

# Fortolkning av sinnet

Amund Meidell Andenæs<sup>1</sup>

## Innledning

Hva innebærer det å arbeide med psykisk helse? Spørsmålet er omfattende og kan besvares på mange forskjellige måter. Et sentralt premiss for svaret vi gir, er hvordan vi konstituerer en forståelse av det kliniske arbeidet innen psykisk helse. Hvordan vi danner oss en forståelse av det kliniske arbeidet, har implikasjoner for hvordan vi både leser og svarer på det innledende spørsmålet.

I mitt doktorgradsarbeid var problemstillingen hvordan atten voksenpsykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid (Andenæs, 2018). Det jeg fant var at psykiaternes måte å danne seg en forståelse på kan betraktes ut ifra noen få sentrale faglige prinsipper. De faglige prinsippene var førende for måten psykiaterne reflekterte på. Jeg vil i dette essayet presentere og drøfte mine funn gjennom å vektlegge fire av de seks faglige prinsippene psykiaterne konstituerte ut ifra.

## Utgangspunktet

Fra tid til annen dukker det opp arbeider som forsøker å belyse mer direkte de grunnleggende antagelsene vi legger til grunn når vi betrakter psykisk helse. Dessverre er det altfor sjelden. Videre kan arbeidene og refleksjonene bli vanskelige å knytte direkte til det kliniske. Hans Skjervheim berørte det vi ofte innen vårt fag omtaler som grunnlagsproblemer. Han var opptatt av fagpersoners objektivisering av mennesket; ofte brukte han pedagogikken som eksempel. Tidlig i mitt møte med psykiatrifaget leste jeg et av hans mest kjente essay, "Tilskodar og deltakar" (Skjervheim, 1956). Det både inspirerte meg og gjorde meg urolig. Gjorde jeg meg til en tilskuer eller deltager i mine møter med pasientene? Hvordan betraktet jeg pasienten og den faglige kunnskapen

1. Amund Andenæs, psykiater med avtalepraksis i Lillesand, [amund100@gmail.com](mailto:amund100@gmail.com)

jeg tilegnet meg? Videre møter med lærebøker i psykiatri, den antipsykiatriske bevegelsen, psykoanalytisk litteratur, ulike terapimodeller, biologisk psykiatri, veiledere, kolleger og pasienter forsterket tidvis min urolige undring. Her hadde jeg havnet i et fagfelt med mange forskjellige svar på noen få grunnleggende spørsmål. Utgangspunktet for mitt arbeid ble et ønske om å belyse og reflektere over vårt fags grunnlagsproblemer på en mest mulig klinikknær måte. Min erfaring var at mye av litteraturen og undervisningen relativt raskt hoppet over grunnleggende spørsmål og heller begynte fra B eller C, enn å starte fra A.

I dette essayet vil jeg forfølge to sentrale spørsmål. Det ene er *hva* vi i psykisk helse arbeider med. Det andre spørsmålet er hvilken type kunnskap vi bør basere vårt arbeid på og lese pasientene ut ifra. Det dreier seg om de to vitenskapsteoretiske temaene; ontologi og epistemologi.

## Hva arbeider en psykiater med?

Spørsmålet om hva en psykiater arbeider med kan virke banalt. Et overordnet svar kan være at fagpersonen arbeider med mennesker med psykiske lidelser. Eller er det sykdommer? Men hva menes egentlig med lidelse eller sykdom? Dette er viktige og utfordrende spørsmål for hele helsevesenet i dag. Med tanke på politiske føringer for organisering, rettigheter og prioritering blir det et presserende spørsmål. Svein Haugsgjerd (1970) drøftet for femti år siden spørsmålet om lidelse og sykdom innen psykisk helse, hvor han kritiserte det daværende rådende medisinske perspektivet. Jeg tror problemstillingen er lite endret i dag, og vil være aktuell også om femti nye år. Det handler om at fagfeltet er sammensatt av ulike perspektiver som vanskelig lar seg integrere. Forsøk på integrering ved hjelp av for eksempel en biopsykososial modell, synes jeg verken er gode eller overbevisende. Jeg mener vi bør være integrerende i kontrast til splittende, men det er samtidig viktig å respektere de ulike perspektivenes egenart.

Ett perspektiv på hva en psykiater arbeider med, handler om å betrakte fenomenene som enheter og så sammenligne og sammenstille de forskjellige fenomenene til mer overordnede fenomen, sykdommer. Det etablerer en sykdomsforståelse hvor pasientens psykiske vansker betraktes og klassifiseres som mer eller mindre uttrykk for en sykdom eller lidelse. Et annet perspektiv handler om å betrakte pasientens psykiske vansker som uttrykk for hans eller hennes særegne forståelse av seg selv, andre og verden. Det retter oppmerksomheten mot pasienten som menneske og en psykiaters arbeid blir mer å for-

stå som et arbeid med allmennmenneskelige problemer. I intervjuene med de atten psykiaterne var det stadig en spenning mellom primært å fokusere på en sykdomsforståelse versus pasientens forståelse av seg selv, andre og verden<sup>2</sup>. Ingen av psykiaterne utelukket det andre perspektivet. En psykiater kan sies både å arbeide med psykisk sykdom (bredt definert) og pasientens sinn. Det handlet om hvilket perspektiv som skal være det primære og, hvilket som bør være det faglig førende prinsippet. Hvordan vi integrerer disse to perspektivene.

## I hvilken grad er sykdom et fruktbart begrep?

For mange av informantene var det å snakke om de enkelte lidelsene et selv-følgelig sted å begynne når de skulle omtale sitt arbeid og arbeidsområde. Forståelsen av den enkeltes arbeidssituasjon handlet om å beskrive med utgangspunkt i et sykdomspanorama. Informantenes sykdomsforståelse var førende for hvordan pasientens vansker ble tolket. Psykisk sykdom blir beskrevet som avgrensede og spesifikke enheter.

For Sebastian var det viktig å kunne gjenkjenne sykdom og dens generelle tegn. Gjennom å gjenkjenne spesifikke tegn kan psykiateren "se" den underliggende sykdommen, problemet pasienten har. Fokus på sykdom er viktig for at ikke fagpersonen går seg vill i individuelle variasjoner og hverdagslige problemer. Psykiaterens oppgaver og rolle er for han i stor grad knyttet til sykdom, ikke kun som et begrep, men som noe foreliggende. Kjersti var også opptatt av at psykiateren må identifisere kjernen av pasientens problemer. For henne er sykdom spesifikke tilstander som må skilles ut ifra de mange ulike problemene en pasient kan komme med. En sentral del av arbeidet består nettopp i å kunne skille ut og identifisere pasientens spesifikke lidelse. Selv om Kjersti kan se mange sammenhenger mellom den spesifikke lidelsen og pasientens levde liv, fremsto det som viktig for henne å gjøre en avgrensning og behandle lidelsen som en avgrenset tilstand.

For flere av informantene er sykdom et fruktbart begrep fordi det betegner noen faktisk foreliggende avgrensede og spesifikke tilstander. Psykiateren de-

2. I doktorgradsarbeidet gjennomførte jeg atten semistrukturerte dybdeintervjuer. Jeg søkte en bredde av forståelser gjennom å inkludere informanter med ulik bakgrunn, ulik arbeidssituasjon og forskjellig tilleggsutdannelse. Etter analyse gjorde jeg en fortolkning av dataene. I arbeidet etablerte jeg to idealtyper, *Medisineren* og *Fortolkeren*, som er to ulike betraktningmåter. Som del av anonymiseringen gav jeg informantene fiktive navn og i avhandlingen har jeg med mange sitater. I essayet bruker jeg disse navnene.

fineres i stor grad ut ifra disse tilstandene. Det er disse tilstandene psykiateren kan noe om og kan behandle i møte med pasienten. Tove uttrykker dette direkte når hun understreker: "Vi er utdannet doktorer. Vi skal behandle". Rollen som behandler knyttes til sykdom. Hun ser det i kontrast til psykoanalysen som er "en måte å lære å forstå seg selv bedre på", ikke behandle. Med sykdom tenker altså flere av informantene på tilstander vi kan forske på og etablere felles vitenskapelig kunnskap om. Forståelse for den enkelte pasient og hans eller hennes livserfaringer blir noe mer supplerende. Sykdom er ikke kun et fruktbart begrep, men noe foreliggende som dikterer og definerer psykiaterens selvforståelse.

Symptomer omtales av flere som objektive tegn på sykdom. Det er tegn som kan kvantifiseres, måles og må forstås i relasjon til sykdommen. Selv om Tormod er en som ser det problematiske ved en slik betraktning, er han mer betenkt til å skulle forsøke å forstå symptomene utenfor en sykdomsforståelse. For han blir det en spekulativ virksomhet som ikke nødvendigvis pasientene er tjent med. Dette er et direkte og ofte indirekte sentralt poeng for flere av informantene. Alternativet til en felles og vitenskapelig basert sykdomsforståelse erfares som u håndterbar. Det blir for spekulativt og tilfeldig. Mange er inne på hvordan pasientens psykiske vansker kan forstås i sammenheng med den enkeltes livserfaringer, men de vegrer seg mot å lene seg til det de oppfatter som spekulasjoner. En psykiater bør for dem arbeide med det mer sikre, det som kan stadfestes. Registrering og kvantifisering av det de oppfatter som objektive uttrykk for en underliggende sykdom, erfares som et tryggere faglig ankerpunkt. Det oppfattes ikke som en skapt virkelighet.

Psykisk sykdom fremstår for disse informantene som meningsløse. Det handler ikke om verdiladede uttrykk fra et levd liv. En vesentlig likhet mellom psykisk og somatisk sykdom handler for Sebastian og Tove om å kunne skille mellom sykdom og person. Psykisk sykdom er noe pasienten har, ikke er. En informant uttrykker det slik: "Psykiske lidelser er som andre lidelser. Det er bare at det setter seg i hodet, i stedet for i magen". Et viktig aspekt ved sykdomsbegrepet er at det tillater psykiateren å skille mellom et fokus på sykdom og et fokus på person. Dette kommer klart til uttrykk i mange av intervjuene når informantene er opptatt av faren for å bli *for* interessert i den enkeltes særegne historie. Det handler om å opprettholde en viss distansert lyttende holdning slik at pasientens sykdom eller lidelse kan gripes. Psykiateren er jo ikke ekspert på mennesket eller den enkeltes liv. Fagpersonen bør ut ifra denne betraktningmåten trå varsomt i det verdiladede feltet et fokus på pasienten som person ville innebære.

Skillet mellom sykdom og person kommer også til uttrykk når informantene omtaler psykiaterens relasjon til pasienten. Enkelte bruker metaforer som kunde og tjeneste. De skiller mellom å være fagperson og person i møte med pasienten. Noen påpeker faren med å "bli for nær". Det handler for flere om "å sikre" en grei arbeidsrelasjon og påse at pasienten opplever seg møtt. Trude omtaler det som "kvaliteten" ved arbeidet og skiller det fra den faglige vurderingen og arbeidet hun gjør. Det relasjonelle aspektet ved pasientsamtalen skiller på ulike måter ifra en rent faglig oppmerksomhet. Tanken er at psykiateren primært skal arbeide med pasientens psykiske sykdom og ikke pasienten som person.

Informantene er opptatt av å bevare et faglig fokus i møte med mennesker med psykiske vansker. For dem er sykdom et sentralt faglig prinsipp. Etter min oppfatning handler det for dem om å sikre en rasjonell tilnærming i møte med et komplekst fagfelt. De betrakter psykisk sykdom som biografiløse tilstander. Det sikrer en profesjonell tilnærming og psykiatrifagets posisjon som et medisinsk fag. Et sykdomsbegrep oppfattes som fruktbart ved at det etablerer en betydningsfull faglig objektivisering. Psykiateren blir dermed ikke en fagperson som kun synser og mener noe om pasientens eksistensielle situasjon og individuelle meningsaspekt.

## Førstepersonsperspektivet og det å være menneske

I intervjuene fant jeg andre informanter som la minimal vekt på spesifikke lidelser når de reflekterte over sitt kliniske arbeid. De var opptatt av pasientens egen forståelse og erfaringer. Pasientens forståelse av seg selv, sin situasjon og sin omverden ble beskrevet som et fundamentalt orienteringspunkt. Pasientens forhold til seg selv, andre og omverden tenkes av dem som omdreiningpunktet for psykiaterens forståelse av pasientens psykiske vansker. Etter min tolkning etablerer det en oppmerksomhet mot pasientens sinn.

En slik oppmerksomhet mot pasientens særskilthet står i kontrast til en orientering ut ifra sykdomsforståelse. Lars sier at det handler ikke om at fagpersonen ikke kjenner til diagnostikk eller en sykdomsforståelse, "men vi må legge det til side for å møte mennesket i sin særskilthet". Både de som reflekterte på denne måten og de som vektla sykdomsforståelse som et sentralt prinsipp, setter på forskjellige måter disse to orienteringene imot hverandre. Lars' poeng er at en oppmerksomhet mot sykdom kan stå i veien for å se den enkelte. Informantene som er opptatt av førstepersonsperspektivet legger vekt på hvor utfordrende det kan være for fagpersonen å gjøre seg kjent med dette

perspektivet. En stor del av deres faglige kompetanse handler på mange måter om å jobbe med erfaringer med å være menneske, og ikke sykdom.

Menneskets eksistensielle situasjon er en naturlig del av Nils' arbeidsområde; "Å bli kjent med seg selv, å forstå seg selv og de sammenhengene som har ført en dit en er i livet, og som gjør at en kommer hit og søker hjelp". Lars er en annen som søker å forstå sammenhengen mellom pasientens psykiske vansker og liv. De arbeider med pasientens sinn. Det gjør arbeidsfeltet større og har store implikasjoner for arbeidet. Det mellommenneskelige aspektet ved vanskene blir fremhevet. "Psykiske vansker vil jo alltid være en del av det pasienten presenterer. (. . .) Det er ikke noe som kan løses ut ifra personen". Psykiateren kan aldri skille mellom pasientens psykiske vansker og personen. Et møte med personen er samtidig alltid et møte med vanskene. Det gjør at psykiateren selv forstås som en aktiv og sentral del av møtet, og det blir mer et spørsmål om "hva som kommer frem og ikke kommer frem". Psykiske vansker er alltid *et felt*, som utspiller seg i relasjoner.

En sentral implikasjon er at pasientens sinn alltid er forbundet med et meningsaspekt. Psykiske vansker befinner seg i et felt av meningsdannelse. Symptomer, plager, tanker og følelser betyr noe. Det handler om noe. Pasientens lidelse er ikke meningsløs. Lars er bekymret for en økt fare for at "pasienten nesten mister sitt ansikt" innen dagens psykiske helsevern. Meningsaspektet kan være krevende for fagpersonen å begi seg inn på da det ikke handler om sikker kunnskap, og kan delvis være ukjent for pasienten selv.

En annen implikasjon, som er knyttet til både det mellommenneskelige og meningsaspektet ved psykiske vansker, er at psykiateren arbeider med komplekse fenomener som aldri helt lar seg fange inn og bestemme. Et poeng for alle informantene er at psykiaterens vurderinger alltid er feilbarlige. I kontrast til å tenke at det handler om kunnskapsmangel eller manglende sykdomsforståelse, tenker derimot Lars og Nils at psykiaterens begrensede forståelse primært handler om arbeid med enkeltmennesker. Ingen kan se mennesket i sin helhet.

Samtidig som Lars og Nils arbeider direkte med førstepersonsperspektivet, handler deres tilnærming om å arbeide med det å være menneske. Det etablerer et mer allmennmenneskelig perspektiv på psykiske lidelser. Psykiske vansker er menneskets ulike vansker med å håndtere "sin kastethet" på, sagt med fenomenologiens språkbruk. Psykiske vansker beskrives ikke som isolerte dysfunksjoner med individuelle utforminger, men tenkes som uløselig sammenvevd med den enkeltes håndtering av allmennmenneskelige utfordringer i og med livet.

## Hvilke kunnskapstyper og kilder er av betydning?

Det andre sentrale grunnleggende spørsmålet omhandler kunnskap og viten. I intervjuene fant jeg forskjeller i beskrivelsene av hva informantene mente med faglig kunnskap, og hvilken type kunnskap som ble ansett som faglig. Noen vektla fagkunnskap som enhetlig og vitenskapelig. Den kunnskapen som kan bekreftes av vitenskapelige studier, og som alle kan forholde seg til, ble vektlagt som førende for praksis. Det var stort sett de samme som vektla en sykdomsforståelse. Andre så fagkunnskap som lite enhetlig. Faget utgjøres av mange fag, tradisjoner og typer kunnskap. Den faglige kunnskapen anses som en kilde til forståelse av pasientens psykiske vansker. Psykiaterens forhold til og bruk av faglig kunnskap lå i sentrum av oppmerksomheten. Utviklingen av psykiaterens faglige skjønn ble betraktet som vesentlig for praksis. Dette kunnskapssyn hadde en klar relasjon til en oppmerksomhet mot første-personsperspektivet og det allmennmenneskelige.

I mitt materiale fant jeg altså forskjellige orienteringer når det gjelder hvilken type kunnskap og hvilke kunnskapskilder en psykiater bør lese sitt arbeidsfelt ut ifra. Sentralt står spenningen mellom å vektlegge vitenskapelig kunnskap som oppfattes som sikker, og det å vektlegge seg selv som kunnskapskilde hvor erfaringer og betydninger trer frem.

## Betydningen av vitenskapelig etablert kunnskap for praksis

Flere av informantene omtalte den faglige kunnskapen som noe enhetlig. Faglig kunnskap fremstår for dem som en mal den enkelte psykiater kan rette seg etter og lene seg på i sin vurdering. Jeg ser en likhet med måten ulike behandlingsveiledere, og nå pakkeforløp, tilnærmer seg fagfeltet på. Tanken er at det er behov for bedre fundert evidens som kan rettlede praksis, altså diagnostisering og behandling. Bedre kunnskap tenkes å kunne føre til mer likhet, at klinikerne vurderer likt. Faglig kunnskap kan, med andre ord, nærmest i seg selv sikre god praksis.

Trude og Kjersti var opptatt av at psykiatere bør gjøre riktige vurderinger. Selv om fagfeltet ble beskrevet som komplekst og mangesidig, hadde de en tanke om den riktige vurderingen. Tanken om en motsetning mellom bruk av kunnskap og bruk av skjønn dukker opp når informantene ser på psykiaterens påvirkning når det gjelder den faglige vurderingen. Trude mente det handlet om "egeninnsats og selvdisciplin", samt det "å holde seg oppdatert til fagområdet". Informantene beskriver den forskningsbaserte fagkunnskapen

som pålitelig ved at den i mindre grad er påvirket av den enkelte. Flere informanter stilte altså bruk av kunnskap opp imot bruk av eget klinisk skjønn. Den riktige bruken av fagkunnskap involverer klinikerens skjønn, men det handler om å minimere seg selv, egne innskytelser og meninger.

Tanken om at fagkunnskap gir fagpersoner en felles enhetlig forståelse, har sammenheng med hva man anser at fagkunnskapen kan si noe om. For Tormod var det kompliserte ved språket, erfaringsdimensjonen eller meningsspektet en viktig grunn for å ta utgangspunkt i et "enklere" nivå. Trude snakket om å ta tak i det som er "repetitivt". Når informantene søker et kunnskapsgrunnlag i sikker kunnskap, blir oppmerksomheten rettet mot kunnskap om de ulike lidelsene og det som kan telles, måles og sammenlignes. Mange av informantenes refleksjoner lå tett opptil det kunnskapssyn jeg finner innen en kunnskapsbasert tradisjon.

Flere av informantene beskrev en utvikling innen fagfeltet. Der det i psykiatrifeltet tidligere rådet motsetninger og tilløp til dogmatisk tenkning, etableres det nå en felles forståelse ledet av kunnskapsøkningen gjennom styrking av forskning. Jens og Tove setter teori i kontrast til nyere kunnskap. Tanken er at tidligere teoretiske spekulasjoner nå kan erstattes av kunnskap. For Tove er det et poeng at en overdreven oppmerksomhet mot teorier kan gjøre psykiateren blind for vesentlig (nyere) kunnskap. Teorier kan hjelpe med å belyse, men orienteringen må ligge tett opptil fagkunnskap. Det gjøres et skille mellom fagkunnskap og teoridannelse, og enkelte nevnte nyere fagkunnskap som en motpol til den psykodynamiske tradisjonens (tidligere) spekulative teoridannelser.

Et sentralt aspekt er å være oppdatert og systematisk i sin bruk av kunnskap. "Det kommer ny kunnskap hver dag, som er så viktig, nettopp både til å forstå, hjelpe og forklare. Prøve å sette sammen dette som vi fortsatt vet for lite om". Informanten er opptatt av ny kunnskap, og beskrev kunnskap som forklarende i seg selv. Den enkelte kliniker understilles den overordnede felles etablerte fagkunnskapen og det handler for den enkelte psykiater nærmest å henge med så godt som mulig. Den erfaringsbaserte kunnskapen er underordnet en vitenskapelig etablert kunnskap.

Hos informantene finner jeg et kunnskapssyn som innebærer tanken om "clean, clear knowledge" (Gray, 2018). Styrken i vitenskapelig etablert kunnskap drar i motsatt retning av det å vektlegge den enkelte psykiaters skjønnbaserte vurderinger. Tanken er å bedre praksis ved å nedgradere den enkelte klinikers faglige skjønn, erfarings- og relasjonskunnskap. Den felles etablerte og mer enhetlige fagkunnskapen skal drive faget fremover. En historisk grunn



til et slikt kunnskapssyn er psykiateres erfaring av et fagfelt preget av spekulative teoridannelser og manglende entydighet. Samtidig berører dette et tilbakevendende tema om forholdet mellom den naturvitenskapelige og den hermeneutiske vitenskapstradisjon.

## Betydningen av fortolkningsdimensjonen og meningsaspektet

I kontrast til å beskrive fagkunnskapen som rettesnor, fant jeg informanter som fremhevet psykiaterens faglige skjønn som en sentral orientering. De snakket ikke om psykiatrifaget som ett fag. Klinikeren har flere kunnskapskilder å orientere seg ut ifra. Vitenskapelig kunnskap var bare en av flere sentrale kunnskapskilder. En psykiater kan ikke avgrense sin fagkunnskap til kunnskap om det syke eller de ulike lidelsene.

Den faglige kunnskapen fremsto som en integrert del av psykiaterens faglige skjønn. Psykiaterens bruk av kunnskap er samtidig alltid en faglig skjønnsutøvelse. Fagfeltet ble beskrevet som flertydig, og flere understrekte at en psykiater må tåle å ikke ha svar med to streker under. Faglig utvikling handlet om å berike forståelsen av fagfeltet både gjennom økt kunnskap og egenutvikling.

Nils var opptatt av usikkerheten som uunngåelig er en del av fagutøvelsen: "Vi må innrømme at vi går i tåkeheimen. Det nytter ikke å late som om du har et kart som du ikke har". Flere av informantene la vekt på begrensningene som ligger i generell og vitenskapelig etablert kunnskap. En viktig type kunnskap er for flere av psykiaterne kunnskap som ikke lar seg måle. Morten nevnte som eksempel endringen hos en deprimert pasient som ikke lar seg måle med skjemaer som er utarbeidet for å måle graden av symptomer ved depresjon. Han var interessert i pasientens særegne livsoppfatning, og det er et forhold han må forsøke å ta del i istedenfor å forsøke å måle. Det er erfaringskunnskap som innebærer en meningsdimensjon. Fenomen som følelser, tanker og bedømmelse befinner seg på et symbolsk nivå. Mennesket sanser alltid noe *som noe*. Det er fenomen som kvantitative data ikke fanger<sup>3</sup>. For Nils og Morten handlet det om å gripe symbolske former og meningsdannelse. Symptomene betyr noe for den enkelte. Samtidig som de nedgraderte betyd-

3. Det er viktig å skille mellom tegn og symbol. Med tegn forsøker vi å finne noe entydig viser til noe annet, for eksempel et stoppskilt eller måten en kan tenke at hallusinasjon er tegn på psykose. På tegnets nivå kan en måle, sammenligne og telle. Et symbol er flertydig og fordrer vår forestillingsevne. Vi må engasjere oss selv i forsøk på å beskrive eller gripe fenomen som omhandler vår livsverden.

ningen av vitenskapelig kunnskap, oppjusterte de allmennkunnskap om det å være menneske slik som de blant annet finner i litteraturen.

Det at en psykiater arbeider med "menneskelige problemer", var et viktig poeng for en del av informantene. Lars var opptatt av den utfordringen en lege møter når han eller hun velger å arbeide med psykisk helse. Legen må orientere seg på nytt: "For oss leger så kommer du inn i dette med et utgangspunkt med en mer naturvitenskapelig tenkning, og med mye objektiv kunnskap. Og så skal vi møte mennesker som er lik oss selv mer enn noe annet. Og som har menneskelige problemer som vi selv har". Kunnskap om det å være menneske er en viktig kilde for å orientere seg i all foreliggende og ny kunnskap om psykiske lidelser og den enkeltes lidelse. I kontrast til å søke kunnskap om en sykdom, søker Lars kunnskap om det menneskelige. Fenomen som kjærlighet, hat og misunnelse er sentrale for en psykiater.

Lars, Nils og Morten vektla i særlig grad at de to sentrale kunnskapskildene for fagutøvelsen er pasienten og psykiateren selv. Dermed vektlegger de fortolkningsdimensjonen som betydningsfull for praksis. I en hermeneutisk praksis er den som fortolker sentral. Psykiateren gjør en fortolkning av pasientens fortolkning av seg selv, andre og verden. Nils' forståelse av pasientens psykiske vansker skjer ved at han bruker seg selv som menneske i møte med pasienten: "Jeg er et instrument med mine sanser, med det som vekker gjenkjennelse, forståelse". Lars og Morten fortalte at en psykiater ikke kan lene seg til fagkunnskapen når det individuelle skal forstås. Den faglige erfaringsetablerte kunnskapen handler for dem om en kompetanse til "å gå det stykke vei". "Og det er i den prosessen problemene begynner, du kan ikke sitte der med en kompetanse, en forståelse eller kunnskap som hjelper deg til å forstå hva denne pasienten trenger hjelp med". For Lars og Morten er det individuelle fortolkningsarbeidet den sentrale faglige utfordringen og viktigste delen av psykiaterens arbeid. Slik jeg leser dem, understreker de fortolkningsdimensjonen som vesentlig i det kliniske arbeidet.

Hos disse informantene finner jeg altså et annet kunnskapssyn. Den hermeneutiske dimensjonen vektlegges ved at de retter oppmerksomheten mot fenomen som ikke lar seg måle. Fagkompetansen, hvordan psykiateren bruker seg selv, sin fagkunnskap, erfaring og kompetanse i møtet med pasienten, blir et sentralt faglig prinsipp. Dette utfordrer psykiaterens selvforståelse som *fagperson* innenfor et avgrenset fagfelt, slik jeg tolker det. Fagpersonen blir vektlagt mer som person, og fagfeltet blir i mindre grad avgrenset.

## Implikasjoner av ulike sentrale faglige prinsipp

Jeg har nå beskrevet to forskjellige måter å betrakte spørsmålene om ontologi og epistemologi innen psykiatrifeltet på. Det er flere både faglige og profesjonsetiske konsekvenser av disse to ulike synene for praksis. Jeg vil berøre de mest sentrale, slik jeg ser det. Jeg *fremhever* poengene og vektlegger *forskjellene* mellom de to synene, for å vise hva som *kan* stå på spill.

### *Sykdom og vitenskapelig kunnskap*

Når det gjelder orienteringen mot sykdom og vitenskapelig kunnskap er det kunnskapen om det generelle ved psykisk sykdom, kunnskap om det som kan telles, måles og sammenlignes som skal gi praksisen et fundament. Godt klinisk arbeid handler om å betrakte pasientens vansker ut fra den økende opparbeidede forskningskunnskapen. I møte med pasienten er det kunnskapen om hennes tilstand psykiateren vil fokusere på. Det blir en fare for at den personlige livshistorien nedtones og det unike ved pasientens vansker ikke blir tematisert. Vanskene kan i for stor grad bli gjort til et objekt. Pasienter vil neppe overfor en fagmann protestere og si; dette er jo bare om det generelle ved depresjon, hva med min historie, min depresjon, hva handler den om? Den enkeltes depresjon vil ikke bli forsøkt forstått inn i den enkeltes livshistorie eller i sammenheng med det å være menneske. Faren er altså at psykiateren da jobber med pasientens depresjon, ikke pasienten. Pasientens selvstendighet og livshistorie vil kunne komme i bakgrunnen. Depresjonen vil forstås ut fra en generell sårbarhet, generelle forhold om oppvekst, livssituasjon, osv, men fagpersonen berører i liten grad den enkeltes vansker som unike. Pasienten har da en depresjon, som psykiateren kan mye om og kan behandle. Dermed er det en fare for at det ikke blir psykiateren, men pasienten som blir den lyttende part.

Videre kan en bli betenkt over hva en gjør med praksis når en baserer den på sikker kunnskap og sykdom. Satt på spissen skaper faget sykdommer *uten mening*. Det er en fare for at individuelle vansker som har fellestrekk, gjøres om til generelle vansker med individuell utforming. Da forsvinner meningsdimensjonen og symbolets nivå. Pasientens særegne forhold til seg selv og andre, vil da i liten grad bli snakket om. Samtidig vil kunnskap om fenomener som kjærlighet, hat og misunnelse forskyves ut av fokus, og kanskje kun bli tema for litteraturen, kunsten og religionen. Faren er altså at mennesket deles opp, psykiateren behandler din sykdom, og litteraturen og religionen ditt åndsliv. Helheten kan på uheldig måte bli oppdelt. Psykiateren har nemlig ikke *sikker kunnskap* om det å være menneske.

En annen implikasjon går på styring av den enkelte utøver. Evidensen vil styre etikken og klinikerens kunnskap er makt. Bedre systematisk bruk av kunnskap oppfattes som et verktøy som kan gi mer kontroll og standardisering og dermed øke kvaliteten og sikre god praksis. Den enkelte kliniker blir en forvalter av den faglige kunnskap, og riktig forvaltning sikrer godt klinisk arbeid. Hva som er riktig forvaltning, dikteres ut fra hvor sikker kunnskapen er, ut fra evidensen. Når det gjelder behandling vil for eksempel studiers påvisning av effekt være styrende. Evidensen styrer etikken ved at det da blir en tanke om at den som ikke følger dokumenterbar behandling står i fare for å drive en uetisk praksis. Satt på spissen fører det til at utøverne av faget blir "teknikere". Klinikerens faglige autonomi og selvstendige etiske ansvar blir så å si tatt over av det som er dokumenterbart. Den etiske refleksjonen blir nedtonet fordi en sitter jo så og si med fasiten.

Det er flere betenkeligheter med dette. Forankringen i sykdom og evidens, gir psykiateren en redningsvest. Følger man evidensen er man trygg. Når en pasient klager over en behandling eller deler av den, kan en gå inn å se på om de ulike retningslinjer på de enkelte lidelsene er fulgt. Men er det alt? Det ligger en fare for at kompleksiteten blir innsnevret. Hva for eksempel med fenomenet som ikke kan kodes? Jeg tror de fleste kolleger vil kjenne seg igjen i følelsen av at bordet fanger. Når en hele tiden må begrunne hvorfor en avviker fra retningslinjer, ja, da kommer retningslinjene så å si inn i relasjonen mellom pasient og psykiater. Hva da med psykiaterens lytting? Det blir kanskje ikke så lett for psykiateren å la seg føre av forståelsen som etableres i møtet med den enkelte pasient. Empatien kan bli avgrenset på grunn av føringer for psykiaterens handlinger. Redningsvesten kan lett bli en tvangstrøye.

Jeg snakker ikke om et problem ved forskningsprodusert kunnskap om psykiske lidelser i seg selv, men synet på kunnskap som ligger i tanken om sikker kunnskap. Retningslinjer, behandlingsveiledere og eventuelt pakkeforløp er lagd for at de skal leses og *rettledede*. Dette innsnevrer fagfeltet. Det er et tankekor at kunnskap som i utgangspunktet ikke skal være verdiladete fortolkninger, men "clean, clear knowledge" i andre omgang blir nettopp verdiladete føringer for praksis. Verdier blir standardisert. Klinikerens og det kliniske arbeidet står i fare for å bli begrenset. Forsøk på standardisering står i fare for å forenkle det kliniske arbeidet. Redningsvesten blir hemmende. Men først og fremst vil dette gå ut over pasientene og deres mulighet til å bli møtt. En kollega av meg uttrykte en bekymring for at pasientene ikke kommer tilbake igjen etter første time, når de opplever fokus på skjemaer og utredning av spesifikke lidelser.

## *Sinnet og fortolkningsdimensjonen*

Når det gjelder en orientering mot sinnet og fortolkningsdimensjonen blir det andre implikasjoner og utfordringer. Vektleggingen av å forstå den enkelte kan stå i veien for å se fellestrekk og dra nytte av den felles opparbeidede kunnskapen fagfeltet utvikler. Et sentralt spørsmål blir hva som styrer praksis når psykiateren nedtoner et fokus på diagnoser og kunnskap om sykdom. Satt på spissen kan psykiateren se pasienten, men ikke panikkelidelsen eller psykosen. Dette er en bekymring flere psykiatere har. Slipper psykiateren fokus på diagnose, mister man samtidig en viktig styring, og pasienten blir mer prisgitt den enkeltes mening. Pasienten trenger kanskje først og fremst hjelp med sin *lidelse*? Når god praksis og fagutvikling handler om å berikes av et mangfold av teorier og følge egen intuisjon, da må en spørre seg: Hva med faren for at psykiateren blir for styrt av egne fordommer? Skal pasientene være henvist til klinikerens preferanser og intuisjonsevner? Faren med en vektlegging av fortolkningsdimensjonen er at den enkelte psykiaters faglige autoritet vil kunne bli *for* stor. Skal praksis være basert på den enkeltes "synsing og mening", som Tove uttalte det. Denne utfordringen handler om faren for en uheldig variasjon av praksis, *uheldig* i kontrast til en det en kan si er uunngåelige variasjoner. Skal vi ha et fagfelt hvor utøverne blir styrt av pasientene, og seg selv, og ender opp med ulike vurderinger? Hvordan er det da med pasient-sikkerheten og muligheten for en rimelig nøytral vurdering? Det blir fare for at psykiateren avviker fra profesjonens mer eller mindre formaliserte normer og verdier som skal ivareta at profesjonen følger sitt samfunnsoppdrag. Dette er en vedvarende utfordring, særlig ut fra en orientering henimot sinnet og fortolkningsdimensjonen. En viktig presisjon er samtidig at psykiateren har jo en utdannelse, og benekter ikke behovet for vitenskapelig produsert kunnskap. Det handler om ulik forståelse av det kliniske skjønn, og hvor tilfeldig "tilfeldige" vurderinger er. Med tanken om å måtte bruke egen subjektivitet, da vil det alltid være en fare for at praksis blir *for* farget av den enkelte.

En videre implikasjon av et fokus på den unike forståelsen, er faren for at pasienten blir sittende med skylden. Et fokus på personen og personens særegne forhold vil alltid innebære en fare for at mer ytre forhold erfares som personlige. Pasientens verdighet og integritet står på spill. For eksempel vil et fokus på pasientens egne motiver, beslutninger og handlinger kunne gi pasienten opplevelsen av et økt ansvarsforhold ovenfor egen lidelse. Innen psykoanalysen er det samtidig dette som åpner for muligheten for et endret selvforhold. Ut fra en evidensbasert tradisjon vil derimot forklaringskraften som ligger i kunnskapen om sykdommer og begrepet sykdom, kunne hjelpe

pasienten til å se at det ikke handler om personlige feil. Å ha en sykdom, frigjør på en måte pasienten for følelsen av skyld. Egne beskyldninger om å være lat eller ikke god nok, kan legges over på forklaringen om at det handler om en depresjon. Å overse de empiriske vitenskapenes bidrag til forståelse, slik som biologisk mangfold og kunnskap om generelle forhold, kan bidra til et *for snevert* fokus på unike forhold som igjen kan få pasienten til å føle at vanskene kun handler om egne feilslutninger, dumme valg, egen skyld. Ut fra en orientering mot sinnet ligger det altså en fare for, og mulighet, for å erfare et større ansvarsforhold i forhold til egen lidelse.

En annen implikasjon er spørsmålet om ressurser. Når en vektlegger *anvendelsen* av kunnskap, da kommer det noe inn, imellom kunnskap og praksis, nemlig den enkelte kliniker. Da hefter det et større personlig faglig og etisk ansvar på psykiateren. Profesjonsetikken forstås mer ut fra en type nærhetsetikk, hvor forankringen blir i forholdet mellom kliniker og pasienten. Psykiateren blir opptatt av den Andre, pasienten, men hva da med den tredje, fjerde eller femtende pasient? Det blir et etisk dilemma overfor samfunnsopdraget. Økt faglig autoritet til psykiateren, fører til et økt selvstendig ansvar, med tanke på dilemma om tids- og ressursbruk. Klarer den enkelte utøver å regulere dette selv? Når er nok nok? Dette er en stor utfordring som jeg tror at få tør å ta tak i innen psykisk helse. Med krav om produktivitet, at alle skal få hjelp og har rett til lik behandling, blir det vanskelig å påpeke at dette nettopp *ikke* er tilfellet. Alle får ikke lik behandling, og alle får ikke den hjelpen de kunne hatt bruk for. Det er en dårlig løsning å dekke over dette dilemmaet ved å forsøke å gi litt til alle gjennom å avgrense behov for behandling ved å definere behovet ut fra definerte lidelser. Samtidig er det ingen løsning kun å se den som er rett foran deg.

### *Behov for styring og kontroll over praksis*

En sentral utfordring ut fra begge syn er altså et behov for styring og kontroll over praksis, for å legge til rette for godt klinisk arbeid. Med en annen inngang, og en god dose frustrasjon, treffer Marianne Mjaaland spikeren på hodet. Hun beskriver dagens situasjon som "Babel" (Mjaaland, 2017). I ett tilfelle viser hun hvordan diagnostiske vurderinger, av samme pasient, gjort av kompetente fagfolk, hadde stor variasjon, og pasienten hadde endt opp med de fleste diagnosene i boka. I Mjaalands redegjørelse til Fylkesmannen måtte hun konkludere med at all diagnostikk var i henhold til god faglig praksis. Det handler altså ikke om dårlige klinikere og venstrehåndsarbeid. Det handler om det å arbeide med mennesker. Det er et arbeid i et mangetydig fagfelt.

Det er sterke krefter i spill. Som Mjaaland påpeker: "noe av poenget med diagnoser er å skille sykt fra friskt. Når denne grensen blir utydelig, er det fritt frem for subjektiv synsing om hvor mye innsats som skal pøses inn i det enkelte behandlingsforløp" (Mjaaland, 2017). En kan ha forståelse for at samfunnets ledere kjenner behov for en viss styring. Da er det særlig viktig å reflektere over hvor utfordringene ligger. En orientering mot sykdom og vitenskapelig kunnskap passer med samfunnets behov for styring. Spissformulert er det fare for at Bob Dylans tekst blir treffende: "we live in a political world. Love don't have any place". Ut fra en orientering mot sinnet og fortolkningsdimensjonen, må styring skje på annen måte: Felles refleksjoner, veiledning av hverandre og å styrke egenutvikling.

### Å gjøre en fortolkning av sinnet

Mitt svar på det innledende spørsmålet er at klinisk arbeid innebærer å gjøre en fortolkning av sinnet. I møte med den enkelte er det fagpersonen som sitter med definisjonsmakten. Dette ansvaret gjør det nødvendig at psykiateren har noen grunnleggende sentrale faglige momenter å orientere seg ut ifra. Gjennom mitt arbeid har jeg vist at en finner klare forskjeller i hvordan psykiatere orienterer seg i fagfeltet, hvilke momenter de vektlegger. Etter min oppfatning berører dette en vedvarende utfordring for alle som gjør fortolkninger av sinnet.

Avslutningsvis vil jeg påpeke to mulige fallgruver. Den ene er å forenkle utfordringene til å handle om dårlige utøvere som har misforstått, eller fagfolk innen ulike fagtradisjoner som bare ikke er villige til å endre seg. For eksempel handler dette ikke kun om en debatt mellom biologisk orienterte psykiatere og psykoanalytikere. Det står grunnleggende vitenskapsfilosofiske spørsmål på spill, fagets egenart som praksis og vitenskap. Den andre fallgraven er å forsøke å løse utfordringene, for eksempel gjennom eklektisisme, ta litt fra de ulike orienteringspunktene og integrere. Fagfeltet ligger i skjæringspunktet mellom to vitenskapstradisjoner. Det handler ikke om at psykiatrifaget er "et ungt fag" som trenger modning og videreutvikling. Det er to tradisjoner faget må forholde seg til, men en integrering er ikke så enkelt. For eksempel er ikke *mistanken* mot det kliniske skjønn innen en kunnskapsbasert tradisjon så lett å integrere med åpenheten i en hermeneutisk praksis.

Det handler om stadig å bli kjent med utfordringene. Ikke å forenkle eller løse. Ta utfordringene på alvor gjennom å anerkjenne dem. Anerkjenne at vår kliniske praksis ikke har noe entydig fundament. Det er et mangesidig arbeid

i et komplekst fagfelt. I et komplekst fagfelt trenger vi en bredde og rikdom av faglige forståelser slik at ikke menneskets flertydighet overses. Pasientene er ikke tjent med at psykiateren forsøker å sikre seg ved for eksempel å gjøre det kliniske arbeidet entydig med tegnets nivå.

## Referanser

- Andenæs, A. (2018). *Distanse og involvering, Hvordan 18 psykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid* (Doktorgradsavhandling, UiA). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2496051>
- Gray, M. (2018, 28.april). Hentet fra [www.ghdonline.org/tech/discussion/webi-nar-third-health-revolution-by-sir-muir-gray](http://www.ghdonline.org/tech/discussion/webi-nar-third-health-revolution-by-sir-muir-gray)
- Haugsgjerd, S. (1970). *Nytt perspektiv på psykiatrien*. Oslo: Pax Forlag
- Mjaaland, M. (2017). *Tvang og tvil*. Oslo: Kagge Forlag
- Skjervheim, H. (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.

## Summary

*In this essay I discuss the basic principles from which the clinician is constituting an understanding of mental health. The discussion is based on my thesis where I interviewed eighteen psychiatrists. Ontologically there are those who emphasizes on the concept of disease versus those who underline the importance of focusing on the patient's mind. Epistemologically there is a difference between relying on science and scientifically produced knowledge versus emphasizing experienced based knowledge and the hermeneutic dimension. Working with mental health is an ambiguous discipline, we are making interpretations of the mind, and we must be aware of the fallacy to simplify.*

*Key words: epistemologi, grunnlagsproblemer, hermeneutikk, ontologi, psykisk helse*