

Å bli overvåket gjennom en radiosender

– hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling

Toril Terkelsen, Norge

Artikkelen handler om, hvordan psykotiske tanker, forestillinger og uttrykk blir forstått og håndtert av personalet og pasienter i en psykiatrisk avdeling. Pasienter, som blir diagnostisert som schizofrene, forteller ofte om spesielle erfaringer som for eksempel å bli overvåket av en radiosender eller å bli utsatt for et komplott. Artikkelen har bakgrunn i et åtte måneders feltarbeid ved en norsk psykiatrisk rehabiliteringsavdeling. Utgangspunktet er en enkelt pasient, som er overbevist om at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans.

Gjennom empiriske eksempler settes fokus på, hvordan disiplin og kontroll av psykotiske tanker utspiller seg. Materialet viser en asymmetri i maktforholdet mellom pasientenes og personalets ulike kunnskapsregimer. Dette forholdet analyseres i lys av bla. Michel Foucaults arbeider om makt, kontroll og seløteknologier. Det argumenteres for et mer åpent og dialogpreget møte med psykotiske uttrykk, der det gis større rom for ulike perspektiver på psykotiske erfaringer.

Søkeord: 'Psykose', 'Schizofreni', 'Psykiatrisk sykepleie', 'Makt', 'Kontroll', 'Foucault'

Indledning

I denne artikkelen setter jeg søkelyset på, hvordan psykotiske tanker, forestillinger og uttrykk blir forstått og håndtert i en psykiatrisk avdeling. Pasienter som blir

diagnostisert som schizofrene, forteller ofte om spesielle erfaringer. Mange opplever for eksempel, at de blir styrt av krefter utenfra, at de blir utsatt for et komplott, overvåket av satellitter gjennom radiosendere, bestrålt av kosmiske stråler fra verdensrommet, eller at de blir bortført av en UFO.

På bakgrunn av erfaringer fra et åtte måneders feltarbeid jeg utførte i en norsk psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, vil jeg beskrive, hvordan psykiatrisk fagpersonell i tale, handling og skrift håndterer slike opplevelser. Jeg tar utgangspunkt i en enkelt pasient, Jon¹, som har fått diagnosen schizofreni. Han er overbevist om, at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans. På denne måten kan legene holde kontroll med ham via en satellitt, som kommuniserer med en TV-stasjon. I følge Jon har legene og naboene inngått et komplott for å overvåke og spionere på ham.

Gjennom eksempler fra dette empiriske materialet beskriver jeg, hvordan Jons opplevelser blir snakket og skrevet om, og hvordan han gir uttrykk for sin egen opplevelse av behandlingen, han har fått. Jeg kommer ikke til å 'gå inn i' Jons hode for å forstå og forklare psykosen derfra men vil snarere beskrive, hvordan hans tanker om radiosenderen får ringvirkninger utover i behandlingsapparatet. Sentrale spørsmål i artikkelen er, hvordan ulike kunnskapsregimer om psykose kommer til uttrykk i en psykiatrisk avdeling, hvordan ulike typer kontroll av psykotiske tanker og atferd utspiller seg, og hvilke samfunnsmessige betingelser som muliggjør slik kontroll. Jeg ser 'psykose' som del av historiske, økonomiske, sosiale og politiske prosesser, og hensikten er å beskrive noen elementer i disse prosessene ved å bruke perspektiver fra blant annet idehistorikeren Michel Foucault.

Foucault har gjennom hele sitt forfatterskap arbeidet med forholdet mellom kunnskap og makt (1972) og med ulike sider av kontroll og disiplin over individer: fra kontroll over galskapen (1999 [1961]) til kontroll over menneskers kropp i fengslet (1999 [1975]). Dette er perspektiver, som kan bidra til å kaste lys over, hvordan Jons opplevelser blir håndtert i den psykiatriske avdelingen. I sine senere arbeider flyttet Foucault fokus fra disiplinær tvang til det, han betegner selvteknologier (1982b), dvs. hvordan individer i ulike sammenhenger utøver selvkontroll. Begrepet selvkontroll er også et fokus i denne artikkelen. Jeg beskriver således, hvordan disiplinær tvang utøves når personalet oppfatter at Jon ikke har selvkontroll, hvordan Jon forventes å oppnå selvkontroll gjennom medisiner og opplæring, og hvordan radiosenderen i seg selv kan forstås som et kulturelt uttrykk for kontroll.

Kontekst

Avdelingen, der Jon var innlagt, hadde ti pasienter; de fleste med diagnosen schizofreni, og behandlingen varte i gjennomsnittlig ett år. Avdelingen ligger i et naturskjønt område nær en middelstor by i Norge. Da jeg kom dit for første gang, ble jeg slått av det smakfulle interiøret og kunsten på veggene. På utsiden er det en hage ofte brukt av pasienter og personale. Inne i avdelingen er det, foruten personalets kontorer og møterom, en stue, et kjøkken og spiserom. Alle pasienter hadde eget rom med bad, og de kunne komme og gå, når de ville på sin 'fritid', men måtte si ifra til personalet når og hvor de gikk. Personalet la vekt på, at omgivelsene skulle være så 'normale' som mulig, da pasientene skulle leve et 'normalt' liv etter behandlingen. Det ble derfor lagt vekt på, at pasientene skulle gjøre 'vanlige' ting som å gå tur, rydde rommet, lage mat, gå på kino, se på TV, delta i uformelle samtaler osv. Hver pasient fikk sin egen terapeut og sin egen primærlege, som de hadde faste avtaler med.

Hovedingrediensene i behandlingen var, slik personalet forklarte det, medisinsk behandling og et såkalt psyko-educativt program, kalt 'Et Selvstendig Liv' (ESL)², der også Jon deltok. Dette er et opplæringsprogram spesielt beregnet på, hva fagfolkene kaller 'ny-syke' pasienter (dvs. de som akkurat har fått diagnosen schizofreni). Programmet består av tre kurs, det første kalt 'symptom-mestrings-kurs'. Her skulle pasientene lære om symptomer på schizofreni og registrere symptomer hos seg selv. Det andre kurset ble kalt 'sosiale samtale-ferdighets-kurs' og det tredje 'kroppsbevissthets-kurs'. Kursene baserer seg på antagelsen om, at pasientene har spesielle vanskeligheter innenfor disse tre områdene, og at de ville mestre dagliglivet bedre, dersom de lærte å håndtere sin lidelse gjennom teori og praktisk trening. Sykepleiere var ansvarlig for de to første kursene, mens en fysioterapeut trente pasientene i 'kroppsbevissthet'. Alle tre kursene var i utgangspunktet obligatoriske, men personalet kunne frita enkeltpasienter fra ett eller flere kurs.

En annen sentral del i behandlingen var antipsykotisk medisin. Personalet anså det som viktig, at pasienten godtok at han/hun var syk, det de kalte 'sykdomsinnsikt', og at de tok medisinen, slik legen hadde forordnet, såkalt 'medicine-compliance'.³ Ettersom mange av pasientene ikke godtok sykdomsdiagnosen, var mange uvillige til å ta medisiner. ESL-kurset skulle bla. bidra til, at pasientene i større grad oppnådde 'sykdomsinnsikt' og 'medicine-compliance'.

I det følgende avsnitt vil fortellingen om Jon og hans radiosender bli presentert. Jeg vil vise to ulike representasjoner av Jon. Den første viser, hvordan han blir

skrevet om i den medisinske journalen, den andre er hentet fra et en morgenrapport, der personalet diskuterer Jon.

Håndtering av Jons radiosender

Jon blir med tvang hentet i sitt hjem av to politimenn, som bringer ham til psykiatrisk avdeling i samsvar med vedtak fattet etter § 5 i Lov om psykisk helsevern⁴. I pasientjournalen er følgende skrevet:

Fra 1995 økende paranoid. Mener seg forfulgt av forskjellige mennesker på hjemstedet. Angir blant annet at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans. Gjennom denne radiosenderen kan legen kommunisere med TV-folk. Kjenner seg videre forfulgt av folk på hjemstedet. Han påstår å være utsatt for et komplott, der andre har kledd seg ut som pas og går rundt i området. Behandlende lege (...) har overveid diagnosen schizofreni, paranoid psykose, schizotyp lidelse, paranoid schizofreni, vrangforestillingslidelse. Under tidligere opphold tilbudt Trilafon⁵ som pas autoseponerte. Behandlende lege (...) har uttrykt, at det er ønskelig å prøve ut antipsykotisk medikasjon, men at dette da må skje med støtte av en tvangsinnleggelse.

Etter innkomsten til avdelingen har pasienten tilpasset seg bra til avdelingens rutiner (...) Sykdomsbildet preges av vag og diffus framtoning, aspontanitet, anhedoni samt paranoide vrangforestillinger(...). Pasienten er samarbeidsvillig men mangler helt sykdomsinnsikt. Fremdeles paranoide vrangforestillinger, men disse har gått noe i regress. Forklarer intensivt og innholdsrikt om radiosender og konspirasjon i hjemtrakten, kan ikke korrigeres men han er fast i sin vrangforestilling, og en tydelig paranoid beredskap fremkommer (...)

På bakgrunn av ovenstående finner undertegnede, at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Uten innleggelse og behandling vil han forspille utsikter til vesentlig bedring og helbredelse. Av denne grunn finner jeg det riktig og rimelig å fatte følgende vedtak:

(...) innlegges til behandling ved sykehus, psykiatrisk avdeling i henhold til Lov om psykisk helsevern § 5. Pas informeres både muntlig og skriftlig om sin klagerett til kontrollkommissjonen.

Etter 72 timer med observasjon uten å bruke antipsykotisk medisin⁶ finner legen det nødvendig å fatte vedtak om tvangsmedisinering, fordi Jon "ikke aksepterer behandling, slik han har blitt rådet til". Legen fatter følgende vedtak:

(...) skal tvangsbehandles (dvs. uten eget samtykke) med legemidler som nevnt ovenfor. Behandlingen er planlagt å vare i 6 mnd. Begrunnelsen er, at pasienten er psykotisk fungerende med hovedsakelig paranoid sykdomsbilde men affektive innslag noteres uten sykdomsinnsikt. Antipsykotisk medisinering er avgjørende for å bringe pas ut av psykosen. Forsøk på å oppnå frivillig samarbeid vil fortsette, i tiden som kommer.

Jon klager på vedtaket til Kontrollkommisjonen⁷ og Fylkeslegen, men får ikke medhold.

Etter noen uker i den lukkede akuttposten blir han overført til en avdeling for langtidspasienter. Personalet der mener, han blir stadig dårligere, og de gir ham økende doser med antipsykotisk medisin til tross for Jons uttalte protester. Etter noen tid blir han igjen overført, da til den avdelingen der jeg gjorde feltarbeid. Fagfolkene her begynner å helle til den oppfatningen, at forverringen i Jons tilstand skyldes bivirkninger av den antipsykotiske medisinen. Slike bivirkninger er blant annet stivhet i kroppen (Parkinsonisme), sløvhets, tretthet, ufrivillige bevegelser, uro og reduserte kognitive funksjoner. En sykepleier uttaler: "Fingrene hans er så stive, at han ikke engang kan smøre en brødskive. Det er helt forferdelig, hva som har skjedd med han. Søsteren hans kjente han nesten ikke igjen, da hun var på besøk".

Han blir imidlertid fremdeles holdt tilbake i avdelingen mot sin vilje ved bruk av § 5 Lov om psykisk helsevern. Begrunnelsen for denne vurderingen formulerer en av legene slik: "Vi må holde ham her, for å få medisinene ut av kroppen og få kroppen hans mykere. Dette må gjøres under medisinsk overvåkning". Nå er altså begrunnelsen for å holde ham tilbake i avdelingen motsatt av det, den var under innleggelsen, der det var om å gjøre å få medisinene inn i kroppen. Under punktet 'mål' i Jons behandlingsplan står det: "Å redusere bivirkninger av medisiner. Å oppnå en behandlingsallianse med Jon og hans familie". Radiosenderen er ikke lenger nevnt i behandlingsplanen, selv om Jon fremdeles er overbevist om, at den er der.

Fagfolkene i avdelingen sier, at behandlingen av denne pasienten er beklagelig. En lege bruker begrepet 'katastrofe' om det, som har skjedd, og en sykepleier

utbryter på et morgenmøte, at behandlingen av Jon "er så tragisk, som den kan få blitt".

Den andre representasjonen er et utdrag fra en morgenrapport, hvor siste døgnshendelser blir gjennomgått. Dette er et typisk eksempel på den kommunikasjonen, som foregår mellom personalet i forhold til Jon (som ikke er tilstede selv).⁸

Sykepleier Anne leser fra rapporten:

Jon er urolig. Har en tendens til å stå, når han spiser. Han får Vival for uroen.

Terapeut Pål: Han er lite motivert for behandling. Disse vrangforestillingene har han i god behold, men han er ikke så opptatt av dem. Så langt har man kommet.

Sykepleier Lise: Han vil jo egentlig ikke være her.

Sykepleier Anne: Når går § 5 ut?

Terapeut Pål: Vi har et par mnd til.

Sykepleier Lise: Så snart han går over på frivillig paragraf, vil han dra på flekken.

Sykepleier Lars: Kan han ikke få lov til det da? Jeg skjønner, at det ikke går an, men kommer vi noen vei med han da?

Terapeut Pål: Vi må få Trilafonen ut av han. Få han litt mykere. Men vi kan ikke regne med å komme så langt med han. Jeg er ikke særlig optimistisk, når det gjelder prognosen.

Sykepleier Trine: Men han er ikke så avvisende, som han var

Sykepleier Hanne: Han liker å bli sett. Han trenger kontakt. (*Her blir forsamlingen ivrig, flere tar ordet på samme tid*).

Terapeut Pål: Det virket som han forbausende fort tilpasset seg institusjonslivet (på langtidsavdelingen), men å snart han fikk en fot hjemme, ville han hjem. (*deretter blir det en del snakk om huset hans, at han har mange fine planter, som han har stelt, og at noen nok har dødd nå*)(...)

Terapeut Pål: Han holder huset fint i orden, vasker og steller. Huset ser ikke mye schizofrent ut.

Terapeut Anders (*ser tenksom ut, sier litt lavt*): Manisk psykose. Vrangforestillinger. De er vanskelig å behandle. Jeg hadde en slik pasient i mitt forrige arbeidsforhold. De lever godt med sine vrangforestillinger.

Etter hvert fant Jon seg til rette på avdelingen, og det kunne virke, som han begynte å trives. Det så ut til, at sykepleierne hadde en spesiell forkjærlighet for denne pasienten, og de omtalte ham ofte i positive, engasjerte ordelag. Etter en stund stoppet Jon å ta all medisin mot legens råd, og fagfolkene aksepterte Jons valg,

selv om de var i uenige. Da tiden kom for utskrivelse, ville Jon paradoksalt nok ikke reise hjem og måtte overtales under et visst press til å la seg utskrive. Han sa at: "det er ikke så lett å flytte, når du har vært lenge et sted". På avslutningsfesten (avdelingen arrangerer en slik fest for alle som skal utskrives) reiste han seg høytidelig, tok fram medisinerne, ga dem til en sykepleier og deklamerte høyt: "disse trenger jeg ikke lenger", og alle lo.

Selv om Jons fortelling kan synes spesiell, er den på ingen måte eksepsjonell i mitt materiale. Tvangsinnleggelse i psykiatriske avdelinger med psykose som indikasjon foregår dessuten daglig i norsk psykiatri og kan knapt betegnes atypisk. Noe, som karakteriserer slike tvangsinnleggelse, er, at pasienten og fagfolkene oppfatter virkeligheten forskjellig. Jon er for eksempel overbevist om, at radiosenderen er reell, og at han gjennom denne blir kontrollert av leger og naboer. Han oppfatter ikke seg selv som psykotisk eller schizofren. Derfor er det heller ingen grunn til innleggelse på en psykiatrisk avdeling; ja, det hele er 'unaturlig' sett med Jons øyne. I Jons kunnskapsregime er det ingen grunn til å ta medisiner for en sykdom, han er overbevist om, at han ikke har. Han liker seg ikke på institusjoner, vil helst hjem og har vanskelig for å forstå, at han skal bli holdt tilbake med tvang. Han protesterer mot stadig økende medisiner, men protestene fører ikke fram til tross for, at det senere viser seg, at han har blitt overmedisinert. Jon opplever, at han blir kontrollert av fagfolk, og er overbevist, at en lege har lagt inn en radiosender i kroppen hans.

Fagfolkene tolker imidlertid Jons tanker om en radiosender som klare symptomer på alvorlig psykopatologi; som psykose eller schizofreni. I legens kunnskapsregime er antipsykotisk medisin den riktige behandlingen for denne typen lidelse. Når legen har kommet fram til diagnosen schizofreni, følger det gjerne automatisk, at pasienten skal medisineres. Dette er leger og delvis sykepleiere lært opp til gjennom sin utdanning. En av de viktigste hensiktene med sykehusoppholdet er således, at pasienten får antipsykotisk medisin. Sykdomsinnsikt og behandlingsmotivasjon (dvs. at man er villig til å ta medisiner) blir tillagt stor vekt (Flyckt m.fl.1999), og derfor står det i journalnotatet, at Jon mangler sykdomsinnsikt. Dersom en pasient er uvillig til å la seg medisinere, følger mange ganger tvangsinnleggelse som en 'naturlig' konsekvens av denne måten å forstå psykose på. Lovverket gir dessuten rammer for, når slik tvangsinnleggelse kan settes i verk. Det er tre hovedkriterier for å kunne tvangsinnlegge: at pasienten lider av en alvorlig sinnslidelse (schizofreni, psykose eller manisk/depressiv psykose), at pasienten kan være til fare for seg selv eller andre, og at pasienten kan forspille muligheter til helbredelse eller vesentlig bedring. Jons tvangsinnleggelse blir i

journalnotatet begrunnet ved å vise til to av disse kriteriene. Legen skriver, at "pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og uten innleggelse og behandling vil han forspille utsikter til vesentlig bedring og helbredelse". Journalnotatets utforming må således forstås på bakgrunn av lovverkets bestemmelser.

Journalnotatet er videre preget av en bestemt fagterminologi, der beskrivelser av symptomer på psykopatologi står i fokus. Å tro, at man har en radiosender i kroppen, er i denne tradisjonen et tegn på alvorlig sinnslidelse. Legen ser etter tegn ved pasientens tale og atferd, som kan passe inn i en av diagnosekategoriene, for eksempel schizofreni. Når diagnosen først er satt, blir pasientens opplevelser i mindre grad utforsket videre (Leudar & Thomas, 2000:127-147). Ofte følger diagnosen pasienten resten av livet. I Jons sykejournal finner jeg mange passasjer om symptomer og medikamenter men lite om, hvordan han selv opplever verden.

På møterommet utspiller det seg en frustrasjon over, at behandlingen ikke har de effekter, man forventet. Jon "har vrangforestillingerne i behold" og mangler behandlingsmotivasjonen, som blir svært vektlagt. Fagpersonalet bekymrer seg for når tvangsparagrafen utløper, og at de "ikke kommer noen vei" med ham. Dette var omtrent midt i forløpet. Det viste seg senere, at Jons utskrivelse ble feiret i glade omgivelser med humor og latter, til tross for at han leverte tilbake medisinene og beholdt sin radiosender.

Fra disiplinsamfunn til kontrollsamfunn

Fortellingen om Jon illustrerer noe av det komplekse ved dagens psykiatri: På den ene siden fremstår behandlingen som åpen og human med vennlige pleiere i estetiske omgivelser. På den andre siden er tvang og trussel om tvang åpenbar med politi og fem pleiere i rommet, når han skal tvangsmedisineres. Den franske filosofen Gilles Deleuze betegner dette som overgangen fra disiplinsamfunnet til kontrollsamfunnet. Han tegner en dystre fremtid, når han skriver:

Kontrollsamfunnene holder på å erstatte de disiplinære samfunnene. 'Kontroll' er det ordet Burrough bruker for å betegne dette nye monsteret, som Foucault utpekte som vår nære fremtid. Også Paul Virilio har over lang tid analysert de ultrahurtige formene for kontroll i det fri, som erstatter de gamle disiplinene, som opererer innen det lukkede systems tid. Vi behøver ikke påberope oss de ekstraordinære farmasøytiske produktene, de nukleære teknologiene eller de genetiske manipulasjonene, selv om også de kommer til å intervensere i den nye

prosessen. Det finnes heller ikke anledning til å spørre, hvilket regime som er mest utholdelig eller mest utholdende, for i begge finnes det en motsetning mellom frihet og underkastelse. For eksempel når det gjelder sykehuset som innesperringsmiljø, der sektoriseringen, dagpleien og hjemmepleien først innebar ny frihet, selv om de også er en del av kontrollmekanismene, som ikke står noe tilbake for de mest brutale innesperringsmetoder. (Deleuze, 1990:6)⁹

Det er tegn, som tyder på, at disiplinsamfunnet fremdeles eksisterer i psykiatriens lukkede rom. Legens rolle i disiplinsamfunnet innebærer en svært stor grad av autonomi og autoritet. Hans/hennes avgjørelser om tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering blir sjelden imøtegått. Selv om slike tvangsmidler kan være gjenstand for diskusjon i en avdeling, har overlegen det siste ord, og hans skjønn er gjeldende. Pasienten får bare i sjeldne tilfeller medhold i klager til Kontrollkommisjonen. I så måte kan det lukkede psykiatriske samfunn forstås som eksempel på disiplinsamfunnet. Jon blir fysisk hentet av politi for å bli tvangsinnlagt på psykiatrisk avdeling. Han tar medisinen 'frivillig', uten at det blir brukt fysisk tvang, fordi han innser, at det vil bli brukt makt, hvis han ikke samarbeider. Disiplinen er derfor i høy grad til stede som et ris bak speilet. Det anses videre som viktig, at han "tilpasser seg bra avdelingens rutiner", slik det uttrykkes i journalnotatet. Selv om man ikke kan sammenligne dagens psykiatriske avdelinger med anstalter for 2-300 år siden, gir dette likevel assosiasjoner til Foucault's 'Overvåkning og straff' (1999[1975]), der han beskrev disiplinsamfunnene som oppsto på 1700-1800-tallet i skolen, fabrikkene og i sykehusene. Selv om behandlingen er blitt mer human, er dagens lukkede psykiatriske avdeling et innesperringsmiljø. Den har sine egne lover og regler, som det forventes at pasienter følger opp. Overtredelser kan bli straffet, for eksempel med det man på sykepleiespråk kaller grensesetting og skjerming¹⁰, og tilpasning blir belønnet med 'fri utgang' eller 'utgang med følge'. Å holde fast ved sine 'vrangforestillinger', slik som Jon gjør, innebærer en overtredelse (selv om ingen beskylder ham for å gjøre dette med vilje). Han "lar seg ikke korrigere", slike det uttrykkes i journalnotatet. Han viser ikke tegn til behandlingsmotivasjon eller 'medicine-compliance', og "antipsykotisk medikasjon med støtte av tvangsinnleggelse" blir iverksatt.

Den internaliserte kontrollen

Et aspekt ved det moderne kontrollsamfunnet er, at individet skal lære å kontrollere seg selv, slik at det blir minimalt behov for disiplinær tvang. Foucault skriver,

at han etter hvert flyttet fokus fra å studere maktens og dominansens teknologier i ulike sammenhenger (sykehus, fengselsvesen osv) til å studere, hvordan individet former og transformerer seg selv, det han betegner 'selvteknologier'. Møtet mellom disse to typer teknologier: maktens teknologier og selvteknologiene¹¹ kaller han 'governmentality'¹² (Foucault, (1982b, i Rabinow (red), 1997: 225). Foucault skisserer ulike typer 'governmentality' eller regjereri, for eksempel kunsten å regjere seg selv, kunsten å regjere familie og barn og kunsten å regjere en stat (Foucault, 1978, i Faubion, (red) 2000:201-222). Den første typen blir stadig mer fokusert i samfunnsvitenskapelig litteratur. Den norske samfunnsforskeren Iver B. Neumann, inspirert av Foucault, skriver for eksempel:

Et karakteristisk trekk ved samfunnsutviklingen de siste årene, i Norge som annetsteds, har vært et stadig sterkere press på individene for å regjere seg selv (...) den enkelte nordmann skal regjere seg selv, enten hun vil eller ikke. Det skal skapes et nytt individ, som skal ta ansvar for sin egen frihet og sin egen skjebne. Her har vi en prosess, som får individer til å handle annerledes, enn de ville ha gjort. Det dreier seg om en form for makt, der hver og en må styre seg selv i henhold til en modell, som en hær av leger, sosionomer og psykologer har satt opp (Neumann 2003).

Sett fra dette perspektivet er tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering av Jon slett ikke ønskelig for noen parter. Det optimale ville være om Jon blir i stand til å regjere seg selv i henhold til den modellen, som er skissert av leger og psykiatere.

Programmet 'Et selvstendig liv' (ESL), som ble beskrevet i innledningen, kan forstås som et virkemiddel til å lære pasienter opp til å kontrollere seg selv. Det hadde som et eksplisitt mål, at pasientene skulle lære å gjenkjenne, måle og kontrollere sine egne symptomer på psykose. Symptombeskrivelsen i dette programmet er basert på diagnostiske klassifikasjonssystemer som ICD-10 (Verdens Helseorganisasjon, 1992) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995). For å oppnå denne selvkontrollen deltok pasientene i 'symptom – mestringskurs'. De fikk utlevert et arbeidshefte, de skulle jobbe aktivt med. Dette inneholdt blant annet et skjema, der de ble bedt om å måle hyppighets- og styrkegrad av en rekke 'varselsignaler på tilbakefall', som de har lært er begynnende symptomer på psykose. Skjemaet skulle fylles ut hver dag, og etter hvert skulle det fremtre en kurve, som skulle indikere, om de ble dårligere eller bedre. Heftet inneholdt også et spørreskjema om, hva de ville gjøre, dersom symptomene økte, der 'slutte å ta medisiner' åpenbart er det gale svaret, mens 'søke hjelp' (som regel for å få justert medisin-

dosen) åpenbart er det riktige svaret. På denne måten blir pasientene testet i, om lærdommen har gått inn. De læres således opp til å eksaminere seg selv. Målet er å transformere individet slik, at han/hun er i stand til å kontrollere seg selv.

Kontrollsamfunnets forlengede arm

Foucault skriver videre, at maktrelasjoner har blitt stadig mer 'governmentalized'. Med det mener han, at staten gjennom sine institusjoner stadig har blitt en mer rasjonalisert, sentralisert, sofistisert og allestedsnærværende overvåker (Foucault, 1982c, i Faubion(red), 2000:345), samtidig som det forventes, at individet skal ta ansvar for å regjere seg selv. Den psykiatriske avdelingen kan tjene som et eksempel på en slik 'governmentalized' institusjon. Man kan jo kritisere legene for å utvise dårlig skjønn under tvangsinnleggelsen av Jon; på den annen side gjør de egentlig en jobb, de er satt til å utføre, litt spissformulert; å oppfylle kontrollsamfunnets behov for å opprettholde orden, og å holde galskap under kontroll. Den kunnskapen, leger og annet fagpersonell besitter gjennom sin utdanning og erfaring, står i et vekselforhold til den institusjon, de er satt til å tjene og til de lover, regler og forskrifter, som regulerer institusjonen. Legens intensjoner med den aktuelle tvangsinnleggelsen var antakeligvis de aller beste. Sett fra hans kunnskapsregime var det helt nødvendig med tvangsmedisinering "med støtte av tvangsinnleggelse" for å ikke "forspille utsikter til vesentlig bedring og helbredelse". Som Barrett (1996:218) hevder: "Theories of schizophrenia bear the stamp of the institutions that produce them. At the same time, they legitimate the relationships and practices of the people working within these institutions". I dette tilfellet var Jons tvangsinnleggelse ikke bare legitimert gjennom 'theories of schizophrenia', men også hjemlet i lovverk og forskrifter, som igjen er utformet i det samme kunnskapsregimet, som legen har. Sett fra dette perspektivet er legen ikke bare en autonom autoritet, men en part i et komplisert og komplekst nettverk, som er flettet sammen av eksempelvis jus, psykiatri, legemiddelindustri, og det man kan kalle for en lokal praksisteori, som består av regler, rutiner og sedvaner utviklet over tid på stedet.

I 'The political technology of individuals' skriver Foucault (1982a, i Faubion (red), 2000: 408-409), at individet i seg selv ikke er viktig i den rasjonelle staten. Det er statens opprettholdelse, som er det primære, og individet blir viktig først ved dets evne til å styrke eller svekke statens opprettholdelse, hvor den gale åpenbart representerer en spesiell utfordring. Den psykiatriske avdelingen kan i et slikt

perspektiv betraktes som en forlengelse av disiplin- og kontrollstaten, der det utvikles praksiser, prosedyrer og rutiner, som blir tatt som selvfølgelige, udiskutable størrelser, og som dermed blir skjulte for aktørene selv. 'Unormale' fenomener som tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering utvikler seg til å bli normale og dagligdagse. Man finner tallrike eksempler fra historien på, hvordan sensitiviteten for menneskelig smerte på denne måten blir svekket. Betyr det, at Jons tvangsinnleggelse ikke blir reflektert over, fordi den er et resultat av et upersonlig 'system', som har sin egen overlevelse som mål? De interne diskusjonene i avdelingen, der behandlingen av Jon blir karakterisert som 'tragisk' og 'en katastrofe', tyder ikke på det. Både tvangsinnleggelsen og tvangsmedisineringen beskrives som et stort etisk problem blant fagfolkene, og de uttrykker et personlig ansvar for å rette opp feil, som de mener, er begått.

Bevegelige motkrefter

Slik jeg leser Foucault, fokuserte han på menneskers avmakt og lite på motkrefter. Særlig i sine tidlige arbeider, der disiplin/kontrollstaten nærmest beskrives som et panoptisk overvåkningsmonster og en ubevegelig struktur (Foucault, 1999 [1975]). Det kan imidlertid se ut til, at han nyanserer bildet mer senere, der han skriver, at maktrelasjoner er bevegelige, reversible og ustabile, og at maktrelasjoner bare er mulig mellom frie individer. Dersom den ene er fullstendig underlagt den andre, vil det ikke være noen maktrelasjon, hevder han (Foucault, 1984, i Rabinow (red) 1997:292). Han skriver videre, at makt ikke nødvendigvis kan lokaliseres til bestemte steder. Makt er overalt, allestedsnærværende; "deep in the social nexus" (Foucault, 1982c, i Faubion (red) 2000:343). Makten er ikke en superstruktur over menneskene, men utfolder seg i relasjoner *mellom* mennesker. Skal man studere makt, må man gå til de praksiser, der makten er i funksjon mellom mennesker, som psykiatriske sykehus, fengsler, skoler etc. (Foucault, 1975, i Rabinow (red), 1997:51- 57)

Det er mulig, at to perspektiver bør holdes fast samtidig. Det ene perspektivet er, at ulike former for makt og kontroll er resultat av svært langsomt bevegelige strukturer. Det er praksiser, som er utviklet over lang tid gjennom historiske, politiske og sosiale prosesser. Disse praksisene er så selvfølgelige, at de usynliggjøres, ja de kan 'sette seg i veggene' i en psykiatrisk avdeling og styre menneskers tanker og atferd (Larsen, 2004). Det andre perspektivet er, at makt utspiller seg som ustabile og reversible relasjoner mellom mennesker og innebærer, at enkeltindividet ikke

bare er et hjelpeløst offer i et system. Eksempler på dette bevegelige og reversible kunne observeres i den aktuelle avdelingen. Legen ga for eksempel etter, når det gjaldt Jons avgjørelse om å stoppe å ta all medisin. Fagpersonalet viste dessuten evne til kritisk selvrefleksjon over egen praksis. Det kom også fram, at flere av dem tilkjennega en viss fascinasjon over psykosens uttrykk, der de kunne komme med utsagn som, "det er en opplevelse å høre om alt, hva han kan se i stjernene", eller "han er i en blomstrende psykose, er det ikke fantastisk?" Også Jon viste motstand, selv om hans handlingsrepertoar ble begrenset, og hans motstand var passiv. Han hadde ingen mulighet til å motsette seg verken tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering. Imidlertid nektet han å se på seg selv som psykisk syk, han var ingen spesielt lærevillig elev i ESL-programmet, og han oppnådde verken 'sykdomsinnsikt' eller 'medicine-compliance', som er behandlingsmål. Han beholdt radiosenderen i kroppen gjennom hele oppholdet og fastholdt sin versjon av virkeligheten.

Van Dongen, som har gjort feltarbeid i nederlandske psykiatriske avdelinger over en tidsperiode på tolv år, observerte, at pasientenes psykotiske historier utgjorde en kraft og en maktfaktor i seg selv. Hun skriver at pasientene visste når og hvordan, de kunne utøve sin galskap. Sykepleierne fryktet galskapens utbrudd og uttrykksformer, og pasientene var klar over, hvilken makt som lå i selve galskapen, og i hvilken grad de påvirket sykepleierne ved å leve ut galskapen (van Dongen, 2003:212-13). Dette fenomenet observerte også jeg en rekke ganger i mitt eget feltarbeid. 'Psykotisk' atferd, som ble levd ut i form av 'uforståelig snakk', 'underlig' atferd eller raseriutbrudd, skapte ofte bølger og uro i avdelingen. Slik atferd kunne føre til opphissede diskusjoner, særlig blant sykepleierne, ofte med krav om, at "nå må noe gjøres". Det kan således se ut til at galskapens uttrykksformer i seg selv utgjorde en maktfaktor i avdelingen. Man kan dessuten spørre om, hvorfor fagpersonalet ga etter for Jons avgjørelse om å slutte å ta alle medisiner, og hvorfor de ønsket å skrive ham ut. Han hadde jo sin radiosender i god behold etter endt behandling. Van Dongen (2003: 213-14) skiller mellom 'galskapens historier', og galskap som leveres ut. Hun observerte, at så lenge psykosen bare er pasientens 'historie', virket den ikke truende på personalet. Det var, når pasientene ble sin egen historie og levde den ut i avdelingen, at den hadde en slikt makt og kontroll over personalet. En hypotese på, hvorfor personalet til slutt viste en slik ettergivenhet overfor Jon, kan være, at han etter hvert snakket svært sjelden om sin radiosender. Han holdt sin historie for seg selv, og hans 'galskap' syntes derfor ikke på utsiden. Som en av legene sa: " Han lever jo greit med sin radiosender og plager ingen". Jon oppførte seg etter hvert 'upåfallende'; et hyppig brukt uttrykk i psykiatrien.

'Upåfallehet' i form av fravær av underlig snakk og atferd blir i psykiatrien oppfattet som et uttrykk for selvkontroll, og at pasienten er på bedringens vei. Blant fagpersonell er det dessuten en utbredt forestilling om, at pasientene blir verre, dersom de snakker om og fokuserer på sine underlige opplevelser. Det kan derfor tyde på, at pasienter, som klarer å skjule sine opplevelser eller i alle fall lar være å snakke om dem, blir mindre utsatt for medisiner og kontroll. Det tyder derfor på, at en del pasienter kan legge opp sine egne strategier for å håndtere personalet. De kan for eksempel styre personalet gjennom psykotiske utbrudd; eller motsatt, ved å skjule og la være å snakke om opplevelsene (se også Terkelsen, m.fl. 2005).

Hvem og hva kontrollerer hvem?

Ikke bare pasienter, men også leger opplever seg selv som kontrollert, for eksempel av jurister og Kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen er også en aktør i et komplekst bilde av kontrollører, noe som samtalen under illustrerer. Noen av personalet ble igjen på møterommet, etter at det formelle morgenmøtet var avsluttet, og samtalen dreide seg etter hvert om Kontrollkomisjonens rolle:

Sykepleier Anne: Det ble bare en vits, med de som satt i den forrige Kontrollkommisjonen. De ga aldri pasienten medhold. Når vi informerte pasienten eller pårørende om hans klagemuligheter, sa pasientene: det er vel ikke noe vits i det hele tatt. Har det noen ganger skjedd, at noen pasient har fått medhold?

Terapeut Pål: Men likevel kunne det være ganske ubehagelig å ha møte med Kontrollkommisjonen.

Sykepleier Anne: Sier du det?

Terapeut Pål: Ja, man ble kjørt ganske grundig og det av jurister. Og de har bare juridiske perspektiver for øye.

Anne: Men det er jo viktig, at lover og regler blir fulgt. Menneskerettighetene skal jo stå over behandlingen.

Pål: Ja, men det er et problem med alliansen med pasienten, noe som juristene ofte hadde veldig liten forståelse for. Pasienten er tjent med å ha et best mulig bilde av behandleren, og dette blir ofte ødelagt i Kontrollkomisjonens møter. Der jeg jobbet før, var det mulig å ha et møte med juristene på forhånd, slik at jeg fikk forklart meg uten pasienten til stede. Jeg skjønner dette med, at man skal være mest mulig uhildet osv., men det er et problem, at jeg må brette ut hele min terapeutiske tenkning foran juristene med pasienten til stede. Og det er det

juridiske, som dominerer. Det man oppnår er, at jeg blir filleristet av advokater, mens alliansen med pasienten er ødelagt. Ofte prøvde jeg å ordlegge meg på en mest mulig diplomatisk måte, men advokatene vrir og vrenger på alt en sier uansett.

Toril: Så dette har noe med tillitsforholdet til pasienten å gjøre? Betyr det, at du prøver å bygge opp en behandlingsmotivasjon hos pasienten, som juristene river ned?

Pål: Ja, og ofte er det veldig vanskelig å behandle etterpå.

Toril: Ofte får jo ikke pasienten medhold i sin klage?

Pål: Nei, det ender opp i ingenting, men med at pasienten har svekket tillit til behandler.

Er menneskers kontrollopplevelser et uttrykk for det samfunnet, vi lever i? Det kan se ut til, at det finnes mange ulike typer kontroller: pasienters opplevelse av å bli kontrollert av radiosendere, medisinenes kontroll over pasienters tanker, legers opplevelse av å bli kontrollert av jurister, ulike lover og forskrifter, som skal beskytte pasientrettigheter og psyko-edukative programmer, som skal lære pasienter egenkontroll. Man kan spørre, om det finnes noen forbindelseslinjer mellom alle disse typer kontroller. Dette er etter mitt skjønn et interessant perspektiv: at disse kontrollene kan være uttrykk for det moderne samfunnets sofistikerte metoder og mekanismer, der det opprettes stadig flere lover, instanser, byråkratier og teknologier, som skal tilse, at vi kontrollerer hverandre, og der det psykotiske uttrykk representerer en særskilt utfordring å kontrollere. Det neste spørsmålet som melder seg er hvordan radiosenderen kan plasseres i en kulturell/sosial referanseramme.

Radiosenderen: sykdom eller kulturelt uttrykk?

Mange mennesker, ikke bare Jon, opplever, at de blir kontrollert av etterretnings-tjenester. På ulike nettsteder kan man finne en rekke eksempler på, at mennesker, som har gjennomgått en psykose, opplever, at de ble kontrollert av krefter utenfra. Følgende sitat er hentet fra en nettside opprettet av en person, som forteller om sine opplevelser av psykose:

One night there were suddenly light flashes in my head and a mysterious power wanted to control my mind. Next day I discovered that it was a magnetic

sensitivity (Maybe I was feeling the earth magnetic field!?). The doctors weren't interested in that. My own explanation was a mind control machine, run by the Americans. Then I discovered that the television program was made exactly for me and my situation. It was a brain perception trap. After months I didn't eat very much and feared to look at anybody because of the mind controlling. (<http://home.arcor.de/pahaschi/welcome.htm>), 06.08.2005, Schizophrenia Story, A first person account)

Man kan spørre om, når radiosendere og 'mind control machines' begynte å inntre i den psykotiske bevissthet. Hva vil det egentlig si å miste evne til realitetstesting? Det kan være slik, at kontrollsamfunnet faktisk har inntatt Jon i form av radiosenderen, han blir kontrollert av moderne satellitter i verdensrommet og motsetter seg den gamle formen for disiplinering (i form av direkte tvang). Hans kontroll tilhører et annet kunnskapsregime, der deler av både det materielle, og det immaterielle er erstattet av bølger og signaler, slik som det er for oss alle i vår nye IT-verden. Slik sett er han et 'barn av vår tid' og forholder seg direkte til dagens kontrollsamfunn i motsetning til personalet, som forholder seg delvis til det gamle disiplinsamfunnet gjennom fysisk tvang og delvis til det moderne kontrollsamfunnet gjennom å lære pasienter egenkontroll. Møtet mellom Jon og personalet kan således analyseres ut fra, at de er i ulike konseptuelle verdener, der det i Jons verden er svært 'unaturlig', at det skulle være nødvendig å legge ham inn på en psykiatrisk avdeling. På en måte kan Jon sies å praktisere en kontrollstatens 'governmentality', i det kontrollen er internalisert bokstavelig talt i en radiosender i hans egen kropp.

Både innenfor det psykiatriske og psykologiske fagområdet har det vært liten tradisjon for å tolke pasienters psykotiske uttrykk i et kulturelt samfunnsperspektiv. Psykiatrien har hovedsakelig beveget seg innenfor et medisinsk paradigme. Pasienters ideer om for eksempel å bli styrt av en radiosender, bli utsatt for kosmiske stråling eller bli bortført av UFOer blir forstått som psykopatologi generert i hjernen i form av ubalanse i hjernens kjemiske overføringssystemer. Psykologien har på sin side, med røtter i Freuds klassiske psykoanalyse og i dets arvtagere som egopsykologi, objektrelasjonsteori (Mahler 1975, Kernberg 1976) og selvpsykologi (Kohut, 1990), forklart individets psykotiske tanker som resultat av tilknytnings-traumer i tidlig barndom. Psykosen forklares som en mestringsstrategi eller en utviklingsskade i selvet. Fokus er riktignok på relasjoner, men da mellom barnet og nære omsorgspersoner. Disse teoretikerne har i mindre grad vært opptatt av individets forhold til samfunn og kultur. Jons radiosender vil således forstås som hans måte å mestre sitt spesielle dilemma, og man vil undersøke og kartlegge,

om han har hatt tidligere traumer særlig i tidlig barndom. Fagpersonalet ved den aktuelle avdelingen (og de fleste psykiatriske avdelinger) er opplært til å tenke innenfor en psykiatrisk og psykologisk referanseramme, der det ser ut til, at det psykopatologiske paradigmet stadig blir mer dominerende.

Medisinske antropologer har imidlertid levert bidrag, som i større grad setter det psykotiske uttrykk i en kulturell sammenheng. Krysskulturelle studier dokumenterer, hvordan tolkning av menneskelig atferd er påvirket av kulturelle tradisjoner og forventninger om, hva som er normalt og unormalt i ulike sammenhenger (se Kleinman 1980, 1988, Fabrega 1989, Good 1996 and Kirmayer, m.fl. 1994). Slike studier viser, hvordan uvanlige opplevelser, som betegnes som hallusinasjoner og vrangforestillinger i vestlig biomedisin, kan bli tolket og beskrevet annerledes i andre kulturelle sammenhenger. Den norske psykiateren Nergård har studert tradisjonelle samesamfunn og sjamaner i Nord-Norge. Han skriver, at en del av sjamanens opplevelser ville blitt beskrevet som psykotisk innenfor en norsk, vestlig forståelsesramme. Innenfor det tradisjonelle samesamfunnet er imidlertid opplevelsen satt inn i en sosial og kulturell sammenheng, der den blir akseptert som 'normal' (Nergård, 1996).

Jons radiosender passer ikke inn i noen sammenhenger eller kategorier bortsett fra de psykiatriske, diagnostiske kategoriene. Van Dongen skriver for eksempel at:

"Mad stories are evocative and metaphoric. They are full of symbols, but we think that those symbols are used in a very personal, even idiosyncratic way. We consider them as incoherent and incomprehensible (...) They do not fit into categories. They escape every classification, save that of 'psychotic' stories (...) they often belong to the underground world in mental hospitals and clinical interaction. This world of stories is feared, therapists and psychiatric nurses often act as if this world do not exist" (Van Dongen, 2003:207)

Jons radiosender blir i det diagnostiske klassifikasjonssystemet betegnet som en paranoid vrangforestilling, dvs. en subjektiv fiksjon produsert i hans egen hjerne. Diagnostiske klassifikasjoner er imidlertid en moderne konstruksjon. Vitenskapsteoretikeren og antropologen Bruno Latour har sterkt kritisert, hvordan 'den moderne tankegang' organiserer verden i dikotomier, for eksempel natur/kultur, subjektiv/objektiv, fakta/fiksjon. Slike dikotomier, som iflg. Latour er arven fra Opplysningstiden og spesielt Descartes, blir en tvangstrøye. Vi har egentlig aldri vært moderne, hevder han, da verden alltid har bestått av et mangfold av hybrider og ikke av di-

kotomier. Disse hybridene eller kvasi-fenomenene, som han også kaller dem, unnslipper vår oppmerksomhet, fordi vi ikke anerkjenner dem som hybrider av natur og kultur/samfunn vevd og flettet inn i hverandre. Latour foreslår derfor, at vi opphever skillet mellom natur og kultur/samfunn. Vi vil på denne måten få tilgang til fenomener, som vanskelig lar seg klassifisere, og som befinner seg utenfor eller mellom kategoriene (Latour, 1993). Ved å forstå Jons radiosender og andre 'psykotiske' historier som hybrider av natur/kultur åpnes det opp for flere kategorier enn de biomedisinske klassifikasjonene. Videre er det irrelevant iflg. Latour å spørre om, hva som er 'virkelig' eller 'uvirkelig'. "The truth- the non-modernist truth is that facts are neither real nor fabricated" (Latour, 1999:295). Latours poeng er å åpne opp for mangfoldigheter, ikke redusere verden i dikotomier.

Problemet for Jon er, at han er svært alene om sin radiosender, selv om vi alle er omgitt av radiosendere. Hans radiosender fremtrer som ukontrollert og løstrevet fra den sammenhengen, han befinner seg i. En konsekvens av å bringe for eksempel Latours perspektiv inn i terapien kunne være å fokusere mer på radiosenderen ved å gi den rom, dvs. å hjelpe Jon til å forstå radiosenderen og sette den inn i en sammenheng, som gir mening for ham selv. Radiosenderen vil kunne bli anerkjent og opptre som viktig i seg selv i terapien. Den vil ikke bli redusert til et uønsket symptom på psykopatologi, som skal elimineres eller kontrolleres. Den vil heller ikke bare fremstå som Jons personlige symbol (van Dongen, 2003: 208), men bli plassert i en sammenheng av felles, allmenne symboler.

Konklusjon

Innledningsvis stilte jeg spørsmål om, hvordan psykosens kunnskapsregimer kommer til uttrykk i en psykiatrisk avdeling, hvordan ulike former for kontroll av psykotiske tanker og atferd utspiller seg, og hvilke samfunnsmessige betingelser, som muliggjør slik kontroll. Gjennom eksempler fra det empiriske materialet, har jeg beskrevet, hvordan Jons opplevelser blir snakket og skrevet om, og hvordan han gir uttrykk for sin egen opplevelse av behandlingen, han har fått.

Med referanse til Foucault og Deleuze har jeg analysert, hvordan disiplin- og kontrollsamfunnet kan komme til uttrykk i en psykiatrisk avdeling. Innenfor psykiatriens vegger er det lite rom for å føle seg styrt gjennom en radiosender. Det forventes, at pasienter gir slipp på sitt eget kunnskapsregime ved å akseptere den medisinske fagekspertisens kunnskapsregime. Gjennom deltakelse i psyko-educative programmer forventes det, at pasientene integrerer den medisinske

sykdomsforståelsen, aksepterer at de er syke (oppnår 'sykdomsinnsikt') og tar medisinen, slik den blir forordnet ('medicine-compliance'). Slike opplæringsprogrammer kan forstås som en sofistikert form for kontroll, der målet er, at pasientene oppnår egenkontroll. Disiplin utøves derfor ikke bare gjennom fysisk tvang, selv om vi har observert, at dette også i høy grad foregår. Materialet viser også, at det finnes motkrefter til det rådende medisinske kunnskapsregimet, både hos Jon selv og hos fagpersonalet.

Fortellingen om Jon viser en åpenbar asymmetri i maktforholdet mellom Jon og de profesjonelle, selv om de profesjonelle viste empati, stort engasjement og evne til selvrefleksjon i møtet med Jon. Jons kunnskapsregime skiller seg radikalt fra fagfolkenes medisinske kunnskapsregime, som innebærer klare definisjoner på, hva som er friskt eller sykt, normalt eller unormalt. Man vil sannsynligvis ikke finne noen radiosender i Jons kropp, og jeg hevder ikke, at fagfolk nødvendigvis skal ta radiosenderen som 'face value'. Poenget er å kunne være åpen for flere perspektiver på 'det psykotiske uttrykk', å tillate 'more reality', for å bruke en av Latours betegnelser (1999:114). Det vil si, at man i det psykiatriske rommet åpner døren for hybrider av menneskelige/ikke-menneskelige subjekter/objekter (Latour, 1993), som for eksempel Jons radiosender, og i større grad fokuserer på de sosiale og kulturelle nettverkene som omgir Jon og hans radiosender. Det vil si, at man bygger bro mellom dikotomiene 'normal', 'unormal', 'frisk' og 'syk' og åpner opp for større mangfold i tolkningen av menneskers ekstraordinære opplevelser. Det innebærer, at radiosenderen blir plassert i en sosial/kulturell sammenheng og innlemmet som en viktig aktør i seg selv. Fokus vil endres fra 'symptomkontroll' gjennom medisiner og opplæring til å samhandle med Jon, slik at han kan forstå og finne mening i radiosenderen. Det innebærer mindre kontroll og mer rom til å utforske radiosenderens relasjoner med Jon og omgivelsene. Å tenke med Latours hybrider bør få konsekvenser for psykiatrisk praksis i form av større åpenhet og mer dialog rundt pasienters psykotiske uttrykk. Å ta Jons radiosender på alvor betyr å vise respekt for hans eget kunnskapsregime, der radiosenderen kan forstås som en viktig og relevant representasjon for et kontrollsamfunn, som vi alle er en del av.

Noter

1. Alle personnavn i denne artikkelen, unntatt forfatterens, er pseudonymer.
2. Programmet er laget av den norske psykologen Gråwe (1991), basert på ideer fra en gruppe amerikanske psykiatere (UCLA, <http://www.npi.ucla.edu/irc/products/products.htm>, 12.9.2005).

3. Legene brukte det engelske ordet 'medicine-compliance' i dagligtalen uten å oversette til norsk.
4. Lov om Psykisk Helsevern har blitt endret, siden dette feltarbeidet ble utført. Imidlertid er det ikke gjort vesentlige forandringer, når det gjelder lovhjemmel for bruk av tvang i psykiatriske institusjoner.
5. En type antipsykotisk medisin.
6. Obligatorisk observasjonsperiode er 72 timer i Norge. Hensikten er, at pasientens symptomer skal komme fram og ikke skjules, slik at legene kan komme fram til en diagnose.
7. Kontrollkommisjonen, som ledes av en jurist, skal ivareta pasienters rettigheter ved bruk av tvang. Alle fylker i Norge er pålagt å ha en slik Kontrollkommisjon. Psykiatriske pasienter får imidlertid bare i sjeldne tilfelle medhold i sine klager. Det er en pågående debatt i Norge, om klageinstansene i for liten grad er uavhengige instanser og i for stor grad er en del av det systemet, pasientene klager på.
8. På slike møter var jeg til stede, men deltok som regel ikke i samtale. Jeg tok notater underveis. Andre på møtet satt også med penn og papir, slik at jeg ikke skilte meg nevneverdig ut.
9. Deleuze innfører altså her et skille mellom disiplinsamfunn og kontrollsamfunn, et skille jeg ikke uten videre finner igjen hos Foucault (se også Hardt, 2000: 116-131). Jeg vil imidlertid holde fast ved Deleuze's skille gjennom artikkelen. Slik jeg forstår Deleuze, er disiplinsamfunnet karakterisert ved bruk innesperring, straff og fysisk tvang, mens det moderne kontrollsamfunnet bruker andre, mer sofistikerte metoder, for å kontrollere og overvåke mennesker.
10. Jeg har erfart, at grensesetting og skjerming kan være nødvendig, og hensikten med disse tiltakene er ikke nødvendigvis å straffe. I sykepleielitteraturen blir imidlertid disse tiltakene nesten utelukkende beskrevet som noe positivt, som blir iverksatt til pasientens beste. Pasienters opplevelser av straff og krenkelse er lite fokusert.
11. Det er mulig, det er møtet mellom disse to teknologiene Deleuze sikter til, når han peker på overgangen fra disiplinsamfunnet til kontrollsamfunnet.
12. Det kan tyde på, at selvet ordet 'governmentality' er et ordspill fra Foucault's side, ved at det er sammensatt av 'govern' og 'mentality'. Han utvider på denne måten forståelsen av, hva vi vanligvis forbinder med 'government'.

Litteratur

- American Psychiatric Association, APA 1995 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV), (Washington 4th ed.).
- Barrett, Robert 1996 *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia: an anthropological study of person and illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deleuze, Gilles 1990 *Om kontrollsamfunnen*. I: Morgenbladet, 29.10.1999.
- Fabrega, H.1989 "The self and schizophrenia – a cultural perspective". *Schizophrenia Bulletin*, 15/2, s. 277-290.
- Flyckt, Lena, Astrid Taube, Gunnar Edman, Erik Jedenius, Lars Bjerkenstedt, 1999 Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. I: *Nordic Journal of Psychiatry*, 53/5, s. 377-382.

- Foucault, Michel 1972 *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon.
- Foucault, Michel 1975 The abnormal. I: Rabinow, Paul (red): *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1. London, Penguin Books, 1997, s. 51-57.
- Foucault, Michel 1978 Governmentality. I: Faubion, James D(red): *Power: the essential works 3, 1954-1984*. London: Penguin Books, 2000, s. 201-222.
- Foucault, Michel 1982a The political technology of individuals. I: Faubion, James D (red): *Power: the essential works 3, 1954-1984*. London: Penguin Books, 2000, s. 403-417.
- Foucault, Michel 1982b Technologies of the self. I: Rabinow, Paul (red): *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1. London, Penguin Books, 1997, s. 223-251.
- Foucault, Michel 1982c The subject and power. I: Faubion, James D (red): *Power: the essential works 3, 1954-1984*. London: Penguin Books, 2000, s. 326-348.
- Foucault, Michel 1984 The ethics of the concern of the self as a practice of freedom. I: Rabinow, Paul (red): *Ethics, Subjectivity and Truth: Essential Works of Foucault 1954-1984*, vol.1. London, Penguin Books, 1997, s. 281-301.
- Foucault, Michel 1999 *Overvåkning og straff; det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal, Originalutg: *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Bibliothèque des histoires, Paris: Gallimard,1975
- Foucault, Michel 1999 *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal, Originalutg: *Folie et deraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Paris: Libraire Plon, 1961
- Good, Byron. J 1996 Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. I: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, s. 127-132.
- Gråwe, Rolf W 1991 *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av Symptomer, arbeidshefte*. Trondheim: Intern publikasjon, Psykologisk Institutt, Norges Teknisk Vitenskapelige Universitet (NTNU).
- Kernberg, Otto 1976 *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kirmayer, L. J & Young, A., Robbins, J.M. 1994 Symptom attribution in cultural Perspective. I: *Canadian Journal of Psychiatry* 39/10, s. 584-595.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkely: University of California Press.
- Kleinman, Arthur 1988 *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kohut, Heinz 1990 *Selvets psykologi*. København, Hans Reitzel.
- Larsen, Inger B 2004 *Stedets disiplin. I: Livsfilosofi og livskvalitet, dr. gradsseminar ved UiB*. Bergen: Intern publikasjon, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Latour, Bruno 1993 *We have never been modern*. New York: Harvester Wheatsheat.
- Latour, Bruno 1999 *Pandora's Hope: Essays on the reality of science studies*. London: Harvard University Press.
- Leudar, Ivan. & Peter Thomas 2000 *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. London: Routledge.
- Mahler, Margaret, Fred Pine & Anni Bergman 1975 *The psychological birth of the human Infant: symbiosis an individuation*. New York: Basic Books.
- Nergård, Jens I. 1996 *Shamanen – tolkare av den samiska gemenskapen*. I: Cullberg,J, Johannisson,K, Wikström,O (red) , *Mänskliga gränsområden : om extas, psykos och galenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

- Neuman, Iver B 2003 Maktutøvelse i frihetens navn. Kronikk, I: *Aftenposten* 25.09.2003.
- Romme, Marius 2000 *Understanding voices*. Gloucester: Handsell Publishing.
- Terkelsen, Toril, Astrid Blystad, Ida Hydle 2005 Transforming extraordinary experiences into the concept of schizophrenia: a case study of a Norwegian psychiatric unit. I: *Ethical human psychology and psychiatry-An international journal of critical inquiry*, vol.7, no.3(fall/winter): 229-252.
- UCCLA (University of California), <http://www.npi.ucla.edu/irc/products/products.html>, 12.09.2005
- Ukjent forfatter, Schizophrenia Story. A first person account. <http://home.arcor.de/paha-schi/welcome.html>, 06.08.2005
- Van Dongen, Els 2003 Walking stories: narratives of mental patients as magic. I: *Anthropology and Medicine*, vol. 10, no. 2 s.207-222.
- Verdens Helseorganisasjon, WHO 1992 *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.