg ut.

Aurora synes det er hyggelig å innta lunsj på dagsenteret, og så liker hun turene de har. Men under feltarbeidet mitt klaget hun over passivitetet til noen av de andre brukerne og prøvde å unngå å være på dagsenteret eller delta på turer når bare de "dårligst fungerende" var tilstede. *"Det går ikke an å snakke med dem, det er helt håpløst"* forteller Aurora.

Det er mange av brukerne som liker å spise lunsj på dagsenteret. Noen bruker bare dagsenteret rundt lunsjtider, så det er som oftest da det er flest folk der. Ved lunsj serveres en slags koldtbord med forskjellige påleggssorter, noen ganger litt varm mat ved siden av, og på høytidelige dager serveres også kake. Personalet inntar lunsjen på spiserommet sammen med alle de andre som er til stede. Da prates det som regel om hverdagslige hendelser og latteren sitter løst hos de fleste.

Dagsenterets leder

Dagsenterets leder, Hanne, er utdannet ergoterapeut, en treårig helse og sosial utdanning. Hun mener mye av jobben på dagsenteret handler om aktivisering og tilrettelegging av hverdagen for brukerne. Men hennes oppgave er først og fremst å sørge for at driften av senteret foregår på en slik måte at folk med psykiske lidelser kan delta på sine egne premisser. *"Jeg er godt fornøyd med jobben min. den er allsidig og jeg utfordres regelmessig på et felt som jeg ønsker å lære mer om"* sier hun. Hanne mener at etter å ha jobbet en stund i psykiatrien har hun blitt litt "rund" i kantene, og tar ikke lenger folks lidelse så mye innover seg. Det var nok noe som preget henne mer i starten. *"Hvordan er det å ha det sånn? Noen ganger stopper jeg opp og tenker på dette for å ta et tak i meg selv"* sier Hanne. Hun legger stor vekt på å bevisst forestille seg hvordan andre har det. *"Det er krevende å være i et miljø der du har det som hovedoppgave å være bevisst relasjonen du er i, og hvordan dette påvirker andre. Det er kanskje dette som tar mest energi"* mener hun.

På jobben er det viktig for Hanne å ikke bli *"en del av andres behov"* sier hun. For henne kan det være viktig *"å ha et forhold til det å holde henda på ryggen"*, og mener med det at folk har mest utbytte av å gjøre ting selv. *"Helsearbeidere har en tendens til å skulle hjelpe ved å gjøre ting for folk. Ingen kan leve livet ditt for deg. Men det skal samtidig være rom for det en ikke klarer, et slags hovedmål er å selvstendiggjøre folk"* sier Hun. Samtidig mener Hanne at hvis en person er for syk til å få til ting, så må de få en form for omsorg. *"Vi har føringer fra myndighetene som sier hva vi skal gjøre. Helsehjelpen har en definert behandlingsform – hjelp til selvhjelp. Men vi er kanskje ikke gode nok på hva som hjelper og ikke hjelper"* sier hun. Dagsenteret er tilknyttet kommunen. *"Kommunehelsetjenesteloven, opptrappingsplanen for psykisk helse, psykisk helsearbeid og mange andre "skriv" legger føringer for psykisk helsearbeid i kommunene. Forebyggende og selvstendigjørende arbeid er viktige momenter i forhold til psykisk helsearbeid"* forteller Hanne videre, og mener at jeg kan lese mer om det på lovdata.no, på nettet.

Hanne mener at siden dagsenteret åpnet for noen år siden har det blitt gjort veldig mye. Grupper har startet og blitt lagt ned igjen på grunn av for liten deltagelse fra brukernes side. *"Noen grupper som for eksempel turgruppa og bygruppa har gått sammenhengende i over tre år nå. Vi lager stadig nye programmer og vi har vært på utallige turer i løpet av disse*

årene. I dag har vi et variert tilbud som endres fortløpende etter behov. Det er vanskelig å si hva som fungerer best” forteller hun. Men for Hanne er det viktig med ”brukermedvirkning”, at brukerne er med på å forme og bestemme programmet. Samtidig drøftes det om de driver god nok brukermedvirkning. ”Det er lett for meg å tenke at dette virker som brukermedvirkning fordi det er satt i et slags system, og fordi vi ønsker å ha brukerne med i avgjørelsene våre – Det betyr ikke at vi får det til” sier hun.

Hanne savner mer deltagelse fra brukernes side, men mener at det er en utfordring til de ansatte. ”Hvordan legger vi til rette for reell brukermedvirkning og deltagelse basert på den enkeltes premisser? Det er ikke et mål, men heller en rettesnor å strekke seg etter” sier hun. Hanne opplever også at ”noen er så tungt medisinerende at motivasjonen blir borte” og synes det er uheldig. ”Er det alternativer må de være å foretrekke. Kanskje dette legger ekstra ansvar på de som følger opp den enkelte i den perioden man fungerer såpass dårlig frem til man fungerer bedre”. Med dette mener hun for eksempel at når en av brukerne er innlagt på et psykiatrisk sykehus eller et distriktpspsykiatrisk senter, men samtidig er bruker av dagsenteret, burde personen få tettere oppfølging fra en helsearbeider i bydelen. ”Når evnen til å opprettholde for eksempel noe som kan virke så enkelt som å pusse tenner er borte, vil dette fort få store konsekvenser for ens tannhelse. Støtten må kanskje derfor i en periode hvor denne funksjonen er borte, komme utenifra. Hvordan dette skal skje er et tema i seg selv” sier Hanne.

Hanne mener det er viktig å ikke ha høyere forventninger til en psykisk syk en det personen har forutsetninger til å tåle, og sier videre at det å skulle prestere til enhver tid gjør ingen mentalt friskere. ”Vi snakker om et inkluderende samfunn, samtidig er det vel kostnadseffektivitet som bestemmer? Da er noen nødt til å falle utenfor? Jeg tror det er mange faktorer av dagens samfunn som medfører psykiske lidelser, men også i kombinasjon med genetikk. Det er vanskelig å komme utenom at noen blir syke uansett livsførsel eller miljø. Men det betyr ikke at det skal være sånn – heller at vi ikke ennå vet hva det skyldes. Vi er for eksempel skapt til å være i virksomhet. En tilstedeværelse uten stimuli er uheldig, samtidig vil for mye belastning være uheldig. Dette siste handler kanskje om å finne en balanse.” mener hun.

En av dagsenterets viktigste oppgaver er slik jeg tolker det å "normalisere" brukernes hverdager, og hjelpe dem å tilpasse seg deler av samfunnet de kan føle seg utestengt fra.

Ønsket om å kunne "vende tilbake" til samfunnet

Flere av informantene har et sterkt ønske om å få lov til å leve et tilnærmet "normalt" liv. Øverst på ønskelisten for de fleste står det vi alle kanskje ønsker mest, forutsigbarhet, kjæreste og mennesker man kan stole på, jobb og en bedre økonomi. Arne har slått fra seg tanken om kone og barn, fordi han er redd for at sykdommen hans kan være arvelig. Han kan tenke seg en livsledsagerske. De fleste av informantene lever på trygd og mange får knapt endene til å møtes. Det resulterer også i at de avskjæres fra et sosialt liv som koster penger, og som andre "normale" tar for gitt. Flere av informantene benyttet galgenhumor og sa at det er viktig i deres tilstand å skille på "de normale" og "oss gjerne". I analytisk sammenheng oppfatter jeg dette som en slags overlevelsestrategi. Harald mener at man ikke tar seg selv så høytidelig når man uttrykker galgenhumor, og prøver dermed å få en avstand til sin egen sykdom. Han ironiserer stadig over sin egen "galskap". Men samtidig mener han at galgenhumoren hos flere på dagsenteret også kan virke selvstigmatiserende, selv hos ham.

Men som psykisk syk møter man mange hindre ute i samfunnet. Alle informantene er i forskjellig grad uføretrygdet, og de føler at det er få som ønsker å ansette en hvis man har en psykiatrisk diagnose og ønsker en jobb. De føler at diagnosen legitimerer andre menneskers rett til å definere dem som person. Alle informantene mener at jobb er viktig fordi det får en til å føle seg verdifull og viktig. Men arbeidslivet har både vært vanskelig og utilgjengelig. Ikke bare møter de arbeidsgivere som ikke ønsker å ansette personer med psykiske lidelser. Også hos NAV blir mennesker med psykiske lidelser møtt med negative holdninger (Aftenposten, 24/2-2008) *"Det er en utbredt oppfatning at ansatte i NAV kan virke avvissende og ha nedlatende holdning til brukere med psykiske problemer og funksjonshemninger"* sier Arne Fliflet til Aftenposten (ibid). I følge en annen artikkel i Aftenposten (19/2-2008) er det over 100 000 psykisk uføre som trenger hjelp fra NAV.

Det er flere som mener og føler at det å få en diagnose styrer livene deres. Begrepet diagnose kan bli "altomfattende", og konsekvensene kan bli:

"at personen om igjen og om igjen blir møtt med de samme selektivt pregede, realitetsfastfrysende, selvoppyllende og negative forventningene. Selve det sosiale systemet omkring personen vil ha en tendens til å opprettholde det potensielt realitetsdefinerende (potensielt sykdomsfremkallende og sykdomsvedlikeholdende) "speilet" som det diagnostiske systemet representerer". (Impuls: Rognes, 2003:43)

Rognes sitat bekrefter også andre funn i feltet. En dag på dagsenteret satt jeg sammen med et par av mine informanter og noen andre brukere, rundt salongbordet i fellesstua. Alle deltok ivrig i en diskusjon, bortsett fra meg som satt og lyttet og noterte. Det ble en interessant diskusjon om diagnostisering og sykdom, som ble satt i gang av de som var tilstede:

"Man får en diagnose og blir hele tiden minnet på at man har den av psykiatrien. Man kommer ikke ut av det" sier en av brukerne. Hvorpå en annen av brukerne sier: "De er så ivrige etter å sette en diagnose, men ikke så ivrige etter å finne ut av hva som er problemet". Da blir Monica, en av mine informanter som også var tilstede, engasjert, og sier: "Vil man ha ryddet opp i problemene sine så blir man bare minnet på at man er syk. Så blir det man sier ikke tatt alvorlig fordi man har en diagnose". Da skyter en annen bruker inn og sier: "Jeg blir frustrert av diagnosen. Man er ikke hjerteinfarkt, eller hva? Jeg er ikke schizofren nå. Nå føler jeg meg helt fin. - Man er frisk før, så blir man syk, så er man frisk etter" og forteller videre at når han først ble innlagt, hadde han sammenbrudd på sammenbrudd, og mener at han den gang bearbeidet galskapen. "Jeg vil bli tatt alvorlig. Jeg vil ikke ha et stempel med en diagnose" sier han videre. Monica sier at hun ikke har energi til å utvikle seg som menneske på grunn av diagnosen som henger over henne og mener at hun ikke har evnen til å se det som er positivt lenger.

Diskusjonen fikk meg til å forstå at alle som hadde deltatt i samtalen opplevde det å få en diagnose som stigmatiserende "stempling", og ingen ønsket å bli "puttet i en bås" som de selv uttrykte det. Flere så på seg selv som friske i perioder, men blir ikke behandlet slik fordi de har fått en alvorlig psykiatrisk diagnose som er klistret til dem uansett hvordan de føler seg. Det virket som om de hadde kommet inn i en "ond sirkel" som det så ut til være vanskelig eller umulig for dem å komme ut av. Mange føler stadig diskriminering på

kroppen, ikke bare gjennom følgende av det å få en diagnose. De ble stigmatiserte og diskriminerte både av sin egen familie og av "byråkratiet", og det omkringliggende samfunnet. Overalt blir de stadig blir minnet på at deres tilstand gjør det vanskelig, så å si umulig for dem å "normalisere" tilværelsen. De føler det som Laueng så godt beskriver:

"Men det er alltid stopp. Alltid møter du en eller annen liten småkonge som ikke vil se på skipet ditt eller høre om reiseplanene dine, men som henger seg opp i sotete klær og diagnoser: "Ut fra din sykehistorie..." "Med din diagnose..." "Ikke realistisk..." Ikke mulig..." "Ikke ønsket..." (Laueng, 2007:148)

Harald forteller for eksempel at han anser seg selv som frisk nå, og mener at han har vært det en stund, men at han samtidig aldri vil få lov til å bli helt frisk. Han er skrevet ut av distriktpspsykiatrien og mottar ikke lenger noen form for behandling. Det betyr at han i utgangspunktet vurderes som frisk. Diagnosen han har fått anses som kronisk. Han er derfor ikke helt frisk, men heller ikke helt syk. Han må ta medisiner for å holde blant annet psykosen under kontroll. Han bor også i en kommunal leilighet som er øremerket folk med psykiske lidelser, en leilighet han for øvrig er veldig fornøyd med og hvor han trives veldig godt. Men husleien er "skyhøy", og enda han mottar bostøtte gjør husleien et stort innhugg i økonomien hans. Hadde Harald vært ansett som helt frisk, hadde han mistet leiligheten. Harald tror også det vil bli vanskelig, så å si umulig for han å få seg en jobb på grunn av hans sykdomshistorie. Å få jobbe som lege vil han aldri komme til å gjøre igjen, for han har vært alt for lenge borte fra yrket, og han tar medisiner som preger både motorikken og psyken hans. "Hadde jeg ikke hatt senvirkninger av antipsykotika, kunne jeg nok ha fungert som for eksempel laboratorielege" mener Harald. "Jeg håper jeg aldri blir psykotisk igjen" sier Harald "og jeg håper jeg kanskje kan finne meg en kjæreste, men det er vel ikke særlig realistisk" tror han.

Det innsamlete materialet indikerer klart at diagnosen ikke bare fører til diskriminering, stigmatisering og selvstigmatisering. Diagnosen har også ført flere av informantene inn i en rolle som det så og si er umulig å komme seg ut av, fordi diagnosen blir en del av deres identitet og hverdag. Både informantene selv, familien, psykiatrien og reaksjoner fra det omkringliggende samfunnet virker å opprettholde deres rolle som psykisk syk. Harald har en god beskrivelse av dette hvor han forteller at flere av hans søsken både fortsetter å prate til han og behandle han som syk, enda han selv føler seg frisk. Han sier at han både kan se det

på dem og høre det på stemmen deres, at de forventer at han skal bli psykotisk igjen, når som helst. Han føler at han stadig blir undervurdert og til en viss grad krenket av et par av søsknene og deres holdninger mot han. Med en diagnose som ikke bare kan viskes bort, men mest sannsynlig vil være klistret til dem resten av livet, vil diagnosen i seg selv og det omkringliggende samfunnets forventninger, føre til en slags "selvoppfyllende profeti" hvor rollen som psykisk syk alltid vil være en del av informantenes identitet. Hvordan skal de da kunne "vende tilbake" eller "normalisere" tilværelsen? Fra flere hold blir de konstant minnet om at "de er noe" som ikke er sosialt akseptert som likeverdig, og som derfor fører til at de alltid vil stå utenfor det gode selskap på grunn av de sosiale konvensjonene (Wagner, 1981)). Diagnosen blir etter hvert fienden og årsaken til mye av det som går galt. Fordi stempelen ikke kan viskes bort. Harald forteller også at det er så vidt han overlever på den trygden han mottar. Han kan ikke ta en deltidsjobb som han tror han mestrer og ønsker, for hvis noen "mot alle odds" ønsker å ansette han, vil kommunen enten redusere trygda så mye at det ikke lønner seg å jobbe, eller så vil de fjerne den helt. Han vil ikke klare å overleve på en deltidslønn. Harald mener at han ikke vil tjene noe på å ta seg en jobb og prøve å "normalisere" tilværelsen. Harald vil tape økonomisk uansett hva han velger mener han.

Aurora ser også fordelene med å være delvis uføretrygdet. Da har hun mulighet til å bestemme tempoet og gjøremål i hverdagen. Hun synes det er godt å ikke stresse og være bundet til en åtte til fire jobb. Bernhard ser også visse positive sider med sykdommen; *"Jeg slipper å jobbe og kan drive med det jeg ønsker, bortsett fra når angsten setter en stopper for det"*.

"Psykiske lidelser blir sett på som et tegn på svakhet. Det som gjennomsyrrer samfunnet er en forrækt for svakhet, en forrækt for de som ikke klarer seg selv". mener Lars. Han opplever at det er mange steder som ikke vil ha psykiatriske pasienter, som for eksempel naboer der han har bodd og nå bor, og på arbeidsplasser. *"Det er derfor jeg sier lite om meg selv"* sier Lars, fordi han har opplevd både at naboer hjemme, og kollegaer på de arbeidsplassene han har forsøkt seg på, har trukket seg unna etter hvert som de har blitt kjent med han, og sett hans periodevis merkelige atferd. *"Folk trekker raske slutninger"* mener Lars. Han er litt resignert når det gjelder videre liv og fremtidsplaner: *"Jeg tar en dag av gangen. Erfaringer*

sier at det er vanskelig å komme seg videre". Hans største ønske er trygghet og forutsigbarhet. Men han har "parkert" tankene om dame og familieliv, på det området har han blitt skuffet alt for mange ganger. *"Hvis jeg søker og søker vil jeg kanskje få det til en dag, men er det verdt alt slitet og alle skuffelsene? Dessuten er det vanskeligere og vanskeligere å motivere seg"*. Lars forteller at han er pessimistisk av natur og tenker ofte: *"Blir det for ille så er det jo mulig å ta livet av seg"*.

Laueng (2007) beskriver noen fordommer hun møtte da hun ble gradvis friskere og begynte å bevege seg ute blant folk igjen. Folk som ikke helt kunne tro på at hun var frisk og som derfor behandlet henne dårlig eller urettferdig fordi de kjente til hennes fortid. Stort sett traff hun mennesker som behandlet henne bra, men allikevel, noen virket litt brydde fordi de var usikre. *"Av og til kjenner jeg fortsatt på sårhet når jeg opplever at folk fremdeles kategoriserer meg på bakgrunn av den diagnosen jeg hadde en gang og ikke på grunn av det mennesket jeg er"* (ibid:196). Laueng mener det må være lov til å utvikle seg, å endre seg, og å bli frisk. Å lese hennes historie gir håp, fordi hun klarte å kjempe mot sykdommen. Hun fikk hjelp til å bekjempe den fordi hun var så heldig å treffe de riktige menneskene som kunne hjelpe henne. Disse omstendighetene gjorde henne så frisk at hun klarte å utdanne seg til psykolog, et yrke hun nå praktiserer. Men Laueng (ibid:187) mener at den stadige fokuseringen på håpløshet er skadende og skriver: *"Derfor er det viktig for meg å formidle håp og å gi folk en tro på at det finnes muligheter, også når man får en så alvorlig diagnose og er så syk. Jeg vet at jeg ville ha satt pris på det håpet da jeg var syk, derfor vil jeg gjerne dele det nå"* *"Og alle som ønsker det må få lov til å håpe, enten det er realistisk eller urealistisk"*(ibid)

Avsluttende kommentar

Å være psykisk syk gir ofte den som "lider" en "avvikende" atferd som kan virke skremmende på "psykisk friske" mennesker med såkalt "normal" atferd. Som regel opplever en psykisk syk person en virkelighet som ikke deles av majoriteten i et samfunn. Dette gjelder spesielt for de med diagnoser som kan gi dem psykoser. Dette er lidelser som betegnes som meget alvorlige og "kroniske" (Bloch-Thorsen og Johannesen, 2005). Flere av informantene som har fått en alvorlig diagnose har fått høre av sin psykiater, eller av andre helsearbeidere at de må regne med å leve med lidelsen resten av livet. Den kan behandles

med medikamenter som de helst skal bruke resten av livet, slik at de vil få et tilnærmet normalt liv. I hvert fall vil de unngå å oppleve den psykotiske verden som virker skremmende på utenforstående. Det som skjer ved en psykose er at man i følge psykiaterne Bloch-Thorsen og Johannesen (ibid) får uvirkelige sanseopplevelser som kalles for hallusinasjoner. Man kan også få vrangforestillinger hvor man for eksempel tror at man blir forfulgt eller at man tror andre snakker nedsettende om en. Selvfølelsen og stemningsleiet kan endre seg fra å være "langt oppe" over lengre tid til å falle ned igjen som et blylodd. Det er når de er "høyt oppe" at flere av mine informanter har følt seg som "verdensmestre", at de er "Guds utvalgte" eller at de har en kunnskap som ikke andre har. Da er man "omnipotent" som Harald fortalte. Når man er i den tilstanden som en annen av mine informanter fortalte meg, har man vanskeligheter med både å spise og sove fordi kroppen er så "gira". Til slutt endrer stemningsleiet seg fordi kroppen og psyken ikke klarer å holde seg "oppe" i lengden. Da faller stemningsleiet til bunns og personen går inn i en tung depresjon. Disse lidelsene kalles blant andre for "bipolar lidelse", det som før het "manisk depressiv", eller lidelsen kan betegnes som schizofren eller schizoaffektiv. Å være psykisk syk innebærer også å være tungt deprimert over lengre tid, slik at livet føles meningsløst. Det er så ille at man til slutt ønsker å ta sitt eget liv har flere av mine informanter fortalt meg. Tunge depresjoner fører ofte til at man mister lysten til alt. Man spiser ikke, sover hele tiden, og man orker ikke å se dagslys. Noen mister også selvfølelsen og isolerer seg fra alle sosiale sammenkomster som krever samhandling fortalte en av mine informanter meg, som i tillegg lider av tvangstanker og er synshemmet. Tvangstanker, tvangshandlinger og angst er også en alvorlig side ved psykiske lidelser, noe blant annet Lars har understreket med sine narrativer. Den psykiske lidelsen blir som regel altomfattende og berører alle sider av livet.

Dette er det indre kaoset mine informanter har beskrevet. Ytre sett kan lidelsen fremtre som skremmende på mange fordi psykisk syke kan få en atferd som ikke gjenkjennes eller aksepteres av "normale" mennesker. Aurora fortalte at hun noen ganger gikk gatelangs og snakket høyt med seg selv, eller hun hadde samtaler med Gud, som hun likte å kjeft på når ting ikke hadde gått slik hun ønsket. Hun fortalte at hun likte å kjeft på Gud når hun for eksempel falt. Da kunne hun si høyt "ønsker du å ta livet av meg også nå da?". Hun forteller at hun ofte blir sett rart på av andre og at folk unngår henne når hun oppfører seg slik. Men

Aurora har ikke vært alvorlig psykotisk, og hun vet at hun er annerledes. Men hun bryr seg ikke om hva andre mennesker mener om hennes atferd, sier hun. Hun tør å være annerledes, og det føles befriende å rope ut høyt. Hun mener selv at hun ville miste all sin kreativitet hvis hun skulle bli normal.

Når man er psykotisk forstår man som regel ikke at man har en unormal atferd, dette har flere av informantene beskrevet i sine historier. Her har jeg vist eksempler både fra Bernhards psykoser, fra Harald som trodde han ble forgiftet og oppførte seg deretter, til Arne og hans mytiske verden med drager og munkes. Til slutt vil jeg fortsette historien om min venninne som ble psykisk syk i USA: Etter en lengre tid med mye stress og psykisk press gikk hun inn i en psykose. Dette skjedde mens Bush satt med makten i USA, da han var inne i sin mest intense periode i krigen mot terror. Retorikken og handlingene hans bar preg av denne krigen. Venninnen min mente at den jevne amerikaner var i ferd med å endre adferd, og hun mente alle holdt på å bli paranoide som et resultat av Bush retorikk. Selv sa hun at hun følte seg overvåket av naboene, og at alle naboene overvåket hverandre. Etter hvert begynte venninnen min å ringe meg oftere og oftere, uansett om det var natt eller dag her, eller der hun befant seg. Hun fortalte meg at telefonen ble avlyttet og at hun derfor måtte snakke i koder. Hun håpet at jeg forstod. Dette foregikk over ganske lang tid. Under en av de siste samtalene vi hadde fortalte hun at postmannen var en spion for myndighetene. Hun trodde også at USA hadde blitt angrepet og at tredje verdenskrig nå hadde brutt ut. Ikke så veldig lenge etter denne samtalen ble min venninne hentet av helsepersonell og innlagt på sykehus.

Innenfor et samfunn og i dets forskjellige miljøer har vi kulturelle koder, normer og regler som legger et grunnlag for hva slags atferd som forventes av en person i forhold til kjønn, alder og sosial posisjon. Når en person beveger seg utover det som er sosialt akseptert ved for eksempel "å lage en scene" med uakseptabel atferd, skapes det ofte en disharmoni i en gruppe, i et fellesskap eller i et samfunn (Goffman, 1992). Når man som psykisk syk viser psykisk avvikende atferd lager man en slik "scene", og mange vil oppleve personen som "*matter out of place*", det vil si noe urent, en som beveger seg utenfor de sosialt aksepterte kategoriene (Douglas, 1975). I en slik tilstand vil ofte det omkringliggende samfunnet sørge for at personen kommer inn under behandling, av de som sitter med makt og autoritet til å

bestemme samfunnets regler. Slik at man igjen læres opp til atferd som stemmer overens med de forventningene, normene og reglene som et samfunn har lagt opp til. Formålet er at den som har falt utenfor må "passe inn" igjen.

"We can assume that the community, in so far as it shares a common culture, is collectively interested in pressing for conformity to its norms" påpeker Douglas (1975:53). Mange mennesker takler ikke avvikende atferd, eller de takler ikke å samhandle med mennesker som har blitt diagnostiserte med en psykisk lidelse (Pausewang, 2001). For mange tilhører det "unormale" en annen kategori enn dem selv, og derfor vil noen personer alltid imøtekomme og behandle mennesker med psykiske lidelser annerledes enn de ville ha gjort med mennesker som tilhørte deres egen kategori. Problemet for flere av mine informanter er at de etter å ha blitt erklært som "friske" etter behandling, fremdeles ikke føler at de passer inn. Diagnosen de fleste vil bære med seg resten av livet, fører til at de fremdeles føler at de er *"matter out of place"*. Mange vil fortsatt føle at de blir behandlet dårlig eller urettferdig på grunn av sin tidligere sykdomshistorie, fordi de føler at de fremdeles blir definert som menneske gjennom en diagnose som *"har tendens til å opprettholde det potensielt realitetsdefinerende "speilet" som det diagnostiske systemet representerer"* (Rognes, 2003: 43).

De fleste må også gå på medisiner resten av livet som kan gi dem bivirkninger, slik at det "hemmer både motorikk og tale" som Laueng har beskrevet så godt. Således får de et utseende, en måte å tale og bevege seg på, som gjør at de alltid vil møte mennesker som behandler dem og snakker til dem, som syke eller som annerledes. De vil alltid ha en følelse av å bli stående utenfor allmenngyldige sosiale konvensjoner uansett hvor friske de er, eller ønsker å bli. Følelsen og medfølgende opplevelser varer gjerne så lenge de er avhengige av det psykiatriske hjelpeapparatet, og så lenge de har en diagnose som definerer dem.

Som psykisk syk blir man også lett dømt, blant annet gjennom tabloidenes oppslag. Når det begås en forferdelig kriminell handling og det viser seg at den "kriminelle" har en psykiatrisk diagnose og historie, så blir det fort førsteoppdrag i media. *"Vi blir fremstilt som farlige av media"* er det flere som sier. De føler avmakt og sinne over denne stigmatiseringen, men forstår allikevel at en psykiatrisk diagnose kan føles både "skremmende" og "farlig" på "normale" mennesker. Da er det også forståelig når de aller fleste forteller meg at de

unngår å fortelle folk som de ikke kjenner at de har en psykisk lidelse. Flere unngår til og med å fortelle sine venner at de har en psykisk lidelse. De er livredde for å bli behandlet som annerledes eller som farlige, fordi det føles forferdelig vondt og mindreverdige å bli behandlet slik. Skammen over å være psykisk syk gjør også at flere isolerer seg, fordi:

”Utilsiktete faktorer, ubeleilige forstyrrelser og faux pas kan være kilder til forlegenhet og disharmoni som sjelden har vært ønsket av den person som er ansvarlig for dem, og som ville unngått dem om de hadde vært klar over følgende” hevder Goffman (1992: 174). Det er derfor forståelig når mine informanter har fått kjenne på kropp og sinn hva deres psykiske lidelser bringer med seg av følger, at de velger enten å isolere seg fra fellesskapet, eller prøver å skjule at de har en psykisk lidelse, eller, helst ikke vil snakke om temaet og unngår steder der de møter andre psykisk syke.

*Jeg vassa í en
índre storm
av ytre statuer*

*Jeg flaksa rundt í
gule bur laget av
forgylte psykiatere*

*Pilleflommen
polstret skrikene
og latteren*

*Gråt kunne
druknes
í mengder av mat.*

*Korridorene og
de hvíleløse
skrittene levde.*

Så vidt. Anna María (Ord over Sinn, 2004)

3. Identitet og tilhørighet – En analyse.

Jeg har gjort antropologisk forskning i egen kultur. Men selv innenfor vårt eget samfunn, har vi kulturer og subkulturer som skiller seg fra hverandre. Kulturelle uttrykk er heller ikke statiske, de er hele tiden i endring. Til en viss grad skaper alle mennesker sin egen konkrete verden gjennom det de ser og oppfatter. Og noen ganger er det slik at vi oppfatter hendelser ulikt, vi kan tolke det vi hører og ser på forskjellige måter. Vi har alle vår egen indre livsverden hvor vi gjemmer våre historier. For det er gjennom vår livsverden og våre historier at verden fremtrer som meningsfull for oss. "Historier er gode å tenke med" sier for eksempel Bruner (1990). I forrige kapittel var det informantenes egen opplevelse og deres emiske perspektiv som stod sentralt, for å gi oss et innblikk i deres forskjellige livsverdener. Disse historiene vil stå sentralt når jeg med et kulturelt utgangspunkt skal bruke et etisk generaliserende perspektiv (Klausen, 1992) i analysen av deres historier. Med et kulturelt utgangspunkt mener jeg at jeg tar utgangspunkt i, at alle historiene fortalt til meg på feltet er formet av fortellerens egen livsverden; hans kulturelle og sosiale bakgrunn, verdi og livssyn, og subjektive opplevelser. Sentralt i mine informanternes fortellinger står, slik jeg velger å tolke det, historien om avmakt, om ikke å bli sett og hørt. Avmakt over at deres opplevelser og erfaringer ikke blir lyttet til og tatt alvorlig. Samtidig føler de seg annerledes, og mange føler at de står utenfor de hegemoniske sosiale konvensjonene. Først og fremst kommer dette av at de alle har en lidelse som mange av dem føler ikke er sosialt akseptert, en lidelse som gir mange av dem en atferd som andre betrakter som avvikende. Alle samfunn styres og reguleres etter normer og regler som fremhever hva som er rett og hva som er galt, og som peker mot forventet atferd. Det er også verdt å påpeke at i følge Frykman og Løfgren (I Vike, Liden og Lien, 2001) så er "Norge kjennetegnet av en relativt ortodoks forestilling om hva det innebærer å være normal". Dette vil jeg diskutere senere i kapittelet.

Sentralt i dette kapittelet står analysen av "historiene" til mine informanter, et begrep jeg velger å oversette til "narrativer", fordi disse er gjort gjenstand til omfattende forskning. Narrativer handler ofte om selvrepresentasjon, hvordan fortelleren konstruerer sin egen identitet og hvordan en person ønsker å fremstille seg selv. Jeg skal se på mine informanternes

narrativer, deres "skapende virkelighet" (Bruner, 2004). Alle mennesker konstruerer sin oppfattelse av verden gjennom det de ser og opplever, og dette "levde livet" gjensker de ved å fortelle sine livshistorier, en gjenfortelling og en gjenfortolkning av det de engang har opplevd. For samtidig som de forteller sine historier så gjenfortolker (ibid: 692) de sine opplevelser, i et emisk analyserende perspektiv på hendelsene de har vært igjennom. Jeg skal også undersøke hvordan en norsk kulturell kontekst påvirker narrative til mine informanter, og innenfor dette perspektivet analyseres en del sentrale begreper i deres fortellinger. Det viser seg at noen av begrepene gjenspeiler det vi vil kalle "norske verdier". Andre av narrative gjenspeiler det informantene oppfatter som krav og forventninger i det "norske samfunnet". Jeg skal også analysere hvordan forskjellige fenomener som for eksempel hallusinasjoner og vrangforestillinger fremstår i mine informanters livs verden, ved å fremheve viktige elementer i deres narrative.

Narrativer i en norsk bydels kontekst.

"To be human is to communicate in a group according to its norms and genres; narrative genres are central to cultural participation. Narrating does not just reveal, but constitutes the structure, processes, and contents of subjectivity (Ochs and Capps 2001, i Wilce, 2007:123)

Mine informanters narrative viser blant annet til forskjellige hendelser og hvordan den enkelte opplever disse hendelsene. Narrative "imiterer det levde livet" (Bruner, 2004) til mine informanter innenfor forskjellige tidsrammer, i en bydel i en større by, i Norge. Narrative konstruerer jeget i tid og rom (Wilce, 2007). Men å fortelle en historie fra sitt eget liv gir oss en gjenspeiling som kan skape problemer (Bruner, 2004:693). Hovedproblemet ligger i selve verifisering av det som blir fortalt. Hvordan kan vi vite om fortellingen er sann når den som forteller ikke bare er fortelleren, men også er hovedpersonen i fortellingen? Narrative er konstruert av fortelleren (ibid), men fortellingen slik jeg velger å se det, er historien om livet slik mine informanter opplever det her og nå, og gjerne i ettertid. Dette livet er virkeligheten og deres fortellinger er sannheten om livet for dem. Verden består av flere sannheter, fordi verden kan fremstå ulikt for ulike mennesker, derfor vil alle fortellinger om "levd liv", så lenge de er oppriktig fortalt, være en sann fortelling for meg som antropolog.

I følge Wilce (2007) er det de kulturelle rammene som skaper narrativene hvor jeget dukker opp, mens de kulturelle uttrykksformene er i stadig bevegelse og forandring. Derfor kan jeg gjennom mine informanternes narrativer gripe den tiden og det samfunnet de har levd i. Bruner (2004) mener alle narrativer er avhengige av kulturelle konvensjoner og vår bruk av språket, for at de skal være meningsfulle for oss, fordi *"life narratives obviously reflect the prevailing theories about "possible lives" that are part of one's culture"* (ibid:694). Det er på bakgrunn av en slik narrativ teori det blir mulig gjennom mine informanternes narrativer å undersøke hvordan den ("norske") kulturelle konteksten de har levd i og lever i blir gjenskapt, fortolket og beskrevet. Felles underliggende kulturelle verdier er med på å forme våre væremåter. Det er i dette meningsfeltet Bourdieu (2005) uttrykker gjennom begrepet "habitus" som, nettopp uttrykkes gjennom våre fortellinger, våre handlinger og våre væremåter. Bruner formulerer det slik:

"Eventually the culturally shaped cognitive and linguistic processes that guide the self-telling of life narratives achieve the power to structure perceptual experience, to organize memory, to segment and purpose-build the very "events" of a life. In the end, we become the autobiographical narratives by which we "tell about" our lives. And given the cultural shaping to which I referred, we also become variants of the culture's canonical forms".
(Bruner, 2004:694).

Med utgangspunkt i mine informanternes kategorier ønsker jeg blant annet å analysere på hvilke måter norsk kultur kommer til uttrykk gjennom deres narrativer. Hvilke "norske" kulturelle koder og særegenheter kommer til overflaten gjennom mine informanternes handlinger, væremåter og fortellinger?

"Likhets paradokser"

Vike, Liden og Lien (2001) viser til resultater av forskning som er gjort i det norske samfunnet. I følge dem er det en *"utbredt oppfatning av at folk i Norge er mer opptatt av likhet enn tilfellet er i andre land, og at likhet er en spesielt viktig verdi"* (ibid:12). De spør også om *"likhet som verdi kan bidra til å skape ulikhet? (ibid)"*. Dette kan jeg til en viss grad bekrefte ut ifra informasjonen jeg har innhentet på feltet, fordi det virker som om likhet

som målbar verdi er med på å bekrefte eller avkrefte om du har lyktes eller mislykket i forhold til de gitte konvensjonene i et samfunn. Ved å sammenligne seg selv med de friske, med de som har jobb og familie, har flere av mine informanter fått bekreftet at de er annerledes, og at de ikke har lyktes ut ifra hva som er sosialt akseptert eller ikke. Samfunnets likhetsideal kan dermed bidra til å befeste følelsen av å være mislykket for noen. Det kan det virke som om flere av informantene pga sin atferd og følgende diagnoser, føler dette "likhetsjaget" som belastende, og derfor føler at de stenges ute fra det sosiale fellesskapet fordi de ikke blir ansett som *likeverdige*. Opplevelsen understrekes også ved plasseringen av dagsenteret i en ellers velstående bydel. Som beskrevet i kapittel 2 opplever flere at deres psykiatriske diagnose har ført dem ut i et økonomisk uføre som hindrer dem i å delta i en rekke sosiale aktiviteter som andre kan ta som en selvfølge. Resultatet av alle belastningene de opplever er, at mange isolerer seg, fordi de opplever en form for skam, fordi de føler at de har mislykket med livet. Dette kan igjen føre til en form for selvstigmatisering da flere av informantene ser ut til forsterke følelsen av å føle seg utenfor ved stadig å understreke sin egen annerledeshet, ved å leve ut galskapen, ved å gjøre seg selv små og sårbare, og ved å isolere seg. Den idealiserte likhetstankegangen blir hemmende for dem som føler seg litt annerledes samtidig som de ønsker å få lov til å være seg selv. Det er viktig å nevne at ikke alle informantene nødvendigvis delte denne følelsen av å være mislykket og at dette ikke trenger å være en allmenngyldig følelse blant mennesker med psykiske plager. Men noen føler det, om ikke til enhver tid, så kanskje under visse sosiale settinger, for eksempel der det ble snakket om jobb, hjem, familie og barn.

Ved å sette merkelapper på mennesker med avvikende atferd i form av diagnoser, og ved å tilby dem bolig på "spesielle steder for spesielle mennesker"²³ opprettholdes skillet mellom lik og ulik, mellom normal og unormal, og skillet mellom "meg" og "de andre". Med rollen som "den andre", "den avvikende" er det mange som føler at de ikke blir tatt alvorlig, de blir ikke sett og hørt på positive måter. Noen ganger føler de seg usynliggjorte når ingen er interessert i å høre hva de ønsker, tenker eller mener. Likhet som verdi bidrar også til å

²³ Ord som Kitty brukte, da hun beskrev hvor stigmatiserende det følte når hun gjennom bydelen ble tilbudt aktiviteter på "spesielle steder" for "spesielle mennesker", se side 57.

skape ulikhet når man ser på hvordan denne bydelen, og andre bydeler, plasserer såkalte "ressurssvake" mennesker, som er avhengige av kommunale tilbud som bolig, bostøtte, sosialhjelp og andre støtteordninger for å overleve. Alt tyder på at økonomiske betraktninger går foran medmenneskelige hensyn. Det fremstilles som kostnadseffektiv nødvendighet (se Hannes utsagn kapp 2 s:58-59). Det spares både på tid, penger og bemanning ved å effektivisere samfunnets tjenester, gjennom å samle alle tjenestetilbud og alle trengende personer på ett og samme sted. Paradokset er at når samfunnets uttalte målsetting er å integrere og normalisere, kan det virke som midlene de bruker for å nå målet, noen ganger har motsatt virkning. Flere av mine informanter får et kommunalt tilbud hvor de tas ut av fellesskapskonteksten og plasseres på "spesielle steder" for "spesielle mennesker". Jeg vil følge opp spørsmålet til Vike, Liden og Lien med å spørre, om fokuseringen på likhet som verdi er med på å skape et større skille mellom hva det vil si å ha "normal" og "unormal" atferd? For det virker som at hvor mer det fokuseres på likhet, jo mer understrekes det ulike. Det ulike kan ses på som noe fremmed, avvikende og unormalt. Kan det avvikende ikke klassifiseres innenfor normalen så kan det fort bli en trussel mot de sosiale kategoriene vi har. Derfor kan normalitet måles som en verdi innenfor likhetsprinsippet hvor de fleste vil kjenne seg igjen. Den avvikende atferden er vanskeligere å tilpasse som lik eller likeverdig, den er "uren". Derfor må den behandles så den kan bli gjenkjennbar. Vike, Liden og Lien (ibid) påpeker også at Thorvald Sirnes (1999) mener at likhetsdiskursen i etterkrigstiden og i vår tid, har gått over til å bli en diskusjon om "forholdet mellom normalitet og avvik". Mine informanter skiller bevisst mellom de "normale" og oss "unormale". Er det den statlige streben etter likhetsprinsipper som skaper denne dikotomiseringen? For hva er normalt og hva er unormalt (avvik)? Det skal jeg kommentere under neste delkapittel.

Vike, Liden og Lien (2001) antar også at likhet kan "være et sluttresultat av sosiale prosesser". Således ser jeg på det å få en diagnose med følgende behandling, som en sosial prosess, legitimert av samfunnet, hvor målet er at personer under behandling skal "normaliseres" for å kunne fungere i samhandling med andre mennesker, det vil si, bli så like som mulig. Dette samsvarer med Vike, Liden og Liens analyse. Konsekvensen av en slik

behandling kan være med på å *”bidra til å redusere forskjeller som ellers kunne blitt skapt”* (ibid:16). Larsen (1988) mener for eksempel at:

”En rekke norske institusjoner har blitt etablert med utgangspunkt i idealer om likhet. Institusjonens formål kan være knyttet til refordeling av ressurser, styrking av grupper med særlige behov, eller som en interessebasert ”motvekt” i relasjoner der makt og innflytelse antas å være ulikt fordelt. Vi ser dette særlig tydelig i helse- og sosial politikken, utdanningspolitikken og i arbeidsmarkeds- og næringspolitikken, men og så i kulturpolitisk sammenheng”. (Larsen 1988, i Vike, Liden og Lien, 2001:18)

Pausewang (2001) hevder at siden den norske stat er bygget på solidaritetstankegang og et ønske om å utjevne sosiale og materielle forskjeller blant folk, så må staten opprette kriterier for hvem som trenger nødvendig hjelp, og blir derfor nødt til å kategorisere og synliggjøre forskjeller, nettopp for å utjevne dem. *”Alle som faller inn under kategorien, risikerer å bli oppfattet som en ensartet masse, uten individuelle og subjektive variasjoner”.* (Pausewang, 2001:171). Det uttalte målet er sosial utjevning, likhet og normalitet, men det kan virke som om denne målsettingen har hatt motsatt virkning enn hva som var det opprinnelige målet. Påstanden kan blant annet å begrunnes med mye av det nevnt tidligere og som jeg ikke kan få understreket nok, som at man plasseres på *”spesielle steder for spesielle mennesker”*. En kronisk psykiatrisk diagnose signaliserer også at en person ikke vurderes eller vil bli vurdert innenfor normaliteten. Dette kan i noen tilfelle gjøre det enda vanskeligere enn sykdommen alene å leve *”normale”* liv. Det er også en tanke paradoks når man leser hvordan det vestlige samfunnet stadig skaper nye diagnoser og deretter nye medisiner og institusjoner som skal behandle folk med disse diagnosene. For ifølge Kleinmann (1988) diagnostiserer og medisinerer samfunnet mer og mer det vi før vurderte som sosiale problemer. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 4.

Bydelens kommunale institusjoner og tilbud har blitt opprettet med det formål å hjelpe mennesker som faller utenfor. Det er ingen tvil om at mange føler at behandlingen og tilbudene de får har vært god og til hjelp. Men flere opplever en form for stagnasjon, de kommer ikke videre. Det kan virke som om flere av mine informanter føler at de har kommet til et punkt hvor videre utvikling og behandling stopper opp. Samtidig har andre informanter følt at de har blitt sykere av å komme under behandling. Har samfunnets likhetsideologi spilt fallitt og skapt et enda større skille mellom det normale og det

avvikende? Eller er det slik at likhetstankegangen har sine grenser? Noen vil alltid falle utenom, selv om politikere helst ikke ønsker å bekrefte dette.

Å føle seg annerledes og utenfor - symbolsk makt og vold?

I forrige kapittel beskrev flere av mine informanter et skille de satte mellom seg selv og "de andre", et skille mellom dem selv som "den gale" og de andre som "normale". Deres narrativer handler ofte om det å være annerledes, og de beskriver hvordan det er å føle seg utenfor et sosialt fellesskap de ønsker å delta i og som de mener folk flest har tilgang til. Flere beskriver også et sinne eller en frustrasjon rettet mot "samfunnet", mot "psykiatrien", eller mot alle de mener motarbeider dem, ikke ser dem, ikke lytter til eller respekterer dem. Lars sa mot slutten av forrige kapittel: *"Psykiske lidelser blir sett på som et tegn på svakhet. Det som gjennomsyrer samfunnet er en forrækt for svakhet, en forrækt for de som ikke klarer seg selv"*. Eller som Kim og flere av informantene fremhevet: *"Normale" mennesker forstår ikke hvor mye det kreves av en (som har psykiske problemer) for å gjøre dagligdagse ting. De ber deg om å "ta deg sammen", men det er ikke bare å "ta seg sammen". De forstår ikke hva som kreves for at det (livet og daglig samhandling) skal fungere"*. Eller for å understreke alvorret med Lars sine ord: *"Jeg får en følelse av å stå utenfor samfunnet. Jeg føler meg bundet av lidelsen og er ufri under sosiale forhold"*. Og, *"Jeg er selektiv når jeg prater, og jeg skyr unna personlige temaer. Jeg har ikke selvtillit nok for å innstå for den jeg er. Jeg er redd for fordømmelse. Føler meg generelt som en enslig ulv – en del av samfunnet som andre ikke bør vite om - på grunn av fordømmelse, intoleranse og uvitenhet. Jeg klarer ikke å møte slike holdninger med en så liten selvtillitt som jeg har – da blir jeg knekt"*. All info innsamlet på feltet viser at så og si alle informantene konstruerer og fremhever et skille mellom seg selv og de "normale", hvor de fremhever sin egen annerledeshet. Dette fortsetter de med selv om de har vært mange år under behandling gjennom samfunnets institusjoner, hvor det overordnede målet er å normalisere i betydningen; fungere godt nok, ikke provosere eller være til fare for seg selv eller andre. Hva innebærer avvik for de som har sitt daglige arbeid ved norske institusjoner og på de sosiale samhandlingsfeltene hvor man er opptatt av likhet? Jeg har ingen intensjoner om å besvare det i denne avhandlingen for

det har ikke vært en problemstilling på feltet. Men det er en interessant problemstilling, for ifølge Meyer (1999) er mennesker i vårt samfunn besatt av entydighet og han skriver:

"Institusjonene i den moderne staten er bygd opp innenfor en slik diskurs, med streng arbeidsdeling mellom ulike kompetanse- og virkefelt. Og den har kjennetegnet vitenskapen i tradisjonen fra opplysningstiden. I vår sammenheng er det viktig å merke seg at den også har satt sine blodspor: jakten på "urene" og "tvetydige" menneskefigurer som samer, tatere, jøder, homofile osv. - alle som kunne synes å avvike fra det normale".

(Meyer, 1999:24)

Som Hanne nevnte i forrige kapittel, så er det myndighetene gjennom psykiatrien og medisinen som definerer hva som er mulig og derfor legger føringer for hva slags behandling man skal gi mennesker med psykiske avvik. *"Helsehjelpen har en definert behandlingsform – hjelp til selvhjelp"*. Arbeidet med psykisk syke har som mål å forebygge psykiske lidelser og selvstendiggjøre de som er under behandling. Dagsenteret følger disse føringene fordi dagsenteret er tilknyttet kommunen. *Men vi er kanskje ikke gode nok på hva som hjelper og ikke hjelper"* sier Hanne. Men Hanne føler også at det er kostnadseffektiviteten og psykiaternes prognoser som styrer behandlingen av psykisk syke, og at det derfor alltid vil falle noen utenfor.

Meyer mener også at: *"Trangen til å tvinge alle individer av menneskearten under en og samme klassifisering eller "form" kan ikke realiseres uten at det utøves vold"* (ibid:25). Dette sitatet får meg til å tenke på hvordan vold kan utøves gjennom makten til å definere det normale fra det unormale. For som Bourdieu skriver "så gir staten et avgjørende bidrag til produksjonen og reproduksjonen av redskapene for konstruksjon av den sosiale virkeligheten" (1996:68). I et land hvor annerledeshet i form av psykisk unormal atferd sees på som et avvik som må behandles gjennom samfunnets institusjoner, er det flere som føler at det utøves vold gjennom tvang, ufrivillig medisinerings og diagnostisering, fordi disse formene for handlinger fører med seg en opplevelse som kan ha store negative konsekvenser for den som behandles for avvik. Sørhaug (1984) hevder at *"Statens fundament er til syvende og sist monopolet på anvendelse av legitim fysisk vold. Legitimitet henter staten fra hele samfunnet. Noe som igjen forutsetter opprettelsen av adskilte politiske og økonomiske sfærer"* (s:64). I følge Kleinmann (1988) har en offisiell psykiatrisk diagnose stor betydning og makt i den moderne staten. De offisielle diagnosene blir

byråkratiske standarder som gir makt til å definere og bestemme en persons sosiale kompetanse, og om en person har rett til å få tilgang på sosiale tilbud og goder (ibid). Dette er former for vold som foregår i det skjulte og som ikke nødvendigvis setter ytre spor. *”For denne volden kan ikke kvantifiseres i vanlig forstand – som ”mye” eller ”lite” vold. Og den kan heller ikke lokaliseres til bestemte ”steder” eller ”posisjoner”* (Meyer, 1999:25). Det flere av mine informanter opplever er en form for bruk av makt og vold som uttrykkes gjennom å undertrykke dem. For gjennom blant annet å bli tvangsinnlagt på lukket avdeling, har flere følt på at de har blitt krenket, ydmyket og fratatt sine rettigheter som selvbestemmelsesrett, integritet, innflytelse og ikke minst sin trygghet (Goffman, 1991). Makten til å kunne stille en diagnose, makten til å bruke ord som setter navn (Meyer, 1999) på lidelser, gir som sagt makt til å definere og merkelegge det normale fra det avvikende. Også i følge Giddens (1997) er det blant annet de med politisk makt som har retten til å definere og sette merkelapp på hva som er avvik i et samfunn, og det blir da gjennom samhandlingsprosesser mellom avvikerer og ”den normale”, at denne formen for kategorisering oppstår, når en person ikke samhandler innenfor de gitte konvensjonene (ibid:178). Gjennom språket har vi makt til å konstruere virkeligheten (Bruner, 2004). Språk gir makt påstår Blakar (1996), og ord er merkelapper som vekker assosiasjoner hos mennesker som hører dem. Derfor blir virkelighetsoppfatningen vår styrt og formidlet gjennom bruken av språket vårt (ibid:40).

Sirnes (1999) skriver at historisk sett har mennesket alltid ønsket seg, og strevd etter ”det normale”. For gjennom avvik blir det moralske fellesskapet forstyrret i sitt klassifikasjonssystem. Samfunnet må beskytte seg mot slike trusler fordi: *”Det utvikla samfunnet kan bli degradert, eller slukt av det dyriske eller det kulturelt underutvikla. Dermed blir det sosial-moralske fellesskapet definert av to ting: einskap og nivå. I begge tilfeller må det beskyttast, t.d. gjennom segregering”* (ibid:35). ”Samfunnets voktere” bruker derfor en form for legitimert symbolsk makt og vold gjennom å behandle avvik på institusjoner for å normalisere eller isolere avvikerer. I følge Bourdieu (1996) er makten symbolsk og en underordnet, omdannet og en ikke – gjenkjennbar makt. Den er en legitimert form av andre maktformer og den beskriver og legitimerer sosiale forhold, som for eksempel det jeg forstår som samfunnets herredømme gjennom staten over samfunnets

borgere. Dette er hva Weber (1982) kaller *"legalt herredømme"*, det vil si *"herredømme i kraft av lover"* (s:91). Her finner vi myndighetene og byråkratiet, som er de folkevalgte som er med på å skape normer, regler og lover for resten av samfunnet. Disse normene, reglene og lovene blir retningslinjer for hvordan vi skal tenke og handle. Slik jeg velger å se det, og i følge Giddens (1997) fører disse retningslinjene til å påvirke vår tankegang og vurderinger om hva som er rett og galt, og hva som er normalt og unormalt. Under disse definisjonene velger jeg å se på diagnostisering og psykiatrisk hjelp og behandling gjennom myndighetenes tilrettelagte institusjoner som, en form for sosial kontroll, (for å skape likhet) utøvd gjennom symbolsk makt legitimert av det *"legale herredømme"* det vil si staten. Staten har i dag et ønske om, og makt til å prøve å realisere likhetsidealet (Vike, Liden og Lien (2001). Derfor yter staten *"velutbygde og differensierte velferdstilbud, men driver samtidig en utbredt terapeutisk virksomhet som tar sikte på å korrigere svakheter hos enkeltmennesker, grupper og familier"* (ibid:23). Psykiatere og andre av samfunnets voktere er nødvendigvis ikke klar over makten og den symbolske vorden de utøver, da dette også for dem er en ikke gjenkjennbar makt (Bourdieu, 1996). De er overbeviste at de hjelper både de som lider og trenger hjelp, og at de dermed sparer andre borgere for ubehag, smerte og fare. Diskusjonen rundt bruk av makt og vold skal jeg diskutere videre i kapittel 4 under temaet *"Symbolsk makt, vold og sosial kontroll"*.

Stigma

Så tilbake til mine informanter. Hvordan skal vi forstå frustrasjonen og sinnet mot psykiatrien og *"samfunnet"* som de uttrykker? Professor i psykologi Paul Moxnes hevder i en kronikk i Dagbladet (4.3.2006) at *"mange tror at følelser er knyttet til person og personlighet, men de er mest knyttet til roller. For eksempel har den som føler seg som et offer en nærmest naturgitt rett til å føle seg opprørt og sint. Biologisk sett er aggresjon offerets måte å komme seg ut av en undertrykkende situasjon"*. Forskjellige former for overgrep kan føre til at vi blir hatefulle og sinte og *"sinnet kommer som sagt når man føler seg utsatt for overgrep"* (ibid). Det er jo det flere av informantene føler på, at de har blitt utsatt for overgrep i form av tvang og undertrykkelse gjennom stigmatisering. De har fått tildelt en rolle som de har vanskeligheter med å kvitte seg med, en rolle som den *"gale"*, den

”syke”, den ”ressurssvake”. Flere har fått en rolle av samfunnet hvor de plasseres under kategorien ”svake grupper”. Derfor uttrykker de dette sinnet mot ”samfunnet”, mot psykiatrien, mot naboene, mot ”folk flest”, mot de som ikke forstår, eller respekterer dem for den de er. Eller, sinnet rettes mot det udefinerbare, fordi ikke alle mine informanter uttrykte direkte sinne, ikke alle satte ord på sine følelser, men flere virket veldig frustrerte, noe som kom til uttrykk gjennom deres væremåter. Dataene innsamlet på feltet viser ganske entydig, med få unntak, at informantene mine er sensitive personer, de føler på mye. Det fører til at mye av det de ser og hører ute på de sosiale samhandlingsfeltene gir signaler de ofte kan ta mer bokstavelig en hva ”normale” gjør. Eller de reagerer mer spontant, for roller og atferd handler også om forutsigbarhet. Der en ikke kan forutsi hva som vil skje kan det lett skapes frustrasjon, som igjen kan føre til feiltolkninger og sinne - se over. Der sinnet uteblir kan det erstattes med selvstigmatisering og forsterkede depresjoner. Men dette blir enklere å forstå når jeg vet at de fleste over lengre tid²⁴ har vært under behandlingsapparatet til tungpsykiatrien²⁵. De har blitt opplærte til å se på seg selv som annerledes gjennom diagnostisering og behandling. De er vant til å beskrive og analysere seg selv, og de er vant til å bli analysert og beskrevet. De er opplærte til at det de ser og hører nødvendigvis ikke er det ”normale”, men heller det avvikende. Så tas de ut av allmenngyldige sosiale kategorier ved å bli konstant påminnet om at de er annerledes.

Annerledeshet knyttet til ”ressurssvakhet” kan for mange mennesker bli en u håndterlig kategori, og da spesielt for middelklassen mener Pausewang (2001) og hun viser et eksempel fra et ”helsesenter”, et rehabiliteringssted grunnlagt på frivillighetsarbeid og brukermedvirkning. Det skulle være ”*et møtested for alle*”, og alle som var med skulle kalles for ”*deltagere*” uavhengig av rolle, posisjon og sykdom. Det ble etter hvert et krav fra kommunen som de fikk økonomiske midler fra, om å klargjøre senterets målgruppe. Etter en tid fikk senteret fem nye medlemmer fra psykiatrien, ”og ingen andre ante det”. Så lenge ingen visste om det, var alle ”like friske”. Problemet oppstod når de andre fikk vite det. Det førte til at noen av deltakerne ble reddet for at senteret ”ikke ble funnet verdig” og at de ville bli fulgt med ”argusblikk” utenfra. Det ble også vanskelig for flere ledere og deltagere å takle

²⁴ Her varierer rollen til mine informanter som psykisk syk under behandling, fra seks til tretti år.

²⁵ ”Psykiatri som tar opp behandlingen av pasienter som er urolige eller på annen måte er vanskelig å pleie” (Egidius og Ness, 1987:250)

atferden og utsagnene til de med psykiske problemer fordi gruppene med følgende mål ikke ble gjennomført slik de ønsket. Dette skapte et dilemma for de som definerte seg selv som ressurssterke og som ikke så på seg selv som "syke", men trengte litt helsebringende rehabilitering. Flere var utbrente helsearbeidere som ønsket å motta hjelp uten å måtte oppgi sin identitet. De ønsket ikke å bli kategorisert i samme gruppe som de psykisk syke deltagerne, som ble sett på som brukere av stedet. "Å bli sett på som "syk" eller "bruker" stemmer dårlig med deres egenopplevelse". (Pausewang, 2001:187).

Kategorisering av andre mennesker gir oss selv en sosial identitet, for gjennom kategoriseringer skapes mening (Goffman, 1990), om normalitet og avvik, rett og galt, godt og vondt, etc. Hvis en persons atferd og sosiale identitet tilsvarer det omkringliggende samfunnets forventninger, kan en persons atferd sanksjoneres i positiv eller negativ forstand. Et godt eksempel på dette er hvordan informantene har blitt møtt i arbeidslivet (se side). Ensidig negativ sanksjonering kan lett føre til stigmatisering. Goffman sier det slik:

"We believe the person with a stigma is not quite human. On this assumption we exercise varieties of discrimination, through which we effectively, if often unthinkingly, reduce his life chances. We construct a stigma theory, an ideology to explain his inferiority and account to the danger he represents, sometimes rationalizing an animosity based on other differences, such as those of social class" (Goffman, 1990: 15)

I følge Goffman (ibid) finner vi normgivende forventninger i et samfunn, forventninger til andre om hvordan deres atferd skal være for at de skal bli sosialt aksepterte. Vi er ifølge Goffman ikke bevisste våre normgivende forventninger før vi havner i situasjoner med andre der vi forventer en viss type atferd (se Pausewangs eks over). Avvikende atferd vil føles truende for våre tilvendte kategorier, og på våre forestillinger om hvordan mennesker er og skal oppføre seg, og forvirringen og usikkerheten fører ofte til at vi behandler folk med signifikant avvikende atferd annerledes enn andre:

"While the stranger is present before us, evidence can arise of his possessing an attribute that makes him different from others in the category of persons available for him to be, and of a less desirable kind - in the extreme, a person who is quite thoroughly bad, or dangerous, or weak. He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. Such an attribute is a stigma, especially when its discrediting effect is very extensive; sometimes it is also called a failing, a shortcoming, a handicap".

(Goffman, 1963: 12)

Hva som klassifiseres som normalitet og avvik er som sagt tidligere, kultur og samfunnsbetinget. Selv om vi innenfor vårt eget samfunn har forskjellige kulturelle strømninger og subkulturer, så har vi felles overordnede normer og regler som vi forventer at alle skal leve opp til. Mariann Kommisar (1999) har en god beskrivelse av hvordan avviket fanger mediernes interesse, hvordan de unormale avvik er sosialt konstruert og bidrar til å underbygge hegemoniske forestillinger om det normale.

”Offentlige norm- og avviksdiskusjoner fokuserer ofte på det uvanlige eller spektakulære, altså bruddet med det vanlige. At presidenten i Røde Kors eller Drammens politimester betaler når de går på trikken i Oslo har ingen nyhetsverdi. Hvis de ikke betaler på trikken, har dette imidlertid nyhetsverdi. Enda mer oppsiktsvekkende ville det være om de plutselig gikk rundt uten klær i Oslos gater. Blant nuerne i Sør Sudan er det derimot vanlig å gå naken. Der har det ingen nyhetsverdi. Etc. - Det vil derfor være avvikene som har nyhetsverdi; som det normales kontrast kan de tjene til å fornye og befeste det normale. Hva som konstituerer norm og avvik i et samfunn er en sosial konstruksjon og følgelig ikke noe naturlig”. (Kommisar, 1999:119-120)

Se meg – hør meg

På grunn av sine avvik som uttrykker unormal, støtende eller skremmende atferd som andre kan føle seg truet av, eller i forsøk på å skade seg selv, møter mange personer med psykiske lidelser raske negative sanksjoner fra det omkringliggende samfunnet. Deres psykiatriske diagnose gir dem også mindre slingringsmonn for avvikende atferd, noe som kan føre til at mye av det de gjør og sier, som kanskje ville ha blitt vurdert som normalt i andre settinger, heller blir sett på som et sykdomstegn, fordi de allerede har en diagnose. Kims narrativ kapittel 2, s:51 er et godt eksempel på dette. Sanksjonene fører ofte til former for behandling der flere av informantene føler at de ikke har medbestemmelsesrett til hvordan behandlingen skal foregå, eller får uttrykt hva de selv føler er galt med dem. De føler seg umyndiggjorte og usynlige. De føler at ingen kommuniserer med dem. Ingen er interesserte i deres versjon av virkeligheten. Det kan virke som det psykiatriske hjelpeapparatet ikke har kunnskap nok til å forstå hva informantene gjennomgår.

De færreste av informantene var i mot psykiatrien og behandling i seg selv, de følte og føler fremdeles at de trenger den hjelpen de kan få, og noen ganger kan til og med tvang være

nødvendig mener flere. Psykiatere og andre som jobber i helsevesenet mener nok, og er sikkert overbeviste om at de hjelper både de som lider og trenger hjelp, samtidig som de mener at de sparer andre borgere for ubehag, smerte og fare. Vi får jo stadig høre at psykisk syke "ikke vet sitt eget beste". Noen er også så syke at sjansen for å bli "normal" på samfunnets premisser er svært liten, mens andre sliter med problemer som gjør det vanskelig for dem å leve innenfor samfunnets "krav". Dette er mennesker som kanskje i tillegg må leve med stempler som "utilregnelige", og til og med "farlige". Vi har en liten gruppe mennesker som lever med disse stemplene, og de må på en respektfull måte beskyttes mot seg og andre hvis det er behov for det. Umyndiggjøring er et alvorlig og smertefullt inngrep, men noen ganger nødvendig. Mennesker som opplever tvangsinnleggelse er stor. 10 000 formelle tvangsinnleggelse hvert år i følge psykiaterne Trond F. Aarre og Petter Bugge (Aftenposten, 28/1 - 2008). De mener at tvangsbruken dreper tillitten til psykiatrien. Advokat og menneskerettforkjemper Gro Hillestad Thune skriver i en debatt i Aftenposten (29/10-2008) at pasienter ydmykes gjennom arroganse, ufølsomhet, politi og håndjern, belter og nedverdige situasjoner i sitt møte med psykiatrien, ved akutt tvangsinnleggelse. Det er også mangel på helsearbeidere som lytter og prøver å forstå deres smerte. Tvangsinnleggelse skal ifølge psykiatrien bare skje når pasienten er til fare for seg selv eller andre. I følge Hillestad Thune (ibid) virker det på henne at for mange behandles som om de er farlige. Hillestad Thune har gjort forskning på området og vært i kontakt med mange psykiatriske pasienter. Det finnes også stemmer som roper ut om mer tvang. En pårørende som deltar i debatten i Aftenposten (1/11-2008) skriver *"Krav om mindre tvang i psykiatrien er urovekkende fordi jeg tror det vil føre til en enda større belastning for meg som pårørende, og et mer uttrykt samfunn"*. Dette viser noe av den redselen for avvikene atferd som finnes ute i samfunnet.

Det mine informanter reagerte sterkest på når de ble tvangsinnlagt var metodene som ble brukt, metodene som førte til en følelse av å bli utsatt for "vold", av å miste verdigheten, en følelse av å bli krenket og ydmyket. De hadde en følelse og oppfattelse av ikke å bli sett, hørt og forstått. Behandlingen de fikk var ikke i samhandling med dem, men på psykiatriens premisser der diagnosen i seg selv legger grunnlaget for behandling. Dette er normen innenfor både allmenmedisinen og psykiatrien. For flere av informantene har denne

behandlingen vært smertefullt og gitt dem "sår i sjelen". For flere har det ført til svekket, eller ingen tillit til behandlingssystemet. Flere mener også at behandlingen i seg selv, i tillegg til ikke å bli sett og hørt har gjort dem sykere enn det de opprinnelig var.

I "Vårt land" (18/10-2008) skriver Astrid Dåsøl at Norge ligger på tvangstoppen blant europeiske land. Dette til tross for at regjeringen siden 2001 har hatt som mål å redusere tvangsbruken. Psykiater Jan Olav Johannesen skriver i en replikk i Aftenposten (28/6 - 2008) at Sosial- og helsedirektoratet i 2006 ga ut en veileder for redusert tvangsbruk. Men i følge Dåsøl (ibid) er Norge fortsatt på tvangstoppen. Hva gjøres feil?

Delt skjebne: Samhold, fellesskap og vennskap?

"Persons who become mental-hospital patients vary widely in the kind and degree of illness that a psychiatrist would impute to them and in the attributes by which laymen would describe them. But once started on the way, they are confronted by some importantly similar circumstances and respond to these in some importantly similar ways. Since these similarities do not come from mental illness, they would seem to occur in spite of it. It is thus a tribute to the power of social forces that the uniform status of mental patient cannot only assure an aggregate of persons a common fate and eventually, because of this, a common character, but that this social reworking can be done upon what is perhaps the most obstinate diversity of human materials that can be brought together by society"
(Goffman, 1991:120-121)

Det ligger mange paradokser i sitatet til Goffman, og det fremhever blant annet hvilken symbolsk makt og kontroll "samfunnet" har ved å sette en psykiatrisk merkelapp på mennesker, og hvordan ulike kategorier mennesker plutselig kan kategoriseres under samme gruppe. En slik kategorisering kan man også se når media har førstesideoppslag om psykisk syke som begår kriminelle handlinger. De er ikke lenger forskjellige personer med ulik bakgrunn, men alvorlig psykisk syke til fare for samfunnet. Som Goffman påpeker får personer med psykiske lidelser uansett hvor forskjellig bakgrunn de har, plutselig felles status, felles skjebne og ofte også felles atferdsmønstre (ibid).

Goffman (1991) analyse kan også til en viss grad bygge opp under noe av det jeg observerte på dagsenteret. Det som fikk meg til å spekulere i om delt skjebne fikk noen av brukerne og informantene til å finne tonen og opprette vennskapsbånd tross ulike meninger, kjønn og sosial bakgrunn? Jeg opplevde at informantene på dagsenteret behandlet hverandre som

likeverdige og likestilte. I hvert fall utad. Det virket som om de hadde kommet til et punkt i livet hvor de har blitt følelsesmessig avkledd og blottet alle sammen, og derfor ikke hadde noe å tape med sin rolle og identitet som psykisk syk i samhandling med hverandre. Og i samhandling med hverandre møtte de likesinnede med mange av de samme erfaringene og opplevelsene som psykisk syk, hvor kjønn i seg selv utad virker lite relevant. Dette var en stemning som jeg la spesielt merke til på dagsenteret, som fikk meg til å trives og faktisk føle et fellesskap med brukerne uansett kjønn. Jeg fikk dessverre aldri spurt noen av informantene mine om akkurat dette temaet, men jeg oppfattet det slik at delte skjebner, delte opplevelser og en felles forståelse av hva det innebærer å være psykisk syk gjorde at flere av informantene fikk visse fellestrekk, væremåter og ytringer som bandt dem sammen. Flere av informantene pleiet også sosial omgang med hverandre utenfor dagsenteret enten som gode venner eller som kjærester. En informant fortalte at han visste om et par som hadde innledet et kjærlighetsforhold, men at det fort ble slutt igjen fordi begge slet med for store personlige problemer. Jeg opplevde også at informanter "baksnakket" hverandre til en viss grad når de hadde meg på tomannshånd. Som regel gikk det i at den andre gjorde seg sykere og klaget mer enn nødvendig, at den andre brukte for mye medisiner eller hadde rus problemer.

Så var det de som ikke fant fellesskapet i delt skjebne, men heller følte at sosial omgang med andre psykisk syke bare gjorde dem enda sykere. En informant fortalte meg at han foretrakk psykisk friske venner som fokuserte på helt andre ting enn sykdom og lidelse. Han følte at veien til å bli frisk igjen bare gikk gjennom mennesker som kunne løfte han opp og ikke dra han ned med sine problemer.

Avsluttende kommentarer

Det er viktig å påpeke at normalitetsdebatten stadig er i endring. Som Meyer (1996) nevner: *"mange av de "avvik" som før skapte marginaliserte grupper som var utestengt fra de sosiale identitetene, erfares og aksepteres i dag som en del av den individuelle identiteten. Tenk bare på homofile og lesbiske - "før" og "nå".* I følge Turner (1995) ble homoseksualitet inntil 1973 sett på som en var en standard i DSM systemet. På denne tiden foregikk det flere

kamper om å fjerne en del diagnoser og formuleringer fra klassifikasjonssystemet (S:79). Vi vet gjennom historien hvilken påkjenning det har vært for mange homofile å bli sett på som annerledes og "unormale". I noen land er det for eksempel fremdeles dødsstraff for å ha denne legningen. Dette viser hvilken innflytelse og makt diagnoser og stempel som "avviker" har på samfunnet generelt. I følge Jan Olav Johannesen (Aftenposten, 17/11-2007) er norske psykiatere klar over fallgruvene knyttet til diagnosesystemer. Han skriver: *"For tre år siden hadde vi som tema "Diagnoser: farlige stempler eller gode knagger?". Det diskuteres med utdanningskandidatene fra dag en, og jeg vil påstå at få har en mer reflektert holdning til dette enn norske psykiater"*(ibid).

Dette viser at det i psykiatriske kretser foregår en debatt om dette temaet, og det er bra!

4. Krysskulturelle perspektiver på psykisk avvikende atferd

I dette kapitlet ønsker jeg å vise forskjellige antropologiske perspektiver på klassifisering av psykiske lidelser gjennom diagnostisering, behandling og holdninger til psykisk avvikende atferd, og sette dette inn i en krysskulturell kontekst. Gjennom en teoretisk diskusjon og med eksempler fra min egen empiri ønsker jeg å vise hvor viktig og nyttig et krysskulturelt perspektiv på avvikende atferd kan være for forståelsen og behandling av mennesker med psykiske lidelser også i vårt eget samfunn. Innenfor vår egen kultur og samfunn finnes det subkulturer og forskjellige livssyn som vi bare kan forstå og forklare ved å få tilgang til den enkeltes liv og historier. Vi lever i et samfunn som også preges av en flerkulturell befolkning, av mennesker som både har migrert og flyktet til vårt land, og som igjen preges av sin opplevde virkelighet, religioner, ideologier, kulturer og livsverdener. Vår flerkulturelle befolkning har også et voksende behov for å bli sett, hørt og forstått. Mange sliter med traumer etter å ha flyktet fra krig, nød og fattigdom, og flere vil være avhengige av hjelp fra psykiatrien.

En av sosialantropologiens oppgaver er å vise at vår virkelighet er sosialt konstruert gjennom blant annet normer, regler og forventet atferd, og at konstruksjonene former individet innenfor alle samfunn. Hvis ikke individet følger normene og reglene i sitt samfunn vil deres atferd mest sannsynlig sees på som avvikende (Broch, 2008). Medisinsk og psykologisk antropologi forsøker gjennom krysskulturell forskning på blant annet somatiske²⁶ og psykiske lidelser å vise at hva som sees på som normal og unormal atferd varierer fra kultur til kultur (Kleinman, 1988). Antropologene studerer blant annet sykdom innenfor forskjellige kulturelle kontekster, og gir dermed et annet perspektiv på sykdom og lidelse enn det den vestlige kliniske medisinen gjør (Good, 1994). Broch formulerer det slik:

“Antropologi som samfunnsvitenskapelig disiplin, er allment kjent for kulturellevitenskapelige analyser. Avvikende atferd eller anormal oppførsel relateres i en slik sammenheng til hegemoniske normer for kulturelt akseptert og normal atferd. Det betyr at det først og fremst er et hvert samfunns kulturelle normer og derved forventet atferd som bestemmer grensene mellom det normale og det unormale”. (Broch, 2008:s)

²⁶Somatisk betyr kroppslig/legemlig (Caplex)

Medisinsk antropologi kritiserer den kliniske medisinen og psykiatriens behandlingsmetoder for ikke å ta hensyn til menneskers kulturelle bakgrunn og livsverden. Flere antropologer kritiserer den kliniske psykiatrien for et positivistisk syn, der hypotetisk deduktiv metode²⁷ legger grunnlaget for diagnostisering og behandling på tvers av landegrenser. Kritikken retter seg spesielt mot behandling av sykdom hvor vestens "medisinmenn" glemmer å ta hensyn til pasientens bakgrunn, tro og kunnskap, og hvor de virker å ha glemt at sykdom er en del av en større kulturell helhet (Good, 1994). Antropologien er ganske enstemmig i den kritiske debatten som har pågått rundt den kliniske psykiatriens diagnose og behandlingssystem de siste 20 årene, og som fremdeles pågår blant annet gjennom stemmene til Kleinman (1988), Good (1994) og Lewis-Fernandez (1996). Selv om flere av de teoretiske bidragene i dette kapittelet går flere år tilbake i tid, er de like aktuelle i dag.

Våre medisinske og psykiatriske eksperter diagnostiserer som sagt innenfor et vestlig vitenskapelig paradigme, og tar i følge medisinsk orienterte antropologer alt for lite hensyn til individets egen kultur, livsverden og selvforståelse. Dette viste jeg flere eksempler på i kapittel 2. Kritikken er nemlig relevant også innenfor norske kulturelle rammer. Flere av mine informanter klaget over at de verken blir sett, hørt eller forstått. I vårt moderne "rasjonelle" samfunn har vi også på mange områder fjernet oss fra overtro, ånder og spiritualisme. Det som ikke kan rasjonaliseres og verifiseres gjennom vitenskapelige tester, sees på som irrasjonelt, og atferd som beveger seg innenfor dette irrasjonelle felt sees ofte på som avvikende atferd. Her har for eksempel flere av mine informanter fått høre at deres opplevelse når de for eksempel har vært psykotiske, ikke har vært relevante i et behandlingsopplegg. Mest sannsynlig fordi en psykose vurderes som en realitetsbrist og derfor ses på som en irrasjonell opplevelse av behandleren. I dette perspektivet er også eksempler fra kapittel 2 interessante, der jeg blant annet beskrev "Bernhard" og hans opplevelse av religiøse psykoser. Under disse psykosene opplevde han "guddommelige" åpenbaringer. I tråd med Bernhards egen religiøse overbevisning og tro, var disse religiøse psykosene i starten veldig naturlige for ham, og de ga ham mening. Han trodde han hadde kontakt med Gud, og at han var utvalgt til å motta Guds budskap. I vårt samfunn beskrives

²⁷ Dette er den metoden naturvitenskapen bruker for å komme frem til en sannhet.

dette som en psykose, eller en anormal avvikende opplevelse, og atferd deretter. Det er allikevel interessant å nevne at vi har grupper i vårt eget samfunn som for lov til å beholde en slik tro, for eksempel prester. I en annen kulturell kontekst ville Bernhards religiøse opplevelse kanskje blitt sett på som et tegn på overnaturlige egenskaper hvor han har kommet i kontakt med det guddommelige, eller i kontakt med forfedre og ånder. Eller at han kanskje var i besatt av onde ånder (Se Broch, 2001 om indonesiske forestillinger om galskap). Min oppgave her er ikke å diskutere de forskjellige synene på slike fenomener, men å prøve å vise hvor viktig forståelsen av en persons indre livsverden er. Det er viktig å respektere hvert enkelt individs kulturelle bakgrunn og livssyn, for å finne frem til den best mulige behandling for hver enkelte når de trenger hjelp. Jeg ønsker også å vise at vår egen forståelse av at hva som egentlig er normalt eller unormalt i et samfunn, varierer fra kultur til kultur.

I denne settingen vil jeg starte med å ta for meg en diskusjon rundt kategorisering av psykiske lidelser og vise hvordan disse blir satt inn i et diagnosesystem, deretter vil jeg i en fenomenologisk tradisjon prøve å vise metoder for hvordan vi kan lese og forstå individet gjennom dets kroppsliggjøring av sine væremåter. Her er jeg inspirert av blant annet Csordas (2005) og Bourdieu (2005). Jeg vil også gjennom eksempler vise at avvikende atferd kan oppfattes og behandles forskjellig fra kultur til kultur, selv innenfor egen vestlig kultur. Forstår vi mer om menneskets indre livsverden, bakgrunn og kultur, står vi kanskje sterkere når vi prøver å hjelpe/behandle personer. I dette perspektivet vil jeg også diskutere samfunnets holdninger og betydning under behandlingsprosessen til en psykisk syk og vise hvor stor betydning antropologisk kunnskap kan ha i denne prosessen.

Diagnostisering som et klassifikasjonssystem

"Diagnostisk-klassifikatorisk forskning har de siste 15-20 årene fått en renessanse innenfor psykiatri og klinisk psykologi. I tråd med en økt biologisering av psykiatrien, på den ene siden, og en stadig økende markedsorientering med vekt på effektiv målrasjonalitet, på den annen side, investeres det betydelige ressurser i utviklingen av klassifikasjonssystemer som ICD 10 og DSM IV". (Rognes, 2003:36)

I følge Kleinman (1988) er aspektene av den sosiale virkeligheten underforstått når en diagnose settes. Diagnostisering er en semiotisk²⁸ handling hvor pasientens erfarte symptomer blir tolket som tegn på spesielle sykdomsstadier. Men disse tolkningene kan bare forstås i forhold til spesifikke psykiatriske kategorier og de kriteriene som disse kategoriene etablerer. Alle diagnoser deler disse karakteristikkene - både psykiske og somatiske hevder Kleinman. Men å fortolke tegnene som uttrykk for mentale lidelser er vanskelig av to grunner. De er *bare* delvis, og *bare* for visse lidelser et resultat av biologiske årsaker og avvik, det vil si, en medfødt skade eller psykisk lidelse som kan lokaliseres i hjernen eller i sentralnervesystemet. Psykiske plager og problemer er oftere et resultat av traumatiske og vonde opplevelser (ibid), for eksempel sorg som følge av tap, eller av å føle seg mislykket. Angst og depresjoner forekommer ofte som følge av ulykker, overgrep, stress, etc (Kleinman, 1988). Dette skrev jeg litt om da jeg presenterte mine informanter i kapittel 1 og 2. En klinisk psykiatrisk diagnose kategoriserer noen av disse menneskelige lidelsene som nevnt ovenfor som medisinske "naturvitenskapelige" problemer (ibid). Legevitenskapens psykiatriske diagnoser er basert på en "hypotetisk deduktiv" metode hvor legene tester mulige diagnose kategorier mot pasientens symptomer og sykdomshistorie, for å bestemme hvilken diagnose som best forklarer redegjørelsen, og hvilke som kan avvises (ibid). Kleinman (1988) foreslår at en psykiatrisk diagnose heller burde være basert på en fortolkning av en pasientens opplevelser, erfaringer og forestillinger. Forskjellige samfunn kan ha ulike oppfatninger om hva som ligger til grunn for en lidelse og vil derfor diagnostisere forskjellig fordi de ikke har de samme kriterier for diagnostisering (ibid)

Ingham (1996) hevder som Kleinman at den vestlige psykologiens kategorisering av avvikende atferd bare reflekterer vestlige verdier og samfunnsforhold. Han mener at den vestlige personligheten er individualistisk orientert, i motsetning til de fleste ikke vestlige kulturer som orienterer seg mot fellesskapet i samfunn. Identiteten og hvordan man presenterer seg selv og sine følelsesuttrykk vil variere fra et samfunn til et annet, og selvet konstrueres og rekonstrueres til en viss grad innenfor en dialektisk samhandlingssituasjon påpeker Ingham. Selvet er sosialt konstruert og vil derfor være forskjellig sammensatt fra en historisk eller kulturell setting til en annen. Men alle kulturer er komplekse og det er

²⁸ "Tegnteori, tegnlære; en hver form for meddelelsesmiddel i samfunnet, gjennom språket, i naturen og teknikken" (Hansen, Thomsen og Varming, 2006:418)

individuelle forskjeller, derfor må vi være forsiktige med å generalisere krysskulturelle forskjeller i personligheten. (ibid: 112-113) Sosiologen Bryan Turner(1996) hevder at all sykdom og lidelse er sosialt betinget. Stress er for eksempel en av hovedgrunnene til flere kroniske lidelser. Han mener også at stress er et produkt av det "verdslige" moderne samfunnets "livsrytme", og lidelsene som medfølger gir derfor store sosiale konsekvenser.

Psykiatriens historie og utvikling viser hvordan den kliniske psykiatrien mer og mer gikk over til biologisk vitenskapelige forklaringsmodeller på mentale lidelser i begynnelsen av 1980 tallet (Kleinman, 1988). Utviklingen gikk fort og det ble stadig produsert nye typer medisiner, som hadde en spesiell effekt på ulike psykiske lidelser. I denne perioden skjedde det stadig nye gjennombrudd på det nevrobiologiske²⁹ området. Nye diagnoser ble utviklet. Fra å være en marginal disiplin innenfor medisinsk forskning ble psykiatrisk epidemiologi³⁰ nå en sykdomsorientert studie som brukte de samme vitenskapelige metodene som medisinsk forskning generelt (ibid).

Et nytt offisielt diagnosesystem ble utviklet. Den har også en sterk påvirkning på land utenfor USA, hvor det diagnostiske kategoriseringssystemet ble utviklet. Dette diagnosesystemet opererer med en inkludering - ekskluderings kriterium for hver av de psykiske lidelsene. Psykiatrisk epidemiologi har klassifisert de forskjellige kjennetegnene til psykiske lidelser. Det har blitt åpnet opp for nyskapende forskning innenfor genetikk, og andre nevrobiologiske årsaker for lidelse (Kleinman, 1988). Psykiatrien mener nå å kunne bevise at tunge psykiske lidelser med gitte diagnoser som blant annet kraftig depresjon, bipolar lidelse, alvorlige angst lidelser og schizofreni har røtter i menneskets nevrobiologi, dvs. opprinnelse i hjernens nervesystem (ibid).

I nåtidens USA opererer man med et diagnosesystem som heter DSM IV³¹ som er de offisielle diagnostiske kriterier for psykiske lidelser i USA. Den første DSM ble publisert tidlig

²⁹ *Nevrobiologi er forskning på hjernens nervesystem.*(Caplex)

³⁰ *Epidemiologi er vitenskap om sykdomsforekomst og sykdomshyppighet i en befolkning, kartlegging av sykdomsfenomener vha. Statistiske metoder.* (Caplex)

³¹ *Diagnostic and Statistical Classification of Mental Disorder - 4. utgave*

på 1950 tallet, og har nå nådd sin fjerde og snart femte utgave (Maddux, 2003). DSM-V er under utvikling og vil bli publisert i mai 2012. I Norge som i resten av Europa og deler av verden for øvrig, opererer vi med et klassifikasjons og diagnosesystem som heter ICD - 10³². Den 10. utgaven ble publisert i 1994, og i Norge har den noen særnorske koder³³. I Norge brukes DSM IV som et tilleggsverktøy til ICD-10. DSM IV er utarbeidet av den amerikanske psykiater foreningen (APA). ICD 10 er lagt tett opp til DSM IV, både med hensyn til kategorier og til grunnliggende tankegang (Rognes, 2003). DSM IV har fem akser som brukes når det skal settes en diagnose. Den første omfatter det "organisk kliniske syndromet" (hjernen), den andre omfatter psykisk utviklingshemning og personlighetsforstyrrelser. "Systemet omfatter videre en tredje akse for legemlig sykdom, en fjerde for psykososiale og miljømessige stressfaktorer, og en femte for pasientens generelle symptomatologiske og sosialt - yrkesmessige funksjonsnivå (ibid).

Kleinman (1988) argumenterer sterkt for at psykiatrien trenger antropologisk innsikt, og mener at vi må opprette et diagnosesystem som gir best mulig behandling for hvert enkelt individ. Han påpeker at de krysskulturelle studiene man finner innenfor psykiatrien er utarbeidet av vestlige psykiatere, og derfor blir deres observasjoner plassert innenfor det vestlige paradigmet. Det kan føre til feilaktige antagelser innenfor det de observerer hvis de ikke tar hensyn til de kulturelle og sosiale kontekstene de arbeider innenfor mener Kleinman (ibid). I april 1991 ble det holdt en nasjonal konferanse i Pittsburgh USA. Møtet samlet forskere med en interesse for kultur og psykiatri (Good, 1996) Tilstede var blant andre sosialantropologene Byron J. Good, Roberto Lewis-Fernandez og Arthur Kleinman. Målet den gang var å oppdatere DSM III-R til DSM IV, og et forsøk på å opprette en sjette akse for sosiale, samfunnsmessige og kulturelle faktorer. Deltagerne var spesielt inviterte for å komme med kritiske vurderinger av visse kategorier innenfor DSM III-R med et kulturelt og etnisk perspektiv (Good, 1996).

³² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

³³ F00 - F99 er kodene for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, hvor det herunder ligger 72 underkategorier av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

“The most powerful realization to emerge from the gathering in Pittsburg was the extent of our current knowledge about cultural data relevant to psychiatric diagnosis, particularly, knowledge of the phenomenology of mental illnesses across cultures and diverse social environments in our own society”. (Good, 1996:s)

Det ble satt sammen en gruppe av antropologer og psykiatere med krysskulturell erfaring. Deres oppgave var å gi råd om hvordan kulturell forståelse kan bli en mer sentral del av DSM IV (Lewis-Fernandez, 1996). De forstod ganske fort at det ville bli vanskelig å legge inn en kulturell akse til DSM IV systemet, fordi de innså at en slik akse fort ville reduseres til å bli stikkordpregede kulturkarakteristikker, der nøkkelord ble en del av den manualen som brukes i klinisk evaluering av menneskets psyke (ibid). Den største utfordringen en slik kulturell analyse kan tilføre diagnostisk tankegang, er dens kapasitet til å oversette den sosialt konstruerte konteksten som viser hovedtrekkene til en pasients fremstilling av sin kultur og livsverden, for så å avgjøre hvilken behandling denne personen trenger. For å innfri denne funksjonen, må en kulturell vurdering også ta med subkulturelle elementer i det aktuelle samfunnet, like mye som de relevante krysskulturelle elementer. Det må blant annet legges spesiell vekt på slektsforhold, klasse, rase og andre subkulturelle faktorer som har påvirkning på den kliniske representasjonen av mennesker med psykiske lidelser. (Lewis-Fernandez, 1996: 135)

På tross av alle forslag og forsøk som ble gjort for å legge en kulturell dimensjon til det diagnostiske klassifikasjonssystemet, fikk gruppen som jobbet med denne oppgaven bare liten innflytelse på utviklingen av DSM IV (Lewis-Fernandez, 1996). Det finnes ingen enkel måte å innlemme vår kunnskap om kulturelt mangfold i et dokument som DSM IV skriver Good (1996:129). Den kliniske medisinen yter motstand mot å innlemme budskapet til den sosiale og kulturelle psykiatrien i teksten til DSM IV. Good (ibid) mener antropologene er forpliktet til å se på psykopatologi³⁴ som både sosialt og kulturelt betinget, men det betyr ikke at man ikke tar hensyn til den rollen som menneskets biologi har. Det ble presentert en generell kritikk av det dominerende synet til psykopatologien og psykiatrisk praksis generelt. Kritikken går ut på at det lages et alt for skarpt skille mellom psykiatriske lidelser som sees på som universelle biologiske enheter, og menneskets egne erfaringer. Forskjellige kulturelle fortolkninger av erfaringene forekommer både hos enkeltindivider og sosiale

³⁴“Læren om de psykiske sykdommer og avvik” (Hansen, Thomsen og Varming, 2006:380)

grupper. Kritikken viser til den hegemoni visse deler av vitenskapen har, og deres manglende vilje til å gjenkjenne og forstå de sosiale opphavene til psykopatologien. Klinikerne mangler vilje til å utvikle effektive sosiale måter å gripe inn på og fremme dette videre til nevrobiologiens kunnskap om psykiske lidelser (Good, 1996). Videre er det en kritikk mot alle de enkle antagelsene om universalitet. På spill står ikke bare integriteten til psykiatriens krav om å være en vitenskap av det menneskelige sinn, viktigere er omsorgen til mange av de svakeste individene i samfunnet – psykiatriske pasienter som er immigranter, minoriteter og personer som er fattige eller lever i en marginal livssituasjon, og som står utenfor det sosiale fellesskap. Forskning viser at det er en stor forekomst av psykiatriske feildiagnostiseringer blant slike personer (Good, 1996:129)

Feildiagnostisering og feilbehandling forekommer også i mine informanternes narrativer. Flere sier seg ikke enig med diagnosen som de har fått, og flere har opplevd å bli feildiagnostiserte. De har senere fått nye diagnoser, og for noen, enda en ny diagnose etter det. Dette har for flere ført til stadig endringer av medisiner, og opplevelsen av stadig nye bivirkninger. Pasientene føler seg ofte fremmedgjorte og får ikke ta del i behandlingsopplegget. Det er få som lytter til deres virkelighetsoppfatning og tar den alvorlig. Det kan virke som om legen ikke har kunnskap om eller interesse i pasientens sosiale eller kulturelle bakgrunn, ei heller ikke prøver å lytte til vedkommendes historie om seg selv og sine opplevelser. Det jeg observerte på feltet, og det jeg fant i mine informanternes narrativer, var motstand og avmakt mot den stemplingen de opplevde. Og en motstand mot psykiatriens behandlingsmetoder. Flere fortvilet også over den bivirkningen mange av medisinene ga. Noe som blant annet kunne oppleves som følelsesmessig forflatende eller ødeleggende for motorikk og tale. En kvinnelig informant fortalte meg at da hun ble diagnostisert første gang, og fikk medisiner mot lidelsen, opplevde hun at hun ikke klarte å sitte rolig med bena. Hun sa at det følte ut som om *”det kriblet tusenvis av maur i dem”* noe som førte til at hun nærmest satt hoppende i stolen døgnet rundt. Når hun la seg ned ble det enda verre. Hun klarte heller ikke å sitte rolig med armene, men måtte stadig slå seg på lårene. Hun sov lite og svært dårlig om natten som følge av bivirkningene. Slike *”smerter”* hadde hun en hel måned. I en allerede vanskelig livssituasjon opplevde hun at den hjelpen hun skulle få gjorde livet enda vanskeligere.

Det var også et par av informantene som ikke følte seg noe bedre enda de gikk på flere typer av medisiner. Og det var flere som måtte ta nye typer medisiner som var mot bivirkningene som de fikk av de medisinene de allerede brukte. Flere var klar over at all denne medisinbruken kunne gjøre skade på kroppens organer, som nyrer, lever og hjernens hukommelse. Det hadde de funnet ut av i Felleskatalogen³⁵. Jeg spurte en av informantene om hva han syntes om de negative bivirkningene? Da svarte han at han heller ville leve et kortere liv uten angst, enn et langt liv med angst. Det er den eneste behandlingsformen han har blitt tilbudt. Han har ikke blitt tilbudt andre alternative behandlingsformer.

Det er viktig å se detaljene i de kulturelle og sosiale uttrykkene som vi finner i informantenes narrativer og væremåter. Deretter blir det viktig å finne ut av hva som har formet individets virkelighetsbilde. Mennesker fra forskjellige kulturer kan også ha og har forskjellige måter å uttrykke seg på følelsesmessig. Dette kommer også til uttrykk gjennom den kroppsliggjorte væremåten

Den kroppsliggjorte væremåten

Inspirert av Csordas (2005) perspektiv og fenomenologiske metodologi, hvor han tar utgangspunkt i kroppen som et uttrykk for selvet og kulturen, vil jeg vise hvordan hans ideer kan brukes for å forstå individers spesifikke sosiale og kulturelle særtrekk, deres tidsoppfattelse og livserfaringer. Csordas mener disse elementene nedfelles i kroppen og kaller prosessen "embodiment", som jeg oversetter til "kroppsliggjøring". Bourdieu (2005) mener også at en må studere både de sosiale omgivelsene og hvordan individene kroppsliggjør ulike "væremåter" til disse omgivelsene for å forstå den sosiale og kulturelle konteksten vi ønsker å undersøke. "Væremåtene" er det Bourdieu kaller for "habitus", som er tilegnede sosiale ferdigheter som organiseres i miljøet som omgir en person. Habitus synliggjøres i måten man prater og beveger seg på, og hvordan man forholder seg til andre. Hva vi spiser, hvordan vi uttrykker oss og hvordan vi utøver handlinger blir generert gjennom habitus (Bourdieu, 2005:10). Csordas (2005) ser på kroppen både som skaperen og

³⁵ Felleskatalogen er omtale av norske og importerte farmasøytiske spesialpreparater som markedsføres i Norge. Felleskatalogen kommer i bokform, men er også åpen for alle på internett.

uttrykkeren av selve kulturen. Derfor kan man forstå kulturelle uttrykk og situasjoner gjennom kroppens uttrykkmåter, for kroppen bærer på alle våre opplevde erfaringer, og den sosiale og kulturelle konteksten vi lever innenfor. Kroppen er ikke bare natur, den har en historie mener Csordas (ibid). "Vi skaper oss selv gjennom arbeid og gjøremål, fordi kulturelle verdier er skrevet inn i kroppen vår. Biologien har ikke monopol på kroppen, for den er like mye et subjekt som representerer en sosial og kulturell kontekst"(ibid).

Kroppsliggjøring slik Csordas (2005) bruker begrepet er et fenomenologisk standpunkt, der de kroppslige erfaringene forstås å være den eksistensielle grunnmuren til kulturen og selvet, og er derfor et verdifullt grunnlag når væremåter skal analyseres. Videre understreker Csordas at det er et veldig viktig forhold mellom biologi og kultur. Både biologi og kultur er former for objektivisering, som begge er representert og må derfor tas med i en analyse for å forstå vår "væren" i verden (S: 270). Vi bærer det sosiale med oss, det er avhengig av, og kan ikke separeres fra biologien. Kulturell mening er det indre i oss som transformeres til kroppsliggjorte erfaringer på det eksistensielle nivået av å "være" i verden. Vi må derfor se på kroppen som en synetese av biologi og sosiale erfaringer, og man kan ikke analysere kroppsliggjorte erfaringer ved å utelukke det ene fra det andre mener Csordas (ibid).

Denne kroppsliggjøringen er konstruerte måter å forstå en situasjon på, som kan illustreres gjennom det etnografiske eksempelet "Calor"(Jenkins og Valiente, 2005): Calor er et etnografisk eksempel på en fenomenologisk verden som verken gjenkjennes eller deles på kryss av kulturelle grupper. "Calor" (intens hete) er et komplekst begrep som kan beskrives i flere metaforer som immigrerte kvinner fra El Salvador til USA bruker når de skal beskrive noe de føler. Begrepet assosieres ofte med nerver blant flyktningkvinner i USA. Eksempler som sinne, frykt, angst, nerver, eller bekymringer kommer til uttrykk gjennom kroppsliggjøring på flere måter. Eksempler på dette er når en kvinne føler at hun lammes i kroppen, eller hun blir nummen. En annen begynner å svette, blir varm og får skjelvinger. Kvinnene har forskjellige væremåter og følelser som kommer til uttrykk gjennom kroppsliggjøring av calor. Vestlige klinikere har ikke den relevansen de trenger for å forstå Calor under diagnostiske og medisinske, forhold mener Jenkins og Valiente (ibid), noe som kan bevises i følgende historie: Mens en kvinne venter på venteværelset for komme inn til

undersøkelse hos en lege, ble hun overveldet av en intens hete gjennom hele kroppen. For å lette på denne trykkende heten tok hun av seg blusen og dyppet den i kaldt vann fra vasken. Når en av de ansatte på sykehuset kom inn på venteværelset og så dette, at hun ikke bare virket stresset men i tillegg var halvnaken, antok han straks at hun var ”psykotisk”. Øyeblikkelig overførte han kvinnen til det lokale statlige psykiatriske sykehuset. Der ble hun værende i flere dager uten at noen prøvde eller klarte å forstå henne. Helt til familien oppdaget hvor hun var.

Klinikernes forvirring over hvordan man skal diagnostisere og behandle calor kommer til uttrykk gjennom flere av historiene til kvinnene fra El Salvador. De fleste ble feildiagnostisert. Diagnosene var alt fra høyt blodtrykk til overgangsalder. Jenkins og Valiente (2005) påpeker at calor ikke er så ulik smerte. Calor er ikke klinisk observerbart eller målbart. Fra det kliniske perspektivet, ble disse kvinnene diagnostisert til å lide av symptomer som kom fra en eller flere andre lidelser, som depresjon, panikk angst, vanlig angst eller post traumatisk stress syndrom. Flere av kvinnene fra El Salvador ser ikke på calor som en sykdom eller lidelse. Jenkins og Valiente (ibid) mener derfor det er viktig å ikke ”miste sikten”, men heller forstå at under visse forhold kan calor forstås som noe normalt, en ikke-patologisk³⁶ erfaring. Deler av Jenkins og Valientes (ibid) artikkel viser, at ved å bruke vårt diagnosesystem slik det er forfattet i dag, vil det som Good (1996) advarer mot skje. Det oppstår blant annet feildiagnostisering, og det utøves en form for makt og vold mot disse kvinnene, og da særlig mot kvinnen som på grunn av feiltolkningen fra legen havnet på psykiatrisk sykehus uten å bli hørt og forstått.

Det empiriske eksempelet over viser klare paralleller til det Kim (se kapittel 2, s: 51) opplevde en varm sommerdag han var innlagt på lukket avdeling på et psykiatrisk sykehus. Både eksempelet om Calor og Kims opplevelse viser manglende evne og vilje til innlevelse, forståelse og kommunikasjon fra helsearbeidernes side. Med forutinntatte holdninger til psykiske lidelser og manglende kunnskap om kulturelt betinget atferdsmønstre og væremåter, vil flere helsearbeidere se på det som i noen tilfeller kan være normal atferd, som unormal og avvikende atferd. Og med denne manglende kunnskapen konkluderer de med at pasientenes ofte ufarlige handlinger er psykotisk betinget, og at de derfor kan være

³⁶ Sykdomslære – Ikke sykdomsbasert

til fare for seg selv og andre, og derfor må behandles med tvang. Denne formen for makt, viser hvordan blant annet diagnostisering kan oppfattes som en form for makt som utøves gjennom sosial kontroll. Dette vil jeg nå gå nærmere inn på.

Sosial kontroll, vold og symbolsk makt

En diagnose er en merkelapp, og det finnes et potensielt misbruk av psykiatriens merkelapper. Derfor er det viktig med et krysskulturelt perspektiv mener Kleinman (1988). Dette viser jeg også eksempler på i analysen, kapittel 3, hvor det i følge Giddens (1997:178) er de med politisk makt som har retten til å definere og sette merkelapp på hva som er avvikende, det vil si uønsket atferd i et samfunn. Det er gjennom samhandlingsprosesser mellom avvikeren og "den normale", at denne formen for merkelegging av psykisk syke oppstår, når personen ikke samhandler innenfor de gitte sosiale konvensjonene (se Calor S:97-98 Kim S:51, Bernhardt S:44, og Arne S:43). I følge Kleinman (ibid) har psykiatriske diagnoser i mange samfunn en påvirkende betydning på de politiske og offentlige arenaer. I det offentlige har for eksempel en diagnose betydning når en psykisk syk blir funnet arbeidsufør. I stedet for tilpasset arbeid blir personen trygdet eller må motta sosial hjelp. Alle borgere har definerte plikter og rettigheter. Psykiatriske diagnoser har stor betydning i den moderne staten. De offisielle diagnosene representerer byråkratiske standarder som fastsetter alt fra en persons kompetanse, til personens rett til å få tilgang på sosiale goder (Kleinman, 1985)). Eller for å sitere Turner:

"Since sickness can be regarded as a form of social deviance, the medical profession has a policing function within society. Medicine as a form of social control involves the standardization of illness into phenomena which can be managed by bureaucratic agencies". (Turner, 1995:206)

Medisinering av psykiske lidelser, om den kan forsvares eller ikke, er en alternativ form for sosial kontroll mener Kleinman (1988). Kleinman mener at de psykiatriske institusjonene har tatt over posisjonene til religiøse og andre samfunnsinstitusjoner som før vaktet over menneskers handlinger og atferd. Dette trenger nødvendigvis ikke alltid å være uønsket. I visse samfunn kan noen former for medisinering gi opphav til nyttige sosiale forandringer som ellers kan være, eller har vært politisk uakseptabelt. Kleinmann (ibid) viser til et

eksempel fra USA for å demonstrere poenget. Fattigdom, arbeidsløshet og andre økonomiske og sosiale problemer oppfattes som et medisinsk problem i dagens USA, fordi sosiale problemer ofte fører til både psykiske og fysiske lidelser som kan bli kroniske. Ut fra nye diagnoser kommer den "syke" under kategorien mennesker som er for syke til å jobbe, og blir derfor medisinerert i forhold til diagnostiske kriterier. Ved å bli klassifisert som arbeidsufør, vil de således få visse sosiale og økonomiske rettigheter. Ulempen med en slik praksis er at medisineringen kan trivialisere og fornekte alvorlige sosiale problemer. Kanskje det nyttigste bidraget krysskulturelle analyser kan gi psykiatrien er konstant påminnelse om dilemmaene og de sosiale omkostninger en diagnose kan forårsake. Makt, sosial kontroll og misbruk av diagnoser forekommer ofte innenfor et byråkratisk system mener Kleinman(1988), og mener det ikke er mulig å medisinere vekk menneskelige forhold. Medisinerer kan føre til store ydmykelser av mennesket (ibid). Turner (1996) hevder at den generelle trenden i legevitenskapen er å behandle all "avvikende atferd" som et kjemisk problem. På samme måter som med "mekaniske" teorier om legemlig sykdom, så mener Turner (ibid) at psykosomatisk medisin har blitt likegyldig til spørsmålene rundt mening og moral, som før har vært sentrale i alle religiøse verdenssyn. Han mener også at medisinenes rådende makt i samfunnet har skiftet ut mening og moralske spørsmål, med amoralske mekaniske teorier om mennesket (s:100).

Motstand mot psykiatriens maktbruk.

Motstand mot psykiatriens "makt" har ofte vært diskutert, men har sjeldent blitt studert og analysert, verken kollektivt eller individuelt (Crossley, 2004). I artikkelen "Not being mentally ill" (ibid) analyseres pasienters motstand mot psykiatriens makt. Crossley hevder at mye av psykiatriens makt ligger i makten til å definere og bedømme et menneske. Gjennom deres maktbruk utøver psykiaterne en form for vold, en symbolsk vold som foregår gjennom stigmatisering og diskvalifisering i det sosiale liv og på de offentlige arenaer. Videre mener han at ved å bruke Bourdieus begrepsmessige verktøy og spesielt begrepene om "habitus" og "symbolsk makt", kan forskjellige måter om hvordan atferd og erfaringer er støpt inn i et maktforhold avsløres (s:163). I et Bourdieusk perspektiv kan det psykiske helsesystemet analyseres som et felt hvor konkurrerende agenter søker å etablere et monopol av

ekspertise, autoritet og behandlingsrettigheter. Som Turner og Kleinman mener Crossley at det i tidligere tider var en kamp mellom religiøse, juridiske og medisinske grupper. På slutten av 1800 tallet fikk den medisinske vitenskapen eksklusivt definisjons-monopol og hegemoni over hvem som kunne klassifiseres som psykisk syke (ibid). Psykiatriens autoritære makt og styrke makt ligger i dens symbolske makt og rett til å definere, navngi, kategorisere og diagnostisere; dvs. å lokalisere spesielle typer av mentalt ubehag og avvik innenfor en medisinsk modell av sykdommer. Konsekvensen blir at individer som faller innenfor disse kategoriene blir behandlet i henhold til diagnose, aktuelle og forventede symptomer. Psykiatriens maktbruk er en makt som er avhengig av tro, hevder Crossley. Han mener Psykiaterne må tro på sine egne metoder, det må også "staten" som gir psykiatrien fullmakt til å utøve tvang for å kunne gjennomføre deres bestemmelser. Folk flest underkaster seg stilltiende "ekspertisens" virke og aksepterer denne formen for makt som psykiatrien og andre medisinske institusjoner utøver. Troen på eksperter er kroppsliggjort og nedfelt i folks handlinger. De har stor tiltro til det medisinske regimet.

I England finnes det en ganske stor gruppe interesseorganisasjoner for mennesker med forskjellige psykiatriske diagnoser. Flere av disse gruppene har medlemmer som kaller seg for "survivors", de overlevende. De har utviklet forskjellige strategier for å underbygge en selvtilskrevet identitet. Deres nye narrativ, som de lever etter kan kalles "not being mentally ill" (se Crossley, 2004). De "overlevende" er aktivister som i starten aksepterte diagnosen og behandlingen de fikk. Dette har endret seg: *"Fourteen years ago I was diagnosed as schizophrenic; five years ago that was changed to chronic schizophrenic; three years ago I gave up and went back to being Ron Coleman"* (Ron Coleman 1996:11: Crossley, 2004:161). Helt fra den spede begynnelse har flere av "survivors" organisasjonene utfordret den symbolske makten, "tatt for gitt" aksepten, og troen på de medisinske modellene som ligger under diagnostisering. Gjennom bøker og media har de funnet sin offentlige sfære hvor de har sluppet til med kritikk av psykiatriens metoder og praksiser. De har utfordret psykiatrisk klassifisering og både identifisert og bestridt det de mener er rollen og makten til psykiatrien, nemlig en institusjon som utøver sosial kontroll. De "overlevende" har skapt det Crossley velger å kalle en "opposisjonell habitus"(s:167); hvor de velger å fortolke sine egne erfaringer annerledes enn psykiateren. De tør å utfordre, og så nekte å spille den rollen som

forventes av psykiatrien. De nekter å se på seg selv som syke på psykiatriens premisser, og de lærer seg metoder for å leve med de "skavankene" de har. Et eksempel på en gruppe mennesker som innehar denne "opposisjonelle habitusen" er de som tilhører "The Hearing Voices Network" (HVN). HVN er et nettverk som oppmuntrer mennesker som hører stemmer å lære seg hvordan de skal takle og leve et normalt liv med stemmer de hører i sitt eget hode (ibid: 171). De mener for eksempel at det ikke er stemmene de hører som er problemet, men hvordan man selv reagerer på stemmene. Hvis en person fortolker og reagerer negativt på stemmene i sitt eget hode og ikke klarer å holde ut med dem, da er det et problem. Det finnes mange mennesker som hører stemmer daglig, som lever normale liv og aldri har oppsøkt en psykiater. Dette er mennesker som oppfatter stemmene som en naturlig del av livet. Flere av disse mener at stemmene fører noe positivt med seg. I følge psykiatrien er det å høre stemmer et tegn på at man hallusinerer, noe som sees på som et avvik og et psykisk problem. Psykiateren søker etter både biologiske forklaringsmodeller, og metoder til å korrigere atferdsforstyrrelser. Ofte ender det med medisiner og andre behandlingsmetoder som fjerner stemmene. Gjennom behandling avskrekkes pasienter fra å feste seg til stemmene, og det forventes at de skal ignorere dem hvis det er mulig (Crossley, 2001). HVN oppmuntrer stemmehørerene til å utforske sine stemmer, og de har metoder som lærer folk å leve med dem. Mange av "stemmehørerene" har også andre "symptomer" som har blitt diagnostisert som psykiske lidelser uavhengig av stemmene. HVN aktivistene mener at disse "symptomene" heller er en reaksjon på stemmene. Å høre stemmer kan gjøre at mennesker føler seg paranoide, angstfulle og ute av kontroll. Stemmene kan gjøre dem deprimerte og ødelegge søvnmønstret. "Stemmehørerene" oppmuntres til å ta kontroll over sine egne stemmer, "eie" dem, og gjøre de forståelig på sin egen måte. De oppmuntres til å tenke ut strategier, som også kan lånes fra andre, men som kan utgjøre en strategisk kombinasjon som passer best hvert enkelt individ. Flere av personene Crossley (2004) intervjuet bekreftet at metodene var veldig effektive, og Crossley mener at HVN sine aktiviteter er en viktig utfordring til psykiatriens autoritet og til farmasøytindustriens (pilleindustriens) økonomiske interesser (s:172). HVN forkaster psykiatriens råd til pasienter om å ignorere stemmene, ved å insistere på at den "overlevende" kan bli herre over sin egen stemme, ofte uten hjelp fra psykiatrien.

Crossleys artikkel er viktig bidragsyter både i normalitetsdebatten og i synet på hva som hjelper og ikke hjelper i behandlingsøyemed. Men det er viktig å påpeke at det også finnes mennesker som ikke klarer å leve med befalende og fordømmende stemmer. Noen ganger kan det være påkrevet med akutt hjelp! Bernhard (se side) hørte etter hvert stemmer som kom med fordømmelse og som gjorde livet vanskelig og uutholdelig. Brochs artikkel (2001) (s:) viser også hvilke konsekvenser som oppstår når et lite samfunn må forholde seg til en "gal" manns handlinger som utføres pga stemmer han hører i hodet.

Samfunnets betydning under behandling

Hvordan et samfunn imøtekommer og behandler mennesker med avvikende atferd virker å ha stor betydning for hvor fort pasientene blir "normalisert" igjen, og om de blir "normale" igjen på samfunnets premisser. Forskning gjort i eget samfunn og narrative til mine informanter på feltet, viser at psykiatriens behandlingsmetoder ofte glemmer gjensidig samhandling med pasientene under behandling og i rehabiliteringsprosessen. Det psykiatriske hjelpeapparatet ser ut til å ha glemt individuelle og kulturelle forskjeller hos mennesker som kan ha stor betydning i behandlingsprosessen. I moderne komplekse samfunnet hvor individuelle og kulturelle forskjeller er betydelig stort, har hovedløsningen på psykiske problemer blitt pilleindustriens økonomiske triumfferd. I følge informantenes egne narrativer har ingen blitt møtt med genuin interesse for hvordan deres liv og virkelighet er, og oppleves. Psykoser avfeies som realitetsbrister og er derfor irrelevante og uinteressante i rehabiliteringsprosessen. Som jeg nevnte tidligere i avhandlingen virker det som om informantenes psykotiske verden kan gi mye informasjon om hva en person sliter med, ønsker eller har drømmer om. Psykoser forteller også noe om menneskers religiøse tro. Dette er narrative til Bernhardt s:44 og Arne s:43 gode eksempler på. Et annet godt etnografisk eksempel er Brochs (2001) artikkel om hvordan galskap oppleves og behandles i et lite indonesisk øysamfunn:

Samfunnet er muslimsk, men øyboerne tror også på forfedre ånder, onde ånder og jinner (Jinn er en demonisk skapning man finner i arabisk og muslimsk mytologi). Artikkelen er et eksempel på forskjellige fortolkninger og forklaringer på alvorlig avvikende atferd. Broch

beskriver hvordan landsbyboerne møtte og taklet de problemene som oppstod når en av øyboerne vendte tilbake til landsbyen etter å ha vært borte over lengre tid, for å finne meningen med livet hos en guru. Den unge mannen het Belo, og hans gale og avvikende atferd gjorde en ellers harmonisk og lat landsby til et nervøst og usikkert sted å være. Belo mente selv han hadde spesielle evner. Han kunne blant annet se gjennom objekter, og han hadde direkte kontakt med Allah og andre storheter. Han fortalte at han hadde blitt beordret av Allah å lære landsbyboerne Islams rette lære. Belo påstod også at forfedrene talte igjennom ham og dikterte hans bevegelser. Han kunne også se inn i fremtiden. Han oppførte seg truende mot noen av landsbyboernes overhoder. Etter hvert også mot sin egen familie, fordi de ikke ville tro på og innordne seg Belos utsagn. Belos aggressivitet og til tider voldsomme utagering gjør at Belo til slutt bindes fast. Landsbyboerne hadde forskjellig oppfattelse av hva som lå til grunn for Belos galskap, men de fleste så på han som potensielt farlig. Landsbyboerne trodde først at en jinn har tatt plass i Belos kropp, men etter hvert mener de at han er besatt av en ond ånd. Hele landsbyen var involverte i Belos galskap, og mange ønsket å sende ham bort fordi de var redde for at det ville ende i en katastrofe. Landsbyboerne som andre i verden for øvrig kjenner frykt når kulturelle koder for akseptabel atferd blir brutt og ikke lenger fulgt. For at en person skal bli kurert må han eller hun forplikte seg i å følge den delte symbolske klassifikasjonen i samfunnet. Som sagt involverte hele samfunnet seg under helbredelsesprosessen til Belo. De prøvde ut forskjellige metoder for å få han frisk. Blant annet opprettet de kontakt med ånde verden for å kommunisere med ånden som hadde besatt Belos kropp. De samlet også inn penger for å sende bort Belo så han kunne få profesjonell psykiatrisk hjelp på fastlandet, et syn som splittet befolkningen fordi de mente vestens medisin ikke kurerte folk men bare tok bort symptomene. Ingen av forsøkene som ble gjort hadde noen stor effekt, før Belo selv også aksepterte å forholde seg til samfunnets kulturelle koder og leve etter de normene og reglene som eksisterte i hans samfunn. Noe som han i alle fall latet som han gjorde til slutt og ble "frisk". Broch (2001) mener at Belo til tider viste psykotisk atferd og at han hadde symptomer som kan minne om schizofreni.

Ulike metoder og kunnskapstradisjoner blandes i forsøket på å gjøre Belo frisk. Belos verden blir til en viss grad delt av landsbyboerne, som også tror på ånde besettelse og

kommunikasjon med ånde verden. Men vi ser også at de deler mange av de samme bekymringene og opplevelsene som vi finner i moderne samfunn. Forskjellen er at Belo og det samfunnet han lever i deler visse symbolske klassifikasjoner som gjør det enklere for landsbyboerne å involvere seg i det Belo opplever som psykisk avviker. De går inn i hans verden når de prøver å helbrede han. Selv om de ler av en del av de tingene han ser, hører og opplever, så forkaster de ikke hans sannhet, og de gjør forsøk på å kurere han ved å møte ham i hans egen virkelighet, og i en fellesskapskontekst. Dette viser større aksept for avvikende atferd. Belo hadde også stor støtte fra sin egen familie under hele prosessen.

Mine informanternes verden deles ikke av behandlernes verden som blant annet er institusjonene med sine regelbundne og kliniske metoder. Hva informanten ser og hører som psykisk syke forkastes av behandlerne, da en psykisk syk ofte vurderes til "å ikke vite sitt eget beste". En psykose vurderes også som en irrasjonell realitetsbrist. Sjansen for å bli frisk fra en del lidelser i et tradisjonelt samfunn er større enn i moderne samfunn (Kleinman, 1988). Det er også interessant å vite at psykiatrisk forskning kan vise til at:

"Det å vokse opp i byer, særlig i storbyens sentrale strøk, medfører en betydelig økt risiko for å utvikle psykoselidelser generelt og schizofreni spesielt. Vi vet også at andre generasjons innvandrere til vestlige land har opptil firedoblet risiko for å utvikle schizofreni. Dette forteller oss at miljøet man vokser opp i er av vesentlig betydning. Men hva det er ved dette miljøet som øker risikoen, er foreløpig ukjent". (Bloch Thorsen og Johannesen, 2005:10)

Mine informanter blir tatt ut av fellesskapskonteksten når de blir behandlet og plasseres på institusjoner for å skjerme samfunnet for øvrig. To unntak er Bernhard (s:) og Aurora (s:), som begge ser lettere ut til å akseptere at de er annerledes. Når jeg spurte Bernhard om han følte skam eller noen former for stigmatisering fordi han har en psykisk lidelse, så svarte han at den skammen han følte var mer tuftet på hans oppvekst, enn av lidelsen i seg selv. Han bryr seg ikke om hvordan folk reagerer på han, og han liker å ta kontakt med folk. Bernhard tør å være litt "gæærn". Han føler en form for stigmatisering, men den kommer ikke fra det omkringliggende samfunnet, men fra pinsemenigheten som mente at han ikke kunne ta på seg visse verv fordi han var psykisk syk. Bernhard, kona og deres sosiale nettverk aksepterer han som han er, og han har levd et normalt familieliv. Dessuten har han fått lov å beholde sin tro på at han har synske evner. En del av hans sosiale nettverk er pinsekirken, og

pinsekirken er en menighet som er kjent for håndspåleggelse, transe-lignende tilstander og tungetale. De beveger seg i den "overnaturlige" sfæren. Disse faktorene virker å spille inn når Bernhard har akseptert, og klarer å leve livet slik det er. Det samme kan sies om Aurora. Også hun har et fundament i den kristne tro, og hun beveger seg i kretser der hun får større aksept for den hun er. Selv om både Aurora og Bernhard i større grad har akseptert sin "annerledeshet" så sliter begge med den forferdelige angsten, men de lever med den og den får utløp i deres kreative virke. Det er også viktig å gjenta at verken Aurora eller Bernhard har vært under behandling i den offentlige psykiatrien.

Crossleys (2004) artikkel er også et godt eksempel på at muligheten til å bli "frisk" er større når den som lider beveger seg i kretser hvor aksepten for avvik er større. Artikkelen viser også at avvikerne får være med og ha medbestemmelsesrett i helbredelsesprosessen. Artikkelen viser også at det finnes visse former for psykiske lidelser man kan lære seg å leve med, og allikevel kunne fungere normalt i samhandling med andre.

Alle samfunn er under stadige endringsprosesser. Det samme kan sies om mennesket, vi gjennomgår stadig endringer, både kroppslige og mentale. Som regel flyter disse endringsprosessene problemfritt og holder seg innefor de allmenngyldige sosiale konvensjonene. Når en person blir avvikende i sin atferd slik at det fører til brudd på de sosiale konvensjonene oppstår det som Turner (1974) kaller for et "sosialt drama". I følge Turner bygger det "sosiale dramaet" som oppstår på universelle symbolske og rituelle handlinger som man finner både i tradisjonelle og moderne samfunn. Turner hevder at:

"Conflict seems to bring fundamental aspects of society, normally overlaid by the custom and habits of daily intercourse, into frightening prominence. People have to take sides in terms of deeply entrenched moral imperatives and constraints, often against their own personal preferences. Choice is overborne by duty".

(Turner, 1974:35)

Det som skjer er at avvikende atferd fører til et brudd på vanlige normer i sosiale relasjoner. Som et resultat oppstår det en krise i det omkringliggende samfunnet fordi bruddet kan føre til et sosialt kaos. Orden må gjenopprettes. Personen som bryter med samfunnets normer og som ikke følger de sosiale konvensjonene blir plutselig noe "urent" og "matter out of place" (Douglas, 1975)). Personen står utenfor de sosialt aksepterte kategoriene, og

majoriteten i et samfunn vil da utføre gjenopprettelseshandlinger for å tilbakeføre personen til samfunnet. Målet er å begrense krisen som har oppstått og etter hvert reintegrere den forstyrrede personen tilbake slik at han/hun følger samfunnets sosiale konvensjoner igjen. Det sosiale dramaet uttrykkes rituellet gjennom fire symbolske faser; 1)brudd - 2) krise - 3)gjenopprettelse og 4)reintegrering.

Brochs (2001) artikkel om Belo er et godt eksempel på et "sosialt drama" hvor vi kan følge Belo fra bruddet på de normgivende sosiale konvensjonene, hvordan samfunnet og Belo selv takler krisen, til landsbyboernes forsøk på ulike gjenopprettelseshandlinger, og til slutt hvordan Belo reintegreres tilbake til samfunnet.

Flere av narrative hentet fra feltet illustrerer også hvordan informantene har opplevd et slikt "sosialt drama". For eksempel Arnes psykotiske atferd som til slutt endte med tvangsinnleggelse (se side 43). Men narrative illustrerer også hvor viktig det er at gjenopprettelseshandlingene gjennomføres på en riktig måte, ikke bare for samfunnets beste, men også for avvikernes beste. Mye dreier seg om hvordan man blir sett og hørt. Det er viktig at personen ikke bare sees på som en avvikler med en kronisk diagnose for at reintegreringen skal bli vellykket. Med en reintegrering i form av pillebehandling som eneste alternativ for å holde avviket på avstand, vil de fleste føle at de aldri er skikkelig reintegrerte igjen. De vil på mange områder fremdeles føle ulike former for liminalitet, noe som flere av narrative bekrefter. De er verken helt syk eller helt frisk. Noe Haralds narrative er et godt eksempel på (se side:62). Dette fører til former for stigmatisering som informantene har beskrevet så godt.

Antropologiens betydning i denne konteksten

"Culture holds importance for psychiatry, in my view, principally because it brings a special kind of criticism to bear on research regarding mental illness and its treatment. From the cross-cultural perspective, the fundamental questions in psychiatry - how to distinguish the normal from the abnormal; how disorder is perceived, experienced, and expressed; why treatments succeed or fail; indeed the purpose and scope of psychiatry itself - all are caught up in a reciprocal relationship between the social world of the person and his body/self" (Kleinman, 1988)

Kleinmans sitat viser betydningen og behovet for både et subkulturelt og krysskulturelt perspektiv på psykiske lidelser, for å forstå hvordan blant annet kulturelle forhold preger mennesket. Forståelsen for de kulturelle rammene som preger psykisk syke kan vi blant annet få gjennom deres narrativer og deres kroppsliggjorte væremåter. Mennesker med avvikende atferd har også en indre livsverden som preger deres syn på seg selv og omverdenen. Dette kommer til uttrykk gjennom deres narrativer og deres handlinger, som både kan være "normal" og "avvikende". Både normal og psykotisk atferd utspilles innenfor kulturelle rammer. Derfor kan man både lese kulturelle og personlige trekk for eksempel i en persons psykose. Psykosen kan fortelle en viktig del av deres identitet og personlighet.

I over 20 år har medisinsk antropologi understreket ovenfor psykiatrien betydningen av et nærmere samarbeid når det kommer til en større forståelse av menneskelig lidelse i forskjellige kulturer og samfunn. Flere antropologer har uttrykket behovet for en større sosial og samfunnsmessig forståelse og et krysskulturelt perspektiv under utviklingen av nye diagnosesystemer. Kleinman (1988) hevder at krysskulturell forskning innenfor psykiatrien er et nærmest "eksotisk" område. Ved å tilføre en samfunnsopplysende og krysskulturell dimensjon til klassifiseringssystemet over psykiske lidelser vil sjansen for feildiagnostisering og feilbehandling bli betydelig redusert mener Kleinman (ibid). Antropologisk forskningen og dens kulturellrelativtiske syn på fenomener, er derfor en viktig bidragsyter for vår forståelse av ulike kulturer og samfunn, fordi forskjellige samfunn har forskjellige oppfatninger av hva som er sosialt akseptert eller ikke. Ulike perspektiver på det sosiale mennesket, ulike kulturelle uttrykk, og enkeltindividets egne erfaringer kan være viktige i behandlingsøyemed. For som Good (1994) hevder er den medisinske antropologiens oppgave blant annet å undersøke og vise hvordan kulturer med sine unike former for sosial samhandling og "sykdoms atferd", bruker sin kunnskap til å diagnostisere og lindre gjennom ritualer. Antropologiens metoder og tilnærminger for å forstå ulike kulturelle uttrykk og mennesker i ulike samhandlingssituasjoner kan være gode verktøy å bruke når man skal stille en diagnose. Allikevel må vi erkjenne at noen lidelser skyldes biologiske defekter, eller skader fra ulykker osv. Altså, ikke verken eller, men begge deler.

5. Avsluttende kommentar

"In the anthropological vision, the two-way interaction between social world and person is the source of thought, emotion, and action. This mediating dialectic creates experience. It is as basic to the formation of personality and behaviour as it is to the causation of mental disorder. Mental illness are real; but like other forms of the real world, they are an outcome of the creation of experience by physical stuff interacting with symbolic meanings" (Kleinman, 1988:3)

En dag kommer en liten og meget tynn dame inn døra på dagsenteret. Klærne henger som en sekk rundt den spinkle kroppen og ansiktet er preget av dype furer som gjør at hun ser mye eldre ut enn det jeg tror hun er. Hun skuler mistenksomt på meg, nesten fiendtlig synes jeg. Jeg fikk en følelse av at hun hadde kommet på dagsenteret bare for å betrakte meg, og fortelle meg noen alvorord. For når hun hadde sagt det hun ville si meg, forsvant hun like fort ut døra som hun hadde kommet inn. Hun sa ikke mye, men det hun sa gjorde sterkt inntrykk: *"Jeg har et godt liv nå, fordi psykiatrien har hjulpet meg å få verdigheten tilbake. Jeg bor i en trygdet bolig og jobber på en vernet bedrift. Der liker jeg meg veldig godt. Nå føler jeg at jeg er til nytte for samfunnet, og jeg har fått noe å fylle livet mitt med"*.

Denne lille historien viser at psykiatriens hjelpeapparat når frem og hjelper mange mennesker tilbake til et verdig liv. Derfor er det viktig å påpeke at heller ikke mine informanter så selve det psykiatriske hjelpeapparatet som et onde. Det var metodene som psykiatrien brukte, som tvangsbruk, overmedisinering og en følelse av ikke å bli sett, hørt og forstått som enkeltindivider, som informantene reagerte på. Disse metodene førte til at flere informanter mistet både sin egen identitet og kanskje også selvrespekten. Det ga dem en følelse av å bli stigmatisert, krenket og utsatt for vold. Alle disse følelsene kom frem til overflaten fordi informantene mener de ikke har fått riktig behandling, eller den hjelpen de har fått har ikke vært bra nok. I tillegg fører en diagnose til at flere får en følelse av å stå utenfor samfunnets "gode selskap". De blir definert både av det omkringliggende samfunnet, sin egen familie og av "arbeidsgivere" som avviker som ikke klarer å ta vare på seg selv, eller en jobb, og som i verste fall kan bli farlige og ukontrollerbare. Dette fører til holdninger mot avvikende atferd som kan føles både krenkende og stigmatiserende for den det gjelder. Frykten for det ukjente og uberegnelige er fortsatt stor.

I avhandlingen har jeg blant annet brukt narrativ metode for å komme frem til funnene på feltet. Dette innebar fra min side både aktiv lytting og konstruktiv tenkning for å fange opp informantenes ordvalg, innhold og budskap. Gjennom narrativer kan vi gripe den kulturelle konteksten informantene lever i. Narrativene innhentet på feltet forteller om avmakt og smerte, men også om vennskap, håp og drømmer. Det er ikke lett å være psykisk syk, og det er smertefullt å kjenne på lengselen etter det "normale", på livet man hadde før man ble syk. Eller lengselen etter det livet man ønsker å ha.

Men informantene jeg traff på feltet hadde også store hjerter og omtanke for andre som lider. De fleste var fulle av humor og pågangsmot. Selvironi og galgenhumor har blitt en del av identiteten til flere av informantene, til og med for de som hadde det aller verst, som følte at livet til tider var meningsløst. I et analytisk perspektiv så jeg på dette som overlevelsesstrategier.

Jeg vil avslutte der jeg begynte. Først om min venninne som måtte ta seg av sin psykisk syke mor i oppveksten. Rollen som pårørende for sin egen mor har preget livet til venninnen min. Hun har måttet ta mange valg og avgjørelser i forhold til behandling og innleggelse. Det har ikke vært lett med tanke på hvor få alternativer vi har i dette landet har hun selv sagt. Tvang har noen ganger vært eneste alternativ. Det har vært forferdelig vondt for henne å skrive under psykiatriens papirer for å tillate tvangsbruk mot sin egen mor.

Min venninne i USA var for bare noen få uker siden i en avgjørende rettssak mot mannen angående omsorgsrett over felles datter. Mannen vant foreldreretten. Et avgjørende element var min venninnes tidligere avvikende atferd, og hans kjennskap til den amerikanske kulturen og rettssystemet. Min venninne får se sin datter tre ganger i uken, fire timer per gang. Hun trenger ikke lenger oppsyn av en monitor.

Og min kjære bror, han har det dessverre ikke så godt. Men jeg kommer aldri til å miste håpet om en metode som en dag vil gjøre livet hans lettere, og forhåpentligvis mye bedre.

LITTERATURLISTE

Alver, Bente Gullveig og Øyen, Ørjar. (1997) "Forskeretikk i forskerhverdag" *Vurdering og praksis*. Tano Aschehoug.

Andersen, Ingeborg M og Berger, Reidun (red). (2004) "Ord over sinn og våre virkeligheter": *En antologi*. KOLOFON AS. Oslo

Archetti, Eduardo.(1984) "Om maktens ideologi" *en krysskulturell analyse*" i Klausen, Arne Martin (red) "Den norske væremåten" *Antropologisk søkelys på norsk kultur* J.W. Cappelens Forlag A.S.

Archetti, Eduardo P. (1994) "Introduction" i (Red) Archetti, E. *Exploring the written. "Anthropology and the Multiplicity of Writing"* Scandinavian University Press. ss 11-28

Blakar, Rolv Mikkel. (1996) "Språk er makt" *Revidert utgave*. Pax forlag A/S Oslo.

Bloch Thorsen, Gerd Ragna og Johannesen, Jan Olav. (2005) "Schizofreni" *For pasienter, pårørende, helsepersonell og andre*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Bourdieu, Pierre. (2005) "Distinksjonen". Bokklubben

Bourdieu, Pierre og Loic J.D.Wacquant. (1995) "Den kritiske ettertanke" *"Grunnlag for samfunnsanalyse"*. Det norske Samlaget

Bourdieu, Pierre. (1996) "Symbolsk Makt" *Artikler I utvalg*. Pax Forlag A/S, Oslo

Broch, Harald Beyer. (2001) "The Villagers`Reactions Towards Craziness: *An Indonesian Example*" *Transcultural Psychiatry* 38; 275

Broch, Harald Beyer. (2008) "Et antropologisk blikk på avvikende atferd" i *Impuls* tidsskrift for psykologi 2- 2008 62. Årgang

Bruner, Jerome. (2004) "Life as narrative" *Social research* Vol 71 : No 3 : Fall

Crossley, Nick. (2004) "Not being mentally ill". *Social movements, system survivors and the oppositional habitus*. *Anthropolgy & Medicine* vol. 11 No 2 . Carfax Publishing

Csordas, Thomas J. (1994) "Embodiment and Experience": *The Existensial Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.

Danbolt, Lars Johan og Hestad, Knut. (2008) "Psykosser og religiøsitet" i *Impuls* tidsskrift for psykologi 2- 2008 62. årgang

Douglas, Mary. (1975) "Pollution" i Mary Douglas, *Implicit Meanings*. London: Routledge & Kegan Paul.

Egidius, Henry. (1987) "Psykologiske Grunnbegreper" *Norsk utgave ved Einar Ness*. Tano Oslo

Foucault, Michel. (2000) "Galskapens Historie" Bokklubben Dagens Bøker

Frøystad, Kathinka. (2003) "Forestillingen om det "ordentlige" feltarbeid og dets umulighet i Norge", i Rugkåsa, M. & Thorsen, K. T. (red): *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*. Oslo: Gyldendal: 32-64.

Færden, Ann. (2008) "De negative sidene ved schizofreni" i *Impuls* tidsskrift for psykologi 2-2008 62. årgang

Goffman, Erving. (1990): "Stigma" *Notes on the Management of Spoiled Identity*. PENGUIN, Psychology. London

Goffman, Erving. (1991): "Asylums" *Essays on the social situasjon of mental patients and other inmates*. PENGUIN, Social Sciences. London

Goffman, Erving. (1992): "Vårt Rollespill til Daglig" *The Presentation of Self in Everyday Life*. Pax Forlag A/S, Oslo

Good, Byron. (1994) "Medicine, rationality, and experience" *An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press

Good, Byron. (1996) "Culture and DSM-IV": *Diagnosis, knowledge and power* *Culture, Medicine and Psychiatry* 20: 127-132

Hansen, Mogens, Thomsen Poul og Varming, Ole. (2006) "Psykologisk Pædagogisk Ordbog" Hans Reitzels Forlag.

Ingham, John M. (1996) "Psychological anthropology reconsidered" University Press, Cambridge.

Jenkins, Janis H and Valiente, Martha. (2005) "Bodily transactions of the passions" *el calor among Salvadoran womwn refugees*. In Csordas, Thomas (red) "Embodiment and experience" *The existensial ground of culture and self*. Cambridge University Press.

Johannesen, Jan Olav. (2005) "Psykose, hva er det?" *Introduksjon om psykotiske lidelser for omsorgspersoner, familie og venner*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Klausen, Arne Martin. (1992) "Kultur, mønster og Kaos" Ad Notam Oslo. Gyldendal

Kleinman, Arthur. (1988) "Rethinking Psychiatry" *From Cultural Category to Personal Experience*. THE FREE PRESS, New York

Laueng, Arnhild. (2006) "I morgen var jeg alltid en løve". Cappelen, Oslo

Lewis-Fernandez, Roberto. (1996) "Cultural Formulation of Psychiatric Diagnosis" *Culture, Medicine and Psychiatry* 20: 133 - 144

Maddux, James E. (2003) "Stopping the madness" i *Impuls* tidsskrift for psykologi 1 - 2003 57. årgang

Meyer, Siri og Sirnes, Thorvald.(1999) "Normalitet og identitetsmakt i Norge" *Makt- og demokratiutredningen 1998-2003*. ad Notam Gyldendal

Meyer, Siri (1999) "Identitetsmakt i Norge" i Meyer, Siri og Sirnes, Thorvald (red.) "Normalitet og identitetsmakt i Norge". Ad Notam Gyldendal, Oslo

Pausewang, Elin A. (2001) "Syk og Frisk, yter og nyter" - *likhetsdilemmaer i et helsefremmende fellesskap*. I Vike, Liden og Lien (red) "Likhetens paradokser" Universitetsforlaget.

Rognes, Waldemar. (2003) "Klassifikasjonssystemer og diagnostisk praksis" i *Impuls* tidsskrift for psykologi 1 - 2003 57. årgang

Sigstad, H M H. (2004) "Profesjon og samfunn" *Kronikk*. Tidsskrift Den norske legeforening.

Sirnes, Thorvald. (1999) "ALT SOM ER FAST FORDAMPER" i Meyer, Siri og Sirnes, Thorvald (red.) *"Normalitet og identitetsmakt i Norge"*. Ad Notam Gyldendal, Oslo

Sørhaug, Hans Christian. (1984) "Totemisme på norsk" - *betraktninger om den norske sosialdemokratismens vesen* i Klausen, Arne Martin (red). "Den norske væremåten". Cappelen.

Turner, Bryan S (1995). "Medical Power and Social Knowledge". *Second Edition*

SAGE Publications

Turner, Bryan S (1996). "The Body & Society" *Explorations in Social Theory*. Second Edition.

SAGE Publications

Turner, Victor. (1974) "Social Dramas and Ritual Metaphors" i V. Turner, *Dramas, Fields and Metaphors*. Ithaca: Cornell University Press, s 23-59.

Wadel, Cato. (1991) "Feltarbeid som runddans mellom teori, metode og data", i *Feltarbeid i egen kultur*. SEEK ss. 127-181

Vike, Halvard, Liden, Hilde og Lien, Marianne E. (2001) "Likhetens paradokser" *Antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*. Universitetsforlaget.

Wadel, Cato. (1991) "Feltarbeid som runddans mellom teori, metode og data" i *Feltarbeid i egen kultur*. SEEK 127 - 181

Wagner, Roy. (1981) "The Invention of Culture" *Revised and Expanded Edition*. The University of Chicago Press.

Wikan, Unni. (1992) "Beyond the Words: The Power of Resonance", i *American Ethnologist*. *A journal of the American Anthropological Association* 19 (3) ss 460-482