

Distanse og involvering

Amund Meidell Andenæs

Distanse og involvering

Hvordan 18 psykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid

Avhandling for graden philosophiae doctor (Ph.d)

Fakultet for humaniora og pedagogikk

Universitetet i Agder

2017



Med psykoterapeutisk holdning forstår vi i psykiatrien en holdning preget av de grunnelementene vi mener er avgjørende for vekst og utvikling hos våre pasienter. Denne holdningen er karakterisert av en balanse mellom det å by seg frem som lyttende til pasientens usikkerhet og lidelse, og det å kunne møte slike ytringer med den respekt som hviler i erkjennelsen av pasientens menneskelige likeverd – og med den forståelse som menneskekunnskap og en bearbeidet faglig forankring gir grunnlag for (...) Det er å være personlig, men ikke privat (...) Det er å være profesjonell, men ikke distansert (...) Alt arbeid som utføres i psykiatrien bør ha en psykoterapeutisk holdning som grunnlag (Husby, Dahl, Johnsen, & Østberg, 1982).

Utdanningsprogrammet i psykiatri kan også påvirke holdninger blant annet gjennom vekten man legger på ulike forståelsesformer, diagnostiske metoder og behandlingstilnæringer (...) Spørsmålet rent utdanningsmessig er om vi alle utvikler de kjerneholdningene som er så viktige. Slik det nå foregår, er det jo helt opp til den enkelte å plukke opp holdninger på sin vei gjennom spesialiseringen (Vaglum, 2014, s. 50).

Doktoravhandlinger ved Universitetet i Agder 187

ISSN:1504-9272

ISBN: 978-82-7117-886-4

© Amund Meidell Andenæs, 2017

Trykk: Wittusen & Jensen

Oslo

Forord

Uten velvillige kolleger som takket ja til å stille til intervju, ville ikke denne avhandlingen blitt til. Jeg er takknemlig og glad for at dere ville delta. Jeg har lært mye.

Det er mange som har bidratt i arbeidet med denne avhandlingen. En stor takk går til hovedveileder professor Terje Mesel og biveileder professor Paul Leer-Salvesen, som har hatt tro på prosjektet og tillit til meg. Tross dyktighet og mange gode innspill, vil jeg først og fremst trekke frem deres tålmodighet. Det har vært krevende å veilede en kliniker til å tenke og skrive akademisk. Takk til professor Jan-Olav Henriksen for viktige innspill på sluttseminaret.

Et sentralt bidrag kommer fra psykiatrisk avdeling på Sørlandet sykehus. Oddvar Sæther åpnet døren som gav meg muligheten. Selv om en hektisk hverdag i klinikken gir lite rom for akademia, ble jeg altså gitt denne muligheten. Takk.

Det har vært godt å være en del av doktorgradsprogrammet ved Institutt for religion, filosofi og historie ved Universitetet i Agder. Det har vært en lærerik prosess med en til tider vel bratt læringskurve.

En stor takk til min venn Eivind Berthelsen. Du var med og unnfanget ideen om et prosjekt, og har heldigvis vært en trofast samtalepartner fra A til Å. Takk for mange gode innspill og kritiske spørsmål.

Jeg må også nevne kolleger i Arendal, psykoterapiveiledere, seminarledere på innførings- og videregående seminar ved Institutt for psykoterapi og min terapeut. Dere har alle, på ulike måter, bidratt til gode rom for refleksjon. I tillegg har alle jeg har møtt i mitt arbeid som psykiater, hjulpet meg til å bli kjent med og undre meg over mitt kliniske arbeid.

Takk til dere hjemme. Det viktigste bidraget har vært å gi meg en hverdag med annet innhold enn avhandlingsarbeid.

Mæbø, 2. april 2017

Amund Meidell Andenæs

Summary

Do psychiatrists understand their clinical work in the same way? What do the practitioners of psychiatry focus on in their work? The thesis' research topic is: In what way do 18 psychiatrists constitute an understanding of their clinical work?

In the literature of psychiatry one often finds discussions of the profession's identity or fundamental problems. The profession is composed of different traditions. Some authors point to a split field that contains unsolvable contradictions, while others argue that psychiatry today integrates different traditions by dissolving old contradictions. The thesis establishes an encounter between insights from theoretical work and the clinician. It is a contribution to an empirically informed discussion of fundamental issues in psychiatry. The thesis is also a contribution to the psychiatrists' professional ethics in shedding light on key aspects of their self-understanding.

The thesis' data is 18 qualitative interviews with adult psychiatrists. The focus is on how the psychiatrist views himself, the patient and the patient's mental difficulties when meeting the patient. Through analysis and interpretation I establish two ideal types: *The doctor* and *The interpreter*. The two ideal types emphasize different aspects of the clinical work by highlighting various points of orientation as the key for a psychiatrist's understanding.

The doctor distinguishes between mental illness and the person. This implies an orientation towards disease. The clinical work is viewed through what *The doctor* perceives as unified professional knowledge, where scientifically certain knowledge is essential. A descriptive approach, as we find it in the diagnostic system of today, is regarded as a key entrance for getting to know the patient's mental difficulties. The central point is to establish a reliable approach that ensures that the psychiatrist addresses the key issues of the patient's mental difficulties.

The interpreter is working with the patient's mind. The focus is on getting to know the patient as a person to a greater extent than only some aspects of a disturbed function or behavior. The patient's subjective experience is given precedence. The psychiatrist's professional judgment is emphasized, which implies an emphasis on implicit knowledge. The essential issue is how to apply knowledge and use experience when meeting the unique patient. *The interpreter* underlines the significance of the relationship for the psychiatrist's clinical work and understanding, relationship that is

being developed and established in the patient encounter. *The interpreter* is concerned with the involvement with the patient.

The two different ways to constitute an understanding of the clinical work establishes different ideals of what is meant by professionally good clinical work. The psychiatrist's clinical work is located between distance and involvement. *The doctor* emphasizes on being a distant participant to be able to assess the patient's mental difficulties and ensure a respectful distance to the patient as a person. *The interpreter* describes the psychiatrist as significant involved. The involvement is essential for the development of an understanding of the patient's mental difficulties, and for the patient's experience of connections between his or her mental difficulties and life in general.

The psychiatrist's way of constituting an understanding of the clinical work is considered as closely linked to the practice of psychiatry.

Innholdsfortegnelse

<u>Forord.....</u>	<u>5</u>
<u>Summary</u>	<u>6</u>
<u>DEL 1: Introduksjon</u>	
<u>Kapittel 1: Introduksjon</u>	<u>15</u>
1.1 En urolig undring.....	15
Spørsmål.....	16
1.2 Problemstilling	18
Forskerspørsmål	18
Begrunnelse.....	19
1.3 Plassering i forskningsdiskursen	20
Psykiatriens vitenskapsfilosofi og psykiateres profesjonsetikk	20
Tidligere forskning.....	21
<u>DEL 2: Metode og teori</u>	
<u>Kapittel 2: Metode</u>	<u>27</u>
2.1 Innledning.....	27
2.2 Kvalitativ metode	27
2.3 Vitenskapsteoretisk forankring.....	28
Metode og forståelse	28
Alltid fortolkende	28
Dialogisk og sirkulær	29
Fordom	30
Fortolkning og gyldighet.....	31
2.4 Hvilke fordommer har påvirket denne studien?	32
2.5 Det kvalitative forskningsintervju	33
Hvem har deltatt i undersøkelsen?	34
Prosessen	36

Intervjuguiden	37
Gjennomføringen av intervjuene.....	38
2.6 Analyse og fortolkning	38
Innledning.....	38
Analyse og fortolkning av transkriberte intervjuer	39
2.7 Kvalitetskriterier.....	42
Innledning.....	42
Reliabilitet	43
Validitet.....	44
Overførbarhet	44
2.8 Forskningsetikk	45
Innledning.....	45
Informert samtykke	45
Anonymisering	45
Å gjengi data	46
<u>Kapittel 3: Teoretiske ressurser</u>	<u>47</u>
3.1 Innledning.....	47
3.2 Et overblikk over psykiatrifaget	48
Fem overordnede tema	50
3.3 Hva arbeider en psykiater med?	53
Psykisk sykdom.....	54
Disease og illness	59
Subjekt- og objektontologi.....	60
Sinnen – pasientens psykiske liv.....	62
Profesjonsetiske implikasjoner av ulike syn på psykisk lidelse.....	66
3.4 Kunnskapskilder	75
Ulike kilder og type kunnskap	75
Forholdet mellom kunnskap som noe vi avdekker, og som noe vi skaper	79
Forholdet mellom induktiv og deduktiv arbeidsmåte	84

Profesjonsetiske implikasjoner av ulike kunnskapssyn	88
3.4 Den relasjonelle dimensjonen.....	93
Et <i>felt</i>	95
<i>Den meningsbærende andre</i>	97
Profesjonsetiske implikasjoner av ulik vektlegging av den relasjonelle dimensjonen	99
3.5 Oppsummering	101
<u>DEL 3: Presentasjon og analyse av empirien</u>	
<u>Innledning</u>	<u>103</u>
<u>Kapittel 4: Hva ”feiler” pasienten?</u>	<u>105</u>
4.1 Akse én: Sykdomsforståelse og pasientens forståelse.....	105
4.2 Sykdomsforståelse	106
1.Gjenkjenne sykdom og dens generelle tegn.....	107
2.Spesifikke tilstander	109
3.Symptomer: Objektive tegn som kan kvantifiseres	111
4.Psykisk sykdom er ”som alle andre lidelser”	113
5.Relasjon og psykisk sykdom.....	117
Oppsummering	121
4.3 Pasientens forståelse	121
Pasientens forhold til seg selv, andre og omverden	122
Det eksistensielle.....	126
Det mellommenneskelige.....	127
Meningsaspektet.....	129
Komplekse fenomener	131
Oppsummering	134
<u>Kapittel 5: Den faglige kunnskapen.....</u>	<u>135</u>
5.1 Akse to: Den faglige kunnskapen.....	135
5.2 Enhetlig og vitenskapelig	136
En felles forståelse	137

Vitenskapelig kunnskap	141
Oppsummering	147
5.3 Faglig skjønn	147
Utøvelsen av skjønn	148
Kunnskap om det å være menneske	152
Oppsummering	160
<u>Kapittel 6: Avstand og nærhet</u>	<u>163</u>
6.1 Akse tre: Mellom avstand og nærhet.....	163
6.2 En diagnostisk vurdering	164
Diagnose som utgangspunkt	164
Struktur: Felles kriterier og systematisk tilnærming.....	167
Ikke ”synsing og meninger”	171
Oppsummering	173
6.3 Oppmerksomhet og relasjon.....	173
Relasjonen som rettesnor	174
Lytte	179
Å bruke seg selv	181
Oppsummering	184
<u>Del 4: Fortolkning av empirien</u>	
<u>Innledning – Medisineren og Fortolkeren</u>	<u>187</u>
<u>Kapittel 7: Medisineren.....</u>	<u>189</u>
7.1 Innledning.....	189
7.2 En psykiater arbeider med psykisk sykdom	189
En orientering mot disease	191
Illness som et supplerende perspektiv.....	197
Behovet for rasjonell tilnærming	200
Profesjonsetiske implikasjoner: En betydningsfull faglig objektivisering	203
7.3 Å betrakte det kliniske arbeidet ved hjelp av enhetlig fagkunnskap.....	208
Lene seg til vitenskapelig sikker kunnskap.....	208

Kunnskap som avdekker sentrale forhold ved psykisk sykdom	212
Fra det generelle til det individuelle	218
Profesjonsetiske implikasjoner: Underordne seg	221
7.4 En beskrivende tilnærming	224
Deskriptiv tilnærming	224
Standardisert fortolkning og metode	231
Profesjonsetiske implikasjoner: En diagnostisk tilskuerholdning	232
7.5 Et samfunnsperspektiv på <i>Medisineren</i>	235
Et samfunnsperspektiv	237
7.6 Oppsummering	238
<u>Kapittel 8: Fortolkeren</u>	<u>239</u>
8.1 Innledning	239
8.2 En psykiater arbeider med pasientens sinn	239
Pasientens sinn	241
Pasientens psykisk liv: Et flertydig betydningsfelt	245
Profesjonsetiske implikasjoner: Vektlegge det særegne	250
8.3 Fagkunnskap, faglig skjønn og det kliniske arbeidet	256
Å anvende fagkunnskap i det kliniske arbeidet	256
Pasienten som kunnskapskilde	260
Allmennmenneskelige aspekter	263
Kunnskap som skapende	267
Profesjonsetiske implikasjoner: Ha tillit til egne fortolkninger	268
8.4 Møtet	271
Relasjonens betydning for psykiaterens arbeid og forståelse	272
”Stedet der vi lever”	276
Møtet, konstituering og forståelse	280
Profesjonsetiske implikasjoner: Betydningsfull involvert	282
8.5 Oppsummering	286
<u>Del 5: Konklusjon og implikasjoner</u>	

<u>Kapittel 9: Konklusjon.....</u>	<u>289</u>
<u>Kapittel 10: Implikasjoner for praksis</u>	<u>291</u>
<u>Litteraturreferanser</u>	<u>294</u>
<u>Vedlegg.....</u>	<u>303</u>

DEL 1: Introduksjon

Kapittel 1: Introduksjon

1.1 En urolig undring

En ettermiddag vinteren 2007 satt jeg på kontoret til min psykoterapiveileder. Jeg hadde nylig startet i psykiatrisk avdeling og satt med en entusiasme på grunn av situasjonen jeg nå befant meg i. Tenk at jeg kunne sitte sammen med en klok og erfaren kollega og reflektere over hva det var jeg jobbet med, hvilke forståelser vi hadde, og hvordan vi best kunne hjelpe de som jeg møtte i jobben min. Samtidig husker jeg en uro knyttet til den samme entusiasmen. Jeg hadde beveget meg inn i et felt som er så komplisert, så menneskelig nært, og hvor min forståelse hadde avgjørende betydning for de jeg møtte. Uroen husker jeg gav seg uttrykk i en klar tanke: Jeg skal i hvert fall aldri bli psykoterapiveileder og påvirke kolleger med min forståelse. Det kliniske arbeidet erfarte jeg som mangeartet, og dermed kjentes definisjonsmakten jeg som kliniker sitter med, som urovekkende stor. Åge Wifstad skriver om psykiatrifagets *identitetsproblemer* og hevder at det ”er grunn til å spørre *hva slags* virksomhet psykiatri er” (Wifstad, 1997, s. 13). Han hevder at psykiatrifeltet vanskelig lar seg plassere i forhåndsdefinerte kategorier. En slik refleksjon er også treffende for mine erfaringer med det kliniske arbeidet.

Min måte å forstå pasientens psykiske vansker på endret seg etter hvem av kollegene jeg lyttet til, og hvilken fagteoretisk orientering jeg for tiden arbeidet med. Jeg erfarte et behov for bedre kjennskap til psykiatrifagets vitenskapsfilosofiske grunnlagstenkning – kunnskap som gir psykiatere et bedre grunnlag for å se og reflektere over både egne og de ulike fagteoretiske antagelsene som er førende for det kliniske arbeidet. Ifølge Wifstad handler det om en *grunnlagsproblematikk*, hvor psykiatrifaget anses som lite enhetlig og splittet i forskjellige retninger. (Wifstad, 1997, s. 21). Johan Cullberg betrakter, i tråd med Wifstad, psykiatrifaget som splittet mellom ulike vitenskapstradisjoner når han beskriver psykiatriens kunnskapsområde som ”disharmonisk” (Cullberg, 1990, s. 22). I *Norsk psykiatrisk forening* er det et *Utvalg for grunnlagsproblemer i psykiatrien*, og de gir i mindre grad uttrykk for en urovekkende splittelse (Norsk psykiatrisk forening, 2017).

Innenfor faglitteraturen er det klare stemmer som hevder at psykiatrifaget har et feilslått fokus på medikamenter (Gøtzsche, 2015), diagnoser (Brinkmann, 2015b),

evidensbasert kunnskap (Ekeland, 2009), individet (Aarre, 2010) eller et reduksjonistisk medisinfag (Bøe & Thomassen, 2007). Listen med kritikere er mye lengre. Også innen for eksempel de individfokuserede terapiretningene finner vi klare sprik i synet på hvordan pasientens psykiske vansker skal forstås. Selv om jeg har behov for å reflektere over egne antagelser og de antagelsene i psykiatrifaget som er førende for det kliniske arbeidet, opplever jeg i liten grad spissede diskusjoner rundt for eksempel bruk av diagnoser eller biologisk orientering versus sosiologisk orientering som helt treffende. Jeg erfarte et behov for en nyansert og klinikknær studie som forsøker å løfte frem klinikerens vitenskapsfilosofiske og profesjonsetiske grunnlagstenkning.

En studie om temaet er nå fullført, og jeg er på god vei i min utdanning til å bli psykoterapiveileder. Men uroen sitter. Den har ikke all videreutdanning og refleksjon kunnet dempe. Det tror jeg er bra og viktig, spesielt for dem jeg forsøker å hjelpe i min jobb som psykiater. Det handler ikke om identitetsproblemer som vi bør forsøke å løse. Psykiatrifaget og psykisk helse må heller forsøke å romme uenigheter og bevare en vedvarende refleksjon over fagets grunnlagsproblemer. Håpet er at uroen smitter over på leseren og fører til en fruktbar refleksjon.

Spørsmål

Det er grunn til å undre seg over hva slags type virksomhet psykisk helsevern er. *Hva* er det helsepersonell innenfor psykisk helse arbeider med? Er det sykdom, biokjemiske forandringer, vonde livserfaringer eller eksistensielle utfordringer? Er det i individet en skal søke svarene? Et annet spørsmål er hvordan helsepersonellet arbeider med pasientene. Hva betyr det å være fagperson i møtet med mennesker som har psykiske vansker? Som lege i spesialisering i psykiatri undret jeg meg mye. Hvilken kunnskap og erfaring var det jeg som lege hadde, som er relevant innen psykisk helse? Hva med psykologenes kunnskap og erfaring? Og hva med andre faggruppers perspektiver, som sykepleiernes, vernepleiernes og sosionomenes? Er den medisinske kunnskapen viktigst siden legen er øverst i hierarkiet? Hva med alle de stemmene innen psykisk helse som gir helt forskjellige svar på hva som betyr noe i møtene med pasienter?

Ved å reflektere over spørsmålene ble jeg samtidig klar over hvor mange verdivalg jeg som psykiater står overfor. ”Det er altså erkjennelsen av at verdivalg hele tiden gjøres i medisinen, som gjør profesjonsetikken så viktig”, skriver Reidun Førde (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2005, s. 79). Under arbeidet har jeg blitt økende klar over hvor nært fagets grunnlagsproblemer er sammenvevet med psykiateres profesjonsetikk.

En psykiater har et diagnosesystem som langt på vei kan definere hva den profesjonelle skal se etter. Likevel er det store variasjoner mellom kolleger når det gjelder hva som vektlegges. En psykiater med en psykodynamisk bakgrunn vil ofte være opptatt av den enkeltes historie, alltid med vekt på den tidlige historien, personlige erfaringer og det som ikke sies med ord. Hos en biologisk orientert psykiater vil presise gjengivelser av tidligere forløp, nøyaktige beskrivelser av symptomer og en god beskrivelse av aktuelle funn stå sentralt. Tanker og adferd vil være det primære for en kognitiv terapeut, familieforhold for en psykiater med bakgrunn i familierapi. Dette er bare noen få eksempler. Jeg har truffet så mange forskjellige psykiatere med ulik forståelse av egen praksis at det av og til er vanskelig å se en klar rød tråd. Arbeider psykiatere med det samme? Hvis svaret er nei, skyldes forskjellene at vi arbeider med ulike tilstander? På forelesninger og kongresser fikk jeg inntrykk av at noen hadde funnet svaret. Det inntrykket kan en også få når en leser i fagbøker som *Shrinks* (Lieberman, 2015) eller *Psychoanalytic diagnosis* (McWilliams, 2011). Problemet er at de gir helt forskjellige svar. Hva bør jeg som psykiater ha fokus på i møte med pasienten? Hvilke fokus er uttrykk for god faglighet?

En kan stille spørsmål ved om det er så stor forskjell på de ulike stemmene innen psykisk helse som det antydes her. Er det kanskje mer enighet enn den iøynefallende bredden gir inntrykk av? Flere ganger sitter jeg med følelsen av at kolleger med tilsynelatende ulike syn er enige om mange grunnleggende punkter. Blir jeg for opptatt av forskjellene? Så blir jeg igjen i tvil: Kanskje det under en slik opplevd enighet likevel eksisterer en vitenskapsfilosofisk problematikk en står i fare for å overse i forsøk på å etablere en integrert forståelse, som for eksempel ved en biopsykososial modell (Engel, 1977) ?

Avhandlingen er et ”mageprosjekt”. Med det mener jeg at utgangspunktet for prosjektet var en undring som ikke hadde form av klare, godt formulerte spørsmål. Springbrettet for avhandlingen har vært min erfaring fra å arbeide i et flertydig felt. Det handler om et behov for å reflektere over vitenskapsfilosofisk og profesjonsetisk grunnlagstenkning for psykiatere gjennom en empirinær drøfting. Spørsmålene over er for upresise til å kunne utgjøre et utgangspunkt for en videre utforskning. Jeg har derfor måttet avgrense og presisere spørsmålene, slik at jeg ble sittende igjen med en problemstilling jeg kunne forsøke å besvare. Det gjør samtidig at oppgavens besvarelse har klare begrensninger med tanke på alle spørsmålene som er skissert innledningsvis.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen er:

Hvilken måte konstituerer 18 voksenpsykiatere forståelsen av sitt kliniske arbeid på?

En psykiater danner seg en forståelse av pasienten, seg selv og sitt arbeid ved hjelp av de faglige perspektivene den profesjonelle har med seg inn i møtet med pasienten. Den enkelte psykiater legger til grunn en forståelse av det kliniske arbeidet som påvirker hvordan den profesjonelle utøver sitt fag. Med konstituerer mener jeg måten psykiateren legger til grunn en slik forståelse på. Å konstituere innebærer å fastsette en måte å betrakte det kliniske arbeidet på. Problemstillingen fokuserer på hvordan psykiateren observerer, vurderer og reflekterer over pasienten, seg selv og den situasjonen begge parter befinner seg i under en pasientsamtale. Med pasientsamtale menes den samtalen som utspiller seg mellom pasient og psykiater.

I problemstillingen brukes betegnelsen voksenpsykiatere. Med det menes spesialister i psykiatri som arbeider med pasienter som er over 18 år.¹ Avhandlingen inkluderer ikke psykiatere som arbeider i avdeling eller poliklinikk for barne- og ungdomspsykiatri.

Med klinisk arbeid menes psykiaterens pasientrettede arbeid. Klinikk kommer fra det greske ordet *klinikos*, som betyr sengen. I medisinen er klinisk arbeid en vanlig brukt betegnelse. En skiller et slikt arbeid fra for eksempel laboratoriearbeid, forskning eller administrativt arbeid. I avhandlingen bruker jeg betegnelsen kliniker vekselvis med psykiater. En kliniker er en lege som arbeider klinisk.

Forskerspørsmål

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen i to forskningsspørsmål som presiserer hva jeg ønsker å etablere kunnskap om:

- 1. Hvilke orienteringspunkter legger voksenpsykiaterne vekt på når de forteller om sitt arbeid med pasienten, pasientens psykiske vansker og pasientmøtet?*
- 2. Hvilke profesjonsetiske implikasjoner har voksenpsykiaternes ulike grunnlagstenkning?*

I arbeidet med datamaterialet ble det tydelig at informantene² på forskjellige måter legger til grunn en forståelse av sitt kliniske arbeid. De konstituerer en forståelse ut

¹ Det er to unntak når det gjelder spesialist. To av informantene hadde nesten fullført sin spesialisering i psykiatri.

² Informant er betegnelsen jeg har valgt for de psykiaterne som har deltatt i studien.

ifra forskjellige prinsipper. Med orienteringspunkter mener jeg de prinsippene informantene strukturerer sitt arbeid ut ifra.

I forskerspørsmål én presiserer jeg at det er hva psykiaterne *forteller*, som skal undersøkes, ikke hva de gjør. Informantenes forskjellige orienteringspunkter anser jeg som en sentral del av deres profesjonsutøvelse. De forskjellige orienteringspunktene innebærer ulik grunnlagstenkning.

I arbeidet med problemstilling og forskningsspørsmål har det vært en utfordring å lage formuleringer som rommer spekteret av de forskjellige orienteringspunktene til informantene. Siste formulering i første forskningsspørsmål er derfor treleddet. Med pasient menes personen som kommer til psykiateren og søker hjelp (eller blir søkt til psykiateren). Jeg valgte å bruke både ordet og begrepet *pasient* fordi det er en vanlig brukt betegnelse i medisinsk litteratur.³

Psykiske vansker er en bevisst vag formulering. Allerede i en presisering av hva som menes med psykiske vansker, finner jeg spor av forskjellige måter å konstituere en forståelse av det kliniske arbeidet på. Betegnelsen er valgt fordi den sier lite, det er en vid kategori.

Med pasientmøtet menes møtet mellom psykiater og pasient. Når en psykiater møter en pasient, altså et møte mellom partene i en profesjonell sammenheng, etableres et pasientmøte.

Det andre forskerspørsmålet løfter eksplisitt frem de normative føringene som ligger i de forskjellige orienteringspunktene. Hva mener informantene er godt faglig klinisk arbeid? Orienteringspunktene fremhever forskjellige forståelser av psykiatrifagets grunnlagsproblematikk. De innebærer sentrale premisser for forståelsen av psykiaternes profesjonsetikk.

Begrunnelse

Målet er å få i gang en erfaringsnær refleksjon over psykiateres forskjellige betraktningmåter, slik at refleksjonen både blir konkret og kan erfares relevant for utøvere i faget.

Min erfaring er at de daglige refleksjonene over arbeidet dreier seg mest om vurderinger og valg som gjøres her og nå, uten at grunnleggende aspekter ved vår måte

³ Jeg har altså ikke valgt å gi inn i diskusjonen rundt bruken av betegnelsen pasient versus f.eks. klient, hjelpsøkende, bruker osv.

å betrakte og observere på blir tematisert. Det er både et behov for å komme i tale med den daglige utøvelsen av faget, og samtidig løfte frem den enkelte psykiaters refleksjoner i møte med motsatte syn hos kolleger.

Det er mange ulike stemmer både innenfor og utenfor psykiatrifaget som reflekterer over og har klare meninger om avhandlingens tema. I stedet for kun å søke autoriteter har jeg valgt å gå til kolleger. Som kliniker har jeg erfart en avstand mellom refleksjoner i teoretiske arbeider og klinikerens daglige refleksjoner over egen praksis. Samspillet mellom *sensibilitet*, den situasjonsbestemte, umiddelbare og vanskelig artikulerte forståelsen, og *refleksjon*, den vurderende, bedømmende og språklig artikulerte forståelsen (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 13-14), anses som et sentralt fundament for klinikerens utøvelse. Det er et behov for stadige møter mellom innsikter fra teoretiske verk og andre disipliner og *den utøvende kliniker*. Det er få studier som etablerer slike møter. Avhandlingen er et forsøk på å etablere ett slikt møte.

1.3 Plassering i forskningsdiskursen

Psykiatriciens vitenskapsfilosofi og psykiateres profesjonsetikk

Problemstillingen adresserer psykiateres selvforståelse, forståelse av pasienten og forståelse av sitt fag.

Avhandlingen er et empirisk bidrag til psykiatriens vitenskapsfilosofi. Det er en empirisk undersøkelse av *antagelsene* som ligger til grunn for en psykiaters praksis.⁴ Samspillet mellom psykiatrifaglige og vitenskapsfilosofiske ressurser og informantenes erfaringsnære betraktninger handler om å stille noen grunnleggende spørsmål til en psykiaters kliniske arbeid. Det innebærer å stille ”serious questions” (Böhme, 2001, s. 1 ff) til profesjonens utøvelse gjennom å etablere økt innsikt i det ”selvfølgelige” (Böhme, 2001, s. 16). Et godt uttrykk for en slik kritisk refleksjon er ”avfortroliggjøre”.⁵

Avhandlingen er også en profesjonsetisk teoretisk drøfting av psykiatrifagets grunnlagsproblematikk. Den bidrar til å klargjøre de etiske implikasjonene ved de forskjellige typer selvforståelse. Profesjonsetikken kan betraktes som en retning innenfor medisinsk etikk (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2005, s. 28). Knut W. Ruyter, Reidun Førde og Jan Helge Solbakk knytter profesjonsetikk til *profesjonens selvforståelse*. Hvordan psykiatere forstår seg selv og sitt kliniske arbeid, legger klare

⁴ I avhandlingen bruker jeg betegnelsen praksis vekselvis med betegnelsen klinisk arbeid.

⁵ Formidlet i en forelesning i kontekstuell etikk av Jan Olav Henriksen, mai 2012.

føringer for forståelsen av hva som er god handling. Begrepet *etikk* brukes ofte om den teoretiske og normative refleksjonen som ligger til grunn for en handling (Mesel, 2009, s. 18). Avhandlingen setter fokus på klinikers både faglig og etisk normative refleksjoner over egen praksis.

Avhandlingen er til sist et bidrag til en mer empirisk informert drøfting av psykiatrifagets *grunnlagsproblematikk*. Den løfter frem empirisk kunnskap om aspekter ved den utøvende delen av psykiatrifaget som få andre undersøkelser har belyst. En vesentlig del av bidraget er en nyansering av både den oppfattede splittelsen i faget (hvis vi kan snakke om ett fag) og dikotome posisjoner. Likevel fremhever jeg klare forskjeller som jeg anser som vesentlige for det kliniske arbeidet. Avhandlingens bidrag ligger i møtet mellom det erfaringsfjerne og det erfaringsnære, gjort av en utøver i fagfeltet.

Tidligere forskning

Når det gjelder empiriske arbeider, har jeg gjennomført søk i PubMed (også i Ovid), PsycInfo, ORIA (inkl. MedLine) og Google Scholar.⁶ I tillegg har jeg fulgt opp referanser i aktuelle studier. Det er få empiriske studier som ser på hvordan psykiatere betrakter sitt fagfelt, pasienten og seg selv, og ingen som undersøker hvordan psykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid.

Tanya M. Luhrmann har i sin antropologiske studie undersøkt hvordan unge leger utdannes til psykiatere, og hvordan psykiatere utvikler sitt faglige blikk (Luhrmann, 2000). Hun trekker frem to distinkte og delvis motstridende (slik de har blitt praktisert) idealer som påvirker unge legers forståelse av hva det vil si å være en god psykiater. Idealene innebærer ”different moral sensibilities, different fundamental commitments, different bottom lines” (Luhrmann, 2000, s. 158). Oppsummerende beskriver hun en ”simple empathy”, der arbeidet handler om å behandle sykdom, og en ”complex empathy”, der arbeidet handler om å forholde seg til en lidelse som er en del av personen (Luhrmann, 2000, s. 277). Kari Milch Agledahl berører den samme tematikken når hun studerer og drøfter legers måte å objektivere pasienten på (Agledahl, 2011). Luhrmanns studie ser på en splittelse i amerikansk psykiatri. Selv om antropologien tematiserer psykiateres selvforståelse, løfter den i liten grad eksplisitt frem fagets *grunnlagsproblematikk*.

⁶ Sentrale søkeord har vært: *psychiatrists, clinicians, understanding, selfunderstanding, attitudes, conceptual, ontology, epistemology, interview* og *qualitative*, også gjennomført på norsk.

Anette S. Davidsen og Christina F. Fosgerau har undersøkt hvordan 11 psykiatere, sammenlignet med 12 allmennpraktikere, reflekterer over diagnosen og den diagnostiske prosessen når det gjelder depresjon (Davidsen & Fosgerau, 2014). Deres utgangspunkt er studier fra allmennmedisinen som viser at allmennlegers perspektiv skiller seg fra det en finner innenfor det rådende perspektivet i psykiatri. Samtidig peker de på manglende kunnskap om hvordan psykiatere forstår depresjon. Funnene er at psykiaterne bruker ”et medisinsk språk”, har en ”direkte” tilnærming med fokus på symptomer og kriterier for depresjon og bruker ”et depersonaliserende språk” med fokus på diagnosen når de snakker om temaet. Det passer med funn fra Matthias C. Angermeyer og medarbeidere, som fant en sykdomsorientert forståelse av livskvalitet blant tyske psykiatere (Angermeyer et al., 2001), og funnene hos Michael Halpin, som viser i hvor stor grad DSM⁷ påvirker klinikerens optikk (Halpin, 2016). De 11 psykiaterne erfarer få problemer med å sette diagnosen og dens validitet. Felicity Ng og medarbeidere finner, i tråd med dette, at depresjon forstås av ni psykiatere som et konsistent begrep, tross begrepets heterogenitet (Ng, Crawford, & Chur-Hansen, 2014). De 12 allmennpraktikerne fokuserte mer på den enkelte og dennes ”livsverden”, den komplekse sykehistorien, sosiale forhold og hvordan pasientene og deres erfaringer var vanskelig å klassifisere. Undersøkelsen til Davidsen og Fosgerau sier lite om ulike syn blant psykiatere. En interessant side ved studien er at todelingen mellom allmennpraktikere og psykiatere til dels kan gjenfinnes i Luhrmanns og min egen undersøkelse, men da innenfor en gruppe psykiatere.

Roxanna Mohtashemi og medarbeidere har gjennomført et viktig arbeid når det gjelder hvilke kunnskapskilder psykiatere lener seg til (Mohtashemi, Stevens, Jackson, & Weatherhead, 2016). Deres utgangspunkt er funn som påviser manglende konsensus blant psykiatere med tanke på hva som bør med i en diagnostisk formulering (Hollyman & Hemi, 1983a og 1983b). Et hovedfunn er at diagnostisering, sammen med medisiner, utgjør en basisoppgave. En psykologisk forståelse er ikke alltid opplevd som nødvendig, og spesielt ikke når psykiateren vurderer pasientens vansker til primært å være biologiske (f.eks. enkelte affektive lidelser). En diagnostisk formulering avgrenses ofte til en enkelt diagnostisering uten en videre psykologisk forståelse. Funnet passer med studien til Jerome Kroll og medarbeidere, som finner at kun 25 % av de 182 spurte psykiaterne forteller at de selv tar opp ”moral issues” som skyld, skam og angrep med pasientene (Kroll et al., 2006). Gloria Dura-Vila og medarbeidere påviser også et avgrenset diagnostisk blikk hos psykiatere når de finner

⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

at engelske psykiatere ekskluderer pasientens religiøse tro (Dura-Vila et al., 2011). Funnene i disse tre studiene peker på at flere psykiatere har en forståelse av at en psykiaters oppgave er begrenset til en deskriptiv diagnostisering uten videre utforskning av den enkeltes problem. Mohtashemi og medarbeidere viser til eksterne faktorer som tid, utdanning og erfart press på å tilpasse seg ”den medisinske modellen” som viktige årsaker. Øystein Dimmen og Atle Ødegård påviser også en negativ erfart begrensning av klinikerens autonomi på grunn av eksterne faktorer hos 12 klinikere (Dimmen & Ødegård, 2012).

Anna Chur-Hansen og Damon Parker utforsker 20 psykiaters refleksjoner over psykiatrifagets status som ”kunst” og vitenskap (Chur-Hansen & Parker, 2005). De finner en erfart spenning mellom ”kunsten” og vitenskapen, og en kritisk holdning blant de erfarne psykiaterne mot vitenskapeliggjøring av faget. En studie av Dariusz Galasinski uttrykker en kritisk stemme mot diagnosers validitet på grunn av funnet av at terskelen for å få en depresjonsdiagnose ligger hos den enkelte psykiaters skjønnsmessige vurdering (Galasinski, 2012). Psykiatrifagets status, som både et utøvende praktisk fag og vitenskap, gjør at det rettes et kritisk søkelys mot både de utøvende og de vitenskapelige aspektene ved faget. Katrin Bruchmuller og medarbeidere finner en lavfrekvent bruk av strukturerte diagnostiske intervjuer blant to tusen sveitsiske psykiatere (Bruchmuller et al., 2011). Forskerne mener årsaken ligger i manglende kjennskap til intervjuene og en overvurdering blant psykiatere av et ”åpent” klinisk intervju. Barley og medarbeidere ser på utfordringene med å implementere retningslinjer ved å intervju 22 psykiatere (Barley et al., 2008). Årsaker til at psykiatere ikke følger retningslinjer, knytter forfatterne til at klinikere både følger en erfaringsbasert forståelse (”mindlines”) og må forholde seg til motstridende og komplekse kunnskapskilder. Disse fire studiene understreker hvordan klinikere arbeider i et mangeartet fagfelt, og der holdninger og forståelse av faget kan være avgjørende for praksis.

Når det gjelder teoretiske arbeider, er mengden så stor at det handler om å velge ut noen sentrale verk. Studier som forsøker å beskrive hvordan psykiatrien eller faget psykisk helse⁸ betrakter pasienten, praksisfeltet og seg selv, er gjort av utallige fagpersoner og med svært ulike tilnærminger (Kleinman, 1988; Read, Mosher, &

⁸ I avhandlingen brukes betegnelsene psykiatri og psykisk helse litt om hverandre. Med *psykiatri* menes den medisinske disiplinen innenfor psykisk helse. *Psykisk helse* er et bredere begrep som omfatter alle yrkesgrupper som arbeider innenfor psykisk helsevern. Det er en stor diskusjon rundt disse begrepene og spesielt den posisjonen med dets konsekvenser som den medisinske tradisjonen har blitt gitt i psykisk helsearbeid (Bøe & Thomassen, 2007). Jeg berører i liten grad denne diskusjonen.

Bentall, 2004; Reznek, 1991; Nikolas Rose, 2003; Topor, 2005). Teoretiske refleksjoner over psykiatrifagets grunnlagstenkning er like gamle som faget selv, og for eksempel et monumentalt arbeid som Karl Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie* fra 1913 har gyldighet også i dag (Mundt, 2013). Jeg har valgt å bruke nyere arbeider.⁹ Sentrale arbeider for denne avhandlingen brukes og refereres til underveis. Jeg vil kort omtale de arbeidene som utgjør en større del av det teoretiske rammeverket i avhandlingen, og begrunnelsen for valgene.

På grunn av at fagfeltet er sammensatt av ulike fag og tradisjoner, er det ingen arbeider som evner å gi en fullstendig oversikt. Det gjør at de teoretiske byggesteinene er mange, og de fleste arbeidene nevnes underveis. Med utgangspunkt i forskjellige fag og tradisjoner belyser litteraturen ulike perspektiver. Mitt valg har vært å bygge på arbeider som belyser fagfeltet vitenskapsfilosofisk. Samtidig har jeg prioritert litteratur som er klinikknær. Videre har jeg foretrukket norsk litteratur når det ikke har gått på bekostning av analyse og fortolkning, fordi det språklig ligger nærmere informantene og forsker.

Et vesentlig arbeid er en samling av mange sentrale bidrag. Etableringen av bokserien *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry* og de internasjonale kongressene *International Conferences on Philosophy, Psychiatry and Psychology* har gitt mange bidrag når det gjelder møter mellom filosofi, psykiatri og praksis. Flere arbeider er samlet i *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (Fulford et al., 2013). Boken viser bredden i feltet mellom filosofi og psykiatri, og gjør det tydelig at foreliggende avhandling har gjort betraktelige avgrensninger. En del av bidragene berører flere av de vesentlige temaene som informantene vektlegger. Jeg anvender derfor et utvalg av ressursene i samlingen. Selv om boken er lite klinikknær, bidrar den til et overordnet perspektiv for det teoretiske rammeverket.

Wifstad gjør en filosofisk undersøkelse av vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri (Wifstad, 1997). Han interesserer seg for psykiatrifagets *identitetsproblemer*, det at "den befinner seg i skjæringspunktet mellom ulike fag og disipliner" (Wifstad, 1997, s. 14). Undersøkelsen vektlegger en drøfting av hvilken status den faglige hevdete viten har, og han får frem de hermeneutiske og etiske perspektivenes fundamentale betydning for faget. Forfatteren beskriver en økende "skjemamessig entydiggjøring" som gjør "de relasjonsetiske krav i selve møtet med den Andre"

⁹ Sentrale aspekter for analysearbeidet belyses både i eldre og nyere teoretiske verk. Jeg finner samtidig nyere arbeider mer relevante, da de har med seg psykiatrifagets historie og "nyere" utvikling.

mindre synlige (Wifstad, 1997, s. 257). Wifstad diskuterer fundamentale forståelser av kunnskap, vitenskap og praksis i dagens psykiatrifag. Hans bidrag gir sentrale innsikter i forståelsen av fagets *grunnlagsproblemer*. Tim Thornton gir en oversikt over og drøfter psykiatrifagets grunnlagsproblemer på en annen måte (Thornton, 2007). Hans bidrag er preget av analytisk filosofi. I en parallell til Wifstad forsøker han å belyse de viktige skjæringspunktene en finner innenfor fagfeltet i dag. Det har vært viktig å finne litteratur som drøfter fagets grunnlagsproblemer.

Jon Morgan Stokkeland drøfter psykoanalytisk teori (Freud, Klein, Bion og Meltzer) ved hjelp av kontinental filosofi (Stokkeland, 2011). Hans doktorgrad bidrar på en klinikknær måte til å belyse essensielle vitenskapsfilosofiske aspekter ved psykoanalytisk teori. Arbeidet fremhever faglige perspektiver på en annen måte enn de overnevnte verkene. Det har bidratt til å belyse forskjeller i empirien og gi dybde til fortolkningen.

DEL 2: Metode og teori

Kapittel 2: Metode

2.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres og drøftes avhandlingens metode. Først i kapitlet redegjør jeg for valget av kvalitativ metode. Deretter presenterer og drøfter jeg sentrale momenter ved min vitenskapsteoretiske grunnoppfatning. Videre drøftes de enkelte stadiene i forskningsprosessen.

2.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode åpner for å *utvikle* en forståelse. Målet med en kvalitativ tolkning er å produsere ny kunnskap, ved å se et fenomen fra flere ulike posisjoner eller i henhold til ulike virkelighetsforståelser (Aase & Fossåskaret, 2007, s. 40ff). Kvalitativ forskningsmetodikk gir meg ved hjelp av dybdeintervjuet anledning til å komme i direkte dialog med psykiaterne. På den måten etableres en empiri som i større grad er utformet av psykiaterne selv enn for eksempel et spørreskjema ville gitt anledning til.

Det kvalitative dybdeintervjuet etablerer et materiale som reflekterer erfaringer og meninger (Kvale, 1997, s. 61; Malterud, 2003, s. 44). Refleksjoner over eget arbeid kan være vanskelig å få frem gjennom bruk av skjema. Et dybdeintervju gir mulighet for å bli kjent med og fortolke psykiateres selvforståelse og refleksjon over egne erfaringer. Det åpner for en mer nyansert kvalitativ forståelse (Thagaard, 2003, s. 58). Kvalitativ metode gir samtidig mulighet til å bearbeide fortolkningen fortløpende under hele forskningsprosessen og presentere analyse og fortolkning i sin helhet. En monografi gir rom for å gå i dybden av og nyansere det empiriske materialet. Når det gjelder avhandlingens problemstilling, vil derfor kvalitativ metode være den metodiske tilnærmingen som best bidrar til å sikre den interne validiteten.

Kvalitativ og kvantitativ metode er ikke entydige størrelser, men rommer et stort mangfold og lar seg kombinere (Bryman, 2008, s. 602 ff; O. Riis, 2009). For eksempel kunne jeg først gjennomført en spørreundersøkelse og så forfulgt interessante funn ved hjelp av oppfølgende intervjuer. Valget om å benytte en enkel design er gjort for å gi den erfaringsnære empirien god plass. En annen mulighet hadde vært å ha fokusgrupper (Bryman, 2008, s. 473). Målet har vært å ha en størst mulig bredde av forståelser og refleksjoner. Det har vært et poeng å la den enkelte psykiater komme til orde på sin individuelle måte.

2.3 Vitenskapsteoretisk forankring

Avhandlingens oppgave er å fortolke det som informantene forteller om sine erfaringer med og refleksjoner over sentrale sider ved sitt arbeid. Det er derfor viktig å si noe om fortolkning og forståelse. Min vitenskapsteoretiske grunnoppfatning er blant annet knyttet til Hans-Georg Gadamer (1900-2002) hermeneutikk.¹⁰ Det vesentlige i oppfatningen er at all fortolkning og forståelse bygger på fordommer (og forforståelse). Analyse og fortolkning av informantenes betraktninger er en verdiladet fortolkning av informantenes verdiladete omgang med omverdenen.

Metode og forståelse

Metode er et verktøy til bedre å utvikle ens forståelse. Forståelse er noe ikke-metodisk. Metode er med på å sikre kvaliteten av forskningen, men etablerer ikke i seg selv ny erkjennelse. Min metodiske anvendelse av både teori og kjennskap til det kliniske arbeidet er ressurser for å åpne for og forklare nyanser i materialet. Ifølge Gadamer er forståelse en *hendelse* (Gadamer, 2003, s. 48). Han er opptatt av premisene for at hendelsen kan utspille seg. Utfordringen har vært å la seg overraske og påvirke av empirien. I arbeidet med avhandlingen har det handlet om ikke å la forklaringer fra teori, litteratur eller egen kjennskap stå i veien for å lytte åpent til det informantene forteller. Fortolkningen følger ikke en fastlagt mal som dermed kan sikre sikker viten. Den er en omgang med empirien som gir en unik forståelse som aldri vil kunne bli endelig med to streker under svaret. Det metodiske arbeidet har vært viktig for å tilrettelegge for og videreutvikle innsikter som så å si har dukket opp underveis i arbeidet.

Alltid fortolkende

Fra et hermeneutisk perspektiv er ingen forståelse verken nøytral eller objektiv. Allerede ved utformingen av problemstillingen påvirker min egen forståelse prosjektet. For Gadamer er det essensielt at det å være fortolkende er et grunnleggende allmennmenneskelig trekk. Mennesket forstår sine medmennesker gjennom egen forståelse. Det er et grunnleggende kjennetegn ved mennesket at det er forstående. Vi kommer ikke utenom å fortolke og kan dermed ikke ha en direkte tilgang ”zu den Sachen selbst” (til sakene selv), som Edmund Husserl (1859-1938) vektla. Mennesket kan ikke unngå egen situasjonsbestemte forståelse ved ”ren bruk av vår fornuft” eller ”en fremgangsmåte som følger metodiske prinsipper” (Gadamer, 2010, s. 389). Jürgen

¹⁰ Jeg vil presisere at hermeneutikk handler om forståelse generelt, ikke kun forståelse av tekster (A. H. Riis, 2006, s. 17). Det er i dag en vanlig forståelse å snakke om et utvidet tekstbegrep, der Gadamer's hermeneutikk anvendes når det gjelder fortolkning av mennesket (Binder, 2002a; Orange, 2010).

Habermas, som selv representerer en mer kritisk hermeneutikk, har kritisert Gadamer for en overdreven vektlegging av det situasjonsbestemte og menneskets historisitet. Poenget hos Gadamer er å understreke menneskets begrensning. Vår kunnskap og frihet er begrenset på grunn av vår situasjonsbetingede væren (Gadamer, 2004, s. 502).

Jeg vil trekke frem to konsekvenser for prosjektet som følger av innsikten i alltid å være fortolkende. Studiens fortolkning er påvirket av meg og den historiske konteksten jeg befinner meg i, og fortolkningen er en av flere mulige fortolkninger. En annen implikasjon handler om informantenes forståelse. Psykiaterens forståelse av sitt kliniske arbeid påvirker hvordan fagpersonen fortolker pasienten og pasientens psykiske vansker. Innsikten berører derfor, som tidligere nevnt, en sentral del av informantenes praksis.

Dialogisk og sirkulær

Fortolkning og forståelse forstår Gadamer som *dialogisk* og *sirkulær*. Ved å arbeide med ens historiske, sosiale og språklige hindringer for forståelse i møtet med det en søker å forstå, øker mulighetene for ny forståelse. ”Hermeneutikkens oppgave er i realiteten grunnlagt på en polaritet av fortrolighet og fremmedhet” (Gadamer, 2003, s. 41). Gadamer fortsetter:

Overleveringens posisjon mellom fremmedhet og fortrolighet befinner seg altså mellom den historiske uttrykte, distanserte tinglighet og tilhørigheten til en tradisjon. Det er i dette mellomrommet at vi finner hermeneutikkens sanne sted (Gadamer, 2003, s. 41).

Når Gadamer skriver overleveringen, mener han forståelseshendelsen. Hendelsen innebærer både noe fortrolig og noe fremmed. Fortolkningens område er mellom vår bundethet til vår egen situasjon, det Gadamer kaller tradisjonen, og møtet med det ukjente. Møtet mellom det vi allerede kjenner til gjennom tillært erfaring og kunnskap, og det som er annerledes. Ny erkjennelse nås gjennom et samspill mellom noe allerede erkjent og noe fremmed. Gadamer bruker uttrykket ”utspille seg selv” (Gadamer, 2010, s. 139) og understreker at den som vil forstå, må engasjere seg selv:

Å la seg styre av saken på denne måten, er for fortolkeren åpenbart ikke en ”modig” engangsvgjørelse, men virkelig ”den første, vedvarende og endelige oppgave” (Gadamer, 2003, s. 36).

Det dialogiske innebærer ikke kun å lytte til den andre eller det ukjente, men også å involvere det en allerede kjenner til. Samspillet i intervjuene og i omgangen med empirien i etterkant er sentralt for utviklingen av ny erkjennelse. I Gadamers

terminologi befinner mennesket seg i en forståelseshorisont som en ikke kan tre ut av. Ny erkjennelse nås ved å jobbe med ens forståelseshorisont i møtet med andre horisonter.

Det sirkulære ved forståelsen handler om ”at man skal forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten” (Gadamer, 2003, s. 33). Den hermeneutiske sirkel viser til forståelse som en kontinuerlig prosess. Det innebærer å gå tilbake til intervjuene, forsøke å lese materialet på en ny måte og flere ganger reflektere over hva informantenes fortelling og refleksjon sier om deres forståelse av det kliniske arbeidet.

Fordom

Premissene for forståelse er et vesentlig poeng i Gadamers hermeneutikk. Et viktig begrep er *fordom*. Poenget er at ”anerkjennelsen av forståelsens vesentlige fordomsfullhet fører til at det hermeneutiske problemet blir radikalisert” (Gadamer, 2010, s. 307). I stedet for å anse fordommer som en hindring for forståelse ved at dommer felt på forhånd uttrykker partiskhet og forutinntatthet, betrakter Gadamer fordommer som mulighetsbetingelsene for forståelse.

Forståelse bygger alltid på ens antagelser, tidligere erfaringer og kunnskap. Min kjennskap til og erfaring med informantenes arbeid er sentral i min fortolkning av empirien. Det er en positiv forutsetning for min forståelse av empirien. Gadamers hovedpoeng er, ifølge Arne Johan Vetlesen og Erik Stänicke, at en ikke kan legge fra seg alt det som hefter ved ens eget ståsted (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 49). Ens fordommer er ufravikelige premisser for forståelse.

En forutsetning for forståelse er at fordommen(e) trer fram og blir synlig for bevisstheten. Bevisstgjøring av egen forforståelse skjer i form av et *spørsmål* (Gadamer, 2003, s. 43). En viktig side ved forståelse er altså spørsmålet:

Vi gjør ingen erfaring uten å spørre aktivt. Når vi erkjenner at et saksforhold forholder seg på en annen måte enn vi først antok, må vi åpenbart først ha spurt oss om det forholder seg slik eller slik. (...) Åpenheten har spørsmålets struktur (Gadamer, 2010, s. 403).

Spørsmålet forutsetter at en blottlegger egen viten og uvitenhet og dermed gjør egne fordommer synlige. Ved å stille spørsmål lar vi våre fordommer bli satt på spill, vi risikerer noe:

Det er i realiteten først når fordommen blir satt på spill at den selv egentlig kommer i spill. Bare i det den spiller seg ut [*sich ausspielt*], samspiller den i

stor grad med den eller det andre at også denne eller dette kan spille seg ut (Gadamer, 2003, s. 43).

Ved å løfte frem egne fordommer tillates et virkelig samspill. Både i intervjuene og i analysearbeidet har mine fordommer virket i et samspill med informantenes forståelse. Poenget berører det sirkulære ved forståelse.

Det har vært nødvendig å utvikle en mer bevisst og reflektert holdning til egne fordommer. Fortolkningsarbeidet innebærer en forvandling som gjør at man ”forblir ikke lenger det man var” (Gadamer, 2010, s. 420). Fordommer blir bevisstgjort, utviklet, endret, eller en kan kvittet seg med dem. Innspill fra veiledere, kolleger og i ph.d.-gruppen har vært verdifulle (og krevende). Å bevisstgjøre seg egne holdninger og tørre å la fordommene bli eksponert, har vært nødvendig. Klinikernes vante språkbruk kan skjule noe mer ukjent som dermed kan unndra seg ens blikk. Muligheten for ny innsikt ligger i en bevisstgjøring av egne og andres fordommer.

Fortolkning og gyldighet

Er avhandlingens fortolkning uttrykk for sannhet? Sannhet er ifølge Gadamer hermeneutikk ikke et spørsmål om statisk korrespondanse mellom fortolkning og faktum, fordi faktum fra begynnelsen er en tolkning. Sannhet knyttes ikke til noe rent universelt som kan betraktes. Anita Holm Riis ser Gadamer syn på sannhet i forhold til forståelse: ”vi må indstille os på, at sandhed er et fænomen i konstant forandring, fordi forståelsen som bekendt forandres over tid” (A. H. Riis, 2006, s. 127). Sannhet står i sammenheng med ens historiske og kulturelle ballast. Gadamer understreker menneskets erkjennelses begrensning når han sier at ”[s]om forstående er vi inndratt i en sannhetshendelse, og vi kommer på sett og vis for sent når vi ønsker å vite hva vi skal tro” (Gadamer, 2010, s. 534). Vi er alltid henvist til våre fortolkninger. I stedet for å vurdere fortolkningenes sannhet bør en vurdere deres *gyldighet*. Fortolkningens gyldighet er avhengig av om den er et produkt av falske eller det Gadamer omtaler som produktive fordommer (Gadamer, 2010, s. 334).

Fører dette til en relativisme der skillet mellom sant og ikke sant oppheves? Gadamer vektlegging av det felles delte ved enhvers forståelseshorisont vil, ifølge Vetlesen og Stänicke, etablere et begrep ”som går klar av enhver anklage om subjektivism og (annen) relativisme” (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 51). Analysens og fortolkningens gyldighet må vurderes av leseren, hvor leseren ikke kun kan lene seg til annen forskning, teorier eller statistisk analyse. En må i møtet med avhandlingens forståelseshorisont vurdere dens fordommer som mer eller mindre gyldige.

2.4 Hvilke fordommer har påvirket denne studien?

Jeg vil dele drøftingen av fordommer i to. Det ene er fordommer knyttet til min nærhet og kjennskap til fagfeltet jeg studerer. Det andre er fordommer knyttet til mitt faglige ståsted i fagfeltet.

Jeg intervjuer kolleger med lik utdanning som meg selv. Igjennom utdanningen har jeg blitt formet inn i en kultur, og har dermed en ”tung bagasje”. Som forsker har jeg derfor fordommer som er til hjelp for å forstå det informantene forteller. Det styrker den interne validiteten. Samtidig trengs det tiltak for å skape en kritisk distanse når en forsker i eget felt (Repstad, 2007, s. 39). Forskningsmiljøet har derfor i hovedsak vært utenfor et helsefaglig miljø. Videre har jeg forsøkt å unngå fagterminologi i størst mulig grad, for å hindre at det sniker seg inn selvfølgeligheter. Det har vært krevende å forsøke å skrive om det kliniske arbeidet på en, for meg, ny måte.

Forskningsmiljøet har også bidratt til at jeg har blitt kjent med mitt eget fagfelt på en ny måte. I spesialistutdanningen savnet jeg god innføring i filosofi og vitenskapsfilosofi. Savnet handler om grunnleggende refleksjoner over sentrale spørsmål som: Hva er et menneske? (eller hva tenker vi om mennesket?), og hva er psykisk lidelse? (eller *er* psykisk lidelse?). Filosofiske og vitenskapsteoretiske tema var i min utdanning lite konkretisert med tanke på det kliniske arbeidet. Mitt utgangspunkt var at både psykiatere og mye av dagens faglitteratur er dominert av naturvitenskapelig tankegang. ”Humaniora-delen” av faget er etter min erfaring mindre kjent enn den naturvitenskapelige. Vitenskapsfilosofiske betraktninger oppleves (og blir) ofte fjerne fra en klinisk hverdag. Det er et behov for å gjøre de store spørsmålene erfaringsnære, nær dagliglivets *små ord* (Christie, 2009). Jeg har underveis i forskningsprosessen gått tilbake til kolleger og drøftet nye innsikter knyttet til vårt kliniske arbeid. Møtet med informanter, kolleger og litteratur har også vist meg at mange har et språk for blant annet *den tause kunnskapen* (Polanyi, 2000; Thornton, 2013) og de mangeartede aspektene ved fagfeltet. Det handler om å gjøre dette språket mer tydelig og synlig. Utfordringen ligger i å etablere møter mellom de enkelte perspektivene og aspektene ved faget, slik at forskjeller og likheter blir eksplisitte.

Når det gjelder mitt faglige ståsted, er min faglige preferanse psykodynamisk psykoterapi. Jeg er i ferd med å gjennomføre en utdanning som psykoterapiveileder i psykodynamisk psykoterapi. Dette innebærer toårige innførings- og videregående kurs med fire langtidsterapier i psykodynamisk psykoterapi under veiledning og 200 timer egenbehandling i psykodynamisk psykoterapi. Samtidig har jeg gjennomført en del

behandlingsløp med kognitiv terapi, tidligere jobbet med metakognitiv terapi og følger enkelte pasienter med medikamentell oppfølging. Parallelt med avhandlingsarbeidet har jeg jobbet åtte måneder ved Enhet for førstegangpsykose og et halvt år i en akuttavdeling som overlege. Mine viktigste faglige referansemiljøer i tillegg til kolleger i Arendal og Kristiansand er psykoterapiveiledere og seminarledere ved Institutt for psykoterapi.

Min faglige preferanse gir meg en slagside. Økt kjennskap til ulike teorier og retninger innenfor psykodynamisk psykoterapi har bidratt til at jeg har sett nye aspekter ved fagfeltet. Paraplybetegnelsen psykodynamisk psykoterapi inneholder en stor bredde av teorier etablert gjennom klinikers forskjellige erfaringer med fagfeltet. Mitt faglige ståsted gjør samtidig at jeg er farget i mitt syn på andre faglige orienteringer. Jeg har derfor vært opptatt av å samtale med kolleger med en mer biologisk og kognitiv orientering, lese intervjuene på ulike måter og være kritisk i min omgang med kjent fagterminologi.

En viktig fordom hos meg selv er at den vitenskapelige fagkunnskapen i for stor grad blir ansett som retningsgivende for praksis. Det kommer til uttrykk i faglige retningslinjer og veiledere som peker på hva klinikerens bør gjøre ut ifra hvor vitenskapelig kunnskapens status anses å være. Statusen som vitenskap kan gjøre at meningsaspektets til enhver tid sentrale plass i den medisinske praksis nedvurderes (Ekeland, 1999b; Gundersen, 2011; Kogstad, Ekeland, & Hummelvoll, 2011; Malterud, 2001). Pasientens egne erfaringer og kjennskap til egne problemer kan for eksempel komme i skyggen av den forventningen pasienten, helsevesenet, samfunnet og psykiateren selv har til at fagkunnskapen kan forklare problemene. Min erfaring er at det er en rådende tanke både innenfor og utenfor dagens psykiatrifag om at utøvelsen av faget bør bli mest mulig entydig og definert. Den erfarings- og skjønnsbaserte delen av praksis kommer i bakgrunn for forsøkene på vitenskapelig entydiggjøring (Wifstad, 1997). Denne fordommen er relatert til mitt faglige ståsted, men det er samtidig en oppfatning som mange med ulikt ståsted og fagorientering uttrykker i dag. Det har både vært et behov for å utdype denne fordommen og samtidig kritisk vurdere den, i møte med kolleger og litteratur. I arbeidet med avhandlingen har fordommen blitt nyansert.

2.5 Det kvalitative forskningsintervju

Et dybdeintervju gir tid og rom til å fokusere på og reflektere over spesifikke tema.

”Intervjuet er en scene hvor kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom

intervjuer og intervjuperson” (Kvale, 1997, s. 75). Å utdype og fortolke oppfatninger og erfaringer sammen med informanten sikrer både svarenes reliabilitet og studiens interne validitet. Å la informantene komme til orde på egne premisser gir rom for variasjon og nyanser i materialet. Et gruppeintervju ville gitt mulighet for refleksjon mellom kolleger og gjenkjennelse. Samtidig ville det kunne gitt enkelte tema prioritet, og utvikling av den enkelte informants refleksjoner ville blitt begrenset.

Hvem har deltatt i undersøkelsen?

For å sikre at empirien belyser og gir svar på studiens problemstilling, er utvelgelsen av informanter viktig. *Informasjonsrikdom* er et mer adekvat kriterium for valg av deltagere enn representativitet (Malterud, 2003, s. 58). Målet er å etablere *variasjonsrikdom* og bredde i materialet, flest mulig forståelser av det kliniske arbeidet. Det viktigste i utvelgelsen var altså å få intervjuet psykiatere med mest mulig forskjellig bakgrunn, erfaring og arbeidssituasjon.

Å sørge for en korrespondanse mellom utvalget av informanter og studiens problemstilling vil være det Bryman kaller *purposive sampling* (Bryman, 2008, s. 458). Et alternativ er å søke etter gode informanter, det vil si informasjonsrike informanter (Ryen, 2002, s. 87). I studien ville det å prioritere de som har en spesifikk interesse for refleksjon over eget arbeid, og dermed sannsynligvis er informasjonsrike informanter, vært en mulig kilde til skjevhet. Samtidig fant jeg at informantene på ulike måter er interessert i sitt arbeid, og at de som reflekterer særlig over sitt arbeid, ikke representerer en homogen gruppe. De som ble forespurt og ikke ønsket å stille til intervju, utgjorde ingen tydelig spesifikk gruppe.

Et valg jeg måtte ta, var om jeg skulle intervjuer psykiatere fra egen arbeidsplass som jeg både har personlig kjennskap til og i perioder har arbeidet sammen med. Kjennskapet til meg kan gi bedre intervjuer (Repstad, 2007, s. 69) samtidig som min kjennskap til den enkelte kunne sikret en variasjonsrikdom. På den annen side kan lojalitetsbånd, avhengighetsbånd og tilbøyeligheten til å spille opp til det de mente var mine standpunkter, påvirke intervjuene. Jeg valgte derfor å ikke inkludere psykiatere tilknyttet Sørlandet sykehus, Aust-Agder.

I utvalgsprosessen valgte jeg noen formelle kriterier for å sikre heterogenitet. I tillegg til de formelle kriteriene valgte jeg to uformelle kriterier for å sikre bredden i utvalget. Det første kriteriet er å gjøre et strategisk utvalg og benytte *snøballeffekten* (Bryman, 2008, s. 458). Jeg benyttet egen og kollegers kjennskap til mulige deltagere. Det andre kriteriet er å søke deltagere som jeg forventer at representerer kritiske perspektiv.

Intervjuene ble avsluttet med å spørre om informantene hadde forslag til andre deltagere, spesielt noen med et helt annet syn enn dem selv. En svakhet ved bruk av *snøballeffekten* og kollegers kjennskap til andre er at det kan bli faggrupper som i liten grad blir representert på grunn av manglende kjennskap til eller kontakt med hverandre. Min erfaring er at informantene hadde brede kontaktnett og kjennskap til ulike miljøer. For å sikre en bredde sendte jeg også invitasjon til å delta i studien til enkelte sykehus, DPS-er og avtalespesialister jeg ikke hadde kjennskap til fra før.

Formelle kriterier

Det første kriteriet er kjønn, der det ble tilstrebet en jevn fordeling for å hindre en mulig skjevhet sett fra et kjønnsperspektiv. Ni kvinner og ni menn er intervjuet. Det er betydelig litteratur som peker på forskjeller hos kjønnene i hvordan vi tenker om en situasjon på (Koehn, 1998; Orange, 1995, s. 8). I materialet er det en overvekt av menn som vektlegger det mellommenneskelige aspektet, og en overvekt av kvinner som vektlegger en kriteriebasert tilnærming, men utvalget er lite.

Det andre kriteriet er spredning i alder. To av informantene var ikke blitt spesialist i psykiatri, og to av informantene var nær pensjonsalder. Variasjon i erfaring både med tanke på yrkesaktive år og tidsperioden man studerte, stiftet kjennskap med faget og utviklet seg som fagperson, kan antas å gi ulike anskuelser. I min empiri kan forskjellene mellom informantenes betraktningmåter ikke knyttes til alder.

Det tredje kriteriet er spredning i etnisitet. Én av informantene har ikke-europeisk bakgrunn og fire er ikke norske. Det viste seg vanskelig å inkludere flere med ikke-europeisk eller utenlandsk bakgrunn. Det kunne svekke bredden i empirien.

Det fjerde kriteriet er spredning i erfaringsområder. En psykiaters arbeidssituasjon kan være ganske forskjellig og problemstillingene veldig ulike på en poliklinikk, en døgnpost, en akuttavdeling, en langtidsavdeling eller en spesialisert avdeling, eller i en privatpraksis. Variasjonen mellom erfaringsområder er stor innen psykisk helsevern, og det er et spørsmål om ikke refleksjonene blir svært forskjellige på grunn av forskjellige arbeidsområder. Tre av informantene har forskererfaring. To arbeider i privatpraksis, fem i akuttavdeling, tre i langtidsavdeling, fire i en spesialisert avdeling og fire i distriktpsikiatriske sentre. To har erfaring med rusbehandling. De fleste informantene har arbeidet på flere avdelinger og har en bred erfaring. Underveis har jeg vært i tvil om studiens fokus er for vid, og at det gir lite mening i å reflektere felles over alle erfaringsområder. Ingen av informantene gav uttrykk for en lignende tvil. Selv om arbeidsoppgavene kan variere mellom en poliklinikk og en akuttavdeling, så

varierer ikke måten den enkelte psykiater konstituerer forståelsen av det kliniske arbeidet på.

Med tanke på det fjerde kriteriet søkte jeg også en spredning i hvilke tilleggsutdanninger informantene hadde. Fire av informantene har gjennomført det toårige innføringskurset ved Institutt for psykoterapi. Fire av informantene har tatt ytterligere utdanning ved Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt, og tre av disse er godkjente psykoterapiveiledere i psykodynamisk psykoterapi. To av informantene har utdanning i kognitiv terapi ved Norsk Forening for Kognitiv Terapi. Det er to informanter som har utdanning fra Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi. Av de atten informantene har fem ingen videreutdanning, og tre informanter plasserer seg selv innenfor det biologiske psykiatrifeltet.

Proessen

Først innhentet jeg tillatelse fra sykehusledelsen ved de aktuelle helseforetakene for å kunne ta kontakt med psykiatere med forespørsel om å delta i prosjektet. Et informasjonsskriv om studien sammen med et samtykkeskjema ble vedlagt e-posten med forespørsel om deltagelse som ble sendt ut til den enkelte. Jeg lot informantene velge møtested, og vi avtalte tidspunkt. Enkelte av informantene tok jeg direkte kontakt med via e-post.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Det er ikke uvanlig med lydopptak for deltagerne, og jeg opplevde ikke at det ble et forstyrrende element for informantene. Informantene var avslappet i intervjusituasjonen, og de fleste hadde satt av god tid. Intervjuene ble transkribert av meg selv i sin helhet for ikke å begrense materialet før jeg hadde oversikt over hele empirien. Det gav samtidig mulighet for hele tiden å gå tilbake til materialet i sin helhet.

Etter de to første intervjuene og cirka ved halvgått løp ble intervjuguiden revidert for å kunne forfølge de mest spennende og fruktbare temaene. Tre vesentlige temaer er hvordan klinikerer vurderer og definerer, hva klinikerer vurderer og definerer og hvordan klinikerer forholder seg til pasienten. Intervjufasen og analysedelen av studien overlappet hverandre. Prosjektet har hatt en prosesskarakter, og jeg har hatt mange runder både med arbeidet med intervjuguide og analysen.

Analysedelen av de transkriberte intervjuene startet etter de første intervjuene og pågikk parallelt med intervjufasen. Dermed ble det mulig å reflektere over egen rolle også i intervjufasen (Crabtree & Miller, 1999, s. 157). Det var fortløpende drøftinger

med veiledere for å oppnå en viss kontroll med partisk subjektivitet (Kvale, 1997, s. 136). Det økte muligheten for et kritisk perspektiv og styrket validiteten av analysen av intervjuene.

Intervjuguiden

Problemstilling og forskerspørsmål kan virke fjerne fra en psykiaters hverdag.

Avstanden mellom språket i litteraturen og språket i den kliniske hverdagen har vært en utfordring i arbeidet med avhandlingen, samtidig som det nettopp har vært et mål å minske denne avstanden. Ofte opplevde jeg det som en søken etter et manglende språk. Arbeidet med intervjuguiden var derfor tidkrevende og lang. Under utarbeidelsen av guiden jobbet jeg en lengre periode i full klinisk praksis. Klinisk arbeid, samt inntrykket fra de første intervjuene, gjorde at jeg fant det nødvendig med stadige endringer. Flere av informantene reagerte positivt på spørsmålene i intervjuet og opplevde at de fikk snakket om aspekter de sjelden reflekterte over. Andre informanter hjalp frem gode spørsmål som jeg senere kunne bruke i andre intervjuer. I noen intervjuer fikk vi aldri kommet inn på sider ved det kliniske arbeidet som andre informanter spontant nevnte.

Intervjuene var semistrukturerte, og guiden fungerte etter hvert mer som en huskeliste (Repstad, 2007, s. 65). Intervjuene ble derfor svært forskjellige ut ifra den enkelte informants refleksjoner og innspill, selv om alle punktene ble berørt i intervjuene. Se vedlagt intervjuguide for utfyllende informasjon om hvilke temaer som ble berørt.

Det var en utfordring å sikre at tema som informanten sjelden snakker om eller tenker over, ble nok belyst. Et tema ble derfor berørt fra flere vinkler. Informantene reflekterte over og oppfattet spørsmålene på svært ulike måter. Erfaringen var at mange informanter hadde klare og gjennomreflekterte oppfatninger, mens andre igjen hadde vansker med å komme frem til hva de egentlig mente om temaet.

Intervjuene er begrenset ved at det er en refleksjon *over* praksis, ikke *i* praksis (Schön, 2001, s. 51 ff.). Dermed kan en gå glipp av konkrete og verdifulle nyanser ved arbeidet til en psykiater. Det er imidlertid en bevisst valgt avgrensning. Den relativt åpne formen på intervjuene gjør at det blir en del opp til den enkelte informant hva som blir tematisert. Samtidig som det er en potensiell svakhet, ved at intervjuet er påvirket av informantens aktuelle arbeidssituasjon, sier det en del om hva informanten opplever som betydningsfullt. Informantens hverdag bidro i utformingen av intervjuet. Informantene nevner dagsaktuelle eksempler fra sin egen praksis når de reflekterer over spørsmålene og punktene i intervjuet.

Gjennomføringen av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført med spenning, frykt og undring. Samtidig som informantene er kolleger og begge parter har god kjennskap til det kliniske arbeidet, var situasjonen annerledes enn en kollegial samtale. At forsker og informant snakker samme språk, gir bedre forutsetning for å stille gode, relevante og fruktbare spørsmål (Repstad, 2007, s. 39). Videre øker muligheten for å fange opp nyanser som ligger i språket, konvensjoner og den tause kunnskapen. Det utfordrende ved intervjuene var å etablere en refleksjon over det informanten kjenner godt til, det selvsagte.

Stort sett var alle informantene komfortable med intervjusituasjonen og fortalte fritt om sine erfaringer og refleksjoner. Med få unntak ble det en ”løs og ledig” samtale der informantene fortalte om sine tanker og synspunkter uten at det bar preg av at de følte at de ble ”kikkert i kortene”.

Mange av informantene hadde mye å fortelle, og flere gode refleksjoner kom spontant. Da kunne videre spørsmål åpne for utdypende refleksjoner. Utfordringen lå i å engasjere de informantene som i forkant hadde reflektert lite eller hadde få meninger om spesifikke tema. Det er stor variasjon når det gjelder hvor mye den enkelte informanten har å fortelle om de ulike temaene. Om forskningseffekt skriver Pål Repstad at ”med forskningseffekt menes alle virkninger av forskerens tilstedeværelse inn i selve forskningsresultatene” (Repstad, 2007, s. 56). I intervjuene der informanten hadde reflektert lite over enkelte tema, hadde intervjuer størst påvirkning. Intervjuet bar da preg av å følge guiden.¹¹ Forskerens tilstedeværelse, i form av kritiske spørsmål og forsøk på å hjelpe frem en enda bedre utdypning av enkelte refleksjoner eller uttalelser, er i noen av intervjuene heller for liten enn for stor.

2.6 Analyse og fortolkning

Innledning

Alle stadiene i forskningsprosessen er en fortolkning på bakgrunn av forskerens egne fordommer. Da jeg utformet forskningsprosjektet ved å formulere en problemstilling og gjorde meg kjent med teoretiske ressurser, var jeg allerede påvirket av et ståsted (som tidligere beskrevet). Min lesning av teorier og mine formuleringer var fortolkninger basert på egne erfaringer og egen forståelse. Analysearbeidet var en stadig runddans der jeg gikk tilbake til tidligere analyse og fortolkning. Tross den

¹¹ Dette gjelder spesielt de første fem intervjuene, og materialet fra de intervjuene er i liten grad brukt i analysen fordi de gir lite informasjon. Sannsynligvis er det en kombinasjon av en økt forbedring hos forsker og mer informasjonsrike informanter på grunn av ”snøballeffekten”.

hermeneutiske fortolkningens sirkulære struktur vil analyseprosessen presenteres mer skjematisk for å gi et bedre overblikk.

Ordet analyse kommer fra det greske ordet *analysis*, som betyr oppløsning. Repstad viser til en distinksjon mellom analyse og fortolkning idet han peker på at analyse er den prosessen der man prøver å ordne data, slik at ulike mønstre kan tre frem, mens fortolkning er en begrunnet vurdering av datamaterialet ut fra de problemstillinger en tar opp i studien (Repstad, 2007, s. 113). Oppgaven er dermed å dele opp helheten i mindre kategorier eller prototyper (Aase & Fossåskaret, 2007, s. 111ff.) for så å gjøre en reflektert og systematisk vurdering av disse ut ifra problemstillingen (Aase & Fossåskaret, 2007, s. 139). Sentralt for kvaliteten av forskningen generelt og analyseprosessen spesielt, er å synliggjøre disse skrittene som tas.

Analyse og fortolkning av transkriberte intervjuer

Analyseprosessen kan beskrives i fem faser som alle henger tett sammen og overlapper hverandre (Crabtree & Miller, 1999). Det er altså ingen fast prosedyre som har preget analysen. Analyse og fortolkning er mer å sammenligne med en runddans hvor jeg har noen *styrende prinsipper* samsvarende med min vitenskapsteoretiske forankring. Det ble en gradvis utkrystallisering av sentrale kategorier gjennom fortløpende analyse, refleksjon over helheten og spissing av tema (og endring av problemstilling). Det er en nærhet til analysestrategien som Benjamin Crabtree og William Miller kaller *immersion/crystallization* (Crabtree & Miller, 1999, s. 179). Med det menes at jeg noen ganger lot min intuisjon lede arbeidet i større grad enn å følge planlagte skritt. Det gjorde analysen mer kreativ, og materialet ble bearbeidet på ulike måter. Forskerens fordommer ble satt på spill i møtet med materialet.

I den første fasen tok jeg som forsker av og til noen skritt tilbake og reflekterte over prosessen så langt. Jeg så kritisk på hva jeg hadde gjort, og på sammenhengen mellom skrittene tatt før intervjuene, under intervjuene og i analysen. En utfordring var hele tiden å holde et fokus på å skulle forstå dybden i empirien uten verken å bli forklarende med ønske om å finne ”objektive” funn eller å bli for teoristyrte ved ”å tre” min teoretiske forforståelse ned over empirien.

De tre neste fasene utgjorde selve analysen av de transkriberte intervjuene. Den andre fasen er en organiserende fase som startet med at jeg skaffet meg et helhetsinntrykk. Materialet ble organisert inn i tematiske kategorier, og ble orientert mot tekstens betydningsinnhold med tanke på oppgavens problemstilling. Det var stadig endring i kategoriene etter hvert som flere intervjuer ble transkribert og gjenlest, men også etter

at alle intervjuene var gjennomført. Kategoriene av meningsdannende enheter ble i starten mange, slik at de lettere kunne fange opp nyansene i materialet. Lesningen av empirien vekslet mellom å være en mer ”ren” lesning der uttrykk og sitater knyttet til forskningsspørsmålene ble understreket, en fortolkende lesning der min forståelse av ulike tema påvirket understrekningen, og en refleksiv lesning der forskerens egen deltagelse ble forsøkt kritisk vurdert. Et slikt skifte var et styrende prinsipp igjennom alle fasene i analyseprosessen.

Det var en glidende overgang til tredje fase, som er å syntetisere oppdeling gjort under kategorisering. Nye sammenhenger og mønstre i empirien ble oppdaget. Når sammenhenger ble forfulgt, ble det samtidig gjort endringer og fortolkninger av de enkelte kategoriene slik at de etter hvert bar mer preg av å være analysekategorier enn tematiske inndelinger. Flere ganger gjorde jeg en helt ny organisering av stort sett alle kategoriene. Gjenfortalt her kan det høres ut som en oversiktlig prosess, men det var det ikke.

Den fjerde fasen er kritisk å vurdere de nye sammenhengene, fortolkningene og kategoriene som ble etablert. Viktige bidrag til kritisk lesning kom gjennom min deltagelse under hele forskningsprosessen i forskergruppen ved Institutt for religion, filosofi og historie, Ph.d.-seminarer og gjennomganger med veilederne. Kritiske innspill har vært rettet mot bruk av begreper og teorier, mine fortolkninger og måten jeg har presentert funnene. Underveis har jeg også presentert deler av analysearbeidet for kolleger med ulik orientering både innenfor og utenfor miljøet på sykehuset og fått verdifulle innspill.

Siste fase er å jobbe med hvordan funnene skal presenteres, og hvilke som skal vektlegges og hvordan. Valg måtte tas. Det viktigste valget var etableringen av en typologi. Kritiske innspill som har påvirket presentasjonen av analysearbeidet, har kommet fra veiledere og forskergruppen. Viktige innspill kom på sluttseminaret.¹²

En typologi

Gjennom analysearbeidet utkrystalliserte det seg to grunnleggende forskjellige måter å betrakte pasienten, pasientens psykiske vansker og pasientmøtet på. Flere av refleksjonene til informantene står i kontrast til hverandre, og flere refererer til motsatt syn for å sette eget syn i relieff. De temaene og senere analysekategoriene som ble

¹² Når avhandlingsarbeidet nærmer seg slutten, gjennomføres et sluttseminar. Avhandlingsteksten blir lest igjennom i sin helhet av en professor som ikke har vært tett på arbeidet, og som dermed kommer med en helhetlig kritikk.

etablert i analysearbeidet, gav i hovedtrekk to forskjellige svar på problemstillingen. Selv om informantenes refleksjoner innehar mange nyanser, så peker samtidig mange utsagn mot ulik vektlegging av noen få, sentrale og kjente temaer for psykiatere. Et eksempel er motsatte syn på hvor involvert en psykiater skal være i pasientsamtalen og det pasienten formidler. Et annet eksempel er hvorvidt psykiateren skal spekulere over sammenhenger i pasientens liv med tanke på å gjøre en vurdering av pasientens psykiske vansker.

En todeling kan bidra til å underkjenne bredden og nyansene i materialet. En typologi vil alltid innebære en forenkling og er en konstruksjon. Målet i starten var å bevare nyansene i empirien. Valget om å etablere en typologi handler om å fremheve betydningsfulle forskjeller jeg fant i materialet. Typologien fremhever vesentlige funn i empirien. Det fører samtidig til at nyanser kommer i bakgrunn og enkelte motsetninger dyrkes. Funnene er delvis i overensstemmelse med arbeidet til antropologen Luhrmann, som beskriver en grunnleggende todeling blant amerikanske psykiatere (Luhrmann, 2000). Jeg har forsøkt å vise at typene ikke er dikotome, selv om de innebærer noen motstridende betraktninger. En svakhet ved etablering av en typologi er at fortolkningen ikke blir uttømmende siden det er enkeltsider som fremheves.

Idealtypene representerer ingen av informantene i sin helhet. Idealtypetegrepet ble utviklet av Max Weber (1864-1920) (Weber, 1949). Idealtypen er et konseptuelt verktøy som kan brukes til å fange inn essensielle trekk ved et fenomen, ikke et speilbilde av virkeligheten (Johnson Hov, 2008, s. 86, fotnote 197). Typene representerer forskjellige måter å betrakte det kliniske arbeidet på, og ikke persontyper eller en enhetlig gruppe. Det handler om forskjellige måter å konstituere det kliniske arbeidet på, og ikke noen entydig todeling av psykiatere. Én psykiaters refleksjoner kan inneholde elementer fra begge typene. Poenget med typene er at de fanger inn sentrale forskjeller ved måten psykiatere betrakter sitt kliniske arbeid på. De berører psykiatrifagets grunnlagsproblemer og understreker noen utfordringer en psykiater alltid vil stå overfor.

I utgangspunktet har analysen basert seg på en *temasentrert tilnærming* (Thagaard, 2003, s. 132). Temaer var i fokus når jeg arbeidet med materialet. Fordelen med en temasentrert tilnærming er å kunne gå i dybden på de enkelte temaene for å gi en dyptgående forståelse (Thagaard, 2003, s. 153). Alternativt kunne analyseenheten være personer og ikke tema, som analysen tar sikte på å gi en helhetlig forståelse av.

Metodisk er det en utfordring å være tro mot sammenhengen i intervjuene og de individuelle erfaringene ved en temasentrert tilnærming. I analyse og fortolkning har jeg derfor også sett på det den enkelte informant forteller i sin helhet. Flere av intervjuene kan i vesentlig grad plasseres inn i en av typene, men langt fra alle. Typene er vide kategorier.

Anvendelse av teori

Til bruk i fortolkningen av analysen valgte jeg teoretiske ressurser som gav mening til fylde av data. Med det menes at ressursene fanget inn uenigheter og spenninger i informantenes refleksjoner. Fremgangsmåten i analyseprosessen kan derfor plasseres mellom en teoristyrte og en datastyrt tilnærming (Thagaard, 2003, s. 177). Teoretiske ressurser ble anvendt som et middel til å strukturere og forme materialet og dermed bidra til analytisk dybde, men prosessen har hele veien vært påvirket av ”a commitment to hold theory lightly” (Orange, 1995, s. 3). En slik mellomposisjon understreker, i tråd med det vitenskapsteoretiske ståstedet, at ingen tilnærming er verken teori- eller verdifri.¹³ Samtidig gis datamaterialet en tyngde som åpner for ny innsikt.

I arbeidet med materialet har de teoretiske ressursene blitt endret i stor grad. Teori jeg antok at ville åpne opp og gjøre nyanser i materialet synlig, viste seg å være for smal eller lite anvendbar. Bredden i materialet ”krevde” flere teoretiske ressurser, og fortolkningen baserer seg ikke på en enkelt teoretiker.

Teori som belyser og åpner for nyanser og forskjeller i materialet, og som ligger nær empirien, er valgt. I kapittel 3 presenteres teori som gir et helhetlig rammeverk for avhandlingen, og i analysekapitlene presenteres teori som spesifikt åpner opp ulike sider ved empirien. Samtidig som teori ikke har vært styrende for analysen, har den noen steder fungert som verktøy for å synliggjøre og fremheve tema som informantene ikke direkte tar opp, eller som er mer implisitte i intervjuene.

2.7 Kvalitetskriterier

Innledning

Kvalitativ forskning vektlegger annen type kunnskap enn kvantitativ forskning, noe som gjør at kvalitetskriteriene må vurderes på en annen måte. Kirsti Malterud skriver:

¹³ Et alternativ kunne være en ”teorifri” tilnærming, slik som grounded theory (Bryman, 2008, s. 541). I arbeidet var jeg allerede kjent med en del teorier, og det hadde blitt kunstig ikke å anvende egen kunnskap. Samspillet mellom induktive og deduktive tilnærminger, abduksjon, (Thagaard, 2003, s. 174), er en måte å arbeide med materialet på som stemmer overens med en hermeneutisk tilnærming.

Som forsker er ikke min oppgave å fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige, men å vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet og kan gi en begrunnet anvisning av hva de sier noe om (Malterud, 2003, s. 185).

Validitets- og reliabilitetsdrøftninger, som hovedsakelig kommer fra kvantitative forskningsarbeider, bygger på en naturvitenskaplig tenkemåte og representerer et annet vitenskapsteoretisk grunnsyn. Flere forskere har ifølge Alan Bryman foreslått å bytte ut de kvantitative vurderingstermene med andre kriterier (Bryman, 2008, s. 376 ff). I avhandlingen har jeg valgt å bruke betegnelsene reliabilitet og validitet. Det er veletablerte begrep innen medisinsk tradisjon. Reliabilitet kan defineres som knyttet til fremgangsmåten. Det handler om at studien gjøres på en *tillitvekkende* måte. Tove Thagaard bruker betegnelsen *troverdighet* (Thagaard, 2003, s. 21). Validitet handler om tolkningen av resultatet. Vurderingen blir om forskeren forholder seg kritisk til egne tolkninger (Thagaard, 2003, s. 21), og om det er samsvar mellom det man observerer, og det man sier man observerer. Studiens *bekreftbarhet* blir det viktige, både kvaliteten av tolkningene og om tolkningene kan støttes i annen forskning (og gjenkjennelse hos leseren) (Thagaard, 2003, s. 21). Reliabilitet og validitet er et spørsmål om hvorvidt fordommene synliggjøres og korrigeres, og om ulike tolkningsmuligheter blir klargjort og drøftet.

Reliabilitet

Troverdigheten av fremgangsmåten ligger i beskrivelsene i kapittel 2.

Forskningsprosessens gjennomsiktighet ligger i beskrivelse og drøfting av de enkelte leddene i arbeidet: forhold ved forskerrollen, utvalget, intervjuet og de analytiske metoder og teorier som er anvendt under bearbeidingen av datamaterialet. Enkelte momenter er nevnt i delkapitlene.

Det sentrale spørsmålet i studien er om jeg som forsker evnet å se noe annet enn det jeg allerede hadde sett og gjort meg opp en mening om. Kommer informantenes refleksjoner og synspunkter frem, og blir de lyttet til? Overstyres intervjuene og eller analysen i en retning som ikke gir rom for nyanser eller momenter som ”ikke passer inn”? Ut fra drøftingen over er svaret på det spørsmålet ikke kun for meg alene å besvare. Det har vært viktig igjennom hele prosessen å være seg bevisst spørsmålet og i avhandlingen vise skrittene jeg har tatt, slik at leseren også blir gitt muligheten til å gjøre seg opp en mening omkring spørsmålet om det som var fremmed i empirien for meg som forsker, også har fått nok plass.

Validitet

Valideringsarbeidet fungerer som kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsetableringen (Kvale, 1997, s. 164). Steinar Kvale beskriver validitet som en *håndverksmessig kvalitet* og vektlegger tre sider ved arbeidet: kontrollering, utspørring og teoretisering av kunnskapen som etableres (Kvale, 1997, s. 168-170). Ved å gjøre seg bevisst og redegjøre for egne fordommer, la utviklingen av tema ha en prosesskarakter og drøfte prosjektet med kolleger og veiledere styrkes den interne validiteten. Den interne validiteten avhenger av forskerens lydhørhet og evne til å se både nyanser og helhet i materialet. Den vurderes i hovedsak ved at materialet, analyse og fortolkning blir gjort tydelig for leseren. Jeg har forsøkt å gjøre samspillet mellom det erfaringsnære og erfaringsfjerne tydelig, og mulig for leseren å følge skrittene.

Validitet angår også holdbarheten av informantenes uttalelser, den økologiske validiteten (Bryman, 2008, s. 33). Hvor nær sammenheng er det mellom informantenes refleksjoner over praksis i et intervju med meg og måten de reflekterer i sitt kliniske arbeid? Inntrykket fra intervjuene er at informantene opplever seg frie til å si sin mening. Intervjuene bar preg av to kolleger som åpent snakket sammen om sitt kliniske arbeid. Videre gir informantene flere praksisnære eksempler når de reflekterer. De legger vekt på det som angår dem selv i deres arbeid, og de opplevde intervjuet som relevant for praksis. Det vil alltid være en avstand mellom hvordan vi reflekterer over noe, og hvordan vi forholder oss til det samme i praksis. Avhandlingen er avgrenset til å undersøke informantenes forståelse, hvordan de betrakter fundamentale aspekter ved sitt arbeid. Jeg har samtidig antydnet at forståelsen er et sentralt aspekt ved informantenes praksis.

Studiens eksterne validitet ligger i referanser til annen forskning, litteratur og teoretiske arbeider. I analyse og fortolkning knyttes funn til andres arbeid. Videre har jeg konferert og drøftet både studien i sin helhet og enkelte funn med kolleger som jeg vet har ulike oppfatninger, bakgrunn og erfaringer. Det har både vært fruktbart og krevende, ved at kritiske momenter har fulgt hele arbeidsprosessen. En eventuell gjenkjennelse hos leseren vil samtidig styrke den eksterne validiteten.

Overførbarhet

Overførbarhet er et spørsmål om hvorvidt studiens funn kan ha betydning for flere enn dens deltagere. Et viktig kriterium er om studien bidrar til ny eller økt erkjennelse av og innsikt i arbeid innen psykisk helsevern. Psykiateres hverdag i Norge vil være mer eller mindre lik informantenes. Det er et argument for at studiens funn har betydning

for andre. Tema for avhandlingen er den praktiserende psykiaters egne refleksjoner. Et empirisk materiale som viser kompleksiteten og nyanserikdommen i psykiateres erfaringer, vil i seg selv være relevant for andre psykiatere og faggrupper innen psykisk helse, uavhengig av om de passer med leserens refleksjoner eller ikke. Målet er nettopp å vise ulike måter å forstå pasienten, pasientens psykiske vansker og pasientmøtet på.

2.8 Forskningsetikk

Innledning

I forkant av studien ble forskningsprosjektet meldt inn for Regional etisk komite (REK). Svaret var at prosjektet falt utenfor komiteens mandat fordi det kun involverer intervju av ansatte (ikke pasienter). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble også kontaktet. Prosjektet faller utenfor meldeplikten hos NSD da det ikke involverer persondata og lydopptakene ikke lagres på datamaskin. Verken lydopptak eller transkripsjon har inneholdt noen referanser til personnavn, sykehus eller helseforetak. Ved avslutning av studien ble lydopptakene destruert.

Informert samtykke

I forkant av deltagelsen i prosjektet har informantene krav på nødvendig informasjon for å få en forståelse av forskningsfeltet, følgene av å delta og hensikten med studien, ifølge *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (NESH, 2016). Det ble sendt ut et informasjonsskriv til deltagerne i forkant. I tillegg fikk deltagerne anledning til å stille eventuelle spørsmål i forkant av intervjuet. Informantene ble informert om hvordan utvelgelsen var foretatt, og det ble presisert at deltagelsen var anonym. Det ble gitt anledning til å trekke seg underveis og etter intervjuet. Kravet om informasjon og samtykke anses å ha blitt ivaretatt tilstrekkelig.

Anonymisering

Allment aksepterte retningslinjer for forskning og den etiske forpliktelse overfor den enkelte informant gjør det nødvendig å anonymisere den enkelte informant. Anonymisering har ikke vært vanskelig, da gjengivelse av sitater er gjort i tilknytning til typene, og analysen er i hovedsak temasentrert. Alder, arbeidssted og konkrete omstendigheter er for det meste utelatt. Enkelte steder kan det svekke den interne validiteten. Det er en balanse mellom å gjengi data slik at fortolkningen blir

bekreftbar, samtidig som anonymiteten bevares. Den største utfordringen har vært når informantene knytter refleksjoner til eksempler som truer anonymiteten.¹⁴

Å gjengi data

Det ligger en utfordring i å gjengi data slik at informantenes selvforståelse blir respektert, samtidig som ikke forskeren kun blir ”et talerør” eller ”goes native” (Bryman, 2008, s. 412). Det etiske problemet er hvordan forskeren kan ”ta vare på den selvforståelsen som preger informantenes fremstilling”, samtidig som forskeren skal ”bringe sin egen tolkning inn i materialet” (Thagaard, 2003, s. 127-128). Videre ligger det en spenning i utfordringen ved å kunne komme til å stille informantene i et uheldig lys. I møte med denne spenningen har jeg til grunn for den forskningsetiske plikten om etterrettelighet, lagt vekt på at fortolkningen må tydelig gjenspeile kilden, de teoretiske ressursene, en kritisk selvrefleksivitet og være relevant for oppgavens problemstilling.

¹⁴ Faggruppen er liten, og ved for nær gjengivelse av en informants refleksjonsrekke der egne erfaringer nevnes, er det mulig å gjenkjenne personen.

Kapittel 3: Teoretiske ressurser

3.1 Innledning

Avhandlingens problemstilling er hvordan psykiatere konstituerer sin forståelse av sitt kliniske arbeid. Det er et tema som kan belyses på mange ulike måter. Dette kapitlet er en fremstilling av de teoretiske ressursene, begreper og perspektiver som jeg anvender i analyse og fortolkning av empirien. På grunn av den enorme mengden med teoretiske perspektiver handler det om valg. Jeg har valgt et teoretisk rammeverk som belyser de vesentlige aspektene i materialet. Det er verken uttømmende eller nøytralt. De teoretiske ressursene er samtidig et verktøy i analysearbeidet, som hjelper meg til å se informantenes og egne fordommer. I dette kapitlet angir jeg et bredere teorigrunnlag for å sette mine valgte ressurser inn i en sammenheng.¹⁵

Min inngang til temaet er som kliniker. I min utdanning var det vanlig å skille mellom en biologisk, en psykodynamisk og en kognitiv orientering når det gjaldt behandling. Det er en inndeling mange klinikere refererer til og orienterer seg etter. En biologisk orientert psykiater legger vekt på medisiner og en biologisk forståelse av pasientens vansker. En psykodynamisk orientert psykiater søker å forstå vanskene ut ifra kjennskap til psykodynamiske teorier, og behandlingsformen kan variere. En kognitiv orientert psykiater er inspirert av fokuserte behandlingsmanualer på spesifiserte lidelser. Alle har en forståelse av at fagfeltet er komplisert, og at det foreligger mange modeller for forståelse. Ofte ble det av kolleger beskrevet et pragmatisk forhold til disse tre orienteringene. Tanken er at de ulike orienteringene til en viss grad kan passe til ulike tilstander. En pasient med en bipolar lidelse med maniske og dypt depressive episoder kan få god hjelp av en biologisk orientert tilnærming med medisiner og psykoedukasjon.¹⁶ Kognitiv adferdsterapi passer godt for en pasient med panikkangst eller tvangslidelse. En psykiater med en psykodynamisk orientering passer for pasienter med et mer komplekst symptombilde og relasjonsproblematikk. Samtidig var det kolleger som pekte på uheldige aspekter ved enkelte av forståelsesmodellene og hevdet sin egen tilnærming som mest sentral.

De tre sentrale temaene når det gjelder informantenes konstituering av sin forståelse er: 1. *hva* psykiateren arbeider med, 2. hvilke kunnskapskilder som er essensielle, og

¹⁵ Jeg har valgt å presentere et bredere teorigrunnlag enn det jeg bruker i analysen. I presentasjonen trekker jeg også inn annen forskning og drøfter ulike syn. Valget handler om at jeg vil vise bredden av teorier og holdninger innenfor fagfeltet og bedre plassere mine egne ressurser.

¹⁶ Med psykoedukasjon menes en form for terapi der fagpersonen underviser pasienten i den psykiske sykdommen. Tanken er at pasienten skal bli bedre rustet til å ta kontroll over lidelsen sin.

på hvilken måte og 3. forståelsen av den relasjonelle dimensjonen i forhold til det kliniske arbeidet. De tre temaene utgjør strukturen i dette kapittelet. Først presenterer jeg perspektiver og begreper som fanger inn ulike måter å forstå *hva* en psykiater arbeider med. Videre drøfter jeg noen perspektiver på kunnskap og sentrale begreper når det gjelder forståelsen av typer kunnskap og kunnskapskilder for psykiaterens praksisfelt. Avslutningsvis løfter jeg frem to begreper som belyser den relasjonelle dimensjonen ved psykiaterens arbeid.

Jeg begynner kapittelet med et forsøk på et overblikk over hvilke perspektiver som preger psykiatrifeltet, og hvordan forholdet imellom perspektivene betraktes. En viktig faktor for psykiaterens konstituering er hva psykiateren i sin utdanning og opplæring møter av ulike perspektiver på faget i sin helhet, som vitenskap og praksis. Et overblikk hjelper til å plassere og forstå det teoretiske rammeverket i relasjon til psykiatrifaget og klinikerens hverdag.

3.2 Et overblikk over psykiatrifaget

Over nevner jeg tre forskjellige orienteringer: en biologisk, en psykodynamisk og en kognitiv. En biologisk orientering knyttes ofte til et medisinsk perspektiv (Wampold & Imel, 2015; Dahl & Aarre, 2012; Haugsgjerd et al., 2009). En psykodynamisk orientering kan betraktes som et selvstendig perspektiv, tross dens mangeartede teorier. En kognitiv orientering er knyttet til utviklingen av kognitiv adferdsterapi, KAT (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). KAT betraktes ofte som en utvikling i relasjon til behaviorismen og den læringsteoretiske modellen (Kringlen, 2010, Dahl, & Aarre, 2012), og anses som et selvstendig perspektiv av flere (Gipps, 2013).¹⁷ I tillegg til de tre orienteringene har psykiatrifaget et perspektiv som betegnes sosialt (Dahl, & Aarre, 2012), et sosialpsykiatrisk (Kringlen, 2010; Skårderud, Stänicke, & Haugsgjerd, 2010) eller systemisk (Haugsgjerd et al., 2009). Det åpner for en kontekstuell modell (Wampold, 2015) og en konstruktivistisk tilnærming (Thornton, 2007, s. 139ff.). Et femte perspektiv er det humanistiske (Haugsgjerd et al., 2009). Det er knyttet til fenomenologi og eksistensialisme (Kierkegaard, Husserl, Heidegger og Merleau-Ponty), den antipsykiatriske bevegelse og utviklingen av terapeutiske retninger som er mer basert på filosofi enn vitenskap og medisin (Rogers, 1951; Frankl, 1963; May, Angel, & Ellenberger, 1958).

¹⁷ Samtidig er det viktig å understreke at utviklingen av KAT gjør at et "kognitivt perspektiv", som den psykodynamiske tradisjonen, i økende grad er mangeartet og må betraktes som "a broad church embracing many theories, models, and techniques" (Gipps, 2013).

Flere forfattere beskriver psykiatrifaget som splittet mellom nærmest uintegrerbare fagtradisjoner. Heinz Katschnig hevder som mange at psykiatrifaget er i en krise (Katschnig, 2010). En av årsakene til krisen handler etter min oppfatning om et manglende enhetlig teoretisk fundament. Katschnig er ikke overbevist av retningslinjer og lærebøker som fremmer integrering av de ulike perspektivene: "Integration is freely advocated, but not pursued in any practical way" (Katschnig, 2010, s. 23). Luhrmann finner i sin studie to hovedperspektiver som hun ser som avgjørende for hvordan psykiatere betrakter sitt arbeidsfelt på (Luhrmann, 2000). Det ene er en biomedisinsk forståelse med vekt på en naturvitenskapelig tilnærming til feltet og enkelttilstander. Det andre perspektivet er en psykodynamisk orientert tilnærming som vektlegger teorier om det psykiske liv. Luhrmann oppfatter perspektivene som splittende for profesjonen og beskriver hvordan legene nærmest må knytte seg til én av orienteringene.¹⁸ Slik jeg ser det, er den uutryddelige motsetningen mellom den naturvitenskapelige og den humanvitenskapelige tenkemåten et vesentlig aspekt ved psykiatriens grunnlagsproblematikk. Tim Thornton betrakter filosofi som en uunngåelig del av psykiatrien (Thornton, 2007, s. 236). Vitenskapelige (eller filosofiske) fremskritt vil ikke føre til økt integrering. Det handler ikke for eksempel om en førvitenskapelig "paradigmekamp" som kan forenes i en mer moden og enhetlig forståelse av kompleksiteten i psykiatrifaget. Wifstad er en annen talsmann for psykiatrifagets vedvarende posisjon i skjæringspunktet mellom ulike fag og disipliner (Wifstad, 1997, s. 14). De ulike fagtradisjonenes teoretiske perspektiver og kunnskapskilder lar seg vanskelig integrere.

En annen måte å betrakte psykiatrifaget på er å se det som sammensatt av flere utfyllende perspektiver. I et tilsvar til Katschnig gir Mario Maj uttrykk for psykiatrifagets "peculiar integrative nature" og mener de forskjellige perspektivene "should look for synergy and cross-fertilization" (Maj, 2010). En sentral artikkel når det gjelder forsøk på å etablere et sammenhengende konseptuelt og filosofisk rammeverk for psykiatrifaget, er "Toward a Philosophical Structure for Psychiatry" (Kendler, 2005). Kenneth S. Kendler argumenterer for økt integrering av ulike perspektiv gjennom å etablere et "conceptually open-minded scientific playing field" (Kendler, 2005, s. 438). Ved å oppheve den kartesianske dualismen, og dermed betrakte ulike perspektiv som forklarende av det samme, men på ulike nivåer, blir integrering mulig. I norsk sammenheng kommer et slikt integrerende syn tydelig til

¹⁸ Luhrmann kommenterer at hun i sin studie møter to fagtradisjoner som i liten grad har kommunisert med hverandre og derfor, i større grad enn hun selv oppfatter det, fremstår som to uintegrerbare orienteringer.

uttrykk i *Lærebok i psykiatri* (Malt, Andreassen, Melle, & Årsland, 2012). Forfatterne beskriver en enhetlig biopsykososial forståelsesmodell som ”en akseptering av at psykiatri krever komplekse forståelsesmodeller hvor biologiske, psykologiske og sosiale forhold inngår” (Malt et al., 2012, s. 131). De forlater den tradisjonelle beskrivelsen av psykiatrifaget som sammensatt av ulike idétradisjoner (Skårderud et al., 2010), forståelsesmodeller (Dahl, & Aarre, 2012, Kringlen 2010) eller perspektiver (Haugsgjerd et al., 2009). Dermed opphever de en vanlig inndeling mellom et medisinsk eller biologisk perspektiv, et psykodynamisk perspektiv, et læringsteoretisk perspektiv (som inkluderer kognitiv adferdsterapi), et humanistisk perspektiv og et sosialt eller systemisk perspektiv.

Fem overordnede tema

Jeg vil se på fem sentrale og overordnede tema for psykiatrifaget som de ulike perspektivene og forståelsesmodellene forholder seg ulikt til. Det er overordnede tema som berører viktige sider ved de tre temaene jeg drøfter videre i kapittel 3. Det første temaet handler om hvordan en psykiater betrakter sitt arbeidsfelt. En todeling, som Luhrmanns to hovedperspektiver berører, er mellom det å betrakte som utenforstående og det å betrakte som berørt part. Jeg ser på det som to grunnleggende forståelsesformer, et *innenfraperspektiv* og et *utenfraperspektiv*, et ”*deltagende og dialogisk*” og et ”*betraktende og sammenliknende*” (Skårderud, Stänicke, & Haugsgjerd, 2010, s. 77). Det er to innganger til psykisk helse, som går igjen i mange av fagdebattene, og som skaper splid i fagfeltet. En faglig utfordring for konstitueringen av forståelsen av det kliniske arbeidet er altså hvordan disse forståelsesformene skal og kan integreres. For mange senterer denne diskusjonen seg omkring forholdet mellom kropp og sinn (Matthews, 2013, Kendler, 2001).¹⁹ Det biologiske eller medisinske perspektivet knyttes til et utenfraperspektiv og det psykodynamiske perspektivet til et innenfraperspektiv (Haugsgjerd et al., 2009). Det er i dag mange som jobber med å oppløse et slikt skille (Imbasciati, 2017, Solms, & Turnbull, 2002). Det handler om konsekvensene av å oppløse den kartesianske dualismen og særlig hvordan en forstår førstepersonsperspektivet. Utfordringen med å integrere de to forståelsesformene blir fortsatt gjeldende.

¹⁹ Debatten om mind–body-problemet er svært omfattende.

Kendlers utgangspunkt er at psykiatrifaget er "irrevocably grounded in mental, first-person experiences" (Kendler, 2005, s. 433). Han integrerer et utenfraperspektiv med førstepersonsperspektivet gjennom å betrakte dem som ulike abstraksjonsnivåer, slik jeg leser ham. Førstepersonsperspektivet er kun på et annet abstraksjonsnivå enn for eksempel det nevrobiologiske, og begge har forklaringsverdi når det gjelder psykiske lidelser. Etter min oppfatning vil et slikt syn stå i fare for å overse det særskilte ved førstepersonsperspektivet. Thornton ser en utvikling innenfor philosophy of mind som i større grad vier oppmerksomhet mot "the embedded, embodied, and enactive nature of human subjects" (Thornton, 2007, s. 236). Det gir etter min mening forrang til innenfraperspektivet ved at førstepersonsperspektivet anses som selvstendig og ikke som en av flere nivåer. Siden det er pasientens erfarte verden psykiateren arbeider med, vil en slik forståelse av førstepersonsperspektivet vektlegge psykiateren som berørt og involvert part.

Det andre temaet er forståelsen av hva en mener med begrepet psykiske lidelser, og hvordan begrepet skal relateres til den enkelte som person. Et sentralt spørsmål tenker jeg er i hvilken grad en kan (og bør) objektivere den enkeltes psykiske vansker til en lidelse. Hvordan skal vi forstå forholdet mellom diagnostiserbare lidelser, personen og for eksempel en kontekstuell modell (Wampold, 2015)? Den biopsykososiale modellen forsøker å integrere perspektiver fra en medisinsk, psykologisk og en sosial forståelsesmodell. Slik jeg ser det, forsterker det inntrykket av en utvikling når det gjelder forståelsen av psykiske lidelser (Malt et al., 2012, s. 131), og at psykiatrifeltet arbeider med spesifiserte tilstander. Hovedtanken er at økt kunnskap og forståelse av de ulike lidelsene vil være en viktig hjelp for pasienten og fagets videre utvikling. Dermed forblir den medisinske modellen en underliggende antagelse (Murphy, 2013), hvilket passer med de rådende diagnostiske tilnærmingene og for eksempel kognitiv terapi fokus på definerte tilstander. En slik integrering vil ha klare utfordringer. Hvilke av de tallrike psykologiske teorier og hvilke av de ulike sosiologiske modeller om menneskers samliv skal inngå (Kirkengen, 2002)? Spørsmålet peker på det som utelukkes ved en integrering. Ulike teorier i den psykodynamiske tradisjonen, som ser på den enkeltes psykiske vansker i relasjon til personens livserfaringer, lar seg vanskelige integrere med tanken om at psykiateren jobber med avgrensbare lidelser.²⁰ Videre er det vanskelig å integrere sosiale perspektiver som baserer seg på en kontekstuell modell som nettopp bryter med en medisinsk modell (Wampold, 2015).

²⁰ Særlig gjelder dette de humanistisk inspirerte retningene. Wifstad peker på det tvetydige ved den psykodynamiske forståelsesformen når det gjelder sykdomsbegrepets status (Wifstad, 1997, s. 27).

Disse to eksemplene viser tilnærminger som objektiverer pasienten i mindre grad. Når en ser på humanistiske perspektiver som fokuserer på forståelsen av subjektive og individuelle erfaringer, dagens rådende klassifikasjonssystemer som vektlegger sammenlignbare lidelser, og sosiale modeller som ser utenfor individet, kan jeg vanskelig se at psykiatrifaget har noen enhetlig forståelse av begrepet psykisk lidelse. Videre er det ulikt i hvilken grad (og hvorvidt) den enkeltes psykiske vansker blir objektivert.

Det tredje overordnede temaet er betydningen av meningsaspektet ved psykiske vansker. Det er særlig det humanistiske perspektivet og den psykodynamiske tradisjonen som retter oppmerksomheten mot hva symptomene betyr for den enkelte (Stanghellini, 2013, s. 332 og 334); hva handler symptomene om? Det er et aspekt som det biologiske eller medisinske perspektivet i liten grad berører, og som ofte forsvinner i forsøkene på integrering av perspektiver (Kendler, 2005; Kandel 1998; Malt et al., 2012). Meningsaspektet er fundamentalt innen psykisk helse, ifølge Thornton, og konsekvensen er at "the basic unit of meaning is the whole person" (Thornton, 2007, s. 233). Psykiske vansker blir dermed noe ikke-reduserbart. Et slikt syn har klare implikasjoner for psykiaterens konstituering. Et hovedspørsmål er i hvilken grad psykiateren skal betrakte og forholde seg til pasientens psykiske vansker som ladet med mening.

Det fjerde temaet handler om hva slags vitenskap psykiatrifaget er, og hvilken type kunnskap som betraktes som viktig. Kendler er opptatt av pluralisme, at alle de ulike perspektivene gir viktig kunnskap (Kendler, 2005). Samtidig vektlegger han en "empirically rigorous" tilnærming. Etter min oppfatning legger det vekt på "the power of the designs, the replicability of the results, and their relevance to understanding the causal pathways" (Kendler, 2005, s. 438). En slik vektlegging av mer naturvitenskapelig kunnskap ser jeg innenfor evidensbasert medisin, EBM. Tanken med EBM er å hjelpe klinikerne til å ta i bruk vitenskapelig kunnskap i praksis, og dermed sikre en mindre tilfeldig praksis basert på vaner, mindre vitenskapelige teorier og egen erfaring (Geddes & Harrison, 1997, s. 220). Selv om klinisk skjønn og pasientens erfaringer beskrives som viktig, blir den naturvitenskapelige kunnskapen i hovedsak vektlagt (Thornton, 2007, s. 228). En annen faktor som gjør at psykiatrifaget knyttes til naturvitenskapen, vil jeg hevde er dets forbindelse til medisinen og "det moderne prosjekt" (Bracken & Thomas, 2013). Den psykodynamiske tradisjonen var også i starten preget av en naturvitenskapelig tilnærming (Orange, 1995, s. 1; Stokkeland, 2011, s. 230).

I kontrast til en naturvitenskapelig tankegang er det mange som understreker nødvendigheten av blant annet hermeneutikk (Orange 2010, Terwee, 1990) og fenomenologi (Vetlesen & Stänicke, 1999, Matthews, 2007). Det humanistiske og, i senere tid, det psykodynamiske perspektivet vektlegger humanvitenskapene som sentrale for psykiatrifaget. Psykologiske teorier, filosofi, litteratur, egenerfaring og pasienten selv blir ansett som viktige kunnskapskilder. I litteraturen finner jeg altså mange ulike svar på hva slags vitenskap psykiatrifaget er, og hvilke kunnskapskilder som bør styre forståelsen. Det har historisk vært en pendling mellom en naturvitenskapelig og en humanvitenskapelig tilnærming i psykiatrifaget (Malt et al., 2012, s. 50). Dagens psykiatri preges av at pendelen svinger mot naturvitenskapen (Bracken & Thomas, 2013, s. 136).²¹ Slik jeg ser det, er en sentral utfordring hvordan vi skal integrere disse to tilnærmingene, og hvordan vi skal forholde oss til de aspektene som vanskelig lar seg integrere.

Det siste overordnede temaet er betydningen og forståelsen av relasjon, både med tanke på utviklingen av faget og dets praksis. Etter min oppfatning er forståelsen av den relasjonelle dimensjonen fundamental for måten en psykiater konstituerer forståelsen av sitt arbeid på. De ulike perspektivene jeg finner i psykiatrifaget har forskjellige forståelser av den relasjonelle dimensjonen. Selv om et utsagn som ”psychiatry is chiefly about establishing therapeutic relationship and understanding other forms of life” (Fulford et al., 2013, s. 217) er lite kontroversielt, er det store forskjeller i hvordan den relasjonelle dimensjonen omtales og behandles i litteraturen. Forskjellene er ytterligere aksentuert gjennom ”den relasjonelle vending”, slik vi blant annet ser det i arbeidene til forfattere som Donna M. Orange, George E. Atwood og Robert D. Stolorow (Orange, Atwood & Stolorow, 1997; Stolorow, Atwood & Orange, 2002). Giovanni Stanghellini gir en klinikknær beskrivelse av forskjeller mellom det han beskriver som den rådende ”technical approach”, og andre tilnærminger (Stanghellini, 2013, s. 321ff.). Det fører til ulik oppmerksomhet i møtet med pasienten.

3.3 Hva arbeider en psykiater med?

Psykiateren har sin utdanning fra det medisinske fakultet. Psykiateren har god kjennskap til det medisinske faget, også somatisk medisin. I den medisinske utdanningen står den diagnostiske vurderingen sentralt. Evnen til å observere, registrere og gjenkjenne tegn på sykdom er avgjørende for å kunne diagnostisere.

²¹ Pat Bracken og Philip Thomas mener utfordringen er hvordan psykiatrifaget forholder seg til ”det moderne prosjektet”, som vektlegger teknikk fremfor etikk.

Utdanningen etablerer slikt sett en oppmerksomhet mot generelle tegn som den profesjonelle kan gjenkjenne på bakgrunn av sin faglige utdanning. Den medisinske utdanningen er sentrert rundt læren om sykdommer. I litteraturen er det mange forfattere som hevder at et sykdomsfokus i stor grad danner den faglige forståelsesrammen også for psykiatri (Aarre, 2010; Matthews, 2007; Wifstad, 1997). I tillegg til behandling er både velferdssystemet og finansieringen av helsevesenet bygd opp rundt den diagnostiske tankegangen og fokus på sykdom (Aarre, 2010; Hofmann, 2014). Et viktig utgangspunkt for en psykiater er vurderingen om hvorvidt personen som søker hjelp, har en psykisk sykdom eller ikke. Men hva menes med psykisk sykdom, og i hvilken grad definerer sykdom hva en psykiater arbeider med?

Psykisk sykdom

Plasseringen av psykiatrifaget i medisinen har etter mitt syn betydning for utviklingen av forståelsen av psykisk sykdom. Tilbakegangen til ”moral treatment” og utviklingen av klassifikasjonssystemer, spesielt av Emil Kraepelin, rettet oppmerksomheten mot en sykdomsforståelse av psykiske vansker (Kringlen, 2010, s. 19ff.). En lignende bevegelse mot et fokus på avgrensbare lidelser eller sykdommer²² ser vi de siste tiårene av 1900-tallet, med utviklingen av DSM-III og den deskriptive psykiatrien (Lieberman, 2015), økt interesse for metodikk og etterprøving av teorier og utvikling av medisinsk teknologi. Sykdom er et essensielt orienteringspunkt i det rådende *psykiatriske* perspektivet som Haugsgjerd og medarbeidere skriver om (Haugsgjerd et al., 2009, s. 66), der diagnostisk klassifikasjon er av største betydning. Bracken og Thomas hevder at tilknytningen til medisinen gjør at psykiatrien har måttet overse forskjellene mellom psykiatrifagets gjenstand og medisinen ellers (Bracken & Thomas, 2013, s. 136). Det gjør etter min mening at forståelsen av sykdom kan bli lik som ellers i medisinen.

Den rådende biopsykososiale modellen forsøker å integrere ulike perspektiver for å kunne etablere en bedre og økt forståelse av psykiske lidelser. Etter mitt syn fører integreringen til en forklaringspluralisme som gjør det vanskelig å definere hva en mener med lidelse, annet enn ”subjektive plagsomme symptomer” (Malt et al., 2012,

²² På norsk skjelves det mellom begrepene *sykdom* og *lidelse*. I faglitteraturen er det ikke alltid et klart skille mellom disse begrepene. Haugsgjerd og medarbeidere gjør et poeng av at *lidelse* viser til ”individets opplevde erfaringer” (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009, s. 17). Malt og medarbeidere skriver også om lidelse, men vektlegger betydningen av et mønster eller syndrom som viser til en dysfunksjon (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003, s. 9).

Ingen av informantene skiller mellom disse begrepene. De veksler mellom ordene sykdom og lidelse. I avhandlingen bruker jeg derfor det norske ordet sykdom som en generell benevnelse for begge disse begrepene. Når forskjellene tematiseres, bruker jeg de engelske begrepene disease og illness.

s. 16). Den enkeltes problemer objektiveres til lidelser som for eksempel depresjon, panikkangst eller schizofreni. Objektivisering er et sentralt premiss i forsøkene på å klassifisere. En psykiater kan altså klassifisere en pasient som deprimert og behandle sykdommen med medikamenter eller med fokus på for eksempel aspekter ved lidelsen som uhensiktsmessige tankemønstre, uten å ha en helhetlig teori om hva depresjon er. Spørsmålet er hva psykiateren tenker om en slik objektivisering, og hva det innebærer.

Den rådende tilnærmingen innenfor dagens psykiatri betrakter psykisk sykdom som en samling symptomer som viser til en adferdsmessig, psykologisk eller biologisk dysfunksjon (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-iv-tr*, 2000, s. XXI-XXII). Det betegner noe fagpersonen kan observere og gjenkjenne uten å måtte definere eller kjenne til innholdet av (Stanghellini, 2013, s. 325-326). Betrakningen er etter min oppfatning tett forbundet med de rådende diagnostiske klassifiseringene,²³ hvor nettopp teoretisering og meningsaspektet er utelatt (Lieberman, 2015, s. 147 og 286). Symptomer betraktes som tegn på en underliggende lidelse.

En slik definisjon av psykisk sykdom inneholder flere vesentlige momenter når det gjelder forståelsen av psykisk sykdom. Det første er forholdet mellom det generelle og det individuelle. Sykdom defineres av det generelle, det som går igjen når en undersøker mange som antas å ha det samme. Det etablerer et tredjepersonsperspektiv hvor en søker etter fellestrekk (Stanghellini, 2013, s. 326). Den individuelle historien kommer i bakgrunnen. Definisjonens fokus på fellestrekk impliserer eller fører til tanken om naturlige slag. Sykdom er naturgitte fenomen som kan beskrives gjennom å identifisere deres fellestrekk. Ifølge Rachel Cooper står tanken om naturlige slag (natural kinds) sterkt i psykiatrifaget (Cooper, 2013). Det ikke-individuelle ved psykisk sykdom blir i stor grad definerende for forståelsen av pasientens psykiske vansker. Noe av styrken blir at en kan sammenligne og gjenkjenne betydningsfulle faktorer.

Det andre er forholdet mellom det subjektive og det objektive. En hovedtanke i dagens psykiatrifag er at økt objektivitet fører til vitenskapelige fremskritt (Stanghellini, 2013, s. 325), hvilket gjenspeiles innenfor diagnostisering og er et premiss i naturvitenskapelig tankegang. Eric Matthews interesserer seg for hvordan

²³ Det eksisterer to diagnosesystemer. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (ICD-10) er Verdens helseorganisasjons (WHO) diagnosesystem og benyttes i Europa. I Norge ble ICD-10 først tatt i bruk i psykiatrien i 1997, og det arbeides nå med en ny versjon (ICD-11). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) er *American Psychiatric Associations* (APA) diagnosesystem. I Norge brukes DSM en del i forskningssammenheng, og en del fagfolk ser til DSM for å ha noe å sammenligne ICD med.

psykiatrifaget retter seg etter en naturvitenskapelig medisin som søker å finne objektive kriterier for sykdom (Matthews, 2007, s. 11ff). Han hevder at psykisk sykdom forstås som objektivt distingverbare tilstander ved at psykiatrifaget søker objektive tegn og symptomer på spesifikke tilstander. Det er ikke personer som skal klassifiseres, men tilstander. Da introduseres det et viktig skille mellom *forståelse* og *klassifisering*. Ingen lærebøker eller rådende fagteorier hevder at pasientens psykiske sykdom kun handler om en objektiv tilstand. Definisjonen av psykisk sykdom eller lidelse preges likevel av *klassifiseringen* av de objektive sidene ved sykdom, der pasienten som person utelukkes. Psykisk sykdom kan altså forstås som en objektiv klassifisering og ikke en uttømmende definisjon eller forståelse av pasientens psykiske vansker. Poenget med en fellesklassifisering er nettopp å unngå det personlige meningsaspektet og livshistorien (Stanghellini, 2013, s. 327). Fellesforståelsen av pasientens psykiske vansker avgrenser seg således til det som kan klassifiseres. Jørgensen og medarbeidere skriver:

Psykiatriens genstandsfelt skal tage udgangspunkt i de klart definerede psykiske sygdomme (...) Og psykiatrien har ikke større vanskelighed ved at definere sit sygdomsbegreb og - forståelse end det øvrige sundhedsvæsen (Jørgensen, Breckjær, & Nordentoft, 2006, s. 20).

Forfatterne tar utgangspunkt i det diagnostiske klassifikasjonssystemet når de definerer hva en psykiater arbeider med. De ønsker å etablere et utgangspunkt som enhver fagperson relativt enkelt kan forholde seg til. Det ser jeg som et forsøk på å styre psykiatrifaget unna tidligere praksis, som bar preg av mer subjektiv tolkning og mindre enhetlig tilnærming. Dermed blir "the exploration of human subjectivity" lite tematisert (Stanghellini, 2013, s. 326). Pasientens subjektivitet blir lite synlig gjennom et fokus på psykisk sykdom. Selv om en objektiv klassifisering ikke er det samme som fagpersonens forståelse, vil jeg hevde at den har en betydelig påvirkning på psykiaterens konstituering av sin forståelse. Når dagens rådende tilnærming betrakter symptomer som tegn, "first of all an index for diagnosis" (Stanghellini, 2013, s. 330), så vil det for eksempel være en utfordring for den enkelte psykiater å forholde seg til symptomer som subjektive meningsdannelser. Et fokus på psykisk sykdom har liten oppmerksomhet på personen og førstepersonsperspektivet. "Det er i stadig mindre grad mulig å hevde at det er noe grunnleggende personlig ved psykisk lidelse", ifølge Foss og Wifstad. (Foss & Wifstad, 2011, s. 547). Økt objektivisering har konsekvenser for forståelsen av det subjektive ved pasientens psykiske vansker.

En nedtoning av det subjektive og den individuelle historien kan i et psykodynamisk eller humanistisk perspektiv betraktes som en negativ utvikling. Derimot passer det

bedre med kognitiv adferdsterapi, som i dag er den vanligst anvendte og best dokumenterte terapiform i verden. Tonje W. Kennair omtaler styrken ved kognitiv adferdsterapi, spesielt ved komplekse tilstander: ”Den etterstreber å være pragmatisk, og rettet mot symptomatferd/problemer som går på tvers av” ulike lidelser (Kennair, 2005, s. 5). Det sentrale ved behandlingen er å se mer generelle mønstre, og ikke bli for opptatt av den individuelle historien. Forståelsen av pasientens erfaringer blir knyttet til gjenkjennelige mønstre, og arbeid med å se sammenhenger i den enkeltes liv kommer mer i bakgrunnen.

I sin undersøkelse av vilkårene for begrepsdannelse og praksis i psykiatri skriver Åge Wifstad om en spenning mellom ulike posisjoner når det gjelder forståelsen av psykiatriens gjenstand.

Det blir da et grunnleggende spørsmål om psykiatriens gjenstand primært er å forstå som en identifiserbar patologisk tilstand, i sin ytterste konsekvens for eksempel slik vi i en ikke for fjern framtid kan tenke oss dette i form av nye laboratorietester på hjernebiologisk grunnlag, eller om psykiatri først og fremst handler om den emosjonelt ladete *relasjon* mellom terapeut og klient (Wifstad, 1997, s. 25).

Wifstad hevder at det er en *uutryddelig motsetning* mellom den naturvitenskapelige og den humanvitenskapelige tenkemåten når det gjelder forståelsen av gjenstandsfeltet i psykiatri. En slik motsetning beskriver også Luhrmann. Psykiatrifagets fokus på de objektive aspektene ved for eksempel depresjon, etablerer en forståelse av en målbar objektiv tilstand som kan utforskes ved hjelp av tester og eksperimenter. Forståelsen av fenomenene havner i bakgrunnen. Forholdet mellom det objektivt målbare ved en depresjon og *Olas*²⁴ depresjon ender i randsonen av oppmerksomheten. Slik Wifstad vurderer det, domineres psykiatriens sykdomsbegrep av en naturvitenskapelig tenkemåte, og det flertydige ved forståelsen av psykiske lidelser står i fare for å bli feid ”under teppet” (Wifstad, 1997, s. 29). Han relaterer dagens sykdomsbegrep i psykiatrifaget til fagets naturvitenskapelige dominans og den omsegripende vitenskapeliggjøringen av tilværelsen. Under drøfter jeg mer inngående det skillet som etableres mellom det subjektive og det objektive.

Et tredje moment er forholdet mellom psykisk sykdom, den medisinske modellen og psykiatri som vitenskap. Dominic Murphy er opptatt av at den medisinske modellen passer med psykiatrifagets forsøk på å finne forklaringer og med dagens nevrovitenskap (Murphy, 2013). Trond Aarre peker på at den medisinske modellen er

²⁴ I avhandlingen bruker jeg navnet Ola i eksempler for å gjøre forskjellen mellom et fokus på det generelle og et individorientert fokus tydelig.

individrettet, og innebærer en tanke om spesifikke tilstander og underliggende virkningsmekanismer (Aarre, 2010, s. 23). En depresjon tenkes som en spesifikk tilstand hos den enkelte der en kan identifisere spesifikke mekanismer som for eksempel underliggende sårbarhetsfaktorer og forstyrrelser ved enkelte signalstoffers virkning på reseptorer i hjernen. Psykisk sykdom forstås som en *dysfunksjon* hos den enkelte, og undersøkes i det vesentlige gjennom en naturvitenskapelig tilnærming. Etter min oppfatning råder det da en antagelse om en dysfunksjon hos pasienten, som en med vitenskapelige midler forsøker å studere nærmere. Ifølge Aarre retter dette fokus mot diagnoser og tanken om ”maskinfeil”, samtidig som oppmerksomheten ikke rettes mot omgivelsene (Aarre, 2010, s. 24ff). Han er, i tråd med Wampold, kritisk til mangelen av en kontekstuell modell innenfor dagens tilnærming.

Fokuset på en vitenskapelig tilnærming og empirisk støtte (Malt et al., 2012, s. 131) nedtoner etter min mening filosofiske spekulasjoner og verdivurderinger når det gjelder definisjon av psykisk sykdom. Den naturvitenskapelige tilnærmingen åpner for å skille ut det generelle og intersubjektivt observerbare ved menneskets psykiske liv som oppleves (av den enkelte eller omgivelsene) som forstyrrende tilstander, og betegne tilstandene som sykdom. Fokuset blir på det som kan telles, veies og måles. Lawrie Reznek forsvarer psykiatriens naturvitenskapelige fundament (Reznek, 1991). Reznek beskriver hvordan psykiatrien som fagfelt faller inn under *det medisinske paradigmet*, til tross for mange kritikeres argumenter om at psykiatrien befinner seg i en teoretisk og metodologisk krise:

What I hope to show is that the different theoretical perspectives do not constitute distinct paradigms – that the crisis is in appearance only, and that only one paradigm reigns supreme. At most, the other so-called paradigms are competing theories within a single paradigm. (...) I will argue that a single paradigm of abnormal behavior – the medical paradigm – can be defended (Reznek, 1991, s. 11).

Unormal adferd vurderes innenfor ett overordnet medisinsk paradigme. Depresjon kan vurderes som en sykdom på lik linje med et magesår, selv om det kan suppleres med andre perspektiver. For eksempel anses psykologiske teorier og antropologiske betraktninger som utfyllende perspektiver til en naturvitenskapelig tilnærming. Ifølge Wifstad forsøker Reznek å integrere perspektivet på psykiatrien som en vitenskapelig diskurs og det ”faktum at psykiatrien henter sin legitimitet fra normative forestillinger om hva et verdig liv er” (Wifstad, 1997, s. 70). Perspektivene integreres i Rezneks *modifiserte medisinske paradigme* uten at verdibegrepet eller verdivurderingenes betydning for den vitenskapelige diskursen avklares. Uten en avklaring av forholdet mellom disse perspektivene forblir det naturvitenskapelige perspektivet rådende. Jeg

ser en nærhet til måten Kendler skisserer en integrering av perspektiver på. Betydningen av det uobserverbare og de normative forestillingene tenkes ikke å endre hensiktsmessigheten ved objektive observasjoner.

I en slik forståelse vil det faktum at det per i dag ikke finnes noen enhetlig definisjon av psykisk sykdom, kunne begrunnes med at psykiatri er ”et vitenskapshistorisk sett ungt fag i stadig utvikling” (Reichborn-Kjennerud, 1991). Tanken er at forståelsen av psykisk sykdom blir mer enhetlig etter hvert som den vitenskapelige utviklingen skrider frem. Forståelsen av *sykdom* forbindes med en tro på vitenskapens mulighet for å etablere en helhetlig forståelsesramme, slik Eric Kandel beskriver (Kandel, 1998; 2006, s. 423 ff.). Funnet av speilnevroner²⁵ betraktes som et eksempel på en forbindelse mellom et nevrobiologisk og et tilknytningsteoretisk perspektiv. Forståelsen av psykisk sykdom knyttes altså i dag tett til vitenskapelig kunnskap om sykdom.

Disease og illness

Det rådende perspektivet i dagens psykiske helsevern nedtoner individuelle og relasjonelle aspekter ved psykisk sykdom (Haugsgjerd et al., 2009, s. 45ff). Med en samtidig vektlegging av målbare og repliserbare fenomener etablerer det et *disease*-perspektiv på psykisk sykdom. Med *disease* menes det å ha en sykdom i betydningen en klassifisering gjort av helsepersonell (Hofmann, 2014, s. 134). Et supplerende perspektiv til *disease* er *illness*. *Illness* kan defineres som å være syk i betydningen subjektiv opplevelse i første person (Hofmann, 2014, s. 134). En slik tradisjonell inndeling av perspektiver på sykdom opprettholder skillet mellom det subjektive og det objektive ved sykdomsdefinisjoner. Dagens rådende definisjon av psykisk sykdom viser til et *disease*-perspektiv. Noe av styrken ved en slik inndeling er, som vi så hos Jørgensen og medarbeidere (Jørgensen et al., 2006), at det etablerer en entydig klassifisering. Fagpersoner kan dermed kommunisere om det samme. Videre kan det ha en behandlingsmessig fordel, som ved kognitiv adferdsterapi. Det bedrer også muligheten for å etablere vitenskapelig kunnskap, og kunne ”gain control over a domain” (Cooper, 2013, s. 950). Det interessante er hvordan pasientens opplevelse av sykdommen dermed ikke blir et tydelig *faglig* perspektiv. Det skilles mellom sykdom og person, og den faglige forståelsen begrenses mot *disease*.

Erfaringsperspektivet har en mer fremskutt faglig plass hos fagpersoner som har en kritisk holdning til forsøk på entydig definisjon av psykisk lidelse. Skårderud og

²⁵ Speilnevroner refererer til en gruppe nevroner som blir aktivert hos et individ når det observerer en annen. Det kan både være nevroner for følelser og mimikk. Individet føler bokstavelig talt for eksempel den annens smerte.

medarbeidere skriver om ”et dobbeltperspektiv på psykisk helse” (Skårderud et al., 2010, s. 34). Forfatterne skjelner mellom begrepene *sykdom* og *lidelse*, og knytter begrepet sykdom til *utenfraperspektivet* og en medisinsk sykdomsmodell.²⁶ Begrepet lidelse ”åpner språklig mer mot selve den *subjektive* erfaringen av å kjenne og lide” (Skårderud et al., 2010, s. 34). *Innenfraperspektivet* åpner mot det eksistensielle, og forfatterne understreker at psykisk sykdom også uttrykker personlig identitet og forsøk på å mestre komplekse erfaringer. Forfatterne tematiserer *innenfraperspektivet* som det faglig sentrale perspektivet fordi ”framskritt i nevrovitenskapene kan ikke skyve til side den subjektive erfaringens forrang” (Skårderud et al., 2010, s. 81). Forfatternes dobbeltperspektiv løser opp skillet mellom disease og illness ved at pasientens subjektive erfaring gis en tydelig faglig tyngde når det gjelder forståelsen av psykisk sykdom.²⁷ Poenget er at forfatterne flytter den subjektive erfaringen inn i sentrum av det faglige perspektivet. Det har klare vitenskapsfilosofiske implikasjoner.

Subjekt- og objektontologi

Fagpersoner og fagtradisjoner innen psykiatrifaget integrerer disease og illness på ulike måter. Forholdet mellom, og integrasjonen av, disease og illness, kan beskrives som to forskjellige ontologiske posisjoner. Ifølge Tor-Johan Ekeland eksisterer det i dagens psykiske helsevern flere forståelser av hvordan fagpersoner kan forholde seg til fenomenene. Han introduserer et skille mellom subjekt- og objektontologi. Ekeland skriver:

Et viktig analytisk skille vil da være forholdet mellom *objektontologi* og *subjektontologi*. Med objektontologi menes referanser til terreng som antas å eksistere uavhengig av oss (som den fysiske verden), og som ikke er formbar gjennom våre kart – altså en verden vi kan stille oss på utsiden av i en ikke-kommunikativ tilskuerposisjon. Om ikke alltid filosofisk uproblematisk, har naturvitenskapene (inkludert medisin) gjennom en slik modell utviklet sin kunnskap. Subjektontologi refererer derimot til en verden av fenomen som ikke kan eksistere uavhengig av oss – de er enten skapt av oss eller ”kommer til verden” gjennom vår bevissthet om og fortolkning av dem (Ekeland, 2011, s. 18).

Den rådende definisjonen av psykisk sykdom/lidelse i dagens psykiatrifag vil jeg identifisere med en objektontologisk posisjon, ved et fokus på disease-perspektivet. Depresjon eller psykose forstås for eksempel som tilstander uavhengig av alle enkelthistoriene og personene som lider av dem. Tanken er å kunne etablere et disease-perspektiv som er relativt uavhengig av illness-perspektivet. Ifølge Ekeland ble en ”ikke-kommunikativ tilskuerposisjon” styrket gjennom endringene i

²⁶ Forfatterne gjør ikke et tydelig skille mellom begrepene, men knytter *sykdom* til et ”utenfraperspektiv” og *lidelse* til et ”innenfraperspektiv”.

²⁷ Det er min tolkning å delvis sammenstille illness med ”innenfraperspektivet” og disease med ”utenfraperspektivet”.

diagnosesystemene som fulgte arbeidene med DSM-III, og som er videreført i nyere versjoner (Ekeland, 2011, s. 22). Når det faglige perspektivet rettes mot objektiv klassifikasjon, og klassifikasjonen preger forskningen (Haugsgjerd et al., 2009, s. 46) og hvordan psykisk helse organiseres (Aarre, 2010, s. 31), havner forståelsen av individuelle fenomener på sidelinjen. Pasientens eksistensielle situasjon, det ”personlige og mellommenneskelige grunnlaget for å erfare og å handle” (Skårderud et al., 2010, s. 37), blir et supplerende perspektiv. Kendlers artikkel kan leses som et oppgjør med en objektontologisk dominans i psykiatrifaget ved at han tydelig plasserer førstepersonsperspektivet i sentrum. Samtidig har jeg antydnet at hans forsøk på integrering gjennom å betrakte ulike perspektiv som ulike nivå (av det samme), er problematisk. Det analytiske skillet mellom objekt- og subjektontologi gjør problemet tydelig.

En subjektontologisk posisjon åpner for meningsaspektet og det symbolske ved psykisk lidelse. Psykisk sykdom tenkes som noe som aldri fullt ut kan defineres ellers forstås. Både pasientens individualitet og psykiaterens deltagelse blir viktige momenter i konstitueringen. *Pasientens* forståelse og fortolkning av fenomenene får et mer tydelig faglig fokus. Det gjør at det ikke bare handler ”om å forstå den enkelte personens særegne livshistorie og personlighet, men også om å møte ham og henne” (Skårderud et al., 2010, s. 80). Det dynamiske og relasjonelle ved en forståelse inkluderes i forståelsen av psykiske lidelser. Det anses som en sentral innsikt at psykisk sykdom er et foranderlig ”terreng” som påvirkes av måten partene møter det på. Pasientens selvforståelse blir grunnleggende. Det siste aspektet, sammen med symbolnivået, er lite fremtredende når jeg leser Kendler. En subjektontologisk posisjon finner jeg i det Stanghellini omtaler som ”the psychodynamic paradigm” og ”the phenomenological-hermeneutic paradigm” (Stanghellini, 2013). En vesentlig forskjell ligger i forståelsen av symptom. ”The symptom asks to be heard and deciphered (rather than to be explained and removed)” (Stanghellini, 2013, s. 334). En slik forståelse av psykisk lidelse bryter klart med en medisinsk tilnærming. Mennesket i sin helhet og livssyns- og verdispørsmål får fokus, slik jeg også finner det hos Thornton. Når en ikke opererer med et skille mellom disease og illness, blir grenseoppgangen mellom psykisk sykdom og ikke-psykisk sykdom mer utydelig. En kan si at med et subjektontologisk utgangspunkt, der den subjektive erfaringen er i fokus, blir sykdomsbegrepets status svekket.

Sinnet – pasientens psykiske liv

Jeg vil i det følgende presentere en annen tilnærming til spørsmålet om hva en psykiater arbeider med. Det er en tilnærming jeg finner innenfor den psykodynamiske tradisjonen. Den psykodynamiske tradisjonens utgangspunkt lå også ”innenfor et slags naturvitenskapelig paradigme” (Stokkeland, 2011, s. 33). Utviklingen av et humanistisk perspektiv var også en reaksjon på sider ved de psykodynamiske teoriene. I dag er synes mye av det humanistiske tankegodset å være inkorporert i mange av de psykodynamiske teoriene.

I et psykodynamisk perspektiv rettes oppmerksomheten mot ”interessen for å forstå hva som foregår i et annet menneskes sinn og i nettopp *dette* menneskets sinn i det enkelte møte” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 211). Psykisk sykdom betraktes som sammenvevd med hele pasientens levde liv og selvforståelse, og den faglige oppmerksomheten rettes i mindre grad mot spesifikke lidelser. Pasienten som person står i sentrum av oppmerksomheten. Ifølge Wifstad er det spesielle vansker med ”å applisere sykdomsbegrepet på den psykodynamiske tenkemåte, siden den psykodynamiske forståelsesformen er tvetydig med hensyn til sykdomsbegrepets status” (Wifstad, 1997, s. 27). Innenfraperspektivet blir den dominerende inngangen til forståelse.

Implikasjonene ved en subjektontologisk posisjon er altså at psykisk sykdom anses som fenomen som mer eller mindre er *ugjennomsiktige* og *uklare* (Bateman & Fonagy, 2007). En oppmerksomhet mot pasientens selvforståelse gjør det vanskelig å gjøre avklaringer og avgrensninger. Jon Morgan Stokkeland skriver:

Dette innebærer videre at vi ikke undersøker et fenomen – feltet av meningsdannelser – som er avgrenset og som vi kan kvantifisere, slik som hjernen og dens funksjoner faktisk for en stor del kan. Derimot er undersøkelsesfeltet i prinsippet uavgrenset, uendelig. Sinnet trenger hjernen for å virke, men det dikteres ikke av dens virkemåter (Stokkeland, 2011, s. 231).

En vektlegging av pasientens erfaringsverden retter oppmerksomheten mot *sinnet*. Med sinnet peker Stokkeland på en fundamental forskjell mellom hjernen og førstepersonsperspektivet (Stokkeland, 2011, s. 230):

Det vokser frem et bilde av psyken/sinnet som noe forskjellig fra hjernen; fordi sinnet så å si består av de symbolene det har skapt og som anvendes for å gi mening til den individuelle historien og de menneskelige vilkår (Stokkeland, 2011, s. 227).

Mennesket som et meningsdannende og symbolbrukende vesen blir inngangen til forståelsen av fenomenene som kan betegnes som psykisk sykdom. Pasientens sinn blir ikke betraktet som en del av det samme som hjernen (og kroppen), bare et annet

nivå, men noe ganske forskjellig.²⁸ Den faglige oppmerksomheten rettes mot et symbolnivå og menneskelig kommunikasjon. Stokkeland beskriver psyken/sinnet som det som utvikles hos den enkelte i møtet med omverdenen:

Det utgår en appell fra vår omverden, en tiltale av estetisk, etisk og ontologisk art. Idet vi forsøker å gi et tilsvarende svar til denne appellen, dannes psyken. Sinnet anses som vårt svar på appellen fra vår omverden. Utformingen av dette svaret vil alltid være unikt, personlig, ikke-kalkulerbart (Stokkeland, 2011, s. 314).

Sinnet er både noe individuelt og relasjonelt. Sinnet er avhengig av hjernen, slik at en biologisk forståelse kan være sentral for forståelsen av psyken. Samtidig innebærer det en individuell symbolbruk, slik at kjennskap til den enkeltes historie blir sentralt. I et psykodynamisk og humanistisk perspektiv blir pasientens psykiske sykdom noe som må forstås i lys av pasientens psykiske liv. ”Mennesket består av enheter” som ”har et iboende meningsinnhold som ligger i selve strukturen” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 252). Det ikke-reduserbare ved mennesket får en mer fremskutt plass i den faglige forståelsen.

Et slikt syn har vitenskapsfilosofiske implikasjoner ved at sinnet bare kan observeres, beskrives og forsøkes å forstås gjennom en subjektiv fortolkning. En legger vekt på det som ikke kan telles, måles eller veies. Psykiateren arbeider med situasjonsbestemte og personavhengige (både pasienten og psykiateren) forståelser.

Førstepersonsperspektivet fremhever den fenomenologiske og hermeneutiske dimensjonen ved psykiatriens gjenstandsfelt, slik et humanistisk perspektiv legger vekt på. Oppmerksomheten rettes mot pasientens psykiske liv, og avgrenses ikke til tilstander som kan måles og studeres i en tilskuerposisjon. Med pasientens psykiske liv menes sinnet, hele personens unike menings- og symboldannende (og -brukende) måte å fortolke seg selv, andre og sin omverden på. Forståelse av psykisk sykdom/helse knyttes også faglig til en forståelse av vesentlige allmennmenneskelige aspekter ved mennesket og individuelle forhold.

Meningsdannende, fortolkende og symbolbrukende

Pasientens subjektive erfaring er ikke noe som så lett lar seg observere. Stolorow og medarbeidere skriver at *erfaring*, fra et fenomenologisk perspektiv, ”is immaterial and nonsubstantial” (Stolorow, Atwood, & Orange, 2002, s. 2). Erfaring har ikke egenskapene til materielle ting. Selv om psykiske lidelser kan studeres som enheter, beskrives og forklares, så griper ikke det helt den enkeltes erfaring, mener de. De

²⁸ Jeg anser ikke det som en dualisme i kartesiansk forstand.

søker å forstå menneskets ”verdener av erfaring”²⁹, og beskriver innsikter fra fenomenologien som sentrale for en slik forståelse. Orange er, sammen med Stolorow, en av mange psykoanalytikere som søker innsikter fra filosofien, særlig fenomenologi, språkfilosofi og hermeneutikk, for bedre å forstå psykisk lidelse (Orange, 2010).

Mange forfattere er opptatt av meningsaspektet ved erfaring og psykisk liv. Per Einar Binder beskriver erfaring som alltid meningsbærende (Binder, 2002b, s. 58ff). Han utvikler begrepet ”den meningsbærende andre” (Binder, 2002b), og knytter etableringen av mening til menneskets omgang med verden og hverandre. Mening ”er noe som fremkommer gjennom menneskers brukende og forstående forhold til tingene, og til deres praktiske involvering i hverandre” (Binder, 2002b, s. 58). Mening forstås verken som noe i verden eller i mennesket isolert, men i *forholdet* og i den praktiske *involveringen*. Mennesket er alltid allerede involvert i verden og i omgang med andre på en meningsetablerende måte. Pasientens psykiske liv forstås som pasientens brukende og forstående forhold til seg selv, andre og verden. Jeg kommer tilbake til det relasjonelle aspektet.

En forståelse av pasientens subjektive erfaring innebærer for Binder en forståelse av et meningsaspekt. Han skriver:

Men et studium av psykiske fenomen som ikke innbefatter meningsdimensjonen i samhandling, står alltid i fare for å produsere en forståelse som er maskinell, og hvor førstepersonsperspektivet til de individ en er opptatt av kan gå tapt (Binder, 2002b, s. 411).

Binder peker på at oppmerksomheten må være rettet mot pasientens meningsladete erfaringsverden slik den fremtrer i relasjonen til den som søker en forståelse av den. Han skriver at han ”forutsetter et begrep om ”mening” når vi snakker om noe ”psykisk”” (Binder, 2002b, s. 165). Psykisk sykdom / psykiske vansker anses som fenomener med betydning. Stokkeland reflekterer over ”gjenstandsområdet” for arbeidet med psykiske lidelser og skriver at det ”befinner seg på et symbolsk nivå, det er snakk om en meningsdimensjon der vi trenger å fortolke” (Stokkeland, 2013, s. 15). En forståelse av pasientens psykiske liv krever en fortolkning av den enkeltes symbolbruk og meningsdannelse. Olas depresjon og hans symptomer anses som betydningsfulle uttrykk for Olas eksistensielle situasjon.

²⁹ Stolorow og medarbeidere skriver om *worlds of experience* som det feltet de arbeider med (Stolorow et al., 2002).

Forståelsen av hva en psykiater arbeider med, knytter Stokkeland til refleksjoner over hva det innebærer å være menneske.³⁰ Han interesserer seg for fenomenologenes begrep *intensjonalitet*. Mennesket sanser alltid noe *som noe*:

Mennesket er en skapning som forholder seg til omverden som betydningsfull, det som møter oss gis alltid en betydning; vi er meningsdannende vesener. Sinnet i sin rettethet vil alltid se noe *som noe* (Stokkeland, 2011, s. 166).

Menneskets forhold til sin omverden er, ifølge Stokkeland, ”stedet der mening dannes”. Menneskets møte med verden, andre og seg selv, er alltid meningsladet. En forståelse av Olas depresjon handler i en subjektontologisk posisjon om å forstå Olas meningsladete forhold til seg selv og andre. Vetlesen og Stänicke skriver:

Vi kan ikke være i verden uten å være i et fortolkende, forstående og dermed meningsøkende forhold til det som skjer i verden og det som skjer med oss i verden. (...) vi mennesker er slik konstituert at vi ikke kan la være å ”have things matter to us” (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 50).

Mennesket søker alltid en mening i sine erfaringer gjennom fortolkning og forståelse. En forståelse av Olas subjektive erfaring innebærer en forståelse av hans fortolkende og forstående måte å være i verden på. Det igjen er bundet til Olas tidligere erfaringer og liv. Vetlesen og Stänicke interesserer seg for forholdet mellom hermeneutikk og fenomenologi, og legger vekt på den fortolkende dimensjonen ved erfaring (Vetlesen & Stänicke, 1999).

Et vesentlig aspekt ved menneskets fortolkende forhold til sin omverden er, som allerede nevnt, menneskets evne til å danne og bruke symboler. Stokkeland løfter frem to sider ved symbolbruken som er av betydning for forståelsen av psykiske vansker og pasientens psykiske liv. Den ene siden er at symboldannelse og bruk er en evne som både utvikles og trengs i samspill med andre. Det introduserer et utviklingsperspektiv på både det psykiske liv og menneskets samspill med andre. Stokkeland skriver:

Bion og Meltzer hevder altså at vi er avhengige av å kunne danne og bruke symboler for å gjøre oss våre egne erfaringer, for å tenke om følelsene og for til en viss grad å kunne dele subjektive erfaringer med andre (Stokkeland, 2011, s. 166).

Symbolbruken er nødvendig for å bli kjent med egne erfaringer og følelser. Evnen forstås som tett forbundet med utformingen av det psykiske liv.³¹ Den som vil forstå pasientens psykiske liv, må selv engasjere sin symbolfunksjon:

³⁰ Stokkeland er en av mange fagpersoner som kombinerer innsikter fra det *psykodynamiske* og det *humanistiske perspektivet* ved både å interessere seg for allmennmenneskelige trekk ved psykisk liv og fagspesifikke teorier fra psykoanalysen. Selv om det *humanistiske perspektivet* ble utviklet som en motvekt til det naturvitenskapelig og deduktive ved psykoanalytiske teorier, finner en i dag stort sett en integrering av perspektivene.

Symbolfunksjonen fordrer at vi engasjerer vår forestillingsevne. Det innebærer altså en helt annen grad av aktivitet, og det betyr at det involverer det erfarende, meningsdannende subjektet (Stokkeland, 2011, s. 181).

En forståelse av psykisk liv krever at psykiateren engasjerer og blir bevisst egen symbolbruk. Pasientens psykiske liv kan sies å ligge i kommunikasjonen. I et psykodynamisk perspektiv er det ”kommunikasjonen mellom individene, ved hjelp av blant annet språket, som er forutsetningen for det sjelelige eller mentale hos mennesket” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 182). Pasientens psykiske liv er sammenvevd med pasientens særegne kommunikasjonsevne, som både trengs og kan utvikles i dialog med andre. Olas evne til å danne og bruke symboler i relasjon til hans ”depresjonserfaringer” både utgjør et sentralt aspekt ved Olas depresjon og hvordan han kommuniserer sine erfaringer på. Det dynamiske og handlingsaktive aspektet (partenes involvering med hverandre) ved psykisk liv og psykisk sykdom blir vektlagt.

Den andre siden ved symbolbruk er at det understreker det psykiske livs flertydighet. En psykiater arbeider verken med entydige eller åpenbare fenomener. Stokkeland er opptatt av at symbolet kan skjule betydninger for begge parter:

Symbolet eier ikke tegnets entydighet, det er ofte tvetydig. (...) Fordi symbolske former eier denne latente mangetydigheten og dybdevirkningen, rommer de muligheten for å utsi noe mer enn det som var våre bevisste intensjoner da vi tok dem i bruk. Symbolske former innehar som en mulighet dette at de kan overrumple oss, de eier et latent overskudd av betydninger (Stokkeland, 2011, s. 181).

Pasientens kommunikasjon formidler noe som ikke nødvendigvis trer klart frem i pasientsamtalen. I kontrast til ”tegnets nivå” som kvalifiserer ”ideelt i forhold til de naturvitenskapelige metodeidealer”, unndrar symbolets nivå seg forsøk på ”tradisjonell vitenskapelig sikkerhet” (Stokkeland, 2011, s. 182). En fundamental innsikt i den psykodynamiske tradisjonen er forståelsen av ”det ubevisste sjelslivet” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 185). Olas kommunikasjon om sin depresjon kan ha noe uerkjent i seg, som regnes som betydningsfullt for forståelsen av hans vansker. Menneskets symboldannelse og bruk innehar en flertydighet som anses som betydningsfull for forståelsen av pasientens psykiske vansker.

Profesjonsetiske implikasjoner av ulike syn på psykisk lidelse

I drøftingen over viser jeg to ulike syn på psykisk lidelse. I den ene måten å betrakte psykisk sykdom på ligger det en antagelse om en dysfunksjon hos den enkelte. En skiller mellom person og sykdom. Synet passer med den medisinske modellen og

³¹ Sentrale begreper hos Bion er *container-contained*, som innebærer en forståelse av at evnen til å lære av erfaring og tenke om følelser utvikles i samspill med andre.

medisinen for øvrig. Det etablerer et fokus på disease, hvor en gjennom forsøk på klassifisering gjør en objektivisering av lidelsen til en definert tilstand, for eksempel en depresjon eller en schizofreni. Illness-perspektivet og den subjektive forståelsen av de psykiske vanskene kommer i bakgrunn av det faglige fokuset. Jeg identifiserer det med en objektontologisk posisjon.

Den andre måten å betrakte pasientens psykiske vansker på fører til et uklart sykdomsbegrep. Pasienten som person blir sentral for den faglige forståelsen. Pasientens psykiske vansker knyttes til pasientens sinn, hele personens psykiske liv. Den enkeltes eksistensielle situasjon og allmennmenneskelige erfaringer blir viktig for å forstå. Klassifisering kommer mer i bakgrunn. Et slikt syn innebærer en subjektontologisk posisjon.

De ulike betraktningene har klare etiske implikasjoner. Måten vi betrakter psykisk lidelse på, påvirker hvordan vi betrakter oss selv som mennesker, og spesielt måten vi betrakter oss som gode mennesker på i møte med en annens lidelse. Profesjonsetikken handler om profesjonsmoralens selvrefleksjon. Refleksjonen over psykiaterens profesjonsmoral blir forskjellig ut ifra de ulike betraktningmåtene. Jeg vil i det følgende drøfte noen viktige forskjeller ved hjelp av arbeidene til Luhrmann og Agledahl og et begrep fra Knut E. Løgstrup (1905-1981).

Profesjonsetikken innen en objektontologisk posisjon

Forståelsen av psykisk lidelse berører blant annet temaer som autonomi, frihet, skyld, skam, ansvar, integritet, intensjon og normalitet. Måten vi betrakter andres lidelse på har ikke bare konsekvenser for den andre, men også for oss selv og samfunnet.

Luhrmann finner en todeling i måten psykiatere betrakter pasientenes psykiske lidelser på. Den ene knytter psykisk lidelse til en "disease model", eller den medisinske modellen, og forklarer den enkeltes lidelse ut ifra kjennskap til ulike psykiske tilstander. Det passer med antagelsen om en dysfunksjon. Den andre anser psykisk lidelse som uadskillelig fra den enkelte som person. Det passer med fokuset mot sinn, der, pasientens eksistensielle situasjon betraktes som et faglig område.

Konsekvensene av en medisinsk modell er at lidelse og adferd knyttes til "something external, imposed from outside the intentional self" (Luhrmann, 2000, s. 275). Det gode med å se psykisk lidelse gjennom en objektontologisk posisjon er at ansvar, skyld og skam kan legges over på sykdommen.

The pain is not your mother's coolness or your father's preoccupation; it is not your disastrous choices, your embarrassments, your inadequacies. The pain is no more you than a winter's cold is (Luhrmann, 2000, s. 275).

Psykisk sykdom betraktes som et mer uavhengig fenomen i forhold til den enkeltes liv. Psykisk lidelse blir da ansett som en "inessensial suffering", ikke som et ufravikelig aspekt ved det å være menneske. Den enkeltes vilje og valg holdes utenfor. Dermed etableres en "simple empathy" ved at pasienten betraktes som et offer for sykdom (Luhrmann, 2000, s. 277). Empatien blir "enkel" fordi pasienten som person holdes utenfor oppmerksomheten mot lidelsen. Psykiaterens profesjonsmoral vil dreie seg om hvordan man skal møte den som lider av en sykdom, på en god måte. En sykdom som påvirker pasientens måte å tenke, føle og erfare på. Slik jeg ser det, blir da et essensielt aspekt hvordan man kan møte den enkeltes personlige lidelse og opplevelser, samtidig som en fokuserer på sykdommen og dens behandling. Videre blir det en utfordring å opprettholde eller forsøke å bevare deler av pasientens autonomi, frihet og integritet når den psykiske lidelsen griper inn i nettopp disse aspektene. En konsekvens av den medisinske modellen er også at lidelsen betraktes som unormal og fremmed, slik som ved en psykoselidelse. Psykisk lidelse betraktes ikke først og fremst som en følge av menneskets forsøk på å håndtere sin eksistensielle situasjon. Etableringen av en distanse mellom lidelsen og den enkelte vil da kunne forstås som et godt aspekt ved psykiaterens tilnærming.

Ikke uventet finner Agledahl en tilnærming blant leger som passer med en objektontologisk posisjon. En sentral side ved tilnærmingen er en medisinsk depersonalisering, "which is an ability to look beyond the specific personhood of the individual" (Agledahl, 2011, s. 81). Med en antagelse om en dysfunksjon blir det et spørsmål om hvor mye av den enkeltes historie og personlige erfaringer psykiateren skal inkludere og vie oppmerksomhet.³² En depersonalisering vil samtidig være en vesentlig del av hjelpen. Luhrmann påpeker hvordan den medisinske modellen har reddet mange fra stigmatisering: "There should be no more embarrassment about depression or schizophrenia than there is about diabetes" (Luhrmann, 2000, s. 275). Samtidig fører depersonaliseringen til at den enkeltes eksistensielle situasjon kommer i bakgrunn. En reduksjonistisk tilnærming forstås som en god betraktning av pasientens psykiske lidelse ved at antagelser om skyld og skam (foreldres manglende omsorg eller pasientens valg) kan reduseres eller avklares.

³² Det vil alltid være et spørsmål om avgrensning, men innenfor en objektontologisk posisjon vil det være et mer sentralt anliggende.

There are biomedical psychiatrists, such as Banks, who simply cannot understand how in good conscience analysts can continue to accept an approach to human suffering that refuses to separate the disease from the person. These psychiatrists see psychodynamic psychiatry as a cruelty that blames the patient for their pain (Luhmann, 2000, s. 285).

Kritikken mot en reduksjonistisk tilnærming snus til en kritikk mot de som ikke objektiviserer eller skiller mellom person og sykdom. Innenfor en objektontologisk posisjon blir det, slik jeg tolker det, feil å personifisere den enkeltes lidelse i for stor grad. Psykiateren står da i fare for å subjektivere en mer objektiv tilstand. Videre vil det å spekulere over og interessere seg for pasientens eksistensielle situasjon ikke bli ansett som et tydelig *faglig* område. ”Doctors possess no special knowledge of life’s existential dimension” (Agle Dahl, 2011, s. 82). Etter min oppfatning blir en depersonalisering da betraktet som en sentral hjelp for psykiateren til å holde oppmerksomheten rettet mot det som oppfattes som psykiaterens oppgave. Psykiateren bør være forsiktig med å fokusere på ”essential suffering”, ”the inherent difficulty of human life, our troubles, the way we struggle in the world” (Luhmann, 2000, s. 272). Det vil betraktes som å gå utenom den profesjonelle rammen og kunnskapen. Den profesjonsmoraliske utfordringen blir ikke å personifisere en objektiv klassifisering som for eksempel en moderat depressiv episode. Utfordringen er å holde seg til en ”simple empathy” uten å gå videre inn på et mer spekulativt meningsaspekt ved den enkeltes lidelse, som psykiateren som fagperson kjenner lite til.

I norsk sammenheng var Hans Skjervheim (1926-1999) opptatt av måten vitenskapene objektiverte mennesket og menneskets erfaringer på. Kritikken rettet seg også mot psykologien gjennom det han omtalte som psykologisme.

Med psykologisme meiner eg tendensen til å absolutter dei psykologiske synsmåtene, å setje dei i sentrum ved handsaminga av alle problem (Skjervheim, 2002, s. 26).

Skjervheims kritikk kan leses som et angrep på psykiatrifagets betraktning av allmennmenneskelige og sosiale problemer som psykiske lidelser. Etter min oppfatning uttrykker blant andre Ronald David Laing (1927-1989) og den antipsykiatriske bevegelsen et slikt angrep. En annen måte å forstå Skjervheims kritikk på, slik en vil gjøre innenfor en objektontologisk posisjon, er å se det som en advarsel mot å gå for langt i sin forståelse av den andres vansker.³³ Det er mye psykiatere ikke vet eller ikke har sikker kunnskap om, og som dermed vil bli preget av subjektive spekulasjoner hvis de som fagpersoner forsøker å forstå. Det blir viktig å la være å spekulere over betydningen av et symptom ved hjelp av for eksempel psykodynamiske

³³ Det er problematisk å bruke Skjervheims argumenter innenfor en objektontologisk posisjon, som han nettopp forsøker å opponere imot, men jeg mener det får frem et viktig aspekt ved denne posisjonens profesjonsetikk.

teorier. Da tenkes psykiateren å unngå å bli styrt av en form for ideologi (psykologisme). Lieberman er en fagperson som fremmer nettopp et slikt poeng når han understreker betydningen av ”a mature view” ved hjelp av en ”dispassionate attitude toward psychiatric theorizing” (Lieberman, 2015, s. 286). Gjennom å betrakte pasientens psykiske lidelse som en mer objektiv tilstand blir den profesjonsmoraliske refleksjonen slik jeg ser det mer rettet mot å la være ”å absoluttere” enn mot spørsmålet om en reduksjonistisk holdning.

Ut ifra min tolkning blir utfordringen hvordan psykiateren i møte med den enkelte pasient skal behandle og forholde seg til personen, samtidig som fagpersonen ”ser forbi” det individuelle. Agledahl skriver om ”unavoidable clinical harm” (Agledahl, 2011, s. 83). Det skjer når legen ikke vier pasientens eksistensielle situasjon oppmerksomhet, men er opptatt av personens ”medisinske” problem. Det forstås altså som en uunngåelig hendelse. Legens rolle og oppgave er å fokusere på pasientens sykdom. Psykiaterens fokus på pasientens depresjon og behandling av den kan nedtone oppmerksomheten mot for eksempel personens ensomhet eller problemer i ekteskapet. Fagpersonen kan ikke rette oppmerksomheten mot alle aspekter ved pasientens psykiske vansker. Når noe prioriteres, kan en si at det etableres ”en moralsk rest” (Agledahl, 2011, s. 84), noe nedprioriteres. Slik kan et sentralt profesjonsetisk fokus innenfor en objektontologisk posisjon bli hvordan psykiateren i møte med pasienten forholder seg til nedprioriteringen av personens eksistensielle situasjon. I kognitiv adferdsterapi er en betydelig del av behandlingen det å ha et fokus på for eksempel personens panikkangst. Det passer med en objektontologisk posisjon når terapeut og pasient fokuserer på og arbeider med panikkangsten, som en gjenkjennelig måte å feiltolke kroppens signaler på. Løsningen med tanke på pasientens mulige opplevelse av å bli oversett som person, kan være å kommentere oppmerksomhet som etableres og gi et tydelig rasjonale for den. Psykiateren møter da pasienten som person og viser anerkjennelse for den enkeltes opplevelse, uten å vie personens eksistensielle situasjon større oppmerksomhet.

Profesjonsetikken innenfor en subjektontologisk posisjon

Forståelsen av psykisk lidelse som uadskillelig fra personens psykiske liv eller sinn, passer med Luhrmanns psykodynamiske perspektiv. Psykisk lidelse betraktes som ”intrinsic to a person, to his experience of life, to his growth and future” (Luhrmann, 2000, s. 276). Person og lidelse er hos henne sammenvevd. Spørsmål om skam, skyld og ansvar kan ikke knyttes til en sykdom. Psykiske lidelser handler da om valg og samspill. Ifølge Luhrmann blir det moralske spørsmålet om intensjon løst innenfor det

psykodynamiske perspektivet ved hjelp av tanken om det ubevisste (Luhrmann, 2000, s. 274). En annen løsning ligger i et fokus på samspillet betydning, slik vi blant annet ser i mer relasjonsfokuserede forståelsesmodeller og den kontekstuelle modellen. Den enkeltes intensjoner blir sett i sammenheng med det ubevisste eller relasjonelle erfaringer i stedet for med sykdom.

Det gode ved å betrakte pasientens psykiske lidelse sammenvevd med pasientens sinn er at lidelsen ikke blir ekstern, vilkårlig og fremmed. Lidelsen blir ikke utenfor den enkeltes kontroll. Endring og hjelp handler om den enkeltes økte innsikt i og forståelse for ens psykiske liv. Forståelse av lidelsen blir tett forbundet med behandling av lidelsen. Det viktige blir å

(...) empathize with the unique life course of that person: his hopes, his losses, his mistakes, his frailties, his courage, and his strength. (...) the complexity of a particular life (Luhrmann, 2000, s. 276).

Det etablerer en "complex empathy" ved at psykiateren forsøker å vise forståelse for og møte ulike og til tider motstridende aspekter ved pasientens psykiske vansker. Også selvdestruktive impulser vil bli forsøkt forstått som del av pasienten og ikke som fremmede elementer knyttet til sykdom. Faren med å redusere pasientens psykiske vansker til en tilstand er innenfor en subjektontologisk posisjon at det kan lukke for sentrale innsikter i den enkeltes lidelse. Ut ifra min tolkning blir da en viktig profesjonsetisk utfordring det å åpne for vesentlige innsikter gjennom nettopp å unngå en objektiviserende holdning. Sykdomsbegrepet blir bevisst uklart. Innenfor en slik posisjon vil det alltid være fare for en uheldig objektivisering av pasientens psykiske vansker, for eksempel ved en diagnostisk klassifisering. Selv om en klassifisering kan være en faglig hjelp, må den innenfor en subjektontologisk posisjon alltid problematiseres ved å rette oppmerksomheten mot pasientens eksistensielle situasjon.

En oppmerksomhet mot den enkeltes eksistensielle situasjon vil samtidig føre til mer uklare faglige grenser, spesielt opp imot teologi og filosofi. Oppmerksomheten mot pasientens eksistensielle situasjon etablerer et mindre avgrenset faglig fokus. Det gir psykiateren større grad av valg med tanke på hva fagpersonen skal rette oppmerksomheten mot. Det fører til et tydeligere behov for en profesjonsmoralisk refleksjon over hva fagpersonen bør rette oppmerksomheten mot. Hvilke innsikter i mennesket og menneskets eksistensielle situasjon er av betydning for en psykiater i hans eller hennes yrkesutøvelse? Etter min oppfatning blir psykiatrifaget mer skjønnsbasert ut fra en subjektontologisk posisjon. Den faglige forståelsen og oppmerksomheten blir mer knyttet til etiske spørsmål (som hva er det gode).

Psykiateren blir en fagperson som beveger seg inn på spørsmål om hva som er godt for den enkelte. Den faglige oppmerksomheten rettet mot lindring av den psykiske lidelsen handler da mindre om for eksempel hva en rent vitenskapelige vet om effekten av ulike tiltak eller behandlinger. Den faglige oppmerksomheten handler mer om å mene noe om hva den enkelte har behov for ut ifra den enkeltes erfaringer og livshistorie.

Et vesentlig profesjonsetisk tema innenfor en subjektontologisk posisjon er å løfte frem pasientens selvforståelse. Fagpersonen må ha en oppmerksomhet mot hvordan pasienten erfarer seg selv, andre og verden. Det sentrale blir å se og lytte til personen og personens erfaringer. Det blir viktig å motvirke tendenser mot objektivisering. I artikkelen "Oppleveling og eksistens" tematiserer Skjervheim hvordan et naturalistisk menneskesyn preger både dagligtalen og fag som psykologi (Skjervheim, 2002, s. 40-52).³⁴ Han er opptatt av at mennesket definerer seg selv:

Sidan tilværet for mennesket vesentleg er eit spørsmål, så gjer mennesket seg til det det vert ved å svara på dette spørsmålet. Det definerer seg sjølv. (...) Mennesket er difor like mykje ein historisk idé som ei biologisk art (Skjervheim, 2002, s. 44).

Ved å betrakte mennesket som historisk og som dets personlige tilsvarende på sin eksistensielle situasjon, så blir den enkeltes erfaringer og forståelse det faglig viktige. Skjervheim er opptatt av de positive vitenskapenes tendens til å betrakte den enkeltes opplevelser som "berre opplevingar", bare noe subjektivt. Det som står på spill innenfor en subjektontologisk forståelse av mennesket er å vise at våre erfaringer er det som definerer oss. Måten en omtaler og forstår den enkeltes lidelse på, blir et hovedmoment ved praksisen. I stedet for å være redd for farene ved å spekulere for mye over den enkeltes lidelse oppfattes det som en større fare å ikke interessere seg for førstepersonsperspektivet. Luhmann skriver: "We are so tempted to see ourselves as fixable, perfectible brains. But the loss of our souls is a high price to pay" (Luhmann, 2000, s. 293). Her ligger det en tanke om at i iveren etter å ville lindre pasientens lidelse er det en fare for å overse meningsaspektet i lidelsen og pasientens sinn. Pasientens psykiske lidelse betraktes som en "essential suffering". En profesjonsmoralisk utfordring for psykiateren blir da å hindre økt fremmedgjøring av pasientens lidelse.

³⁴ I artikkelen viser Skjervheim hvordan en objektiviserende holdning også kan spores innenfor psykoanalysen. Det er en viktig presisering med tanke på den psykodynamiske tradisjonen. Stokkeland peker på hvordan Freuds vitenskapelige begrepsapparat, hentet fra naturvitenskapen, nettopp begrenset hans teorier og refleksjoner ved å være preget av en objektontologisk posisjon (Stokkeland, 2011, s.228). Det er, som nevnt tidligere, særlig i et humanistisk perspektiv at vi finner en tydelig subjektontologisk posisjon.

Anne-Lise Løvlie Schibbye interesserer seg for begrepet og fenomenet *anerkjennelse* (Schibbye, 2009, s. 256ff). Det er et komplekst begrep som i det kliniske arbeidet er relatert til ”å se igjen”, ”å lytte til pasienten”, ”terapeutisk forståelse” som en ”indre forståelse”, ”bekreftelse” og ”kjærlighet som fenomen” (Schibbye, 2009, s. 263-280). Med en subjektontologi blir det å anerkjenne pasienten en sentral del av god praksis. ”Anerkjennelse innebærer en evne til å ta den andres perspektiv”, og Schibbye refererer til Kierkegaards tekst om ”hjelpkunsten” (Schibbye, 2009, s. 259, 280).³⁵ En grunnleggende innsikt hos Schibbye er at anerkjennelse ”er således bare mulig dersom individet har tilgang til sin egen subjektivitet” (Schibbye, 2009, s. 259). Psykiateren må forstå, lytte og møte pasienten som et medmenneske. Det blir da viktig å tematisere pasientens personlige forhold til seg selv og andre, pasientens subjektivitet.

Pasientens urørlighetssone

For å belyse forskjellene på en litt annen måte vil jeg benytte Løgstrups begrep *urørlighetssone*. ”Et elementært fænomen i vor tilværelse er det, at enhver af os gør krav på at være omgivet af en urørlighedszone” (Løgstrup, 1982, s. 163). Der er noe en ikke skal røre ved. Det fins noen grenser vi ikke kan krysse uten at det berører respekten for den andres liv, individualitet og integritet. Løgstrup reflekterer over menneskets *urørlighetssone* knyttet til arbeid med mennesker (Løgstrup, 1982). Urørlighetssonen handler om menneskets sårbarhet. Han gjør et skille mellom en persons *grunner* og *motiver*. Den enkeltes underliggende motiver er personlige og hører med til den enkeltes urørlighetssone. Å karakterisere den andres motiver kan være forsøk på å sette den andre ut av spill: Du vil bare ha medlidenhet! I vanlig sosial omgang med hverandre, og i de fleste yrker, er et fokus på den andres grunner en hjelp til å holde seg til saken og unngå å bevege seg inn i den andres urørlighetssone. Ifølge Svein Aage Christoffersen er psykiatrien et eksempel på en profesjon der en må fokusere direkte på motivene (Christoffersen, 2011, s. 96). Motivene for pasientens adferd, handlinger og reaksjoner er en sentral del av saken. Det gjør at i det kliniske arbeidet krysses grensen mellom grunner og motiver, ”det [er] nettopp respekten for den andre som gjør at grensen krysses på faglig grunnlag” (Christoffersen, 2011, s. 96). Derfor er det viktig ”å være klar over at den profesjonelles tilgang til motivene er saklig formidlet” (Christoffersen, 2011, s. 96). Det betyr at det er den profesjonelles faglige kompetanse som gir tilgang til urørlighetssonen, og at adgangen ikke er noen *carte blanche* til å fokusere på hva som helst i den andres urørlighetssone. Fagpersonens tilnærming til pasientens motiver krever først og fremst ”sensitivitet og

³⁵ Filosofen Hegel er en sentral inspirator for Schibbye og hennes arbeid med begrepet anerkjennelse.

skjønn” (Christoffersen, 2011, s. 104). De ulike betraktningene av hva en psykiater arbeider med, gir etter mitt syn, forskjellige svar på hva som er en ”saklig formidlet” oppmerksomhet.

Begrepet om pasientens urørlighetssone gjør maktforholdet mellom pasient og psykiater tydelig. Pasienten befinner seg i en sårbar situasjon i samtale med psykiateren. Psykiaterens utfordring er hvordan møte pasientens sårbarhet uten samtidig å unngå å tematisere pasientens motiver.

En betydningsfull del av en psykiaters kliniske arbeid innenfor en objektontologisk forståelse er å objektivere *enkelte* av pasientens motiver. For eksempel vil pasientens depressive adferd leses inn i en sykdomssammenheng. Ut ifra min tolkning av en slik forståelse vil et sentralt premiss for det faglige arbeidet være å betrakte pasientens vansker i lys av fagpersonens kjennskap til og kunnskap om psykiske lidelser. Det psykiateren kan bringe inn i samtalen, er nettopp erfaring med og kunnskap om psykiske lidelser. En faglig god oppmerksomhet retter seg mot sykdomslære og diagnostikk. Den faglige oppmerksomheten er samtidig ikke ensbetydende med å objektivere alle pasientens motiver. Psykiateren trekker ut enkelte av pasientens motiver og knytter dem til hans eller hennes sykdom. Dermed lar fagpersonen det meste av pasientens urørlighetssone forbli urørt. Oppmerksomheten mot disease blir viktig for å sikre en saklig formidlet oppmerksomhet. Det handler om en respekt for ikke å spekulere over de av pasientens motiver og valg som ikke kan knyttes direkte til psykisk lidelse. Dermed opprettholdes en respekt for pasientens sårbarhet.

En orientering mot sinn åpner, slik jeg ser det, for en faglig oppmerksomhet mot store deler av pasientens urørlighetssone. En faglig objektivisering anses som uheldig fordi vesentlige aspekter ved pasientens psykiske vansker da kan forbli utematisert. Bekymringen er etableringen av en oppmerksomhet som gjør pasientens psykiske vansker eksterne. I en subjektontologisk posisjon handler psykiske vansker primært om førstepersonsperspektivet og et symbolnivå. Oppmerksomheten bør derfor være rettet mot alle pasientens motiver. Psykiaterens oppmerksomhet kan ikke styres av retningslinjer som fokuserer på et disease-perspektiv. En norm for den faglige oppmerksomheten som i utgangspunktet begrenser psykiaterens oppmerksomhet mot det individuelle, blir feil. I stedet for å være redd for det potensielt tilfeldige ved et for udefinert faglig fokus blir psykiateren opptatt av å møte pasienten så åpent som mulig. Det er av faglig betydning å berøre pasientens urørlighetssone med en interesse og undring som i minst mulig grad definerer. Psykiateren må la oppmerksomheten bli

ledet av det som etableres i det enkelte møtet. Det er et sentralt poeng at verken pasienten eller psykiateren må gjøres fremmede for seg selv ved å definere deler av pasientens motiver som knyttet til en sykdom. En videre implikasjon ved en orientering mot sinn er at oppmerksomheten bør rettes mot både individuelle og allmennmenneskelige sider ved pasientens urørlighetssone. De individuelle erfaringene berører allmennmenneskelige aspekter ved menneskets eksistensielle situasjon. Respekten for pasientens sårbarhet vises gjennom nettopp å tematisere den.

3.4 Kunnskapskilder

Ut ifra de ulike måtene å reflektere over hva en psykiater arbeider med, vil vektleggingen av kunnskapskilder og deres betydning bli forskjellig. Samtidig kan en si at de kunnskapskilder og typer kunnskap en fagperson forstår sitt fagfelt ut ifra, vil påvirke hvordan forståelsen av det kliniske arbeidet konstitueres. Tema i 3.4 er hvilke kunnskapskilder og type kunnskap som bidrar og er sentrale for psykiateres konstitusjonsramme.

Innledningsvis trekker jeg opp noen skillelinjer mellom forståelser av kunnskap og kunnskapsformer som er viktige for analysearbeidet. Videre ser jeg på to sentrale avveiiinger som psykiateren må gjøre med tanke på balansen mellom ulike kunnskapskilder, og hvordan de skal vektlegges.

Ulike kilder og type kunnskap

Det er mange måter å trekke opp linjer mellom ulike kunnskapskilder og typer kunnskap på. Hva som menes med kunnskap, varierer etter de ulike perspektivene i psykiatrifaget, og spesielt når det gjelder synet på hva som er gyldig faglig kunnskap. Etter min oppfatning ligger de ulike vitenskapsteoretiske betraktninger bak. Jeg begynner med å trekke opp noen overordnede skillelinjer.

Pendelen i dagens psykiatrifag svinger mot naturvitenskapelig kunnskap og kvantitativ metodikk. Fremveksten av og posisjonen til kunnskapsbasert medisinsk praksis understreker (natur)vitenskapens posisjon i forhold til filosofi. Bracken og Thomas hevder at det er "the modernist agenda that shapes current thinking and practice in psychiatry" (Bracken & Thomas, 2013, s. 125). Med det moderne menes her troen på at våre problemer, inkludert våre menneskelige, kan bli innrammet av (natur)vitenskapen. Troen retter fokus mot rasjonalitet, vitenskap og teknologi som svar på menneskets lidelse og smerte, i kontrast til moralske, religiøse eller politiske

intervensjoner. Det jeg vil kalle førmoderne holdninger³⁶, retter derimot oppmerksomheten mot teorier om uobserverbare krefter som virker i og på den enkelte. Innenfor det moderne fremstår en slik oppmerksomhet som spekulativ. Forståelse av det psykiske liv knyttes til ”de største spørsmålene i tilværelsen” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 18). Fagteorier, innsikter i allmennmenneskelige fenomener, fenomenologi, hermeneutikk og eksistensialisme anses som vesentlige og gyldige kunnskapskilder (Foddy, Kahane & Savulescu, 2013). I kontrast forsøker ”the modernist agenda” å erstatte ”det religiøse” og mer spekulasjonsdrevet virksomhet med et ”vitenskapelig verdensbilde” gjennom etablering av ”et vitenskapelig datagrunnlag”(Foddy et al., 2013, s. 1197). Vitenskapelig etablert kunnskap om observerbare fenomener som adferd og symptomer gis dermed en høy status når det gjelder gyldig kunnskap. Wifstad interesserer seg for den ”omsegripende vitenskapeliggjøringen av tilværelsen”, og betegner dagens psykiatrifag som ”et *modernitetsproblem*” (Wifstad, 1997, s. 256-257). Forståelsen av psykiatriens faglige ståsted, mellom forskjellige fagtradisjoner og deres kunnskap, vil være preget av hvordan en forholder seg til og forstår ”moderne prosjekter” som vektlegger vitenskapelig etablert kunnskap.

Jeg skal ikke forsøke å gi en mer utdypende definisjon eller presisering av det moderne. Poenget innledningsvis er at skillet mellom moderne prosjekter og førmoderne holdninger treffer et aspekt ved todelingen som Luhrmann beskriver. Den naturvitenskapelig rettede psykiater ser på kunnskap, i betydning (natur)vitenskapelig etablert kunnskap, som ”what really counts” (Luhrmann, 2000, s. 181). Vitenskap knyttes da til det Wifstad omtaler som ”empiristisk grunnholdning” (Wifstad, 1997, s. 30). En slik tankegang gjenfinner jeg i lærebøker som knytter ”evidens” og ”empirisk forskning” til kvantitativ forskning. Vitenskapen tenkes å kunne gi svar på grunnleggende spørsmål i psykiatrifeltet, og kunnskap knyttes til vitenskap. Luhrmanns psykoanalytiker tenker derimot at forståelsesprosessen er det sentrale, hvordan teorier og kunnskap anvendes i forsøket på å forstå (Luhrmann, 2000, s. 182). En viktig side ved en spekulasjonsdrevet virksomhet er berøringen med meningsaspektet. Kunnskapsforankringen ligger mindre i vitenskap og mer i en selv og et innenfraperspektiv. Hos Luhrmanns psykoanalytiker er erfaringsbasert kunnskap og teorier som kan gi mening til kunnskapen, viktig. Arbeidsfeltet forstås ut ifra fagteorier, erfaring og egenutvikling. Den vitenskapelige kunnskapens status er

³⁶ Med førmoderne holdninger mener jeg her holdninger til menneske og verden som mistes av synet gjennom moderne prosjekter og fokus på det observerbare.

nedtonet. Hos den naturvitenskapelig rettede psykiater forstås vitenskap som naturvitenskap, og psykiateren forstår sitt arbeidsfelt ut ifra den vitenskapelige kunnskapen han eller hun har. Det retter oppmerksomheten mot et utenfraperspektiv. Da endres innenfraperspektivet vekk fra et førstepersonsperspektiv, som tidligere drøftet.

En annen inndeling er mellom eksplisitt og implisitt kunnskap. Eksplisitt kunnskap i psykiatrifaget er generell kunnskap om psykiske lidelser og kunnskap i form av referanserammer og nøkkelbegreper. Både vitenskapelig etablert kunnskap, fagteorier og allmennfilosofiske betraktninger inngår i en slik definisjon. Den implisitte eller tause kunnskapen har med situasjonsforståelse og personlige forutsetninger å gjøre. Den utvikles gjennom erfaring og refleksjon over egne erfaringer fra både arbeidet og ens eget private liv. I faglige retninger som blant annet relasjonell psykoanalyse (Orange et al., 1997; Binder et al., 2006), hvor sentral kunnskap anses som relasjonelt og kontekstuellet betinget, er implisitt kunnskap det fundamentale. En dimensjon ved implisitt kunnskap er ”en i prinsippet *ikke-verbaliserbar* kunnskap” (Nerheim, 1996, s. 390). Det er dermed en sentral dimensjon når for eksempel psykiateren interesserer seg for ubevisste prosesser.

Forholdet mellom eksplisitt og implisitt kunnskap har betydning for hvordan vi vektet kvantitativ og kvalitativ kunnskap. Thornton ser en forskyvning mot eksplisitt kunnskap i relasjon til forsøk på økt reliabilitet³⁷ i psykiatrifaget (Thornton, 2013). Dagens forsøk på å operasjonalisere klinikerens praksis gjennom å ”codify psychiatric expertise”, er slik jeg ser det, samtidig et forsøk på å nedtone den situasjonsbetingede kunnskapen (Thornton, 2013, s. 1061). Den erfaringsbaserte og kvalitative kunnskapen kommer i bakgrunnen når faglige retningslinjer for utredning og behandling utarbeides. Et sentralt poeng er derimot at eksplisitt kunnskap ikke kan erstatte den implisitte (Thornton, 2007, s. 227-229).

Det siste poenget berører også betydningen av det kliniske skjønn og den alltid verdiladede siden ved praksis (Fulford & Van Staden, 2013). Et siste aspekt er å skjelne mellom *episteme*, sikker kunnskap, og kunnskapsformen *fronesis*. *Episteme* kommer fra gresk og kan oversettes med *vitenskap*, *viten* eller *kunnskap*. I gresk filosofi betegner *episteme* *sikker viten*, i motsetning til antakelse (*doxa*). De rådende perspektivene innenfor dagens psykiatrifag søker å etablere sikker kunnskap om

³⁷ Thornton viser til utviklingen i diagnostikk, både i ICD- og DSM-systemet, og dagens forsøk på standardisering av praksis.

psykiske lidelser. Vitenskapen betraktes som en garantist for sikker kunnskap.

Gadamer viser til et skille som Aristoteles gjorde mellom *fronesis* og episteme:

Aristoteles' skille mellom moralsk viten (*frónesis*) og teoretisk viten (*epistéme*) er derfor rimelig, særlig når man tar hensyn til at grekernes oppfatning av vitenskap hadde matematikken som forbilde, det vil si som en viten om det uforanderlige basert på beviser, og som derfor enhver kunne lære (Gadamer, 2010, s. 353).

Episteme knyttes til et vitenskapssyn som ikke tar høyde for "det hermeneutiske problemet", og som søker "en "ren" viten som er løsrevet fra den egne væren" (Gadamer, 2010, s. 353). Det etablerer en gjenstandsmessig viten, der den som har viten, står overfor et saksforhold som hun bare konstaterer. Luhrmann beskriver den naturvitenskapelig rettede psykiater som "the fearless investigator of truth" (Luhrmann, 2000, s. 158). Søken etter sikker kunnskap gjør at *vitenskap* får en særstilling som premissleverandør for det faglige fundamentet. Tanken er at et faglig fundament må være basert i det en med sikkerhet kan vite noe om. Gadamer skriver om den moderne vitenskapens ideal om verifikasjon og etterprøvbarehet:

Når sannhet (*veritas*) først finnes i form av etterprøvbarehet, uansett i hvilken form, er målestokken for erkjennelsen ikke lenger dens sannhet, men dens sikkerhet (Gadamer, 2003, s. 21).

Det legger vekt på kunnskap som etableres ved hjelp av den naturvitenskapelige metoden. Det fremmer repliserbar kunnskap om psykiske vanskers lovmessighet (Haugsgjerd et al., 2009, s. 45). Sannhet knyttes til etterprøvbarehet og søkes altså på de positive vitenskapenes premisser.

Poenget til Gadamer når han viser til skillet mellom episteme og fronesis, er å løfte frem den hermeneutiske dimensjonen. I menneskets omgang med seg selv og verden vil det alltid være en grunnleggende fortolkningsdimensjon. En begrensning ved sikker kunnskap er at den nettopp i liten grad sier noe om uklare fenomener og de fortolkningene vi gjør. Skårderud og medarbeidere er opptatt av at psykisk helse er "et *gåtefullt* fenomen", og at "vitenskapen (*episteme*) har en viktig, men like fullt begrenset plass" (Skårderud et al., 2010, s. 49). Forfatterne vektlegger *praktisk visdom* som den sentrale kunnskapsformen:

Dette gåtefulle blir omsatt til en ambisjon om å utvikle sin visdom om hvordan en skal te seg aller mest virksom i en uklar geskjeft. Den kunnskapsformen som er nærmest kjernen i et slikt medisinsk ideal, er det som Aristoteles (1999) beskriver som praktisk visdom – *fronesis* (Skårderud et al., 2010, s. 49).

I sitatet vektlegges visdom, psykiaterens bruk av kunnskap, innsikt og seg selv, i møtet med pasienten. Bruken av kunnskap vil alltid være påvirket av den som tar i bruk

kunnskapen (Thornton, 2007, s. 231-232). På grunn av menneskets flertydighet og alltid annerledeshet er det den som tar i bruk kunnskap i en situasjonsbestemt praksis, som kommer i fokus. Psykiateren får en mer fremskutt plass i forhold til vitenskapelig kunnskap. Forfatterne tenker at livsfilosofisk undring bør være en del av psykiaterens faglighet. Faglig kunnskap, sikker eller ikke, gir ikke i seg selv retning til bruken av den. Luhrmann beskriver sin psykoanalytiker som "the wise wizard of insight" (Luhrmann, 2000, s. 158). Betydningen av den sikre kunnskapen nedtones fordi den er etablert på andre premisser enn dem psykiateren møter i praksis. Psykiateren anses ikke som en vitenskapsperson, men som en som i møtet med den enkelte *også* må forholde seg til vitenskapelig kunnskap.

Forholdet mellom kunnskap som noe vi avdekker, og som noe vi skaper

I orienteringen av hvilke kunnskapskilder som hjelper psykiateren til en forståelse av sitt kliniske arbeid, er forståelsen av det menneskelige avgjørende. Mennesket kan forstås som et produkt av biologiske (fysiske), sosiale og kulturelle, psykologiske og eventuelt åndelige prosesser. Den biopsykososiale modellen legger vekt på de tre første aspektene. Eksistensiell psykoterapi legger vekt på livssyn. Jeg vektlegger mennesket først og fremst som historisk. Mennesket forstår seg selv ut ifra sin historisk betingede situasjon. Spørsmålet blir hvilke aspekter ved mennesket en psykiater skal eller trenger å fokusere på. Hvilke typer kunnskap om mennesket er viktige når Olas depresjon skal forstås?

I den rådende tilnærmingen i psykiatrifaget betraktes vitenskapen som en hjelp til å avklare hvilke aspekter som er sentrale for psykiatrifaget. Tanken er da at psykiatri som vitenskap er kommet relativt kort i sin utvikling (Malt et al., 2012, s. 131; Dahl & Aarre, 2012, s. 42). En manglende felles forståelsesmodell mener lærebokforfatterne skyldes at psykiatrifaget foreløpig ikke har en felles, allment akseptert teoretisk basis.

Derfor er det ofte vanskelig å skille klart mellom hva som er anerkjente vitenskapelige funn, rimelige teorier og personlige synspunkter. Hva man innen ulike teorier anser som holdbare funn og relevante data, varierer også. Når det foreligger begrenset akseptert felles kunnskap, er det desto større rom for spekulative synspunkter. Teoriene om årsaksforhold og dermed behandling konkurrerer seg imellom, og dette fører lett til konflikter mellom fagfolk (Malt et al., 2003, s. 61).

Malt og medarbeidere beskriver, i tråd med andre forfattere (Jørgensen et al., 2006; Reichborn-Kjennerud & Falkum, 2000), et behov for å skille mellom faglig akseptert kunnskap og spekulative betraktninger. Utviklingen av faget som vitenskap tenkes dermed som en potensiell løsning for psykiatrifagets grunnlagsproblemer. Løsningen

ligger i at vitenskapen vil avdekke hvilke aspekter som skal vektlegges på hvilken måte.

Slik jeg ser det, er den kognitive tradisjons posisjon i dagens psykiatrifag en viktig grunn til økt fokus på å betrakte og belyse erfaringer gjennom en vitenskapelig tilnærming, med fokus på kvantitative empiriske studier. Forskningsbasert dokumentasjon av effekt har helt fra begynnelsen hatt en sentral posisjon i den kognitive tradisjonen. Kognitiv adferdsterapis suksess, vist gjennom effektstudier (Clark & Fairburn, 1997), styrker både troen på at vitenskapelig kunnskap kan avdekke hvilke aspekter som bør vektlegges, og at mer teoridrevne tradisjoner som den psykodynamiske har mindre å tilføre praksis.

I hvilken grad kan kunnskap avdekke vesentlige aspekter ved psykisk lidelse? Bjørnar Olsen deler erkjennelsesteoriene innen arkeologi inn i to kategorier: ”en som ser kunnskap som noe vi kan avdekke, og en som ser kunnskap som noe vi skaper” (Olsen, 1997, s. 117). Det jeg finner interessant med inndelingen, er spørsmålet om kunnskap er en gjenspeiling av virkeligheten, eller om kunnskap er en meningsfylt, kreativ aktivitet. Kunnskap som avdekking har ifølge Olsen vært det dominerende synet i vestlig tenkning, der naturvitenskapen har vært et ideal (Olsen, 1997, s. 118). Jeg ser det i sammenheng med det moderne, som tidligere drøftet. Målet er at faget kan ”nå fram til enighet om felles prosedyrer for hvordan vi skal bringe våre teorier og ideer i overensstemmelse med det empiriske materialet” (Olsen, 1997, s. 118). Kunnskap om psykiske lidelser tenkes i et slikt perspektiv å kunne være en verdinøytral avdekking av biologiske, psykologiske eller sosiale forhold ved mennesket. En skiller da mellom spekulasjon og kunnskap.

Kunnskap som skapende aktivitet ser Olsen i sammenheng med innsikter fra den filosofiske hermeneutikken. Det humanistiske perspektivet fremhevet et slikt syn på kunnskap som en motreaksjon mot reduksjonistisk og naturvitenskapelig tenkning i psykiatrien. Det skapende og verdiladete ved enhver forståelse av biologiske, sosiale, psykologiske og åndelige prosesser kommer i fokus. ”Sannhet og kunnskap er ikke en iboende karakter ved tingene, noe som kan avgjøres en gang for alle” (Olsen, 1997, s. 119). På makronivå gjør en slik innsikt at fokus rettes mot selve vitenskapen, kunnskapsforståelse og forsøkene på vitenskapeliggjøring. ”All fagkunnskap om psykiske lidelser er *situert*, det vil si knyttet til en historisk, kulturell og sosial sammenheng der kunnskapen har oppstått” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 17). Den fortolkende dimensjonen løftes frem. Refleksjoner over hvordan kunnskap til enhver

tid etableres og retter fokus på enkeltaspekter ved mennesket, anses som sentrale for å forstå betydningen av kunnskapskildene. På mikronivå blir det vesentlig å reflektere over *bruken* av kunnskap, den praktiske visdommen. Psykiateren trer uunngåelig inn i et verdiladet felt på en verdiladet måte når Olas depresjon skal vurderes, forstås og behandles. Kunnskap om mennesket antas å alltid innebære en verdiladet fortolkning.

Spørsmålet for psykiateren er hvordan en som fagperson i sitt arbeid skal forholde seg til forholdet mellom synet på kunnskap som noe vi avdekker og noe vi skaper.

Gjentatte undersøkelser etablerer for eksempel lignende funn når det gjelder arvelighet og bipolare lidelser (Malt et al., 2003, s. 301; Skårderud et al., 2010, s. 347), noe som tyder på en avdekking av genetiske (biologiske) forhold når det gjelder psykisk sykdom. Samtidig kan et fokus på mer objektive, generelle fakta gjøre at pasientens klassifiserte bipolare lidelse erfares som noe gitt. Hvilken betydning har det for eksempel at vi i vurderingen av hvilke tilstander som klassifiseres som psykisk sykdom, alltid er ”fundamentalt henvist på en intuitiv etisk bestemmelse av hva et godt og meningsfullt liv er” (Wifstad, 1997, s. 69)? Jeg vil kort se på noen forsøk på å orientere seg faglig mellom en faktabasert tilnærming og en forståelse av alltid å være henvist til en verdiladet betraktning.

På den ene siden har vi perspektiver som søker en enhetlig forståelse av psykiske vansker. Tanken er at ”grunnlagsproblematikken” er noe psykiatrifaget på lengre sikt må finne bedre løsninger på (Wifstad, 1997, s. 14). En forsøker å finne en faglig tilnærming som unngår at en havner i ”individualiseringsmyra” ved å standardisere (P. Halvorsen, 2014). På makronivå søkes det en enhetlig orientering der en forsøker å samle all kunnskap innenfor ett kunnskapsgrunnlag, slik vi ser hos Kendler. Wifstad finner to holdninger i dagens psykiatrifag som sikter mot entydiggjøring: *eklektisisme* og *det teorifrie paradigme* (Wifstad, 1997, s. 27-32). Begge holdningene søker en nøktern og jordnær tilnærming ved å unngå en faglig forankring basert på teorier og ideologi. Det er en parallell til Kendlers holdning om å være ”conceptually open-minded”. En eklektisk holdning forsøker å integrere biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Jørgensen og medarbeidere uttrykker en slik holdning:

Psykiatriens interne polarisering og falske dikotomier bør høre fortiden til. Den moderne neurovidenskabs integration af bl.a. biologiske, psykologiske og sociologiske bidrag og synsvinkler på psykisk sygdom er i dag det bedste bud på en forklaring, forståelse og behandling. Denne nydefinering af psykiatri bør have fortrinsret i den kliniske hverdag og forskning (Jørgensen et al., 2006, s. 15).

Integreringen skjer ved at det en har sikker kunnskap om, blir dominerende. Flere ser til nevrobiologien (Johansen, 2016; Ringen & Dahl, 2002) eller en kunnskapsbasert tilnærming (Lieberman, 2015). Ifølge Wifstad kan eklektisismen anses som en frigjøring ”fra meningsløs teoretisk rettroenhet” (Wifstad, 1997, s. 29). Samtidig kan den forstås som en subtil mekanisme der viktige spørsmål feies under teppet. Med *det teorifrie paradigmet* peker Wifstad på en rådende forståelse innenfor psykiatrifaget der diagnosesystemene betraktes som ”rent *deskriptive*” og som ”*ateoretiske system*” (Wifstad, 1997, s. 30). Under ligger den logiske empirismens grunntanke ”om at beskrivende termer helst bør stå i en uformidlet relasjon til ”sansedata” ”(Wifstad, 1997, s. 31). De implisitte verdiene som ligger til grunn for dagens diagnosesystem, havner i bakgrunn, ifølge Wifstad. Innenfor begge holdningene ser en at synet på kunnskap som noe vi avdekker, er rådende. Det skapende kommer i bakgrunnen. Den deskriptive diagnostikken viser også hvordan en i praksis søker en enhetlig faglig forståelse. De aspektene ved Olas depresjon som kan beskrives av diagnosesystemet, blir de sentrale for psykiateren. Psykiateren avdekker de viktige sidene ved Olas tilstand.

På den andre siden har vi forsøk på å etablere en tilnærming som anser kunnskap som noe vi skaper, uten å overse sentrale innsikter fra positive vitenskaper. Utfordringen ligger ofte i hvordan og i hvilken grad de enkelte kunnskapskildene skal vektes. Thornton er opptatt av at psykiatrien må ha en integrert forståelse som tar hensyn til både *facts*, *values* og *meanings* (Thornton, 2007). Han beskriver en sammenheng mellom en antireduksjonistisk holdning og ”a broader conception of what is really real” (Thornton, 2007, s. 236). Hans poeng er at både verdier (*values*) og betydninger (*meanings*) må anses som ”real features of the world and thus real features of the clinical situation”, i tillegg til ”hard bio-medical facts” (Thornton, 2007, s. 236). For ham vil det kliniske skjønnet, ”skilled judgment”, alltid være det fundamentale for psykiatrifaget.

I predict that just as virtue ethics have begun to be applied within medicine, as a reaction to conventional principles-based medical ethics, so virtue epistemology will be used to examine the nature of clinical expertise as a reaction against the shortcomings of the overemphasis on codification by evidence-based medicine (Thornton, 2007, s. 237).

Med ”virtue epistemology” mener Thornton at en kunnskapsanalyse må begynne med en analyse av dydene til ”knowing subjects”. Refleksjonen ligger tett opptil Skårderud og medarbeidere når de vektlegger fronesis. Thornton tar til orde for en personsentrert tilnærming. Det verdiladete ved psykisk helse og kunnskapen om psykisk helse gjør at

fagfeltet aldri kan fjerne seg fra personavhengige fortolkninger av verdier og betydninger.

Hjördis Nerheim ser på helsefagene generelt. Hun peker på at faren for positivisme, som ”fører til rigide roller og en fastfrysning av det vitenskapelige blikket” (Nerheim, 1996, s. 19), handler om hvordan en forstår naturvitenskapen. Utfordringen ligger i å se at ”naturvitenskapen må ha sin livslinje til hermeneutikken for i det hele tatt å ha noen som helst legitimitet eller mening” (Nerheim, 1996, s. 13). Faren ved positivismen ligger i å overse det alltid skapende ved etableringen av kunnskap. Nerheim vektlegger *kommunikasjonens* sentrale plass i helsevitenskapene og ”reflekterer over vilkårene for produksjon av mellom-menneskelig mening” (Nerheim, 1996, s. 13). Den alltid personavhengige fortolkende dimensjonen fører til at meningsaspektet og det verdiladete ved praksis får en mer fremskutt plass i oppmerksomheten.

En forståelse av kunnskap som noe vi skaper, har implikasjoner for psykiaterens praksis. I møtet med pasienten avdekker psykiateren hvordan ting forholder seg, men skaper samtidig en forståelse (Stanghellini, 2013, s. 325). Da er det ikke slik at ”språket bare passivt gjengir en ”rå” virkelighet” (Olsen, 1997, s. 119), men språket og kommunikasjonen utgjør selv en viktig del av oppmerksomheten. Det retter oppmerksomheten mot symbolets nivå:

Symbolets nivå unndrar seg de fleste forsøk på tradisjonell vitenskapelig sikkerhet. Det fordrer nemlig innlevelse og fortolkning. Det krever vår subjektivitet for å bli virksomt, vår kropp, våre sanser, vårt sinn og de symbolske former, hvorav dagligspråket og kunsten er blant de viktigste (Stokkeland, 2004, s. 766).

Psykiateren skal ikke bare avdekke, men blir samtidig en del av en fortolkende virksomhet (Orange, 1995). Kunnskapskilder som dagligspråket, skjønnlitteratur og kunst blir viktige for å kunne ta del i det skapende ved menneskets psykiske liv. Den faglige kunnskapen handler ikke bare om å avdekke biologiske, psykologiske eller sosiale prosesser ved for eksempel en depresjon eller en schizofreni. Kunnskapskilder som gjør psykiateren i stand til å se ulike aspekter ved menneskets fortolkende væremåte, blir viktige. Ifølge Stokkeland må praksisen gi avkall på den sikkerheten som kjennetegner kunnskaper som teller, måler og veier. Det skapende ved kunnskap gjør at betydningen av naturvitenskapelig kunnskap, som for eksempel hjernens virkemåter, nedtones. Samtidig vektlegges kunnskapskilder som gir innsikt i mennesket som fortolkende, som for eksempel humanvitenskapene. En mer overordnet forståelse av og refleksjon over det menneskelige tenkes som en betydningsfull del av

den faglige kunnskapen. Det personavhengige ved både praksisen og forholdet til kunnskap får også fokus.

Forholdet mellom induktiv og deduktiv arbeidsmåte

En sentral balansegang for en psykiater er forholdet mellom induktiv og deduktiv arbeidsmåte. Med induktiv arbeidsmåte menes å gå fra det individuelle til det allmenne. Et eksempel er når Freud bygger sin forståelse av psykopatologi på kasusbeskrivelser. En annen måte er når psykiateren baserer sin forståelse av pasientens psykiske vansker på kunnskapen som etableres i det enkelte pasientmøtet. Deduktiv arbeidsmåte er å gå fra det generelle til det individuelle. Psykiateren som bruker sin kunnskap om psykiske sykdommer eller generelle teorier om psykisk helse for å forstå pasientens symptomer og tilstand, er et eksempel på deduktiv arbeidsmåte. En sykdomsforståelse som bygger på vitenskapelige studier av mange individer, er et annet eksempel. Psykiatrifaget benytter begge disse arbeidsmåtene. Psykiaterens utfordring kan for eksempel sies å være hvor mye kunnskapen og innsiktene som den hypotetisk-deduktive metoden gir, skal telle når den enkelte pasients psykiske vansker skal forstås.

Forholdet mellom induktiv og deduktiv arbeidsmåte er ikke alltid en utfordring. For å forstå Olas depresjon kan psykiateren dra veksler på både sin generelle kunnskap om depresjon og kunnskapen som hun får i møtet med Ola. Samtidig er forholdet mellom det deduktive og det induktive et forhold som vektet ulikt i faglitteraturen. Forholdet mellom de to arbeidsmåtene berører det overordnede tema om et utenfra- og et innenfraperspektiv. Skillet kan tolkes som ett perspektiv som fokuserer på det generelle eller allmenne, og ett perspektiv som vektlegger det individuelle. Det er to grunnleggende *ulike* perspektiver som vanskelig lar seg integrere, og det er en vesentlig kilde til oppfatninger av at psykiatrifaget er ”rotete” og er kommet relativt kort i sin utvikling som vitenskap.

Ifølge Nerheim handler det om hvordan fagpersonen anvender naturvitenskapens *generaliserende metodologi* i møtet med den enkelte (Nerheim, 1996, s. 28). Det er klare forskjeller mellom hvordan de ulike forståelsesformene i psykiatrifaget integrerer kunnskap fra de to perspektivene. Jeg vil kort nevne noen vesentlige momenter med tanke på balansegangen mellom arbeidsmåtene.

Et moment er at den deduktive arbeidsmåten etablerer kunnskap som kan fremstå som mer vitenskapelig og sikker enn andre typer kunnskap. Fokuset blir på det generelle. Fagkunnskapen kan fremstå som enhetlig og underbygge tanken om kunnskap som

noe vi avdekker. Ifølge Ekeland etablerer hovedtrenden innenfor dagens forskning en objektontologi:

(...) i psykologien finnes mye forskning om individer, men lite om *personer*; mye om adferd, men lite om *handlinger*; mye om mentale tilstander, men lite om *subjektivitet* og *mentalitet*; mye om kognisjon, men lite om *mening*; mye om responser og reaksjoner, men lite om *intensjoner* og *aksjoner* (agency). I jakten på akontekstuelle og universelle psykologiske mekanismer har man i denne tradisjonen basert seg på den implisitte ontologiske forutsetningen at fenomenene eksisterer som en uavhengig gitt realitet (objektontologi) (Ekeland, 2012, s. 749).

En deduktiv tilnærming kan bli for dominerende og i seg selv gi en forståelse av at fagpersonen arbeider med determinerte fenomen. Det humanistiske perspektivet kan ses på som en reaksjon mot en overdreven deduktiv tilnærming i den psykodynamiske tradisjonen, der generelle teorier, riktignok etablert gjennom kasusbeskrivelser, overså den enkeltes individualitet. Wifstad tolker dagens psykiatrifag som dominert av en annen type deduktiv tilnærming, den naturvitenskapelige, og han vektlegger *lydhørheten overfor det som "ikke passer inn"*, som psykiatriens viktigste ressurs for forståelse av pasientens psykiske vansker (Wifstad, 1997, s. 14). Det er et ønske om å få vitenskapelig aksept som fag, som Wifstad mener fører til en overdreven deduktiv tilnærming og en "skjemamessig entydiggjøring" (Wifstad, 1997, s. 257).

Et grunnlagsspørsmål som ligger under Wifstads problematisering av integreringen mellom natur- og humanvitenskapene, er i hvor stor grad et naturvitenskapelig metodeideal skal legge premissene for begrepsdannelse (Wifstad, 1997, s. 33). Det er her viktig å påpeke at dagens deduktive tilnærming, må ses som en reaksjon mot den tidligere dominansen av induktive arbeidsmåter i psykiatrifaget. Etableringen av psykologiske teorier og forståelsen av psykopatologi ut ifra kasusbeskrivelser åpnet for spekulasjon og antagelser. Et naturvitenskapelig metodeideal som bygger på en deduktiv tilnærming, kan forstås som et korrektiv til overdreven spekulasjon, noe som igjen kan føre til faglig ideologi (Lieberman, 2015, s. 117ff). Dagens dominans av et naturvitenskapelig metodeideal kan forstås som forsøk på en mer systematisk tilnærming, der kunnskap om det generelle vektlegges, for ikke å skape "epistemic hubris" (Lieberman, 2015, s. 287). Tanken er at en induktiv arbeidsmåte når det gjelder forståelse av psykiske lidelser, fører til mange feilkilder, skjevheter og tilfeldigheter med tanke på hvilke aspekter som blir vektlagt. En deduktiv tilnærming når det gjelder etableringen av kunnskap om psykiske sykdommer, beskriver Liebermann som mer ydmyk. Liebermann refererer til både Kendler og Kandel når han vektlegger en "evidens-based" tilnærming (Lieberman, 2015, s. 287).

En svakhet ved å gå fra det generelle til det individuelle er at det generelle er forskjellig fra det individuelle. Poenget kan virke selvfølgelig, men det er et sentralt moment når det gjelder psykisk helse. Kunnskap om det generelle kan si noe om disease-perspektivet, men lite om illness-perspektivet, den individuelle erfaringen. Stänicke og Vetlesen skriver om pasientens selvforståelse, og at kunnskap om psykisk helse og uhelse alltid må inkludere den enkeltes selvforståelse:

Vi mener det er prinsipielt betenkelig å trekke inn støtte fra vitenskapsgrener, i dette tilfelle enten biologien eller utviklingspsykologien, som formulerer hypoteser om sitt objekt på en måte som er uavhengig av – det vil si, ikke logisk trenger å ta veien om – objektets selvforståelse. I kontrast til dette er en tilnærming som tar utgangspunkt i, og aldri fjerner seg fra universet til, det objektet som studeres og skal forstås, og dets selvforståelse (E Stänicke & Vetlesen, 2002, s. 215).

Sitatet peker på at en deduktiv arbeidsmåte må være basert på en forståelse for den enkelte. Det generelle må forstås ut ifra det individuelle. Stänicke og Vetlesen peker, i likhet med Ekeland, på at balansen mellom en deduktiv og en induktiv tilnærming må være basert på en subjektontologi. Den naturvitenskapelige kunnskapen vil for eksempel bare kunne ”gjøres relevant i kontekst av en grunnforståelse av psykiske lidelser innenfor den menneskelige subjektivitet” (Ekeland, 2011, s. 28). Det krever en kunnskapsplattform som ivaretar

(...) et svært sammensatt kunnskapsfelt som utfordrer profesjonsutøverens fortolkningsevne og kliniske skjønn, og bygger på ikke-instrumentelle kunnskap som etikk, kommunikasjon og kontekstforståelse, fortolkingskompetanse og begrep til å begripe med som gjør utøveren i stand til å håndtere forholdet mellom universalialia og partikularialia (Ekeland, 2011, s. 29).

Det er behov for faglige orienteringspunkter som balanserer forholdet mellom det generelle og individuelle, mellom en deduktiv og en induktiv arbeidsmåte. Ekeland peker på kunnskapskilder som bidrar til en faglig forståelse av ”den menneskelige subjektivitet”.

Et siste moment er at psykiaterens utfordring med å integrere det generelle eller allmenne og det individuelle kan avhjelpest med en orientering mot noen overordnede betraktninger over det å være menneske. Binder søker et utfyllende perspektiv utenfor psykoanalysen og psykologi i ”en filosofisk psykologi” (Binder, 2002b, s. 25). Et interessant bidrag finner vi hos Vetlesen og Stänicke og deres orientering ut ifra menneskets ”grunnvilkår” (Vetlesen & Stänicke, 1999). Vetlesen og Stänicke ”tredje vei” og Jon Morgan Stokkelands ”filosofiske antropologi” (Stokkeland, 2011) orienterer forståelsen av mennesket og psykisk liv med utgangspunkt i ”menneskets ufravikelige grunnvilkår” (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 339). Stokkeland skriver om *livslover* som ”noen vilkår for menneskelig samvær som vi støter an mot, som vi ikke

har funnet på selv, og som vi ikke kan gjøre om på” (Stokkeland, 2011, s. 161). Han knytter det til en førmoderne tenkning, en del av metafysikken som reflekterer over noe gitt for mennesket, og som mennesket ikke har herredømme over.

Orienteringspunktet for forståelse forankres i menneskets fellesmenneskelige eksistensielle *grunnvilkår*. Det interessante med forfatterens utgangspunkt er at det både ivaretar det generelle og det individuelle ved menneskets psykiske liv. Dermed etableres et filosofisk bidrag til et utgangspunkt for hvordan fagpersoner kan orientere seg i balansen mellom en deduktiv og en induktiv tilnærming.

Vetlesen og Stänicke tar utgangspunkt i menneskets utsatthet i deres forsøk på å etablere et teoretisk grunnlag for forståelsen av menneskets situasjon. De skisserer fem ufravikelige grunnvilkår, *en tredje vei* som verken setter det intersubjektive eller det intrapsykiske i sentrum: avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 341). Ifølge Stokkeland er en av de bærende ideene i hans avhandling ”at menneskesinnet uopphørlig arbeider med å forholde seg til livslovene” (Stokkeland, 2011, s. 207). Menneskets psykiske liv etableres og utvikles, ifølge Stokkeland og Vetlesen, i menneskets møte med sin utsatthet:

At vi lever våre liv under gittheten, er et faktum, et faktum gyldig for hver og en av oss. Hvordan vi lever – i betydningen forholder oss til – disse grunnvilkårene og deres ufravikelige gitthet, varierer derimot fra person til person. (...) Grunnvilkårenes realitet er altså allmenn, håndteringen av dem individuell (Vetlesen, 2004, s. 83).

Grunnvilkårene innebærer både noe allment og individuelt. Grunnvilkårene kan ha svært ulik karakter, gitt den enkeltes situasjon. Ulike oppvekstvilkår vil for eksempel gi svært ulike erfaringer av avhengighet, sårbarhet og relasjoners skjørhet, uavhengig av den enkeltes håndtering av dem. Biologiske forhold påvirker den enkeltes mulighet og evne til å forholde seg til grunnvilkårene. Selv om utsattheten kan sies å gjelde alle, vil den altså samtidig ha en enorm variasjon med tanke på ulike sosiale situasjoner, ulike andre og ulik medfødt biologi.

Integreringen av de enkelte kunnskapskildene kan gjøres med bakgrunn i grunnleggende betraktninger over og erfaringer med hva det innebærer å være menneske. Det hver enkelt kjenner til og tar del i som menneske, er både noe allment og noe individuelt. De ulike vitenskapstradisjonene anses da som varierte kilder som kan fylle ut, forklare og gi retning til disse betraktningene. En slik orientering kan svare for flere av utfordringene som er skissert over når det gjelder fagpersonens forhold til ulike typer kunnskap og kunnskapskilder.

Profesjonsetiske implikasjoner av ulike kunnskapssyn

Ulike måter å legge til grunn forskjellige typer (fag)kunnskap på kan føre til at psykiaterens profesjonsetikk får ulik forankring og utforming. Hvordan fagpersonen forankrer sin kliniske forståelse, påvirker hvordan klinikeren forankrer sin profesjonsmoral. Ulikt kunnskapssyn i psykiatrifaget kan etter min oppfatning føre til ulik profesjonsetikk.

I Norge har vi hatt en diskusjon mellom Grimen og Nortvedt angående profesjonsetikkens grunnlag (Grimen, 2005; Nortvedt, 2005). Slik jeg ser det, er diskusjonen interessant med tanke på forståelsen av psykiaterens profesjonsetikk. Den belyser to ulike posisjoner med tanke på hvor profesjonsetikken skal forankres, noe som berører de kunnskapssynene som jeg har drøftet over. Grimen hevder at profesjonsetikken må forankres i det politiske mandatet, mens Nortvedt tar til orde for å forankre profesjonsetikken i forholdet mellom profesjonsutøveren og pasienten. I Grimens perspektiv blir profesjonsetikken en etikk som den profesjonelle pålegges utenfra eller ovenfra. Et slikt syn passer når fagpersonen vektlegger et faglig utenfraperspektiv og sikker kunnskap (episteme). Fagpersonens selvstendige ansvar for å vurdere egne oppgaver og handlinger blir redusert. I Nortvedts perspektiv har den enkelte psykiater et mer selvstendig ansvar på grunn av sin kompetanse og det etiske mandat som ligger i møtet med pasienten. Den enkelte psykiaters vurderinger blir fremhevet i forhold til generell kunnskap og politiske føringer. Når en fagperson vektlegger sitt faglige skjønn og et faglig innenfraperspektiv, passer det med Nortvedts perspektiv. Profesjonsetikken blir da forankret i den enkelte utøvers faglige fortolkninger, evne til å lytte og evne til å reflektere over egen påvirkning.

En vesentlig forskjell mellom disse synene på profesjonsetikken handler etter mitt syn om mistillit og tillit til den enkelte fagperson. Grimen betrakter profesjonsetikken som en kodeks, et sett med mer eller mindre formaliserte normer og verdier, som skal sikre at profesjonsutøveren holder seg til samfunnsoppdraget. ”Kontrollaspektet innebærer slik sett en institusjonalisert indre mistillit” (Christoffersen, 2011, s. 24). Det ligger en mistillit til den enkelte yrkesutøver. I relasjon til drøftingen over vil jeg knytte en slik mistillit til den enkeltes evne til å håndtere og fortolke fagkunnskap. Fagpersonen som vektlegger deduktiv kunnskap og kunnskap som avdekker, har i seg en mistillit til egen kompetanse. Psykiateren søker da utenfor seg selv etter en forankring. Hos Nortvedt finner jeg en større tillit til den enkelte fagpersonens kompetanse. Det skjer noe viktig i møte med den enkelte pasient som blir bestemmende for vurderinger og valg. Psykiaterens sensibilitet, som er faglig utviklet, tenkes som forankringen for

profesjonsetikken. En fagperson som vektlegger den alltid fortolkende dimensjonen ved sitt arbeid, og seg selv som berørt part (innenfraperspektivet), vil i likhet med Nortvedt ha en tillit til egne vurderinger og valg. En kommer på en måte ikke utenom det å ha en tillit til sin faglige sensibilitet som medmenneske.³⁸

Likhet, forvalter og effekt

Fagpersonen som baserer seg på naturvitenskapelige sannhetskrav, etablerer en oppmerksomhet mot det som er etterprøvbart. Psykiateren sammenligner og legger da vekt på det som er likt ved tilstandene. Pasientens psykiske vansker skal beskrives ut ifra et bestemt erkjennelsesideal, slik at funn og tegn kan sammenlignes. Fagpersonen vil da bli opptatt av at kolleger deler og forvalter noen grunnleggende sentrale premisser for fortolkning på lik måte. Tankegangen blir at det faglige grunnlaget bør være enhetlig. En pasient skal kunne komme til en hvilken som helst psykiater og forvente å få en rimelig lik vurdering fordi fagpersonen lener seg til lik kunnskap.

Etter mitt syn blir den enkelte psykiater *en forvalter* av profesjonens fagkunnskap på grunn av den normative rammen som fagets vitenskapelig produserte kunnskap gis. Praksisen blir styrt av normen som etableres av den vitenskapelige kunnskapen. Luhmann beskriver hvordan noen av psykiaterne tenker at ekstern fagkunnskap legitimerer den kliniske praksisen:

The practice of medicine rests on scientific knowledge. That knowledge is the justification of the practice. Yet the practitioners, the pure clinicians, do not produce the knowledge. Knowledge is produced by researchers, and in the late twentieth century the promise of medical science is that knowledge will always increase and always increasingly achieve its aims. Research scientists, then, are the sine qua nons of contemporary medicine (Luhmann, 2000, s. 159).

Fagets normative ramme etableres i stor grad gjennom dagens vitensproduksjon. Det handler for den enkelte psykiater om å holde seg oppdatert og rette sin praksis etter fagkunnskapen. Mistilliten til den enkelte i forhold til tilliten til (natur)vitenskapelig kunnskap blir tydelig. Den profesjonsmoraliske refleksjonen vil rettes mot hvorvidt den enkelte psykiater er en god forvalter av den faglige delte kunnskapen innad i profesjonen.

En side ved å være en god forvalter handler om å forvalte *riktig* kunnskap. Dermed rettes fokus mot hvorvidt fagpersonen i dagens overflod av kunnskap baserer sin

³⁸ Under kommer jeg tilbake til hvordan også en slik betraktning samtidig innebærer å søke en forankring utenfor en selv.

forståelse på rett kunnskap. En slik tankegang kommer tydelig til uttrykk hos Per Olav Vandvik. Han ønsker en utvikling av ”tilgang til ren og klar kunnskap”, og det fordrer

(...) at vi som helsearbeidere makter å forholde oss til, og kan applisere, forskningsbasert kunnskap på en balansert måte i møte med pasienten. Slik bør og kan evidensbasert praksis fremover i økende grad bli et uvurderlig verktøy for klinikere og den beste medisinen mot ”Bad Medicine” (Vandvik, 2009, s. 123).

God praksis knyttes til god forvaltning av riktig kunnskap. Vektlegging av episteme, sikker kunnskap, etablerer et skille mellom kunnskap som forstås som ”ren og klar”, og kunnskap som anses som mindre pålitelig. Da vil evidensbasert medisin betraktes som en sentral hjelp for den enkelte kliniker og kanskje den viktigste rettesnoren for god praksis. Det blir både faglig og etisk viktig for klinikerens å lene seg til den faglige kunnskapen fagpersonen har ”evidens” for. Erfaringsbasert kunnskap står lenger nede på rangstigen og anses derfor som mer spekulativ. Dårlig praksis blir en praksis der klinikerens vektlegger mer usikre vitenskapelige kunnskapskilder. Godt klinisk skjønn innebærer god forvaltning av riktig kunnskap.

Forståelsen av et enhetlig fellesfaglig fundament som etablerer en norm for den enkelte psykiater, gjør at nytteetikken spiller en fremtredende rolle. Forståelsen av hva som er god eller dårlig behandling, styrt av ett vesentlig prinsipp: effekt. Psykiaterens handlinger kan ses opp imot den målbare nytten: Har det noen effekt? Effektmål og vurderinger ut ifra foreliggende vitenskapelig dokumentasjon blir det førende prinsippet. Nytteetikken, eller utilitarismen, opererer ”med *ett* grunnleggende prinsipp: *nytte*” (Ruyter et al., 2005, s. 43). Ruyter og medarbeidere skriver at utilitarismen bygger på en ”*empirisk* forutsetning om at *alle* konsekvenser av en handling eller handlingsregel” kan ”*måles, veies og summeres*” (Ruyter et al., 2005, s. 48).

Pliktetikken passer dermed godt når fagpersonen vektlegger det målbare ved tilstander og behandling. Det *målbare* blir det styrende for god behandling. Psykiateren bør prioritere det som har vist seg å ha effekt. God behandling blir da i stor grad definert ut ifra om psykiateren følger anbefalte retningslinjer (som er basert på systematisk gjennomgang av *effekten* av ulike tiltak). Skjønnsmessige vurderinger hører hjemme der hvor det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget mangler. En slik forståelse trenger ikke innebære at en tenker at alt kan måles. Målet om å kunne måle, veie og summere effekter tenkes som en hjelp for å hindre at psykiaterens arbeid forblir skjønnsmessig, individualistisk og uvitenskapelig. Når praksisen i mindre grad baseres på målbare effekter, betraktes den som mer etisk tvilsom.

Samfunnets behov for styring er etter mitt syn, med på å påvirke et fokus på standardisering. Fagpersoner som vektlegger en naturvitenskapelig erkjennelsesvei, vil betrakte et slikt fokus som positivt. Økt standardisering er en hjelp til å gjøre den faglige normative rammen tydelig for den enkelte psykiater. Tanken om en enhetlig erkjennelsesvei åpner for et fokus mot bedre systematikk og ensartet dokumentasjon. Det tenkes å danne et godt grunnlag for kritikk og diskusjon: Hvilken behandling har for eksempel effekt ved schizofreni? En enhetlig tilnærming mellom psykiaterne muliggjør sammenligning og kvalitetsutvikling (Jørgensen et al., 2006, s. 36ff). Standardisering knyttes til kvaliteten ved det faglige arbeidet. Den faglige normative rammen tenkes som et ytre kompass den enkelte kliniker kan styre etter. Dermed ligger ikke hovedgrunnlaget for å kunne vurdere hva som er god eller dårlig praksis, hos den enkelte. Profesjonsetikkens forankring ligger utenfor den enkelte kliniker. God praksis innebærer å være lydige overfor den felles etablerte kunnskapsrammen.

Tillit til den enkelte og det situasjonsbetingede

Fagpersonen som vektlegger fortolkningsdimensjonen ved enhver kunnskapskilde og induktiv kunnskap (fra pasienten og pasientmøtet), har en annen tillit til egne fortolkninger og mer ”usikker” kunnskap sammenlignet med det jeg har drøftet over. Den enkelte kliniker kommer da så å si ikke utenom det å ha seg selv som faglig forankring. Konsekvensene for profesjonsetikken blir at den i likhet med Nordtvedts argumentasjon vil forankres i det enkelte pasientmøtet. En slik måte å betrakte psykiatrifagets epistemologi og dermed praksisens etiske forankring på, finner jeg hos Donna M. Orange (Orange, 1995; 2011). Jeg vil kort trekke frem noen viktige profesjonsetiske implikasjoner ved hennes syn.

Hos Orange finner jeg en representant for fagpersoner som vektlegger hermeneutikk, den intersubjektive dimensjonen ved forståelse og fagteoriens begrensninger. På en måte kan hennes skepsis til hvordan teorier kan forme fagpersoners forståelse, sammenlignes med den evidensbaserte medisins argumenter for å basere forståelse på sikker kunnskap og ikke på teoretiske spekulasjoner. Samtidig passer en slik sammenligning dårlig på grunn av Oranges tillit til den enkelte klinikers ”attitude of receptivity” (Orange, 2011, s. 67). Utgangspunktet for forståelse ligger hos Orange i fagpersonens både medfødte og faglig utviklede evne til mottagelighet. Den faglige sensibiliteten som medmenneske, ”a hermeneutical clinical sensibility”, innebærer en tanke om at forståelsen av pasientens psykiske vansker etableres i dialogen mellom partene. Fagpersonens autoritet er ikke først og fremst som kunnskapsforvalter, men som medmenneske som søker og evner å etablere en forståelse for pasientens vansker

gjennom sin mottagelighet. God praksis innebærer å utfordre sin egen autoritet som forstående og la pasientens erfaringsverden tre frem (Orange, 2011, s. 81). Det fører til en ”primacy of clinical practice (or ”technique”) over scientific theory [og kunnskap]” (Orange, 2011, s. 74). Et sentralt faglig og profesjonsetisk tema blir da etter mitt syn hvordan klinikerer lytter til og møter pasienten.

Mye av Oranges etiske (og faglige) tenkning oppsummeres når hun skriver

(...) a shared developmental loss in our profession and the thesis of this book [is] that a dialogic therapeutics, informed by the hermeneutics of trust, provides the ethical responses to the suffering stranger (Orange, 2011, s. 75-76).

Hun baserer sin tenkning på sentrale filosofiske (og etiske) bidrag fra Gadamer, Ricoeur og Levinas. Orange har stor tillit til den enkelte fagpersonens mulighet til å forstå pasientens psykiske vansker gjennom deltagelse i dialogen som etableres mellom partene. Ved hjelp av Levinas’ og Gadamers tenkning understreker hun hvor viktig det er å kunne stille seg åpen for den andre:

Every reduction-by systematizing, classifying, pointing, even describing-is, for Lévinas, a violence, a violation (...) he contrasted what he called “totalizing” – reducing others to objects to be studied, categorized, or comprehended- with responding to the face of the other (Orange, 2011, s. 46-47).

Orange leser Ricoeurs vektlegging av mistankens hermeneutikk som et vesentlig bidrag, men som sider ved forståelseshendelsen som har en sekundær posisjon. Klinikerens fagkunnskap og forforståelse har stor betydning, men evnen til å stille seg mottagelig for den andre er det primære. En viktig bakgrunn for en slik tankegang er forståelsen av menneskets tilhørighet til hverandre. Orange refererer til Harry Stack Sullivans kjente maksime: ”we are all more simply human than otherwise” (Orange, 2011, s. 47). Menneskene tilhører hverandre, lever i en verden de mer deler enn noe annet. Dermed er tilliten til egen evne, som medmenneske, å kunne ta del i pasientens ”forståelseshorisont” viktig for fagpersonen. Klinikerens reduserende betraktning kommer i andre rekke. Slik jeg ser det, blir en sentral implikasjon at god praksis innebærer å betrakte pasientmøtet som mer grunnleggende for forståelse enn de faglige ressursene klinikerer har med seg inn i møtet. Det samsvarer med måten Nortvedt tenker om profesjonsetikkens forankring på. Både Nortvedt og Orange vektlegger filosofien til Levinas.

En annen implikasjon for profesjonsetikken er etter min oppfatning at den må forholde seg til en mer foranderlig og situasjonsbetinget praksis. Den normative rammen kan ikke standardiseres på samme måte som en ser forsøk på ved for eksempel

evidensbasert medisin/praksis. Forskjellene mellom lignende tilstander gis større betydning og betraktes som viktig å anerkjenne. Kunnskapssynet hos Orange har altså sammenheng med en subjektontologisk posisjon. Ved å løfte frem Levinas' tenkning får hun understreket den vekten hun legger på å se den enkelte. Kunnskapssynet er relatert til hva hun mener klinikerens skal vite noe om. Konsekvensen blir en praksis som i stor grad blir situasjonsbestemt. Det som enkelte fagpersoner kan betrakte som en mer "tilfeldig" praksis fordi den i liten grad lener seg til en fellesnorm når det gjelder forståelse, betraktes som en god praksis fordi den lar seg være foranderlig og situasjonsbetinget. På mange måter blir det da viktig for klinikerens "å slippe kontrollen" ved å la seg styre av det en som medmenneske så å si blir grepet av i pasientmøtet. "Meanings emerge from clinical process, not from theory" (Orange, 2011. s. 79). Ut ifra et slikt syn vil fagkunnskap og teorier være en viktig hjelp til å forstå mer av det som klinikerens allerede har plukket opp i møtet. Fagkunnskap vil ikke fremstå som det styrende prinsipp for klinikerens lytting eller praksis.

3.4 Den relasjonelle dimensjonen

Et tema som har vist seg å være sentralt for analysearbeidet, er forståelsen av den relasjonelle dimensjonen ved psykisk liv. Ulike måter å betrakte relasjonen mellom pasient og psykiater (og andre involverte) på kan føre til klare forskjeller i hvordan en psykiater konstituerer forståelsen av sitt praksisfelt. Forståelsen av den relasjonelle dimensjonen henger sammen med forståelsen av de fire andre overordnede temaene som er drøftet innledningsvis i kapittelet. I hvilken grad pasientens psykiske vansker og det psykiske liv forstås som relasjonelt, har konsekvenser for hvordan en psykiater forholder seg til pasienten i pasientmøtet. Betydningen av den relasjonelle dimensjonen for en psykiaters arbeid er en fundamental faktor for forståelsen av det kliniske arbeidet. Fagfeltet har forskjellige perspektiver på pasientsamtalen og lege-pasient-forholdet. Thornton fremhever betydningen av klinisk dømmekraft når det gjelder psykisk helsearbeid (Thornton, 2007, s. 321). Han peker på økt standardisering av praksis som forsøk på å motvirke dømmekraftens subjektive (og relasjonelle) aspekter og sikre bedre diagnostisk reliabilitet. Stanghellini fokuserer på konsekvensene av økt standardisering når det gjelder det psykiatriske intervjuet (Stanghellini, 2013). Han omtaler dagens rådende tilnærming som "the technical approach to psychiatric interviewing". Etter mitt syn er det interessante hvordan lege-pasient-forholdets betydning for den kliniske forståelsen for og vurderingen av pasientens psykiske vansker blir nedvurdert. Poenget er å redusere variasjonen av informasjon (Stanghellini, 2013, s. 323). Det psykiatriske intervjuet blir en teknikk for

utforskning av symptomer og adferd (forstått som tegn). Tilnærmingen bygger på et epistemologisk prinsipp om at pasientens psykiske vansker er tilgjengelige gjennom spørsmål-og-svar-teknikker (Othmer & Othmer, 2002). Slik jeg ser det, etablerer det en tredjepersonstilnærming som vektlegger et utenfraperspektiv og psykiske lidelser som ”subpersonal” (Stanghellini, 2013, s. 338). Både Stanghellini og Thornton knytter en slik tilnærming til utviklingen av dagens diagnosemanualer, et medisinsk/biologisk perspektiv og målet om å bedre både diagnosers validitet og reliabilitet.

En annen viktig årsak til at dagens rådende tilnærming har flere kjennetegn fra det tradisjonelle lege–pasient-forholdet (mer konkret, direktiv og oppgavefokusert) i forhold til legerollen i den psykodynamiske tradisjonen, er den nåværende kognitive tradisjonens posisjon i dagens psykiatri. Den kognitive tradisjonen legger mindre vekt på de relasjonelle aspektene ved psykiske vansker og lege–pasient-forholdet, selv om den anerkjenner at tidligere relasjoner kan påvirke arbeidsalliansen (Castonguay & Beutler, 2005). En viktig grunn til nedtoningen av den relasjonelle dimensjonen er etter mitt syn mer praktisk enn teoretisk. Det handler om at kognitiv adferdsterapi er dokumentert effektiv ved en rekke psykiske lidelser (Clark & Fairburn, 1997).

Den diagnostiske lyttingen er kritisert av mange (Brinkmann, 2015b; Bøe & Thomassen, 2007). En side ved kritikken handler om hvem pasienten er overfor psykiateren, og omvendt. Det intersubjektive aspektet ved menneskets væren overses (Orange et al., 1997). Menneskets psykiske liv forstås da som grunnleggende relasjonelt, og en vektlegger den delte verden partene lever i. Spesielt i et humanistisk perspektiv finner vi en annen vektlegging av den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet (Stanghellini, 2013, s. 334ff.). Arbeidet til en psykiater forstås primært som en relasjonell praksis. Ifølge Schibbye er relasjonen mellom fagpersonen og pasienten en grunnleggende dimensjon i arbeidet (Schibbye, 2009). I sentrum av psykisk liv er ”det relasjonelle selv”, som ”må forstås som relasjonelle prosesser i to retninger: *innover* i selvet og *utover* i relasjonen” (Schibbye, 2009, s. 58). Psykisk liv og det som psykiateren arbeider med, blir forstått som noe partene blir og er en del av. Pasientens psykiske vansker er en del av pasientens involvering med psykiateren og kommunikasjon. En konsekvens er at pasientsamtalen forstås som et forum for terapeutisk undring. Psykiateren må tåle uklarhet og manglende oversikt og våge å stole på egne følelser og intuisjon. Schibbye er opptatt av avstanden som kan skapes mellom partene når psykiateren har målrettede spørsmål som forsøker å avdekke eller oppklare (Schibbye, 2009, s. 376-377). Å være undrende bidrar til ”en utforskende stemning” gjennom å henvende seg til refleksivitetssiden ”hvor terapeut og klient

sammen oppdager en følelse eller et synspunkt” (Schibbye, 2009, s. 377). Psykiaterens oppgave er å forsøke å etablere en relasjon som åpner for utviklingen av en forståelse i samspill med pasienten.

I den psykodynamisk tradisjonen er oppmerksomheten rettet mot relasjonen som etableres, og hvordan partene involverer hverandre i kommunikasjonen. Den vesentlige forskjellen i forhold til ”the biomedical paradigm” (Stanghellini, 2013, s. 334) når det gjelder forståelsen av den relasjonelle dimensjonen, handler om en varhet. Varhet for hva som skjer i samspillet og hvordan samspillet åpner og lukker for ulike aspekter ved pasientens psykiske vansker/liv. Forholdet til diagnostisering aktualiserer denne varheten. ”Diagnostisering i begynnelsen av en behandlingskontakt vil ofte forstyrre kontaktetableringen og låse behandleren i premature forståelseskategorier” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 212). Pasientens erfaring av psykiaterens spørsmål og oppmerksomhet i møtet gis sentral betydning for forståelsen av vanskene. Måten psykiateren involverer seg i pasientsamtalen på, får et særlig fokus.

Et felt

Det er mange måter å forstå og vektlegge betydningen av den relasjonelle dimensjonen ved psykisk liv på. Stokkeland introduserer begrepet *felt* for å rette oppmerksomheten mot det *mellomværende*, ”et språk for å beskrive det som foregår *mellom* mennesker og *mellom* indre objekter inne i sinnet vårt” (Stokkeland, 2011, s. 165). Han skriver om ”veven av relasjoner som skaper et fremtredelsesrom” (Stokkeland, 2011, s. 194). Med felt blir det psykiske liv definert som både noe intrapsykisk og noe utenfor den enkelte. Relasjoner til andre blir en del av den enkeltes psykiske liv. Pasientens psykiske vansker (og liv) forstås som en del av relasjonen, og kan sies å være i lege-pasient-forholdet. Innenfraperspektivet forstås som delvis tilgjengelig for klinikerens ved hjelp av partenes involvering i forholdet som etableres.

Stokkeland beskriver det mellommenneskelige som *rammen* for menneskets psykiske liv, ”at i kjernen av vårt psykiske liv befinner det seg en gi-og-ta-imot relasjon” (Stokkeland, 2011, s. 232). Psykisk liv beskrives som individets håndtering av relasjoner. Stokkeland interesserer seg for bidragene fra både fenomenologien og hermeneutikken når det gjelder forsøk på ”å undersøke selve møtet mellom subjekt og objekt” (Stokkeland, 2011, s. 164). Et viktig aspekt ved feltbegrepet og Stokkelands tematisering av den relasjonelle dimensjonen, er den spenningen mellom aktiv dominans og passiv hengivelse som ligger i begrepet. Å betrakte det psykiske liv som

et felt innebærer både den enkeltes mulighet for aktiv deltagelse og en understrekning av at den enkelte samtidig alltid er overgitt til et mellomværende en ikke har kontroll over.³⁹ Menneskets psykiske liv blir forstått som noe vi har delvis kontroll over og samtidig ikke har herredømme over. En emosjonell erfaring må forstås i relasjon til et forhold. Pasientens psykiske vansker handler aldri kun om individuelle faktorer, men samtidig alltid om interpersonlige forhold.

Det psykiske anses som et selvforhold som utvikles i et felt der flere faktorer ligger utenfor den enkelte. Slik sett er det verken noe individuelt, intersubjektivt, sosialt, materielt eller allment *alene*, men et selvforhold som etableres i et komplekst samspill mellom alle disse faktorene. Menneskets psykiske liv kan derfor ha en enorm variasjon i sin utforming, det er alltid noe individuelt samtidig som det handler om allmenne tema. Vetlesen og Stänicke påpeker også at mennesket ikke er ”herre i eget hus” (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 336 ff). Grunnlaget for sinnet ligger hos andre (miljø), ens biologi (arv) og den enkeltes erfaring og håndtering av disse forholdene i samspill med andre. I sitt arbeid må psykiateren tre inn i pasientens felt og forholde seg til pasientens psykisk vansker som sammensatte forhold. I arbeidet blir psykiateren uvegerlig en del av feltet. Måten psykiateren trer inn i feltet og forholder seg til samspillet på, blir sentralt både for vurderingen og behandlingen.

Et fokus på den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet kan føre til en sterk vektlegging av det skapende ved praksisfeltet. Siri Erika Gullestad og Bjørn Killingmo bekymrer seg for overdreven oppmerksomhet mot den relasjonelle dimensjonen. Forfatterne er opptatt av at metaperspektivet og ressursene som ligger hos en rimelig uavhengig observatør, da kan overses (Gullestad & Killingmo, 2005). Den relasjonelle vendingen innenfor psykisk helse, spesielt ”den radikale intersubjektiviteten”, kan i overdreven grad fokusere på psykiaterens subjektivitet og ”det samskapt” (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 57). Forfatterne anerkjenner ”den emosjonelle, personlige komponenten” i psykiaterens respons overfor pasienten, men påpeker faren for at et relasjonelt fokus kan føre til ”epistemologisk subjektivisme” (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 56). Underliggende er en bekymring for en manglende differensiering mellom hva som er mitt, og hva som er ditt. Forståelsen av menneskets psykiske liv som relasjonelt, avhengig av andre, trenger en avgrensning mot konstruktivisme slik at ikke det ikke-relasjonelle overses.

³⁹ Stokkeland utleder betraktningene ved hjelp av begrepet *intensjonalitet* (Stokkeland, 2011, s. 163-165).

Et feltbegrep rommer både den relasjonelle dimensjonen og samtidig en differensiering mellom mitt og ditt. Mening kan både konstrueres og avdekkes i pasientsamtalen. Pasienten (og psykiateren) kan sies å utgjøre hvert sitt felt, som har en individuell historie med fasttømrede karakterholdninger og repeterende relasjonsmønstre. For å se nærmere på hvilke konsekvenser et feltbegrep kan ha for psykiaterens praksisfelt og arbeid, vil jeg bringe inn et begrep fra Binder.

Den meningsbærende andre

For å kunne fortolke forskjellene ved hvordan informantene forstår den relasjonelle dimensjonen, har jeg funnet et begrep hos Binder. Binder sammenfatter, som tidligere nevnt, sin forståelse av det relasjonelle fundamentet for meningsdanning med begrepet ”væren med den meningsbærende andre” (Binder, 2002b, s. 25). Han fokuserer på betingelsene for psykisk liv og utvikling, med utgangspunkt i Donald W. Winnicotts teorier (1896-1971). Den teoretiske undersøkelsen av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling, begynner med å understreke at ”[e]t grunnleggende fortrolig kroppslig-psykisk fellesskap er et premiss for å kunne etablere en meningsskapende måte å være i verden på” (Binder, 2002b, s. 2). For Binder er menneskets forhold til verden et grunnleggende meningsforhold (Binder, 2002b, s. 57). Han forankrer menneskets evne til å danne mening i et fortrolig fellesskap. Forholdet til de andre forstås som det meningsbærende elementet (Binder, 2002b, s. 88). Den relasjonelle dimensjonen ved en psykiaters arbeid innebærer, ifølge Binder, at fagpersonen blir en sentral forutsetning for meningsdanning. Psykiateren forstås som en betydningsfull involvert.

Implikasjonen av et begrep som vektlegger den relasjonelle dimensjonens betydning for meningsetablering, er at psykiaterens arbeid anses som en *dialogisk praksis* (Binder, 2002b, s. 69). Binder er opptatt av ”hvordan mening og forståelse har en grunnleggende dialogisk struktur” (Binder, 2002b, s. 70). Dialog innebærer at psykiateren risikerer noe i møtet med pasienten, at egen forståelse blir utfordret i møtet med pasientens annerledeshet. ”Å være i dialog innebærer både å utfolde vår egen forståelse, men samtidig utfordre denne i møtet med det nye” (Binder, 2002b, s. 71). En må stille seg undrende. Psykiateren må lytte på en måte som virkelig lar pasienten ”være et ”du” ” (Binder, 2002b, s. 71). Dialogbegrepet setter samtidig fokus på at psykiateren blir deltagende på en følelsesmessig måte i forsøket på å møte pasienten. ”For er det mulig å i en dypere forstand ”forstå” et tap, uten å kjenne sorg?” (Binder, 2002b, s. 72). Psykiaterens involvering må være et ”jeg” som lar seg affisere og gripe.

Å åpne for en dialog gir mulighet for forståelse og etablering av ny mening. Denne utviklingsmuligheten avhenger av partenes involvering i hverandre.

Den hermeneutiske dimensjonen kommer i særlig fokus når Binder reflekterer over dialog, mening, fellesforståelse og språkets grenser. Han lener seg på Gadammers begrep ”horisontsammensmeltning” (Binder, 2002b, s. 72-73). Med ”horisont” menes ”den historisk betingede meningssammenheng som den talende befinner seg innenfor” (Binder, 2002b, s. 72). For å forstå pasienten må psykiateren la seg involvere i pasientens særegne meningssammenheng. Det er mulig fordi begge lever innenfor en felles verden. Samtidig er det viktig å forholde seg til annerledesheten ved pasientens horisont. Binder understreker at horisontbegrepet viser relativiteten i menneskets utsyn, horisonten er begrenset. Psykiateren vil forstå deler av pasientens meningssammenheng. Arbeidet innebærer å forsøke å komme pasienten nær, i betydningen sammensmelting av horisonter. Det betyr å ”gå bak det som er sagt, og forsøke å tilegne oss spørsmålets horisont” (Binder, 2002b, s. 73). Psykiateren må ut ifra sin egen meningssammenheng undre seg over hva det er pasienten kommuniserer. En må forstå som involvert, og være klar over at en ”ikke med sikkerhet [kan] vite hva ytringen betyr” (Binder, 2002b, s. 73). Det spørrende elementet ved arbeidet er sentralt. Å forstå innebærer alltid begrensninger, og psykiateren kan aldri fastslå sin forståelse.

Forholdet og samhandlingen mellom pasient og psykiater har fokus. Måten psykiateren møter pasienten på, skaper eller lukker muligheter for meningsetablering. Mennesket anses som avhengig av andre mennesker for meningsetablering. Psykiaterens deltagelse blir sentral med tanke på hva som i møtet vises av pasientens psykiske liv. Den profesjonelle anses som ”en meningsbærende andre” for pasienten:

Men ordene får hele tiden mening gjennom de *måter pasienten og terapeuten er sammen på*. Og det er dette forholdet som åpner et nytt spillerom av mening for pasientens følelser, tanker og handlinger (Binder, 2002b, s. 408).

Psykiaterens rolle med tanke på hva som vises i pasientsamtalen, blir større enn å være en som er god til å intervju pasienten. Psykisk liv er alltid meningsbærende, og psykiateren betraktes som en involvert. Deltagelsen avgjør hva som vises, og hvilke meningssammenhenger som etableres. Med Binders begrep ”den meningsbærende andre” får psykiaterens forståelse av den relasjonelle dimensjonen ved praksisfeltet avgjørende betydning for arbeidet.

Profesjonsetiske implikasjoner av ulik vektlegging av den relasjonelle dimensjonen

Det er mange sammenfallende refleksjoner over psykiaterens rolle overfor pasienten når en ser både på de ulike terapeutiske retningene og et medisinsk perspektiv. Psykiateren må møte pasienten som fagperson. Det etablerer en viktig ramme for pasientsamtalen. Alle retningene er opptatt av å møte pasienten og se enkeltpersonen. Samtidig finner jeg noen betydningsfulle forskjeller som fører til alternative forståelser av *hvem* psykiateren både er og bør være overfor pasienten. De alternative selvforståelsene innebærer forskjellige tilnærminger til pasienten og pasientens psykiske vansker i pasientsamtalen. Ulik vektlegging av den relasjonelle dimensjonen i det kliniske arbeidet har profesjonsetiske implikasjoner ved at psykiaterens rolle overfor pasienten betraktes forskjellig.

Jeg vil belyse spørsmålet om hvem psykiateren bør være overfor pasienten, ved hjelp av Skjervheims begreper *tilskuer* og *deltager* (Skjervheim, 2002). Selv om begrepene er grovkornede og kan bidra til at min drøfting overser nyanser, finner jeg dem relevante for avhandlingens drøfting av informantenes forskjellige refleksjoner over hvordan en psykiater bør tilnærme seg pasienten. Videre belyser jeg spørsmålet om hvem psykiateren bør være, ved å reflektere over hvordan pasienten betraktes, ut ifra ulik vektlegging av den relasjonelle dimensjonen ved menneskets væren.

Tilskuer og deltager

Alle perspektivene er opptatt av å møte enkeltmennesket. Samtidig beskriver ingen av dem et symmetrisk gjensidig forhold mellom pasient og fagperson. Skjervheim introduserte begrepene *tilskuer* og *deltager* for å beskrive to fundamentalt ulike holdninger vi kan innta til det den andre sier til oss (Skjervheim, 2002, s. 20). Distinksjonen ble introdusert som en kritikk mot positivismen og det Skjervheim erfarte som ”den objektiverende holdningen” i studier av mennesket der ”ein berre vil sjå alt under synsvinkelen fakta og faktisitet” (Skjervheim, 2002, s. 26). Skjervheims todeling hjelper meg til å belyse ulik vektlegging av hvordan psykiateren bør forholde seg overfor pasienten.

I den ikke-engasjerte tilskuerholdningen etableres en *toleddet* relasjon, den andre blir et faktum i min verden. For Skjervheim representerer en tilskuerholdning en type angrepsholdning fordi den ikke tar den andre på alvor, en involverer seg ikke i det som sies om saken. En leser den andres utsagn i en bestemt sammenheng og gjør dermed den andre (og hans motiver) til saken. Et eksempel er hvis psykiateren *forteller*

pasienten at hennes følelse av ikke å strekke til handler om hennes foreldres manglende bekreftelse. Hvorvidt pasienten strekker til eller ikke, anses ikke som saken. Psykiateren diskuterer ikke en (tredje) sak med pasienten. Tilskuerholdningen innebærer både det å utelate spillerommet av mening som etableres mellom partene, og å behandle den andre som et faktum.

Deltagerholdningen etablerer derimot en *treleddet* relasjon. Da etableres det en relasjon mellom en selv, den andre og den saken eller det problemet som en er felles om å tale om. Partene lar seg engasjere i det de taler om. Psykiateren betrakter da pasientens utsagn om at hun ikke strekker til, som at saken nettopp er hvorvidt hun strekker til eller ikke. Pasienten og hennes utsagn gjøres ikke til fakta for psykiateren, men partene utvikler en subjekt–subjekt-relasjon. En betrakter verken seg selv eller den andre utenfra, men engasjerer seg i det spillerommet av mening som alltid er relasjonen.

En slik inndeling i to holdninger blir for grovkornet når det gjelder å belyse forskjellene i materialet. Alle informantene er opptatt av å kunne konstatere aspekter ved pasienten og samtidig møte pasienten som subjekt. Med tanke på pasientens urørlighetssone kan en si at informantene beskriver ulike former for deltagelse eller grader av en deltagerholdning. Kari Martinsen benytter innsiktene fra Skjervheim og reflekterer over hvordan begge holdningene kan gjøre seg gjeldende i en samtale:

På en måte kan en form for objektivisering være nødvendig i samtalen. Den viser det tvetydige i samtalen. For vi kan innta en tilskuerholdning til noe av det den andre sier, men også være engasjert (Martinsen, 2005, s. 25).

Holdningene utelukker ikke hverandre.⁴⁰ En tilskuerholdning til deler av det pasienten forteller, kan både tenkes som legitimt og nødvendig, samtidig som psykiateren etablerer en subjekt–subjekt-relasjon til pasienten. Det interessante med begrepene er at de får frem noen sentrale forskjeller når det gjelder hvordan en tenker at psykiateren skal engasjere seg i pasientmøtet.

Selvstendighet og avhengighet

Psykiateren må i møtet med personen med psykiske vansker balansere mellom personens selvstendighet og avhengighet. Henriksen og Vetlesen beskriver den profesjonelle omsorgen som et arbeid mellom nærhet og distanse (Henriksen & Vetlesen, 2000). Psykiateren møter pasienten ”som syk, svekket, trengende; og dermed

⁴⁰ Alternativt kan en forstå distinksjonen til Skjervheim slik at enten setter en seg selv utenfor relasjonen til den andre og gjør seg til tilskuer, eller så etableres ulike grader av en deltagerholdning. Altså at tilskuer betyr ”tendensen til å absoluttera” (Skjervheim, 2002, s. 26).

som den svakere part i en asymmetrisk (makt)relasjon” (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 210). Pasientens avhengighet åpner for en *midlertidig* paternalisme, begrunnet med pasientens midlertidig svekkede evne til selvstendighet og innsikt i sitt eget beste. ”Siktemålet er å bringe personen ut av den tilstandsbaserte og derfor midlertidige rollen som den svake part” og tilbake ”dit hun kom fra” (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 210). Pasientens avhengighet og manglende selvstendighet knyttes i stor grad til pasientens tilstand. Å gjenvinne selvstendigheten handler om at pasienten igjen blir ”jevnbyrdig (...) som deltaker i relasjoner med andre mennesker” (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 210). En vektlegger da sykdommen som en hindring for pasientens selvstendighet. Problemet handler nettopp om at psykiske lidelser hindrer pasientens normale fungering og tilgang til egne ressurser. Psykiaterens oppgave forstås da som å arbeide med psykisk sykdom, og respektere partenes jevnbyrdighet når det gjelder ens håndtering av livet og forhold til andre.

Binders begrep vektlegger derimot pasientens jevnbyrdighet som deltager i arbeidet med å forstå pasientens psykisk vansker. Vektleggingen av å utvikle en forståelse peker mer mot selvstendighet som en *videre utvikling* enn som gjenoppretting av en tidligere tilstand. Samtidig betraktes pasienten som avhengig av psykiateren for å kunne orientere seg og bli kjent med sitt sinn. Pasienten er avhengig av psykiateren for å kunne utvikle en forståelse for sin individuelle situasjon, slik at pasientens forhold til seg selv og andre kan endres. Binders og Stokkelands vektlegging av den relasjonelle dimensjonen ved det kliniske arbeidet (og menneskets psykisk liv) fører til en annen forståelse av pasientens avhengighet av og selvstendighet overfor psykiateren.

Alternative forståelser av pasientens selvstendighet og avhengighet i relasjonen mellom pasient og psykiater er et sentralt tema for drøftingen av profesjonsetiske implikasjoner av ulike betraktninger av den relasjonelle dimensjonen.

3.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på sentrale perspektiver på det kliniske arbeidet som vi finner i psykiatrifaget i dag. Innledningsvis presenterer jeg kortfattet fem perspektiver som av mange beskrives som de rådende innenfor fagfeltet. Videre skisserer jeg fem overordnede tema for psykiatrifaget som perspektivene forholder seg ulikt til.

Jeg vektlegger tre tema som vesentlige for analysearbeidet. Temaene drøftes og ses i forhold til de ulike perspektivene og en todeling i psykiatrifaget. Etter hvert tema drøfter jeg profesjonsetiske implikasjoner av ulike betraktninger eller posisjoner knyttet til de tre temaene.

Det første temaet er *hva*. Angående spørsmålet om hva en psykiater arbeider med, har jeg sett på ulike forståelser av psykisk sykdom. Jeg etablerer et skille mellom et disease- og et illness-perspektiv og knytter det til et henholdsvis utenfra- og innenfraperspektiv. Forholdet mellom perspektivene og integreringen av dem drøftes i relasjon til to ontologiske posisjoner. Avslutningsvis relateres en forståelse av psykisk sykdom til en oppmerksomhet mot sinnet, pasientens psykisk liv.

Det andre temaet er kunnskapskilder. En psykiater konstituerer sin forståelse av sitt kliniske arbeid ut ifra ulike kunnskapskilder. Jeg trekker opp noen sentrale skillelinjer mellom ulike typer kunnskap og kunnskapsforståelse: det førmoderne versus det moderne, implisitt og eksplisitt kunnskap, episteme og fronesis. Videre ser jeg på kunnskap som noe vi avdekker, og som noe vi skaper. Det siste momentet når det gjelder kunnskapskilder, er forholdet mellom en deduktiv og en induktiv arbeidsmåte.

Det tredje temaet er den relasjonelle dimensjonen ved det kliniske arbeidet. Innledningsvis ser jeg på forståelsen av pasientsamtalen, møtet mellom pasient og psykiater og betydningen av den relasjonelle dimensjonen i møtet. Videre løfter jeg frem to begreper som kaster lys over forskjeller i intervjuene når det gjelder relasjonsforståelse. Det ene er et feltbegrep, og det andre er begrepet ”den meningsbærende andre”.

DEL 3: Presentasjon og analyse av empirien

Innledning

En refleksjon over eget arbeid er ikke et fremmed tema for en psykiater. Tormod forteller at selvrefleksjon er det viktigste han lærer leger i spesialisering.

Intervjusituasjonen er derimot uvanlig. Informant og forsker er to fremmede som reflekterer over det selvfølgelige. Noen av informantene svarer litt nølende og lurere på motivene bak spørsmålene. De vil gi nyanserte svar. Andre oppfatter temaet for intervjuet og begynner med en gang å fortelle om sin forståelse av det kliniske arbeidet. Alle reflekterer erfaringsnært og nevner eksempler fra egne samtaler og erfaringer. Når jeg bringer inn tema som andre informanter har nevnt, blir noen informanter usikre på hva som menes. Andre avfeier enkelte tema. For noen er det opplagt hva de arbeider med, mens det for andre er vanskelig å gi et godt svar. Samtlige uttrykker at de er positive til intervjuet og forsøket på å reflektere over det som i en arbeidshverdag kan fremstå som selvfølgelig. En av informantene forteller avslutningsvis at intervjuet var artig. Han sier han har registrert en ”forflatning” i faget det siste tiåret på grunn av at ”fag er blitt erstattet av rapporter og retningslinjer på det enkle”.

Empirien er delt inn i tre tema som jeg presenterer i de tre følgende kapitlene under. Innenfor de tre temaene reflekterer informantene forskjellig. Jeg har derfor valgt å presentere temaene langs tre akser. Aksene er tenkte linjer som går igjennom temaene og informantene plasserer seg på forskjellige steder på disse aksene. Informantenes refleksjoner berører hverandre samtidig som de tidvis fremstår som motsatser til hverandre. Selv om informantene vektlegger ulike aspekter innenfor temaene, er ikke aksenes ytterpunkter å forstå som motpoler. Informantenes forståelse av det kliniske arbeidet har mye til felles. Samtidig plasserer enkelte av informantene seg mer i midten på aksene. I hovedsak grupperer informantene seg i to grupper i hver sin ende på aksene til de tre temaene. Gruppene er nærmest identiske innen de tre temaene. Ytterpunktene representerer tydelig ulike vektlegginger av hva som er vesentlig for psykiateres orientering i sitt kliniske arbeid.

Akse-modellen er et grep som er valgt for å gi en oversiktlig presentasjon av empirien og samtidig vise bredden og hvor ulikt enkelte av informantene reflekterer. De tre temaene er betydningsfulle momenter for informantene når de orienterer seg i sitt arbeid. Gjennom analysearbeidet med intervjuene så jeg at informantenes sentrale

orienteringsmomenter i hovedsak dreide seg om tre hovedtemaer. Alle reflekterte over disse temaene, men på svært forskjellige måter. Ofte legger informantene frem motsatte betraktninger av de momentene de nevner, for å gjøre sine poenger klarere. Selv om enkelte av intervjuene er svært forskjellige, så er det altså tydelig at alle informantene er delvis kjent med hverandres ulike betraktninger.

Den første aksen handler om forståelsen av hva pasienter med psykiske vansker ”feiler”. Det er et sentralt tema for måten informantene orienterer seg og forstår sitt kliniske arbeid på. Det handler om hva en psykiater arbeider med. Enkelte av informantene opplever dette som det mest sentrale spørsmålet og har klare tanker om temaet. Andre reflekterer over spørsmålet, men opplever det vanskelig å besvare. De kjenner til flere forskjellige svar på spørsmålet og tenker at flere ulike faglige stemmer ”har rett”. Noen opplever forskjellene innenfor faget som problematiske, mens andre av informantene ser få problemer med at det finnes ulike syn. Et par informanter opplever det som selvfølgelig og uproblematisk å tenke at en psykiater arbeider med psykisk sykdom, og tillegger spørsmålet mindre verdi.

Den andre aksen går på forståelsen av den faglige kunnskapen. Det handler om hvordan psykiatere kan forankre sin forståelse, hva de skal ”lene seg til”, og hva de forstår med faglig kompetanse. Samtidig som det er et viktig tema for alle informanter, trekker de frem og vektlegger ulik type kunnskap. Videre tenker noen at bredden i faget er positiv, og én nevner at det hjelper psykiatere til en ”fruktbar forvirring”. Andre informanter er skeptisk til faglig flertydighet og er opptatt av at den faglige kunnskapen bør være mest mulig enhetlig.

Tredje akse dreier seg om forholdet mellom nærhet og avstand. Det handler om relasjon. Det er klare forskjeller i hvordan informantene reflekterer over sin involvering med og nærhet til den enkelte pasient. Det er et kjent og viktig tema for alle informantene. Informantenes ulike refleksjoner har sammenheng med forskjellene i de to allerede nevnte hovedtemaene. Refleksjonene er viktige med tanke på hvordan informantene konstituerer forståelsen av sitt arbeid.

Kapittel 4: Hva ”feiler” pasienten?

4.1 Akse én: Sykdomsforståelse og pasientens forståelse

Første akse handler om *hva* en psykiater arbeider med. Når informantene i intervjuene beskriver pasientens psykiske vansker, så gjør de det på svært forskjellige måter. De fleste nevner begreper som sykdom, diagnose, symptom og forholdet mellom generelle og individuelle aspekter ved den enkeltes psykiske vansker. Variasjonen er likevel stor når det gjelder måten begrepene omtales på.

Sebastian beskriver utfordringen med å forstå faget som et nybegynnerproblem. Flere gjør seg lignende refleksjoner. Eva mener derimot at spørsmålet om hva hun arbeider med, stadig er relevant. Hun synes skjæringspunktet mellom kjente sykdommer og individuelle erfaringer er vanskelig å bli klok på.

Informantene plasserer seg som nevnt i hovedsak i to grupper langs en tenkt akse. I den ene enden finner vi de som orienterer sin forståelse av pasientens lidelse ut ifra sin kjennskap til psykisk sykdom. Forståelsen struktureres ved hjelp av psykiaterens sykdomsforståelse. I den andre enden finner vi de som fokuserer på pasientens egen forståelse. En forståelse av pasientens psykiske vansker innebærer å kunne relatere lidelsen til den enkeltes individuelle erfaringer og situasjon. Variasjonen langs aksene handler om ulike måter å forstå psykisk sykdom og forholdet mellom psykisk sykdom og pasientens individualitet på. Ingen av informantene beskriver psykisk sykdom som kun en biologisk forstyrrelse uavhengig av pasientens liv generelt. Det er heller ingen av informantene som totalt underkjenner psykiatriens sykdomslære om lidelser som for eksempel schizofreni, affektive lidelser og angstlidelser. Samtidig er det klare forskjeller når Kjersti forteller om betydningen av å forstå pasientens problem som panikkangst, og når Truls forteller at han ikke tenker på diagnoser når han forsøker å forstå den enkelte. Selv om Kjersti vektlegger sin kjennskap til spesifikke lidelser, så interesserer hun seg for pasientens individualitet og historie. Truls bruker betegnelsen ”ordsalat”, som er knyttet til sykdomslæren om schizofreni, når han omtaler kontakten med en pasient. De to gruppene i hver sin ende av aksene har altså til tross for klare forskjeller også mye til felles.

Noen informanter tilkjenner oppfatninger som kan plasseres i begge ender av aksene. De utgjør en gruppe på midten. Informantene har vansker med å integrere disse oppfatningene og synes intervjuet er utfordrende. De kjenner til forskjeller mellom kolleger og motsetninger mellom retningslinjer og praksis. Lise reflekterer for

eksempel over mange dilemmaer hun møter i jobben, spesielt knyttet til ulike menneskesyn og ”systemet”. Hun synes det er vanskelig å snakke om sin egen forståelse og føler seg ”lite reflektert”. Aksel nevner mange oppfatninger av psykisk sykdom og finner det vanskelig å konkludere. De informantene som kan plasseres midt på aksene, gir ingen nye momenter når det gjelder hvordan en psykiater konstituerer sin forståelse av pasientens psykiske vansker.

Først presenterer jeg de informantene som vi finner i den ene enden av aksene. Her vektlegger informantene sin sykdomsforståelse. Deretter presenterer jeg de informantene som vi finner i andre enden av aksene. De orienterer seg ut ifra pasientens egen forståelse.

4.2 Sykdomsforståelse

En sentral forståelse av en psykiaters arbeidsfelt er at en psykiater arbeider med en spesifikk type sykdommer, nemlig psykisk sykdom. For mange av informantene er de enkelte lidelsene et selvfølgelig sted å begynne når de skal omtale sitt arbeid og arbeidsområde. Svar på hva en jobber med, besvares ut ifra hvilke sykdommer en arbeider med. Nina begynner intervjuet med å fortelle meg hvilke sykdomsgrupper hun arbeider med. Hun nevner noen diagnostiske grupper for å gi meg en forståelse av hennes arbeidshverdag. Det er en vanlig måte å kommunisere på blant klinikere. Arbeidsfeltet beskrives med utgangspunkt i sykdomspanoramaet.

Flere av informantene legger vekt på at pasienter i psykisk helsevern har en sykdom. Ordene sykdom og lidelse brukes om hverandre, og ingen av informantene presiserer eller skiller mellom de to begrepene. En psykiater må vurdere hvorvidt den enkeltes problemer passer med en sykdomskategori og eventuelt hvilken. Pasientens psykiske vansker defineres og kategoriseres som en sykdom ved hjelp av en diagnostisk vurdering. Informantenes sykdomsforståelse er førende for hvordan pasientens vansker tolkes. Sebastian, Trude, Tove, Kjersti og Tormod knytter sin faglighet til erfaring med og kjennskap til de forskjellige sykdommene. De skiller seg ut når det gjelder måten det faglige knyttes til forståelsen av pasientens sykdom eller lidelse på.

Denne hovedgruppen utgjør ingen enhetlig gruppe når det gjelder utdanning eller arbeidssituasjon. To arbeider på en akuttavdeling, to på en langtidsavdeling for psykosepasienter og en på en poliklinikk. Flere av informantene har utdanning i psykoterapi, men kun to arbeider i en psykoterapipraksis. Fire har lang erfaring, og en har en doktorgrad. Nina og Jens plasserer seg nær denne gruppen ved sitt fokus på og beskrivelse av psykisk sykdom. Nina arbeider både på en distriktpsykiatrisk døgnpost

og en poliklinikk. Jens arbeider både på en akuttavdeling og har en psykoterapi praksis. Begge har en bred psykoterapiutdanning og en har bred forskerererfaring.

Informantene forteller om fem aspekter ved pasientens psykiske vansker. De fem aspektene peker på viktige sider ved informantenes forståelse av psykisk sykdom. Ofte overlapper det informantene forteller om sykdom, med det de forteller om diagnoser.

1.Gjenkjenne sykdom og dens generelle tegn

Oppmerksomheten mot gjenkjennbare sykdommer og tilstander er gjennomgående i intervjuene med Sebastian, Trude og Tove. I arbeidet med å forstå hva pasienten lider av, handler det for Sebastian om å se og lete etter symptomer, adferdsmåter eller funksjonsnedsettelse som en fagperson er kjent med. Når pasientens vansker skal vurderes, orienterer han seg mot det gjenkjennbare:

Ut over det at pasienten svarer på symptomer, og du observerer tegn, så bidrar pasienten med en væremåte kan du si. Pasienten bidrar med å diskutere sin egen diagnose også. De fleste har en del og mye innsikt og nesten alle har en del innsikt, og de har av og til tenkt på diagnoser. (...) Men de vil ganske raskt være med på å skjønne det samme som vi gjør. Så de bidrar på alle de måtene, og de bidrar kanskje aller mest på den klassiske måten ved at de er som de er når de sitter der. Det er visse typer sykdommer som du kjenner igjen da, selvfølgelig. Melankolsk-pregede depresjoner, manier og hypomani. Men også pasienter som ikke er der, men har en væremåte der jo affektive temperament som er en del ved det de med affektive lidelser har, og det er så tydelig at du skjønner det med en gang, hva det er.

Oppmerksomheten er rettet mot symptomer, tegn og diagnose. Psykiateren spør med tanke på symptomer. Sebastian forteller at både han og pasienten forsøker å plassere pasientens vansker inn i en sykdomsforståelse. Partene søker etter hvilken diagnose som kan passe, og Sebastian gjenkjenner enkelte sykdommer. I sitatet knyttes innsikt til en diagnostisk forståelse og det at pasienten forstår sine vansker slik som psykiateren forstår dem. Økt innsikt handler om at pasienten får en økt forståelse av sykdommen. Samtidig er Sebastian oppmerksom på andre sider ved pasientens lidelse:

I møte med pasientene da så må du ha med alle sider, du må ha med den nøkterne delen at du spør om, symptomer og forløp. Hvis ikke du gjør det, så vil ikke pasientene like det. De vil mistro deg. Men du må være åpen da, for de, kall det ”dynamiske” sidene da. Ikke så sann psykodynamisk, men altså den situasjonssiden, personlighetssidene, interpersonelle siden av pasient og få frem de utløsende sidene.

Han opplever en forventning både fra seg selv og pasienten når det gjelder å se etter symptomer og å tenke på pasientens vansker som en tilstand som forløper. Sebastian identifiserer seg ikke med den psykodynamiske eller psykoanalytiske tradisjonen, men tenker at det er viktig å lytte til pasientens individuelle erfaringer. De aspektene relateres til sykdom ved at det situasjonsbestemte og relasjonelle antas å stå i et

samspill med sykdommen. De individuelle erfaringene beskrives som utløsende faktorer.

Flere av informantene legger vekt på sin kunnskap om psykisk sykdom, og oppgaven som ligger i å kunne gjenkjenne sykdom hos den som kommer til psykiateren for en vurdering. Psykiateren vurderer om det foreligger sykdom eller ikke. Vurderingen gjøres ved hjelp av observasjon, utspørring og drøfting med tanke på gjenkjennelse av generelle trekk. Jens søker ”å finne felles erfaringer for de ulike pasientgruppene”, og han er opptatt av ”det typiske ved en tilstand som også har individuelle variasjoner”. De individuelle uttrykkene blir noe psykiateren ”leter i” for å finne gjenkjennbare forstyrrelser. Flere oppfatter de individuelle variasjonene som en utfordring. Det gjør gjenkjennelsen vanskeligere. Trude er opptatt av å kunne se forbi de individuelle uttrykkene. Hvis ikke risikerer fagpersoner mer variasjon i de faglige vurderingene enn nødvendig.

Informantene forteller at det ofte er utfordrende å gjøre en vurdering av pasientens psykiske vansker. Pasientene kommer med svært ulike historier og bakgrunn. Symptomer kan variere, og psykiateren har ingen blodprøver eller andre diagnostiske undersøkelser som entydig bekrefter eller avkrefter en eventuelt foreliggende sykdom. På grunn av variasjonen og manglende tilleggsundersøkelser fremstår gjenkjennelsen av generelle tegn som svært viktig for mange av informantene. Det er generelle tegn og symptomer på sykdom som psykiateren må basere sin vurdering på og orientere seg ut ifra.

Det fremstår som sentralt for en psykiater å etablere en oversikt over alle tegn på sykdom. Sebastian sier det slik:

Der er den medisinske modellen veldig god, fordi at du kan se eksempler på særlig i poliklinikker at noen hopper over det, så kan det surre og gå med journalnotater som bare gjelder dagliglivets ting uten at det har kommet ting på den strukturerte journalgreia da. Den tror jeg aldri man skal forlate. Man skal ha med alle de punktene i en journal og symptomene hver for seg. Og det er ikke noe ”kaldt medisinsk” ved det som frastøter pasientene. Pasientene blir skeptiske hvis ikke du gjør det der, du er ikke noe ordentlig fagmann.

Det faglige handler for Sebastian om å kunne trekke ut det generelle i pasientens individuelle fortelling. En psykiater må se etter symptomer og registrere dem. For Sebastian er motsatsen til dette psykiateren som kun følger det pasienten er opptatt av, og ikke ser etter tegn på sykdom. Psykiaterens faglighet knyttes til en oppmerksomhet mot strukturert lytting etter symptomer. Det sentrale er å *ikke* overse tegn på sykdom.

Enkelte informanter nevner at en psykiaters oppmerksomhet mot sykdom står i kontrast til andre yrkesgruppers fokus. En forståelse av sykdomslæren er en av de vesentlige forskjellene mellom en psykiaters utdanning og ”høyskoleutdannede” kolleger. Tormod understreker at gjenkjennelsen av sykdom ikke er det samme som det han kaller ”avkrysningspsykiatri”. Det er ofte utfordrende og krever erfaring å gjenkjenne psykiske tilstander. Jens nevner betydningen av å gjenkjenne tegn i ansiktsmimikk og kroppsholdning.

Kjersti er opptatt av å forstå det pasienten forteller ut ifra sin erfaring med og kjennskap til spesifikke lidelser. Gjenkjennelse tar form ved å trekke ut det sentrale i det pasienten forteller:

Jeg forstår det på bakgrunn av teoretisk kunnskap og mange års erfaring. For jeg har truffet noen før. Det var en som hadde det i forhold til fenomenet død, som sånn sett er litt lettere å forstå. Fordi at død er jo skremmende for mange. Det er ikke det at det er verken flaut eller så veldig knyttet skyld til det, men det er knyttet til angst for mange.

Pasientens forhold til død leses gjennom Kjerstis faglige briller. I sitatet handler det for henne om å forstå og å kunne gi en forklaring på pasientens angst. Forholdet til døden forstås ved hjelp av Kjerstis kunnskap om angstlidelser. Pasientens erfaringer med og forhold til død leses inn i en sykdomsforståelse. Ved hjelp av Kjerstis sykdomsforståelse gir hun pasienten mer klarhet i hva det er pasienten opplever og plages med.

Flere av informantene vektlegger en oppmerksomhet mot de uttrykkene som en underliggende sykdom tenkes å være opphav til. Det er en viktig del av en psykiaters oppmerksomhet. Forklaringene knyttes til sykdommen, mens den individuelle konteksten som pasienten erfarer symptomene i, er mer i bakgrunnen av psykiaterens oppmerksomhet.

2.Spesifikke tilstander

Flere av informantene forteller at en viktig del av arbeidet er å identifisere spesifikke tilstander. Pasientene har ofte mange problemer, og det kan være utfordrende å se eventuelle sammenhenger mellom disse. Kjersti er en av dem som tenker at psykisk sykdom er avgrensede tilstander. En fundamental del av jobben er å identifisere kjernen av problemene. For å kunne behandle pasienten er det essensielt at psykiateren definerer en tilstand som for eksempel en affektiv lidelse eller en angstlidelse. Mange psykiske lidelser har likhetstrekk, men for å kunne behandle er det viktig for informantene å bestemme type tilstand.

Kjersti legger stor vekt på å gjøre *en riktig* og grundig vurdering av pasientens psykiske vansker for å identifisere kjernen av problemet:

(...) at pasienten virkelig kommer til en følelse av, og forståelse av, at jeg forstår. Helt kritisk, helt kritisk. Jeg kan ikke tenke meg noe særlig verre enn å skulle snakke ordentlig med et annet menneske om noe som ligger meg virkelig på hjerte og så føler jeg at den andre ikke skjønner det. (...) hvordan det henger sammen.

Forståelsen av pasientens problem innebærer å se sammenhengen. I sitatet handler forståelse om å kunne plassere pasientens vansker i en større sammenheng. I intervjuet uttrykker Kjersti flere ganger en tankegang om at det er én rett forståelse av det pasienten sliter med. Psykiaterens forhåndskunnskap om psykiske tilstander er det som gjør at pasientens problemer kan forstås og ses i rett sammenheng. Hun bruker panikkangst som eksempel:

Poenget er jo å være var for hvor pasienten er, og hva er proppen hos deg. Jeg tenker på en flott fyr som går hos meg som jeg har fått overført fra en annen terapeut som har absolutt store ting i livet sitt, som lojalitetsproblemer, far og mor skilte lag, separasjonsproblematikk, har hatt det fælt. Men han har fått en panikkangst. Han ble svimmel og trodde han skulle besvime. Utsatte bryllupet sitt, turte ikke å få barn, har satt hele karrieren sin på vent midt i et utdanningsopplegg. (...) hvis du fordyper deg og graver deg ned i historien der uten å få tak i at han sitter der og er egentlig livredd for å besvime. Så får vi begynne med det da, så han kan komme seg på jobb og tørre å komme seg ut i verden. Og så får vi se på de mønstrene og sånn, selvheldelse og alt det der tingene får vi ta etter hvert. Men livet holder jo på å gå i stå.

Det handler om å kjenne igjen den spesifikke tilstanden som utgjør hoveddelen av pasientens problem. Psykiateren må hjelpe pasienten ved å identifisere den psykiske lidelsen som begrenser hans livsutfoldelse. Poenget til Kjersti er at pasienten, som alle pasienter, har flere problemer som kan tematiseres og jobbes med. Det må ikke bli et hinder for å identifisere pasientens aktuelle problem. For Kjersti er det av betydning å kunne avgrense oppmerksomheten mot spesifikke tilstander. Avgrensningen er vesentlig for å rette fokus mot det spesifikke ved pasientens psykiske vansker som trenger behandling.

Tove er opptatt av at psykiatrien som spesialitet burde være inndelt i flere underdisipliner. Dagens vitenproduksjon etablerer så mye kunnskap om de enkelte sykdommene at det blir umulig for fagpersoner å ha hele oversikten. I likhet med Kjersti uttrykker hun bekymring for at andre kolleger ikke er nok opptatt av å først avgjøre hvilke spesifikke tilstander pasienten har. Det er viktig at psykiatere kjenner til og er oppdatert på dagens kunnskapsproduksjon om de spesifikke lidelsene eller er klar over sin begrensede kunnskap. Den primære oppgaven er å behandle:

Vi er utdannet doktorer. Vi skal behandle. Og jeg tenker, ja, det kan man definere vidt. Psykoanalyse sier jo selv at det ikke er en behandlingsform, det er jo en måte å lære å forstå seg selv bedre på.

I sitatet trekker Tove frem behandling i kontrast til arbeid med økt selvinnsikt. For mange av informantene handler behandling av pasientens psykiske sykdom om å arbeide med spesifikke tilstander. Den individuelle historien overses ikke, men ses i sammenheng med pasientens tilstand. Kolleger som interesserer seg for og for eksempel konsentrerer seg om pasientens barndomserfaringer og nyanser i partenes kommunikasjon, kan stå i fare for ”å miste fokus” på den oppgaven de har som psykiatere.

Enkelte informanter beskriver psykisk sykdom som en underliggende tilstand. Andre ser sykdom som det konkrete problemet, der det under ligger individuelle og sosiale faktorer. Ved den første forståelsen er det individuelle og sosiale faktorer som gir den underliggende tilstanden varierte uttrykk. Jens forteller om kolleger som betrakter psykose på en slik måte:

For noen så er yringsformen egentlig veldig uvesentlig, altså det er på en måte bare kaos allikevel. Det er noe tilgrunnliggende biologisk som må behandles, ikke sant. Det andre er på en måte bare en delirisk reaksjon, sånn som man kan få ved lungebetennelse eller hva nå det er.

Psykose forstås som en biologisk tilstand som gir ulike og mer tilfeldige individuelle og sosiale uttrykk. For eksempel blir det da av mindre betydning om pasienten opplever seg som Jesus eller en marsboer. Flere informanter har fokus på tilstandens grunnleggende dynamikk og hvordan den kan føre til de unike uttrykkene. I den andre forståelsen er for eksempel depresjon en generell tilstand med mange forskjellige individuelle, sosiale og biologiske årsaker. For Tove, Sebastian og Kjersti er det viktig å behandle den overordnede tilstanden uten å måtte gå for mye inn på de underliggende faktorene. En slik forståelse ligger til grunn for punktene 3, 4 og 5 under.

3.Symptomer: Objektive tegn som kan kvantifiseres

Mange av informantene er opptatt av pasientens symptomer. Sebastian sier flere ganger at det er symptombehandling han driver med. Sykdom og symptomer har en tett forbindelse. Symptomer omtales og beskrives som objektive tegn på sykdom. Selv om et symptom uttrykker en subjektiv opplevelse som for eksempel søvnvansker eller endret forhold til mat, så tolkes de som objektive tegn. Interesse for symptomer handler om identifisering og klassifisering av pasientens psykiske sykdom, pasientens ”lidelsestrykk” og evaluering av behandling. En viktig del av arbeidet er å lese

pasientens subjektive erfaringer gjennom det pasienten forteller, som tilstedeværelse eller fravær av symptomer.

Symptomer kartlegges og graderes, som generelle tegn på pasientens psykiske sykdom. Flere informanter forteller at tilstedeværelsen av enkelte symptomer gir psykiateren viktig informasjon om hva pasienten lider av. Kjersti påpeker at en slik kartlegging er obligatorisk på hennes arbeidssted. Trude beskriver en kartlegging av pasientens symptomer som en viktig ”knagg” for forståelsen:

Men at man bruker på depresjon: MADRS [Montgomery Åsberg Depression Rating Scale], PANSS på schizofreni [Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia], SCID-II på personlighetsforstyrrelse [Structured Clinical Interview of Diagnosis]. At man bruker noen sånne ting som man kan feste sin jobb opp på, sin utredning opp på.

Hovedgrunnlaget for Trudes vurdering er en forståelse av pasientens symptomatologi, helheten av symptomer.

Parallelt med å registrere symptomer, forteller informantene at de ikke spekulerer videre over sammenhenger eller forståelsen av enkeltsymptomer. Tove er opptatt av at sammenhengen må forstås ut ifra målet om å identifisere den psykiske sykdommen. Tormod er skeptisk til forsøk på å forstå det som kan ligge under en sykdom:

Ja, og jeg vegrer meg mot å starte der, lete der. Jeg prøver, hvis du mener å forstå hvorfor det er blitt sånn, hva er prosessen bak og, det tenker jeg er vanskelig. Nei, jeg er lite opptatt av det.

Pasientens subjektive erfaringer kan romme mye. Tormod oppfatter i tråd med blant andre Kjersti og Tove at psykiaterens egne refleksjoner over sammenhenger både er vanskelig og spekulativt. Tormod snakker om pasienter med en psykoseproblematikk. Kjersti og Tove nevner det som et generelt poeng for en psykiater. For informantene innebærer ikke det å overse at symptomene har en individuell betydning for den enkelte. Poenget er at det ligger en betydelig hjelp i å identifisere det generelle ved sykdommen.

Symptomer omtales av flere som kvantifiserbare størrelser som en psykiater kan måle. Kjersti nevner dette når hun reflekterer over sitt arbeid med en pasient:

Jeg tenkte nok når vi begynte at hun hadde mye ”disgust” og at hun tenkte: ”Æsj”. Og at det var ekkelt fordi hun hadde vært utsatt for overgrep. Men det var ikke det. Det er et eget måleinstrument for ”disgust”, men hun hadde ikke så høy ”disgust”. Hadde ikke så mye ekkelhet. Litt overraskende da. Det var skyld, som skyldet over henne.

Hun forteller at det eksisterer et eget måleinstrument for erfaringen av ekkelhet. En måling kan være sentral i vurderingen av graden av pasientens lidelse og i vurderingen

av et behandlingsforløp. Informantene beskriver hvordan målinger etablerer noe håndfast når psykiateren skal vurdere pasientens psykiske vansker og behandling.

En annen side ved å objektivere symptomer er at det kan være en hjelp for pasienten. En informant ser på dette når det gjelder behandling av en angstlidelse. Hjelpen består nettopp i å få pasienten til å forstå symptomene som nøytrale tegn:

Vi setter opp helt konkrete hypoteser. Hypotese én: Svimmelhet betyr at jeg kommer til å besvime. Hypotese to: Svimmelhet er et vanlig angstsymptom og er ikke farlig. Så spør jeg: ”Hvor mye tror du på én og hvor mye tror du på to?” Og da tror de mye på én, mange av dem. Og så tester vi dette. Så jobber vi ned den. Samler evidens. Og så krymper troen på hypotese én. Det blir mer åpenbart for pasienten at svimmelhet ikke er farlig, men at det er et vanlig angstsymptom.

Pasienten opplever i eksempelet svimmelhet som et farlig tegn på at vedkommende er i ferd med å besvime. Alternativt forstås svimmelhet som et mer nøytralt tegn, et symptom på angst. Når pasienten erfarer at første fortolkning ikke stemmer, fremstår alternativ to som riktig. Informantene nevner lignende hjelp med tanke på forståelsen av symptomer knyttet til psykose og affektive lidelser. Psykoedukasjon er sentralt for mange av informantene. Hjelpen i psykoedukasjon består i å forstå symptomene i tilknytning til en sykdomsforståelse.

4. Psykisk sykdom er ”som alle andre lidelser”

Tove og Sebastian er to av informantene som er opptatt av likheter mellom psykisk og somatisk sykdom. En vesentlig likhet er å *skille mellom sykdom og person*. Psykisk sykdom kan ramme enhver, og beskrives som noe pasienten *har*, ikke *er*. Ingen av informantene beskriver pasientens psykiske sykdom som totalt adskilt fra pasientens liv generelt, men flere understreker at pasientens personlige livserfaringer ikke er en sentral del av deres oppmerksomhet.

I flere av intervjuene legger informantene vekt på psykiateren som lege. Grunnlaget for psykiaterens oppgaver i psykisk helse ligger i psykiaterens medisinske utdanning. Mange føler et ansvar for å forvalte denne tilliten på en god måte. Psykiateren må forholde seg til sykdommer slik som kolleger i somatiske avdelinger gjør. Selv om psykiske vansker berører den enkelte på en annen måte enn for eksempel et vondt kne, så understreker en del av informantene likheter med somatiske lidelser.

Tove er en av dem som nevner at psykiatrifaget burde ha flere subspecialiseringer. Tanken er at faget innebærer så mange sykdommer der det i dagens kunnskapsutvikling er vanskelig å ha oversikten. En inndeling av fagfeltet etter

sykdomskategorier ville sikret at psykiateren har den nødvendige kunnskapen på sitt område.

Tove er opptatt av å legge ansvaret og forståelsen av pasientens psykiske vansker over på sykdom. Hun gjør det ved å trekke klare paralleller mellom sitt arbeidsfelt og somatisk medisin:

Intervjuer: Som psykiater, når vi snakker med pasienter, møter pasienter. Det med pasientens perspektiv, pasientens forståelse av mening med det som skjer. Hvor viktig er det og hvordan skal vi forholde oss til det?

Tove: Jeg tror jo det at du, jeg syns jo mye går med på å si: ”Det er ikke så farlig det du tenker”, eller: ”Det du skal gjøre, eller det du har gjort, det er det mange andre som har...”, det er noe med å alminneliggjøre ting. Som jeg tenker vi kan bibringe folk. Ta ned skam, skyld, ja. ”Det er vel ikke så farlig”, liksom. ”Okay, det er skjedd. Vi kan alle bli psykotiske”, sier jeg. ”Vi kan alle bli deprimerte.”

Intervjuer: Vi vet noe om det generelle, som vi kan putte i en kontekst?

Tove: Ja. Og psykiske lidelser er som andre lidelser. Det er bare at det setter seg i hodet, i stedet for i magen.

I sitatet sidestilles psykisk sykdom med somatisk sykdom. Psykisk sykdom knyttes til hodet. En interesse for pasientens perspektiv handler for Tove om å gi seg tid til å forklare pasienten hva som foregår, ut ifra hennes kjennskap til psykiske lidelser. Pasientens subjektive erfaring kan forklares, og tematiseres som noe enhver med lignende lidelse kunne opplevd. Psykisk sykdom er noe som rammer en mer eller mindre passiv mottager. Det fremstår som avgjørende å forstå pasientens psykiske vansker som en tilstand uavhengig av pasienten.

Informantene som argumenterer for en forståelse av psykisk sykdom på linje med andre sykdommer, anser samtidig at psykisk sykdom har en særstilling innenfor medisinfaget. Ingen beskriver psykisk sykdom som helt uavhengig av den enkelte. Noen nevner pasientens sårbarhet for psykisk sykdom og knytter den til biologiske, sosiale og psykologiske forhold. Andre forteller at pasientens psykiske vansker alltid er sammenvevd med den enkeltes liv, men at det handler om å skille for å kunne gjøre noe u håndterbart håndterbart. Sebastian forteller:

Sebastian: Oppgaven er jo å komme til en felles forståelse av hva det er og hvorfor det er såne symptomer som pasienten har. Det er jo symptombehandling, for så vidt, vi driver. Og så ligger det ting under. Og da er jo oppgaven å komme frem til en behandling som kan bedre det, og få funksjonen i gang igjen. Funksjonen er jo det overordnede målet. Og ideologi, og at det skal gjøres på den eller den måten, eller om man skal komme enda videre med at man skal inn på livets mysterier og sånt, det går hakket ut over det som jeg tenker på som vår oppgave. Må gjøre det så bra at vedkommende fungerer igjen. Og så blir det for vedkommende å finne ut av tingene selv.

Intervjuer: Det siste der går på meningsaspektet, pasientens fortolkning av verden og forhold til verden. Hvor viktig eller lite viktig er det i det vi driver med?

Sebastian: Det ligger jo under alt vi driver med, uansett hvilken bransje du er i. Men jeg tenker at det ikke er en viktig del på den måten at du driver direkte på det, altså. Da blir det litt mer, nesten i religiøs forstand da, eller kanskje ikke religiøs akkurat, men mer sånn en annen setting av livet, tenker jeg altså.

Intervjuer: Så det er relativt greit å skille litt ut: ”Nå kan vi ha fokus på symptomene?”

Sebastian: Ja, egentlig, faktisk altså. Skal ta hånd om symptomene og funksjonen.

Det er et poeng for Sebastian å avgrense oppmerksomheten rundt psykisk sykdom, pasientens symptomer og funksjonsnedsettelse. Selv om pasientens eksistens, livserfaringer og sosiale forhold kan relateres til pasientens psykiske vansker, så ligger et slikt aspekt utenfor Sebastians faglige oppmerksomhet. Han tenker at en interesse for individuelle forhold knyttet til årsakssammenhenger ligger utenfor eller i randsonen til psykiaterens faglige oppgave. Den faglige oppgaven sammenstilles med oppgaven en lege har i somatisk medisin. Psykiatrien stilles på lik linje med andre virksomheter når det gjelder forholdet til den enkeltes verdensanskuelse. Sebastian skal ikke involvere seg i den enkeltes liv generelt. Forsøk på å forstå symptomer eller funksjonsendring i sammenheng med pasientens livserfaringer forbindes med filosofiske spekulasjoner eller særegne fortolkninger av mening som forskyver psykiaterens oppmerksomhet på en uheldig måte.

Flere informanter nevner at det ligger en fare i at psykiateren blir for opptatt med pasientens særegne historie. Psykiaterens fokus forskyves. Ofte beskriver informantene en slik interesse også som unødvendig for en psykiaters oppgave. Kjersti og Tove nevner konkrete eksempler på kolleger som spekulerer og undrer seg over pasientens historie. Kollegene har hatt pasienten i behandling i lang tid uten å gi adekvat hjelp for den tilstanden pasienten trengte hjelp til. Kollegenes interesse antas å gå ut over den jobben en psykiater skal gjøre. Kjersti, Tove, Sebastian og Nina understreker utfordringen som ligger i å kunne distansere seg fra pasientens erfaringsnære fortelling. Distanseringen hjelper psykiateren til å skille mellom det som er av betydning, og det som er av mindre betydning. Psykiateren vet hva som er av betydning, ut ifra sin kjennskap til den lidelsen pasienten har.

Det interessante er at blant andre Kjersti samtidig uttrykker en klar interesse for den enkelte. Parallellen til sykdommer generelt er at interessen for pasientens individuelle historie beskrives som et tillegg til den faglige oppmerksomheten om sykdommen. Kjersti forteller:

Jeg synes det er interessant og nyttig for pasienten, ikke nødvendigvis å bruke så mye tid på det, men sette det inn i en slags kontekst i forhold til individuell historie. Så jeg føler meg aldri sånn spesielt bekvem hvis ikke jeg kjenner pasienten. Vil gjerne kjenne historien, det blir mye lettere da. Der skiller jeg meg nok kanskje litt fra gjennomsnittet.

Interessen for pasientens erfaringer og ønsket om å forstå litt mer av pasientens situasjon forstås som på siden av den faglige forståelsen av pasientens lidelse. For Kjersti er en forståelse av den individuelle historien til hjelp for pasienten. Videre gjør det arbeidet hennes lettere når hun kjenner personen. Selv om det ikke er vesentlig for arbeidet, så har en interesse for den enkelte mange positive sider.

Tormod er oppgitt over hvor enkle tanker mange kolleger og særlig ledere som ikke har fagutdanning innenfor helse, kan ha om fagfeltet. Han forteller at psykiske vansker er fenomener vi vanskelig kan forstå. Selv om Tormod ikke opphøyer fagkunnskapen om de ulike sykdommene, så legger han lite vekt på en erfaringsnær forståelse av pasientens lidelse. Han forteller at en psykiater både har begrenset innsikt i pasientens fenomenverden og liten kompetanse til å etablere en slik innsikt:

Du må innrømme at du ikke forstår det. Du skjønner at det er et eller annet som er så ille, (...) men hva som foregår det tror jeg ikke jeg skal prøve å påstå at jeg vet, altså. (...) Du må på en måte innrømme at det er og blir begrenset hva vi skjønner av andre mennesker, hvordan de opplever ting.

Det Tormod kan lene seg på i sitt arbeid, er den mer erfaringsfjerne kunnskapen om psykisk sykdom og hva som skjer med en person som har en psykisk lidelse. Fordi det handler om komplekse fenomen, forstår Tormod at han må konsentrere seg om sykdomsforståelsen.

Tormod, Tove og enkelte andre informanter forteller om en arbeidsfordeling mellom psykiatere og blant andre psykologer. Informantenes holdning til psykiaterens rolle som lege og sykdomsforståelse handler om en arbeidsfordeling. Psykiaterens faglige oppgave er å kunne identifisere psykiske lidelser, som de har god kjennskap til og kunnskap om. Forsøk på en dypere innsikt i den enkeltes erfaringer beskrives som en tvilsom aktivitet for en psykiater. Her har andre faggrupper sine oppgaver.

Psykiaterens ekspertisefelt er sykdommer, slik som i enhver annen spesialitet innen medisin. Det er for eksempel den depressive tilstanden som skal identifiseres og behandles, ikke kun *Olas* depressive tilstand. Ingen av informantene forteller at pasientens personlige opplevelse og erfaring ikke er betydningsfulle, men det er en annen del av vanskene som ligger i randsonen av psykiaterens ekspertisefelt.

For mange av informantene er det viktig å understreke at psykisk sykdom nettopp er sykdom på linje med andre sykdommer, i betydningen ikke personlige svakheter eller kun subjektive lidelser. Psykiatri som fag knyttes til medisinen generelt.

5.Relasjon og psykisk sykdom

Det siste aspektet ved psykiske vansker handler om forholdet mellom den relasjonelle delen av arbeidet og pasientens psykiske lidelse. Flere av informantene gjør et skille mellom det å forsøke å skape og holde på en arbeidsallianse med pasienten og psykiaterens forståelse av pasientens problem. Det relasjonelle aspektet ved pasientsamtalen skiller på ulike måter ifra en rent faglig oppmerksomhet.

Informantene understreker at det er viktig å møte pasienten med respekt, forståelse og omsorg. Tove forteller at det av og til er naturlig for henne å gi pasienten en klem etter et behandlingsforløp. I arbeidet er det viktig at pasienten kjenner seg velkommen og tatt på alvor og ikke føler seg oversett som person. Respekten for pasientens integritet handler for Tove, Nina, Jens, Kjersti, Trude og Sebastian om å holde en viss profesjonell avstand. Relasjonen mellom pasient og psykiater beskrives av flere som et selger-kunde-forhold. Det relasjonelle beskrives som en del av arbeidet som andre utenom faget kan være vel så flinke til. Det handler ifølge Sebastian om ”takt og tone”, og han knytter det til talent. Den profesjonelle involveringen er en balansekunst. Psykisk lidelse er for mange pasienter et tabubelagt tema, og pasienten eksponerer mye som kjennes skamfullt og avslørende. Informantene er opptatt av å se den enkelte gjennom å ivareta pasientens perspektiv og samtidig bevare et fokus på sykdom.

Nina skiller mellom den delen av seg som etablerer kontakt med pasienten, og den delen som søker å forstå hva pasienten sliter med:

Det er jo en annen del av en selv, en del som på en måte klarer å sette ting sammen, og vet hva en ser etter. Og kan på en måte sammenligne og klare det, men så har vi jo den der delen med å få kontakt med pasienten.

I sitatet beskriver Nina kontaktetablering og vurdering av pasientens psykiske vansker som to forskjellige aspekter. I intervjuet forteller hun at psykiatere kan ha ulik evne til å sette seg inn i andres problemer og være ”på bølgelengde” med pasienten. Videre har kolleger sin egen væremåte når det gjelder nærhet og avstand til pasienten. Den delen som søker å forstå pasientens psykiske vansker, knytter Nina til ”en vitenskapelig del”, som har fagkunnskap, leser journalen og søker gjenkjennelse.

Flere av informantene omtaler pasienten som kunde og seg selv som en som skal selge noe. Forståelsen av de psykiske vanskene er da psykiaterens oppgave alene. Pasienten

er en kunde som forventer at psykiateren holder seg til sitt ekspertiseområde og informerer pasienten om den psykiske sykdommen. Sebastian forteller:

Pasientene i psykiatrien er akkurat som andre pasienter eller kunder som skal kjøpe noe. De er veldig interessert i at den de sitter overfor, kan mest mulig av det som er problemet, og skjønner mest mulig av det.

Sebastian er opptatt av å dele sin kunnskap med pasientene. Når det gjelder sykdomsforståelse, er han en kunnskapsformidler. I sitatet fremstår det slik at en psykiater skal selge en forståelse. Både i sitatet og andre steder i intervjuet beskriver Sebastian pasientsamtalen som at det handler om at psykiateren formidler sin kunnskap på en adekvat måte. Oppmerksomhet mot relasjonen trengs først når det oppstår et problem i arbeidet:

Du skal tilby noe og selge noe som pasienten egentlig bestemmer om han vil ha eller ikke. Være litt ydmyk på det. Og litt etter litt vil du da få tilbakemeldinger på om du selger. Gjør du det, så har du gjort bra jobb. Får du andre meldinger, mer negative og på tvers og sånn, så er det om å gjøre å finne ut hva, hvordan du nå har tråkket feil. For det er veldig ofte at du har tråkket feil på en del småting, sånn at du får tatt deg gradvis inn og gjenvinner tillit og bygger den opp. Det er utgangspunktet.

For Sebastian er relasjonen til pasienten utgangspunktet og inngangen til å selge inn en forståelse. Han erfarer at pasienten i utgangspunktet tenker at det er psykiateren som sitter med forståelsen. Utfordringen er å ta vare på denne tilliten. Det handler om å ta hensyn til hvordan pasienten relaterer seg til psykiateren og forstår det psykiater sier, slik at relasjonsaspektet ikke blir et problem for samarbeidet. Sebastian beskriver det som å jobbe med ”å holde seg inne med” pasienten. Flere av informantene knytter relasjonen til pasienten til utfordringen med å etablere en arbeidsallianse mellom partene.

Jens forteller at psykiaterrollen og relasjonen til pasienten kan forstås ut ifra to grunnleggende varianter. Den ene er en *flaskepostvariant*, der det som kommuniseres med ord, er det viktige, og måten partene interagerer med hverandre på, er underordnet. Den andre er en *håndspåleggelsesvariant*, der relasjonen er det vesentlige. Jens identifiserer seg med den første og knytter det blant annet til sin egen personlighet. Han unngår konfrontasjoner og foretrekker en ”lett” overføring. Det som skiller Jens’ beskrivelse fra slik blant andre Sebastian, Trude og Tove reflekterer over relasjonen til pasienten, er mye av det som ikke sies. De tre forteller minimalt om relasjonen til pasienten som en ressurs for forståelsen av pasientens psykisk vansker. Trude forteller at hun bruker sin erfaring med sympati eller antipati i pasientsamtalen. Ingen av dem oppfatter sin involvering med pasienten som viktig for forståelsen av

pasientens problem. Det som er likt hos alle fire, er vektleggingen av de uttalte ordene og skepsisen overfor et overdrevent relasjonsfokus. Det virker som alle kjenner til kolleger som fokuserer på relasjonen, og det ser de på som et fokus vekk ifra sykdomsforståelse.

For Jenny er det krevende å kombinere en psykodynamisk forståelse av psykiske vansker med den diagnostiske, kriteriebaserte forståelsen. Utfordringen gjør seg også gjeldende i intervjuet når hun reflekterer over forholdet mellom pasientens væremåte og psykiske vansker. Når Jenny forteller om forholdet mellom form og innhold knyttet til diagnostisk vurdering, ordlegger hun seg slik:

Og det er jo ofte det innholdsmessige som er det viktige, som er til syvende og sist det vi tross alt snakker om. Og den stilen som jeg prøver å betone så voldsomt, er kanskje egentlig bare, det er jo bare en form. Så lenge man ikke får stilt spørsmålene er man jo bare et hakk videre, og man har bare åpnet for at det vil kunne bli gode dialoger.

Jenny legger vekt på å stille direkte og konkrete spørsmål for å få avklart hva som er pasientens psykiske problem. I intervjuet reflekterer hun en del over partenes væremåte i pasientmøtet. I sitatet konkluderer hun med at væremåtene kan åpne for å kunne få stilt gode spørsmål, men at væremåtene i seg selv er underordnet. Det er de kriteriebaserte spørsmålene, som hun lærer gjennom bruk av blant annet strukturerte intervjuer, som skal avdekke og avklare pasientens psykiske vansker. Det er interessant at Jenny beskriver en slik kommunikasjonsform som innhold og ikke form. Mange av informantene gjør noe av det samme når de forteller at de er opptatt av å stille konkrete spørsmål fremfor å fokusere på relasjon. Et fokus på relasjon fremstår som innholdsløs. Direkte spørsmål om den psykiske sykdommen reflekteres ikke over som en kommunikasjonsform.

Mange av informantene knytter psykiaterens relasjon til pasienten primært til pasientens behandling. Måten psykiateren møter pasienten på, handler for Trude om at hun i tillegg til en faglig oppmerksomhet også ser den enkeltes situasjon og viser forståelse for den. Det å møte pasienten innebærer å ta hensyn til pasientens opplevelse:

”Nøytral” for meg betyr ikke å involvere meg uprofesjonelt. Jeg kan godt involvere meg profesjonelt, da vil jeg si at det er en del av nøytraliteten, ja. Men altså en del av en god kvalitativ pasientbehandling er å gi en viss dose med forståelse. Hvis du tenker på deg selv, hvis du er i en situasjon hvor du kommer og får behandling for din sykdom, så er faktisk den måten du blir møtt på, det sier jo alle studier, det er veldig stor del av hvordan du opplever kvaliteten på det du fikk. Hvor fornøyd du er når du går.

Trude er opptatt av grensene for involvering og at hun etablerer en relasjon til pasienten som går ut på at hun, som psykiater, skal hjelpe pasienten med problemer knyttet til pasientens psykiske sykdom. I sitatet forbindes det relasjonelle møtet med pasienten med pasientens opplevelse og fornøydhet med behandlingen. Trude skiller mellom den faglige delen av behandlingen og pasientens erfaring av behandlingen. Psykiaterens forståelse av pasientens erfaringer knyttes til ”det kvalitative” ved behandlingen.

Det relasjonelle ved arbeidet med pasienter knyttes i stor grad til en omsorgsdel ved en psykiaters arbeid. I tråd med Trude forteller Kjersti at det handler om ”å ta vare på” pasienten:

Det er vel egentlig så enkelt at når jeg kommer ned i butikken og skal ha nye sko og har litt store bein da, så er jeg litt flau. Så møter jeg både en ekspeditrise der som på en måte, jeg skal ikke bare ha nye sko, men jeg skal ha sørvis på en sånn måte at jeg føler meg bekvem som kunde da. (...) Men respekt for, liksom, du skal ikke bare ”go to the point”. Det er noe med å bli tatt vare på. Å bli tatt vare på som et helt individ.

For Kjersti er det en balanse å arbeide både med sak og person. Det er viktig å se den enkelte. Arbeid med pasients psykiske lidelse vekker ofte følelser av skam og sårbarhet, slik Kjersti trekker parallellen til en kvinne med store ben. Balansen handler om å være klar over de følelsene og erfaringene som dukker opp i relasjon til den faglige vurderingen og behandlingen. Flere andre informanter forbinder en oppmerksomhet mot pasientens opplevelse av de psykiske vanskene som et tillegg til fokuset på sykdommen. En angstlidelse kan for eksempel oppleves som irrasjonell, og pasienten kan være redd for å fremstå som lite fornuftig. Kjersti og Trude forsøker å møte dette aspektet i tillegg til å behandle angstlidelsen. Angstlidelsen tenkes i eksempelet som en relativt isolert tilstand, men med følger for den enkelte. Den psykiske lidelsen antas å ha relasjonelle konsekvenser som psykiateren må vise omsorg for.

Flere av informantene nevner at psykiateren må etablere en distanse til pasienten. Knut forteller at det å være profesjonell innebærer en kombinasjon av å være fagperson og person. Han uttrykker det slik:

Ikke bli for nær. Men samtidig så ønsker jeg å være et menneske, engasjert på min måte, ikke være som de psykiaterne som er beskrevet fra tidligere epoker som satt som isstøtter bak skrivebordet og noterte. Vise at man bryr seg, på en måte, være interessert. Det er ikke alltid jeg lykkes med det, men.

Det er om å gjøre for Knut at han ikke mister sin distanserte posisjon. Nærhet gjør det vanskelig å holde riktig fokus i samtalen. Et riktig fokus er på pasientens psykiske

lidelse. Han ser på det som en utfordring på grunn av sitt ønske om å vise allmennmenneskelige sider ved pasientens problemer ved å trekke veksler på egne erfaringer. Samtidig skal man formidle interesse og engasjement som profesjonell. Fagpersonens bidrag ligger i det generelle, som igjen etablerer en avstand mellom partenes individualitet. Flere informanter nevner utfordringen med å kombinere en interesse for den enkelte med en faglig distansert holdning. Det virker som alle er enige i at det ligger en fare i å "bli for nær". Nærhet forbindes med å gå utenom rammen for profesjonell involvering.

Oppsummering

Vi har nå sett på informantene som plasserer seg i den ene enden av første akse. De orienterer seg ut ifra en sykdomsforståelse. Det viktige er å gjenkjenne sykdom og dens generelle tegn. Informantene er opptatt av å gjenkjenne spesifikke lidelser. Symptomer omtales som objektive tegn på psykisk sykdom. Flere trekker paralleller til somatisk sykdom og vektlegger det personuavhengige ved psykisk sykdom. Informantene skiller mellom den relasjonelle delen av arbeidet og psykisk sykdom.

4.3 Pasientens forståelse

I den andre enden av første akse finner vi informanter som orienterer seg ut ifra pasientens forståelse. I empirien er det informanter som legger minimal vekt på spesifikke lidelser eller sykdommer når de reflekterer over hva pasienter med psykiske vansker "feiler". Informantene er opptatt av pasientens egen forståelse og erfaringer. Det individuelle aspektet ved psykiske vansker anses som sentralt. Psykiske vansker dreier seg om hvordan pasienten forstår seg selv, sin situasjon og sin omverden. Pasientens forståelse beskrives som det fundamentale orienteringspunktet. Det innebærer en orientering mot pasientens eksistens og meningsaspektet ved pasientens vansker. Videre involverer orienteringen en annen type oppmerksomhet mot psykiaterens egen forståelse enn den informantene i 4.2 beskriver, en oppmerksomhet mot det mellommenneskelige aspektet ved psykiske vansker.

Lars, Nils, Morten, Åse og Truls utgjør en gruppe på motsatt ende av aksene til de informantene som vektlegger sykdomsforståelse i sin orientering. Truls utgjør ytterpunktet. Fire av informantene har videreutdanning i psykodynamisk orientert psykoterapi som omfatter egenerapi. To av dem igjen har en omfattende utdanning og erfaring med individuell samtalerapi. En arbeider på en akuttavdeling, en på en langtidsavdeling for psykoseproblematikk, en arbeider i et akuttambulanseteam, og en har en privatpraksis. Den siste av de fem har en delt stilling mellom en

sykehusavdeling og en terapipraksis. En har forskererfaring. Eva arbeider ved en døgnpost og har mange like refleksjoner som de fem når det gjelder vektlegging av pasientens forståelse. Hun er nylig blitt spesialist og har ingen spesifikk videreutdanning.

Jeg vil først presentere informantenes oppmerksomhet mot pasientens forståelse og hvordan de beskriver den. Videre presenteres fire aspekter ved en slik orientering som informantene i ulik grad legger vekt på.

Pasientens forhold til seg selv, andre og omverden

Informantene forteller at de legger vekt på pasientens forståelse, pasientens selvforståelse, stedet pasienten er, pasientens verdensanskuelse, pasientens perspektiv og hvordan pasienten ser sin tilværelse. Det dreier seg om å bli kjent med hvordan pasienten forholder seg til seg selv, andre og omverden. Pasientens forhold til seg selv, andre og omverden tenkes som omdreiningspunktet for psykiaterens forståelse av pasientens psykiske vansker. Informantene setter ikke en slik orientering i kontrast til å forstå pasientens psykiske vansker ut ifra en sykdomsforståelse, men forståelsen av psykiske vansker krever kjennskap til den enkelte og det situasjonsbestemte.

Lars, Nils, Morten, Åse og Truls legger stor vekt på hva pasienten selv opplever, tenker og føler. Flere ganger i løpet av intervjuene kommer de tilbake til betydningen av å bygge sin egen forståelse av pasientens psykiske vansker på pasientens forståelse. Kjennskap til de ulike lidelsene beskrives som en av flere grunnforutsetninger en psykiater har i sitt arbeid. Det virker som informantene tenker at en sykdomsforståelse er en basal kunnskap som psykiateren bruker, men ikke kommer så langt med. For å bli kjent med og forstå Olas depresjon må psykiateren bli kjent med hvordan Ola ser, oppfatter og erfarer seg selv, andre og omverden.⁴¹

Flere av informantene forteller at de er interessert i hvordan pasienten tenker om og oppfatter seg selv og sin omverden. Lars, Morten, Åse, Eva, Nils og Truls er opptatt av å komme så tett som mulig inn på pasientens oppfatning av seg selv og sin omverden.

Nils sier det slik:

Jeg er veldig varsom med å definere noe. Å tolke er jeg forsiktig med, og jeg bruker alltid den spørrende formen: ”At jeg oppfatter det sånn, stemmer det for deg?” Sjekker ut hele tiden, slik at det er pasientens forståelse som gjelder og ikke hva jeg måtte tenke. Og noen ganger kan det sprike litt, men jeg må være der pasienten er. (...) Jeg har den forståelsen som jeg får fra

⁴¹ Truls går lenger. Han forteller at det er nærmest den individuelle forståelsen alene som teller. Samtidig omtaler han flere ganger i løpet av intervjuet en sykdomsforståelse, som når han forteller om en mann som har ”en kronisk schizofreni”.

pasienten. Fordi jeg har så fokus på at det er pasientens selvforståelse, selvvinnsikt, kontakt med seg selv, som er retningsgivende for meg.

Nils' interesse for pasientens egen forståelse av situasjonen er ikke et tillegg til annen faglig vurdering. Pasientens forståelse er en vesentlig del av hans faglige vurdering. Nils er opptatt av å være spørrende, hvilket han nevner flere ganger i intervjuet. Nils' innsikt i pasientens selvforståelse er retningsgivende for hans egen vurdering av pasientens psykiske vansker. Sitatet kan isolert sett gi inntrykk av en psykiater som forsøker å forstå pasientens vansker slik som pasienten selv gjør det. Det er kun Truls som tidvis reflekterer slik i intervjuet. Utgangspunktet til Nils er både at han intuitivt fortolker pasienten, og at det i systemet en psykiater arbeider i, ligger føringer for fortolkning. En psykiaters oppgave er derfor å forsøke å stille seg spørrende til egen fortolkning. Morten er opptatt av respekt for det individuelle og det som ikke passer inn i den generelle forståelsen. Han påpeker at respekt stammer fra *respectare*, som kan oversettes med *å se igjen*. Informantene er opptatt av å se pasientens individuelle situasjon. Pasientens forståelse må yte psykiaterens fortolkning motstand.

Lars og Morten nyanserer mer enn Truls når de reflekterer over kontrasten mellom psykiske vansker og medisinske sykdommer. Lars er opptatt av den særegne statusen psykiatri som fag har. Han knytter det særegne ved psykiatri nettopp til nødvendigheten av å møte *mennesket i sin særskilthet*:

Det tenker jeg er en annen type tilnærming enn det kan være i medisinen for øvrig, ikke sant. For da er vi på jakt etter symptomer som skal lede oss til en diagnose, mens i psykiatri, tenker jeg, at vi må legge til side den modellen, i stor grad. Det betyr ikke at vi har kunnskap og forståelse for sykdom og diagnostikk, men vi må legge det til side for å møte mennesket i sin særskilthet på en måte. Dette individet, denne personen som sitter her har sin egne historie, som jeg på en måte skal utvikle en kompetanse i forhold til å få ta, kunne hjelpe frem da.

Forskjellen mellom psykiatri og medisin faget generelt kommer frem i hva psykiateren arbeider med. Lars arbeider med individer. Pasientens psykiske vansker er innvevd i det individuelle og den enkeltes historie. For Lars innebærer det at legens opplæring i å se etter symptomer som tegn på sykdom må skyves i bakgrunnen av oppmerksomheten. Sykdomsforståelse blir en av flere basiskunnskaper som psykiateren har i sitt arbeid med å utvikle en forståelse for den enkeltes vansker. Oppmerksomheten mot den enkelte gjør at betydningen av psykiaterens faglige kjennskap til og kunnskap om psykisk sykdom nedtones.

Informantenes interesse for pasientens forståelse handler om å gi pasientens perspektiv forrang. Det innebærer å bruke den faglige sykdomsforståelsen, fagteorier og erfaring, men å la sin fortolkning farges av pasientens særegne perspektiv. For informantene er

det sentralt at pasientens psykiske vansker involverer pasientens individualitet. Det gjør at de nedtoner psykiaterens kunnskap. Nils er en av flere som understreker at hans faglige kunnskap ikke er tilstrekkelig:

Til det så er vi så langt fra noen orakler som sitter og vet. Men vi kan tenke og jeg tenker ofte teorier og sann, men det er jeg varsom med å trekke inn.

Alle de 18 informantene er ydmyke med tanke på faglig kunnskap. Det Nils, Lars, Morten, Åse, Truls og Eva forteller, er at psykiateren samtidig må lene seg til pasientens forståelse. Det gjør at de seks er forsiktige med å definere pasientens psykiske vansker ut ifra sin forkunnskap. Informantenes refleksjoner spriker noe. Truls går langt i å nedvurdere sin faglige kunnskap. Flere forteller at de er påpasselig med hvordan de bruker sin fagkunnskap, slik som i sitatet fra Nils. Felles for de seks er at de interesserer seg for begrensningene hos seg selv og ved sin kunnskap på grunn av den statusen de gir pasientens forståelse.

Åse, Morten, Nils og Eva refererer til Søren Kierkegaard og hans utsagn om hjelpekunsten, som begynner slik: ”Hvis det i sandhed skal lykkes at føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der” (Kierkegaard, 1959). For informantene understreker sitatet både det sentrale og utfordrende ved å nærme seg pasientens forståelse. Åse forteller:

Vi har Søren Kierkegaard da. Det å prøve å forstå hvordan pasienten opplever seg selv og verden rundt, prøve å ta pasientens perspektiv da. Prøve å frigjøre seg fra de forutinntatte ideene man kanskje har, om hva som er best for den personen. Jeg sier ikke at jeg alltid klarer det.

Åse er opptatt av å forsøke å få del i pasientens erfaringer. Pasientens erfaringer er en viktig inngang for henne til å forstå pasientens problem og hva pasienten kan trenge av hjelp. Flere av informantene understreker at det ikke alltid er gitt hva pasienten trenger hjelp til, selv om psykiateren kan gjenkjenne vanskene, for eksempel en depresjon eller en psykoselidelse. Det individuelle ved psykiske vansker gjør at forsøk på standardisert hjelp har sine klare begrensninger.

Ofte nevner informantene *å forsøke å forstå* eller *prøve å forstå*. Truls sier blant annet:

Gjennom at man prøver å forstå hvordan pasienten ser sin tilværelse. Hva er det for noe som ut ifra pasientens syn som skjer. (...) Man må forstå hva det er den her personen egentlig har som problem. Så forsøker man ut ifra det, å gjøre det lille man kan.

Pasientens erfaring av sine vansker er ikke et aspekt som Truls også skal forstå eller ta hensyn til. For å forstå pasientens psykiske vansker må Truls bli kjent med personen. I likhet med Truls vektlegger alle de seks informantene psykiaterens forsøk på å bli

kjent med det situasjonsbestemte ved vanskene. Både Åse og Truls beskriver det som mulig å ta del i pasientens erfaringer. Det er en klar kontrast til for eksempel Tormods refleksjoner.

Interessen for pasientens forståelse innebærer en interesse for samhandlingen i pasientsamtalen. Åse er interessert i hvordan pasienten erfarer for eksempel sin depressive tilstand eller angstlidelse. Hun søker å forstå pasientens tilstand med bakgrunn i pasientens erfaringer:

Det er så viktig at pasienten opplever at han har blitt møtt og forstått. For hvis vi kommer med våre oppskrifter på hvordan de skal jobbe med angsten sin, så opplever jeg ofte at pasienten ikke føler at vi har peiling på hvilken smerte de kjenner på da. (...) Fordi de trenger en opplevelse av at vi virkelig forstår hvor vondt de har det da. At ikke det er bare noe vi har lest oss til, at angst er et symptom, men at de virkelig kjenner at det er noe vi kan forstå hvor vondt gjør da.

Her er Åse opptatt av å møte pasientens følelser ved ta del i pasientens særegne erfaring. I likhet med Kjersti (se 4.2.1) forteller Åse om betydningen av at psykiateren ”virkelig forstår”. Forskjellen er at Åse derfor nedtoner sin generelle kunnskap og vektlegger muligheten som ligger i samtalen. Åse forteller i sitatet om en aktiv handling. Psykiaterens forståelse av pasientens smerte skjer i møtet. Orienteringen mot pasientens forståelse innebærer samtidig en oppmerksomhet mot samhandlingen mellom partene og pasientens erfaring av samhandlingen.

Et vesentlig funn er at de seks informantenes interesse for pasientens forhold til seg selv, andre og omverden gjelder for alle pasienter. Selv om mulighetsbetingelsene erfares som ulike, så begrenses ikke interessen for pasientens forståelse med tanke på forskjellige tilstander. Informantene er kjent med kolleger som stiller seg tvilende til muligheten for og poenget med å interessere seg inngående i pasientens forståelse. Nina hevder for eksempel at pasientens psykiske vansker kan stå i veien for psykiaterens mulighet til å få del i pasientens forståelse. Andre informanter i empirien tenker at det for eksempel ved psykose er meningsløst å forsøke å forstå pasientens forvirrede kommunikasjon. Eva og Morten vektlegger derimot behovet for mer enn kun en sykdomsforståelse, spesielt når det gjelder pasienter som har en psykoselidelse eller en alvorlig affektiv lidelse. Eva forteller hvordan en erfaren kollega viste henne hvordan en pasientens psykotiske erfaringer kunne relateres og forstås ut ifra pasientens historie. Hun reflekterer:

Særlig for de mer alvorlige diagnosegruppene, de som sliter med kommunikasjon og forståelse av egen lidelse. Der skulle jeg ønske jeg kunne bruke mer tid, ta meg mer tid på å finne ut hvor pasienten står, mye mer. For det tar lengre tid, synes jeg, når det foreligger

tankeforstyrrelser hos pasienten og jo mer alvorlig syke de er, jo mer vanskelig er det. Fordi det er vanskeligere å kjenne seg igjen og finne paralleller i sitt erfaringsgrunnlag. Vi har større problemer med å forstå det, rett og slett. (...) Jeg har altfor mange ganger opplevd at, ja det kan virke umulig å forstå, men et eller annet sted, med en eller annen rot i virkeligheten har disse forestillingene begynt.

Eva har flere ganger opplevd at hun gjennom en interesse for pasientens historie kunne forstå mer av pasientens psykiske vansker. Vansker som umiddelbart fremsto som umulig å ta del i. Informantene forteller at psykiske vansker kan påvirke personens kommunikasjons- og forståelsesevner. Det gjør oppmerksomheten mot pasientens forståelse spesielt viktig for de seks informantene i deres arbeid med psykiske vansker. Eva påpeker at tidsrammen ikke alltid tillater en slik utforskning hun mener er nødvendig. Lise er en av få andre informanter som reflekterer over begrensningene som ligger i arbeidsrammen til psykiateren når det gjelder tid. Begge er yngre og arbeider på avdelinger der hensynet til sengeplasser legger føringer for arbeidet. De 18 informantenes ulike vektlegginger av sykdomsforståelse og pasientens forståelse knyttes imidlertid i liten grad direkte til arbeidets tidsramme.

Det eksistensielle

Et aspekt ved informantenes orientering mot pasientens forståelse er at pasientens forhold til seg selv og sin eksistens tematiseres. Dette aspektet tas opp av flere av informantene i intervjuet. Nils og Lars forteller at de interesserer seg for det eksistensielle perspektivet ved psykiske vansker. Det innebærer å knytte pasientens psykiske vansker til pasientens erfaringer med å være menneske og livet generelt. Lars er opptatt av hvilke erfaringer pasienten har gjort av seg selv i relasjon til andre og relasjoner til andre. Pasientens psykiske vansker ses i sammenheng med pasientens liv, hans historie, identitet og aktuelle situasjon.

Nils har tro på muligheten og betydningen av å se sammenhenger i pasientens liv. Han reflekterer over sitt perspektiv i kontrast til kolleger som benytter ”opplegg som er mer fokusert og rettet mot symptomer og tanker”. Han er bekymret for at psykisk lidelse kun betraktes gjennom et faglig avgrenset perspektiv:

Jeg har veldig tro på pasienten, pasientens evne til å finne ut av livet sitt. (...) Mens mitt perspektiv er større, jeg tenker på: 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. Å finne vei i dette kan ta litt lengre tid, men det er min erfaring at da er pasienten mye sterkere rustet til å møte livets utfordringer.

Her forteller Nils om pasientens forhold til seg selv, livet og livets utfordringer. Han beskriver det som et bredere perspektiv. I motsetning til Sebastian (se 4.2.1), som tenker at ”livets mysterier” faller utenfor psykiaterens faglige fokus, inkluderer Nils

pasientens forhold til livet generelt i sin faglige oppmerksomhet. Nils har en faglig interesse for pasientens møte med livet og generelle utfordringer som enhver møter når det gjelder identitet, forhold til andre og valg. Lars er opptatt av eksistensiell ensomhet og tenker at det er et sentralt aspekt ved psykiske vansker. Åse er oppmerksom på pasientens forhold til religion og livssyn. Informantene interesserer seg for flere sider ved pasientens eksistens. Selv om ikke pasientens selvforhold og forhold til andre alltid blir direkte snakket om, så lytter og reflekterer informantene over disse aspektene. Nils, Lars og Morten understreker betydningen av en slik interesse, nettopp fordi det er aspekter som pasienten selv sjelden introduserer.

Lars tenker at interessen åpner for pasientens egne muligheter til å bli bedre kjent med sine psykiske vansker. Pasientens psykiske vansker beskrives som tett forbundet med pasientens eksistens, og psykiaterens interesse for pasientens forhold til seg selv antas å bidra til å gi pasienten en ny forståelse av sine psykiske vansker. Lars søker å forstå sammenhengen mellom pasientens psykiske vansker og liv. Han forteller:

Det er viktig på den måte at pasienten kan, nå tenker jeg ut ifra pasienten, kan få litt sånn, forstå seg selv, forstå litt sammenhenger i livet, noen tråder som gjør at de kan se seg selv også litt utenifra og ikke bare å være støkk i en smerte. Se hvordan dette henger sammen med livet. Jeg er jo opptatt av det eksistensielle perspektivet, og jeg opplever hos mange at de har mistet kontakten med seg selv og da, å finne veien tilbake til kontakt med seg selv. Da er du nødt til å ha en forståelse av hva er det som har skjedd underveis: Hvor ble jeg borte fra meg selv underveis? Prøve å finne tilbake til den kontakten innover, som gjør at du kan mer møte virkeligheten som den er og forholde deg til en virkelighet i stedet for å bli lammet av angst og kaos og ikke skjønne noen ting.

Lars forbinder en økt innsikt i pasientens psykiske vansker med pasientens mulighet for å se seg selv på en ny måte. Det handler om å bli kjent med et *meg*. Psykiaterens oppgave beskrives som å hjelpe pasienten med å bli kjent med seg selv. For Lars, Nils, Morten, Åse og Eva er ikke det en oppgave som ligger utenfor psykiaterens faglige ramme. Psykiske vansker anses som sammenvevd med den enkeltes fortolkning av seg selv, andre og livet. Informantene har en oppmerksomhet mot pasientens *meg*. Pasientens forhold til seg selv beskrives som et dynamisk forhold, og for flere av informantene er det av betydning at psykiaterens interesse og oppmerksomhet i seg selv kan påvirke dette forholdet.

Det mellommenneskelige

Et annet aspekt ved informantenes orientering mot pasientens forståelse er deres beskrivelse av psykiaterens mulighet til å kunne få del i pasientens selvforhold. Pasientens forståelse omtales som relasjonell. Lars forteller at pasientens forhold til

seg selv og verden etableres, utvikles og vises i samspill med andre. Informantene omtaler psykiske vansker som mellommenneskelige fenomener.

I intervjuene med Nils, Lars, Morten og Åse blir det mellommenneskelige aspektet ved psykiske vansker et tema de reflekterer over. Lars har generelle refleksjoner over mennesket som relasjonelt. For han er det et vesentlig tema når det gjelder refleksjoner over pasientens psykiske vansker. Han sier det slik:

At jeg tenker at vi er grunnleggende relasjonelle. Vi kan ha en opplevelse av ensomhet, kan ha en opplevelse av eksistensiell ensomhet, at særlig i forhold til vår død, at vi møter døden alene. Men jeg tenker at det er en større sannhet at vi lever sammen. (...) Så jeg tenker at mye av smerten i møte med pasienter da, det er jo på en måte møte med mye eksistensiell ensomhet. Så mye opplevd eksistensiell ensomhet, så mye isolerthet. Og at jeg sitter med en annen tro, en annen slags livsholdning, at vi dypest sett hører sammen, at vi deler våre liv her, uansett hvor ensomme vi opplever oss.

Lars tenker at psykiateren arbeider med mellommenneskelige vansker som psykiateren kan ta del i. Han er opptatt av de mulighetene som ligger i møtet mellom pasient og psykiater. Pasientens opplevelse er ikke noe psykiateren er avskåret fra, selv om både pasient og psykiater kan oppleve det slik. Pasienten er ikke bare henvist til å måtte fortelle om sine tanker, følelser og erfaringer. Pasientens forståelse er en del av pasientmøtet. Lars forteller at han har tro på det relasjonelle ved menneskets tilværelse. Det er ikke forhold han kan være sikker på eller vise til studier for å bekrefte. Han har erfaring med isolerthet og ensomhet. Mennesket kan både erfare seg som isolert og som relasjonelt. For mange av informantene er det relasjonelle aspektet ved mennesket, som for Lars, av betydning for både arbeidet med og forståelsen av psykiske vansker.

Det mellommenneskelige aspektet gjør at Lars forstår pasientens psykiske vansker som noe som utspiller seg i pasientsamtalen:

La oss si at pasientens psykiske vansker vil jo alltid være en del av det pasienten presenterer. Det kan på en måte både være det pasienten forteller om, men også hva pasienten viser. Så jeg tenker jo det, at de psykiske vanskene pasienten har, har noe å si for hvordan pasienten er sammen med meg. Det tenker jeg jo, det er en del av det som skjer i kommunikasjonen. Det er kanskje en måte å tenke om psykiske vansker, det er ikke "Det", det er ikke noe som kan løses ut ifra personen, det er en del av personen, på en måte.

For Lars er ikke pasientens psykiske vansker en avgrenset tilstand pasient og psykiater kan betrakte. Vanskene er sammenvevd med pasientens væremåte og kommunikasjon. Samtidig som pasienten kan fortelle om sine vansker, er det noe psykiateren kan erfare i samtalen. Pasientens psykiske vansker er noe som utspiller seg i samtalen. Flere av informantene er opptatt av det relasjonelle aspektet ved sitt arbeid, men få tematiserer

det mellommenneskelige slik Lars gjør det. Likevel fremstår det som en viktig del av informantenes forståelse av psykiske vansker.

I sitatet påpeker Lars begrensningene som ligger i en eventuell objektivisering av pasientens psykiske vansker. En objektivisering ved å anse vanskene som ”det” hos pasienten, overser det mellommenneskelige aspektet. For Lars er det sentralt ikke å skille mellom person og lidelse. Morten, Åse og særlig Truls forteller om kolleger som tenker sykdom i kontrast til person. I enda større grad ser de at retnings- og behandlingslinjer tenderer til det de oppfatter som en uheldig objektivisering. Uten at de direkte uttrykker det, virker det som det er tapet av det mellommenneskelige aspektet ved psykiske vansker de er bekymret for. Informantene er opptatt av informasjonen og mulighetene som ligger i samspillet med pasienten. De understreker at en psykiaters arbeid med psykiske vansker er krevende. Det involverer alltid psykiaterens egen væremåte.

Det relasjonelle aspektet ved psykiske vansker gjør at oppmerksomheten også er rettet mot psykiateren selv. Psykiaterens væremåte har ifølge Morten mye å si for hva som blir tema eller ikke. Han reflekterer:

Hvis du åpner spørsmålet ditt til å tenke hva som kommer frem og ikke kommer frem da. Så tenker nok jeg om meg selv at jeg har nok noen blinde flekker som gjør at man nettopp styrer unna et ubehag man ikke ønsker å høre om, ikke sant. Som ikke blir sagt på noen måte, men som allikevel på et nivå før språket som ikke kanskje kan tapes på video heller, men som fanger opp nyansene av hvorfor følger du ikke den tråden videre, eller hvorfor nøler du, flakker du med blikket? Alle de tingene som er opplevelsesbasert mellom oss to, men som man kanskje ikke fanger opp. (...) Så ja, der tenker jeg nok at jeg har, at det er nettopp *meg*, gjør at møtet blir akkurat sånn som det blir. Men det er også derfor det blir bra, eller ikke blir bra.

Morten er opptatt av den nonverbale kommunikasjonen som verken pasient eller psykiater nødvendigvis bevisst reflekterer over, men likevel handler ut fra. Derfor vil utfallet av en samtale og psykiaterens vurdering bli preget av individuelle forhold. Det ligger både muligheter og begrensninger i det mellommenneskelige. Nils, Morten, Åse, Eva og Lars kommer flere ganger tilbake til hvilke muligheter og begrensninger som ligger i psykiaterens egen forståelse og selvinnsikt. Det relasjonelle ved psykiske vansker understreker det subjektive ved enhver faglig vurdering. Psykiaterens måte å samhandle med pasienten på har konsekvenser for det faglige.

Meningsaspektet

Et tredje aspekt ved informantenes interesse for pasientens forståelse er at det innebærer en oppmerksomhet mot *betydningen* av den enkeltes vansker. Informantene

betrakter psykiske vansker som betydningsfulle, vanskene betyr noe for pasienten. Olas angst anses ikke kun som et uttrykk for en underliggende sosial fobi. Pasientens symptomer og psykiske vansker settes i sammenheng med pasientens historie og tidligere erfaringer. Informantene er interessert i hva pasientens psykiske vansker betyr for den enkelte. Det kan være betydninger som verken pasienten nødvendigvis er klar over eller psykiateren enkelt kan identifisere. Å søke en forståelse av pasientens psykiske vansker handler for Eva, Morten, Truls og Lars om samtidig å søke et meningsaspekt. Det er en side ved pasientens psykiske vansker som ofte unndrar seg oppmerksomheten, og som krever en interesse fra psykiaterens side. Morten erfarer ofte at pasientene opplever lidelsen som meningsløs, og at det blir hans oppgave å åpne for å se betydningen av vanskene.

Informantene forteller om å *søke* eller å *finne mening* i pasientens psykiske vansker. De er for eksempel interessert i hva en depressiv tilstand betyr for pasienten. Hva innebærer den depressive tilstanden for den enkelte, og hvilken funksjon har den? Lars er opptatt av å ha oppmerksomhet mot meningsaspektet ved pasientens vansker:

Så er det på en måte min oppgave også, så godt jeg kan, prøve å finne mening i noe av det som, altså meningsaspektet. Å finne mening i det som pasienten forteller meg. På en måte så tenker jeg at skal pasienten føle noe trygghet i det møtet, så må han eller hun oppleve at jeg søker en mening i det som blir presentert. Men i denne meningssøken så kreves det en tilbakeholdenhet, for jeg tenker at terapeutisk kompetanse, det er å sitte før man helt forstår. Å kunne sitte i prosessen før man forstår, og på en måte ikke lukke det for tidlig til i en eller annen form for tolkning eller forståelse av hva dette er. ”Hva er det du sliter med?”, det er nok det. Ikke lukke det for tidlig til.

Lars engasjerer seg i det pasienten forteller. Å finne mening i pasientens psykiske vansker handler om å forstå de individuelle plagenes særegenhet. Kjersti, Tove og Sebastian finner mening i pasientens vansker ved å forstå vanskene inn i en sykdomsforståelse. For eksempel handler redusert matlyst, tap av energi og søvnevansker om en depressiv lidelse. Lars reflekterer annerledes. Å søke betydningen av vanskene innebærer å vente med å konkludere. Han kan gjenkjenne den depressive lidelsen, men han er interessert i hva det innebærer for pasienten. Svaret ligger ikke i lærebøker, men hos pasienten. Det handler om å stille spørsmål, åpne opp for en utforskning. Nils er på sin side opptatt av den ”spørrende formen”. Morten er opptatt av ”å skape mening”. Informantene forteller at det er viktig å opprettholde en interesse for hvordan vanskene kan forstås, og ikke avgrense interessen til psykiaterens sykdomsforståelse.

For informantene er det alltid noe mer å interessere seg for. Vanskene anses ikke som problemer som tilfaller pasienten tilfeldig. Oppmerksomheten er rettet seg mot en særegen betydning. Det gjøres ved å prøve å finne sammenhenger i den individuelle historien og mellom historien, utviklingen av vanskene og deres utforming.

Lars hevder at meningsaspektet er et betydningsfullt aspekt ved pasientens psykiske vansker. Det er et aspekt som flere informanter mener ofte kan komme i bakgrunnen eller falle utenfor fagpersoners fokus:

Jeg hadde, som psykiater, i det systemet som oppgave å ta vare på pasientens historie. I alle disse møtene, vi satt jo og snakket om, opp og ned, med medisiner og skjerming versus ikke skjerming, suicidalfare, altså alle disse tema som dag til dag smuldret opp hele bildet av pasienten til adferden her og nå. Så tenkte jeg at min oppgave, det var å representere pasientens historie og hele tiden meningsaspektet. Hvordan det kunne bringes inn, altså. Og jeg tenkte, at det var også et humanistisk prosjekt, i form av at det var en slags respekt for pasienten i det. I den risikoen der er for at pasienten mister nesten sitt ansikt. (...) Det savner jeg når jeg tenker, det har blitt verre, det har blitt dårligere. Det er i hvert fall noe som var ganske betydningsfullt, men som jeg merker at på en måte nå ikke er noen selvsagt ting. Det må oppjusteres den respekten for det.

Å se den enkelte forbindes her med å interessere seg for meningsaspektet. Det handler for Lars om ikke å bli for interessert i alle andre aspekter ved psykiske vansker. I behandlingen av mennesker innenfor en organisasjon som psykisk helsevern kan det være utfordrende å se den enkelte. Han har også observert at det i den senere tid også har vært en endring ved at meningsaspektet gis mindre betydning. Flere informanter er opptatt av dette. En interesse for meningsaspektet er utfordrende på grunn av alle andre oppgaver psykiateren også har. Oppgaver som i økende grad er gitt som retningslinjer som går på det generelle: utredninger, vurderinger og sjekklister som retter seg mot spesifiserte tilstander og behandlingsforløp. Erfaringen Lars, Morten, Åse og Truls har, er at det individuelle perspektivet trer i bakgrunn for et fokus på generell adferd og generelle tilstander. Lars knytter i sitatet meningsaspektet ved pasientens psykiske vansker til en oppmerksomhet mot pasienten som menneske. Det er en oppmerksomhet de fire informantene mener blir nedtonet eller oversett i psykisk helsevern i dag på grunn av andre hensyn.

Komplekse fenomener

Det fjerde aspektet ved å rette oppmerksomheten mot pasientens forståelse er at psykiateren arbeider med enkeltmennesket i sin kompleksitet. Både psykiaterens og pasientens forståelse kan alltid utvides og endres. Et poeng for alle informantene er at psykiaterens vurderinger alltid er feilbarlige. Ingen tror at fagpersoner i psykisk helse har endelige svar eller forstår helheten ved psykiske vansker. Det er likevel en klar

forskjell i hvordan de reflekterer over denne innsikten. Informantene som orienterer seg ut ifra en sykdomsforståelse, tenker at forskning og utviklingen av kunnskap om de ulike lidelsene vil gi gode svar. Lars og Nils tenker derimot at psykiaterens begrensede forståelse primært handler om arbeid med enkeltmennesket. En forståelse kan alltid utvikles mer. Psykiaterens forståelse av den enkelte vil alltid være påvirket av psykiaterens antagelser. Ingen kan se enkeltmennesket i sin helhet. En psykiater arbeider med fenomener som aldri lar seg helt fange inn og bestemme.

Åse er opptatt av at hun ikke arbeider med utvetydige sannheter. Hun begrunner det med at livet, og et menneskeliv, er mer komplekst enn det kunnskap kan innramme:

Du må ha en sånn ydmykhet overfor det at, det vi har lært på skolen ikke er sannheten. Sannheten er så mye mer avansert enn det.

Begrensninger ved kunnskap handler for Åse om det å arbeide med mennesker. Hennes interesse for pasientens liv og historie gjør at skolekunnskapen aldri helt kan treffe. Eva forteller at både teorier og kunnskap er til hjelp for å forstå mer. Samtidig er det viktig for henne at ”jeg også alltid må ha i bakhodet, at dette er jo ikke helheten. Dette er bare en bitte liten del av sannheten”. En pasients forståelse av seg selv og andre er kompleks og mangesidig.

Flere av informantene forteller om utviklingen av en forståelse. Eva reflekterer over hvordan en psykiaters forståelse stadig utvikler og endrer seg. Hun sier:

Det er en kontinuerlig prosess, å revurdere selv sin egen barndom og de prosesser hos folk rundt seg. Hva var det egentlig som skjedde? Ha en forståelse, men være åpen for at den forståelsen er jo ikke nødvendigvis sann. Den er sann for meg der og da, men om 20 år så kan den være usann, for da kan det åpne seg nye dører i ens forståelse av dynamiske prosesser mellom mennesker.

Både pasientens og psykiaterens forståelse endres og utvikles. En psykiater kan ikke gjøre noen endelig vurdering. Eva setter ikke det opp mot det å kunne gjøre en rimelig diagnostisk vurdering. Poenget for henne er at forståelse av en selv er en vedvarende prosess. Åse understreker i likhet med Eva at økt innsikt samtidig endrer pasientens forståelse. Informantene understreker på ulike måter at de arbeider med noe foranderlig. For flere av informantene er dette en innsikt av betydning for praksis.

For Lars, Åse, Nils, Morten, Truls og Eva er det viktig for en psykiater å være klar over det subjektive og foranderlige ved enhver forståelse. Det er viktig for at psykiateren kan akseptere en ufullstendig vurdering, at vurderingen er situasjonsbestemt og avhengig av en selv. Tormod, Jens, Lise og Knut har lignende refleksjoner.

For Eva er det viktig å bevare nysgjerrigheten. Hun er opptatt av at fagpersoner ikke må stoppe opp når de har kartlagt det generelle ved pasientens vansker:

Mange retningslinjer og verktøy kan være veldig gode å bruke i en læringsprosess. På noe vi ikke kan helt. Og det er viktig for å opparbeide seg kompetanse og viktig for ikke å glemme ting. Men det må også være lov å gå utenfor, hvis vi ser at dette blir helt galt, for den enkelte pasienten. Dette stemmer ikke, her stemmer ikke kartet med terrenget. Da må vi være kreative og finne nye veier å gå. Nye måter å snakke med pasientene på. (...) Men i dag så mister vi litt av den egenskapen fordi vi har disse diagnostiske mulighetene. Vi finner ut omtrent hvor det ligger. Jeg tror vi mister noe av evnene våre, de kreative evnene våre og resonnerende evnene våre hvis vi støtter oss for mye bare på retningslinjer, uttenkt av andre.

Her peker Eva på psykiaterens selvstendige muligheter i møtet med pasienten. Hun erfarer at fagpersonens muligheter til å gjøre en rimelig god generell vurdering kan føre til at det situasjonsbestemte og psykiaterens selvstendige muligheter havner i bakgrunnen av oppmerksomheten. Det utfordrende ved å forstå Olas depresjon må ikke føre til at psykiateren kun vurderer Olas depressive tilstand. Morten og Lars er også opptatt av at det komplekse ved å vurdere pasientens psykisk vansker kan gjøre at psykiateren fokuserer på det gjenkjennbare.

De seks informantene legger mer vekt på å se mer og forstå mer enn å avgrense oppmerksomheten. Det fører til at psykiaterens forståelse blir et vedvarende tema i arbeidet. Morten forteller at en psykiater må tåle den uvissheten og usikkerheten som ligger i arbeidet. Faren er at en som fagperson kan etablere en for avgrenset oppmerksomhet:

At hvis man på en måte fastner ved ett synspunkt og ikke våger å stille seg åpen for at det fins andre ting som også gir mening, så vil man jo ikke få inn noen nye impulser, men på en måte bare å gå i den "kirken" eller "trossamfunnet" man er i. Og det er det vel innenfor ulike "leire", hvis man skal tenke det. Derfor tenker jeg det er smart å lese så bredt som mulig, og prøve å forstå hvordan, ikke bare hvordan pasienten tenker, men også hvordan terapeutene tenker.

Morten er opptatt av å se flere perspektiver. I motsetning til Kjersti, som hevder at psykiateren kan bli *for* interessert i tilstøtende aspekter ved psykiske vansker, mener Morten at en for fokusert tilnærming kan være uheldig. For Morten er en bred forståelse som inkluderer ulike aspekter ved psykiske vansker av betydning. Det er ikke fenomener der en ensartet forståelse gir en faglig utvikling.

Flere av informantene gir inntrykk av manglende tro på videre store faglige fremskritt. Psykiske vansker betraktes ikke som fenomener som kan avdekkes. Selv om økt kunnskap om hjernens fungering kan gi økt innsikt i enkelte aspekter ved for eksempel depresjon eller psykose, så avdekker det minimalt av fenomenene depresjon eller psykose. Jeg kommer tilbake til og utdyper temaet i neste kapittel. Poenget her er at

informantenes orientering mot pasientens forståelse gjør at de er mer opptatt av å utforske svarene som ligger i det situasjonsbestemte og det individuelle, enn svar som ligger i en kunnskapsutvikling om avgrensede tilstander. For Jens er en manglende tro på store fremskritt i faget et vitenskapsteoretisk poeng. Han anser psykiatrifagets bredde og motsetninger som en kilde til ulike forståelser. Motsetningene er nødvendige for en fagperson å kjenne til:

Og ikke for mye rigiditet, altså man bør være åpen for litt sånn andre forståelsesmodeller, det er litt sånn ut ifra det jeg snakket om med vitenskapsteoretisk. (...) Jeg prøver å gjøre meg kjent med historien, vitenskapens historie, mer sånn basalt, og det syns jeg hjelper meg, altså basal teoretisk kunnskap. Drøfte nye innspill, sånn: ”Nå har vi virkelig skjønnet det, hva dette er.” Man får litt mer sånn avslappet forhold til det at slike ting har vært hevdet før.

Jens tenker at psykiatrifaget har ulike forståelsesmodeller som aldri lar seg forene. For han er det sentralt ikke å tro at en kan nå en endelig faglig forståelse av psykiske vansker. Han påpeker det usikre ved psykiaterens faglige forståelse uten at han knytter refleksjonen til *hva* en psykiater arbeider med.

Oppsummering

Vi har nå sett på de informantene som plasserer seg i andre enden av første akse. Informantene vektlegger pasientens egen forståelse, pasientens selvforståelse eller pasientens verdensanskuelse. Det sentrale er å bli kjent med de individuelle forholdene. Psykiske vansker handler om et selvforhold (og forhold til andre). Informantene legger i ulik grad vekt på fire aspekter knyttet til en orientering mot førstepersonsperspektivet. For det første forstår de vanskene i relasjon til hele pasientens liv og historie. For det andre er de opptatt av det mellommenneskelige aspektet ved psykiske vansker og følgene for det kliniske arbeidet. Det tredje er at vanskene betyr noe særskilt for den enkelte, som anses av betydning for å forstå pasientens psykiske vansker. Det fjerde er at psykiske vansker er fenomener som aldri helt lar seg fange inn og bestemme.

Kapittel 5: Den faglige kunnskapen

5.1 Akse to: Den faglige kunnskapen

Tema for den andre aksen er forståelsen av den faglige kunnskapen og hvilken type kunnskap som er viktig i det kliniske arbeidet. Alle informantene forteller og reflekterer over sin faglige kompetanse i relasjon til sitt arbeid. De beskriver psykiaterens faglige kunnskap på forskjellige måter. Sentrale forskjeller i beskrivelsene er hva informantene mener med faglig kunnskap, og hvilken type kunnskap som anses som faglig. Alle forteller at en psykiaters faglige kompetanse består i ervervet fagkunnskap fra forskning og lærebøker, arbeidserfaring fra kolleger (mentorer), pasienter og avdelinger, kjennskap til fagteorier og et utviklet faglig skjønn. Noen forteller at deres faglige kompetanse også innebærer økt selvinnsett gjennom egenerapi og kunnskap om det å være menneske fra skjønnlitteratur og andre fagfelt. Andre legger vekt på sin kunnskap om hva vitenskap er (og hva som ikke er vitenskapelig), og sin kritiske tenkning. Forskjellene består altså i hvordan disse aspektene ved faglig kompetanse og kunnskap vektlegges. Hva informantene mener aspektene innebærer for det kliniske arbeidet. Videre er det ulike refleksjoner over i hvilken grad psykiaterens holdning og væremåte inngår som del av en faglig kompetanse. En vesentlig forskjell er i hvilken grad den faglige kunnskapen regnes som enhetlig og bestemmende for praksis.

Informantene deler seg i to hovedgrupper, nesten som i 4.2, langs en tenkt akse. I den ene enden vektlegges fagkunnskap som enhetlig og vitenskapelig. Den kunnskapen som kan bekreftes av vitenskapelige studier, og som alle kan forholde seg til, blir vektlagt som førende for praksis. I den andre enden ses 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 ligger i sentrum av oppmerksomheten. Utviklingen av psykiaterens faglig skjønn anses som vesentlig for praksis.

Variasjonen langs aksene handler om forskjellige orienteringer når det gjelder hvilken type kunnskap (og om hva) en psykiater bør lese sitt arbeidsfelt ut ifra.⁴² De ulike

⁴² Det er viktig å presisere at det ikke er noen motsetning mellom kunnskap om medikamenters effekt på undergrupper av affektive lidelser og kunnskap om objektreasjonsteorier om tapet av det "gode objekt". Forskjellen mellom endene innebærer ikke en dikotomi mellom naturvitenskapelig og erfaringsbasert kunnskap. Det handler om måten fagspesifikke og ikke-fagspesifikke kunnskapskilder integreres og vektetes på. Tove forteller at sykehusavdelingene trenger psykoterapiveilederes fagkunnskap, men anser det som et supplerende perspektiv og vektlegger psykiaterens medisinske kunnskap om psykiske sykdommer. Lars forteller at han

orienteringene når det gjelder den faglige kunnskapen, har relasjon til hvordan informantene reflekterer over sykdomsforståelse og pasientens forståelse. Jeg vil kommentere forskjeller underveis i presentasjonen.⁴³

5.2 Enhetlig og vitenskapelig

I den ene enden av andre akse finner vi de informantene som legger vekt på psykiaterens felleskunnskap som enhetlig og vitenskapelig. Alle forteller at en psykiaters faglige kompetanse består av mange ulike aspekter. I intervjuene nevnes fagkunnskap, faglig skjønn, faglig erfaring og fagteorier. De som vektlegger sykdomsforståelse, beskriver stort sett den faglige kunnskapen eller det faglige som noe enhetlig. Faglig kunnskap fremstår som en mal den enkelte psykiater kan rette seg etter og lene seg på i sin vurdering. Tove er opptatt av både den kunnskapen som forskningen i dag produserer, og de psykodynamiske teoriene, som gir helt andre forståelser av pasientens psykiske vansker. Hun beskriver de to kunnskapskildene som komplementære. Samtidig forteller hun at hennes kolleger og hun stort sett forstår pasientens vansker på lik måte. Da fremstår kunnskapen om de enkelte lidelsene som en mal, og hun beskriver den faglige kunnskapen som en psykiater kan se til når vurderingene blir vanskelige, som enhetlig. Det er en ambivalens i intervjuet når det gjelder andre kunnskapskilder enn den kvantitative kunnskapen om spesifikke lidelser.

Tove, Trude, Kjersti, Sebastian og delvis Tormod og Jens beskriver den kvantitative kunnskapen om spesifikke lidelser som rådende i deres vurderinger av pasientens psykiske vansker. De varierer derimot når de beskriver andre kunnskapskilder. Egen erfaring, faglig skjønn og ulike fagtradisjoners teorier nevnes av de fleste som betydningsfullt når det gjelder den faglige utøvelsen og en psykiaters vurdering. Samtidig forsvinner ofte det mangesidige ved forståelsen av fagfeltet når informantene reflekterer over kollegers (og egen) variasjon når det gjelder faglige vurderinger. Fagfeltet beskrives altså både som mangesidig og som mer entydig i intervjuet. De varierende forståelsene informantene kjenner til innenfor fagfeltet, tenkes å kunne knyttes sammen til en enhetlig forståelse. Variasjon i faglige vurderinger handler for flere om at psykiateren da ikke forholder seg til den enhetlige faglige kunnskapen. På

bruker sin kunnskap om psykiske sykdommer, men vektlegger sin kompetanse til å utvikle en forståelse av pasientens individuelle vansker basert på kunnskap om aspekter ved det å være menneske.

⁴³ De to endene på akse fremstår som delvis kjente posisjoner for alle informantene. Enkelte tar direkte avstand fra kolleger som kan plasseres i motsatt ende, mens andre oppfatter posisjonene som mer nær hverandre. Tormod er en av dem som har uttalelser som kan plasseres i begge ender. Hovedgruppene i hver ende kan gjennom enkelte uttalelser tolkes som steile motpoler, samtidig som andre refleksjoner kan gi inntrykk av bare litt ulik vektning av de forskjellige kunnskapskildene.

litt ulike måter beskriver informantene en tanke om at psykiateren kan lene seg til *ett* faglig fundament.

En felles forståelse

Trude, Tove, Kjersti og Sebastian søker å identifisere det korrekte saksforholdet i sin vurdering av pasientens psykiske vansker. Kjersti og Trude går langt i å beskrive at det er én korrekt faglig forståelse av en pasients vansker. Flere andre nevner det samme. Tanken er at det både er mulig og sentralt med en felles enhetlig forståelse av de ulike psykiske vanskene. For Tormod er en litt løselig felles enhetlig forståelse det eneste gode alternativet i et komplekst fagfelt. Det faglige handler om å være saklig og nøktern, om å holde seg til de aspektene ved psykiske vansker som fagpersonen vet eller kan noe om gjennom sin utdanning. Derfor handler det om å fokusere på de sidene ved pasientens psykiske vansker som i størst mulig grad kan ses på lik måte. Det er psykiaterens spesialistutdanning som skal kunne etablere en slik enhetlig forståelse. Variasjoner i kollegers vurderinger vil da handle om at psykiateren går utenom den faglige fellesforståelsen og fortolker eller gjør teoretiske spekulasjoner over flertydige sider ved pasientens vansker. Informantene vektlegger fagkunnskap som er knyttet til fellesforståelsen. Samtidig betraktes fagkunnskapen som gir en fellesforståelse, som vitenskapelig. Informantene beskriver altså at vitenskapelig fagkunnskap gir en felles faglig forståelse.

Riktig vurdering og psykiaterens bruk av kunnskap

Flere av informantene er opptatt av å gjøre en riktig vurdering. Selv om fagfeltet beskrives som komplekst og mangesidig, forteller informantene at en psykiater bør gjøre en riktig vurdering. Her er det en sammenheng med sykdomsforståelse og diagnosesystemet som legger klare føringer for praksis. Videre er det en sammenheng med informantenes forståelse av fagkunnskap.

En del av informantene knytter sin utdanning og spesialisering som psykiater til sin tilegnelse av fagspesifikk kunnskap. Tilegnelsen av kunnskap gjennom kombinasjonen av å lese lærebøker og holde seg oppdatert på forskningsfronten og få erfaring fra praksis, gir dem en enhetlig forståelse. Kunnskap om psykisk sykdom og de ulike behandlingsalternativene står sentralt. For å komme frem til en riktig vurdering er det avgjørende at psykiateren er tro mot denne kunnskapen, og benytter seg av den i møtet med pasienten. Trude forteller:

Men, det er mer ut ifra kunnskapen jeg har lært meg til, enn min personlighet. I og med at jeg ser at hvis vi har gått igjennom en fem års spesialistutdannelse så tror jeg vi kan komme til en ganske samsvarende anamnese altså. Så er spørsmålet hvordan man vurderer det, ja. Det er jo

litt opp til oss selv da, hvor gode vi er. Hvis man har tatt en spesialistutdannelse og følger den. Det er veldig mye opp til egeninnsats og selvdisiplin, holde seg oppdatert til fagområdet. Hvis man gjør det så tror jeg at diagnostisk da, så er det ganske sammenfallende hva man kommer til.

Her forteller Trude at utdanningen etablerer en felles måte psykiateren blir kjent med pasientens psykiske vansker på. Vurderingen av det pasienten forteller, er neste skritt. Skal vurdering bli lik, må en disiplinere seg og holde seg til det en har lært fra utdanningen, og den nyeste oppdateringen av kunnskap. Trude beskriver god faglighet som å lene seg på fagkunnskap når en skal vurdere. Det kommer frem i flere av intervjuene at når alt kommer til alt, så forstås fagkunnskapen som relativt entydig. Utfordringen ligger i at den enkelte psykiater benytter fagkunnskapen.

Flere av informantene forteller om kolleger som ikke benytter kunnskapen, men i stedet vurderer ut ifra hva de selv mener. Fagkunnskapen beskrives som en kilde som psykiateren relativt uproblematisk kan anvende. Problemet er når psykiateren ikke benytter seg av kunnskapen, men i stedet vektlegger det psykiateren selv mener er viktig. I flere av intervjuene settes faglig skjønn opp imot faglig kunnskap. Bruken av fagkunnskap beskrives som det motsatte av å bruke faglig skjønn eller egne fortolkninger.

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. Fagpersonen påvirker vurderingssituasjonen, og psykiateren omtales av mange som ”instrumentet”. En psykiater har verken blodprøver eller billedundersøkelser å støtte seg til i sin vurdering. Innsikten i at en og samme pasient kan få ulike diagnoser avhengig av hvilken avdeling pasienten er på, gjør at informantene nedvurderer den enkelte psykiaters og fagmiljøers ekspertise når det gjelder å kunne gjøre en riktig vurdering. Trude er en av dem som påpeker at en psykiater må være ydmyk når det gjelder egen vurderingsevne:

Jeg tenker nettopp det å være ydmyk er en konsekvens av at man vet mye. Det er de klokes endestasjon. Rett og slett. (...) Men jeg tror at du tar en riktigere beslutning hvis du er veldig ydmyk i forhold til hva som påvirket deg da, i det. Hva er med i din beslutningsprosess. At du hele tiden er åpen, at du er reflekterende i forhold til deg selv som verktøy, i samtalen.

Her forteller Trude at hennes innsikt gjør at hun er ydmyk når det gjelder egne beslutninger. Hun nevner flere ganger i intervjuet at skråsikkerhet er uheldig i arbeidet. For Trude innebærer hennes ydmykhet og skepsis mot skråsikkerhet at hun som fagperson må lene seg på fagkunnskap. Det komplekse ved fagfeltet gjør en enhetlig fellesforståelse nødvendig. Forestillingen om riktige vurderinger gjør at variasjon når

det gjelder vurderinger, oppleves som uheldig. En psykiater trenger eksterne kunnskapskilder for å hindre at den faglige vurderingen blir for ensidig, individuell og tilfeldig. Bruk av fagkunnskap skal kunne nedtone nødvendigheten av psykiaterens faglige skjønn.

Ulike nivå

Tanken om at fagkunnskap gir fagpersoner en felles enhetlig forståelse, har sammenheng med hva man anser at fagkunnskapen kan si noe om. Flere informanter legger vekt på den fagkunnskapen de oppfatter som entydig. Eksempler er kunnskap om biologiske forhold ved depresjon og generell behandlingseffekt av ulike medikamenter eller trening ved depresjon. Fagkunnskap som gir kunnskap om aspekter ved psykiske vansker som informantene oppfatter som fakta, blir vektlagt.

Tormod er skeptisk til mye av den kunnskapen som kolleger oppfatter som fakta, spesielt når det gjelder behandlingseffekter. Kunnskapsproduksjonen kan bli manipulert, og han har liten tro på *kunnskapsbasert praksis*. Samtidig finner han støtte i sin fagkunnskap om spesifikke lidelser når han møter pasienten. Han forteller:

Jeg forsøker å gi folk en ramme for livet. En forståelsesramme for hva er det som skjer. Og hva er det som har skjedd, og hvorfor har det skjedd. Og det er, det kan være veldig konkret, og etter hvert så på en måte når det blir mer og mer komplisert, (...) Så jeg på en måte får ofte bare den første biten av den prosessen. Den som er den enkleste og mest konkrete.

Tormod snakker om ulike nivå ved en pasientens psykiske vansker, fra et grunnleggende nivå og til et mer komplisert nivå. Senere i intervjuet knytter han det grunnleggende nivået til sin medisinske kunnskap om sykdom, det han som lege kan om hva som for eksempel foregår i hjernen når pasienten har en psykoseepisode. Flere informanter gjør lignende distinksjon – psykiaterens kunnskapsområde knyttes til de sidene ved psykiske vansker som de beskriver som ”enklere og mer konkret”. Tormod, Tove og Sebastian beskriver psykologiske og individuelle forhold som mer kompliserte sider, som ”går litt utover” rammene for psykiaterens kunnskapsområde.

For mange av informantene kan psykiske vansker forstås på flere nivåer. Det handler om å ta utgangspunkt i det mest basale ved psykiske vansker, det som alle psykiatere kan enes om. Tormod synes blant annet det er vanskelig å starte med det språklige nivået:

Du leser at folk blir spurt: ”Ja, har du hallusinasjoner?”. For noen er det et helt meningsløst spørsmål: ”Hva er det han spør om?” Det er helt meningsløst. Andre bruker det for å beskrive hva det er vi oppfatter av virkeligheten. For hva er det vi ser med, og hva er det vi hører med? Vi ser jo ikke med øynene, vi hører ikke med ørene. Alt dette her foregår inne i en bevissthet,

inne i et eller annet. Og vårt språk kan være krevende, vi må på en måte starte et helt annet sted.

Språket og meningsdimensjonen beskrives av en del informanter som et så komplisert eller avansert nivå at det fremstår som spekulativt å ta utgangspunkt i. Det er sider ved psykiske vansker som Tormod anser som altfor vanskelige å ta utgangspunkt i. Informantene forbinder ofte konkret kunnskap med kunnskap om kroppens biologi og kunnskap om de generelle sidene ved de ulike lidelsene. For Tormod er det ut ifra respekt for det kompliserte ved språket, erfaringsdimensjonen eller meningsaspektet at han søker et utgangspunkt i et ”enkler” nivå. Det gjør at kunnskap om det generelle blir vektlagt. Trude søker en faglig forankring i kunnskap om det som er ”repetitiv”. Kunnskap om likheter er fundamentalt for flere av informantene.

Bruk av teori

Flere av informantene har et ambivalent eller negativt forhold til bruk av teorier. Alle forteller at fagtradisjoners teorier, for eksempel teorier om overføring og motoverføring, er en del av faget. Skepsisen til bruk av teori knyttes til områder der det samtidig foreligger mye kunnskap. Teori settes da i kontrast til kunnskap. Det handler blant annet for Tove om ikke å overse vesentlig kunnskap, kunnskap som en god teori kan gjøre psykiateren blind for. Hun reflekterer:

Vi kan for fort lage forhastede slutninger, sånne kvasipsykologiske slutninger, fordi det stemmer mer med læreboken enn faktisk dette livet, som er mye mer mangfoldig og hvor det er mange flere, hva skal jeg si, årsaker. Jeg tror vi legger for lite vekt på det biologiske mangfoldet, at noen tåler stress mye dårligere, at det er så mange personlige egenskaper vi er født med, som er i samspill med det psykologiske miljøet vi vokser opp i da. (...) Altså det med arv, det å ha en bestefar eller en tante eller onkel som har vært psykotisk. Særlig hos folk hvor ikke det er veldig mye annet i historien. Det er jo en kjempeviktig forklaringsmodell til folk. Og hvor man ikke nødvendigvis begynner å sette sammen psykologiske forklaringer.

Tove er påpasselig med ikke å anta for mye. Hun ser på psykologiske teorier som potensielle farer for å overse sentrale forklaringer, som arvelighet. Forklaringen på pasientens psykose kan ligge i pasientens arv, og må ikke forklares ved hjelp av psykologiske forhold. Sitatet kan leses som en skepsis til psykologi og en vektlegging av biologien ved psykiske vansker. Slik jeg leser det, handler forskjellen i større grad om *type kunnskap* enn om biologi versus psykologi. Teorier kan forme psykiaterens forståelse av pasientens problem på en måte som gjør at fagpersonen beveger seg vekk ifra en faktabasert tilnærming. Forklaringer ut ifra kvantitativ forskning, som gir kunnskap om pålitelige og etterprøvbare funn (f.eks. arvelighet), blir en mer nøktern tilnærming. Den faglige fellesforståelsen knyttes da til det som fagpersonen kan vite noe om gjennom sin fagkunnskap, uten å måtte gjøre fortolkninger av det pasienten

forteller ut ifra teorier om det psykiske. For eksempel vil en forståelse av en deprimert pasients negative tanker om seg selv som aggresjon vendt innover (på grunn av tidlige relasjonserfaringer), for flere av informantene anses som unødvendig spekulasjon. Faren er at psykiateren kan bli for opptatt av sin fortolkning og overse sentral kunnskap om og behandling av depresjon.

Vitenskapelig kunnskap

En del informanter legger vekt på at fagkunnskapen er vitenskapelig. Det er i mange intervjuer en tett forbindelse mellom omtalen av vitenskapelig kunnskap, fagkunnskap og naturvitenskapelig kunnskap. I tråd med sammenkoblingen mellom fagpersoners fellesforståelse og den faglige kunnskapen, forbinder ofte informantene vitenskap med kvantitativ forskning.

En av informantene sier at ”det er jo vitenskap vi driver med”. Den vitenskapelige kunnskapen gir psykiateren status som fagperson. En annen informant håper at det han driver med, ”har vitenskapelig status”, men anser det som et litt åpent spørsmål. Flere knytter det vitenskapelige til empiri som er etablert gjennom randomiserte, dobbelblinde studier. Bruken av vitenskapelig kunnskap og evnen til kritisk tenkning slik en finner det innenfor vitenskapen, er forskjellen på ”en psykiater og en bartender”, som en informant litt spøkefullt uttrykker det. Kunnskap som er fundert på mer enn den enkelte psykiaters fortolkning, erfaring og teoretiske spekulasjoner, og som ligger utenfor språkets flertydighet, gis en særegen status. Fagkunnskapen beskrives mer som en ytre veiviser enn som et indre kompass. Fem av informantene vektlegger altså hvilken type kunnskap en psykiater lener seg til, uten å reflektere over hvordan kunnskapen brukes i det enkelte tilfellet. Jens og Tormod skiller seg fra de fem ved at de flere ganger i intervjuet reflekterer over bruken av kunnskap i praksis.

Medisinsk og biologisk kunnskap

Sebastian og Tove vektlegger sin medisinske kunnskap. De er to av flere informanter som knytter en tydelig identitet som fagperson med sin medisinske utdanning og kunnskap. Tove knytter medisinsk kunnskap til kunnskap om soma, medisinsk forskning og en vitenskapelig tilnærming til sykdom.

Flere fremhever skillet mellom egen utdanning og kunnskapsgrunnlag og andre faggruppers bakgrunn. Tove gjør et skille mellom psykiater og psykolog:

Det er jo noe med hva man er utdannet med. Psykologene har en helt annen type kunnskap enn oss, med sin utviklingspsykologi, og kan gjennom det, tenker jeg, se ting. Selv om jeg synes det er forbausende lite det blir brukt egentlig, i den kliniske hverdagen, fra dem. Vi har

somatikken og hele kunnskapen om det, og det er jo en veldig akademisk utdanning. Som er ganske stringent. Jeg liker det. Jeg er ganske systematisk også. Og jeg synes at det, jeg har ikke erfart at det ikke er en god struktur, faktisk.

Den somatiske kunnskapen representerer for Tove en måte å tilnærme seg sykdom på. Det innebærer en vitenskapelig tilnærming som er logisk konsekvent og disiplinert. Selv om Tove forteller i intervjuet at hun også er opptatt av annen type kunnskap, som blant andre psykologer bringer inn, så fremstår psykiaterens medisinske fagkunnskap som langt på vei tilstrekkelig som faglige fundament. Andre fagfelts kunnskap, som psykologenes, forstås ut ifra et medisinsk perspektiv. For eksempel anses psykologiske teorier eller studier som supplerende til den medisinske forståelsen av psykisk sykdom. Annen type kunnskap synes ikke å rukke ved eller endre psykiaterens medisinske tilnærming til sykdom og forståelse av kunnskap.

Den biologiske kunnskapen står i en særstilling for en del av informantene. For mange av dem er den biologiske kunnskapen en type basiskunnskap som definerer psykiateren som fagperson. For Sebastian og Tormod representerer den biologiske kunnskapen en type objektiv og konkret kunnskap om psykisk sykdom som gir psykiateren et solid faglig fundament. Kunnskapen om kroppens biologi, og især hjernen og dens funksjoner, anses som vesentlig kunnskap for en psykiater. Mange informanter refererer til slik kunnskap uten selv å reflektere over det. Eksempler er når de refererer til feil ”i hodet”, ”når cortex er nede”, ”det sitter i hjernen” og ”hva det er inne i pasientens hjerne og hode”. Kunnskapen anses som ikke-spekulativ og å behandle et nivå ved psykiske vansker som nærmest ikke berører fortolkningsdimensjonen.

I et lengre sitat fra Tormod kommer det frem hvordan kunnskap om hjernens funksjon anses som et sentralt utgangspunkt når psykiateren skal forklare psykisk sykdom:

Hvis du satt der og hadde stilt noen sånne spørsmål da, så ville jeg for eksempel kunne si: ”Når du sitter der så får du en utrolig mengde informasjon inn i ditt hode. Du sitter og ser meg, du ser egentlig hvert eneste hårstrå på mitt hode. Hvis du kaster et blikk ut av vindu, så ser det hvert gresstrå på bakken. Du kjenner skoen på beina dine. Du kjenner at du sitter på en stol, du kjenner at du holder deg på skjegget, du kjenner temperaturen. Du kaster et blikk inn her og du ser enhver flik på hyllene her. Altså får du en enorm mengde informasjon inni deg. Og dette kommer inn, dine øyne har ikke noe filter som gjør at det bare er litt som kommer inn. Du får inn millioner på millioner av informasjon, som ditt hode på en måte bare sorterer ut og vurderer og sier: Du sitter på et kontor, du snakker med denne fyren her og det er alt du trenger å vite. Ikke noe mer enn det. Men da er en milliard mengde informasjon blitt sortert vekk. Og dette går automatisk og det går ubevisst. Og det skal ikke mye krøll i det systemet der”, sier jeg av og til da. ”At det begynner å gå litt senere, og du begynner og lurert litt mer på hva det er egentlig som står der i bokhylla. (...) Med dette enorme utgangspunktet som på en måte er vår bevissthet, som er vår bevisste bevissthet og som er en så bitte liten del av det vi egentlig har inne i der”. Bare for å gi et bilde, få folk til å se at kanskje er det heller litt rart at

en ikke blir psykotisk litt oftere, fordi det er så utrolig komplisert det vi har mellom ørene. (...) på en måte si noe om at dette går an å snakke om, på en måte som er til å forstå. Det er noen ord og noen begreper og noen ting her, som ikke bare er uforståelige sammenbrudd. Ikke sant, det er erfaringer som ingen kan ha som felles utgangspunkt, alt med psykose, det er på en måte ingenting å sammenligne med.

Her beskriver Tormod fenomenet psykose ut ifra sin kunnskap om hvordan hjernen bearbeider sanseinformasjon. Psykose erfares som et usammenhengende og vanskelig fattbart fenomen. Det er vanskelig å snakke om. Alle informantene forteller at en viktig del av jobben til en psykiater er å forsøke å hjelpe pasienten til å forstå sine vansker. Tormod bruker, som flere, metaforen ”et sammenbrudd” for psykose. Utgangspunktet for forståelse legges i hjernens funksjon og biologi, og under en psykose bryter den vanlige informasjonsprosesseringen sammen. Kunnskapen om hvordan hjernen bearbeider sanseinformasjon, gis i sitatet en sentral plass i forklaringen til de fenomenene pasienten sliter med. For Tormod er hjernenivået og den fysiologiske kunnskapen en håndgripelig og ikke-spekulativ inngang til å forklare fenomenet. Han nevner flere ganger i intervjuet at fagpersoner egentlig vet veldig lite om hva som foregår hos en pasient med psykose. Hans respekt for det uforståelige gjør at han holder seg til det han kaller håndgripelig kunnskapen. Det kompliserte og fremmede ved fenomenet gjør at Tormod mener det er viktig at psykiateren viser pasienten at det er mulig å forklare det han eller hun opplever. Pasienten får en forklaring på hvordan hjernen virker, som en parallell til hvordan en datakyndig forklarer en kunde om en svikt i datasystemet. Gjennom å gi et innblikk i den biologiske kunnskapen om hjernens funksjon forsøker Tormod å gi pasienten innsikt i egne vansker. En felles forståelse av fenomenet forankres i vitenskapens kjennskap til kroppens biologi.

Pasientens psykiske vansker knyttes til avvik i et sansesystem som befinner seg inne i den enkelte. Psykose forstås som et fenomen som oppstår når sansesystemet bryter sammen. Flere av informantene forklarer på lignende måte angstlidelser og affektive lidelser ved hjelp av sin biologiske kunnskap. Angst forklares som en kroppslig reaksjon og depresjon som forstyrrelser i signalsystemene i hjernen. Den medisinske kunnskapen brukes for å gi forståelige forklaringer på uforståelige fenomen.

Ingen av informantene påstår at en biologisk forståelse er hele forklaringen på psykisk lidelse. Ingen oppfatter seg som kun ”biologisk orientert” eller forteller at psykisk sykdom kun handler om biologi. Noen antyder likevel et skille mellom alvorlige lidelser som psykose og ”nevrotiske” tilstander. Samtidig er det et tydelig funn at den biologiske kunnskapen fremstår som en sentral premissleverandør for Tormod,

Sebastian, Tove og Trude når det gjelder forståelsen av pasientens psykiske vansker. Kontrasten er stor til Lars, Nils og Morten, som knapt nevner sin biologiske kunnskap.

Flere er opptatt av at den biologiske kunnskapen gir innsikt i årsaksforhold og virkningsmekanismer når det gjelder psykisk sykdom. Det er et poeng som også Åse og Eva påpeker. Eva forteller:

Når det gjelder mer biologisk, det vi nå vet om biologiske mekanismer og depresjon for eksempel, så syns jeg det er nyttig med den kunnskapen jeg har for å forklare pasientene det de opplever. For å gi de håp om at dette kan vi gjøre noe med eller ikke, og for å komme inn på hvorfor vi gjør som vi gjør. Årsaker er aldri kjedelige. (...) Psykoedukasjon tror jeg er vesentlig.

Den biologiske kunnskapen er et håndgripelig utgangspunkt for forståelse. For Eva gir det både pasienten håp og mulighet til å bli kjent med årsaker. Det gjør psykiske vansker forståelig, knytter vanskene til spesifikke mekanismer og viser at psykiateren har en forståelse av pasientens vansker. Mange informanter knytter psykiaterens kunnskap om biologiske virkningsmekanismer og årsaksforhold til håp for pasienten. Håp om at det er forståelig og mulig å behandle. Flere nevner psykoedukasjon i den forbindelse.

Det er et poeng for flere av informantene at den medisinske og biologiske kunnskapen gjør at fagpersonen holder seg til mest mulig udiskutable fakta og en vitenskapelig tilnærming til pasientens psykiske vansker. Sebastian, som er opptatt av at psykiateren holder seg til et sykdomsfokus og ikke involverer seg for mye ”i det som ligger under”, forteller om alkoholens virkning:

Litt sånn, rent biologisk: ”Det er vist for alle typer pattedyr, at det er negativt, egentlig”. Og det hjelper ikke å si at i små doser, så er det positivt. Det er litt positivt i små doser hvis du tar sosial fobi og sånt, men ikke i sammenheng med noe av det du kommer til legen for, altså. Så jeg sier aldri noen ganger, eller antyder at det kan man ta litt da eller da. Nei, det er noe de må finne ut av selv. Jeg sier bare at den biologiske lærdommen er at det er negativt.

Sebastian beskriver her biologisk kunnskap om alkoholens virkning som allmenne kjensgjerninger. Han informerer pasienten om sin medisinske kunnskap om alkoholens virkning, og begir seg ikke inn på hva alkoholen betyr for den enkelte eller pasientens verdivalg. På lignende måte beskriver han hvordan han forsøker å være en formidler av objektive fakta når det gjelder psykisk sykdom. Bruken av medisinsk og biologisk

kunnskap innebærer for Sebastian, og flere, en vitenskapelig tilnærming som ikke involverer en verdivurdering av pasienten eller pasientens psykiske vansker.⁴⁴

Kunnskapsbasert

Informantenes orientering mellom ulike typer kunnskap, bruk av teori og faglig skjønn forstås i sammenheng med fagets historie og utvikling. For en del av informantene handler deres vektlegging av vitenskapelig kunnskap om en motvekt til hvordan faget tidligere var praktisert. Psykiatrien i Norge var for noen tiår siden, ifølge flere av informantene, i sterk grad preget av den psykodynamiske tradisjonen. Faget var i mindre grad knyttet til medisinen, og fagkunnskapen bar mer preg av teorier enn vitenskapelig kunnskap. Informantene omtaler derfor i positive ordelag hvordan dagens utvikling i psykiatrifaget går i retning av å vektlegge kunnskap i kontrast til teorier. De forstår utviklingen som en motvekt til en tidligere dominans av erfarings- og teoribaserte tilnærminger. Jens er en av informantene som uttrykker dette direkte:

For di hvis alt bare blir prisgitt den enkeltes erfaring og teoridannelse, så kan det bli ganske kaotisk. Akkurat som jeg skjønner at evidensparadigme, at alt skal være så kunnskapsbasert, jeg skjønner jo at det kom inn en gang i tiden. For den psykodynamiske tradisjonen, som jeg har stått nærmest egentlig, den kunne ende på ville veier, helt spekulative teoridannelser. Jeg skjønner jo den bevegelsen der.

Jens har forståelse for utviklingen av en kunnskapsbasert tilnærming. Et interessant funn er at de som mest omtaler denne utviklingen i faget, er de informantene som er mest kritiske til en kunnskapsbasert tilnærming. Utviklingen omtales blant annet som ”evidenstyranniet”, og en sier at ”det som er såkalt dokumenterbart, det har blitt sant og det skal alle gjøre”. Andre vektlegger derimot denne utviklingen som sentral fordi det gir psykiatrifaget et mer vitenskapelig fundament. Tankegangen er da slik som Jens uttrykker den. Etablert dokumenterbar kunnskap hindrer at faget utøves med bakgrunn i den enkelte psykiaters erfaring og teoridannelse. Det kunnskapsbaserte representerer en type sikker kunnskap som kan gi ledetråder for psykiateren i et arbeid som er preget av skjønn og usikkerhet. Vitenskapelig kunnskap, forstått som kunnskapsbasert kunnskap, skal kunne gi faget og fagets utøvelse en rettesnor for videre utvikling og mal for rett praksis.

Trude, Tove og Kjersti er opptatt av at målbar kunnskap, som psykiateren kan lese seg til fra lærebøker og forskningsstudier eller tilegne seg fra kolleger, gir psykiateren en god forankring. De er skeptiske til å vektlegge kunnskap som ikke er målbar. En sier:

⁴⁴ Bruken av ”positivt” og ”negativt” i sitatet over brukes for å omtale en generell virkning på en organismes funksjon, og ikke en verdivurdering av den enkeltes drikkevaner.

Samtidig som det er litt sånn farlig da, det er litt farlig å legge for mye vekt på det intuitive, det kan virke litt sånn elitistisk, det er fagmannen som har en sånn unik status som andre ikke skal bestride, ikke sant: ”Det er min magefølelse”.

For informantene er det viktig å benytte kunnskap som enhver kan betrakte og vurdere. De er opptatt av at en psykiater ikke baserer sin vurdering på usikre kunnskapskilder. Målbar kunnskap står over faglig skjønn på en rangstige for kunnskap. En fagpersonen som lener seg på egen intuisjon, står i fare for å stille seg over fagkunnskapen, mener de. Jens, Jenny og Sebastian ser også med skepsis på å basere vurderinger på ikke-målbar kunnskap.

Empiri

Forskningsbasert kunnskap omtales som en type direkte innsikt i ulike aspekter ved psykiske sykdommer og kunnskap som kan bekrefte teorier eller antagelser om det psykiske. Mange legger da vekt på ordet empiri. Med empiri refererer ofte informantene til en type kunnskap som kan avklare faglige spørsmål for psykiateren. Hvis det foreligger empiri for noe, så foreligger det bevis for at en hypotese eller fagteori stemmer. For eksempel forteller en av informantene at empiri kan avklare spørsmålet om nytten av å tematisere terapirelasjonen: ”Det er jo en faglig diskusjon om i hvilken grad det er noen empiri for at det bringer terapi fremover å problematisere relasjon.” Måten informantene omtaler empiri på, har nær sammenheng med deres fokus på målbar kunnskap. Empiri utgjør en viktig del av fagkunnskapen for mange. Jens problematiserer et slikt syn når han ser på ulike vitenskapelige paradigmer, og behovet for konkurrerende kunnskapssyn innenfor psykiatrifaget.

Ny kunnskap

Et siste aspekt ved den vitenskapelige kunnskapen handler om dagens kunnskapsproduksjon. Flere beskriver kunnskapsproduksjonen som en stadig utvikling av faget og at utviklingen fører til en bedre forståelse av psykisk sykdom. Tove sier:

Kan ikke holde på med dette uten kunnskap. Og det kommer ny kunnskap hver dag, som er så viktig, nettopp både til å forstå, hjelpe, forklare. Prøve å sette sammen dette som vi fortsatt vet for lite om, hvorfor blir folk psykisk syke? Det er jo masse vi ikke vet.

Hun understreker betydningen av dagens kunnskapsproduksjon for forståelsen av psykisk sykdom. En akkumulering av kunnskap vil gi økt innsikt. I motsetning til Tom og Nils tror flere informanter, i tråd med Tove, at psykiatrifaget gjennom økt kunnskap vil få en bedre forståelse av psykiske vansker, fordi mye av det uavklarte ved psykisk sykdom handler om kunnskapsmangel.

Oppsummering

Over har jeg presentert de informantene som kan plasseres i den ene enden av andre akse. De er opptatt av psykiatrifagets felleskunnskap, som kan betraktes som enhetlig og mer vitenskapelig. De vektlegger fellesforståelsen som alle kolleger kan vurdere det kliniske arbeidet ut fra. Det er en valgt optikk som informantene anser som vesentlig i arbeidet. Den vitenskapelige kunnskapen betraktes som styrende for praksis og utgjør en viktig del av den enhetlige optikken. Informantene vektlegger foreliggende empiri fra vitenskapelige studier og en mer kunnskapsbasert tilnærming.

5.3 Faglig skjønn

I den andre enden av andre akse finner vi informanter som nedtoner fagkunnskapen som rettesnor. Den enkelte psykiaters faglige skjønn fremheves som sentralt for en fagpersons orientering i det kliniske arbeidet. I datamaterialet er dette informanter som ikke ser på fagkunnskapen som noe enhetlig. De legger mindre vekt på fagkunnskap som mal for praksis. Informantenes refleksjoner når det gjelder fagkunnskap og kunnskap generelt, sirkler rundt hvordan fagpersonen bruker sin kunnskap og erfaring. Faglig kompetanse, faglig kunnskap og faglig skjønn henger tett sammen. Vesentlig er forholdet mellom generell og individuell kunnskap, og hvilke aspekter ved pasientens psykiske vansker de enkelte kunnskapskildene belyser.⁴⁵ Kunnskapen om det individuelle gis en mer fundamental rolle enn i 5.2. Videre er informantene opptatt av kunnskapen om det å være menneske. Allmennmenneskelige aspekter og psykiaterens egen kunnskap om det å være menneske oppfattes som en viktig del av den faglige kunnskapen.

Den faglige kunnskapen fremstår som en integrert del av psykiaterens faglige skjønn. Psykiaterens bruk av kunnskap er samtidig alltid en faglig skjønnsutøvelse. Lars, Nils, Morten og Åse reflekterer mye over anvendelsen av generell fagkunnskap i møte med det individuelle, pasientens annerledeshet og psykiaterens individualitet. De tenker at psykiateren ikke har noen entydig fagkunnskap å lene seg til, og er kritiske til forsøk på å standardisere kunnskap. Forståelsen av hva en psykiater arbeider med, skal ikke dikteres av kunnskap om psykiske tilstander. En psykiater kan ikke avgrense sin fagkunnskap til kunnskap om det syke eller patologiske. Fagfeltet er flertydig, og en psykiater må tåle å ikke ha svar med to streker under. Faglig utvikling handler om å

⁴⁵ For Lars er utfordringen hvordan kunnskap brukes i utviklingen av en forståelse for den enkeltes vansker. Han identifiserer seg med legerollen og sin medisinske bakgrunn, men legger stor vekt på at han også trenger andre kunnskapskilder og en faglig kompetanse til å bruke dem i sitt arbeid.

berike forståelsen av fagfeltet både gjennom økt kunnskap og egenutvikling.⁴⁶ Vitenskapelig kunnskap er bare en av flere sentrale kunnskapskilder.

Utøvelsen av skjønn

Informantene legger vekt på at psykiaterens kliniske arbeid er et annet enn i medisinen for øvrig. De kjenner til kolleger som ser det annerledes. Lars, Morten, Nils, Åse og Truls ser på pasientens psykiske vansker som grunnleggende knyttet til pasientens individualitet. Det sentrale for dem er den enkeltes erfaring av sine psykiske vansker. Psykiske vansker handler om erfaring, aktuelle og tidligere. Pasientens opplevelse av samtalen og møtet er derfor i seg selv en viktig kilde til forståelse. Informantene sier at oppgaven i stor grad er å bli kjent med det særegne ved pasienten. Truls går lenger enn de andre når det gjelder å nedtone kunnskapen om det generelle. De fem vektlegger i særlig grad at en psykiater skal forstå noe annet enn symptomer og diagnoser. Kunnskap om det generelle skal være en hjelp til å se det individuelle. utfordringen ligger dermed i bruken av fagkunnskap i møtet med den enkelte pasient. Det handler om faglig skjønnsutøvelse.

Relasjonen til pasienten er ikke én side og forståelsen av de psykiske vanskene en annen. For Lars legger allerede måten partene er sammen på, føringer for hva som blir sett og ikke. For flere av informantene handler det om å være tilbakeholden med å la fagkunnskapen legge føringer for samtalen. Sebastian nevner noe av det samme innledningsvis i intervjuet, men knytter det til starten av pasientsamtalen. Pasienten skal først få fortelle fritt. For Lars, Nils og Morten er tilbakeholdenhet med egen kunnskap ikke bare vesentlig i starten av samtalen. De mener at fagkunnskapen kan komme til å låse begge parter i arbeidet med å se pasientens individualitet.

Fagkunnskapens begrensning

Nina og flere av informantene i 4.3.1 beskriver fagkunnskap som en rettesnor for den enkelte psykiater. Informantene som i hovedsak refereres til i dette kapitlet, forteller at psykiaterens vurderinger er skjønnsmessige, og at fagpersonen må akseptere at det ikke er noen sikker kunnskap som en kan lene seg til. I enkelte av intervjuene refererte jeg til de som hevder at fagfolk må bli mer samkjørte og ”rydde opp” i variasjoner ved hjelp av kunnskap. Nils svarte:

⁴⁶ Lars, Nils, Morten og Åse forteller ikke om en stadig utvikling av ny kunnskap. For dem handler det om å bli kjent med all den fagspesifikke og ikke-fagspesifikke kunnskapen som allerede foreligger. Erfaringer og fagteorier inngår i denne kunnskapen. De refererer flere ganger til teoretikere som har lært dem nye måter å betrakte faget og kunnskapen om psykiske vansker på.

Vi må innrømme at vi går i tåkeheimen. Det nytter ikke å late som om du har et kart som du ikke har. Jeg tenker at du må akseptere at det er så vagt og usikkert som det er. Alt annet er på en måte vold mot faget. Hvis ikke du tåler det, så må du finne deg et annet yrke altså. Jeg tror ikke vi kan rydde opp ordentlig, nei.

For Nils er usikkerheten i faget sentralt. Åse og Tormod er to av mange informanter som nevner usikkerheten i faget. Det som skiller refleksjonene til Åse og Nils fra Tormod og mange av de andre, er, som vi så i 4.2.2, at Åse og Nils ser en rettesnor hos pasienten selv. Det manglende ”kartet” handler om fagkunnskapens generelle begrensning. Åse og Nils holder frem pasienten som en sentral kunnskapskilde, slik også Lars, Eva og Morten gjør. Tilbakeholdenheten med fagkunnskapen handler om å forsøke å respektere denne begrensningen. Flere forteller at kunnskapens begrensning er mulig å overse. Det som ikke passer med ”kartet”, vil i så tilfelle anses som uvesentlig.

Truls reflekterer over begrensningene ved fagkunnskapen på en annen måte. Han opplever den rådende fagkunnskapen som for smal. Den etablerer en oppmerksomhet mot enkeltsider uten å kunne hjelpe til å beskrive helheten eller sammenhenger. Truls forsøker å forstå pasientens psykiske vansker i sammenheng med pasientens historie og nåværende situasjon. Han benytter en metafor om trær og skog når han beskriver begrensningen:

Derfor har man ikke forstått hva det dreier seg om, man har mistet en type helhetsbilde i disse spørsmålene. Det er en måte å beskrive på som jeg mener er udugelig. Det er som hvis du ser en skog foran deg, så i stedet for å beskrive skogen, så beskrives alle plantene som fins der. Og da vet du ikke hva, da kan du ikke. Det blir noe helt annet.

Å se den enkelte pasients psykiske vansker ut ifra en helhet vil være forskjellig fra å forstå vanskene ut ifra å registrere pasientens symptomer. Truls forsøker å se de enkelte fenomenene i lys av konteksten. Når han snakker om fagkunnskap, handler det om kunnskapen om de enkelte lidelsene og diagnosesystemene. Han oppfatter kunnskapen som for snevert avgrenset mot enkeltfunn. Konteksten mangler.

Det er to grunner til at Truls i deler av intervjuet vektlegger den enkelte som nærmest eneste kunnskapskilde til forståelse. Den første er at han er i klar polemikk med fagpersoner og helsemyndigheter som legger vekt på kunnskapsbasert tilnærming og et symptom- og diagnosefokus, slik han oppfatter det. Det andre er hans forståelse av fagkunnskap. Nils, Morten, Åse og Lars inkluderer fagteorier og ulike fagtradisjoner som forsøker å si noe om kontekst når de snakker om faglig kunnskap. For Truls er fagkunnskap nesten ensbetydende med sykdomsfokusert kunnskap.

Kompetanse til "å gå det stykke vei"

Informantene snakker mer om sin faglige kompetanse til å bruke fagkunnskap generelt enn å vektlegge én type fagkunnskap. Lars og Morten understreker den utfordringen som ligger i møtet med den enkelte. Når psykiateren møter pasienten, starter utfordringen. De forteller at en psykiater ikke kan lene seg til fagkunnskapen når det individuelle skal forstås. Samspillet mellom fagkunnskap og åpenhet for pasientens annerledeshet er helt avgjørende. Lars sier det slik:

Du skal ikke undervurdere den kunnskapen du sitter med. Altså, selv om det er et naturvitenskapelig fundament, så inneholder legestudiet andre elementer også, så på en måte, det er jo tilløp til en helhetlig forståelse av menneske, som en går i arbeidet med. Men jeg tenker at det som skjer i øyeblikket en møter en pasient da, så møter du en person med et behov, eller et spørsmål eller et ønske om å få hjelp med noe. 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, ønsker du skal bidra med. Sånn at det å utvikle en kompetanse i forhold til å gå det stykke vei da, med pasienten, og finne ut hvorfor er du her, hvilket behov er det som ligger i det at du sitter her, og hvilken historie ligger det bak at du sitter her i møte med meg. Og på en måte la det møte være så åpent som mulig, og at den kunnskapen vi sitter med ikke forfører oss inn i en måte å strukturere det møte på, som gjør at vi går glipp av all den informasjonen.

Det er viktig for Lars å understreke at psykiateren arbeider med *mennesker* (se under) og enkeltpersoner. Dette poenget er ikke unikt for Lars, alle informantene nevner utfordringen med at alle pasientene er forskjellige, men poenget veier tyngre for Lars enn for de andre. For ham betyr det at en psykiater arbeider med individuelle *behov*, *ønsker* og *spørsmål*. Den kunnskapen psykiateren har i forkant av pasientmøtet, må brukes for å forsøke å forstå en enkeltpersons ønsker eller behov. Faglig kompetanse handler om prosessen med å bruke sin kunnskap i samspill med det psykiateren møter hos pasienten. I sitatet forteller Lars om en oppmerksomhet mot hvordan psykiaterens kunnskap kan prege møtet på en uheldig måte. Truls, Morten, Eva, Nils og Åse nevner det samme. De er opptatt av at psykiateren kan overse sentrale aspekter ved pasientens psykiske vansker hvis lyttingen struktureres for mye av fagkunnskapen. Informantene i 4.3.1 frykter også å overse viktige aspekter, men argumenterer derfor for å la seg styre av fagkunnskapen. Videre er det ulike refleksjoner over hva fagkunnskap er, som jeg kommer tilbake til. I sitatet legger Lars vekt på at medisinstudiet inneholder mer enn naturvitenskapelig kunnskap. Han er ikke så opptatt av den vitenskapelig etablerte kunnskapen, men overser den ikke. Det faglige arbeidet starter i møtet med den enkelte, når fagkunnskapen skal anvendes.

De seks informantene er opptatt av at de ikke sitter med ferdige oppskrifter eller svar *for den enkelte*. Selv om alle de 18 informantene forteller at psykiateren utarbeider en

forståelse i møtet med den enkelte pasient, så betyr dette poenget noe mer og annet for disse seks. Pasientens historie, individuelle situasjon og særegenhet er i sentrum for oppmerksomheten. Å møte mennesket i sin særskilthet handler om å utvikle en forståelse av hva pasienten har behov for. På grunn av menneskets forskjellighet sitter ikke psykiateren med ferdige svar. Informantene vektlegger variasjonsrikdommen. Det gjør at fagkunnskapen hele tiden må stilles spørsmålsteget ved. For informantene er spørsmålet om på hvilken måte kunnskapen om det generelle er til hjelp for den enkelte, et vedvarende spørsmål i møtet med pasienten.

Morten er opptatt av hva pasienten trenger. Selv om pasientens vansker kan klassifiseres som en depresjon, er det ikke avklart for Morten hva pasienten trenger. Han er oppgitt over kolleger som tror de vet hva pasienten trenger, når de har gjort en diagnostisk vurdering:

Det er jo bare å skrive resepter og ta blodprøver og kjøre lekser med psykoedukasjon. (...) En får jo inderlig håpe at de som gjør det både finner det meningsfullt og kanskje fyller en rolle i et mangfoldig helsevesen, men jeg har hatt min tid med å jobbe på lager og andre fabrikk-lignende ting og jeg tror ikke det ville gi noen mening for meg. (...) Du innledet med å si at noen ganger så lurer man på hva man driver med. Og hva er vi ekspert på? Jeg vet ikke, altså hva skulle det være? For det er jo ingen oppskrifter. (...) Jeg prøver å leve meg inn i hva den andre kanskje trenger, men det blir jo en gjettekonkurranse. (...) Det må jeg finne ut av hver eneste gang. Det er en ny prosess hver gang.

Morten gir i begynnelsen her et stereotypet bilde av kolleger som har en standardisert tilnærming til pasientene. Han sammenligner tankegangen med å vite hva pasienten trenger ut ifra fagkunnskap, med det å arbeide på et lager der en vet hvor ting skal plasseres, eller en fabrikk som produserer etter en gitt oppskrift. Morten går langt i å sette seg selv opp mot dem som en ikke-ekspert, i en ikke-vitende posisjon. Alle informantene sier de er ydmyke overfor det å være ekspert, selv om for eksempel Kjersti og Tove sier at det er viktig at en psykiater er ekspert på enkelte sykdomspanoramaer. Hovedforskjellen er at Morten legger vekt på sin kompetanse til å utvikle forståelse. Han er som psykiater ekspert på bruken av kunnskap. Nils, Åse, Lars, Truls og Eva vektlegger det samme. Deres oppmerksomhet er rettet mot *hvem* pasienten er, hvilken situasjon pasienten befinner seg i, og pasientens individuelle historie. Kjennskap til disse aspektene er viktig for at psykiateren skal kunne vite hva pasienten trenger av hjelp. For Sebastian, Kjersti, Tove og Trude er det en kompetanse som i for stor grad gir seg utslag i uheldige variasjoner og gjør at den faglige utøvelsen kan bli tilfeldig, hvis den blir vektlagt. For dem blir det en for lite ydmyk holdning til egen kompetanse. For Morten ligger derimot den faglige kompetansen nettopp i evnen

til å utvikle en unik forståelse ved hjelp av fagkunnskap, egen erfaring og selvutvikling.

Oppmerksomheten til de seks informantene innebærer en forståelse av at fagpersonen møter en variasjonsrikdom. Det er betydningen av denne variasjonsrikdommen som gjør at refleksjonene skiller seg fra andre informanter. Pasientens annerledeshet blir betydningsfull for den faglige vurderingen og bruken av fagkunnskap. Pasientene har en betydningsfull annerledeshet som psykiateren må identifisere:

Ethvert menneske er jo i en prosess hele livet, med seg selv. Og vi må finne ut hvor er menneske i prosessen. Vi kan ikke bygge taket først, og så grunnmuren etterpå. Vi må begynne nederst. Vi må begynne på det som er mulig å jobbe med.

Eva beskriver det psykiske som noe som er i utvikling gjennom hele livet. Hun som psykiater må identifisere hvor pasienten er i sin utvikling. En psykisk lidelse, som for eksempel depresjon kan arte seg svært forskjellig for pasienter ut ifra hvordan den enkelte forstår seg selv. Psykiaterens bruk av fagkunnskap må tilpasses den enkelte.

Ut ifra sitatet dukker det opp et spørsmål om hvordan psykiateren kan vurdere hvor pasienten er i sin prosess. Sitatet understreker at informantene tar i bruk kunnskap som kan si noe om hvilke prosesser et menneske kan være i. Teorier om menneskets egenutvikling står sentralt hos flere av informantene. Lars, Åse, Morten og Nils trekker frem kunnskapen og kjennskapen til det å være menneske. Det er en type kunnskap de beskriver i kontrast til sin medisinske og sykdomsfokuserte kunnskap. Møtet med den enkelte pasient krever en særegen faglig type kunnskap som kan hjelpe psykiateren til å forstå det individuelle og hva *Ola* i sin depressive tilstand trenger.

Kunnskap om det å være menneske

For flere av informantene er det betydningsfullt at det er *menneskelige* vansker psykiateren arbeider med. Ordene *menneske* og *menneskelig* brukes gjennomgående av Lars, Nils og Morten. Det fremstår ikke tilfeldig at de bruker disse ordene. Det *menneskelige* handler om en nærhet, og dypest sett et fellesskap, til de fenomenene psykiateren møter. Informantene møter først og fremst et menneske og ikke en pasient. De møter mennesker med vansker et annet menneske kan gjenkjenne, ikke primært fremmede tilstander. Informantene er opptatt av det allmennmenneskelige ved psykiske vansker. Det allmennmenneskelige knytter pasient og psykiater som personer til arbeidsfeltet. Pasientens lidelse er knyttet til et fellesskap partene har, nemlig det å være menneske. Det retter oppmerksomheten mot det relasjonelle ved psykiske vansker, muligheten av å dele og ta del i erfaringer. Det *menneskelige* åpner for

betydningen av en praksis- og erfaringsbasert kunnskap og understreker, for informantene, begrensningene ved vitenskapelig kunnskap. Forståelsen av at psykiateren arbeider med ”menneskelige problemer”, som Lars sier det, åpner for en annen forståelse av fagkunnskap enn den som beskrives i 4.3.1.

Kunnskap som ikke lar seg måle

Informantene forteller at de arbeider med fenomener som vanskelig lar seg måle. Morten er en av informantene som gjør et poeng ut av det ikke-målbare. Flere informanter føler seg presset til å bruke målbar kunnskap. Når de forteller om kunnskap som ikke lar seg måle, så setter de den i kontrast til det som lettere lar seg dokumentere. Morten forteller at han kan se kvaliteter ved en pasients forhold til seg selv og omverden, men de gir ikke utslag på registreringsskjemaer som ofte brukes både i klinisk praksis og forskning. Han sier:

Hun er jo en annen, hun forholder seg annerledes til verden. Og mannen vil sikkert si det, at hun gjør ting annerledes. Jeg kan beskrive hvordan hun forholder seg annerledes nå, men det vil ikke fanges opp på Hamilton [Hamilton Rating Scale for Depression] eller MADRS [Montgomery Åsberg Depression Rating Scale]. Det vil ikke fanges opp sånn, men det er hvordan, hvilken verdensanskuelse man har.

Morten er opptatt av en endring hos en deprimert pasient som ikke lar seg måle ved skjemaer som er utarbeidet for å måle graden av symptomer ved depresjon. Han retter oppmerksomheten mot pasientens særegne livsoppfatning. Det er et forhold psykiateren må forsøke å ta del i istedenfor å forsøke å måle. Morten avgrensner ikke sin interesse for pasientens verdensanskuelse til symptomendringer ved depresjon. Han er opptatt av psykiaterens kunnskap om det å være menneske. Hvordan han selv og andre anskuer seg selv, andre og verden er en type kunnskap Morten vektlegger. Både pasienten og han selv er da viktige kunnskapskilder. Videre får ulike fagteorier, spesielt terapiteorier, og filosofiske betraktninger over det å være menneske, en større faglig tyngde for Morten. Lars, Nils og Eva forteller at en psykiater trenger et bredt tilfang av perspektiver på menneskets erfaring av å være menneske. Eva er opptatt av at slik kunnskap er en type kvalitativ kunnskap som ikke lar seg kvantitativt måle.

Flere av informantene forteller at kvalitativ kunnskap om psykiske vansker er den viktigste kunnskapen. Tormod og Jens nevner noe av det samme, men har samtidig uttalelser der kvantitativ kunnskap vektlegges i større grad. Selv om det ikke er motsetninger mellom disse typene kunnskap, så mener informanter som Morten og Lars at kvantitativ kunnskap kan overskygge den kvalitative. Kunnskap om erfarings- og meningsaspektet ved psykisk sykdom forbinder informantene med en type

”terapeutisk kompetanse”, som Lars sier det. Det er forbundet med interesse for det individuelle og flertydige ved psykiske vansker. Selv om standardiserte målinger av psykiske vansker kan gi informasjon om type lidelse og sannsynlig forløp, legger Morten, Lars og Nils mindre vekt på slik kunnskap.

Lars er opptatt av de føringene psykiateren legger for hvilken type kunnskap pasienten gir om seg selv og sine vansker. En av grunnene til at han er skeptisk til økende krav til at psykiateren først gjør en grundig utredning, handler om hvilken kunnskap som da etableres om pasientens psykiske vansker. Han søker å vite hvordan pasienten erfarer sine vansker, og hvordan pasienten erfarer sin eksistens. Kunnskap om det å være menneske er en type kvalitativ kunnskap som, ifølge Lars, etableres gjennom å bli kjent med det spontane samspillet som oppstår og skjer mellom partene. Han forteller:

Det blir større og større krav til at man utreder grundig. Og dermed lager man møtesituasjoner som blir så preget av utredningsinstrumentene, altså på en måte at den spontane samtalen blir borte. Den blir borte i et strukturert, og det er noe som pasienter tilpasser seg øyeblikkelig når de kommer til en lege, ikke sant. De tilpasser seg øyeblikkelig den strukturerte situasjon. Hvis legen begynner å spørre deg ut om ting, så blir du passiv da. Så lytter du til spørsmålene og prøver å svare så godt du kan, for da tenker du at du hjelper han til å hjelpe meg, ikke sant. Og det er jo en helt annen tenkning. Så hvis vi ikke blir bevisstgjort det, at dette er instrumenter og metoder som kan hjelpe oss til å finne det og det, men det kan være noe som vi ikke finner i dette, og som nemlig kan være veiene inn til der skoen egentlig trykker for pasienten. Fordi det får vi best tak i gjennom en samtale som har et annet siktemål.

Lars er opptatt av *pasientens føring*, eller manglende føring, i samtalen. Det negative med en strukturert utredning av pasientens vansker er at det kan lukke for pasientens særegne erfaringer. I kontrast til Sebastian, Tove og Kjersti, som tenker at pasienten hjelpes til å forstå sine vansker gjennom fokus på direkte spørsmål og kunnskap om ulike målbare vansker, tror Lars at det kan hindre partene i å bli kjent med pasientens psykiske vansker. Kunnskap om hvordan pasienten *er* i samtalen med psykiateren, og hvordan pasienten svarer og ikke svarer, er viktig kunnskap for Lars. Det er en type kvalitativ kunnskap som ikke nødvendigvis gir informasjon om hvordan vanskene kan klassifiseres i diagnosesystemet. Det interessante er at Lars samtidig sier at det er en slik type kunnskap som kan gi psykiateren best forståelse av pasientens psykiske vansker.

Utsagnene over fra Morten og Lars gir inntrykk av at informantene vektlegger en induktiv tilnærming, der pasienten er en vesentlig kunnskapskilde. Selv om en slik tolkning passer med mange av uttalelsene, spesielt hos Truls, forteller samtidig informantene om fagkunnskap som påvirker deres lytting. Lars, Morten, Åse, Eva og Nils sier at kunnskap om det å være menneske, etablert gjennom både fagspesifikk og

ikke-fagsspesifikk kunnskap, erfaring og økt kunnskap om seg selv, styrer deres lytting. De kan mye om sykdomslære og diagnostikk, men de vet også en del om hvordan pasienter opplever sine psykiske lidelser. Forståelsen av pasientens erfaringer og historie etableres gjennom et samspill mellom å lytte til pasienten og bruke sin faglige kunnskap. De er opptatt av å lese bredt, i et fagfelt som er mangesidig og uten endelige svar. Samtidig forteller de lite om en oppmerksomhet på vitenskapelig og dokumenterbar kunnskap, slik informantene i 4.3.1 gjør. Eva gjør det til en viss grad.

Menneskelige problemer

I innledningen over beskrives hvordan flere av informantene er opptatt av det *menneskelige* ved psykiske vansker. Det kan forstås som en kontrast til å se psykiske vansker som medisinske tilstander. Ingen av de atten informantene beskriver noen dikotomi mellom medisinsk tilstand og menneskelige vansker. Forskjellen ligger i at seks av informantene understreker hvordan pasientens psykiske vansker er forbundet med det å være menneske på en måte som vektlegger generelle betraktninger over hva det innebærer å være menneske. Kunnskap om det å være menneske er en viktig kilde for å orientere seg i all foreliggende og ny kunnskap om psykiske lidelser.

Lars er opptatt av den utfordringen en lege møter når han velger å arbeide med psykisk helse. På grunn av at psykiske vansker er vel så mye å betrakte som ”menneskelige problemer”, må legen orientere seg på nytt. Identiteten og rollen som fagperson er forskjellig fra den som lege ellers i helsevesenet. Lars sier det slik:

Dette å stå i en situasjon hvor det er mange modeller for å forstå det samspillet som oppstår, og hvor du på en måte kommer, for oss leger så kommer du inn i dette med et utgangspunkt med en mer naturvitenskaplig 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. Og at det er forvirrende, altså det er en forvirrende prosess, fruktbar forvirring da, tenker jeg, i forhold til å finne seg selv i det da. Identiteten tenker jeg, både som lege: ”Hva slags lege er jeg, som psykiater? Hva slags type identitet skal jeg utvikle nå?”. Ja, så jeg tenker det er veldig fruktbart å søke en forståelse av det.

Pasient og psykiater har mye til felles i kraft av å være mennesker. Lars legger vekt på denne samhörigheten. Det menneskelige fellesskapet som psykiateren har med pasienten og fellesskap med psykiske vansker, gjør noe med utgangspunktet og inngangen til psykiateren. Sitatet er Lars’ første betraktning i intervjuet. For ham er samspillet og en forståelse av det noe av det mest sentrale i en psykiaters orientering i fagfeltet. Legens kunnskap underordnes refleksjonen over fagfeltet. I sitatet er det likheten og fellesskapet legen har med fagfeltet, i kraft av å være menneske, som forstyrrer. Nærheten til feltet gjør at legen har flere kilder til forståelse enn den

medisinske kunnskapen. Lars understreker flere ganger i intervjuet psykiaterens egen kunnskap om det å være menneske.

I etterkant av sitatet nevner Lars hvordan kunnskap om psykoterapi og en psykoterapiforståelse gir næring til hans refleksjoner over fagfeltet og det psykiske. Han sier at psykiateren har med seg en kompetanse fra relasjoner, uavhengig av fag, ”en relasjonell kompetanse”, som får en faglig utvikling. For Lars handler det mye om kunnskap fra tidligere og aktuelle relasjoner og ulike erfaringer med det å være menneske, som psykiateren må bruke både for å forstå fagfeltet og i sin yrkesutøvelse. Flere ganger i intervjuet nevner han hvordan undervisning og veiledning er med på å styre utviklingen av slik kunnskap og øke innsikten i den kunnskapen psykiateren allerede har som menneske.

Nils, Morten, Åse og Eva gjør seg lignende refleksjoner som Lars. Ingen av informantene nevner spesifikke fagteorier, men flere av dem forteller om sin utdanning i psykodynamisk orientert psykoterapi. Enkelte teoretikere blir nevnt for å illustrere enkelte tema. For eksempel blir Irvin D. Yalom nevnt når informanter reflekterer over det eksistensielle aspektet, og Donald W. Winnicott når de reflekterer over det relasjonelle aspektet. En filosof som Martin Buber blir også nevnt når en informant reflekterer over betydningen av relasjonen mellom pasient og psykiater. Informantenes orientering mot ”det menneskelige” fremstår således som lite teoristyrkt, selv om spesielt fagteorier som berører sider ved det å være menneske, er en klar komponent. En slik komponent er fraværende hos informantene i 4.3.1, med enkelte unntak.

Trude er blant flere som er opptatt av at en psykiater må opprettholde en faglig distanse og fokusere på pasientens problem og ikke på pasienten. Lars’ refleksjoner over det menneskelige og fellesskapet med pasienten kan tolkes som at han overser skillet mellom syk og ikke-syk. På noen måter gjør han det, og han reflekterer over enkelte farer som kan ligge i en slik måte å orientere seg på. Lars forteller:

Og vi har en rolle og en oppgave, og det er jo en fare hvis vi skulle tenke at likeverdighet skulle handle om at vi skulle gjøre noe med det, altså, gjøre et i prinsippet asymmetrisk forhold til et symmetrisk forhold. La oss si for eksempel at terapeuten får et behov for å eksponere seg selv, ”Jeg er lik deg” eller, det er jo mange slike sånne feller, som likeverdighetstanken kan føre en inn i. Så, men grunnleggende er vi, vi er ikke like i denne situasjonen, men som Sullivan sier i et sitat: ”Det mest grunnleggende er jo vår likhet som mennesker”. Vi er, det er jo det menneskelige vi deler, og det at vi begge to er mennesker, lever under menneskelige kår, men vi sitter i en situasjon hvor vi har helt forskjellige oppgaver.

Fellesskapet som mennesker betyr ikke at Lars setter likhetstegn mellom pasienten og seg selv. Han er både opptatt av pasientens alltid annerledeshet og det asymmetriske i pasientmøtet, der fokus er på pasienten og pasientens psykiske vansker. Samtidig er det et poeng at det grunnleggende fellesskapet gjør at forståelsen av psykiske vansker må bygge på fagpersonens kunnskap om, erfaring med og refleksjon over det å være menneske. Forståelsen av pasientens psykiske vansker kan ikke reduseres til et fokus mot og objektiv kunnskap om avgrensede tilstander.

Relasjonskunnskap og kunnskapen i relasjonen

Parallelt med at informantene forteller at de arbeider med menneskelige vansker, understreker de at psykiateren involveres i en relasjon. Åse reflekterer over mennesket som relasjonelt. Lars er, som Nils, Åse og Morten, opptatt av sin relasjonskunnskap, som han har ervervet gjennom erfaring og psykoterapiutdanning. Videre er de fire opptatt av kunnskapen som ligger i relasjonen til pasienten. Eva og flere andre informanter nevner også relasjonen til pasienten som kunnskapskilde. Denne kunnskapskilden understreker det individuelle og situasjonsbestemte ved arbeidet. Informantenes refleksjoner skiller seg mest fra andre informanternes når det gjelder en slik understrekning.⁴⁷ Kunnskapen i relasjonen gjør faget mer til en praksis enn en vitenskap. Eva, Åse og Truls understreker som Morten at psykiatri ikke er vitenskap.

Nils er opptatt av at hans forståelse av pasientens psykiske vansker skjer ved at han bruker seg selv som menneske i møtet med pasienten. Det innebærer at Nils kan kjenne seg igjen i, eller gjenkjenne en side ved, det som pasienten forteller:

Jeg er et instrument med mine sanser, med det som vekker gjenkjennelse, forståelse. Det er viktig. For det er vel det som skjer i et menneskelig møte i det hele tatt, at en føler at den andre forstår, oppfatter, ser, så der er jeg et instrument som jeg må, jeg må bruke meg selv. Nettopp som et instrument, kan vel kalle det en kvalitet kanskje, men primært så er det en slags resonans da. Jeg synes det ordet er godt. Det du sier, det må på en måte vekke, du må ha en resonansbunn i forhold til å oppfatte og uttrykke at du forstår.

Nils arbeider med fenomener som han etablerer en forståelse av gjennom interaksjonen mellom pasient og ham selv. I sitatet forteller han om betydningen av en gjensidig gjenkjennelse. Nils lener seg til erfaringer av overensstemmelse mellom partene når hans forståelse gir gjenklang hos pasienten eller omvendt. Han beskriver dermed en type kunnskap i relasjonen, som han søker å finne og kan støtte seg til. Flere informanter reflekterer på tilnærmet lik måte. Forståelsen av pasientens psykiske

⁴⁷ Alle atten informanter forteller at relasjonen til pasienten gir psykiateren viktig informasjon. Derimot betrakter ikke alle psykiaterens påvirkning som en uunngåelig del av det å arbeide med mennesker og som kilde til variasjoner mellom kolleger.

vansker baseres blant annet på det som partene erfarer og kan dele i en gjensidig relasjon.

Lars er godt kjent med variasjonen mellom kolleger når det gjelder vurderinger. Han beskriver denne variasjonen som en del av arbeidet. Psykiaterens individualitet vil, som pasientens, prege praksis. Nesten alle informantene nevner dette. Likevel er det bare Lars, Nils, Åse, Truls, Morten, Eva og til en viss grad Lise, Jenny og Knut, som omtaler variasjonen som sentral for faget. Lars og Morten knytter det direkte til det relasjonelle ved arbeidet. Lars forteller:

Jeg tenker jo at hvordan jeg er som person kan bidra ganske mye til både hva som blir tema, tematisert og hva som blir uttrykt. Så, min individualitet, den jeg er, påvirker det møte i stor grad. La oss si det sånn at denne pasienten som møtte fem forskjellige terapeuter og det ble fem forskjellige terapier, så betyr jo ikke det at det nødvendigvis var én genuin samtale og de andre ikke var gode, ikke sant. Det er noe med rikdommen i det relasjonelle, at det også er unikt. At det møtet med pasienten og meg er også et unikt møte, som vi ikke uten videre kan, ja, replisere.

Variasjon og påvirkning anses som en vesentlig del av arbeid med mennesker. Lars anerkjenner egen påvirkning og ser på den som en mulighet i arbeidet. Arbeidet kan ikke kopieres av andre, det er avhengig av den unike relasjonen som etableres. Det menneskelige aspektet ved arbeidsfeltet anses som viktig og gjør at informanten retter oppmerksomheten mot måten partene påvirker hverandre på. Ingen av informantene forteller at det er helt tilfeldig hvilke vurderinger som blir gjort. De diagnostiske vurderingene kan stort sett være like, selv om flere forteller at også de kan variere imellom kolleger. Det sentrale er at det som blir vektlagt, hva som blir sett, avhenger av partenes individualitet og det aktuelle forholdet som etableres. Lars, Morten, Nils og Åse vektlegger i særlig grad at psykiske vansker er foranderlige og avhengig av hvordan fenomenene blir møtt og betraktet.

Det menneskelige aspektet utfordrer psykiaterens selvforståelse

Åse og Lise er opptatt av at deres møte med psykiatrifaget har utfordret deres selvforståelse. Lise forteller at psykiatere bruker seg selv ”som person” med sine bakgrunner, og ”ikke minst med våre verdier, og vårt menneskesyn”. Arbeidet krever kunnskap om det å være menneske, og det involverer å arbeide med egen selvforståelse. En slik type kunnskap utfordrer samtidig psykiaterens forhold til fagfeltet. Flere av informantene beskriver at psykiatri som fag i vesentlig grad skiller seg fra andre spesialiteter innenfor medisin på dette punktet.

Det menneskelige aspektet gjør at psykiateren stadig utfordres på egen forståelse av psykiske vansker i møtet med pasienten. For Åse handler det om en krevende

nyorientering. Hun forteller at økt innsikt og erfaring med livet og det å være menneske har gitt henne en større trygghet i arbeidet:

Jeg føler meg mer livserfaren, jeg er tryggere i meg selv. Fordi man har opplevd tap, man har opplevd vanskeligheter, man har fått barn, man har liksom levd lengre enn da jeg var fersk. (...) Jeg husker i hvert fall da jeg startet å jobbe i psykiatrien så ble jeg liksom overveldet av livshistoriene og utformingen av symptomene og sånt. For det var fremmed, og at det er jo utrolig mye som er menneskelig. (...) Jeg tror jeg er mer romslig med meg selv også, og da er jeg litt ledigere og tar ting mer som det faller seg. Ikke bare skal være flink. Og det skaper en gjensidighet. (...) At man selv også bare er et menneske.

Åse forteller i intervjuet at hun var skoleflink og leste mye. I møtet med psykiatrifaget opplevde hun mange av de vanskene hun møtte som fremmede, og rollen som lege passet dårlig. Hun knytter psykiske vansker til det å være menneske. Hennes økte selvinnsikt og kunnskap om variasjonsrikdommen når det gjelder menneskers erfaringer, er viktig for henne. I starten gjorde legerollen henne usikker, hun opplevde at hun skulle vite og mestre det meste. Etter hvert har innsikt i egen begrensning gjort henne tryggere. Nærheten til arbeidsfeltet har også blitt lettere for henne å håndtere. Åse vektlegger i intervjuet psykiaterens behov for personlig utvikling gjennom terapeutisk arbeid med seg selv. Hun tenker at psykiaterens trygghet på egen selvforståelse og forhold til fagfeltet, er sentral. Lise er en av flere andre som har lignende refleksjoner.

Et eksempel på behovet for økt kunnskap om det menneskelige aspektet i medisinsk forståelse dukker opp når Jenny snakker om rettsprosessen etter 22. juli 2011:⁴⁸

Jeg tror nok denne våren har vist tydelig at medisinen kan bli litt tilfeldig ut fra manglende referanser da. Og det er vel noe av det ansvaret vi bør ta, og også forstå mer av et normalt menneskelivs referanser, også da psykologiske, historiske, filosofiske, politiske referanser. Vi kan ikke si at medisin bare handler om det her faget, for da forstår vi ikke mennesket. Fordi det handler om menneske og det blir helt latterlig snevert å si at det her er bare medisin, ja. Det er min klare mening.

Jenny peker på spriket mellom de to rettspsykiatriske erklæringene og kritikken av den første erklæringen. En psykiater arbeider med fenomener som krever en forståelse av det allmennmenneskelige. Forståelsen av et arbeid med menneskelige fenomener gjør at informanter som Jenny, Åse og Morten ikke begrenser sin interesse til fagspesifikk kunnskap. Lise er opptatt av at arbeidet involverer et menneskesyn. I sitatet nevnes det et bredt spekter av fagfelt. I intervjuene vektlegger flere av informantene betydningen

⁴⁸ Rettsprosessen og de rettspsykiatriske erklæringene av Breiviks psykiske vansker. Debatten var omfattende i mange medier og et søk om temaet gir mange treff. Informanten bruker eksempelet som en illustrasjon på hvordan psykiatrifaget kan ha en snever inngang til forståelse av psykiske vansker.

av ikke å avgrense fagfeltet. Skjønnlitteratur gir flere av informantene nye perspektiver som de tar med seg inn i sitt arbeid.

En del av informantene sammenligner med en medisinsk tilnærming når de reflekterer over sin oppmerksomhet mot det særegne og menneskelige. Deres aktuelle tilnærming beskrives som en kontrast til den medisinske tilnærmingen, som informantene kom inn i psykiatrifeltet med. Mange forbinder det medisinske med et diagnosefokus. Truls er i klar polemikk med et diagnosefokus: ”Det med diagnoser har blitt helt overdrevet med tanke på interesse, det er jo en person vi har foran oss.” Selv om mange beskriver en konflikt mellom tilnærmingene, er det få som anser dem som tydelige motsetninger. Det handler ikke om *enten* å se mennesket *eller* diagnosen. Samtidig bærer informantenes nyorientering i psykiatrifaget bud om et annet forhold til pasienter og pasientens psykiske vansker enn et diagnosefokus. Lars reflekterer mot slutten av intervjuet:

Jeg er jo så opptatt av at vi skal lære oss å integrere disse forskjellige perspektivene, og at gode psykiatere bør kunne integrere disse. Mens det er mulig jeg overdriver vår evne til å integrere og folk som er på en måte mer i polemikk mot den diagnostiske kulturen har et poeng. Altså at det ikke er noe som lar seg så godt integrere, og at det er noen uforenelige motsetninger i psykiatrien i dag.

Lars sier at et fokus på diagnoser kan stå i veien for å se mennesket. Nils oppfatter ikke noen klar motsetning. Morten erfarer en motsetning og vektlegger å se enkeltmennesket. Åse, Tormod og Lise erfarer at motsetningene handler mer om systemet en psykiater arbeider innenfor versus psykiaterens faglige forståelse. Lars er opptatt av at psykiaterens nærhet til vanskene kan overses hvis psykiateren blir for opptatt med diagnoser.

Oppsummering

Informantene i den andre enden av andre akse understreker psykiaterens faglige skjønn for å forstå det kliniske arbeidet og kunne orientere seg blant ulike kunnskapskilder. Sentralt for informantene er utøvelsen av skjønn, hvordan psykiateren bruker sin fagkunnskap, erfaring og kompetanse i møtet med pasienten. De er opptatt av begrensninger ved den generelle kunnskapen og nødvendigheten av å utvikle en unik forståelse i møtet med den enkelte. Flere understreker at psykiatere arbeider med *menneskelige* problemer. Kunnskap om det å være menneske, allmennmenneskelige sider, løftes frem som et betydningsfullt orienteringspunkt. Dermed vektlegger informantene kunnskap som i mindre grad er målbar, og som utfordrer psykiaterens selvforståelse som *fagperson* innenfor et avgrenset fagfelt. En annen side ved det

menneskelige er vektleggingen av kunnskap om det mellommenneskelige og kunnskapen som etableres i relasjonen.

Kapittel 6: Avstand og nærhet

6.1 Akse tre: Mellom avstand og nærhet

Temaet for den tredje aksen er hvordan psykiateren forholder seg til pasienten i pasientsamtalen for å kunne gjøre en vurdering og bli kjent med pasientens psykiske vansker. Det handler om forståelsen av relasjonen mellom lege og pasient. Balansen mellom nærhet og avstand er et sentralt tema for alle informantene. En psykiater orienterer seg i sitt kliniske arbeid gjennom både å ha en nærhet til pasienten i pasientsamtalen og å holde en avstand for å kunne betrakte vanskene på en mer overordnet måte. Alle forteller om en veksling mellom ulike posisjoner, både innenfor en og samme samtale og mellom flere samtalesituasjoner. Det avhenger av pasientens tilstand, bakgrunnen for pasientsamtalen og arbeidssituasjonen. Selv om alle beskriver en balanse, er det store forskjeller i hva informantene vektlegger. Forskjellene handler om hvordan de balanserer forholdet mellom nærhet og avstand, og i hvilken grad det avhenger av forhold som tilstand, bakgrunn for vurdering og arbeidssituasjon.

Empirien fordeler seg langs en tenkt akse med tanke på balansen mellom nærhet og avstand. Informantene fordeler seg i tilnærmet like grupper som i de to foregående kapitlene. I den ene enden legges det vekt på observasjon av pasientens vansker ved hjelp av systematikk og kriterier. Det sikrer at psykiateren ikke overser noe eller blir for ensporet, og at vurderingen ikke avhenger av psykiaterens synspunkter eller holdninger. Den diagnostiske vurderingen styrer videre tiltak og psykiaterens forståelse av hva pasientens psykiske vansker handler om. I den andre enden legges det vekt på at psykiateren engasjerer seg i det pasienten forteller og viser. Psykiateren må la seg føre av pasienten og interessere seg for det unike samspillet som oppstår. En for styrt tilnærming kan overse sentrale individuelle aspekter. Informantene er opptatt av hvordan de lytter til pasienten, og hvordan lyttingen setter sitt preg på møtet og forståelsen som etableres.

Enkelte informanter kan plasseres mer mot midten på aksen, men utgjør ikke noe klart tredje alternativ. Informantene som plasserer seg mer på midten av aksen, utgjør ingen enhetlig gruppe. Refleksjonene varierer.⁴⁹ Fellesfaktoren er dog en ambivalens til balansen mellom nærhet og avstand.

⁴⁹ Jenny er en av informantene som forteller om begge ender av aksen. I starten av intervjuet er hun opptatt av nærheten og behovet for å være opptatt av samspillet. Kvaliteter som ikke fanges opp i en diagnostisk tilnærming. Senere trekker hun egne refleksjoner litt i tvil, og legger vekt på den kriteriebaserte tilnærmingen. Hun beskriver den som sentral for faget og forståelse kolleger imellom. Lise knytter diagnostisering både til krav

6.2 En diagnostisk vurdering

I den ene enden av tredje akse finner vi informanter som fremhever betydningen av en korrekt diagnostisk vurdering for at psykiateren kan forstå pasientens problemer. For mange av informantene står et fokus på den diagnostiske vurderingen sentralt i oppmerksomheten. Fokuset på diagnose og den diagnostiske vurderingen legger føringer for hvordan informantene betrakter og forholder seg til pasienten og pasientens psykiske vansker. Selv om fokuset henger tett sammen med en orientering mot sykdom, er ikke alle informantene fra 4.2 opptatt av den diagnostiske vurderingen.⁵⁰

Sebastian, Trude, Tove, Kjersti og til en viss grad Jenny og Nina forteller at en strukturert og kriteriebasert diagnostisk vurdering, slik ICD-10 og DSM-IV legger opp til, handler om en standardisert fortolkning. Det gir fagpersoner et viktig orienteringspunkt. Ingen forteller at en diagnose gir et dekkende bilde av pasientens vansker, men det hjelper fagpersonen til å rette oppmerksomheten mot de viktige sidene. Informantene vektlegger at i møte med pasienten er det en utfordring ikke å miste fokus. De har et behov for å avgrense oppmerksomheten i pasientmøtet. Med få unntak argumenterer informantene ut ifra en faglig begrunnelse for et slikt avgrenset fokus. Den profesjonelle avstanden hjelper psykiateren til å få et overblikk og ikke fortape seg i detaljer.

Den strukturerte og kriteriebaserte diagnostiske vurderingen innebærer en oppmerksomhet mot diagnose, en strukturert tilnærming der man undersøker om kriterier er oppfylt eller ikke. Psykiateren nedtoner sin individualitet og egne betraktninger.

Diagnose som utgangspunkt

Diagnoser er noe mange av informantene bruker i sin kommunikasjon med pasienter og kolleger. Utgangspunktet for mye av samarbeidet med pasienter ligger i at det er gjort en diagnostisk vurdering. En del av informantene knytter diagnostisering til legearbeidet. Den medisinske praksisen er basert på først å gjøre en diagnostisk vurdering og så vurdere videre tiltak. Trude sier: ”Min oppgave, som lege, er å stille en

fra ledelse og måten helsevesenet er organisert på, og til behovet for å kategorisere vanskene. Samtidig ser hun problemer med en systematisk tilnærming fordi det hindrer henne i å se den enkelte.

⁵⁰ Tormod har en del like synspunkter som Truls når det gjelder det overfladiske ved en diagnostisk vurdering. Han forteller at det til tross for struktur og kriterier blir gjort så mye skjønsmessige vurderinger allikevel, slik at en psykiater i liten grad kan lene seg til en diagnose. Tormods kritikk handler også om en opplevd utvanning av hvilke profesjoner som gjør en diagnostisk vurdering, og en kritikk mot økt bruk av skjemaer som fører til en diagnose ”på side tre”.

diagnose, hvis ikke den er stilt. Og så tilrettelegge behandlingen ut ifra den diagnosen som er.” For Trude, Kjersti, Tove, Sebastian, Nina og Jenny handler det om en måte å organisere arbeidet på. Arbeidet organiseres ut ifra diagnoser.

Mange av informantene ser en sammenheng mellom hvordan en psykiater tilnærmer seg pasienten, og hvordan han eller hun gjør sin diagnostiske vurdering. Variasjonen mellom kollegers ulike måter å vurdere på dreier seg kun om ulik personlig stil. Det som er felles, er målet om å komme frem til en eller flere diagnoser. Trude er opptatt av at den diagnostiske vurderingen er utgangspunktet for alt annet arbeid:

(...) hvis man er profesjonell nok, så klarer man å transformere det inne i seg til at en kommer frem til et produkt, nemlig diagnose, det er jo det viktigste vi holder på med egentlig: Det å vurdere. Altså vår vurdering, vår diagnose, den diagnostiske vurderingen er det viktigste stedet vi står, for å finne ut hva vi skal gjøre.

Psykiaterens *vurdering* av pasientens psykiske vansker knyttes til det diagnostiske klassifikasjonssystemet. For Trude handler det om å komme frem til en diagnose. Pasientens fortelling må omgjøres til en diagnose for at hun kan vite hva som bør gis av behandling. Vurderingen legger premissene for det videre hjelpearbeidet. Hun forteller at hvis vanskene vurderes som en psykoselidelse, er det for eksempel essensielt å starte med medikamentell behandling. En orientering ut ifra diagnoser er sentral for mange.

Tove knytter et fokus på diagnoser til et faglig riktig fokus. For henne handler det om å være ansvarlig, vite at det man gjør, er riktig:

I hvert fall når jeg jobber på sykehus, så har jeg først og fremst rollen som behandler, ansvarlig behandler, skal vite at behandlingen er riktig. Og det er faktisk det jeg har fått utdannelse til. Og diagnoser er, det er ikke noen som har kommet opp med noe bedre.

Både Toves utdanning og rolle som behandler underbygger hennes oppmerksomhet mot diagnoser. Selv om hun kjenner til mangler ved diagnosesystemet, så mener hun et fokus mot diagnoser er det beste alternativet. For mange av informantene er ikke et diagnosefokus et valg, men et krav til faglighet. Ord som *god* og *riktig* vurdering eller faglighet forbindes ofte i intervjuene med et diagnosefokus.

Det er en interessant ambivalens hos flere av informantene mellom å forstå diagnoser som selve saksforholdet og å forstå diagnoser som betydningsfulle klassifiseringer. Informantenes beskrivelser varierer på dette punktet. Nina omtaler både et diagnosefokus som en måte å organisere informasjon på og diagnoser som pasientens egentlige vansker:

Det er klart at diagnoser styrer vår måte å tenke på. Og vi forsøker å kategorisere ting, for da blir det litt enklere. Hvordan er det egentlig, ikke sant. Så det påvirker oss i stor grad.

Nina forteller at det å kategorisere er en form for forenkling, for å kunne gjøre noe uhåndterbart håndterbart. Samtidig beskriver hun i sitatet et diagnosefokus som selve veien inn til å forstå pasientens psykiske vansker. Pasientens diagnose er ”det egentlige”. Hun nevner begge disse betraktningmåtene flere ganger i intervjuet.

Et diagnosefokus handler ikke for informantene om å overse personen eller at personen forsvinner fra oppmerksomheten til fordel for diagnosen. Flere av dem er opptatt av at pasienten ikke *er* en diagnose, men *har* en diagnose. Diagnosen klassifiserer typen dysfunksjon som pasienten har, ikke pasienten. Tove forteller at det er variasjoner innenfor de enkelte diagnosene:

Det tenker jeg jo er noe av det fascinerende og også menneskelige utfordrende ved denne jobben. At det er så, altså hver pasient, hvert individ du møter er så ulikt. Også innenfor de diagnostiske kategoriene.

Tove er opptatt av at hun aldri møter det samme, hver enkelt pasient er unik. Hun synes denne variasjonen er utfordrende. Tronds depresjon er ikke lik Olas. Tove understreker, som Sebastian og Trude, at pasientens diagnose ikke er en utfyllende beskrivelse av den enkeltes vansker. Informantene er opptatt av både å se personen og diagnosen. Det utfordrer psykiateren i arbeidet med og vurderingen av pasientens tilstand.

Kjersti forteller på en noe annen måte om den samme utfordringen som over. En del av informantene sammenligner sin oppgave med det å være en detektiv. De forsøker ”å samle brikkene” slik at ”alt faller på plass”. Et diagnosefokus innebærer å ville konkludere. Informantene må ha en diagnose for å kunne ha noe å jobbe ut ifra. Kjersti forteller:

For det er aldri to mennesker som er helt like. Og det er aldri symptomutforming, de kan alltid ligne på hverandre, men det er alltid noe som er annerledes, alltid en annen historie. Det er alltid noe nytt. (...) Jeg føler at jeg er ekspert på [én ICD-10 lidelse], og det tror jeg pasientene trenger at jeg er, for at jeg virkelig forstår hvordan dynamikken gjør at de har havnet der de har.

Her forteller også Kjersti at lik diagnose ikke betyr at pasientenes vansker er like. Samtidig har hun behov for å finne fellestrekk. I intervjuet nevner hun, som andre, utfordringen med komorbiditet. Det innebærer at en pasientens psykiske vansker passer med flere diagnoser, og at enkelte diagnoser ofte er forbundet med andre diagnoser. Kjersti tenker at psykiateren da, i samarbeid med pasienten, kan bestemme hva de skal begynne med. Så betrakter de pasientens vansker ut ifra psykiaterens

kjennskap til lidelsens spesifikke dynamikk. Vurdering av behandling gjøres med bakgrunn i diagnosene. Forståelsen baseres på den diagnostiske vurderingen, og så tar psykiateren hensyn til den unike utformingen.

All variasjon innenfor de diagnostiske kategoriene og det unike ved hver enkelte pasient gjør ikke at informantene mener at det offisielle klassifikasjonssystemet er ubrukelig. De beskriver det som en sentral føring for arbeidet og en psykiaters orientering.

Struktur: Felles kriterier og systematisk tilnærming

Informantene er opptatt av betydningen av å ha en felles faglig tilnærming. Psykiatere bør vurdere pasientens psykiske vansker *på samme måte*. Det krever at psykiaterne benytter felles kriterier på lik måte og standardiserer sin måte å betrakte psykiske vansker på. Videre fremhever informantene et behov for struktur, slik at psykiateren ikke overser eller glemmer sentrale punkter i sin vurdering. En systematisk og kriteriebasert tilnærming hjelper psykiateren til å gjøre en mest mulig objektiv og faktabasert vurdering.

En standardisert betraktning

For Sebastian, Tove og Trude er det viktig å la vurderingen være basert på fakta. En faktabasert vurdering står i kontrast til en vurdering som er basert på psykiaterens inntrykk og individuelle vurdering. For å gjøre en faglig vurdering av pasientens psykiske vansker må psykiateren søke etter en bestemt type informasjon. Informantene er opptatt av å se etter den samme typen informasjon hos pasientene. Trude forteller at hun ”bruker den profesjonelle empatien diagnostisk” for ”å få” den nødvendige informasjonen.

Trude forteller at hun trenger noe annet enn seg selv som instrument for å få ”soliditet på jobben”. Hun nevner erfaringer fra rettspsykiatri som et ideal:

Det er derfor det er litt viktig med struktur i forhold til den måten vi utreder på. For jo mer vi implementerer struktur, jo mindre preget blir personlighetstrekkene, tenker jeg da. (...) Jeg ser vi veldig ofte ender opp med samme sykehistorie selv om vi gjør det på hver vår måte. Så det er jo litt gledelig at de faktaopplysningene, vi har jo en del struktur i våre samtaler. Sånn at når du ser sluttproduktet til begge to, som selvfølgelig har gjort det på forskjellige måter, så blir det ganske likt syns jeg altså.

Hun søker å bygge sin vurdering på fakta. Fakta som enhver fagperson vil betrakte på lik måte. Søken etter fakta skal altså minimere den individuelle påvirkningen (fra både pasient og psykiater). Pasientens livshistorie bør forstås på lik måte av ulike psykiatere for å sikre at fagpersonene gjør lik vurdering. Sebastian, Tove og Kjersti formidler noe

av det samme. Deres innsikt i at psykiateren ikke evner å se alle sider ved pasientens psykiske vansker og kan ende med å fokusere på forskjellige aspekter, gjør at de argumenterer for at psykiaterne bør forholde seg til *ett* perspektiv.

Felles kriterier

Diagnosesystemet er basert på at hver diagnose har noen hovedkriterier og noen tilleggskriterier. Hvis pasientens vansker oppfyller de nødvendige kriteriene, stilles diagnosen. Likevel forteller flere av informantene at én pasient kan få ulike diagnoser avhengig av hvem som vurderer pasienten. Truls og Tormod hevder at det viser at en kriteriebasert tilnærming er lite egnet. Tove, Kjersti og Trude tror derimot at det handler om at fagpersonen som gjør vurderingen, ikke forholder seg godt nok til de faglige kriteriene. Vilkaarligheten handler om for lite presis bruk av kriteriene.

Kriteriene oppfattes som en hjelp til å systematisere psykiateres vurderinger. Tove synes kriteriene er relativt entydige:

Tove: Da syns jeg det er systemene som gir dårlige vurderinger, når det går på diagnoser. Fordi at min erfaring er at når vi først setter oss ned, så er vi egentlig veldig sjelden uenige. Og hvis du går til boken. Men feilen er at folk ikke går til boken, de går til synsing. Så jeg har egentlig ganske lite sansen for det, selv om vi hele tiden syns noe. Men når det virkelig liksom kommer til å sette en diagnose, sånn som schizofreni. Folk sier: "Nei, jeg syns ikke det stemmer at han har det." Jammen, så gå til kriteriene, ja, hva annet er det?

Intervjuer: Så det er heller for mye synsing enn for lite?

Tove: Ja. Hva er det faktisk. Det er begrensende, ja, men hva annet er det?

Tove er opptatt av at psykiatere må bruke de diagnostiske kriteriene slik de beskrives i litteraturen og diagnosebøkene, og ikke involvere egne spekulasjoner i vurderingen. Hun synes de diagnostiske kriteriene er greie å forholde seg til. Utfordringen ligger i å bruke dem. Norsk psykiatri er ifølge Tove for lite preget av at fagpersonen går systematisk igjennom kriteriene. Hun beskriver det som vanskelig å ha oversikt over kriteriene. Hennes mistanke er at kolleger heller bruker eget skjønn enn kriteriene. Tove ser, i likhet med Sebastian, Trude og Kjersti, ikke noe alternativ til en kriteriebasert tilnærming.

For informantene handler det om å sikre at den faglige vurderingen ikke blir tilfeldig, eller for personavhengig. Jenny har en lignende tankegang som dem når det gjelder kriterier:

Jeg må ha noe apparat for å forstå det i, og der ser jeg mer og mer at vi er nødt til å forholde oss til diagnostisering, som må være kriteriebasert.

Det kriteriebaserte diagnosesystemet omtales som et viktig hjelpende instrument. Det er et sentralt alternativ til at det kun er psykiateren selv som er instrumentet. Jenny reflekterer videre:

(...) den kriteriebaserte diagnostiseringen som man må på en måte oppfylle, føler jeg, fordi man skal ha en felles referanse i forhold til annet behandlesystem. Og fordi det da igjen vil gi pasientene de riktige behandlingene, hvis vi har en felles forståelse for det. På den andre sida, så står man i den situasjonen der man skal kunne prøve å forstå en person. Med dens bakgrunn og historikk og nåværende situasjon, sosioøkonomisk og ikke minst psykologisk, ja, på alle nivåer. Så vil jeg jo håpe at det også igjen gir litt tilbake til diagnostisering og behandling. Men det er min jobb som psykiater at jeg, at det ikke er enten eller, for det har jeg nok kanskje hatt en sånn naiv tenkning om at jeg skal være så veldig dynamisk orientert liksom, og så ser jeg jo mer at den kriteriebaserte diagnostiseringen er veldig viktig. Jeg må kunne den for å stå i en sammenheng og være relevant da.

En felles forståelse av pasientens psykiske vansker anses som essensielt for den faglige utøvelsen. Det sikrer riktig behandling, ifølge Jenny. Videre sikrer en kriteriebasert tilnærming muligheten for sammenligning.

Utfordringen for Jenny ligger i å kombinere et kriteriefokus med en forståelse av den enkelte. Hun regner en psykodynamisk tilnærming som personsentrert og forsøker å kombinere tilnærmingene. Løsningen er å gjøre den personsentrerte til et supplement til en kriteriebasert forståelse. I flere av intervjuene er kontrasten mellom en kriteriebasert diagnostisering og en psykodynamisk forståelse et underliggende tema når informantene forteller om behovet for felles faglige kriterier. En del informanter beskriver en kriteriebasert tilnærming som en løsrivelse fra en tidligere faglig lite uniform og mer kasuistisk tilnærming.

Trude er opptatt av faren for at hun eller kolleger blir for ensporete. Bruk av strukturerte intervjuer retter psykiaterens oppmerksomhet mot kriterier. Sammen med konferering med kolleger hjelper det fagpersonen til ikke å bli for kategorisk:

Det blir jo å bruke den grad av struktur som vi har mulighet for i faget vårt. Det ene er de strukturerte intervjuene, det andre er å redusere sin egen skråsikkerhet og være åpen for hvordan andre gjør tingene. For å kunne ta inn innputt fra andre. At vi ikke blir for rigide rett og slett.

Trudes erfaring er at kolleger kan bli for ensidige i sitt fokus og dermed ikke vurderer vanskene tilstrekkelig før de konkluderer. Strukturerte intervjuer sikrer for henne en bred vurdering. En personavhengig vurdering kan bli faglig spekulativ ved at psykiateren følger for mye egen intuisjon. Det vesentlige for henne er at fagpersonens vurdering ikke blir basert på den enkeltes påvirkning. Trude trenger eksterne rettesnorer slik at hennes påvirkning minimeres:

Og mitt behov for å bruke strukturerte intervjuer for å forankre opp mot noe litt mer repetitivt da, som går igjen. Som ikke jeg kan påvirke så mye.

Tanken er ikke at en psykiater kan gjøre en objektiv vurdering. Det handler om å bruke kriteriebaserte kliniske intervjuer eller skjema, slik at vurderingen får tematisert de ulike kriteriene for *alle* diagnosekategoriene. Det nedtoner samtidig det personavhengige. Flere av informantene er interessert i å standardisere vurderingen ved hjelp av strukturerte kartleggingsverktøy⁵¹, og er positive til en økende trend med bruk av kartleggingsverktøy innen psykisk helse. Det sikrer en mer presis bruk av kriteriene.

Systematisk tilnærming

Mange av informantene legger vekt på at de har en systematisk tilnærming i vurderingen av pasientens psykiske vansker. En del setter likhetstegn mellom en systematisk tilnærming og bruk av strukturerte kliniske intervjuer. Strukturerte kliniske intervjuer består av standardiserte spørsmål som er utarbeidet i tilknytning til diagnosemanualene. De sikrer at klinikerer får stilt sentrale spørsmål knyttet til de mest vanlige psykiske lidelsene, og dermed kan ta stilling til hvorvidt pasientens psykiske vansker faller innenfor de enkelte diagnosekategoriene. Kartleggingen skal ideelt sett gi en oversikt over alle sider ved pasientens psykiske vansker.

Sebastian tenker annerledes. Han er også opptatt av å kartlegge vanskene, men skeptisk til strukturerte intervjuer. For han er det viktig av psykiateren bruker sin ekspertkunnskap og vurderer alle foreliggende data (journal og komparentopplysninger i tillegg til pasientens fortelling) og hele forløpet til vanskene. Sebastian anser spørreskjema og intervjuer som usikre måleinstrument fordi de avhenger av svaret pasienten gir der og da.

Felles for Sebastian, Trude, Tove, Kjersti, Jenny og Nina er vekten de legger på systematisk utspørring om symptomer og adferd. Tove sier det slik:

Så det å bruke strukturerte intervju, og liksom få det frem: Hvor lenge varte det? Hadde du angst i sånn dimensjon, eller var det? (...) Rett og slett å ha med den blekka med papir. (...) Du vil jo først og fremst snakke med pasienten. Det å ta seg tid, til det der intervjuet, det ligger liksom ikke i ryggmargen vår.

Intervjuene er for Tove en viktig hjelp til å huske spørsmål og detaljert få kartlagt pasientens psykiske vansker. Det systematiske handler om ikke å overse eller glemme.

⁵¹ Informantene nevner intervjuer som M.I.N.I (Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju) og SCID-II (Structured Clinical Interview for Diagnoses of DSM-IV Axis II) og skjemaer som SCL-90 (Symptom Checklist 90), MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) og PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale).

Tove erfarer at et intervju bryter opp samtalen med pasienten. Det ser hun som en utfordring og tenker at det kanskje er en årsak til at kolleger i for liten grad bruker intervjuer.

Kjersti peker på at helsemyndighetene, og ofte det lokale helseforetaket, har pålagt psykiateren å gjøre en systematisk gjennomgang:

Nå har vi jo helt klare regler for hvordan vi skal gjøre det i helsevesenet i Norge. Vi skal gjøre et diagnostisk intervju. Men jeg gjør aldri det i første time. Første time så gjør jeg det som heter ”innkomst”, og det gjør jeg litt sånn passe strukturert, sånn at det ikke føles som en tvangstrøye på et vis da. (...) Hvis du bruker M.I.N.I., og legger inn litt her og der, hele dette med respekt og interesse og kommunikasjon og ivaretagelse, så tenker jeg at du får en ganske god forståelse av hva den andre sitter med.

Hun mener at den pålagte bruken er fornuftig. Det gir henne en god forståelse av pasientens psykiske vansker. Bruken av et strukturert intervju står ikke i veien for kontakten med pasienten. Kjersti forteller at hun kjenner til kolleger som opplever det slik. Hun er oppgitt over de som forsøker ”å verne” samtalen mot krav til implementering av strukturerte diagnostiske gjennomganger.

Det er en interessant tvetydighet ved informantenes vektlegging av en systematisk tilnærming. På den ene siden beskriver flere av informantene en diagnostisering som svært komplisert. De forteller om fallgruver når det gjelder å gjøre en vurdering av en pasients psykiske vansker. Økt struktur betraktes som en sentral hjelp med tanke på å unngå flere av fallgruvene, som å overse, bli for involvert, bli for enspolet eller ikke se helheten. På den andre siden forteller informantene om hvor rett frem en vurdering kan gjøres, *så lenge* psykiateren forholder seg til en strukturert vurdering. Stilles de rette spørsmålene, vil diagnosen avklares.

En av utfordringene ved en systematisk tilnærming er at psykiateren kan bli opptatt av å stille spørsmål og kartlegge på en måte som hindrer lytting. Trude forteller:

Jeg tenker at jeg har en del knagger, som jeg skal henge dette opp på, dette møtet her. Det er derfor det er så lett å bli å proaktiv og stille mange spørsmål og ikke høre.

Det er ikke lett å lytte når psykiateren skal ha svar på sine spørsmål. På ulike måter forsøker informantene å balansere mellom strukturert og personsentrert lytting. Hovedvekten legges på den strukturerte lyttingen.

Ikke ”synsing og meninger”

Informantene er opptatt av ”å holde seg til saken”. En diagnostisk vurdering berører ikke pasientens individuelle historie eller erfaringer i særlig omfang, slik Tove, Trude,

Sebastian og Kjersti reflekterer. En sentral side ved den strukturerte og kriteriebaserte tilnærmingen er at den opprettholder et faglig fokus. Den hjelper psykiateren til ikke å spekulere over eller interessere seg for mye for aspekter ved pasientens psykiske vansker som informantene mener befinner seg utenfor en faglig ramme. Informantene er skeptiske til at en psykiater ”synser og mener”, som de sier. Trude opplever at ”det kliniske skjønnet” er en stor del av arbeidet, og hun forsøker derfor å få inn struktur der hun kan.

Et faglig fokus innebærer å se det som andre kolleger ville sett. Psykiaterens individuelle fortolkning og det skjønnsmessige ved enhver vurdering beskrives av flere informanter som aspekter ved arbeidet det er nødvendig å begrense. Tove beskriver psykiaterens antagelser eller spekulasjon som det motsatte av å lene seg til kunnskap:

Samme hvor strømlinjeformet vi blir i vår opplæring så vil det være ytterpunkter her, hvor synsing og meninger vil hos den enkelte... Ja, at folk ikke er gode nok, fordi, ja, ikke vet jeg hvorfor. (...) Nei. Jeg tror det er uhyre viktig at det er noen som virkelig kan noe om det. At man ikke, blir man bare synsende, så tar man ikke på alvor at det er faktisk ting som jeg ikke kan. Og høre med kollegaer, ringe til folk, lese i bøker.

Å være god profesjonell handler om ”å synse og mene” minst mulig. Det kan stå i veien for å søke kunnskap om det en ikke forstår, slik Tove ser det. Hun skiller mellom psykiaterens egne vurderinger og oppfatninger, og et faglig fokus. For Tove, Trude, Sebastian og Kjersti består et faglig fokus i å minimere intuisjon, spekulasjon og meninger. Tove oppfatter en undring over de uartikulerte sidene ved pasientens psykiske vansker som en ”avsporing” og lite konkret. Hun er opptatt av at et faglig fokus innebærer å være konkret.

Et faglig fokus innebærer samtidig en avgrensning av teoretiske perspektiver og interesse for pasientens historie. Ingen av informantene utelukker teoretiske perspektiver eller en viss interesse for den individuelle historien. Poenget er at en psykiater skal være litt forsiktig med sin interesse for andre aspekter enn de som er relevante for diagnostikken. Kjersti forteller:

Det trenger ikke være så mye egen historie. Hvis du har diagnostikken. (...) Og noen ganger så tenker jeg at jeg er for interessert i disse andre tingene. Det er det jeg sier er noe av bakdelen med å ha et for bredt teoretisk grunnlag. Det er jo det at noen ganger så blir jeg så interessert i noe annet at jeg kan komme til å miste fokus på den behandlingen som jeg egentlig skal gjøre.

Kjersti har bred kjennskap til ulike terapeutiske teorier. Samtidig blir hun, i likhet med mange av informantene, interessert i personen som sitter foran henne. Flere ganger i intervjuet nevner hun at denne interessen ikke er faglig nødvendig. Faren er at hun kan

miste overblikket i en vurdering eller fokus på behandlingen. Et faglig fokus innebærer *ikke* å interessere seg for eller spekulere for mye over det unike eller pasientens historie.

Et faglig fokus innebærer også å nedtone betydningen av partenes involvering med hverandre. En psykiaters inntreden i pasientens tilværelse er som fagperson med kunnskap og erfaring. Samarbeidet og kontakten er nødvendig for at psykiateren får gjort en vurdering og gitt behandling ut ifra vurderingen. Relasjonen som etableres mellom partene, gis liten betydning i seg selv, og det profesjonelle består blant annet i nettopp ikke å bli overinvolvert. Tove reflekterer:

Nei, jeg tror det er viktig at vi bare er profesjonelle og at de, de skal jo ut igjen i livet. De skal jo klare seg ute, og de må på en måte ut og streve med det. (...) Vi er jo bare én time i måneden, kanskje hver fjortende dag, i høyden en gang i uken. Så jeg tror det å tro at det er, at det betyr veldig mye? Nei.

Tove forteller i intervjuet at hun er opptatt av at pasienten opplever å møte et medmenneske og ikke bare en spesialist. Hun forteller at en pasient kom tilbake til henne etter noen år og takket henne for noe hun hadde formidlet til pasienten og som ble betydningsfullt for vedkommende. Samtidig beskriver Tove, slik som i sitatet, ikke psykiateren som en betydningsfull annen for pasienten. Det profesjonelle avgrenser seg til kunnskapsformidling og en avgrenset behandlingssituasjon.

Oppsummering

Vi har nå sett på de informantenes refleksjoner som jeg plasserer i den ene enden av tredje akse. Her står den diagnostiske vurderingen en psykiater gjør, sentralt. Diagnoser anses som et viktig utgangspunkt for forståelse. Fokuset på sykdom er fundamentalt. Den diagnostiske vurderingen er en måte å organisere det kliniske arbeidet på. Det handler om en strukturert gjennomgang av pasientens psykiske vansker som lener seg på felleskriterier og en systematisk tilnærming. For informantene er det viktig å holde et faglig avgrenset fokus. Psykiateren skal selv ikke ”synse og mene”, men lene seg til fagets fellesforståelse.

6.3 Oppmerksomhet og relasjon

I den andre enden av tredje akse finner jeg informanter som legger vekt på sin involvering med pasienten. Oppmerksomheten er rettet mot det som utspiller seg i relasjonen. Involveringen mellom pasient og psykiater er et tema som opptar mange av informantene. Det som skjer mellom partene og i forholdet som utvikles, regnes å være av sentral betydning for hva psykiateren ser av pasientens psykiske vansker. For flere av informantene er relasjonen til pasienten inngangen til en forståelse av

vanskene. De beskriver seg som mer involvert med pasienten enn det informantene i 4.2 forteller. En diagnostisk vurdering beskrives samtidig enten lite eller som mindre komplisert.⁵² Informantene gir temaet liten oppmerksomhet.

Lars, Morten, Åse og Nils er de informantene som på en tydelig måte vektlegger relasjonen til pasienten og pasientmøtet som inngang til forståelse. De nedtoner samtidig et diagnosefokus. Det beskrives ikke som motsetninger, men en faglig mer distansert vurdering gjør noe med relasjonen.⁵³ Psykiaterens involvering med pasienten forstås som en viktig del av det faglige og et tema som Lars, Nils, Morten og Åse reflekterer mye over i intervjuet. Det som skjer i møtet med pasienten, blir en rettesnor for informantene. En viktig del av den faglige refleksjonen er hvordan informantene deltar i pasientsamtalen.

Tre temaer er av særlig betydning. Det første er relasjonen som etableres. Det andre er hvordan psykiateren lytter. Tredje tema er hvordan psykiateren bruker seg selv i pasientsamtalen. Disse temaene er tett forbundet og overlapper delvis hverandre.

Relasjonen som rettesnor

Lars, Nils og Morten reflekterer mye over møtet med pasienten, relasjonen som etableres, og det som utspiller seg mellom partene. Åse, Truls og Eva vektlegger også betydningen av relasjonen og en oppmerksomhet mot relasjonen som etableres. Lise, Knut og Tormod har en del utsagn der de gir relasjonen og relasjonskunnskap prioritet fremfor annen kunnskap. Det som skiller refleksjonene til de tre første, er at relasjonen som rettesnor gis en tydelig prioritet gjennom hele intervjuet. I alle temaene som Lars reflekterer over, ligger det en relasjonstenkning under. De tre informantene forteller at det er en sentral faglig utfordring å etablere et møte med pasienten som gjør det mulig å bli kjent med pasienten og pasientens psykisk vansker. Som en parallell til hvordan Sebastian, Trude og Tove beskriver den kriteriebaserte diagnostiseringen som en vesentlig faglig utfordring, beskriver Lars, Nils og Morten etableringen av en åpnende relasjon som utfordringen. Det er altså forskjeller i hvordan de reflekterer over og utdyper de temaene som alle informantene nevner.

⁵² Nils forteller at han ”ikke er veldig skjemastyrt. Jeg følger nok mer det jeg kjenner innenifra, i møte med mennesker”. Han benytter strukturerte intervjuer og beskriver det som viktig i enkelte saker, men ”lar meg aldri styre av skjemaer”. Nils stoler mest på sitt ”eget kliniske skjønn”.

⁵³ Lars er blant annet kritisk til hvordan møtet mellom pasienten og en behandler i dag kan bli fragmentert ved at relasjonen til behandleren kommer i bakgrunn for utredningen som primært skal gjøres.

Lars er opptatt av å møte pasienten på en mest mulig åpen måte. Han nevner dette flere ganger. Det innebærer at han har en oppmerksomhet som ikke avgrenses i for stor grad. Han beskriver en oppmerksomhet mot det som utspiller seg mellom pasienten og han selv. Lars beskriver sin primære oppgave slik:

Den primære oppgaven vi har er å møte menneske så åpent så mulig som et menneske som meg, som tilfeldigvis sitter der og som trenger min hjelp og fordi smerten eller lidelsen er av en slik art at det er akkurat meg som nå får denne oppgaven å hjelpe. Altså å sette det perspektivet i forrang, og det betyr å starte med "Den åpnende samtalen", da. Det er i opposisjon til en del andre måter å tenke på, hvordan tar vi førstegangsintervjuet og slike ting for eksempel. At jeg tenker at det er det primære, og så, så har vi også andre oppgaver som vi da på en eller annen måte må innordne under det overordnede perspektivet, som for eksempel å gjøre et strukturert intervju, se på SCL-90, gjøre en GAF eller MADRS⁵⁴ eller hva det nå er. Men mer som et hjelpemiddel i noe som allerede er etablert, som en relasjon.

Lars gir oppmerksomhet mot relasjonen forrang. Det innebærer å møte pasienten som et menneske som han selv. Han refererer til en artikkel av Bjørn Killingmo som beskriver hvordan en relasjon kan være åpnende eller lukkende gjennom partenes kommunikasjon.⁵⁵ I sitatet beskrives oppmerksomheten mot relasjonen som en kontrast til en strukturert vurdering. Bruk av forhåndsetablerte spørsmål kan lukke samtalen. Oppmerksomheten blir snevret inn til å handle om symptomer eller adferd som er gjenkjennbare ved ulike tilstander. Lars beskriver hvordan en oppmerksomhet mot et latent budskap er viktig i den kliniske kommunikasjonen. Han er opptatt av at en slik oppmerksomhet må gis prioritet gjennom et fokus på enkeltpersonen og det som spiller seg ut mellom partene i samtalen. Strukturerte vurderinger og bruk av skjema må forstås ut ifra den (intuitive) kunnskapen og erfaringen psykiateren får og har i relasjonen. Informasjonen som ligger i relasjonen som etableres, og som langt på vei er uartikulert, er for Lars hovedinformasjon og ikke en type tilleggsinformasjon. Det handler om å la noe bli etablert, la seg styre, i kontrast til å ta styringen.

Kontrasten til informantenes refleksjoner i 4.2 reflekterer, ligger i at relasjonen ikke bare beskrives som en kontaktetablering, men utdypes som sentralt tema og som bærende for hele arbeidet. Tormod kommenterer på lignende måte mot slutten av intervjuet. Han sier:

Hvis du forhåpentligvis har med deg en viss sånn grunnleggende relasjonsevne og en viss sånn grunnleggende refleksjonsevne til å vurdere hva du har gjort, så er jo det på en måte de to tingene du har å styre etter, tenker jeg. I dette faget. Og så hjelper erfaring og så hjelper kunnskap.

⁵⁴ SCL-90 er forkortelse for Symptom Checklist 90. GAF er forkortelse for Global Assessment of Functioning. MADRS er forkortelse for Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale.

⁵⁵ «Den åpnende samtalen» (Killingmo, 1999).

Her går Tormod langt i si at relasjons- og refleksjonsevne overordnes kunnskap og erfaring. Evnen til å møte pasienten og reflektere over det som skjer i møtet og egne handlinger, beskrives som faglige rettesnorer.

Nils, Lars, Morten, Eva, Åse og Tormod vektlegger refleksjon og selvrefleksjon i møtet med pasienten. De forteller at refleksjon i relasjonen er avgjørende for den faglige praksisen. Varhet for gjenklangen hos pasienten og selvobservasjon er retningsgivende for Nils:

Men den eneste rettesnoren vi har er våre pasienters respons på våre intervensjoner. (...) Oppmerksomheten skal på en måte gå begge veier. Den skal også gå innover i deg selv, i forhold til både det som former dine egne spørsmål eller intervensjoner, men så skal det også ikke minst være rettet mot responsen du får fra pasienten på det du sier eller gjør. Og det er ofte et begynnerproblem. At du investerer så mye i dine egne intervensjoner at du faktisk ikke møter responsen. Altså, du lukker deg til for den responsen du får.

Sitatet kan ikke tolkes bokstavelig. Nils forteller i intervjuet om betydningen av veiledning, kunnskap, kjennskap til teorier, bruk av skjema og innspill fra kolleger. Samtidig er poenget hans at disse kunnskapskildene og hans erfaring må anvendes med en varhet for hva pasienten formidler. Den fundamentale utfordringen er å lytte til pasienten, nettopp på grunn av all kunnskap og erfaring fagpersonen sitter med. Nils beskriver evnen til selvobservasjon og lyttekompetanse som en faglig utvikling. Lars og Morten vektlegger like tydelig som Nils behovet for en faglig åpenhet for pasientens annerledeshet.

Tørre å møte den andre

Flere av informantene er opptatt av utfordringen som ligger i å ha den åpenheten som kreves. Det innebærer å blottstille seg. Morten forteller at han må være åpen for å tematisere det som kan være ubehagelig for en eller begge parter. For han ligger det en fare i fagpersonens mulighet til "å gjemme seg bak skjemaer". For informantene handler det om å ha relasjonen som rettesnor, om å tørre å møte den andre.

Nils og flere av informantene forteller at psykiateren må kjenne seg selv. Når psykiateren interesserer seg for møtet, innebærer det samtidig en oppmerksomhet på egne reaksjoner:

Og hva det vekker hos meg, det møte, kontakt med egne følelser. (...) At det å være delaktig observatør, delaktig, ha kontakt med seg selv, men samtidig er man jo en observatør, ikke bare for pasienten, men også på seg selv. "Hva er det som rører seg i meg, i dette møte?" Det er vel det som gjør meg litt mer trygg etter hvert, da. Det kan jeg stole på.

Det handler for Nils om å stole på egen observasjon av seg selv og at det gir troverdig informasjon. Å møte pasienten handler samtidig om å møte seg selv. Det er en parallell mellom det Nils beskriver som sin oppgave, og det han forsøker å hjelpe pasienten til:

Det er som å gå inn i et ukjent landskap, og det indre, det som rører seg i det indre er ofte skremmende for mange. Så hvis du skal klare å møte det, så må du kanskje ha en forståelsesramme, en meningsramme rundt det, ellers så blir det skremmende.

Her forteller Nils om pasientens møte med sitt indre. Det kunne samtidig handlet om psykiaterens møte med sitt indre. Det han vektlegger som sentralt, er at den som interesserer seg for egne mer ukjente reaksjoner, følelser og tanker, trenger en ramme å kunne gjøre det innenfor. Informantene er nettopp opptatt av at mye av arbeidet med å etablere et møte med pasienten består i å etablere en trygg ramme for pasienten. Det krever samtidig en faglig trygg ramme for psykiateren.

Åse reflekterer over den faglige tryggheten hun trenger for å kunne møte pasienten mest mulig åpent. Hun forteller:

Det er jo viktig at man kjenner seg trygg i den jobben man gjør. Og det er jo veldig godt å ha noen konkrete verktøy. (...) Det er helt greit at man trenger noe å holde i når man er fersk og uerfaren, men når man har på en måte jobbet et langt liv så har man kanskje utviklet en sånn fingerfølsomhet som gjør at man kanskje ikke trenger så mye sjekklister og verktøy. (...) De der genuine menneskemøtene, det at pasienten opplever at de virkelig har blitt møtt. Jeg er ikke bare en som har studert medisin i seks år, men jeg føler at jeg får brukt hele meg, som menneske.

Åse erfarer at hun stiller seg i en utsatt posisjon når hun forsøker å møte pasienten. For henne innebærer det ikke å avgrense tema eller ha en for strukturert måte å nærme seg pasienten på. Utviklingen av en faglig forståelse av og erfaring med relasjonskunnskap, og en bearbeiding av faglig kunnskap og erfaring slik at hun "har det i fingrene", er viktig for henne. For Åse handler det om en faglig trygghet slik at hun kan være til stede uten å gripe til "teknikker" eller "verktøy". Flere av informantene er opptatt av at psykiateren må tørre å tre frem som menneske, og ikke gjemme seg bak en rolle.

Morten forteller at han jobber med å finne frem til "det autentiske". Da føler han at han "er i et møte, noe slags ekte møter". Han er i likhet med Åse opptatt av at det kan være krevende og utrygt for begge parter. Lars sier at det ikke alltid lar seg gjøre. Informantene skiller her mellom det som kan stadfestes ved hjelp av skjema og klinisk observasjon, og det som skjer i involveringen i relasjonen. Informantene beskriver at den faglige utfordringen og primære oppgaven ligger i det siste aspektet.

”Det som er betydningsfullt for pasienten”

Relasjonen til pasienten og kommunikasjonen mellom partene tenkes som inngangen til å bli kjent med det som er av betydning for pasienten. Det forteller Lars, Nils, Åse, Eva, Truls og Morten. Det innebærer en tanke om at noe manifesterer seg, og noe ligger mer latent i kommunikasjonen. Informantene er opptatt av det som ikke formidles direkte, eller som ikke passer med det pasienten forteller. Truls er opptatt av den nonverbale kommunikasjonen og sier spissformulert at ”den verbale kommunikasjonen bruker vi til å lyve med, og fortelle det vi vil”. En oppmerksomhet mot pasientens reaksjoner, handlinger, væremåte og respons på psykiaterens væremåte og handlinger, åpner for et mer latent budskap. Informantene går ut fra at dette aspektet ved kommunikasjonen peker på det som er av betydning for pasienten.

Informantene beskriver meningsaspektet ved pasientens psykiske vansker som skjult og ofte vanskelig å se. Det som viser seg i kommunikasjonen, blir arenaen der begge parter kan bli kjent med hva symptomene eller vanskene betyr for den enkelte. Lars mener at kommunikasjonsformen, måten kommunikasjonen utspiller seg på, viser veien til det som er av betydning for pasienten:

Det er viktig for å bevisstgjøre noe som er ubevisst for å kunne bruke det også. Det er på en måte en slags forståelse som du skal kunne bruke for å hjelpe pasienten. Det handler om å utvikle den evnen som vi har intuitivt, til å få tak i det som eventuelt stopper kommunikasjon, åpner kommunikasjon. Altså den følsomheten for hva som kan skje i en samtale i forhold til at det lukker seg til, at man lukker seg tilbake eller forsvarer seg, eller blir mer påholden, eller åpner seg opp. Altså at noe skjer som viser oss at vi er på sporet av noe, noe som er betydningsfullt for pasienten, som er berørende. Den følsomheten for at den eneste arenaen for hjelpearbeid er denne dialogen.

Lars er opptatt av å åpne for hva som kan ligge i møtet av mer skjult mening. Som medmenneske tenker Lars at han intuitivt oppfatter aspekter ved kommunikasjonen som er av betydning. Han beskriver møtet med pasienten som en arena der partene aktivt blir involvert i, eller holdt unna, det som er av betydning for pasienten. Pasientens psykiske vansker forstås som fenomener psykiateren kommer i berøring med.

Lars nevner det ubevisste. Tanken om noe ubevisst, eller et latent budskap, er sentral for informantenes interesse for relasjonen som etableres. I intervjuet forteller Lars at han tidlig i karrieren gjennom veiledning ble bevisst sin kompetanse til ”intuitivt å oppfange noe av hvordan pasienten var, hvordan hun forholdt seg til meg, og at jeg kunne beskrive noe av det som skjedde i timen”. For han var det overraskende at det

ble vektlagt. Betydningen av en slik kompetanse er for flere av informantene knyttet til tanken om noe ubevisst.

For Nils er det viktig at psykiateren er seg bevisst sin fremtreden og hva den åpner og ikke åpner for:

Og hvis pasienten opplever at han ikke kan komme med det som egentlig ligger og gnager pasienten, så vil de sannsynligvis presentere noe helt annet som kan være en konsekvens eller på siden av det aktuelle problemet.

For Nils er det ikke sikkert at pasienten forteller psykiateren det viktigste. Han tenker at ansvaret ligger hos psykiateren. Lars og Morten legger også ansvaret over på psykiateren. Det er psykiaterens faglige oppgave å legge til rette for at det som er av betydning for pasienten, kan vise seg. Morten er opptatt av at psykiateren her kan gjøre det lett for seg selv, ved kun å forholde seg til den artikulerte kommunikasjonen:

Mange følelser sies nesten aldri. Kanskje fanges i en slags, kanskje snarere det man ikke snakker om, ikke sant. Og da ligger det en fare i å ta alt på "face value": "Ja, men da er jo alt bra da".

Morten går langt i å beskrive en av psykiaterens oppgaver som å interessere seg for det som ikke sies. Han er opptatt av at fagpersonen må åpne for det som er vanskelig å snakke om, og ikke for eksempel for fort "trøste" ved å vri tema over til å handle om en tilstand, et symptom eller en sykdom.

Flere av informantene forteller at en oppmerksomhet mot relasjonen som etableres, og kommunikasjonen som utspiller seg, ofte er faglig underkommunisert. Lars er blant annet oppgitt over den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet som omtaler behandling av depresjon:

Jeg tenker det kan være en overdreven tro på forskningsresultater og på evidensbaserte metoder. (...) Men disse retningslinjene sier jo ingenting om møtet da. Det kan si noe om at den og den behandlingen har vist seg å virke eller er anbefalelsesverdig, men det sier jo ikke noe om innholdet i møtet. Og kan ikke si noe heller, det ville jo være. Og den biten er jo den viktigste egentlig.

For Lars er det som skjer i møtet med pasienten, det viktigste. Det står ikke i motsetning til forskningsbaserte retningslinjer, men det er et aspekt han hevder er i ferd med å forsvinne fra den rådende faglige oppmerksomheten. Morten, Åse og Truls sitter med lik erfaring.

Lytte

Et annet tema er lytting. Informantene forteller at de er opptatt av å lytte, de reflekterer over hvordan de lytter, og vektleger hvor krevende det er å lytte. Det beskrives som

en vanskelig prosess som i vesentlig grad handler om ikke å lukke seg for noen inntrykk. Forsøke å ta inn og reflektere over flest mulig sider ved det pasienten formidler.

Lytting handler om å være oppmerksom på både form og innhold ved pasientens kommunikasjon. Flere informanter vektlegger det å spørre ut ifra undring: ”Dette skjønnte jeg ikke.” Spørsmålet stilles ikke alltid direkte til pasienten. Psykiaterens lytting er tett forbundet med tanken om noe betydningsfullt uartikulert:

At det er mye vi formidler, som vi ikke formidler via ord. Det er mye vi, det er på en måte vår form, vår måte å snakke på, vår måte, hvordan vi eventuelt holder tilbake, som er hele tiden viktig informasjon. Og for å kunne fange det opp, så krever det jo at den som skal lytte til det er åpen for det, og ikke stopper det. Fordi da vil, da vil dette bli borte.

Lars er opptatt av at det er viktig informasjon som kan forsvinne, eller aldri bli oppfattet. Lytting er knyttet til målet om å være ”åpnende”. For Lars handler det om å lytte etter det som ikke er ”typisk”:

Kanskje på en måte det å gi respekt eller på en måte holde opp, det som du ennå ikke forstår. (...) jo mer vi ser det typiske, jo lettere får én type språk dominans, det språket som er utviklet om det typiske. Mens det motsatte er jo å lytte til de språklige valørene som kan peke andre retninger, eller som kanskje skal utforskes mer sokratisk.

Her forteller Lars at han må rette oppmerksomheten mot det som er annerledes, det som ikke passer inn. Oppmerksomheten rettes automatisk mot det en er mest kjent med, men psykiateren må også lytte etter det som ikke så lett oppfattes.

Lars, Nils, Eva, Åse, Morten og Truls forteller at de vektlegger en annen måte å lytte på enn den de mener er typisk i legeutdanningen og rådende i dagens helsevesen. Lars og Nils utdyper dette. Deres lytting innebærer mindre fokus på ikke å overse og mer på ”fri” lytting. Sentralt for denne formen for lytting er å ikke feste oppmerksomheten for mye til forhåndsdefinerte punkter. Lars reflekterer over forskjellen:

Det er jo en dødssynd for oss leger, å overse, ikke sant. At vi, men det er jo på en måte den årvåkne oppmerksomhet da. Vi kunne snakke ulike former for oppmerksomhet, den årvåkne oppmerksomhet, ikke gå glipp av noe, falkeøye, ikke sant. Men det er kanskje en annen type oppmerksomhet jeg tenker er mer hensiktsmessig i et terapeutisk møte, det er jo på en måte mer den oppmerksomheten som Freud forskrev, da han snakket om ”frittsvevende oppmerksomhet”, den som på en måte ikke velger ut. Den som tar inn, og for å ta inn så kan du ikke se deg nærsynt på detaljer, du må tegne det hele bilde.

Lars knytter sin egen lytting til Freuds *frittsvevende oppmerksomhet*.⁵⁶ Det bryter med tanken om å måtte være årvåken for ikke å overse. Tanken er altså at det er mulig å

⁵⁶ (Freud, 1912/1986). Det fins en enorm mengde litteratur som omtaler og drøfter Freuds begrep og tanker om terapeutens oppmerksomhet i møtet med pasienten, se (Etchegoyen, 2005), s. 12, 77 ff., 505 ff.

være *for* fokusert. For Lars handler det om ikke å være for styrt av egen agenda, som for eksempel å skulle stille en diagnose.

Nils nevner som Lars Freuds ”frittsvevende oppmerksomhet” som et vesentlig prinsipp for sin lyttende oppmerksomhet. Det innebærer å stole på egen intuisjon som betydningsfull og at det som ligger en på hjerte, ikke formidles direkte. Nils sier:

Nå er jeg litt mer sånn på intuisjonsplanet, at jeg stoler faktisk på det mer intuitive. Jeg er nok mer til stede, tror jeg, i det som er i rommet, i øyeblikket. Og litt mindre i tanker, planer og struktur. Lar det mer komme det som kommer, og så stoler jeg på at det som kommer, det er det viktige. Og det syns jeg at jeg har fått bekreftet gang på gang.

Nils stoler på at pasienten kommuniserer det som er av betydning. Utfordringen ligger i å forstå det, være til stede og plukke opp det som formidles. Nils vil ikke jobbe med å stille de rette spørsmålene for å åpne for å se hva pasienten sliter med. For han handler det om ”å være der pasienten er, og følge den prosessen som skjer”. Videre er han opptatt av å stille seg spørrende til det som kommuniseres, for å kunne se bredden og nyansene i det.

Det er en ambivalens hos flere av informantene overfor forskjellen mellom det å lytte og psykiaterens pålagte oppgave med å gjøre en strukturert diagnostisering.

Informantene opplever det ikke som enten eller. Samtidig erfarer de at kravet om diagnostisering kan stå i veien for en åpnende lytting. Lars forteller:

Da tenker jeg at kanskje den der splittelsen mellom de to tilnærmingene er på en måte blitt større enn det var da jeg utdannet meg. Og at det var større rom for å primært nærme seg pasienten med en terapeutisk åpen holdning, og så kunne det andre komme sånn litt etter hvert. Altså kan vi tenke at det er snudd nå. Nå er kravet om fort å stille en diagnose, krav til dokumentasjon av diagnose, at det er kommet inn mange ting som presser frem det perspektivet mer enn det gjorde da jeg ble utdannet. Og jeg tenker at vi har tapt noe i det.

Lars erfarer en økt splittelse mellom det han tenker som åpen versus mer styrt lytting. Endrede krav med tanke på diagnostisering gjør noe med psykiaterens mulighet til å lytte. Selv om Lars, Morten, Eva, Nils og Åse ikke forteller at det nødvendigvis ikke er en motsetning mellom ”fri” lytting og bruk av strukturerte intervjuer, så peker de på potensielle motsetninger. Disse mulige motsetningene knytter de til at den ”frie formen for” lytting er på vikende front i dagens psykiske helsevern.

Å bruke seg selv

Informantenes refleksjon over ”å bruke seg selv” er tredje tema ved en orientering i relasjonen. For Truls, Morten, Nils, Lars og Åse er det viktig at psykiateren lar seg involvere i relasjonen og kommunikasjonen med pasienten og er bevisst på egen tilstedeværelse.

Informantene forteller at de ”bruker seg selv”. Det handler både om å være profesjonell, i betydningen tillært tilstedeværelse, kombinert med en personlig tilstedeværelse, i betydningen å la seg involvere uten å være i en rolle. En informant forteller at det er ”en faglig utviklet” tilstedeværelse som samtidig er ”en grunnleggende menneskelig kompetanse”. Det profesjonelle innebærer rammer for tilstedeværelsen og en bevissthet rundt oppgavene.

Å bruke seg selv innebærer å rette oppmerksomheten mot pasienten ved å erfare hva som skjer i en selv. Det skjer paradoksalt nok gjennom en økt bevisstgjøring av seg selv og sine handlinger. Lars forteller:

Min oppgave er da å rydde til side så mye av det som kan forstyrre av, i mitt eget liv eller min egen personlighet, altså en bevisstgjøring av det som kan forstyrre meg i den oppgaven å være oppmerksomt til stede.

En faglig utvikling innebærer en egenutvikling og øker muligheten for tilstedeværelse med pasienten. Å være oppmerksomt til stede innebærer, ifølge Nils, en aktiv deltagelse:

(...) samtidig er jeg interagerende, at jeg deltar med mine tilbakemeldinger, mine refleksjoner, mine svar, med min oppmerksomhet. Og så i neste omgang er jeg også observerende i forhold til hvordan mine observasjoner og jeg selv går inn i dette samspillet.

Nils beskriver en observerende deltagelse, der oppmerksomheten er rettet mot pasienten, han selv og samspillet. For eksempel reflekterer Nils over hva informasjon om psykose gjør med pasienten og kommunikasjonen, hvordan det lukker eller åpner for pasientens egne erfaringer og pasientens forhold til psykiateren.

Å være til stede handler om å la seg engasjere i det pasienten formidler. Nils er opptatt av at han ikke bare bruker følelsene som sensorer, men også responderer:

Så jeg syns at det å være involvert, det må jeg være. Og med mine egne følelser. Men de skal ikke ha fokus, der er det nøytraliteten kommer inn, tenker jeg. Det er ikke mine følelser som skal ha fokus, det er pasientens følelser. (...) Å bruke følelsene som, både som instrument for å forstå, men også å uttrykke, sånn at jeg kan hjelpe pasienten til å tørre både å kjenne og uttrykke sine egne følelser.

Psykiaterens respons kan hjelpe pasienten til å bli kjent med og uttrykke egne følelser. Flere av informantene peker på det handlende aspektet ved tilstedeværelse.

Psykiaterens aktive deltagelse er en mulighetsbetingelse for at pasienten kan bli bedre kjent med seg selv. Nils forteller samtidig at psykiaterens reaksjoner kan være negative:

Så det handler om å se den helhetlige virkningen av det både vi gjør og som pasienten bærer på. Og hvis vi blir for sjokkert over det pasienten selv har gjort, eller godtatt at har skjedd med seg selv, så kan det føre til at pasienten låser seg og ikke virkelig kommer frem med det som er kjernen i problemet.

Nils er opptatt av handlingsaspektet ved egen tilstedeværelse. Oppmerksomheten er rettet mot pasienten og oppgaven med å hjelpe frem en forståelse av pasientens psykiske vansker. Det understreker at tilstedeværelsen som psykiater ikke er den samme som Nils har som privatperson. Samtidig som han skal være involvert og kunne respondere på pasientens formidling, må han være bevisst hvordan responsen kan påvirke pasienten. Målet er å la pasienten bli kjent med egne vansker.

Tilstedeværelsen er ikke uproblematisk. Psykiaterens bruk av seg selv avslører sider ved hvem psykiateren er. For informantene er det subjektive en del av arbeidet, og flere av dem er mer opptatt av det uheldige ved forsøk på ikke å være subjektiv. Nils sier:

Det er mange områder der det er viktig å være nøytral slik at pasienten ikke hemmes i sin beretning. Samtidig så må vi ha med våre egne erfaringer og opplevelsgrunnlag, og da er vi ikke nøytrale. Vi er jo aldri helt nøytrale. (...) For jeg tror at vi kan bli for utydelige hvis vi prøver å være helt nøytrale.

For Nils fins det ikke noe alternativ til å være til stede som seg selv, det vil bli kunstig. En stor del av den faglige utviklingen for en psykiater er hvordan fagpersonen bruker seg selv, sin fagkunnskap og erfaring i møtet med pasienten. Psykiateren vil alltid som person utgjøre en del av relasjonen. For informantene handler det om en balansert personlig tilstedeværelse, og ikke at psykiateren skal forsøke å være nøytral som deltager.

En balansert tilstedeværelse

Informantene har fokus på relasjon, egen tilstedeværelse og forsøk på det Nils omtaler som ”et lege–pasient-forhold som er jevnbyrdig på det menneskelige plan”. Det vil ikke si at psykiatere som Nils, Morten og Åse aldri tar en ekspertrolle og har en psykoedukativ tilnærming. Nils forteller at han har pasienter med bipolar lidelse og må av og til innta en ekspertrolle overfor pasient og pårørende. For eksempel må han gi ”noen forklaringsmodeller når det gjelder medikamenter”. Det er ikke snakk om motsetninger, men ulike situasjoner. Poenget for informantene er at psykiateren har en bevissthet rundt dette og forsøker å etablere en relasjon som åpner for å se den enkelte.

Det er en balanse mellom å være aktiv deltager og observatør:

Så jeg syns det er en, det har alltid fulgt meg som en rettesnor, balansen mellom nærhet og avstand. Det må være en balanse der, for ellers kan du bli overinvolvert og dratt inn i noe som gjør at du mister oversikten eller vurderingen av det som skjer.

Psykiaterens oppgave som deltagende observatør utfordrer balansen mellom nærhet og avstand. Alle beskriver erfaringer med å bli overinvolvert samtidig som de mener det er negativt hvis psykiateren blir for distansert.

Kunnskap om teorier som kan gi psykiateren en forståelse for det som skjer i samspillet, nevnes av flere som viktig. En annen hjelp er veiledning. Nils sier:

Så der er det godt å ha en god teori, og forstå hva som spiller seg ut og gjerne drøfte det med en kollega. Mulighet for veiledning er kjempeviktig for oss, selv med erfaring, fordi det er så sterke krefter og vi kan bli så lett fanget i motoverføringer eller bli for overinvolvert.

Nils har erfaring med at han kan bli dratt inn i noe eller selv overreagere. Han nevner begrepet motoverføring.⁵⁷ Arbeid i relasjoner er alltid en balanse der partenes reaksjoner kan bli overdrevne. Flere av informantenes refleksjoner bærer klart preg av psykodynamisk tenkning, både ved begreper som benyttes, og tanken om at tidligere erfaringer påvirker relasjonen.

Åse beskriver at oppgaven med en balansert tilstedeværelse er et emosjonelt krevende arbeid. Hun er opptatt av egne grenser:

Å finne hvor grensene mine går, for ikke å slite meg ut. Fordi jeg tenker at den følsomheten er et kjempeviktig arbeidsverktøy for meg, men samtidig så, det er både en styrke og en svakhet da. (...) Jeg vet ikke om man er født med evnen, eller om det går på interesse for å bli bedre kjent med seg selv, da. Jeg tenker at en psykiater som ikke er villig til å gå i egenerapi for enhver pris, da tenker jeg at det bør skurre litt.

Evnen til involvering beskrives både som en styrke og en potensiell svakhet. For Åse er det viktig å bli kjent med egne grenser. Det handler om å utvikle evnen til å være nær uten samtidig å slite seg ut. Det er ikke alltid hun finner balansen. Videre knytter hun evnen til tilstedeværelse til egenutvikling og å kjenne seg selv. For henne er det viktig med egenerapi.

Oppsummering

Over har vi sett på de informantene som kan plasseres i den andre enden av tredje akse. Oppmerksomheten er rettet mot det som utspiller seg i relasjonen mellom pasient og psykiater. Informantene vektlegger betydningen av psykiaterens involvering i pasientsamtalen. Samtidig nedtones fokuset på diagnoser og en kriteriebasert

⁵⁷ Med motoverføring menes de følelser, reaksjoner og væremåter som en pasient vekker i en behandler. Kunnskap om og forståelse for egen motoverføring kan gi klinikerens muligheter for en utvidet forståelse av en pasient og pasientens psykiske vansker.

vurdering av pasientens psykiske vansker. Relasjonen beskrives som en rettesnor. Det handler om å tørre å møte pasienten ved selv å være til stede som person og en tro på at det som er betydningsfullt for pasienten, viser seg i det mellommenneskelige samspillet. Informantene er opptatt av å lytte åpent til pasientens kommunikasjon og å bruke seg selv og sin tilstedeværelse i samtalen.

DEL 4: Fortolkning av empirien

Innledning – *Medisineren* og *Fortolkeren*

I kapittel 7 og 8 tolker jeg funnene fra datamaterialet. I hovedsak finner jeg to forskjellige måter å legge til grunn en forståelse av det kliniske arbeidet på. Etter min oppfatning handler de to distinkt forskjellige forståelsene om to typer konstituering. Det går for eksempel en rød tråd gjennom å vektlegge en sykdomsforståelse, kunnskap om ulike sykdommer og en beskrivende tilnærming som fokuserer på sykdom. Typene representerer forskjellige måter å betrakte det kliniske arbeidet på, ikke persontyper eller en enhetlig gruppe. Typologien er et analytisk grep jeg gjør for å fange inn essensielle trekk ved måten informantene konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid på.

Informantenes refleksjoner som plasserer seg mellom de to typene, utgjør ikke et selvstendig tredje alternativ. På enkelte punkter kan disse refleksjonene representere en integrering, men i hovedsak er ikke typene motpoler som kan integreres. En kan vanskelig både si som Trude at den diagnostiske vurderingen er det viktigste, og samtidig si som Truls at diagnoser sier veldig lite.

Typene innebærer ulike måter å integrere og vektlegge de forskjellige aspektene i de tre hovedtemaene fra del 3 på; hva en psykiater arbeider med (ontologi), hvilke kunnskapskilder som er av betydning (epistemologi), og den relasjonelle dimensjonens betydning for arbeidet. Dermed legger typene til grunn tre forskjellige prinsipper hver. Slik jeg ser det, utgjør disse prinsippene tre orienteringspunkter som blir bestemmende for måten forståelsen konstitueres på.

Jeg har valgt å kalle typene *Medisineren* og *Fortolkeren*.⁵⁸ I kapittel 7 fortolker jeg *Medisinerens* tre orienteringspunkter. Deretter gjør jeg en fortolkning av *Fortolkerens* tre orienteringspunkter i kapittel 8. Jeg tar med enkelte eksempler fra intervjuene og forsøker å plassere funnene i relasjon til andre posisjoner innen faget. Det teoretiske rammeverket fra kapittel 3 er hovedressursen til fortolkningen.

⁵⁸ Betegnelsene *Medisineren* og *Fortolkeren* kan gi inntrykk av at det dreier seg om to personer. Med for eksempel *Medisineren* menes en psykiater som legger til grunn en forståelse av sitt kliniske arbeid i vesentlig grad ut ifra de tre orienteringspunktene som er knyttet til denne typen.

Kapittel 7: *Medisineren*

7.1 Innledning

I dette kapittelet fortolker jeg *Medisinerens* måte å konstituere sin forståelse av det kliniske arbeidet på. Strukturen i kapittelet følger disse tre orienteringspunktene: psykisk sykdom, fagkunnskap og deskriptiv tilnærming. Avslutningsvis ser jeg på *Medisineren* i et samfunnsperspektiv.

Først ser jeg på hva det innebærer å forstå arbeidet med utgangspunkt i kjennskap til et sykdomspanorama. En sentral inngang til praksisfeltet er *Medisinerens* forståelse av psykisk sykdom, og en kan overordnet si at *Medisineren* arbeider med psykisk sykdom. Så ser jeg på hva som ligger i *Medisinerens* måte å betrakte og reflektere over sin fagkunnskap på. Den fagkunnskapen som kan bekreftes av vitenskapelige studier, og som alle dermed kan forholde seg til ved å gjøre seg kjent med forskningslitteraturen og lærebøker, vektlegges. Fagkunnskapen beskrives som relativt entydig og fremstår som den sentrale forståelsesrammen som psykiateren kan lese sitt praksisfelt ut ifra. Videre gjør jeg en fortolkning av måten *Medisineren* legger vekt på observasjon og vurdering av pasientens psykiske vansker ved hjelp av systematikk og kriterier. Det sikrer at psykiateren ikke overser, ikke blir for ensporet og at vurderingen ikke avhenger av psykiaterens synspunkter eller holdninger. *Medisinerens* vektlegging av en beskrivende tilnærming viser typens forståelse av relasjonen mellom pasient og psykiater.

Flere av informantene beskriver en slik måte å forstå det kliniske arbeidet på, og legger altså vekt på alle tre orienteringspunktene. Det fremstår samtidig som en måte å betrakte på som alle informantene kjenner til. Flere av de informantene jeg plasserer i motsatt ende (på aksene), ser sin egen måte å betrakte det kliniske arbeidet på i kontrast til å fokusere på avgrensede tilstander, diagnoser, kunnskap vitenskapen kan produsere, og en beskrivende tilnærming. Orienteringspunktene er momenter som vektlegges innen dagens rådende tilnærming. Den deskriptive diagnostikken og forskning på avgrensede sykdomstilstander er tett forbundet. Det knytter etter min mening psykiatrifaget til medisinen for øvrig, og jeg har derfor kalt typen *Medisineren*. Jeg avslutter kapittelet med å se *Medisinerens* konstituering i et samfunnsperspektiv.

7.2 En psykiater arbeider med psykisk sykdom

For *Medisineren* er det nærmest en selvfølge å starte med psykisk sykdom eller lidelse når en skal reflektere over hva en psykiater arbeider med. Spørsmålet om hva en

psykiater arbeider med, handler om hva en mener med psykisk sykdom. Tove og Trude er opptatt av å understreke at en psykiater arbeider med sykdom på lik linje med alle andre leger. Sebastian og Nina har et selvfølgelig fokus på sykdom når de forteller hva de arbeider med.

Funnet av informanter som vektlegger pasientens psykiske sykdom som orienteringspunkt, er lite overraskende. Flere steder er det i dag opprettet avdelinger og tilbud som spesialiserer seg på spesifikke lidelser, som schizofreni, affektive lidelser eller spiseforstyrrelser. Helsetilbudene er ofte inndelt etter sykdomskategorier. Det meste av dagens forskning baserer seg på sykdomsklassifisering, og mye av fagkunnskapen knyttes til de enkelte sykdommene. Sykdommen legger føringer for hvilken behandling som velges.

Flere av informantene identifiserer seg med sin medisinske utdanning. Ifølge Trond Aarre er den medisinske utdanningen gjennomgående sykdomsorientert, og helsevesenet, der legene dominerer, preges av et sykdomsfokus (Aarre, 2010, s. 23). I psykiatrifaget vil jeg knytte en slik utvikling til andre halvdel av 1800-tallet, da den diagnostiske psykiatrien, utviklingen av naturvitenskapelig medisin og infeksjonssykdomsmodellen og degenerasjonsteorien ble etablert (Kringlen, 2012, s. 19-22). I nyere tid har psykiatriens vitenskapelige fremgang styrket forskning som fokuserer på sykdomstilstander (Malt et al., 2012, s. 50). Agledahl knytter et sykdomsfokus til legens implisitte innlæring i å objektivere pasientens vansker (Agledahl, 2011, s. 87). Det er en viktig del i arbeidet med å identifisere hvilken behandling som bør gis. Luhrmanns naturvitenskapelig rettede psykiater betrakter sykdom slik:

For him, what is wrong with a patient is that the patient has a disease, and being a good psychiatrist involves seeing the patient in terms of the disease (Luhrmann, 2000, s. 83).

Å se pasienten ut ifra et sykdomsperspektiv knyttes til det å være en god fagperson, det å være lege. En sykdomsforståelse dominerer *Medisinerens* refleksjon over hva pasienten feiler, og knyttes til oppgaven som lege.

I Norge har vi i dag en pågående debatt omkring innføring av såkalte pakkeforløp innenfor psykisk helsevern (Vogt, 2015). Tanken er at det kan skreddersys spesifikke behandlingsforløp etter hvilken sykdom pasienten har. Kvalitet i behandling knyttes til det å ha et tydelig sykdomsfokus. Psykiaterens tilnærming, vurdering og behandling vurderes ut ifra hvilken lidelse pasienten har. Prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet baserer seg på ”diagnostiske kategorier i henhold til ICD 10”

(Helsedirektoratet, 2015). Behandlingsveiledere fra Helsedirektoratet og helseforetakenes behandlingslinjer tar utgangspunkt i spesifiserte sykdomskategorier (Helsedirektoratet, 2009, 2013). Både helsevesenet generelt (Hofmann, 2014) og psykisk helsevern spesielt (Wifstad, 1997, s. 26) kan sies å ha fokus på sykdom.

En orientering mot disease

Det sentrale funnet er at *Medisineren* er opptatt av en oppmerksomhet mot hva pasienten lider av, gjennom en søken mot *allerede kjente og avgrensede tilstander*. *Medisineren* legger vekt på objektive sider ved pasientens psykiske vansker. Informanter som Sebastian og Kjersti beskriver symptomer som objektive tegn på sykdom. Trude ser på en vurdering av det generelle ved pasientens tilstand som en vesentlig ”knagg” for den faglige forståelsen. Informantene er opptatt av å gjenkjenne fellestrekk og klassifisere tilstander og ikke personer. Etter min oppfatning er det i tråd med det rådende perspektivet i dagens psykiatrifag. Det er viktig for informantene å skille mellom sykdom og person. Kjersti påpeker betydningen av å rette oppmerksomheten mot spesifikke tilstander. En stor del av informantenes orientering er rettet mot gjenkjennelsen av personuavhengige, generelle tilstander som har individuelle variasjoner. I den biomedisinske og kognitive tilnærmingen er fokuset rettet mot en objektiv klassifisering. Dette fokuset hjelper *Medisineren* i hans eller hennes fortolkning av pasientens individuelle historie.

Informantenes fokus på pasientens tilstand gir inntrykk av at psykiatere arbeider med naturlige slag. En psykiater gjenkjenner en type naturgitte fenomen, som en depresjon eller en angstlidelse, som hun gjennom sykdomsklassifisering søker å avgrense og definere ved hjelp av empirisk evidens (Cooper, 2013, s. 960). Cooper beskriver en slik orientering som rådende innenfor psykiatrifaget. For *Medisineren* er det et sentralt poeng at psykiateren fokuserer på generelle tilstander. Kjersti påpeker tilfeller der andre behandlere ble så opptatt av individuelle forhold at de overså en behandlbar tilstand. Tove er også opptatt av behandlingsaspektet. Ifølge Cooper er tanken om naturlige slag sentral når man skal vurdere behandling:

(...) a treatment that successfully treats one-of-a-kind might also treat others-of-a-kind. Ultimately this is why searching for natural kinds of mental disorders is worthwhile (Cooper, 2013, s. 963).

Å søke etter naturlige slag er en viktig hjelp med tanke på behandling. For informantene er det viktig at psykiateren fokuserer på det som kan klassifiseres som sykdom, og som kan behandles. Et fokus på spesifikke tilstander beskrives som et faglig fokus ved at psykiateren da skiller mellom allmennmenneskelige vansker eller

vansker med livet generelt og tilstander som trenger behandling. Det er for eksempel viktig å skille mellom en sorgreaksjon og utviklingen av en depressiv tilstand. *Medisinerens* orientering mot ikke-individuelle tilstander har en tydelig relasjon til informantenes oppfatning av hva som er av betydning ved psykiaterens oppgave overfor pasienten.

Hovedorienteringen til *Medisineren* ligger i et utenfraperspektiv. Det er et perspektiv som er betraktende og sammenlignende, og kan knyttes til dagens empiriske forskning og diagnosesystem. Informantene forteller at de leser pasientens symptomer, adferd og funksjon ved å se etter trekk og tegn de kan gjenkjenne, og det har sammenheng med en orientering mot et diagnosesystem og kunnskap om psykiske lidelser. Fenomenene psykiateren møter, må vurderes og beskrives slik som enhver fagperson kan betrakte den. Tanken om en mest mulig objektiv og verdinøytral vurdering av pasientens tilstand står sterkt i de rådende perspektivene innenfor psykisk helse, også hos de som omfavner en biopsykososial forståelsesmodell. Sebastian og Tove uttrykker klart tanken om nødvendigheten av å betrakte fenomenene ut ifra et mål om å klassifisere, og ikke vurdere eller spekulere over alle mulige underliggende faktorer. Informantene søker seg vekk fra det flertydige og et overdrevent fokus på det individuelle ved vanskene. I dagens psykiatrifag råder det en mistillit til det som omtales som ”den mer spekulative psykiatrien” (Malt et al., 2012, s. 50). Det er gjennom et utenfraperspektiv at *Medisineren* identifiserer pasientens psykiske sykdom. Det komplekse og sammensatte ved psykisk sykdom gjør det nødvendig for informantene å lese pasienten ut ifra et utenfraperspektiv.

Informantenes oppmerksomhet mot allerede kjente tilstander gjør at de har en orientering mot *disease*. De fokuserer på sykdom gjennom å definere og klassifisere en tilstand uten å spekulere over hva tilstanden betyr, eller hvordan den erfares for pasienten. Spørsmål om *hvorfor* tilstanden, besvares etter at en klassifisering av tilstanden er gjort. Også depressive tilstand forklares primært ut ifra psykiaterens kunnskap om ulike depressive tilstander. For Tove og flere av informantene er det av betydning å se pasientens tilstand som *disease*. Det faglige perspektivet knyttes til kunnskap om det målbare ved tilstander. Som nevnt over er flere av informantene opptatt av behandlingsaspektet, at psykiateren fokuserer på sin oppgave med å behandle. Hofmann beskriver behandling som et sentralt moment ved en orientering mot *disease*. ”Målet innenfor *disease*-perspektivet er å lokalisere, forklare og klassifisere fenomener for å kunne diagnostisere, behandle, lindre og gi omsorg” (Hofmann, 2014, s. 135). Forståelsen av hva en psykiater arbeider med, er for mange

knyttet til oppgaven som behandler. Tove setter behandling av en spesifikk tilstand i kontrast til å forstå seg selv bedre. Sebastian er som Kjersti opptatt av å bedre pasientens funksjon, ikke interessere seg for ”livets mysterier”. Et disease-perspektiv etablerer en mer enhetlig forståelse av pasientens psykiske tilstand. Flere informanter forteller at det hjelper pasienten til bedre å forstå sine vansker. Det objektive og målbare ved kjente tilstander kan sies å være informantenes inngang til en forståelse av pasientens psykiske vansker.

Utviklingen av spesifiserte behandlingsmanualer ser jeg i sammenheng med en orientering mot disease. Samtidig kan en slik orientering føre til en utvikling hvor behandling forstås som spesifikke tiltak mot spesifikke tilstander. Jeg ser et forsterket fokus på disease i sammenheng med fremgangen til KAT og andre terapiformer som har utviklet lidelsesspesifikk behandling, og dagens fokus på evidensbasering. Det nedtoner behovet for forståelse av den enkelte. Hos Tove, Sebastian og Kjersti finner jeg nettopp en skepsis mot for mye oppmerksomhet mot individuell forståelse.

Den medisinske modellen og pasientens dysfunksjon

En oppmerksomhet mot kjente og avgrensede tilstander, forstått som naturlige slag, knytter *Medisinerens* orientering til *den medisinske modellen*. Flere forfattere relaterer psykiatrifagets forståelse av psykisk sykdom til den medisinske modellen (Aarre, 2010; Jensen, 2006; Wampold, 2001), slik vi så det hos Murphy. En søker en forståelse av ”pasientens psykopatologi”, som igjen ”danner grunnlaget for tilknytningen til en bestemt psykiatrisk diagnosegruppe” (Malt et al., 2003, s. 14). Ifølge Haugsgjerd og medarbeidere er ”maskinfeilmodellen” en rådende optikk på psykisk sykdom (Haugsgjerd et al., 2009, s. 42). Psykisk sykdom forstås som en dysfunksjon eller ”en eller annen form for funksjonsfeil” (Wifstad, 1997, s. 27). Et disease-perspektiv åpner for en slik optikk. Eric Matthews knytter den medisinske modellen til en naturvitenskapelig medisin og skriver at forståelsen av ”mental disorder” blir som sykdomsforståelsen ellers i medisin (Matthews, 2007, s. 19). Informantenes måte å knytte det kliniske arbeidet til medisinen for øvrig på, åpner samtidig for å betrakte pasientens dysfunksjon.

Den medisinske modellen er individrettet. Tanken er at pasienten har et spesifikt problem som krever spesifikke behandlingstiltak, og at en kan finne frem til mekanismer og forklaringer på problemet. Murphy skiller mellom en *minimal interpretation* og en *strong interpretation* av den medisinske modellen:

The minimal interpretation is therefore recognizably medical in terms of the information it collects, the concepts it employs, and the practices it supports, but it makes few, if any, commitments about what is really going on with the patient (Murphy, 2013, s. 967).

Den medisinske modellen kan forstås som en optikk som former hvilken type kunnskap og hvilke begreper som gis forrang. Fagpersonenes ”rough and flexible set of assumptions and rules of thumb” gjør at spesifikke antagelser om årsaker og forklaringer ikke trenger å inngå i optikken (Murphy, 2013, s. 967).

Medisinerens måte å konstituere sin forståelse av pasientens psykiske vansker på passer med Murphys *minimal interpretation*. Informantene er opptatt av symptomer og tegn som uttrykk for en underliggende spesifikk sykdom som kan betegnes ved hjelp av diagnoser. Flere er opptatt av å ikke gå lenger enn det. Med det mener jeg at informantene betrakter pasientens dysfunksjon som noe generelt, som en psykiater kan gjenkjenne. Det er samtidig ikke den fulle og hele forklaringen eller en beskrivelse som fanger inn det komplekse bildet av pasientens individuelle vansker. Optikken er likevel tilstrekkelig med tanke på å kunne vurdere og tilby pasienten en behandling. Kjersti og Sebastian blander seg ikke inn i alle forhold rundt pasientens tilstand, men fokuserer på den gjenkjennbare psykopatologien.

Den medisinske modellen innebærer en tanke om at psykiateren må undersøke den eller de spesifikke tilstandene pasienten lider av. Tanken er at psykisk sykdom er spesifikke lidelser som kan forklares, studeres og behandles som entydige enheter på lik måte. Det er et vesentlig grunnlag for sykdomslæren innenfor psykisk helse (Haugsgjerd et al., 2009, s. 46; Matthews, 2007, s. 12). Pasientens psykiske vansker forklares ut ifra forståelsen av en spesifikk underliggende psykopatologi.

Oppmerksomheten er individrettet (hvor hos den enkelte ligger problemet?), men ikke rettet mot det individuelle. Tanken om spesifisitet muliggjør et fokus på presise vurderinger av pasientens psykiske vansker. Murphy peker på den muligheten psykiateren dermed har til å kunne forutsi et sykdomsforløp (Murphy, 2013, s. 967). Informantene er opptatt av å skille mellom livsproblemer og spesifikke tilstander. Pasientens sykehistorie betraktes med tanke på å gjenkjenne et sykdomsforløp eller utvikling av en tilstand. Samtidig nevner flere hvordan pasienten påvirkes av sine omgivelser, og forteller om en oppmerksomhet mot sosiale forhold. Likevel finner jeg et overveiende individrettet fokus. Pasientens depresjon, angst eller psykose påvirkes av sosiale forhold, men handler grunnleggende om den enkelte. Lidelsen er den enkeltes.

Medisineren er opptatt av å forklare pasienten hva han eller hun opplever. Et underliggende premiss for Tormods og Kjerstis forklaringsfokus er antagelsen om faglig kjennskap til årsaker og *virkningsmekanismer*, slik jeg leser det. Tanken om virkningsmekanismer er en annen av komponentene i den medisinske modellen. En søken etter virkningsmekanismer preger deler av dagens forskning (Campbell, 2013; Carver, 2007; Murphy, 2013, s. 973-984). Tanken om virkningsmekanismer trenger ikke være knyttet til biologi, selv om tanken kanskje er mest synlig innenfor en biologisk tilnærming. Joar Øverås Halvorsen hevder for eksempel at det er viktig å bli bedre kjent med virkningsmekanismene for behandling når det gjelder psykoterapi generelt (J. Ø. Halvorsen, 2013).

Et fokus på underliggende virkningsmekanismer til de fenomenene psykiateren arbeider med, åpner for det Murphy kaller *a strong interpretation* av den medisinske modellen. Han argumenterer for at kognitiv nevrovitenskap passer med en slik fortolkning gjennom interessen for *subpersonal causes* (Murphy, 2013, s. 984). Det er for eksempel mange som argumenterer for at psykiatri som fag må fokusere på den biologiske kunnskapen i søken etter en bedre forståelse av de ulike lidelsene (Insel & Quirion, 2005; Kandel, 1998; Ringen & Dahl, 2002). Thomas R. Insel og Remi Quirion argumenterer for at den kunnskapen genetikk og nevrovitenskapene i dag etablerer om hjernen, er sentral for å kunne forstå psykisk sykdom. Et viktig utgangspunkt for en slik tankegang sporer jeg tilbake til utviklingen av nevroleptika fra midten av 1950-årene og senere de ulike antidepressiva. Monamin-hypotesen (signalstoffers virkning i hjernen) og funn fra tvillingstudier (genetikens betydning) kan gi personuavhengige, biologiske forklaringer. Når Tormod forklarer pasientens psykotiske erfaringer med biologisk kunnskap, Kjersti forklarer ”proppen” hos pasienten ut ifra kunnskap om panikkangst eller Tove interesserer seg for forklaringspotensialet i biologiske forhold, passer det med en *strong interpretation*. På den andre siden forteller flere av informantene minimalt om en oppmerksomhet mot underliggende virkningsmekanismer. De forteller at psykiske lidelser er sammensatte, og de er forsiktige med å gjøre entydige fortolkninger om årsaker. En rådende tankemodell er *sårbarhet-stress-modellen* (Skårderud et al., 2010, s. 222). Modellen er en tankehjelp for å kartlegge pasientens situasjon og endring av den ”vanlige psykiske likevekt”, og ikke en forklaringsmodell (Skårderud et al., 2010, s. 223). Selv om informantene forteller om mulige forklaringer og betydningen av psykoedukasjon, anser jeg det som en overdreven fortolkning å si at *Medisineren* passer med Murphys *strong interpretation*.

Den medisinske modellen kritiseres for å være reduksjonistisk. Den biopsykososiale modellen, som ble lansert av Engel på 1970-tallet, var en reaksjon mot den biologiske reduksjonismen (Falkum, 2008) og et forsøk på å integrere de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene ved psykisk sykdom.⁵⁹ Erik Falkum beskriver hvordan modellen omfavnes av mange. Ingen av informantene forteller kun om biologiske forhold, men inkluderer psykologiske og sosiale aspekter. Det interessante er likevel hvordan individuelle og kontekstuelle forhold integreres *uten* at tanken om en spesifikk dysfunksjon endres. Slik jeg ser det, er det sammenfallende med måten Malt og medarbeidere omtaler den biopsykososiale modellen på. Olan depresjon er en depresjon som psykiateren kan klassifisere, selv om tilstanden kan være tilknyttet individuelle forhold i oppveksten og situasjonsbestemte forhold. *Medisineren* oppfatter ikke dette som reduksjonisme. Å fokusere på Olan spesifikke dysfunksjon handler om å skjelne mellom det generelle og det individuelle (og kontekstuelle) ved tilstanden. Poenget er at ”hvis vi overdriver synspunktet med at individer er unike, er vi ikke i stand til å samle erfaringer fra en pasient til den neste” (Malt et al., 2003, s. 72). De biologiske, psykologiske og sosiale faktorene integreres på lik måte som Reznek gjør i sitt *modifiserte medisinske paradigme* (Reznek, 1991). *Medisineren* skiller mellom det generelle og intersubjektivt observerbare ved pasientens tilstand og de verdiladete, individuelle aspektene ved den samme tilstanden. Det bygger på en holdning om verdifrie klassifiseringer. Olan depresjon reduseres ikke til å handle om en forstyrrelse i signalsystemer i hjernen, men tenkes som en verdifri, konsensusbasert diagnose. *Medisineren* er nettopp opptatt av å skille mellom sykdom og person uten å overse verken personen eller det sammensatte ved psykisk sykdom.

Den medisinske modellen kan sies å legge premisser for hvilken type forskning som gis prioritet (Haugsgjerd et al., 2009, s. 42; Matthews, 2007, s. 19). En naturvitenskapelig tilnærming er rådende i dagens psykiatrifag (Gilbert, Stänicke, & Engelstad, 2012, s. 10). Wifstad snur poenget. Han ser den rådende sykdomsmodellen i dagens psykiatri i sammenheng med at den forskningsbaserte utviklingen av psykiatrien trenger en rimelig klar sykdomsmodell (Wifstad, 1997, s. 27). Poenget til Wifstad er at sykdomsmodellen til både den enkelte psykiater og psykiatri som fag er påvirket av ”den omseggripende vitenskapeliggjøringen av tilværelsen” og et positivistisk kunnskapssyn (Wifstad, 1997, s. 256). Den rådende sykdomsforståelsen innenfor psykisk helse i dag knyttes dermed i større grad til det vestlige samfunnets

⁵⁹ Selv om den biopsykososiale modellen kan sies å være en rivaliserende modell til den medisinske, peker både Falkum og Ghaemi (Ghaemi, 2010, s. 62-63) på dens brede definisjon og en manglende substansiell diskusjon av de vitenskapsteoretiske problemene som knytter seg til modellen.

vitenskapssyn enn til medisinenes dominans. Måten *Medisineren* konstituerer sin forståelse av sykdom på, kan således ses i relasjon til det moderne prosjektet med å gjøre psykiatrifaget til en vitenskap.

Illness som et supplerende perspektiv

Informantene beskriver en todeling mellom pasientens psykiske lidelse og det særegne individuelle. Som profesjonelle vektlegger de det første. Pasientens erfaring av sin sykdom kommer som et aspekt i tillegg til å gjøre en vurdering av tilstanden. Kjersti interesserer seg for pasientens individuelle historie for å kunne hjelpe med å se lidelsen i kontekst. Psykiaterens forståelse av den enkelte pasients situasjon og erfaringer med pasientmøtet anses som adskilt fra psykiaterens identifisering av pasientens psykiske vansker. *Medisineren* skiller mellom den subjektive erfaringen og sykdom. En deprimert pasients erfaring av samtalen som meningsløs, vil for eksempel *Medisineren* se i relasjon til pasientens depresjon. Poenget er at *Medisineren* vil lese erfaringen inn i en sykdomsforståelse, og dermed ikke gi erfaringen vekt utenom som hjelp til å få et bilde av sykdommen og komplettere forståelsen av situasjonen. En slik måte å objektivere de psykiske vanskene på anses som en del av den faglige tilnærmingen.

Det er et tydelig funn at *Medisineren* nedtoner, eller ser lite på, den enkeltes erfaringsdimensjon. Det subjektive (og det relasjonelle) gis liten betydning når det gjelder psykiaterens faglige *sykdomsforståelse*. Tormod, Kjersti og Sebastian beskriver alle at pasientens psykiske sykdom er relatert til mange forhold, også individuelle og situasjonsbestemte. De omtaler det som at det ligger forhold under. De mener det er spekulativt å interessere seg for mye for den individuelle erfaringsdimensjonen, det som ligger under. Det løser opp et mer entydig fokus. For *Medisineren* er det å vie oppmerksomheten mot individuelle forhold på siden av et nødvendig fokus. Det blir vanskelig å holde oversikten og et fokus. Det handler om å lytte til de rette aspektene ved det pasienten forteller. Men Tormod synes ofte det er umulig å bli kjent med pasientens individuelle erfaringer. Informantene anser det som unødvendig eller spekulativt å utdype en interesse for den enkeltes opplevelse av symptomene.

I tråd med slik Rezneks *modifiserte medisinske paradigme* integrerer ulike perspektiver på psykisk sykdom i et overordnet medisinsk perspektiv, ser *Medisineren* pasientens subjektive erfaringer gjennom pasientens disease. Subjektive erfaringer og individuelle forhold er vanskelige å bestemme entydig. Informantene er opptatt av å lytte til pasienten og møte den enkelte som individ. Et *innenfraperspektiv* forsøker ”å

løfte fram de subjektive beskrivelsene og opplevelsene av å kjenne psykisk smerte” (Skårderud et al., 2010, s. 35). Informantene vektlegger en slik oppmerksomhet. Likevel er det tydelig at en oppmerksomhet mot pasientens illness, ”den sykes opplevelse av sine smerter og sin lidelse” (Hofmann, 2014, s. 135), er et supplerende perspektiv. Informantene snakker nesten ikke om det å orientere forståelsen ut ifra pasientens opplevelse. Trude beskriver illness-perspektivet som viktig, for å kunne gi pasienten ”en viss dose forståelse”. Det endrer samtidig ikke på den faglig overordnede forståelsen som ligger i et disease-perspektiv. *Medisineren* beskriver disease og illness som adskilt. Selv om informantene ikke omtaler for eksempel schizofreni eller en affektiv lidelse som entydige grupper, så er det viktig å ha tilstandene som overordnede orienteringer i pasientsamtalen.

Det subjektive skilles fra de mer objektive aspektene ved sykdom. *Medisineren* knytter det subjektive til forståelse av den enkeltes situasjon og en side som påvirkes av sykdommen. For eksempel går man ut fra at pasientens depresjon har en objektiv sykdomsside som psykiateren har fagkunnskap om og må behandle. Samtidig antas depresjonen både å påvirke og ha sammenheng med den enkeltes situasjon. Derfor tar *Medisineren* hensyn til de individuelle forholdene *også*.

Ved å holde disease adskilt fra illness etableres en objektontologisk posisjon. Karl Jaspers drøfter disse vitenskapsfilosofiske utfordringene allerede på begynnelsen av 1900-tallet. Han var opptatt av å integrere både empiriske (naturvitenskapelige) og hermeneutiske/fenomenologiske (humanvitenskapelige) sider ved psykisk lidelse gjennom en metodologisk dualisme (Jaspers, 1959). I tillegg argumenterte Jaspers for å integrere eksistensielle aspekter. Likevel kritiserer Christoph Mundt ham for å anlegge et utenfraperspektiv (Mundt, 2013, s. 83). Jaspers’ skepsis til psykoanalysens ideologiske preg og fenomenologisk orienterte klinikers for vage og generelle betraktninger, kan ha ført til en skepsis mot å bygge faglig forståelse på et illness-perspektiv. Jeg ser en parallell til måten *Medisineren* er skeptisk til å vektlegge et illness-perspektiv på. I nyere tid ser jeg en slik bevegelse i psykiatrifaget i det som kan kalles ”en økende *biologisk* tendens” (Kringlen, 2012, s. 33), hvor en søker mer objektiv og pålitelig informasjon.

Å betrakte psykisk sykdom som biografiløse tilstander

Medisineren er opptatt av å bevare et faglig fokus på sykdom i møtet med den enkelte. Mange informanter har erfaring med at spekulasjon over individuelle forhold kan føre til et mer tilfeldig fokus. Tove er opptatt av å være konkret, det vil si å ikke spekulere

over eller interessere seg for mye for det fagpersonen ikke umiddelbart forstår. Sebastian, Tove, Trude og Kjersti forteller ikke så mye om en oppmerksomhet mot et individuelt meningsaspekt og symbolbruk. Selv om de forteller at pasientens psykiske vansker er sammensatte og komplekse, søker de tegnets entydighet. Tegnets nivå passer ifølge Stokkeland med de naturvitenskapelige metodeidealer:

”reproduserbarhet, uavhengighet av undersøker, entydig beskrivbart, falsifiserbarhet. Vi kan på dette nivået oppnå høy grad av objektivitet” (Stokkeland, 2011, s. 181). De søker å definere pasientens vansker som enten tegn på sykdom eller ikke. Nettopp på grunn av det komplekse ser *Medisineren* det som en hjelp å betrakte psykisk sykdom som biografiløse tilstander. Problemet med symbolfunksjonen er at den ”fordrer at vi engasjerer vår forestillingsevne” (Stokkeland, 2011, s. 181). *Medisinerens* gjenkjennelse av symptomer og adferd som tegn på en tilstand, hjelper partene å orientere seg i sammensatte og flertydige erfaringer. Psykiateren unngår å bli involvert som erfarende, meningsdannende subjekt. Informantene oppfatter en slik involvering som spekulativ. På grunn av det flertydige ved pasientens erfaringer søker *Medisineren* en entydig beskrivelse. Det er en ambivalens i informantenes uttalelser når det gjelder å forstå pasientens psykiske vansker som biografiløse tilstander.

En objektontologisk posisjon retter søkelyset mot egenskaper som kan klassifiseres av vitenskapen. Hofmann skriver at en tinglig og en avviksbasert sykdomsoppfatning er de to mest fremtredende og bestandige svarene på spørsmålet om hva som menes med sykdom (Hofmann, 2014, s. 57). Den tinglige sykdomsoppfatningen forstår sykdom som en substans, noe virkelig i verden (statisk og uforanderlig) uavhengig av menneskets erkjennelse av den. Den avviksbaserte sykdomsoppfatningen forstår sykdom som et avvik fra en norm, noe som oppfinnes av mennesket ut fra hva det oppfatter som hensiktsmessig (Hofmann, 2014, s. 56). Felles for oppfatningene er at de retter søkelyset mot naturgitte fenomener.⁶⁰

Ved at diagnosesystemene både er konsensus- og kriteriebaserte, kan det hevdes at psykisk sykdom defineres ut ifra en avviksbasert sykdomsoppfatning. Når informantene setter likhetstegn mellom diagnose og sykdom, bærer også deres oppmerksomhet preg av en avviksbasert sykdomsoppfatning. Pasienten har en sykdom når reaksjons- eller handlingsmønsteret avviker fra det normale. Samtidig omtaler *Medisineren* sykdom som et faktisk foreliggende saksforhold. Informantene sier for eksempel at pasienten *har* panikkangst, eller at psykisk sykdom ”setter seg i hodet”.

⁶⁰ En sentral forskjell mellom oppfatningene er at de reflekterer motstridende posisjoner innenfor metafysikken (Hofmann, 2014, s. 56). Det interessante i analysen er derimot det som er felles for oppfatningene.

Det er sentralt for *Medisineren* å objektivere fenomenene psykiateren arbeider med. Mye av dagens forskning på psykisk sykdom fokuserer på *sykdommens* karakteristika, forløp og behandlingsmuligheter ved å utelukke de kontekstuelle og individuelle faktorene. Den dobbeltblinde, randomiserte kontrollerte studien (RCT) søker fellesfaktorene ved en definert enhet, som for eksempel *en depressiv episode*. *Medisineren* griper tak i de aspektene ved psykisk sykdom som han eller hun kjenner til. *Medisineren* betrakter pasientens psykiske vansker som biografiløse tilstander gjennom en objektontologisk posisjon. Det kliniske arbeidet begrenses i vesentlig grad til Olas *depressive lidelse*.

Behovet for rasjonell tilnærming

Medisineren er opptatt av at det kliniske arbeidet i stor grad er preget av faglig skjønn. Informantene beskriver derfor et behov for å forankre sin praksis i vitenskapelig arbeid. Ifølge Haugsgjerd og medarbeidere etablerer det *psykiatriske* perspektivet ”større rasjonalitet i helsearbeidet og mindre rom for fordommer og tilfældigheter” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 20). Den økte forskningsorienteringen i psykiatrifaget har sammenheng med det moderne og tanken om behovet for en mer rasjonell tilnærming. Etter min mening står en slik tankegang sterkt innenfor evidensbasert medisin. Videre er behovet for mindre spekulasjon og teoridrevet praksis i norsk sammenheng en reaksjon mot dominansen av den psykodynamiske tradisjonen i 1960- og 70 årene, slik jeg tolker det. Utviklingen av DSM III er et tydelig (internasjonalt) oppgjør med den psykodynamiske tenkningens hegemoni (Lieberman, 2015).

Trude, Tove og Nina er blant flere som er opptatt av å minske mulighetene for tilfældigheter og variasjoner når det gjelder psykiaterens fokus i pasientsamtalen. De beskriver utfordringer med å fokusere på et disease-perspektiv. Hovedutfordringen ligger ikke i å møte pasienten som person med sin individuelle historie. Todelingen mellom disease og illness fungerer som en sentral hjelp til å kunne ta fatt på pasientens *disease*. Det gir mindre rom for at tilfældigheter og psykiaterens personlighet eller fordommer påvirker det kliniske arbeidet. *Medisineren* har behov for en rasjonell tilnærming som nedtoner betydningen av psykiaterens faglige skjønn. Det finnes ingen blodprøver eller undersøkelser som gir psykiateren klare svar. *Medisineren* søker mot et enhetlig faglig fokus.

Behovet for et enhetlig faglig fokus er knyttet til tanken om at psykiaterne må bruke fagkunnskapen om de ulike sykdommene *på lik måte*. I et arbeid som er preget av klinisk skjønn, oppfatter *Medisineren* standardisering som uttrykk for kvalitetssikring.

En slik tankegang formidles i Helsedirektoratets behandlingsveiledere gjennom å forsøke å innføre økt standardisering (Helsedirektoratet, 2009, 2013). Standardisering blir knyttet til faglighet (P. Halvorsen, 2014; Legeforeningen, 2004b). I et sitat fra Aarre og medarbeidere finner jeg en lignende tankegang som jeg finner hos

Medisineren:

Når vi tar en pasient i behandling, vil vi stilltiende hevde at vi er kompetente til å gi den beste tilgjengelige behandlingen. Pasienten forventer også velbegrunnet og effektiv behandling. Dersom disse forventningene ikke kan innfris fordi vi ikke er kompetente eller ikke er kjente med utviklingen på vårt eget fagfelt, er vi ikke i god tro – og behandlingen er etisk sett tvilsom (Kennair 2002). Derfor bør vi se det som en moralsk plikt å være rimelig oppdaterte før vi lar våre tiltak bli styrt av lokale tradisjoner og eksperter (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2009, s. 19-20).

Pasienter har tilstander som kan vurderes med tanke på spesifikke behandlinger. Ut ifra fagets nyeste utvikling og dokumenterte kunnskap kan psykiateren vurdere hva som er velbegrunnet, effektiv og best behandling. En vesentlig tanke i en rasjonell tilnærming er at vitenskapelig kunnskap står i en rangordning over fagpersoner, erfaring og tradisjoner. Et disease-perspektiv muliggjør en slik bruk av kunnskap om den beste tilgjengelige behandlingen.

Medisineren betrakter tilstander som ikke involverer valg. Skillet mellom sykdom og person gjør at psykiaterens vurdering nedtoner pasientens valg. Matthews ser et slikt skille i relasjon til den vitenskapelige tankegangen som, ifølge ham, preger dagens psykiatri:

For one thing, the idea of reason-explanations is regarded by many as too subjective, qualitative, and variable to be part of a genuinely scientific kind of understanding of any aspect of the world, including our own thoughts (Matthews, 2007, s. 57).

Å tillegge den enkelte pasients håndtering av sin situasjon vekt når det gjelder sykdomsforståelse, vil implisere valg når det gjelder sykdom. Innenfor en objektontologisk posisjon vil en være skeptisk til å definere psykisk helse som verdiladete fenomen. En vil argumentere for en medisinsk forståelse av psykiske lidelser. Dermed kommer psykiske lidelser inn under medisinen. På den måten kan psykiateren unngå å trå inn i verdiladete vurderinger av den enkelte. Tove er opptatt av å fortelle pasienten at psykisk sykdom er tilstander som kan ramme enhver. Psykisk sykdom involverer pasientens handlinger uten å skyldes disse. Det medisinske, med sitt fundament i objektontologi, forstås som en motvekt til ”definisjoner med klare moralske eller etiske implikasjoner”, hvilket knytter ”helse til spesielle verdivurderinger” (Malt et al., 2003, s. 10). *Illness*-perspektivet forstås av *Medisineren* som et område psykiateren må ”trå varsomt i”. Det innebærer pasientens verdiladete

valg og handlinger. Det individuelle forstås som et område der faren for et uvitenskapelig fokus er stor.⁶¹

Medisineren er, som vi har sett, skeptisk til at en psykiater skal arbeide med fenomener som involverer partenes forestillingsevne og pasientens eksistensielle situasjon. Informantene forteller om manglende mulighet for og faglig kompetanse til å ta del i pasientens erfaringsverden og eksistensielle situasjon. Når det gjelder muligheten for å ta del i pasientens opplevelse og forståelse, tenker *Medisineren* som i sitatet fra Hofmann: ”Vi kan (i beste fall) forestille oss hvordan vi ville ha opplevd det om vi hadde vært i (det som vi tror er) vedkommendes situasjon” (Hofmann, 2014, s. 145). Innenfraperspektivet erfares ofte som utilgjengelig, spesielt ved psykisk sykdom, og psykiateren blir henvist til eventuelt å måtte spekulere. For *Medisineren* blir det feil å basere den faglige vurderingen på den enkelte fagpersons forestillingsevne. Den andre utfordringen er den eksistensielle dimensjonen ved pasientens psykiske vansker. Denne dimensjonen beskrives ikke i diagnosesystemene. Videre er det lite tematisert og fokusert på i lærebøker og behandlingsveiledere (Helsedirektoratet, 2009; Malt et al., 2012, Dahl & Aarre, 2012). Utviklingen av en egen retning som *eksistensiell psykoterapi*, innenfor det *humanistiske* perspektivet, understreker hvordan den eksistensielle dimensjonen har vært, og er, i randsonen av psykiatrifagets oppmerksomhet (May, Angel, & Ellenberger, 1958). *Medisineren* anser ikke den eksistensielle dimensjonen som del av sin fagkompetanse. Informantenes tankegang er lik den Agledahl finner i sin studie:

Doctors possess no special knowledge of life’s existential dimension; they do not know better than anyone else what gives meaning to life. Moreover, by probing into patients’ private matters, doctors distance themselves from their professional role and risk invading their patients’ lives (Agledahl, 2011, s. 82).

Pasientens eksistensielle situasjon kan betraktes som delvis adskilt fra pasientens tilstand. En interesse for den eksistensielle dimensjonen forstår *Medisineren* både som utenom en faglig oppmerksomhet og en overskridelse inn i pasientens private sfære. Sebastian er en av flere informanter som er opptatt av å være ”en fagperson” i møtet med pasienten. Det faglige handler om å forvalte ekspertkunnskap, ikke å involvere seg i personlige forhold.

⁶¹ Diskusjonen omkring kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati er ett av mange nyere eksempler på hvordan det advares mot subjektontologi i en sykdomsmodell (Holmøy, 2016; Saugstad, 2016). T. Holmøy nevner to innvendinger mot å vektlegge det subjektive i forståelsen av sykdom, hvilket passer med det flere av informantene forteller. En forklaringsmodell som vektlegger det subjektive, vil vanskelig la seg teste som en vitenskapelig hypotese, og den åpner for å forklare sykdom ut ifra pasientens personlighet.

Behovet for en rasjonell tilnærming treffer kritikken fra Uffe Juul Jensen om at sykdom og livsførsel atskilles. ”Den enkelte pasientens liv og moralske habitus [blir] irrelevant i behandlingsmessig sammenheng” (Juul Jensen, 2015, s. 123). *Medisineren* vil se det som et tilbakeskritt hvis psykiateren skal involvere seg i pasientens livsførsel. Arbeid med pasienter involverer aspekter som livsførsel, pasientens eksistensielle situasjon og et individuelt meningsaspekt. Ved å fokusere på en sykdomsforståelse tenker *Medisineren* at psykiateren sikrer en behersket tilnærming til andre aspekter ved pasientens situasjon.

Profesjonsetiske implikasjoner: En betydningsfull faglig objektivisering

Jeg vil nå drøfte profesjonsetiske implikasjoner av en objektontologisk betraktning av pasientens psykiske vansker. For *Medisineren* handler oppmerksomheten mot psykisk sykdom om en faglig inngang til en samtale med pasienten om hennes erfaringer, adferd og reaksjoner. Saksforholdet er sykdom. For *Medisineren* er det å holde seg til oppgaven som psykiater en profesjonsetisk utfordring. En god objektivisering innebærer å avgrense, sile, ikke overse og ikke spekulere.

Tove, Kjersti og Sebastian forteller meg hvor viktig det er at psykiateren avgrenser sin faglige oppmerksomhet. Det samsvarer med Agledahls funn av legers måte å objektivere på. Hun beskriver en *medisinsk depersonalisering* som handler om å gjøre pasientens vansker så konkrete og målbare som mulig (Agledahl, 2011, s. 81). *Medisinerens* arbeid og hjelp er avhengig av at pasienten har en psykisk sykdom. God faglig oppmerksomhet handler om å avgrense fokuset. Sebastian uttrykker dette tydelig når han som fagperson er skeptisk til å gå ”inn på livets mysterier”. Innenfor en objektontologisk posisjon tenkes pasientens eksistensielle situasjon å tilhøre et mer ”religiøst” domene, som Sebastian uttrykker det. En depersonalisering hjelper *Medisineren* til å avgrense. En faglig involvering blir ikke sammenblandet med å involvere seg i pasientens allmennmenneskelige utfordringer ved å være menneske. Det sikrer at psykiateren fokuserer på pasientens ”inessential suffering”, lidelsen knyttet til sykdom.

Sebastians oppgave som psykiater er å hjelpe pasienten ”til å fungere” igjen. Pasientenes allmennmenneskelige utfordringer må den enkelte finne ut av selv. Tove er også opptatt av psykiaterens oppgave med ”å behandle” i kontrast til ”å forstå seg selv”, som hun knytter til en psykodynamisk orientering. Etter min oppfatning skaper *Medisinerens* avgrensning en profesjonell distanse. Den profesjonelle distansen Agledahl finner hos legene, sikrer at legen ikke invaderer pasientens liv og ikke ”goes

beyond medical issues” (Agle Dahl, 2011, s. 82). På lik måte handler en faglig god oppmerksomhet for *Medisineren* om et fokus på symptomer og funksjonsreduksjon. Informantene forteller at pasientene også forventer en slik avgrensning av oppmerksomheten. Sebastian forteller at det ikke er ”noe kaldt medisinsk” ved en slik avgrensning. Han knytter det til rollen som profesjonell. Samtidig bidrar defineringen til at partene på en avgrenset måte berører pasientens personlige erfaringer. Psykiateren unngår da en overdreven interesse for aspekter ved pasientens liv som faller utenfor et sykdomsfokus. En faglig avgrenset oppmerksomhet sikrer at psykiateren fokuserer på det den profesjonelle kan noe om. Ekspertiseområdet for *Medisineren* er pasientens ”inessensial suffering” og funksjonstap knyttet til det å ha en sykdom.

Kritikken av psykiatrifagets objektivisering handler ofte om krenkelser av pasientens integritet. Psykiatriens definering av pasienters vansker gjennom diagnoser oppfattes som uttrykk for *dehumanisering* ved at pasientens behov og mål defineres av profesjoner (Bøe & Thomassen, 2007, s. 39ff). Bøe og Thomassen belyser kritikken ved hjelp av Ivan Illichs samfunnsanalyse:

Profesjonene tar i større og større grad monopol på å definere menneskers behov, og monopol på å tilfredsstille disse behovene. (...) Dette innebærer i Illichs språkbruk en invalidisering eller forkrøpling av mennesket (Bøe & Thomassen, 2007, s. 44).

Forfatterne er opptatt av at den enkelte må ”forbli herre i eget liv” (Bøe & Thomassen, 2007, s. 45), og at en objektivisering av personens behov fører til en begrensning av personen. I kritikken finner en altså en annen forståelse av psykisk sykdom og det kliniske arbeidet. *Medisineren* betrakter pasientens psykiske vansker som en hemmende lidelse som legger hindringer for pasientens liv og utfoldelse. En pasient er ikke ”herre i eget liv”. For *Medisineren* vil en ikke-objektivisering innebære at fagpersonen overlater ansvaret for den lidelsen som en sykdom medfører, til den enkelte eller hennes nettverk. Med *Medisinerens* orienteringspunkt i sykdom vil det være en unnlattelssynd ikke å definere en del av pasientens behov ut ifra vedkommendes sykdom. Psykiateren bør definere sykdom. Sykdom må ikke overses.

En sentral utfordring ved en god faglig objektivisering er å sile informasjon. Kjersti og Tove er opptatt av å holde riktig fokus. En pasient kan fortelle om mange problemer og tar utgangspunkt i sin hverdag. For informantene er oppgaven å finne kjernen i problemene. Det gjør de ved å ”se det typiske” ved den individuelle konteksten. Informantene forteller at de siler ut viktig informasjon ved hjelp av en sykdomsoptikk. Sebastian er opptatt av faren for å bli opptatt av ”det dagligdagse”. I møte med

pasientene, som kan ha mange ting de ønsker å snakke om, så er det en profesjonsetisk utfordring å sile informasjon. Informantene forteller både om egne erfaringer og erfaringer fra kolleger av at oppmerksomheten kan gå i mange retninger. Det er nesten så Kjersti må innrømme et unødvendig trekk ved egen oppmerksomhet, når hun forteller at hun raskt blir veldig interessert i den individuelle historien.

Orienteringspunktet i sykdom etablerer en tydelig norm for *Medisinerens* oppmerksomhet. Informantene understreker betydningen av å sile ut det individuelle når de skal forstå pasientens problem. Kjersti gjenkjenner et generelt fenomen når en pasient forteller om sitt forhold til døden. Hun retter oppmerksomheten mot en gjenkjennelig måte å forholde seg til forskjellige fenomener på, ikke pasientens særegne forhold til død eller hvorfor nettopp denne pasienten nevner sitt forhold til død nettopp i denne timen. Hun siler ut et typisk fenomen. *Medisineren* har slik jeg ser det, klare retningslinjer for sin faglige oppmerksomhet. Forståelsen av for eksempel pasientens angstlidelse må baseres på den diagnostiske vurderingen og kunnskapen om angst. Den generelle kunnskapen må prioriteres fremfor den situasjonsbetingede. Det hjelper psykiateren til ikke å overse.

Et annet vesentlig aspekt ved *Medisinerens* faglige objektivisering er å unngå å spekulere. Tormod er opptatt av at det er mye som ikke kan forstås. En psykiater møter og jobber med fenomener fagpersonen kan gjenkjenne, men vanskelig forstå fullt ut. For mange av informantene er det viktig at psykiateren ikke bruker for mye tid på å forstå mer uklare eller vage sider ved pasientens vansker. Etter min mening handler det om å fokusere på det informantene erfarer som mer håndfast, eller som Tove sier: ”konkret”, ved pasientens vansker. Informanter som Tormod, Tove, Kjersti, Sebastian og Trude uttrykker en klar skepsis mot kolleger som de oppfatter at bruker tid på å spekulere over mindre håndfaste aspekter ved pasientens psykisk vansker. Holdningen er tett knyttet til tanken om at klinikerer må avgrense sin oppmerksomhet til det gjenkjennelige. Jeg forstår det som en skepsis mot å være drevet av ideologi. Med en objektontologisk forståelse av psykiaterens arbeidsfelt vil en fagpersons subjektive spekulasjoner representere to farer. Den ene faren er at fagpersonen mister fokus og kan overse eller vie for lite oppmerksomhet til de sentrale aspektene ved pasientens psykiske vansker. For eksempel er Kjersti skeptisk til at kolleger bruker mye tid på å forstå den enkeltes unike historie istedenfor å gå direkte på pasientens frykt for å besvime. Den andre faren er at psykiateren tenkes å kunne gjøre en mer objektiv sykdom til noe mer personlig. Spekulasjon over for eksempel pasientens depressive lidelse kan føre til at psykiateren mener mer om personens (psykiske) liv enn det

informantene tenker en fagperson har grunnlag for. Informantene er opptatt av at psykiateren ikke spekulerer for mye over hva som ligger bak, eller begynner å lage teorier om hvorfor pasienter handler som de gjør. Trude og Kjersti er inne på dette temaet når de forteller om den profesjonelle avstanden til pasienten og advarer mot å involvere seg for mye i den enkeltes livserfaringer. En psykiater bør, ifølge *Medisineren*, begrense sin oppmerksomhet til sykdom, selv om psykiske lidelser alltid er knyttet til og har sammenheng med pasientens livshistorie og tidligere erfaringer. Oppmerksomheten må ikke strekke seg ut over kunnskap og erfaring med psykiske lidelser.

Enkel empati

Den faglige objektiveringen etablerer en todelt oppmerksomhet i pasientmøtet. Det profesjonelle består først og fremst i å identifisere, adressere og fokusere på pasientens psykiske vansker, ikke på personen. Pasientens uforståelige reaksjoner og handlemønster gjøres forståelige ut ifra et sykdomsperspektiv. Oppmerksomheten mot den enkeltes erfaringer av sykdommen blir noe som kommer i tillegg. Trude forteller at hun også må ta hensyn til pasientens forståelse, og knytter det til ”kvaliteten” av arbeidet. Oppmerksomheten mot illness er preget av respekt for pasientens urørlighetssone. For *Medisineren* ligger allmennmenneskelige aspekter og individuelle erfaringer av den psykiske lidelsen i randsonen av en saklig formidlet oppmerksomhet. De sidene ved pasientens eksistensielle situasjon som berøres av hennes psykiske sykdom, kan bli tematisert, men *Medisineren* er opptatt av ikke å gå for langt. Psykodynamiske teorier betraktes for eksempel som supplerende faglige perspektiver, ikke som teorier som bør være førende eller bestemmende for psykiaterens forståelse. Sebastian skiller mellom sitt faglige arbeid som psykiater og en direkte oppmerksomhet mot pasientens eksistensielle situasjon. Han spør ikke pasienten eller seg selv hvorfor pasienten drikker, men avgrenser temaet til informasjon om alkoholens virkning på kropp og psyke.

Medisinerens todelte oppmerksomhet er en betydelig hjelp for å kunne trå inn i pasientens urørlighetssone på en saklig og mest mulig nøytral måte. Forventningen om at psykiateren kan forstå aspekter ved pasientens for eksempel depressive reaksjon som hun selv ikke forstår, knytter *Medisineren* til kunnskap om og erfaring med spesifikke lidelser. Sykdommen påvirker pasientens motiver. For *Medisineren* blir det faglig feil ikke å knytte aspekter ved Karis motiver til hennes sykdom. For eksempel vil en deprimert pasients isolering fra sine barn, som skyldes tanken om at hun skader dem ved å være den hun er, knyttes til en depressiv tankegang. Det er aspekter som må

forstås i en sykdomssammenheng. *Medisineren* må prøve å få pasienten til å forstå det samme som han eller hun selv vet om depresjoner. Det er viktig for *Medisineren* å kunne forklare pasienten hva hun erfarer, og legge ansvaret over på sykdommen. Tove er opptatt av at en slik oppmerksomhet ”tar ned skyld og skam”. Pasientens følelse av udugelighet og påfølgende vansker med å forholde seg til sine barn knyttes til hennes depresjon. For *Medisineren* er det viktig å etablere en enkel empati, slik Luhrmann beskriver, der pasienten betraktes som offer for sykdom. Forståelsen av at psykiske lidelser er som andre lidelser, henger tett sammen med etableringen av en enkel empati. Problematisk motiver knyttes til sykdom, og dermed unngår *Medisineren* å måtte gå inn på et mer komplekst ansvarsforhold eller å spekulere over pasientens motiver.

Utfordringen er å ikke la en slik oppmerksomhet gå på bekostning av pasientens opplevelse av å bli møtt og lyttet til. Den todelte oppmerksomheten etablerer en moralsk rest. Kjersti og Trude er opptatt av å ta vare på og vise omsorg for pasientens perspektiv. Pasienten overses ikke som menneske, selv om enkelte av hennes motiver objektiviseres. Oppmerksomheten mot å lytte til pasientens egen forståelse tenkes som en annen del av pasientsamtalen. Ifølge Agledahl er legens høflighet sentral for å bøte på ”the existential filtering of clinical practice” (Agledahl, 2011, s. 85). Handlinger i pasientsamtalen som anerkjenner pasientens menneskeverd, er sentralt for å balansere den objektiveringen legen gjør. For *Medisineren* blir skillet mellom sykdom og person betydningsfullt for å kunne se den enkelte i et arbeid der sykdommen nettopp påvirker pasientens motiv. Samtidig som det er viktig å se den enkelte, blir det feil for *Medisineren* å interessere seg for mye for pasientens livshistorie og særegne væremåte. Da begynner man å blande kortene. Det vesentlige for *Medisineren* er å kunne se personen ved å se forbi pasientens sykdom. Da møter psykiateren pasienten som medmenneske. Den faglige objektiveringen innebærer en eksistensiell filtrering som gjør at *Medisineren* kan skille mellom sin oppmerksomhet som psykiater og sin oppmerksomhet som medmenneske.

Medisinerens faglige objektivering er viktig for å bevare pasientens integritet i et arbeid som berører pasientens motiv, slik jeg tolker det. Informanter som Sebastian, Tove og Kjersti vektlegger at objektiveringen av vanskene fører til at pasientene føler seg godt ivaretatt og blir møtt av en *fagperson*. Det profesjonelle ved pasientmøtet handler om å rette oppmerksomheten mot et *problem som faller innenfor et medisinsk domene*, og ikke personens generelle utfordringer i livet. *Medisineren* er opptatt av å fokusere på sider ved pasientens psykiske vansker som oppfattes som mer håndfaste,

og ikke så påvirkbare av den enkelte psykiaters skjønn. Ved å avgrense den faglige oppmerksomheten til sykdom og ikke til person etablerer *Medisineren* et rimelig nøytralt fundament for sitt kliniske arbeid. Det sikrer en saklig formidlet oppmerksomhet. For *Medisineren* innebærer faglig godt klinisk arbeid å unngå at den enkelte psykiaters subjektivitet påvirker oppmerksomheten i vesentlig grad.

7.3 Å betrakte det kliniske arbeidet ved hjelp av enhetlig fagkunnskap

Det andre orienteringspunktet som *Medisineren* er opptatt av, er fagkunnskapen. Spesielt viser informantene til lærebokkunnskap og forskningsfunn. *Medisineren* er opptatt av at psykiatere forstår praksisfeltet på tilnærmet lik måte. Tove er oppgitt over forskjeller når det gjelder måter å betrakte det kliniske arbeidet på. En sentral løsning er ”å gå til boken”. Fagets eksplisitte kunnskap beskrives av flere informanter som enhetlig og en hjelp til å betrakte praksisfeltet på lik måte. For *Medisineren* har psykiatrifaget et enhetlig fundament som enhver kliniker kan lene seg til. Problemet er at ikke alle psykiatere lener seg til dette fundamentet.

En slik forståelse har sammenheng med en orientering mot vitenskapelig sikker kunnskap, en vektlegging av kunnskap som noe vi avdekker, og et fokus på en deduktiv tilnærming. Tanken om å betrakte det kliniske arbeidet på tilnærmet lik måte gir visse kunnskapskilder og typer kunnskap prioritet.

Lene seg til vitenskapelig sikker kunnskap

Medisineren legger vekt på at psykiatrifaget har et solid fundament som den faglige vurderingen til den enkelte psykiater bygger på. Hos informanter som Trude, Tove, Sebastian og Kjersti fremstår den faglige kunnskapen som en mal den enkelte psykiater kan rette seg etter. Ved usikkerhet eller uenighet kan psykiatere gå til den faglige kunnskapen. Så lenge den enkelte psykiater orienterer seg etter felleskunnskapen, hjelper det fagpersonene til å etablere en felles enhetlig forståelse. Samtidig forteller alle informantene at fagfeltet er komplekst, og at det eksisterer mange ulike forståelser. For *Medisineren* handler det om å orientere seg ut ifra pålitelig kunnskap. Kunnskap som i liten grad kan betviles, og som flest mulig kan betrakte likt. Det faglige fundamentet må bygge på vitenskapelig sikker kunnskap, i betydningen pålitelig og etterprøvable.

Medisineren er opptatt av psykiatrifagets vitenskapelige fundament. Når det gjelder kunnskap, legger Trude vekt på sin utdanning og orientering i forskningsfronten. Begrepet *episteme* betegner sikker viten og er forbundet med vitenskap og kunnskap.

Ifølge Per Nortvedt og Harald Grimen (1955-2011) var episteme ”i lang tid vår modell for vitenskapelig kunnskap, knyttet til det såkalte aksiomatiske vitenskapsidealet” (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 171). Matematikken var forbilde. Episteme er kunnskap om det uforanderlige, det som kan demonstreres repetitivt, gjentagende. Det er et kunnskapsbegrep som stammer fra Platon, og som ifølge forfatterne har preget Vestens tenkning om kunnskap frem til det 20. århundre. Det som kan omtales som vitenskapelig kunnskap, må: 1. Være en språklig artikulerbar representasjon av virkeligheten, 2. Være sann og 3. Være begrunnbar (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 169). Vitenskapelig kunnskap er forskjellig fra ferdigheter, overveielser og det situasjonsbestemte. Kunnskapen setter krav til dokumentasjon.

Medisineren oppfatter ikke fagkunnskapen som uforanderlig kunnskap. Det som er sammenfallende med informantenes beskrivelse av fagkunnskap og episteme, er målet om å etablere et kunnskapsfundament som gir en faglig pålitelighet. Vitenskapsidealet hos *Medisineren* er sammenfallende med det Gadamer omtaler som det moderne vitenskapsidealet (Gadamer, 2003, s. 21). Det er også det førende idealet i dagens psykiatrifag, ifølge Bracken og Thomas (Bracken & Thomas, 2013). Gyldig kunnskap er det en med sikkerhet kan vite noe om. Kunnskap som kan bekreftes og etterprøves, gir et pålitelig fundament. Hele kunnskapsgrunnlaget er ikke basert på vitenskapelig kunnskap forstått som episteme. Den vitenskapelige kunnskapen er mer å betrakte som faglige bærebjelker. Det sentrale for *Medisineren* er å sikre at profesjonen forholder seg til et mest mulig objektivt kunnskapsgrunnlag, som kan danne en felles plattform for faget. Flere av informantene er opptatt av fagets tidligere orientering i mer spekulative teorier, som ikke var forankret i vitenskapelige funn. Utviklingen av et vitenskapelig grunnlag anses som sentral for faget, og annen type kunnskap blir supplerende.

Informantenes orientering mot vitenskap og forskning har sammenheng med at *Medisineren* er opptatt av sykdom, forstått som en gjenstandsmessig viten. Nortvedt og Grimen oppfatter vitenskapen som rådende innenfor medisinen, ”i medisinen, der behandling av sykdom er så viktig, har vitenskapen en overordnet plass” (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 226). ”The modernist agenda” er rådende (Foddy et al., 2013). For *Medisineren* står den vitenskapelige kunnskapen om psykiske sykdommer i sentrum. Jørgensen og medarbeidere er opptatt av at forskning gjør psykiatri til en vitenskapelig disiplin:

Forskning er central for psykiatriens identitet og definerer i høy grad genstandsfeltet gjennom spørsmål som: Hvilke psykiske sykdommer kan identifiseres? Hva er deres årsagsforhold?

(...) Uden forskning er psykiatri ikke en videnskabelig disiplin, men et håndværk baseret på overleveringer, erfaringer, traditioner og snusfornuft (Jørgensen et al., 2006, s. 31).

Medisineren er, i tråd med Jørgensen og medarbeidere, opptatt av skillet mellom vitenskapelig kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. I sitatet poengteres det hvordan forskningsfunn definerer praksisfeltet. Informantene forteller at vitenskapelig dokumentert kunnskap, empiri, er viktig for å forstå sykdomstilstander. Det er den kvantitative forskningen *Medisineren* vektlegger. Vitenskapelig kunnskap definerer i stor grad det feltet *Medisineren* arbeider med.

Medisineren er opptatt av naturvitenskapelig kunnskap. Tormod legger for eksempel vekt på kunnskap om hjernens bearbeiding av informasjon når han ser på psykose. Kjersti er opptatt av å kunne måle. En lignende tanke kan en finne i artikkelen «Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap». I balansen mellom ”to typer vitenskap” (humanvitenskapene og naturvitenskapene) argumenterer Ted Reichborn-Kjennerud og Erik Falkum for en vektlegging av ”vitenskapelig empirisk evidens” for å sikre ”en vedvarende utvikling av faget” og ”skape et solid fundament” (Reichborn-Kjennerud & Falkum, 2000). Artikkelen argumenterer for en tro på naturvitenskapens muligheter til å gi svar når det gjelder menneskets psykiske liv. Forfatterne bruker ord som ”bedre og tryggere” og skriver at det er ”et spørsmål om etikk”. Kunnskap som er *personuavhengig*, beskriver *objektive sider* og er mest mulig *entydig*, gis normativ tyngde fordi den oppfattes som troverdig (sikker). Behovet for å utvikle faget og etablere et enhetlig fundament står sentralt. Flere av informantenes uttalelser kan leses i retning av en slik vektlegging av naturvitenskapens forrang når det gjelder kunnskapsetablering. Samtidig er det viktig å påpeke at *Medisineren* også legger vekt på annen type kunnskap. Det handler om å gi naturvitenskapelig kunnskap prioritet.

Begrunnbarhet

Det siste kriteriet hos Grimen og Nortvedt i definisjonen av vitenskapelig kunnskap er begrunnbarhet. Kunnskap må kunne begrunnes, og dermed vektlegges dokumentasjon. *Medisineren* er skeptisk til bruk av teorier om menneskets psykiske liv som ikke kan underlegges vitenskapelig testing. Kunnskap som kan bekreftes og dokumenteres, gis tyngde. Nerheim skriver at *vitenskapelig rasjonalitet* bygger på tanken om empiriske data som eneste kilde til vitenskapelig meningsfulle begreper og eneste kilde som kan legitimere sannheten av vitenskapelig akseptable utsagn (Nerheim, 1996, s. 37). Begrunnbarhet knyttes til empirisk data. I spørsmålet om for eksempel betydningen av et fokus på relasjon er Jens opptatt av svarene empirien gir. Hos flere av informantene

kan en gjenfinne det Wifstad omtaler som en ”empiristisk grunnholdning” (Wifstad, 1997, s. 30).

Lignende tankegang finner jeg i veiledere fra Helsedirektoratet. Kunnskap som har et høyt ”evidensnivå”, tenkes å ha et godt ”vitenskapelig kunnskapsgrunnlag” (Helsedirektoratet, 2013, s. 161), og slik kunnskap ligger under retningslinjenes normative ”skal”, ”må” og ”bør” (Helsedirektoratet, 2013, s. 9). Den forskningsbaserte kunnskapen som kan vise til grundig dokumentasjon, gis tyngde. I Helsedirektoratets veileder for utredning og behandling av depresjon står det:

Utredning og behandling av depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten bør utføres i henhold til kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. (...) Nasjonale retningslinjer inneholder systematisk utviklede anbefalinger for å støtte fagpersoners beslutninger om relevant behandling for en definert problemstilling (Helsedirektoratet, 2009, s. 2).

Det legges vekt på kunnskap om definerte tilstander som blir gjenstand for systematisk vurdering gjennom ”systematisk gjennomgang av relevant litteratur” (Helsedirektoratet, 2009, s. 14). Igjen understrekes forholdet mellom vitenskap og sykdom. Retningslinjene nevner behovet for individuelle vurderinger og erfaringskunnskap, men grunnlaget for anbefalingene baseres på dokumenterbar kunnskap om det generelle ved spesifiserte tilstander. Hvis en kliniker avviker fra retningslinjene og den dokumenterte kunnskapen, står det at det bør begrunnes. Dokumentert kunnskap veier tyngst.

Medisineren understreker at det er nødvendig å nedtone det skjønnsmessige ved psykiaterens arbeid. Grimen og Lars Inge Terum skriver at ”skjønn bærer i seg muligheten for vilkårlighet, uforutsigbarhet, maktmisbruk og illegitim inntrengning i menneskers privatliv” (Grimen & Terum, 2009, s. 13, med referanse til Goodin 1986). Dette er et viktig poeng for *Medisineren*. Vitenskapelig kunnskap, gjennom sin begrunnbarhet, tenkes som korrektiv til psykiaterens skjønn.

Den vitenskapelige begrunnbarheten var sentral i utarbeidelsen av en ny diagnostikk.⁶² Tanken om at vitenskapen kan etablere en inngang til psykiatrifeltet som ikke er påvirket av spekulative teorier eller individuelle fortolkninger, kommer tydelig frem når Lieberman beskriver utviklingen av DSM-III (Lieberman, 2015, s. 117 ff). Flere beskriver et slikt utgangspunkt for utviklingen av den nye diagnostikken innen psykisk helse (Ekeland, 2011; Wifstad, 1997, s. 30).

⁶² Det ble gjort grunnleggende endringer i utformingen av de diagnostiske manualene i utarbeidelsen av DSM-III, hvilket fortsatt er førende for både DSM og ICD.

Behovet for et korrektiv til skjønnnet er tema i flere av innleggene i debatten omkring innføringen av *pakkeforløp* i psykiatrien (Vogt, 2015). Tanken om å forankre behandlingsforløp i *den beste tilgjengelige kunnskap* legger klare føringer for tydelig dokumenterbar kunnskap. Målet er å etablere en mal som hindrer vilkårlighet. Asle Hoffart og Sverre Urnes Johnson skriver at problemet er *selvstandardisering*:

Pakkeforløpet kan hjelpe profesjonen til å komme over ekspertisemangelen. Vi terapeuter slutter å lære fordi vi benytter naturlige tenkemåter som *bekreftelsesskjevhet*, ensidig søken etter informasjon som bekrefter vår hypotese og *etterpåkløkskap*, vi finner en forklaring etter at utfallet er kjent og tenker at denne spekulasjonen uten videre er sann (Hoffart & Johnson, 2015).

Den enkelte psykiater eller terapeut trenger en ekstern og korrigerende ekspertisekunnskap. Forfatterne peker på det betenkelig individuelle ved enhver behandling og faren for et ensidig fokus. ”Tydelige modeller for hva som opprettholder pasientens problemer” og ”en hypotesetestende strategi” justerer terapeutens ”modellbaserte forståelse av pasientens problem” (Hoffart & Johnson, 2015). En standardisering av *de kunnskapsbaserte modellene* av pasientens psykiske vansker vil motvirke en selvstandardisering. Behovet for et enhetlig fundament basert i det generelle er at ”det er for mye uønsket og ubegrunnet variasjon i behandlingen av psykisk syke” (Moe, 2016). Fagpersoner ”må bli litt mer enige om hva innholdet skal være i behandlingen” (Moe, 2016). Tanken er at det trengs et mer enhetlig og solid faglig fundament for å hindre *individualiseringshengemyra* (P. Halvorsen, 2014). Retningslinjene må bygge på entydig dokumenterbar forskning som kan legitimere psykiaterens arbeid.

Kunnskap som avdekker sentrale forhold ved psykisk sykdom

Medisineren er opptatt av de faktiske saksforholdene, og forsøker å nedtone fortolkning og bruk av teori når psykiateren skal gjøre en vurdering. Flere informanter er opptatt av biologisk og medisinsk kunnskap. Kunnskap om forhold som ligger på et grunnleggende nivå, på ”det enkle og konkrete”, vektlegges. Kunnskap som berører erfaringsdimensjonen, beskrives som mer kompleks. *Medisineren* legger vekt på sin faglige kunnskap som avdekker biologiske, psykologiske eller adferdsmessige forhold ved psykiske lidelser.

Det første kriteriet for vitenskapelig kunnskap hos Nortvedt og Grimen (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 169) er at det er en språklig artikulert representasjon av virkeligheten. Kunnskapen må kunne si noe substansielt om for eksempel depresjon. Det skal være samsvar mellom kunnskap og det faktiske saksforholdet. Vitenskapelig

kunnskap skal ikke kun være en av flere mulige fortolkninger. *Medisineren*, som har fokus på vitenskapelig kunnskap som et utgangspunkt for forståelse, legger vekt på kunnskap som en avspeiling av virkeligheten. Enkelte av informantene ser på fagkunnskap som kunnskap om de faktiske forholdene ved ulike tilstander. Tormod reagerer også på at fagkunnskap blir manipulert av forskere, spesielt når det gjelder effekt av ulike tiltak. Sebastian og Trude oppfatter biologiske forhold ved spesifiserte lidelser som fakta. Tross variasjoner er fokuset overveiende rettet mot kunnskap som de forventer skal avdekke aspekter ved psykiske sykdommer.

Hos flere av informantene står kunnskap om biologiske forhold sentralt. Luhrmann finner i sin studie et fokus, hos den naturvitenskapelige psykiater, på de biologiske strukturene:

(...) as it is culturally constructed in this age of electron microscopes and genetics analysis, lies beyond personhood, in biological microstructures that escape uniqueness. There is a quality here of the deepest and most real. It has a moral quality: that this knowledge is what really counts, what really makes a difference (Luhrmann, 2000, s. 181).

Kunnskap om den materielle kroppen gis en særegen tyngde når det gjelder forståelse av psykisk sykdom, fordi man antar at den sier noe om det faktisk foreliggende. Per Jørgensen og medarbeidere skriver at nevropsykiatri er psykiatriens kjerne, og de refererer til Raben Rosenberg, som foreslår å omdefinere psykiatri til nevropsykiatri (Jørgensen et al., 2006, s. 42). Ny vitenskapelig kunnskap antas å gi en bedre representasjon av virkeligheten, og oppmerksomheten rettes mot hjernen:

Moderne neuropsykiatri forener på pragmatisk vis et par af de dualismer (hjerne-sind, sjæl-legeme), som langt tilbake i tiden har optaget bl.a. filosofer og psykiatere. Der er altså tale om en samlet forståelsesramme af psykisk sygdom som en funktionsforstyrrelse af centralnervesystemet. Der er imidlertid fortsat et spring fra en sådan forståelsesramme og holdning og så til klinisk praksis (Jørgensen et al., 2006, s. 42).

Kunnskap som gir et bilde av ”hjernens kompleksitet”, fremstår som den vesentlige inngangen og den kunnskapen psykiatrifaget bør bygge sin forståelse på. Avstanden mellom en slik kunnskap og klinisk praksis tenkes etter hvert å bli mindre, slik at begreper og forståelse forenes (Jørgensen et al., 2006, s. 43). Det sentrale ved medisinsk og biologisk kunnskap for *Medisineren* er at en slik type kunnskap i vesentlig grad unngår det fortolkende aspektet. Kunnskap som avdekker, gir et mer entydig kunnskapsgrunnlag, som dermed kan gi en samlet forståelsesramme. *Medisineren* mener at den kunnskapen som avdekker grunnleggende forhold ved virkeligheten, er den beste å bygge faget på.

Medisinerens orientering mot kunnskap som anses som gjenspeiling av faktiske forhold ved for eksempel panikkangst eller schizofreni, er reduksjonistisk. Ifølge Kenneth F. Schaffner er hjernen ”sete for psyken”, og den er det mest komplekse av menneskets biologiske organer (Schaffner, 2013, s. 1019). Han argumenterer for en reduksjonistisk tilnærming i psykiatrien, ”the best fit of a model of reduction, and research strategy related to such a model, is a partial or creeping one” (Schaffner, 2013, s. 1018). Tanken er at psykiatri må ta utgangspunkt i og bygge på den kunnskapen som sier noe om den virkeligheten som psyken antas å springe ut ifra. Enkelte av uttalelsene til informantene retter oppmerksomheten mot kunnskap om hjernen. Det er likevel en overdreven fortolkning å knytte *Medisineren* til en slik reduksjonistisk tilnærming som Schaffner argumenterer for. Orienteringen mot kunnskap som noe vi avdekker, handler i større grad om å unngå meningsaspektet ved psykiske lidelser. Binder beskriver en slik orientering innenfor større deler av psykologifaget:

I den naturvitenskapelig orienterte psykologi ble spørsmålet om mening i større eller mindre grad forlatt, men ikke nødvendigvis antakelsen om en psykisk substans. Hva en handling, tanke eller følelse betyr, blir forklart som et utslag av noe bakenforliggende i form av et ”nevralt substrat”, ”kognisjoner” eller ”prosesseringer av informasjon” (Binder, 2002a, s. 52).

Kunnskap om det ”bakenforliggende”, som biologiske eller psykologiske strukturer, får prioritet til fordel for spørsmål om hva fenomenene betyr. Målet er å minimere det skapende ved kunnskap. En forsøker å minimere potensielle feilkilder. I likhet med det moderne prosjekt søker en et kunnskapsgrunnlag basert på kunnskap som betraktes som en verdinøytral avdekking av biologiske, psykologiske eller sosiale forhold ved mennesket.

Et viktig poeng for *Medisineren* når det gjelder forankring i den vitenskapelige kunnskapen, er å unngå tolkningsrelativisme. Informantene beskriver et behov for evalueringskriterier som hindrer at enhver psykiater gjør det som synes å passe best. *Medisineren* vet at ikke fagkunnskapen gir et helhetlig bilde. Poenget er at den enkelte psykiater heller ikke klarer å etablere et helhetsbilde. Løsningen er å betrakte fenomenene gjennom kunnskap som er beheftet med færrest mulig feilkilder. Det gir en orientering mot kunnskap som noe vi avdekker.

Medisineren er, som vi har sett, opptatt av en rasjonell tilnærming. I 1992 kom en slik rasjonell tilnærming i medisinen klart til uttrykk gjennom *Evidence-Based Medicine, EBM* (Group, 1992). Grunntanken er at vitenskapelig empiri gir entydige svar som klinikerne kan bruke. En EBM-tilnærming forsvares av flere når det gjelder psykisk

helse (J. Ø. Halvorsen, 2013; Johannessen, 2004; Walby, 2003). Tanken er at vitenskapelig etablert empiri danner et solid fundament for faget. For *Medisineren* er det viktig å basere fagkunnskapen på det som kan observeres likt av flere. Evidensbasert medisin har det klinisk kontrollerte forsøk eller statistiske begreper som empirisk grunnlag for sitt kunnskapssystem. Semantisk ”har evidens de sterkeste bindinger til åpenbar, påtakelig, ubestridelig, tydelig, klar og også til bevis (...) noe synlig som er hevet over tvil” (Martinsen, 2005, s. 52). Den naturvitenskapelige kunnskapen blir vektlagt. *Medisinerens* referanse til det faglige fundamentet som en mal for forståelse, basert i empirisk kunnskap som en direkte innsikt i gjenstandsfeltet, er i tråd med en slik forståelse av evidens og vitenskapelig empiri. Den evidensbaserte kunnskapen fremstår som en kilde å gå til når *Medisineren* skal begrunne sine handlingsvalg. *Medisineren* er skeptisk til kolleger som vektlegger introspeksjon eller å forstå det kliniske arbeidet primært ved hjelp av for eksempel psykoanalytiske teorier. En evidensbasert tilnærming anses i mindre grad å være beheftet med feilkilder.

Orienteringen til *Medisineren* er ikke utelukkende medisinsk. Terwee argumenterer for at psykologien (og psykoanalysen) er påvirket av empiriske vitenskapers idealer på en måte som fortrenger det hermeneutiske (Terwee, 1990). Psykologien søker et mest mulig entydig faglig fundament. Ifølge Terwee er de som problematiserer psykologiens fundament, nettopp preget av en naturvitenskapelig tenkning. Ekeland finner noe av det samme når han hevder at psykologien i stor grad er preget av en *kausallorientert epistemologi* (Ekeland, 2012). Målet i psykologisk forskning er å benytte sine metoder til å avdekke en uavhengig gitt realitet, ifølge Ekeland.

Grimen og Terum skriver at profesjoner i dag påvirkes av at vitenskapen overføres på praksis med evidensbasert kunnskap som ideal (Grimen & Terum, 2009). Naturvitenskapens sannhetsideal dominerer i flere profesjoner i dag, ifølge forfatterne. Det vitenskapssyn og forhold mellom vitenskap og praksis som jeg finner hos *Medisineren*, kan således ses i et samfunnsperspektiv (se under).

En pragmatisk tilnærming

Fortolkningen over peker på sammenhengen mellom måten *Medisineren* refererer til sitt faglige fundament som et solid fundament på, og orienteringen mot kunnskap som noe vi avdekker. Det er tett forbundet med tanken om et fundament som bygger på vitenskapelig sikker kunnskap (episteme), og en orientering mot disease. Kunnskapsfundamentet fremstår som et orienteringspunkt for psykiateren.

Flertydigheten ved psykiaterens kliniske arbeid nevnes når informantene reflekterer over det skjønnsmessige ved vurderinger, individuelle og sosiale faktorer ved psykisk sykdom og variasjonen i kollegers orientering og hva de selv vektlegger. *Medisineren* overser ikke mangfoldet, men argumenterer nettopp for at det *understreker et behov for integrering*. Psykiateren må ha en pragmatisk tilnærming. I et felt som har vært, og er, preget av ulike forståelsesmodeller og idétradisjoner, ser *Medisineren* et behov for en tilnærming som ikke preges av prinsipielle holdninger. Den faglige kunnskapen må ikke ensidig være basert på en av disse tradisjonene. Flere informanter nevner hvor ensidig enkelte teoribaserte tilnærminger kan være, og tenker spesielt på den tidligere rådende psykodynamiske tradisjonen. Tankegangen er at teorier kan bli forførende og føre til en ensidig forståelse. Orienteringen mot vitenskapelig sikker kunnskap forstår jeg som en motreaksjon mot tidligere dominans av psykodynamiske teorier når det gjelder forståelse av psykiske lidelser.

Psykiatrifaget kan leses, slik som Luhrmann gjør, som et splittet felt der ulike fagtradisjoner nærmest kjemper om sin enhetlige forklaringsmodell. Kendler tar til orde for at psykiatrifeltet må gi opp de store og enkle forklaringsmodellene og akseptere *forklaringspluralisme*. Spørsmålet er hvordan ”the multiple explanatory perspectives” kan integreres (K. S. Kendler, 2005, s. 439). Hvordan skal den enkelte psykiater forholde seg til et mangfold av forklaringer i møte med pasienten? Jeg leser *Medisinerens* orientering mot sikker og evidensbasert kunnskap som et forsøk på å integrere de mange og ulike kunnskapskildene som en psykiater har.

En eklektisk tilnærming nevnes av flere forfattere som en hovedtilnærming innenfor psykisk helse (Ekeland, 2011, s. 13; Thoma & Cecero, 2009; Wifstad & Foss, 1990). Med eklektisk tilnærming mener jeg en tilnærming som forsøker å frigjøre seg fra ”teoretisk rettroenhet” (Wifstad, 1997, s. 29) og harmonisk integrere de ulike forståelsesmodeller eller idétradisjoner og etablere *ett fundament*. Informantene er opptatt av å ha en nøytral forankring i faglig kunnskap, og ingen problematiserer en slik forankring i særlig grad i intervjuene. For *Medisineren* er det å støtte seg på vitenskapelige kunnskap et uttrykk for en pragmatisk tilnærming. Det fremstår som et alternativ til kolleger som lar seg prege av spesifikke teoretiske forståelser. Enkelte kollegers orientering er for *Medisineren* uttrykk for en uheldig prinsipiell holdning. Det kan føre til verdiladete fortolkninger som *Medisineren* tenker er lite forenelig med en profesjonell tilnærming. Tankegangen har en parallell til Wifstads beskrivelse av *det teorifrie paradigmet*, som ble introdusert gjennom utviklingen av arbeidet med

DSM-III (Wifstad, 1997, s. 30). Utviklingen av den nye diagnostikken var nettopp en reaksjon mot dominansen av psykoanalytiske teorier når det gjaldt diagnoser.

En psykiater har flere kunnskapskilder som kan benyttes i arbeidet. I det kliniske arbeidet må psykiateren gjøre valg og avveininger med tanke på hvilke kilder som skal vektlegges. Wifstad skriver:

Dagens psykiater kan overfor én og samme pasient kombinere medikamentell behandling begrunnet i nyere hjernebiologisk viten, psykoanalytisk inspirert samtalerapi og en sosialpsykiatrisk innfallsvinkel (...). Å innta en eklektisk holdning betyr her å anvende elementer fra ulike tradisjoner og teoretiske referanserammer ut fra hva man vurderer som hensiktsmessig i det enkelte tilfelle (Wifstad, 1997, s. 28).

Ifølge Wifstad kan eklektisismen være uttrykk for en ”mer nøktern og jordnær innstilling”. Det handler om ikke å binde seg til én tradisjon eller teoretisk orientering. For psykiateren blir spørsmålet hvordan og på hvilken måte klinikerens skal vurdere hva som er hensiktsmessig. Pragmatiske valg og avveininger må styres etter hva som kan være hensiktsmessig.

Tove er opptatt av at psykiatere ikke bør ”synse og mene”. For *Medisineren* er det viktig å vurdere hensiktsmessighet ut ifra hva som har vist seg å ha effekt når en forsker på fenomenene. De enkelte parters vurdering nedtones. Halvorsen uttrykker en tro på at fagpersoner kan betrakte effektivitet ”rent vitenskapelig”: ”Velkontrollerte og godt utførte kliniske behandlingsstudier er den beste metoden vi har for å vurdere om en behandling er effektiv mot psykisk sykdom” (J. Ø. Halvorsen, 2013). Anna Luise Kirkengen viser hvordan det medisinske perspektivet har vært påvirket av nomotetisk vitenskap, der formålet er å avdekke universelle lovmessigheter til fordel for å vie oppmerksomhet mot aspekter ved virkeligheten som mening og intensjonalitet (Kirkengen & Næss, 2015). *Medisineren* søker en pragmatisk tilnærming ved å integrere ulike forklaringsmodeller ut ifra hva som har effekt. Orienteringen mot de svar på effekt som nomotetisk vitenskap gir, tenkes som en mer faglig og nøytral rettesnor enn partenes situasjonsbestemte betraktning.

Ekeland beskriver en kunnskapsmessig ensretting i psykiatrifaget som han knytter til et behov for vitenskapelig legitimitet (Ekeland, 2003). Wifstad omtaler psykiatrien som et *modernitetsproblem* og finner en lignende entydiggjøring av psykiatriens kunnskapsgrunnlag (Wifstad, 1997, s. 257). Kritikken til Ekeland og Wifstad retter seg mot *en søken etter et entydig faglig kunnskapsgrunnlag*, fordi det tenkes å påvirke den profesjonelles mulighet til å møte den enkelte som subjekt i negativ forstand. Jeg tar med kritikken fordi den understreker hvor forskjellig orienteringen til *Medisineren* er i

forhold til Ekeland og Wifstads. Forfatterne betrakter det kliniske arbeidet utenfra. *Medisineren* betrakter praksisfeltet innenfra, og står i et verdiladet felt der ulike teoretiske orienteringer og forståelsesmodeller gir svært ulike forståelser av arbeidet. For Trude er det å være ydmyk på egne vegne en konsekvens av at hun har mye kunnskap. *Medisineren* har behov for en enhetlig integrering av de mange og ulike kunnskapskildene for ikke kun å være henvist til partenes situasjonsbestemte forståelse. Informantene beskriver *en saklig nøkternt-registrerende, fakta-orientert holdning* (Nerheim, 1996, s. 19) som forsøker å unngå prinsipielle holdninger. En naturvitenskapelig tilnærming fremstår som en nøytral måte å integrere kunnskap fra de ulike modellene og tradisjonene på. *Medisineren* erfarer entydighet som en hjelp til å se den enkelte i et komplekst fagfelt. En oppmerksomhet mot det flertydige anses som uheldig i praksis, fordi det blir uklart for begge parter hva en skal fokusere på, og fører til en mer tilfeldig tilnærming.

Flere av uttalelsene til Trude, Tove, Jens og Jenny handler om utfordringer med å integrere to dominerende tilnærminger innen psykiatrifaget, den biologiske og den psykodynamiske. Luhrmann peker på en nyere splittelse mellom en biomedisinsk og en psykodynamisk tilnærming, som på 1980-tallet eksisterte i en "happy pluralism" (Luhrmann, 2000, s. 203). Flere forfattere peker nettopp på en slik todeling når de beskriver behovet for en ny integrering (Malt et al., 2003, s. 62; Reichborn-Kjennerud, 1991). Når Lieberman omtaler DSM-5s *pluralistiske* tilnærming, skriver han:

I believe that psychiatry is served best when we resist the lure of epistemic hubris and remain open to evidence and ideas from multiple perspectives. The DSM-5 is neither a botched attempt at a biological psychiatry nor a throwback to psychodynamic constructs, but rather an unbridled triumph of pluralism (Lieberman, 2015, s. 290).

Lieberman omtaler en form for eklektisisme i den nye diagnostikkens pluralistiske tilnærming. Tanken er at psykiatrifaget må være vitenskapelig åpent for ulike perspektiver. Han anser den evidensbaserte tilnærmingen som en ikke-teoretisk tilnærming, eller en tilnærming som i minst mulig grad er styrt av teorier. *Medisinerens* orientering mot vitenskapelig kunnskap som gjenspeiling av virkeligheten innebærer et forsøk på å integrere to tilnærminger i fagfeltet som informantene tidvis oppfatter som uttrykk for ideologier.

Fra det generelle til det individuelle

Medisineren er skeptisk til den enkelte psykiaters mulighet og evne til *alene* å betrakte pasienten og pasientens psykiske vansker på en riktig måte. Psykiaterens faglige skjønn må gis retning av den faglige kunnskapen som sier noe om de ulike *tilstandene*.

Fortolkningsdimensjonen og det intuitive ved det kliniske arbeidet oppfattes som aspekter som åpner for tilfeldigheter. Jens uttrykker et behov for at det faglige arbeidet ikke blir ”prisgitt den enkeltes erfaring og teoridannelse”. Han er, i tråd med flere av informantene, opptatt av at psykiateren, som kliniker, ikke skal få en for unik status som andre ikke kan betvile. En oppmerksomhet der man undersøker det psykiateren med sikkerhet kan vite noe om, hindrer at det kliniske arbeidet blir en fortolkningspraksis primært basert på den enkelte psykiater. Den vitenskapelige kunnskapens målbarhet og etterprøvbarhet gir *Medisineren* et mer nøytralt fundament å betrakte praksisfeltet ut ifra. *Medisinerens* orientering etablerer en vektlegging av en deduktiv arbeidsmåte.

Medisineren lytter til pasienten. Sebastian forteller at han alltid lar pasienten begynne, slik at han får en forståelse av hva pasienten har tenkt. Informantene forteller om en induktiv tilnærming. Den dominerende arbeidsmåten er likevel deduktiv.

Orienteringen mot disease, vitenskapelig kunnskap og kunnskap som noe vi avdekker, er overveiende deduktiv. *Medisinerens* kliniske arbeid er preget av normen som etableres av en slik orientering. Luhmann beskriver hvordan den naturvitenskapelig rettede psykiater tenker at vitenskapelig kunnskap legitimerer den kliniske praksisen. En konsekvens av *Medisinerens* ydmykhet når det gjelder eget kliniske skjønn, er at betydningen av pasientens egen forståelse samtidig nedjusteres. Når betydningen av psykiaterens ”synsing og mening” nedtones, skjer det samtidig noe med holdningen til pasientens individuelle historie og meningssammenheng knyttet til de psykiske vanskene. Pasienten som kunnskapskilde og psykiaterens implisitte kunnskap krever psykiaterens subjektivitet og fortolkningsevne. Dette er ikke et fraværende aspekt hos *Medisineren*, men det er et aspekt ved det kliniske arbeidet som informantene snakker lite om. Den induktive arbeidsmåten har liten oppmerksomhet hos *Medisineren*.

En deduktiv arbeidsmåte går som en rød tråd igjennom hele analysen av *Medisineren*. Faglighet knyttes hos *Medisineren* primært til et utenfraperspektiv når det gjelder å konstituere en forståelse av *hva* en psykiater arbeider med. Fagkunnskapens hovedtyngde ligger også i et utenfraperspektiv. Den vitenskapelige kunnskapen går ikke veien om menneskets selvforståelse. *Medisineren* vektlegger kunnskap som etableres ut fra naturvitenskapens metodeideal, og dermed bygges det faglige fundamentet på naturvitenskapens sannhetskrav, sikkerhet. *Medisinerens* orienteringer er knyttet til erfaringer med å arbeide i et flertydig og komplekst praksisfelt. Informantene møter og lytter til pasienten. Det de søker, er mer entydige orienteringspunkter som kan gi deres lytting en tydelig retning. Det faglige og

profesjonelle knyttes hos *Medisineren* til kunnskap om det generelle – orienteringspunkter som alle de individuelle historiene kan forstås ut ifra. Det en psykiater kan bringe inn i pasientsamtalen, er primært kunnskap om det generelle, slik *Medisineren* ser det. Pasienten har den individuelle kunnskapen. *Medisineren* går da fra det generelle til det individuelle ved å bruke sin fagkunnskap i møtet med pasientens individualitet.

En vitenskapelig psykiatri handler for *Medisineren* primært om deduktiv kunnskap og en deduktiv tilnærming. Den vitenskapelige kunnskapen blir viktigere å styre etter enn den individuelle kunnskapen, fordi det fører til en deduktiv tilnærming. Trond F. Aarre og medarbeidere argumenterer for behovet for den naturvitenskapelige metode for psykiatriens kunnskapsgrunnlag. De nevner *det randomiserte, kontrollerte forsøk* og skriver at ”den vitenskapelige metoden er den avgjørende forskjellen på den vitenskapelige medisinen og alternativ medisin” (Aarre et al., 2009, s. 18). Den naturvitenskapelige tilnærmingen, deduktiv kunnskap, beskrives på den måten som en hjørnestein for psykiatrien. Den vitenskapelige kunnskapen er den førende kunnskapen:

Et hovedpoeng i denne boka er at vi ikke må la slik kunnskap [faglig skjønn, råd fra medarbeidere, en ekspert på området] komme i veien for eller overskygge den vitenskapelige kunnskapen som tross alt finnes (Aarre et al., 2009, s. 19).

Den erfaringsbaserte kunnskapen, det faglige skjønn og ikke minst den kunnskapen som etableres i møtet med pasienten, underordnes den sikre vitenskapelige kunnskapen. Det beskrives en hierarkisk ordning av sikker viten der den naturvitenskapelige kunnskapen dominerer.

Medisineren søker etter mer sikre orienteringspunkter i en praksis som er preget av skjønn og individuelle historier, og finner dem i den deduktive kunnskapen. Gadamer er opptatt av hvordan de naturvitenskapelige sannhetskravene har dominert vitenskapen, også når det gjelder studier av mennesket. I forsøk på å finne frem til sannheter ved mennesket, er det ifølge Gadamer det som kan *verifiseres med vitenskapens metodiske midler* som vektlegges (Gadamer, 2010, s. 22). Grunnlaget for en vitenskapelig ”rasjonalitet” knytter Gadamer til utviklingen av *den moderne vitenskapen* (Gadamer, 2010, s. 46). Matthews beskriver den offisielle psykiatrien som en ”rasjonell” psykiatri, basert på en objektontologi (Matthews, 2007). Den induktive kunnskapen nedtones ved å utelate betydningen av pasientens selvforståelse fra *Medisinerens* sentrale orienteringspunkter. Den naturvitenskapelige metoden, slik

Aarre og medarbeider beskriver det, gjør at det faglige fundamentet kan skilles fra prinsipielle holdninger, tro og spekulasjon.

Hos *Medisineren* finner jeg en tanke om en fremtidsrettet vitenskap. Det faglige er i stor grad sammenbundet med det målbare. *Medisineren* har tro på at den vitenskapelige utviklingen gir gode fremtidsutsikter for økt forståelse av psykiske vansker (spesielt knyttet til hjernens virkemåter). En slik tanke er tydelig uttrykt hos Lieberman (Lieberman, 2015, s. 306 ff). Det er få refleksjoner over kunnskapens begrensninger med tanke på hva som vil forbli ubesvarte spørsmål for vitenskapen og fagets alltid "uvitenskapelige" side. Betydningen av og begrensningene som ligger i det situasjonsbestemte og dens kunnskap, er ikke så synlig i *Medisinerens* refleksjoner.

Profesjonsetiske implikasjoner: Underordne seg

Jeg vil nå drøfte de sentrale profesjonsetiske implikasjonene av *Medisinerens* orientering i fagkunnskap som en enhetlig og felles kunnskapsbank fagpersonen kan lene seg til. En viktig konsekvens av å betrakte den faglige kunnskapen som et ytre kompass er at profesjonsetikken også blir forankret utenfor den enkelte utøver. Fagkunnskapens stilling som normgivende for *Medisinerens* praksis har også profesjonsetiske konsekvenser. God praksis kan hos *Medisineren* i vesentlig grad vurderes ut ifra kjennskap til fagkunnskapen. Informantene uttrykker en mistillit til den enkelte fagutøvers kompetanse. For den enkelte psykiater blir det viktig å søke rettleiding i fagkunnskapen, slik at utøvelsen i minst mulig grad blir skjønnsbasert. For *Medisineren* er psykiatrifaget et fag som i størst mulig grad trenger en motvekt til fagets uunngåelige skjønnsbaserte praksis.

Etter min oppfatning knytter *Medisineren* sin faglige rolle i stor grad til det å forvalte fagkunnskap på riktig måte. Sebastian anser en systematisk tilnærming som vurderer pasientens ulike symptomer opp imot kunnskapen om psykiske lidelser, som vesentlig for rollen som "ordentlig fagmann". Trude er opptatt av at psykiateren må ha "selvdisiplin" og holde seg oppdatert på ny kunnskap. En vesentlig del av den faglige rollen innebærer for *Medisineren* å underordne seg den eksplisitte kunnskapen, som erfares som normativ.

Medisinerens orientering mot vitenskapelig kunnskap og felles konsensus fremstår som en tydelig norm for den enkelte psykiater. Trude og Kjersti er opptatt av å gjøre en korrekt vurdering. Det er tydelig for meg at de erfarer en mal de må følge. Jenny sier for eksempel at hun må følge den kriteriebaserte diagnostiseringen "for å være relevant". Luhrmann beskriver hvordan psykiatere tenker at vitenskapelig kunnskap

legitimerer det kliniske arbeidet. Fagets normative ramme etableres i stor grad gjennom dagens vitensproduksjon. Det handler for *Medisineren* om å holde seg oppdatert og rette sin praksis etter fagkunnskapen. Det blir spekulativt å ta utgangspunkt i de temaene som tilfeldig kan vise seg i timen. God praksis handler om å rette seg etter malen de tenker at fagkunnskap representerer. Faglige retningslinjer vil for *Medisineren* være sentrale når en vurderer hvor god den enkeltes praksis er. Slik jeg ser det, havner profesjonsetikken i forlengelse av faglige retningslinjer, som igjen er basert på psykiatrifagets eksplisitte kunnskap.

Et viktig funn er etter min mening at informantene uttrykker en mistillit til eget skjønn. Trude uttrykker en ydmykhet med tanke på egne vurderinger. Hun vil ikke være ”skråsikker”. *Medisineren* er redd for å være ”elitistisk” ved å følge ”magefølelsen” og egen intuisjon. Tove er skeptisk til ”å sette sammen teorier”. Den institusjonaliserte mistilliten som ligger i kontrollaspektet ved faglige retningslinjer, er en treffende mistillit for *Medisineren*. Fagutøvelsen i et skjønnbasert og komplekst fagfelt trenger en slik mistillit. Informantene løfter det frem som en viktig hjelp. I tråd med Grimen passer det for *Medisineren* å forankre profesjonsetikken utenfor den enkelte profesjonsutøver. God praksis sikres i liten grad av den enkelte. Erfaringen er at det kan føre til ”ville spekulasjoner” og en uheldig tilfeldig praksis. Informantene vektlegger hvor sårbar den enkelte psykiater er for påvirkning. De oppfatter påvirkningen som uheldig. En profesjonsetisk implikasjon av *Medisinerens* orientering i sikker kunnskap er at det mer foranderlige og påvirkbare oppfattes som uttrykk for en dårlig praksis.

Der hvor kunnskapen viser seg ikke å strekke til, åpner *Medisineren* for skjønn og den enkeltes vurdering. Jeg ser likheter mellom *Medisinerens* selvforståelse når det gjelder vitenskapelig og konsensusbasert fagkunnskap, og holdninger jeg finner i medisinfaget generelt.⁶³ Informantene er opptatt av ”hvilken empiri” som foreligger. Skjervheim beskriver en tilskuerholdning i vitenskapen om mennesket ved at ”det ikkje lenger er respektabelt å vurdere, å *delta i* menneska sine vurderingar, men derimot å handsama vurderingar som fakta” (Skjervheim, 2002, s. 26). For *Medisineren* blir evidensbasert praksis en viktig hjelp. Den enkeltes vurderinger er underordnet. Kari Martinsen interesserer seg for hvordan den evidensbaserte medisinen etablerer en *maktviten* som ser ”på erfaring og skjønnsmessige vurderinger som underordnet den forskningsbaserte standardkunnskap” (Martinsen, 2005, s. 93). Hun beskriver tanken

⁶³ En finner også slike holdninger i mange av dagens profesjoner, se blant andre (Grimen & Terum, 2009).

om en vitenskapelig klinisk praksis, ”at vitenskapen skal konstruere og absoluttere hvilken praksis som skal gjelde” (Martinsen, 2005, s. 92). Henrik Vogt og Andreas Pahle erfarer den forskningsbaserte kunnskapen som dominerende, og problematiserer den makten som evidensbasert kunnskap gis i arbeidet med pakkeforløp i psykiatrien (Vogt & Pahle, 2015). Når *Medisineren* tar utgangspunkt i hvilken empiri det er for eksempel for å vektlegge relasjon, uttrykker det en vitenskapelig klinisk praksis. En praksis som underordner erfaring og skjønn. Ifølge Ekeland handler den evidensbaserte bølgen om ”empirisk kontroll av praksis” (Ekeland, 1999a, s. 1039). Det vesentlige er likevel at *Medisineren* ikke opplever dette som negativ kontroll. Informantene erfarer fagfeltet som komplekst og preget av mange ulike forståelser. Tormod og Tove erfarer at arbeidsfeltet er sammensatt av ”flere nivåer”. For *Medisineren* innebærer ikke en vektlegging av vitenskapelig kunnskap og konsensusbaserte fortolkninger en uheldig entydiggjøring og utdriving av faglig skjønn. Det handler om å gjøre noe uhåndterbart mer håndterbart ved å ha en ”enkel og konkret” tilnærming. For Trude er store deler av det kliniske arbeidet skjønnbasert. Å lene seg til vitenskapelig kunnskap og standardiserte fortolkninger gir fagutøvelsen en bedre forankring og skiller utøvelsen fra en samtale med en venn eller ”bare det å møte et menneske”.⁶⁴ Det handler om god fagutøvelse.

For *Medisineren* handler fagutøvelsen om mer enn den enkelte psykiater. Nortvedt og Grimen peker på at en profesjon har som kjennetegn at den er kunnskapsbasert, og at den har ”relativt stor selvstendighet til selv å legge fast kriteriene for hva som er god utøvelse av dens kunnskap” (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 201). *Medisinerens* orientering mot vitenskapelig kunnskap handler om å forvalte samfunnets tillit til profesjonen på en riktig måte. Samfunnets tillit tenkes basert på profesjonens forankring i (natur)vitenskapen. Grunnlaget for psykiaterens kliniske arbeid er dets hensiktsmessighet. Arbeidet skal være til nytte for pasienten og samfunnet. Behandling vurderes opp imot den målbare nytten. Sebastian og Kjersti er opptatt av å redusere pasientens symptomer, som samtidig er målbare endringer. I kontrast sier Morten at ”hvis en klemmer på ballongen, så tyter det bare ut et annet sted”. Morten er opptatt av pasientens endrede verdensanskuelse, noe som vanskelige kan måles. *Medisineren* tenker ikke nødvendigvis at det er fullt ut mulig å måle alle effekter, men målet om å kunne måle effekten tenkes å hindre at psykiaterens arbeid forblir skjønnsmessig, individualistisk og uvitenskapelig. Etter min oppfatning handler det om at det målbare

⁶⁴ En av informantene ordlegger seg slik. Kunnskapsformidlingen løftes frem som den sentrale forskjellen mellom et møte med en psykiater og et møte med en interessert annen.

blir det styrende prinsipp for god behandling. Effektmål og vurderinger ut ifra foreliggende vitenskapelig dokumentasjon er det førende for *Medisineren*. Effektmål betraktes som normative for utøvelsen av faget.

Medisineren verken problematiserer eller reflekterer i særlig grad over det utfordrende med å vurdere hva som er hensiktsmessig for den enkelte. Det målbare står sentralt. Tilliten til klinikerens arbeid må være basert på mer enn den enkeltes skjønsmessige vurdering av nytte, slik jeg tolker *Medisineren*. For å være ”ordentlig fagmann” må *Medisinerens* tilnærming baseres på den eksplisitte fagkunnskapen som samtidig kan dokumentere dens effekt.

7.4 En beskrivende tilnærming

Informanter som Trude, Tove, Sebastian, Jenny og Nina er opptatt av at psykiatere må gjøre en strukturert og kriteriebasert diagnostisk vurdering. Behovet for en standardisert fortolkning er et underliggende premiss for informantenes refleksjoner over hvordan de gjør en faglig vurdering av pasientens psykiske sykdom(mer). De beskriver en profesjonell distanse når det gjelder å gjøre en diagnostisk vurdering. Jens og Tormod er ikke så opptatt av diagnoser, men beskriver samtidig nødvendigheten av en lignende distanse som de fem andre forteller om. *Medisinerens* orientering i en beskrivende tilnærming har sammenheng med oppmerksomheten mot disease og en deduktiv arbeidsmåte. Det handler om å hindre for mye variasjoner og individuelle vurderinger. En psykiater må skille mellom sitt faglige arbeid med pasientens psykiske sykdom og den mellommenneskelige kontakten som etableres. En beskrivende tilnærming til pasientens psykiske vansker hjelper *Medisineren* til å nedtone den individuelle involveringen og meningsskapende aktiviteten, ved å ha en norm å følge.

Deskriptiv tilnærming

Medisineren konstituerer sin forståelse av pasientens psykiske vansker gjennom å ha en faglig oppmerksomhet mot diagnoser ved hjelp av en systematisk tilnærming og konsensusbaserte kriterier. Det innebærer et forsøk på å etablere en felles faglig forståelse av pasientens vansker, der den enkelte psykiaters betydning (for utfallet av vurderingen) minimeres. Det står i forbindelse med *Medisinerens* overveiende deduktive arbeidsmåte gjennom en vektlegging av vitenskapelig kunnskap. En standardisert betraktning hindrer psykiatere i å forfølge egen intuisjon. Psykiaterens bruk av egen intuisjon kan trekke den faglige vurderingen i den retningen den enkelte psykiater ofte går. En kleinianer vil for eksempel alltid se et strev med et ondt objekt. Nesten samtlige informanter forteller at deres vurdering kan bli påvirket av

individuelle forhold. *Medisineren* er opptatt av at den diagnostiske vurderingen ikke må preges av individuelle vurderinger. Tormod skiller seg ut ved at han forteller at han som fagperson må gjøre en selvstendig vurdering av om pasientens vansker skal klassifiseres som en schizofreni, også i de tilfellene der kriteriene er oppfylt. Ifølge Vogt er diagnosemanualens mål om objektivitet viktig for psykiatere. ”Psykiatere og psykologer ønsker med rette å fremstå med et troverdig fagfelt” (Vogt, 2012). *Medisineren* knytter troverdighet til en standardisert betraktning. Den enkelte psykiater bør ikke være en faktor som påvirker utfallet av en faglig diagnostisk vurdering. Informantene ser også andre aspekter og gir ikke uttrykk for at de bare har én standardisert betraktning. *Medisineren* ser ikke kun en moderat depressiv episode når han eller hun møter Ola i en pasientsamtale. En deskriptiv tilnærming hjelper *Medisineren* til å skille mellom ulike aspekter, slik at vurderingen med tanke på videre behandling styres ut ifra Olas moderat depressive episode. Alternativene til en slik standardisert betraktning virker kaotiske siden de styres av fagpersonens ”synsing og meninger”. *Medisinerens* mening om en slik individualistisk og situasjonsbestemt praksis er at den både vil svekke praksisens troverdighet og åpne for uheldige tilfeldigheter.

Å være deskriptiv eller beskrivende settes ofte opp imot det å forklare eller teoretisere. Å være deskriptiv kan også forstås som en motsetning til det å gjøre en vurdering. I en vurdering går man ut over det rent beskrivende. Å beskrive kan forklares som et forsøk på å betegne noe uten samtidig å gjøre en *verdivurdering* eller å si noe mer om sammenhenger eller årsaksforhold. Tanken er at psykiateren skal gjøre en observasjon uten samtidig å fortolke hva observasjonen betyr eller innebærer. Fortolkningen gjøres ved å samle alle observasjoner og se de opp imot en bestemt mal. Den rådende tilnærmingen i både ICD-10 og DSM-5 innebærer en slik deskriptiv tilnærming. Den passer med Stanghellinis beskrivelse av ”the technical approach”. Gjennom utviklingen av DSM-III skjedde det en grunnleggende endring i den diagnostiske tilnærmingen, basert på *Feighner-kriteriene* (Aarre et al., 2009, s. 16), som åpnet for en kriteriebasert tilnærming som skulle unngå verdivurderinger eller teoribaserte vurderinger. Lieberman skriver:

Spitzer laid down a two-step process for diagnosing patients that was as simple as it was shockingly new: first, determine the presence (or absence) of specific symptoms and for how long they had been active; then, compare these observed symptoms to the fixed set of criteria for each disorder. (...) No ferreting around in a patient's unconscious for clues to a diagnosis, no interpreting the latent symbolism of dreams – just identifying concrete behaviors, thoughts, and physiological manifestations (Lieberman, 2015, s. 137).

Her henter Lieberman frem de sentrale endringene som ble gjort ved utarbeidelsen av DSM-III. Den diagnostiske vurderingen skulle ikke lenger være avhengig av fortolkning av symboler, symbolbruk eller ubevisste aspekter pasienten selv ikke kjenner til. Det handler om å identifisere adferd, tanker og fysiologiske uttrykk, noe som oppfattes som konkrete tegn som psykiateren kan gjenkjenne og observere uten å måtte fortolke betydningen av. Det passer med Othmer og Othmers spørsmål-og-svar-teknikker, som utforsker tegn. Erfaringen med vage kriterier, upresise diagnoser, store variasjoner og ikke minst verdiladete vurderinger av for eksempel homofili, er viktig for å forstå forsøket med å etablere en mer teori- og verdifri tilnærming (Lieberman, 2015, s. 117ff). Observasjon uten individuelle eller særegne tolkninger gis prioritet både hos *Medisineren* og i de rådende klassifikasjonssystemene.

Innenfor den rådende tilnærmingen som Stanghellini og Thornton peker på innenfor dagens psykiatrifag, forstås det beskrivende som en teori- og verdifri tilnærming i tråd med et positivistisk vitenskapsideal. Om den diagnostiske tilnærmingen skriver Haugsgjerd og medarbeidere:

De forskjellige diagnosene hevdes å være rent beskrivende. Det vil si at de ikke bygger på en spesiell teori om bakgrunn og behandling av psykiske lidelser eller tar hensyn til kulturelle eller religiøse verdier (Haugsgjerd et al., 2009, s. 46).

Medisinerens forståelse av pasientens psykiske vansker baseres i hovedsak på en slik beskrivende tilnærming. Når det gjelder et feltbegrep, som jeg finner hos Stokkeland, kan vi si at *Medisineren* forsøker å stille seg utenfor ”feltet av meningsdannelser” (Stokkeland, 2011, s. 231). Informantene Kjersti og Trude prøver å unngå uklarheter. Å være beskrivende innebærer å nedtone det skapende ved praksisen ved i minst mulig grad å tre inn i relasjonens ”fremtredelsesrom” (Stokkeland, 2011, s. 194). Hvis psykiateren for eksempel interesserer seg for Olas særegne erfaring av psykiateren i samtalesituasjonen og Olas ambivalens overfor sin samboer, vil *Medisineren* se det som en risiko for å involverer seg i aspekter som ligger utenfor fagpersonenes hovedoppgaver. Den profesjonelle distansen handler om at psykiateren minimerer sin involvering i pasientens meningssammenheng. *Medisineren* betrakter i liten grad pasientens psykiske vansker som svar på tidligere og aktuelle relasjoner. Stokkelands feltbegrep blir for teoriladet for *Medisineren*. En faglig vektlegging av den relasjonelle dimensjonen og partenes meningsskapende omgang med hverandre, vil for *Medisineren* fremstå som en tilnærming som er altfor mye basert på antagelser om psykiske lidelser. Den beskrivende tilnærmingen innebærer ikke at *Medisineren* nødvendigvis overser den relasjonelle dimensjonen eller tenker at pasientens

meningssammenheng er ubetydelig. Kritikken av en diagnostisk tilnærming kan gi et slikt inntrykk. Poenget er at *Medisineren* etablerer en avgrenset oppmerksomhet for å unngå en verdiladet betraktning som avhenger av den enkelte psykiater. Målet om en standardisert fortolkning gjør at *Medisineren* ikke vektlegger en relasjonsforståelse som innebærer en induktiv arbeidsmåte som vesentlig.

Den beskrivende tilnærmingen som *Medisineren* vektlegger, er tett forbundet med orienteringen mot sykdom. En beskrivende tilnærming passer med forståelsen av at det er nødvendig å identifisere en konkret tilstand:

It is this 'something wrong inside' which a scientific medicine seeks to treat. Diagnosis is the business of identifying what is wrong inside, on the basis of the external symptoms (together of course with such things as the patient's medical history, recent exposure to potential causes of things going wrong in these ways, and so on) (Matthews, 2007, s. 11).

Diagnosen identifiserer sykdommen. *Medisineren* søker en nøytral vurdering av en tilstand, ikke en person. Hva psykiateren eller pasienten skulle mene om tilstanden, og hva tilstanden betyr for pasienten, faller utenfor vurderingen. Det utelukker imidlertid ikke personen eller andre aspekter eller forståelser av psykisk sykdom, slik *Medisineren* ser det. Kritikkk av et diagnosefokus handler ofte om at diagnoser blir det overordnede prinsipp for behandling,⁶⁵ og at det skjer på bekostning av andre tilnærminger og forståelser av menneskelige problemer (Bovbjerg, 2015; Nielsen & Jørgensen, 2015; Schmidt & Holm, 2015). For *Medisineren* er en slik kritikk lite treffende. Målet er nettopp å avgrense oppmerksomheten til de sidene ved forstyrrelsene som faget har kunnskap om, slik at andre aspekter ved pasientens psykiske liv og individuelle forhold ikke blandes inn i de diagnostiske kategoriene. *Medisineren* forsøker å respektere grensene for hva fagpersonen kan noe om. En forståelse for den enkelte kommer som et viktig tillegg til det som kan beskrives ved hjelp av faglig terminologi.

En pålitelig tilnærming

Det sentrale ved en beskrivende tilnærming er dens pålitelighet. *Medisineren* er opptatt av at psykiateren orienterer seg i samsvar med kolleger, og at vurderingene blir like. Montgomery anser en pålitelig bestemmelse av diagnose som omdreiningspunktet i pasientbehandling: "the goal that is the sine qua non of patient care: the reliable determination of a diagnosis" (Montgomery, 2006, s. 59). Ifølge Aarre gjelder dette også i dagens psykiatri- og psykologifag. Han hevder at klassifikasjonssystemene "ofret gyldigheten for å få bedre pålitelighet" (Aarre, 2010, s. 26). Psykiatere skal bruke fagbegrep som ulike diagnoser på lik måte og legge lik betydning i begrepene.

⁶⁵ Diskusjonen rundt "pakkeforløp" innen psykisk helse er blant de nyere eksemplene (Vogt, 2015).

Når psykiatere snakker om Olas og Karis moderat depressive episode, skal de mene det samme. Den beskrivende tilnærmingens avgrensede oppmerksomhet sikrer pålitelige vurderinger. Et utvidet perspektiv på psykiske vansker åpner for mer ulike aspekter, og psykiatere kan miste fokus på det *Medisineren* regner som de vesentlige aspektene. Økt pålitelighet skal på den måten samtidig sikre bedre gyldighet.

Idealet er en mest mulig nøytral og objektiv tilnærming. Det pålitelige er å følge konsensus:

I siste instans er imidlertid synet på observasjonssetningenes *deskriptive* karakter og avhengighet av kvantitative data knyttet til respekten for den nøytralitet vi forbinder med vitenskapen selv. Derfor virker det så riktig at vi overfor den enkelte pasient forplikter oss på å betrakte ham som et standardtilfelle, stille en diagnose og sette i gang med en behandling (Nerheim, 1996, s. 191).

Vitenskapens tilnærming er et ideal for *Medisineren*. Erfaringer med vilkårlighet i vurderinger og fagets historie med manglende entydig fokus, gjør at *Medisineren* søker hjelp i idealer fra vitenskapen. *Medisineren* har behov for en norm. En beskrivende tilnærming hjelper psykiateren til å se og identifisere det som bør ses. *Medisineren* ser på egne interesser og fortolkninger som potensielle feilkilder. En engasjert vurdering av pasientens vansker, i betydningen en vurdering som involvert medmenneske, er også en potensiell feilkilde.

Medisineren er opptatt av at den enkelte psykiater må underkaste seg den konsensusbaserte deskriptive tilnærmingen for å sikre lik vurdering og dermed utgangspunkt for behandling. Hofmann skriver om *semantisk paternalisme*: ”bare de som kan beskrivelsene eller forvalter praksisene for ”sykdom”, det vil si fagfolkene, vet hva sykdom er” (Hofmann, 2014, s. 111). Informantene refererer til diagnosemanualen, de strukturerte intervjuene og den nye kunnskapen som stadig produseres, når de snakker om hva psykiateren må lene seg til. Den faglige tyngden ligger så å si i underkastelsen av de faglige fellessvarene og ikke hos den enkelte psykiater. Det pålitelige og gyldige knyttes til en felles faglig orientering. *Medisineren* beskriver egen faglighet som lite autonom. Det reduserer betydningen av den relasjonelle dimensjonen hos *Medisineren*.

Ser vi refleksjonene og det informantene forteller i lys av Binders begrep ”den meningsbærende andre”, blir *Medisinerens* underkastelse tydelig. *Medisineren* betrakter fagkunnskapen som en forutsetning for meningsdanning. Den enkelte psykiater beskrives i mindre grad som en betydningsfull forutsetning. Flere informanter beskriver relasjonen som et selger–kunde-forhold og relasjonsforståelsen

som en type service, og den dialogiske praksisen er underkommunisert hos *Medisineren*. Informantene reflekterer lite over pasientens behov for å møte et ”jag” som lar seg affisere når det gjelder konstitueringen av forståelsen. Kjersti er opptatt av at pasienten blir møtt, og at hun viser forståelse for pasientens situasjon. Informantene overser ikke pasientens behov for å bli møtt og forstått. Funnet er at *Medisineren* forsøker å minimere den hermeneutiske dimensjonen ved arbeidet. *Medisineren* ”trekker seg” så å si tilbake fra en dialogisk praksis som ville ha krevd å undre seg over det han eller hun ikke forstår – over det som ikke passer med psykiaterens fagkunnskap. Det ville også bety at psykiateren skulle være opptatt av hvordan egen væremåte åpner og lukker for pasientens muligheter til å vise seg. For *Medisineren* vil en slik tilnærming implisere en overdreven opptatthet av den relasjonelle dimensjonen og den enkelte psykiaters betydning. Det vil samtidig flytte fokus over på et meningsaspekt og et symbolnivå som ligger i randsonen av hva *Medisineren* mener en psykiater skal arbeide med. Pålitelige vurderinger handler om at psykiateren nedtoner egen involvering i pasientsamtalen.

Informantene nedtoner den enkelte psykiaters betydning generelt. Tove trekker inn at psykiaterens tid med pasienten er kort i forhold til de mange timer hun må klare seg alene. *Medisineren* reflekterer lite over betydningen av møtet som etableres i pasientsamtalen, når jeg ser det i lys av begrepet ”den meningsbærende andre”. For *Medisineren* er psykiaterens involvering svært begrenset, noe som gjør at av samspillet ikke tillegges særlig stor betydning. At partene møtes som to ”jag”, er ikke et aspekt *Medisineren* vektlegger.

Diagnosesosiologien hevder at all medisinsk klassifisering av sykdoms fenomener beror på fortolkning (Album & Johannessen, 2015). Tanken er at all kategorisering skjer på bakgrunn av fortolkning, og at medisinen ikke har noen privilegert tilgang på sannhet (Leder, 1990). Olaug S. Lian skriver om en *diagnostisk optikk* (Lian, 2006). *Medisineren* hevder ikke at en deskriptiv tilnærming er helt objektiv. Lieberman skriver, i likhet med kritikere som Lian, at diagnosemanualen ikke bare er en nøytral beskrivelse, men definerer hvordan samfunnet betrakter og forstår mennesket:

For better or worse, the *DSM* is not merely a compendium of medical diagnoses. It has become a public document that helps define how we understand ourselves and how we live our lives (Lieberman, 2015, s. 291).

Optikken anses som en viktig hjelp til å forstå. Poenget til *Medisineren* er at fagpersonen nettopp trenger en standardisert fortolkning for å kunne gi faglig god hjelp. Det handler om å etablere en pålitelig definering av saksforholdet, slik at

kunnskapen om og erfaringen med tilstandene kan videreføres og deles med fagpersoner. Et underliggende premiss er en nedtoning av det individuelle fortolkningsarbeidet, og igjen den relasjonelle dimensjonen i det kliniske arbeidet.

En samfunnsmessig utvikling?

Medisinerens orientering mot en beskrivende tilnærming, som i tråd med det faglige fundamentet er vitenskapelig fundert, kan forstås i et større samfunnsperspektiv. Flere forfattere hevder at en beskrivende tilnærming som forsøker å være teori- og verdifri, handler om hvordan det vestlige samfunnet i økende grad ser til vitenskapen for svar (Brinkmann, 2015b; N. Rose, 2015).

Svend Brinkmann skriver at ”en samfunnsmessig utvikling har medført at vi i stor grad kun har ett språk til å forstå menneskelig lidelse og ubehag” (Brinkmann, 2015a, s. 10). Forfatteren ser utviklingen i sammenheng med at andre forståelsesformer, som moralske, eksistensielle og religiøse, er i ferd med å forsvinne i dagens samfunn. ”Helse har blitt den overordnede verdien i vestlige samfunn” (Brinkmann, 2015a, s. 10). Psykiatrifagets deskriptive tilnærming kan både ses som en aktiv del av denne utviklingen og som en konsekvens av en generell samfunnsmessig utvikling. Samtidig treffer ikke Brinkmanns beskrivelse helt *Medisinerens* orientering. *Medisineren* snakker ikke om ”ett språk” for pasientens psykiske vansker, og informantene anerkjenner på en måte det flertydige ved psykiske vansker. En beskrivende tilnærming handler om å etablere en mer entydig *faglig* tilnærming, ved å la én type språk og begrepsapparat få dominere. Informantene hevder at det er en nødvendig avgrensning for å kunne gi klinikerer et orienteringspunkt. Tove erkjenner at det er ”begrensende”, men ser ikke andre alternativer.

Ekeland ser utviklingen av den deskriptive diagnostikken i sammenheng med et politisk perspektiv på en samfunnsmessig utvikling, i tillegg til en vitenskapeliggjøring av kulturelle problemer. Det er

(...) eit samfunnsmessig styringsbehov som føreset kategorisering som grunnlag for statistikk, administrasjon, og økonomitransaksjon i helsevesenet. Eit helsevesen som har vakse seg større enn stort byr på styringsutfordringar, og alle styringslogikkar elsker standardisering slik DSM kan by på (Ekeland, 2003, s. 57).

Ekeland mener at samfunnets behov for styring er med på å påvirke en standardisering. Skepsisen mot en pluralisme av forståelsesformer kan knyttes til samfunnets behov for entydige svar når et stort helsevesen skal organiseres. *Medisinerens* orientering kan forstås som et forsøk på å være en ansvarlig samfunnsaktør som forsøker å forvalte godene (behandlingstilbud) på en rettferdig måte. En deskriptiv tilnærming muliggjør

standardisering på en måte som passer med politiske og ideologiske føringer i samfunnet.

Standardisert fortolkning og metode

Pålitelighet er for *Medisineren* ensbetydende med at enhver psykiater vil komme frem til samme konklusjon. Det handler om ”å gripe” pasientens depresjon, panikkangst eller schizofreni. En deskriptiv tilnærming, som skal beskrive det foreliggende, utgjør en faglig normativ ramme. Det en tilnærming *Medisineren* bør følge. Sebastian, Trude, Tove, Kjersti, Jenny og Nina er opptatt av å gjøre en systematisk utspørring, og Trude er en av flere som vektlegger behovet for eksterne rettesnorer. *Medisineren* har i sitt kliniske arbeid en mer eller mindre definert vei å følge, som leder til en faglig forståelse av pasientens psykiske vansker.

Gadamer knytter *metode* til tanken om en enhetlig tilnærming som enhver vil kunne følge:

Metode i moderne forstand er imidlertid – til tross for det mangfold den kan oppvise innenfor forskjellige vitenskaper – noe enhetlig. Metodebegrepets erkjennelsesideal består i at vi går opp en bestemt erkjennelsesvei så bevisst at det alltid vil være mulig å følge den samme veien igjen. *Methodos* betyr ’vei å følge [*Weg des Nachgehens*]’. Å følge den samme veien man tidligere har gått, igjen og igjen – det er metodisk og kjennetegner vitenskapens framgangsmåte (Gadamer, 2003, s. 21).

Utviklingen av en metode er ment å sikre at de som følger veien, en klart definert tilnæringsmåte, kommer frem til samme sted. Den deskriptive tilnærmingen handler om å følge den samme veien. Muligheten for å kunne følge samme vei sikrer påliteligheten (og gyldigheten) til *Medisinerens* vurdering. *Medisineren* har et mål om å komme frem til et utgangspunkt for behandling, en diagnose. Det handler ikke om at enhver psykiater skal vandre i et ukjent landskap med det ene mål å bli kjent med det særegne landskapet. Pasientens psykiske vansker skal beskrives ut ifra et bestemt erkjennelsesideal, slik at funn og tegn kan sammenlignes. Selv om noen av informantene vektlegger strukturerte intervjuer, og andre legger vekt på en strukturert gjennomgang, har de et felles erkjennelsesideal i en beskrivende tilnærming.

Et interessant aspekt ved metode er mulighetene for kritikk og diskusjon. En enhetlig erkjennelsesvei åpner for bedre systematikk og ensartet dokumentasjon. For *Medisineren* danner det et felles grunnlag for kritikk og diskusjon; hvilken behandling har for eksempel effekt ved schizofreni? En enhetlig tilnærming blant psykiaterne muliggjør sammenligning og kvalitetsutvikling (Jørgensen et al., 2006, s. 36ff). At en

psykiater følger samme vei som sine kolleger, er derfor et klart normativt krav for *Medisineren*. Tilnærmingen knyttes til kvaliteten ved det kliniske arbeidet.

Wifstad ser annerledes på mulighetene for kritikk og diskusjon. Han omtaler tanken om en beskrivende tilnærming, en enhetlig verdifri tilnærming, som knyttet til forestillingen om "ren empiri": "at beskrivende termer helst bør stå i en uformidlet relasjon til "sensedata"" (Wifstad, 1997, s. 31). Grunnantagelsen er et verdifritt utgangspunkt:

(...) forestillingen om at DSM-III, grunnleggende sett, muliggjør verdifrie klassifiseringer. Det understrekes tvert imot at klassifikasjonssystemet springer ut av en *konsensus*, noe som i sin tur tendensielt legger lokk på en eventuell diskusjon om hvilke implisitte verdier som ligger til grunn (Wifstad, 1997, s. 31).

Wifstads poeng er at diagnosesystemet bygger på muligheten av å etablere et pålitelig felles utgangspunkt ved å minimere fortolkningsdimensjonen. En felles metode er sentral i et forsøk på å øke påliteligheten. Samtidig blir det vanskelig å diskutere gyldigheten til en diagnose som for eksempel F 20 Schizofreni; spørsmål av typen *hva schizofreni er*. Slike spørsmål knyttes til teoretisk spekulasjon (og fortolkning), og valgene som tas ved å bestemme erkjennelsesvei, blir i liten grad tematisert (K. Kendler, 1990; Radden, 1994). Kritikk og diskusjon av de valgene som bruk av metode og en konsensusbasert tilnærming innebærer, ligger utenfor grensene for det "det ifølge premissene, er mulig å forske på" (Wifstad, 1997, s. 32). Det blir vanskelig å kritisere de implisitte verdiene som ligger i metodens bestemte erkjennelsesideal, fordi fortolkningsdimensjonen samtidig tildekkes.

Medisineren er opptatt av at psykiateren både har en felles vei å følge og følger den. Kritikken fra Wifstad vil *Medisineren* knytte til en grunnlagsdiskusjon som ligger utenfor det kliniske arbeidet. I klinisk arbeid er det avgjørende for *Medisineren* å ha entydige orienteringspunkter. Jenny er opptatt av at psykiatere må forholde seg til en felles kriteriebasert tilnærming. Dermed kan egne og kollegers diagnostiske vurderinger kritiseres og sammenlignes. Når informantene registrerer at kolleger ikke gjør like vurderinger, går de ut fra at det handler om kollegene og ikke praksisfeltet de arbeider i og med. Den faglige forståelsen må være lik psykiatere imellom. Det flertydige i enhver relasjon er et aspekt *Medisineren* i liten grad reflekterer over.

Profesjonsetiske implikasjoner: En diagnostisk tilskuerholdning

Jeg vil nå se på profesjonsetiske implikasjoner av *Medisinerens* orienteringspunkt i en beskrivende tilnærming. Etter min oppfatning reflekterer *Medisineren* i liten grad over seg selv eller relasjonen som sentral for etableringen av en faglig forståelse.

Medisineren søker en faglig nøytral vurdering. Det gjør partene til tilskuere. Slik jeg ser det, innebærer *Medisinerens* orientering mot en deskriptiv tilnærming å nedtone egen involvering med pasienten og å forsøke å betrakte det som pasienten forteller og viser, gjennom en felles faglig optikk. Trude omtaler den profesjonelle rollen som ”å transformere” informasjon til en diagnose. Den mellommenneskelige interaksjonen er av betydning, men adskilles fra en vurdering av tilstanden, i betydningen av at tilstanden objektiviseres. *Medisineren* søker tegn og interesserer seg i liten grad for symbolbruk. Det handler om å innordne fakta i en diagnosesammenheng og å forholde seg til fagets standardiserte fortolkninger. For *Medisineren* blir det et profesjonsetisk mål å etablere en diagnostisk tilskuerholdning. Det sikrer en god praksis, slik jeg tolker det.

En tilskuerholdning, når det gjelder den diagnostiske vurderingen, er sentral og knyttes til det å være ”faglig ansvarlig”, som Tove sier det. Det deskriptive, det som ”er”, blir bestemmende fordi *Medisineren* betrakter det som et nøytralt faktum. ”Tegnets betydning er ikke tvetydig, det er klart og entydig”, skriver Stokkeland (Stokkeland, 2011, s. 180). Det deskriptive tenkes således å være en side ved psykiaterens arbeid som det faglige kan bygge på, og som kan utgjøre en faglig ramme. *Medisineren* anser en slik form for instrumentell tilnærming som nødvendig for å gi praksisen en vitenskapelig og faglig god forankring.

Delvis deltager

Medisineren er var for ”å synse og mene”. God faglighet består i at psykiateren fremstår som en fagperson som konsentrerer seg om det hun kan noe om. Samtidig som informantene forteller at psykiske lidelser involverer hele pasientens situasjon, og at det alltid ”ligger ting under”, er de skeptiske til å involvere seg i den meningssammenhengen pasienten formidler. Informantene forteller at de ikke er ekspert på menneskets håndtering av sitt liv. Skillet mellom sykdom og person er nettopp det som hjelper *Medisineren* til å møte pasienten som subjekt. Tross en diagnostisk tilskuerholdning blir *Medisineren* samtidig en deltager i pasientsamtalen ved hjelp av et fokus på noe tredje, pasientens diagnostiserbare lidelse.

Metaforen om et selger–kunde-forhold understreker hvordan *Medisineren* etablerer en treleddet relasjon. Etter min oppfatning betrakter *Medisineren* pasienten som en selvstendig part, som etablerer kontakt med psykiateren på grunn av sin sykdom. Pasientens avhengighet av psykiateren blir knyttet til pasientens behov for hjelp med en psykisk lidelse og den nedsettelsen av selvstendighet som en psykisk lidelse kan

medføre. Pasienten betraktes ikke som avhengig av fagpersonen for å bli kjent med sin eksistensielle situasjon. Tove nedtoner betydningen hun selv har overfor pasientene. Det er ikke pasienten som person som er saken. Slik jeg leser det, vektlegger *Medisineren* pasientens selvstendighet i forholdet til psykiateren.

Forholdet mellom psykiater og pasient skal handle om det tredje. For *Medisineren* ligger det en fare i å bli for involvert eller selv å begynne å mene eller personlig vurdere pasientens tilstand. Å følge den faglige malen for vurdering fremstår som en faglig plikt og sentral hjelp. Informantene forteller at det både er lett å bli for involvert i møtet med pasientens lidelse og å miste fokus. Den faglige distansen er en viktig hjelp til å kunne vurdere pasientens vansker uten å bli for subjektiv eller ledet av egen eller pasientens forståelse. Psykiateren må se til felleskriteriene og ”gå til boken”. *Medisineren* er først og fremst en målbærer av fagets kunnskap om psykiske lidelser og må derfor la egen vurdering være preget av fagets eksplisitte kunnskap. For *Medisineren* er det god praksis å nedtone betydningen av både seg selv og pasienten i det kliniske arbeidet. Profesjonsetisk blir det også viktig for *Medisineren* å nedtone både den relasjonelle dimensjonen og partenes innvirkning på den faglige vurderingen.

Informantene er opptatt av farene for at psykiateren går utenom sin faglige rolle. For *Medisineren* representerer både en overdreven involvering og bruk av teorier om det psykiske en fare for å bli personlige spekulasjoner. *Medisineren* ser farene for å etablere en toleddet relasjon ved at pasienten som subjekt med sin urørlighetssone ikke blir respektert, men behandlet som ”eit psykologisk kasus” (Skjervheim, 2002, s. 22). Psykiateren kan da fremstå som en som vet best, og begynner å definere og involvere seg i hvordan pasienten er som person. *Medisineren* anser det som en profesjonsetisk utfordring å unngå spekulasjoner. Sebastian, Trude og Tove er skeptiske til kolleger som fokuserer på å forstå meningssammenhenger i pasientens liv. Etter mitt syn handler det for *Medisineren* om å være ydmyk når det gjelder egen påvirkning. Informantene kjenner til mange eksempler på hvordan fagpersoners meninger har preget vurderingene. For *Medisineren* er det uttrykk for dårlig praksis. Pasienten skal ikke være avhengig av hvilken fagperson man møter. Den standardiserte fortolkningen sikrer en god deltagerrolle.

Det interessante er at nettopp *Medisinerens* frykt for å spekulere og se etter sammenhenger kan bidra til å begrense psykiaterens deltagerholdning. Etter min oppfatning unnviker *Medisineren* meningsaspektet ved pasientens psykiske vansker. I Skjervheims definisjon av deltagerholdningen er det viktig ”å vera viljug til å ta hans

meningar opp til ettertanke, eventuelt diskusjon” (Skjervheim, 2002, s. 23). *Medisineren* anser ikke en slik holdning som riktig eller relevant i det kliniske arbeidet. Sebastian vil for eksempel holde seg til det biologiske aspektet ved alkoholbruk. Psykiateren bør unngå å involvere seg i pasientens meninger eller holdninger som ikke direkte kan knyttes til hennes diagnostiserbare lidelse.

Ved å tilnærme seg pasientens psykiske vansker gjennom en standardisert fortolkning unngår *Medisineren* å gjøre sin faglige vurdering til noe personavhengig. *Medisineren* forstår ikke seg selv som ”en meningsbærende andre”, slik jeg ser det. Psykiateren blir en fagperson med en oppgave overfor pasienten som i liten grad knyttes til partene som personer. En treleddet relasjon unngår angrep på den andres frihet. Distansen gir pasienten et spillerom med tanke på i hvilken grad hun selv vil åpne opp for mer personlige forhold.

7.5 Et samfunnsperspektiv på *Medisineren*

Måten *Medisineren* konstituerer forståelsen av sitt praksisfelt på, ligger tett opptil slik nasjonale faglige retningslinjer, helseforetaks behandlingslinjer for spesifikke lidelser og den kunnskapsbaserte medisinen vektlegger aspekter ved det kliniske arbeidet.

Flere forfattere peker på en sammenheng mellom den rådende tilnærmingen til psykiske lidelser i dagens psykisk helse og styringspolitiske krav om etterlevelse, lik behandling og økonomi (Ekeland, 2014; Ramsdal, 2009; Wifstad & Foss, 1990).

Medisineren argumenterer for at psykiateren skal oppfylle de krav som stilles i den rådende ”arbeidsinstruksen”. Tove er opptatt av at en psykiater skal *behandle* sykdom, og Sebastian sier at oppgaven er å identifisere og behandle symptomer for ”å få funksjonen i gang igjen”.

Et eksempel på at en psykiater ikke uten videre kan velge å følge retningslinjen eller ikke, kan en finne i *Legeforeningens statusrapport fra 2004 om psykiske lidelser*:

På internasjonal basis utvikles det stadig bedre kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling av psykiske lidelser. Det betyr at man både kan og bør utvikle standardiserte behandlingsopplegg for psykiske lidelser. I dagens poliklinikker er utformingen av behandlingstilbudet ofte basert på tilnærminger behandleren selv er opptatt av, ofte med usikker basis i aksepterte retningslinjer for utredning og behandling. Dersom en behandler velger å fravike slike retningslinjer, bør det begrunnes skriftlig (Legeforeningen, 2004a).

Den faglige utøvelsen vurderes opp mot aksepterte retningslinjer. Skal en psykiater bruke skjønn, må det begrunnes og dokumenteres. Kvalitet knyttes til etterlevelse av prosedyrer.

Foss og Wifstad skriver at psykologi og psykiatri har ”overlatt basal menneskekunnskap til andre disipliner”, og hevder at dagens psykisk helsevesen er inne i ”prosedyrenes tid” (Foss & Wifstad, 2011). De knytter økt objektivisering og vitenskapeliggjøring av helse til en utvikling i samfunnet og helsesektoren. ”Dokumentasjonskravet avspeiler en helsesektor som har tatt etter den økonomiske tenkemåten” (Foss & Wifstad, 2011, s. 546). De hevder at opprettingen av *registreringssystemer* former forståelsen av helt grunnleggende spørsmål som psykisk helsevesen står overfor, og nevner Michael Powers begrep *revisjonssamfunnet* (Power, 1997). Økt styringsbehov gir lite rom for fortolkninger, og ”hele klimaet i vår kultur gjør det vanskeligere å fastholde at den psykiske lidelsen konfronterer oss med et personlig anliggende” (Foss & Wifstad, 2011, s. 547). *Medisinerens* måte å konstituere forståelsen av det kliniske arbeidet på kan ses i sammenheng med en samfunnsutvikling, slik Foss og Wifstad tegner den opp.

En kan betrakte *Medisinerens* tilnærming som en måte å nærme seg pasientens psykiske vansker på *uten* å gå i dybden av fenomenene. Pia Ringø studerer både den historiske utviklingen og den aktuelle situasjonen for vilkår for begrepsdannelse og praksis innenfor psykisk helse i Danmark (Ringø, 2013). Det er noen interessante likheter mellom Ringøs beskrivelser og *Medisineren*. Hennes avhandling peker på hvordan utviklingen av styringspolitiske og styringsteknologiske behov i stor grad legger premisser for psykisk helseverns selvforståelse:

I afhandlingens historiske materiale synliggjøres hvordan en dybde-ontologisk interesse i begreps- og teoriutvikling forsvandt i det sociale og psykiatriske felt i den undersøgte periode, samt hvorledes denne utvikling kan henledes til bestemte sociale, teknologiske og managerialistiske diskurser og styringspolitiske målsætninger. Der kan hermed skimtes et praktisk og styringsteknologisk skift fra ”problemforståelser og problemløsninger i dybden”, til ”problemløsning på overflaten”. En utvikling som lidt provokerende kan betegnes som det 21. århundredes symptombehandlingsdiskurs (Ringø, 2013, s. 316).

Avhandlingen skisserer opp en tilnærming på ”overflaten” når det gjelder styring, viten og praksis. Med ”overflate” mener Ringø en tilnærming som forsøker å ”regulere, mestre og forandre de sociale og psykologiske konsekvenser” uten ”at specificere hvad denne ”sygdom” består i” (Ringø, 2013, s. 335). Hun beskriver at i løpet av 1980-årene og fremover ”forsvinner” det teoretiske grunnlaget for begreps- og teoriutvikling rettet mot ”dybdeontologiske forklaringsmodeller” (Ringø, 2013, s. 320). Med ”dybdeontologisk” mener Ringø en bred tolkningsramme i møtet med den andre som muliggjør en interesse for forutsetninger, sammenhenger og strukturer som ikke er direkte observerbare.

Medisinerens vektlegging av sykdom, et vitenskapelig fundament og en beskrivende tilnærming passer med den anskuelsen av pasientens psykiske vansker som Ringø omtaler som en ”post-ontologisk modell”. Betragtningen kan ses som et resultat av en samfunnsutvikling påvirket av styringspolitiske målsettinger. Sentralt står forventningen om at diagnoser skal fungere handlings- og retningsgivende for den ”bedste (evidensbaserte) standardiserte praksis” for spesifikke lidelser (Ringø, 2013, s. 319). Det etableres et tydelig skille mellom teori og empiri, som

(...) medfører at andre paradigmers teoretiske forståelse for de psykiatriske symptomers eventuelle kontekstuelle forankring, uttrykk og funksjon ikke forudsættes for at iværksætte psykiatrisk utredning, diagnosticering og behandling (Ringø, 2013, s. 335).

Ringø peker på et skille mellom teoretisk forståelse og behandling. Hun hevder at forsøk på å forstå psykiske vansker nedtones til fordel for etterlevelse av tiltak som har vist seg effektive. Det skapes et ikke-teoretisk grunnlag for å kunne ”afhjælpe konsekvenserne av den psykiatriske (biologiske, genetiske) lidelse på mest effektive vis” (Ringø, 2013, s. 320). Utviklingen av et slikt kunnskapsgrunnlag knytter Ringø til samfunnsutviklingen. Oppmerksomheten rettes mot hvilke tiltak som har dokumentert vitenskapelig effekt, uten at det går i dybden på hvilke forutsetninger og antagelser en slik tilnærming bygger på.

Et samfunnsperspektiv

Flere forfattere peker på det mulige underliggende styringsbehovet fra samfunnet som en sannsynlig drivkraft for vektleggingen av de naturvitenskapelige sannhetskravene i arbeid med mennesker (Christensen & Lægreid, 2001; Ekeland, 2014; Johannessen, 2004; Konnerup, 2009). Martinsen skriver:

I dag er den dominerende rasjonalitet i helsevesenet den strategiske og økonomiske, hvor alle må vise, og ikke minst målbart vise, sin verdi i effektivitetens navn. I denne sammenheng er det at den evidensbaserte forskningen har kommet i forgrunnen (Martinsen, 2005, s. 89).

Hun hevder at *evidens* er blitt snevret inn i forskningslitteraturen til å omhandle det å måle effekten av tiltak (Martinsen, 2005, s. 52). Målet om at psykiaterens praksis skal være forskningsbasert og dermed forbedret, knytter Martinsen til kostnadsveksten i helsesektoren og det at den evidensbaserte forskningen ”synes å ha dokumentert sin nytte samfunnsøkonomisk” (Martinsen, 2005, s. 89). *Medisineren* reflekterer over hva som bør fokuseres på, ut ifra spørsmål om effekt. For eksempel om det har noen nytte å fokusere på relasjon.

7.6 Oppsummering

Vi har nå sett på hvordan *Medisineren* konstituerer sin forståelse av det kliniske arbeidet. Kapittelet ser på de tre orienteringspunktene som *Medisineren* vektlegger ved sin orientering i det kliniske arbeidet. Konstitueringen har paralleller til den rådende tilnærmingen innenfor dagens psykisk helse og kan ses i lys av et samfunnsperspektiv der styringspolitiske målsettinger er rådende. Jeg vil knytte konstitueringen til utviklingen av den diagnostiske psykiatrien og en naturvitenskapelig medisin. I nyere tid kan *Medisineren* ses i relasjon til empirisk orientert psykiatri.

Medisineren arbeider med psykisk sykdom. Det innebærer en orientering mot disease. Orienteringen kan knyttes til en *minimal interpretation* av den medisinske modellen. Illness anses som et supplerende perspektiv til klinikerens fokus på rimelig avgrensede tilstander. *Medisineren* går langt i å betrakte psykisk sykdom som biografiløse tilstander, hvilket blant annet handler om behov for å avgrense oppmerksomheten i det kliniske arbeidet og hjelpe pasienten til å ta fatt på det sentrale ved vanskene. Skillet mellom disease og illness anses å gi en mer rasjonell tilnærming. Profesjonsetisk blir en faglig objektivisering viktig. Klinikerer skiller mellom person og sykdom. Det etablerer en enkel empati der pasienten betraktes som offer for sykdom.

Det kliniske arbeidet betraktes gjennom det *Medisineren* oppfatter som enhetlig fagkunnskap. Fagpersonen skal bygge på vitenskapelig sikker kunnskap. Vitenskapelig kunnskap antas å kunne avdekke fundamentale forhold ved psykisk sykdom. Orienteringen har klare paralleller til en eklektisk tilnærming som knytter sammen ulike tradisjoner gjennom å være kunnskapsbasert. *Medisineren* har en overordnet deduktiv arbeidsmåte. Profesjonsetikken blir forankret utenfor den enkelte utøver. For vurdering av god praksis må psykiateren søke utenfor seg selv.

For *Medisineren* er en deskriptiv tilnærming, slik vi finner det i dagens diagnosesystem, en inngang til å bli kjent med pasientens psykiske vansker. Det handler om å etablere en pålitelig tilnærming som sikrer at psykiateren går i gang med det sentrale ved pasientens psykiske vansker. *Medisineren* er opptatt av at psykiatere vurderer pasientens vansker mest mulig likt og unngår egne spekulasjoner. Slik jeg ser det, blir da en standardisert fortolkning betydningsfull. Det etablerer en diagnostisk tilskuerholdning. *Medisineren* fremhever den profesjonelle distansen.

Kapittel 8: *Fortolkeren*

8.1 Innledning

I dette kapittelet tolker jeg *Fortolkerens* måte å konstituere forståelsen av sitt kliniske arbeid på. Strukturen i kapittelet følger de tre orienteringspunktene: pasientens sinn, faglig skjønn og møtet.

Fortolkeren betrakter psykiatrifagets praksisfelt som vesentlig annerledes enn medisinen generelt. En psykiater arbeider med pasientens forståelse av seg selv, som er individuell, mellommenneskelig og innebærer et meningsaspekt. Det komplekse og flertydige ved psykiske vansker gjør at *Fortolkeren* er tilbakeholdende med å definere sitt kliniske arbeid ut ifra en sykdomslære. Oppmerksomheten er rettet mot pasientens sinn.

Videre ser jeg på hvordan *Fortolkeren* beskriver fagkunnskapen som lite enhetlig, og at psykiateren må fortolke og i det vesentlige stole på sitt faglige skjønn. Refleksjoner over hva det innebærer å være menneske, allmennmenneskelige aspekter, ses på som en viktig hjelp til for å forstå det kliniske arbeidet. *Fortolkeren* vektlegger både en induktiv og en deduktiv arbeidsmåte. Avslutningsvis ser jeg på hvordan *Fortolkeren* er opptatt av å la seg engasjere av det pasienten forteller og viser. Psykiateren må la seg lede av pasienten og interessere seg for det unike samspillet som oppstår. Den relasjonelle dimensjonen ved psykiske vansker har konsekvenser for hvordan psykiateren tilnærmer seg pasienten. Den enkelte psykiater gis en mer sentral rolle i det kliniske arbeidet enn hos *Medisineren*.

Det er større variasjoner mellom informantene som jeg samler under betegnelsen *Fortolkeren*, enn mellom informantene i forrige kapittel. Det kan passe med hvordan *Medisineren* er opptatt av standardisering og enhetlig tilnærming. Variasjonen hos *Fortolkeren* handler om forskjellige måter å reflektere over de tre orienteringspunktene på. Samtidig som *Fortolkeren* kan betraktes som en bredere kategori, vektlegger alle informantene de tre orienteringspunktene. Overordnet kan *Fortolkeren* sammenstilles med måten den psykodynamiske og senere den humanistiske tradisjonen i psykiatrifaget tilnærmer seg praksisfeltet på. Psykiske vansker forstås som individuelle vansker med allmennmenneskelige trekk.

8.2 En psykiater arbeider med pasientens sinn

Fortolkeren er opptatt av pasientens forståelse av seg selv, andre og sin omverden. Pasientens forståelse innebærer hvordan pasienten erfarer, tenker og føler.

Psykiaterens innblikk i pasientens individuelle verdensanskuelse er for *Fortolkeren* et vesentlig orienteringspunkt for konstitueringen av en forståelse av pasientens psykiske vansker. Nils vektlegger pasientens forståelse som retningsgivende for hans forståelse og forsøker ”å være der pasienten er”. Morten er opptatt av at det sentrale i behandling er en endring i pasientens verdensanskuelse. Lars lar oppmerksomhet mot symptomer og sykdom underordnes fokus på ”mennesket i sin særskilthet”. *Fortolkeren* legger vekt på sitt kliniske arbeid med enkeltindivider. Pasientens individualitet har prioritet når *Fortolkeren* beskriver hva en psykiater arbeider med.

Fortolkerens orientering mot enkeltindividets erfaring har paralleller til hvordan den psykodynamiske og den humanistiske tradisjonen retter interessen mot det individuelle. Et psykodynamisk perspektiv søker å forstå den enkelte, ”*dette menneskets sinn*”, ”mens den biomedisinske psykiatri søker etter allmenne sannheter om forstyrrelser i psykisk funksjon” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 169). Det sammenfallende med *Fortolkeren* er nivået oppmerksomheten er rettet mot. Forståelse av pasientens psykiske vansker handler om å bli kjent med personen heller enn enkeltsider ved en forstyrret funksjon eller adferd. Om *personbegrepet* i humanistisk psykologi skriver Haugsgjerd og medarbeidere:

Som en konsekvens av dette personsynet kan man ikke redusere eller skille ut enkeltfunksjoner ved mennesket som følelser, drifter og sanser, og beskrive disse uten samtidig å ta hensyn til helheten. Tankene mine produseres ikke i hjernen, men som et helhetlig uttrykk for min person. (...) For å kunne få kjennskap til og forståelse av en person må man alltid få tilgang til hans opplevde verden (Haugsgjerd et al., 2009, s. 210).

Fortolkeren er i likhet med et humanistisk perspektiv opptatt av å etablere en forståelse av pasientens psykiske vansker ut ifra kjennskap og forståelse for den enkelte. Med person menes helheten av erfaringer, følelser, tanker, drifter og sanser. En interesse for pasienten som person er en interesse for sammenhenger i pasientens individuelle historie, erfaringer, følelser, ønsker, behov og tanker. *Fortolkerens* interesse for pasientens forståelse ser jeg i sammenheng med psykiatrifagets humanistiske strømnings fokus på person og et subjektontologisk fokus på sinn. Lars er opptatt av at ”det er en person” psykiateren har med å gjøre, og Truls søker å forstå ”denne her personen”.

Fortolkeren orienterer seg på en måte som har likheter med Luhrmanns psykodynamisk orienterte psykiater. Psykiateren har en psykoterapeutisk orientering, og tenker ”interaction, about the way the patient has learned to be with people” (Luhrmann, 2000, s. 25). Tanken er at enhver person har sin egen måte å forstå og

erfare verden på, som er av betydning for en psykiaters forståelse av pasientens psykiske vansker. ”What’s important is knowing the particular person” (Luhmann, 2000, s. 56). En slik orientering knytter Luhmann til en psykodynamisk orientering:

(...) that we can decode our behavior and our history to discover the grammar of a particular person’s emotions, the implicit rules that explain why a remark offends one person but makes another laugh (Luhmann, 2000, s. 57).

For å forstå pasientens adferd og psykiske vansker må psykiateren bli kjent med den individuelle historien, pasientens implisitte forståelse av seg selv og andre. Luhmann beskriver en avgrunn mellom en slik måte å konstituere forståelsen av pasientens psykisk vansker på og en orientering mot disease. Men selv om informantene setter sin egen tilnærming i kontrast til en mer medisinsk tilnærming, er det ingen som beskriver vanntette skott mellom en orientering mot pasientens forståelse og en sykdomsforståelse. Truls er unntaket. *Fortolkerens* orientering skiller seg fra Luhmanns psykodynamisk orienterte psykiater ved at konstitueringen ikke er eksplisitt psykodynamisk. Den største likheten er at forståelse for pasientens individualitet vektlegges for å kunne forstå pasientens psykiske vansker.

Hos *Fortolkeren* har førstepersonsperspektivet en fremskutt plass. For informantene er det veien inn til å forstå den enkeltes psykiske vansker. Orienteringen ligger tett opptil utviklingen innenfor philosophy of mind (Thornton, 2007, s. 236). I den psykodynamiske tradisjonen har det vært kontroverser rundt en slik orientering. Freuds teorier var preget av en naturvitenskapelig tenkning og mekanistiske forklaringer. Kontroversen rundt Melanie Kleins bidrag, der hun understreker betydningen av barnets fantasi, viser tradisjonens ambivalente forhold til betydningen av førstepersonsperspektivet.⁶⁶ Etter min oppfatning viser også Kendlers artikkel hvor utfordrende det er å gi førstepersonsperspektivet forrang.

Pasientens sinn

Å fokusere på pasientens særegne væremåte innebærer at *Fortolkeren* åpner for at psykiaterens arbeid handler om pasientens sinn. Helheten av pasientens individuelle svar på ”appellen fra sin omverden” (Stokkeland, 2011, s. 314). Pasientens individuelle forhold kommer i forgrunnen, førstepersonsperspektivet har forrang. Skårderud og medarbeidere skriver om *den subjektive erfaringens forrang* og

⁶⁶ De faglige uenighetene rundt Kleins teorier førte etter hvert til at interesseforeningen British Psychoanalytical Society ble splittet i tre. Klein vektlegger blant annet førstepersonsperspektivets betydning for utformingen av barnets sinn. Dette er et av flere sentrale tema som viser at det kan være problematisk å snakke om den psykodynamiske tradisjonen i entall. I avhandlingen har jeg likevel valgt å gjøre det. Fokuset er ikke på denne tradisjonen, og de teoretiske ressursene er rettet mot mer overordnede tema.

understreker at ”psykiatri må bygge på den lidendes subjektive erfaringer” (Skårderud et al., 2010, s. 81). Pasientens subjektive erfaringer og forståelse kan sies å danne fundamentet for *Fortolkeren*. Nils er opptatt av pasientens selvforståelse og at han som psykiater må forsøke å hjelpe pasienten til å bli kjent med egne erfaringer og forståelse. Lars forteller at i psykiatrifaget må oppmerksomheten særlig rettes mot det særegne. Oppmerksomheten er hos *Fortolkeren* rettet mot *Olas* depresjon. Hvordan Ola erfarer seg selv, sin tilstand, sine omgivelser og sin situasjon, utgjør sentrale aspekter ved psykiske vansker, ifølge *Fortolkeren*.

Et fundament i pasientens subjektive erfaringer og en orientering mot pasientens sinn gjør *Fortolkeren* til en besøkende. Viktig kunnskap for forståelse av pasientens psykiske vansker ligger hos pasienten. Nils vektlegger en spørrende tilnærming og at psykiateren langt ifra ”er noe orakel som sitter og vet”. Åse, Morten og Eva refererer til Kierkegaard når de understreker *forsøket* på å ta pasientens perspektiv. Tore Dag Bøe og Arne Thomassen skriver om *en innenfrapraksis* der psykisk helsearbeid blir ”*et arbeid der en trer inn i verdenen til den det gjelder* og arbeider ut fra den kunnskap som finnes der” (Bøe & Thomassen, 2007, s. 27). En implikasjon av å vektlegge førstepersonsperspektivet er at innenfraperspektivet blir sentralt. En mulig fortolkning er at *Fortolkeren* arbeider med pasientens illness. Informantenes åpenbare sykdomsforståelse når de omtaler fenomener som angst, depresjon og psykose, viser at *Fortolkeren* har en samtidig orientering mot disease. Kunnskap om de ulike psykiske sykdommene fremstår hos informantene som en selvfølgelig del av psykiaterens faglige kompetanse. *Fortolkeren* beskriver altså både et utenfra- og et innenfraperspektiv. Hos *Fortolkeren* forstås illness som *en integrert og sentral* del av pasientens psykiske vansker. *Fortolkeren* skiller ikke mellom disease og illness, hvilket endrer både forståelsen og betydningen av disease og illness i det kliniske arbeidet. Orienteringen mot pasientens sinn gjør at psykisk sykdom betraktes som sammenvevd med hele pasientens levde liv og selvforståelse. Hos *Fortolkeren* gir det liten mening å snakke om et disease- og et illness perspektiv. Pasientens psykiske vansker betraktes mer som en helhet, som psykiateren etablerer en delvis innsikt i. Orienteringen mot sinn gjør at psykiske vansker betraktes, i tråd med Thornton, som noe ikke-reduserbart. Den grunnleggende enheten er ”the whole person”. Det gir lite mening å vektlegge ulike nivåer, slik Kendler gjør.

Informantenes fokus på pasientens forståelse av seg selv, andre og sin omverden fører til et mer uklart sykdomsbegrep. Hos *Fortolkeren* er sykdomsbegrepets status svekket, slik som Wifstad finner det innenfor en psykodynamisk forståelsesform (Wifstad,

1997, s. 27). Morten, Lars, og i særlig grad Truls, er lite opptatt av å vurdere om pasienten har en sykdom eller ikke. Utgangspunktet er at pasienten er syk. For dem handler det om å arbeide frem en forståelse for pasientens psykiske vansker. En diagnostisk vurdering nevnes som en hjelp i et slikt arbeid, men anses ikke som det avgjørende. Hvorvidt pasientens psykiske vansker passer med en gitt diagnose eller ikke, tillegges mindre vekt. Nedjusteringen av en medisinsk tilnærming som søker generelle tegn som symptomer, innebærer en nedtoning av betydningen av en klassifisering av pasientens tilstand som sykdom eller ikke. Disease-perspektivet tenkes i mindre grad å gi en overordnet forståelse av pasientens psykiske vansker. Lars, Nils, Morten og Truls beskriver en aktsomhet på den situasjonsbestemte og individuelle forståelsen. Informantene er ikke så opptatt av utfordringen med å identifisere det generelle. Det er ikke et aspekt som overses, men en del av arbeidet som informantene finner lite utfordrende. Nils sier at identifisering av generelle tegn primært handler om å huske punktene. Utfordringen ligger i oppgaven med å utvikle en forståelse for det individuelle. Lars beskriver oppgaven med å forstå den enkelte som hovedoppgaven. Olan deprimerte tilstand er ikke nødvendigvis det vanskeligste for *Fortolkeren* å oppdage. Utfordringen ligger i å arbeide frem en forståelse av *Olan* depresjon.

Fortolkerens orientering i pasientens forståelse (og dermed sinn) endrer i vesentlig grad forståelsen av en psykiaters kliniske arbeid sammenlignet med et medisinsk perspektiv. Psykiatri er en medisinsk fagdisiplin. Selv om psykiateren har en identitet som lege, passer ikke den medisinske modellen med beskrivelsene av hva *Fortolkeren* arbeider med. Informantene søker i liten grad etter naturgitte fenomener. Pasientens psykiske vansker beskrives ikke som en dysfunksjon som psykiateren må rette opp i, og *Fortolkeren* vektlegger ikke en søken etter objektive tegn på spesifikke lidelser, selv om det beskrives som en del av arbeidet.

Et viktig spørsmål knyttet til en orientering mot sinn, er altså hvilken hjelp et utenfraperspektiv gir. Overser *Fortolkeren* psykiaterens mer objektive grunnlag for forståelse, slik som for eksempel den biologiske kunnskapen om de ulike tilstandene? Nortvedt og Grimen har det motsatte utgangspunktet og stiller et spørsmål til helsefagene som i særlig grad gjelder for psykiatri og psykisk helsevern: "Hvilken rolle og status skal pasientens subjektive erfaring ha som grunnlag for adekvat handling i helsefagene?" (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 224). Et mulig svar kan være at den subjektive erfaringens rolle og status vil variere, avhengig av problemstilling. Pasientens livshistorie og situasjon vil ved enkelte tilstander ha stor betydning. Ved

andre tilstander vil biologiske forhold være avgjørende. En slik tanke beskriver K.W.M. (Bill) Fulford ved å tegne opp ”a logical geography of the concept of mental disorder” (Fulford, 2009, s. 65-66). Ulike tilstander eller lidelser tegnes opp forskjellig på akse *physical illnesses* og akse *life/moral problems*. Den subjektive erfaringen vil da anses som mer betydningsfull for en adekvat behandling ved for eksempel en akutt stressreaksjon enn ved anoreksi eller schizofreni. Enkelte tilstander, spesielt schizofreni og ADHD, forstås primært ut ifra biologiske forhold slik at pasientens subjektive erfaring og forståelse anses for å være av mindre betydning for adekvat behandling. Utenfraperspektivet blir da en fundamental hjelp.

Fortolkeren gir et annet svar. Praksisfeltet er pasientens subjektive erfaring. Pasientens subjektive erfaring har alltid hovedrollen. I det kliniske arbeidet er det alltid et sinn psykiateren møter. En slik betraktning av spørsmålet over retter oppmerksomheten mot ”et erfaringsnært diskursnivå” (Atwood & Stolorow, 1984, s. 1), mot fenomenene og personen psykiateren får tilgang til gjennom pasientsamtalen. Åse er opptatt av at hun både møter pasienten og får en forståelse av hva pasienten trenger. Det individuelle ved psykiske vansker gjør at en sentral del av arbeidet er både å møte den enkelte og få en forståelse for hva den enkelte ønsker eller har behov for. Utenfraperspektivet hjelper henne da ikke. Når *Fortolkeren* forteller om fagets mer objektive grunnlag for forståelse, poengteres det alltid at det må forstås i sammenheng med forståelsen av den enkelte. Utenfraperspektivet er en hjelp for *Fortolkeren* når det betraktes gjennom et innenfraperspektiv.

Fortolkerens arbeid med pasientens sinn er, slik jeg ser det, vesentlig forskjellig fra å arbeide med pasientens psykiske sykdom. Det åpner for det erfaringsnære på en helt annen måte enn for eksempel det å tenke at pasientens illness også er en del av pasientens disease. Stokkeland ser ikke på hjernen og sinnet ”som to sider av samme sak” (Stokkeland, 2011, s. 230). Sinnet består av symboler som er skapt, skapes og anvendes for å gi mening til pasientens tidligere og aktuelle individuelle situasjon. Sinnet ”har med mennesket som et meningsdannende og symbolbrukende vesen å gjøre” (Stokkeland, 2011, s. 230). Ved at *Fortolkeren* setter pasientens erfaringsverden i sentrum, vektlegges psykiske vanskers relasjon til pasientens meningsdannende og symbolbrukende måte å være i verden på, og psykiateren betraktes som en deltager i arbeidet med å utvikle en forståelse av pasientens meningsdannende og symbolbrukende måte å være i verden på. Psykiske vansker beskrives ikke hos *Fortolkeren* som noe en psykiater kan stille seg på utsiden av og kun observere.

Psykiaterens involvering er viktig, og forståelsen av pasientens psykiske vansker tenkes som en unik prosess som avhenger av de to involverte partene.

Orienteringen mot sinn har etter mitt syn en nærhet til Stanghellinis ”phenomenological-hermeneutic paradigm”. *Fortolkeren* interesserer seg for det ubestemmelige og dynamiske ved pasientens forståelse. Fredrik Svenaeus skriver om *sykdommens ulike dimensjoner* og vektlegger både det biologiske sykdomsbegrepet og de fenomenologiske og kulturelle komponentene i møtet mellom pasient og helsearbeider (Svenaeus, 2005). Han understreker at ”opplevelsen av sykdom kan aldri frikobles fra biologien og kulturen” (Svenaeus, 2005, s. 41). Svenaeus bygger på Heideggers filosofi når han skriver om fenomenologiens studie av ”den menneskelige tilværelsen som befinner seg i verden, i handling og dialog med andre mennesker” (Svenaeus, 2005, s. 66). Senere skriver han:

Vi vil altså utvikle en medisinens og helsevesenets fenomenologi som er tro mot de tolkningsmønstrene som angår pasienten som person – en person hvis væren-i-verden er blitt hjemløs (Svenaeus, 2005, s. 109).

Fortolkerens orientering mot det erfaringsnære i pasientmøtet viser en betraktning av pasientens psykiske vansker som pasientens væren-i-verden. Det erfaringsnære er ikke bare inngangen til pasientens psykiske vansker, men betraktes som ”saken”. Erfaringen er ikke én side av de psykiske vanskene og for eksempel det biologiske og det kulturelle andre sider. Sinnet, eller *feltet av meningsdannelser*, som Stokkeland formulerer det, ”trenger hjernen for å virke, men det dikteres ikke av dens virkemåter” (Stokkeland, 2011, s. 231). For *Fortolkeren* er psykiske vansker *fenomener som erfares i pasientmøtet, og som angår den enkelte. Det er ikke-reduserbare fenomener, selv om pasientens erfaring er tilknyttet biologi og kultur.*

Pasientens psykisk liv: Et flertydig betydningsfelt

Fortolkerens oppmerksomhet mot pasientens sinn gjør at det kliniske arbeidet retter fokus mot pasientens særegne fortolkning av seg selv, andre og omverdenen. Nils omtaler det som et utvidet perspektiv fordi det inkluderer den eksistensielle dimensjonen. Informantene ser psykiske vansker i relasjon til pasientens livserfaringer, spesielt relasjonserfaringer, og hans hele eksistens. *Fortolkeren* retter oppmerksomheten mot hele pasientens psykiske liv, i kontrast til avgrensede områder av livet. Selv om en kan betrakte en slik orientering som en utvidelse av et fokus mot avgrensede tilstander, innebærer det samtidig et endret fokus. Pasientens disease kommer i bakgrunn. *Fortolkerens* konstituering av forståelsen av psykiske vansker er basert på subjektontologi. Pasientens skapende og fortolkende væremåte kommer mer

i fokus. Hos *Fortolkeren* er pasientens *unike, personlige og ikke-kalkulerbare* tilsvar fra omverdenen sentralt (Stokkeland, 2011, s. 314). Det inkluderer både fortid og fremtid, ”vår historie og våre fremtidsplaner er med på å konstituere vår tilværelse” (Stokkeland, 2011, s. 171). Når *Fortolkeren* gir individualiteten stor plass, endres fokuset mot et dynamisk fortolkende selvforhold. Det psykiske liv blir både det aktuelle og det potensielle. Det blir både det konkrete i møtet *og* noe ubestemt og uavsluttet. Lars og Morten legger vekt på det flertydige, relasjonelle og meningsbærende ved pasientens psykiske vansker. Jeg vil under se nærmere på disse tre aspektene ved det kliniske arbeidet som *Fortolkeren* vektlegger.

Pasientens psykiske liv er mellommenneskelig

Fortolkeren understreker det mellommenneskelige ved pasientens forståelse. Lars forteller at pasientens forståelse etableres, utvikles og vises i samspill med andre. Pasientens psykiske liv utspiller seg i pasientsamtalen. Det er et vesentlig aspekt for *Fortolkeren*. Psykiateren anses som en involvert og arbeider med konkrete fenomener som viser seg i pasientsamtalen. Det mellommenneskelige aspektet gjør at *Fortolkeren* tenker at psykiateren arbeider med håndfaste fenomen. Omsorg er i samtalen, ikke bare noe partene er henvist til å snakke om.

Ifølge Stokkeland kan menneskets psykiske liv forstås som et personlig forhold som etableres og utvikles når den enkelte møter verden (Stokkeland, 2011, s. 227). Psyken er menneskets måte å være i verden på og er formet av menneskets møter med andre. Binder omtaler det psykiske liv som menneskets brukende og forstående *forhold* til seg selv, andre og verden (Binder, 2002a, s. 58). Det psykiske liv er alltid sammenvevd med både arv og miljø, men erfares som sinnets rettethet mot andre. Menneskets fortolkende forhold til seg selv, andre og verden er ”usynlig, det er ikke håndfast, det kan ikke tas på, luktes, ses, høres” (Stokkeland, 2011, s. 37). Menneskets *sva*r på *appellen* er ikke et fullt ut bevisst forhold, men et forhold som vises i møte med andre. Det psykiske liv er ikke noe som kan registreres og konstateres. Det er et forhold en må tre inn i. En slik refleksjon over det psykiske kan virke åpenbar og si lite. Likevel er dette momenter *Fortolkeren* vektlegger ved sitt kliniske arbeid. Det psykiske er et unikt fortolkende forhold til en selv og andre, som vises i pasientsamtalen. *Fortolkeren* er opptatt av at psyken må erfares. Morten søker ”ekte møter”, og informantene understreker betydningen av ”å møte pasienten der pasienten er”. Lars forteller videre at psykiske vansker ikke kan skilles fra personen. *Fortolkeren* nedtoner betydningen av å gjøre en generell vurdering eller observere pasientens psykiske vansker som ikke-involvert. Å arbeide med pasientens depressive tilstand med utgangspunkt i at en

depresjon kan forklares og behandles ut ifra generell fagkunnskap om depresjoner, blir for *Fortolkeren* å overse det personlige og mellommenneskelige aspektet ved vanskene. *Fortolkeren* hevder at en psykiater må arbeide direkte med pasientens personlige fortolkning, slik den viser seg i pasientsamtalen.

Fortolkerens oppmerksomhet mot pasientens individuelle forståelse understreker den mellommenneskelige dimensjonen. Det involverer et meningsaspekt, som jeg under vil se nærmere på. Matthews anser, i tråd med Binder, det meningsbærende som mellommenneskelig. "Meanings, and so meaningful thoughts, as was argued in an earlier chapter, exists, as it were, *between* people, not inside them" (Matthews, 2007, s. 99). Psykiateren tar del i et mellommenneskelig felt når han eller hun møter pasienten. Vetlesen og Stänicke understreker at verken pasient eller psykiater har "eiendomsrett til den uttrykksfylde som avleveres fra den ene, som kommer til den andre" (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 69). Det mellommenneskelige understreker det flertydige ved psykiske vansker. Jeg kommer tilbake til det flertydige. Poenget her er at den mellommenneskelige dimensjonen ved pasientens psykiske liv viser et skapende og dynamisk aspekt ved det en psykiater arbeider med:

Mening og betydning oppstår i den utvekslingen av uttrykksfylder som finner sted i rommet mellom taler og lytter. Forståelse og tolkning er henvist til dette intersubjektive rommet, selv om det er distinkte subjekter som forestår forståelsen og tolkningen (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 69).

Slik informanter som Nils, Morten, Åse, Lars og Eva ser på påvirkningen som skjer i pasientmøtet, "rikdommen i det relasjonelle" og det unike ved enhver forståelsesprosess, ser jeg i sammenheng med måten Vetlesen og Stänicke påpeker det skapende og dynamiske ved det mellommenneskelige rommet. Partenes forståelse av pasientens psykiske vansker er uløselig knyttet til hvordan partene interagerer og kommuniserer med hverandre. *Fortolkeren* arbeider med et mellommenneskelig felt av betydninger der *både* pasient og psykiater *utvikler* en forståelse og innsikt.

Dagens forsøk på økt vitenskapelighet i psykiatrifaget ser jeg som forsøk på å hindre tolkningsrelativisme innenfor et komplekst fagfelt. Tolkningsrelativisme er et tema som diskuteres i den psykodynamiske tradisjonen, spesielt etter økt oppmerksomhet mot arbeidets intersubjektive dimensjon. Informanter som Morten er, i kontrast til *Medisineren*, lite bekymret for det situasjonsbestemte ved enhver forståelse. Han vektlegger, som flere av de andre, det mellommenneskelige aspektets betydning for hva "som kommer frem og ikke kommer frem". Det skapende ved forståelsen omtales ikke som en tolkningsrelativisme der "alle data er konstruerte" fordi "observatøren vil

forandre karakteren av det som observeres” (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 57). Det handler mer om hvilke aspekter ved pasientens psykiske vansker partene tar fatt på. Stolorow, Atwood og Orange går ut fra at klinikerer arbeider med pasientens *erfaringsverden*: “(...) those emotional convictions or organizing principles formed in a lifetime of emotional and relational experiences” (Stolorow et al., 2002, s. 45). Et begrep som psykopatologi kan anses som ”a kind of freezing of a person’s experiential horizons” (Stolorow et al., 2002, s. 46). Forfatterne skriver om et *erfaringsystem* av forventninger, fortolkningsmønstre og betydninger som utgjør pasientens *erfaringshorisont*. Slik jeg leser *Fortolkeren*, er psykiateren opptatt av å bli kjent med flest mulig aspekter ved pasientens (fastfrosne) erfaringshorisont. Det krever et møte mellom partenes erfaringshorisonter, hvilket gjør at ulike psykiatere kan ta fatt på forskjellige aspekter. Det er samtidig mulig å tenke seg at alle psykiaterne vil være opptatt av de samme sentrale sidene ved pasientens erfaringshorisont, selv om de kan forstås noe ulikt. Nils forteller om en ”resonansbunn”. Samtidig som det mellommenneskelige aspektet gjør forståelsen situasjonsbestemt, gir det mellommenneskelige forståelsen en retning.

Pasientens psykiske liv er meningsladet og flertydig

Fortolkeren er opptatt av at pasientens psykiske vansker betyr noe for pasienten. Psykiske vansker er alltid involvert i en meningssammenheng. Å bli kjent med pasienten som person innebærer å bli kjent med hvilken meningssammenheng pasienten er i. Eva, Morten, Truls og Lars sier eksplisitt at de søker meningsaspektet ved pasientens psykiske vansker. Psykiske vansker betraktes som fenomener som kan forstås. Morten er opptatt av at hans oppmerksomhet skaper forståelse og mening. En meningssøkning eller oppmerksomhet mot hvordan for eksempel pasientens symptomer kan forstås i relasjon til pasientens individuelle historie, innebærer en forståelse av psykiske vansker som meningsladete fenomener.

Lars beskriver sin oppmerksomhet mot et meningsaspekt som ”et humanistisk prosjekt”. I et humanistisk perspektiv fremholdes helhetsforståelsen av mennesket. Et betydningsfullt moment er den ”menneskelige evnen vi har til å kunne omforme og skape ny meningsfylthet gjennom abstraksjon og symboldannelse” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 247). Historisk ser jeg et slikt perspektiv i tilknytning til den kontinentale filosofiens innvirkning etter andre verdenskrig (eksistensialismen) og kritikken av de positive vitenskapenes objektivisering av pasienten. For å forstå enkeltmennesket må en ha en forståelse av den kulturelle bakgrunnen, pasientens livshistorie og verdisystem. For Lars handler det om å se pasienten, og hjelpe pasienten til å se seg selv, som

menneske. Binder er opptatt av at mennesket alltid er involvert i verden på en meningsetablerende måte (Binder, 2002a, s. 58). En forståelse av pasientens vansker som ikke innbefatter den mellommenneskelige meningsdimensjonen, kan bli ”maskinell” og føre til en reduksjonisme (Binder, 2002a, s. 411-412). *Fortolkerens* oppmerksomhet mot meningsdimensjonen ved psykiske vansker tolker jeg som både en understrekning av betydningen av å se personen og at det er et sentralt aspekt for en faglig forståelse av psykiske vansker. Lars knytter det å være ”meningssøkende” til en ”terapeutisk kompetanse”. Å se pasientens vansker i en individuell meningssammenheng er for *Fortolkeren* en krevende faglig oppgave.

En annet aspekt som *Fortolkeren* er opptatt av når det gjelder hva en psykiater arbeider med, er den alltid begrensede forståelsen. Alle informantene forteller til en viss grad at enhver faglig vurdering er avhengig av den enkelte psykiater og er situasjonsbestemt. For ti av dem er det et aspekt som må aksepteres, og for seks av disse igjen sier begrensningen noe viktig om det kliniske arbeidet. Arbeid med mennesker innebærer alltid å arbeide med fenomener som aldri helt lar seg fange inn og bestemme. *Fortolkeren* er opptatt av det uartikulerte ved pasientens kommunikasjon og det flertydige ved enhver erfaring. Åse og Eva understreker at de aldri får oversikt over helheten. En psykiater arbeider med noe foranderlig. For *Fortolkeren* er det viktig stadig å tematisere egen forståelse og ikke søke entydighet. En psykiater må tåle å arbeide i et flertydig felt.

Informantenes understrekning av det flertydige ved psykiske vansker, ser jeg i sammenheng med Stokkelands refleksjon over symbolfunksjonen. Stokkeland knytter den mellommenneskelige dimensjonen og meningsdimensjonen til mennesket som et symbolbrukende og symboldannende vesen. Symbolfunksjonen gjør mennesket i stand til å kunne gjøre seg egne erfaringer og formidle sinnets rettethet. Binder og Bion understreker et utviklingsperspektiv. Evnen til symbolbruk er noe som må utvikles og er avhengig av andre for å kunne utvikle seg (Stokkeland, 2011, s. 4ff). Det handler om mennesket som selvfortolkende vesen (Stokkeland, 2004). Mennesket bruker og danner symboler. Samtidig som det kan skje på et verbalt og bevisst nivå, understreker Stokkeland at symbolets former rommer ”muligheten for å utsi noe mer enn det som var våre bevisste intensjoner da vi tok dem i bruk” (Stokkeland, 2011, s. 181). Symbolfunksjonen innehar et *latent overskudd av mening*. ”Symbolet eier ikke tegnets entydighet, det er ofte tvetydig” (Stokkeland, 2011, s. 181). *Fortolkerens* oppmerksomhet mot det flertydige og uartikulerte ved pasientens psykiske vansker kommer tydelig frem når informantene er opptatt av det komplekse ved

kommunikasjon. Behovet for en frittflytende oppmerksomhet og en åpen lyttende holdning innebærer en forståelse av et arbeid med vesentlige, uartikulerte sider som må hjelpes frem. Det viser et arbeid på symbolets nivå, slik jeg tolker det.

For *Fortolkeren* er pasientens delvis tildekkede kommunikasjon konkrete fenomen som viser seg i pasientmøtet, og som en psykiater kan arbeide frem en forståelse for. Symbolets nivå, pasientens dannelse og bruk av symboler erfares som konkret, samtidig som det er flertydig. Tanken om et ubevisst nivå i menneskets psykiske liv ble etablert tydelig av Freud.⁶⁷ Det er en bærende forståelse innen et psykodynamisk perspektiv. Lars og Nils er blant informantene som nevner det ubevisste direkte. Tanken om et ubevisst nivå i pasientens kommunikasjon og sinn er, slik jeg tolker det, sentral for *Fortolkerens* interesse for det flertydige.

Et flertydig betydningsfelt

Fortolkerens interesse for pasientens forståelse retter oppmerksomheten mot pasientens sinn, pasientens fortolkende, forstående og dermed meningssøkende forhold til seg selv, andre og verden. Det gjør at *Fortolkeren* beskriver et klinisk arbeid med et mellommenneskelig, meningsbærende og flertydig felt. *Fortolkeren* arbeider i et felt han eller hun aldri fullt ut kan overskue, som er foranderlig, og som er noe pasienten har, gjør og er. Det er i tråd med å anse ”forståelse som noe ontologisk, dvs. et trekk ved selve menneskets være, og før-metodisk” (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 53). Psykiateren trer inn i et felt som kan sies å utgjøre en del av pasienten. Jeg velger å betegne det som et flertydig betydningsfelt. *Fortolkeren* arbeider med pasientens flertydige betydningsfelt, som samtidig involverer psykiaterens betydningsfelt. Pasientens psykiske vansker anses for å være sammenvevd med pasientens betydningsfelt.

Profesjonsetiske implikasjoner: Vektlegge det særegne

Jeg vil nå drøfte profesjonsetiske implikasjoner av *Fortolkerens* subjektontologiske betraktning av pasientens psykiske vansker. Når en drøfter profesjonsetiske problemstillinger knyttet til *Medisinerens* og *Fortolkerens* forskjellige betraktninger av hva en psykiater arbeider med, blir typenes motsetninger særlig tydelige. Sentralt står spørsmålet om faglig objektivisering og psykiaterens involvering i den enkelte pasients urørlighetssone.

⁶⁷ I boken *The discovery of the unconscious* viser Ellenberger hvordan vi kan spore tanken om et ubevisst nivå langt tilbake i historien (Ellenberger, 1970).

For *Fortolkeren* er det sentrale den særegne lidelsen som pasienten har. Den faglige oppmerksomheten rettes mot pasientens psykiske liv. Lars, Nils, Morten og Åse retter oppmerksomheten mot pasienten som person, pasientens livshistorie og særegne erfaringer og situasjon. Lars frykter at pasienten i dagens rådende tilnærming ”mister sitt ansikt”. Eva er skeptisk til måten dagens diagnostikk kun delvis treffer ”terrenget” på, og at fagpersonen fokuserer på ”kartet” som grovkornet stemmer med ”terrenget”. Informantene søker å forstå både gjenkjennbare og mer ukjente aspekter ved pasientens psykiske vansker gjennom å bli kjent med pasientens verdensanskuelse, forståelse av selv og andre. For *Fortolkeren* er det vesentlig å betrakte person og psykiske vansker som sammenvevet.

Informantene er opptatt av å se mer, slik jeg tolker det. For Nils er det viktig ikke å stoppe ved det han relativt raskt kan definere. Morten vektlegger ”å se igjen”. Åse vil se mer av pasienten som person, få mer innblikk i og forståelse for hvem som sitter foran henne. Lars er bekymret for om den diagnostiske tilnærmingen psykiateren lærer som lege, kan ”lukke” for en forståelse. Truls går langt i å nedtone alt han har lært om gjenkjennbare tilstander til fordel for å se den enkelte. *Fortolkerens* oppmerksomhet er rettet mot pasientens psykiske liv, måten hun forstår seg selv, andre og sin omverden på. Saksforholdet er i stor grad pasientens individualitet og særegne væremåte. Oppmerksomheten innebærer et fokus på gjenkjennbare tilstander og fenomener, men *Fortolkeren* legger vekt på å forstå vanskene ut ifra den enkeltes perspektiv. Det avgjørende for *Fortolkeren* er å forstå mer av det spesifikke ved for eksempel en pasients stemningslidelse. Spekulasjoner over og en interesse for pasientens særskilte motiver er en vesentlig del av *Fortolkerens* oppmerksomhet.

Etter min oppfatning er en profesjonsetisk utfordring for *Fortolkeren* å åpne for en subjektiv forståelse av pasientens psykiske vansker. Informantene beskriver ikke at de overser mer objektive aspekter, eller at de ikke gjør en mer objektiv klassifisering. Truls er her et delvis unntak. Utfordringen for Nils, Morten og Lars er derimot å få den enkelte pasient med på å se nye og mer ukjente aspekter ved seg selv. Det er som om informantene gjentatte ganger understreker faren ved å stoppe opp ved en faglig objektivisering av pasientens vansker. Nils er opptatt av å hjelpe pasienten med ”kontakten innover”. Pasientens selvforhold beskrives som en utfordring å tematisere. Retningslinjer og skjemaer berører ikke noen av de mest fundamentale aspektene ved en psykiaters arbeid, slik Lars ser det. Det er en naturlig mangel nettopp fordi retningslinjer omhandler det generelle. Lars er opptatt av det ”utypiske”. I likhet med Lührmanns psykodynamisk orienterte psykiater søker *Fortolkeren* å forstå mer av

kompleksiteten i det særskilte. Selv om informantene ikke alltid kommer så langt i en individuell forståelse, så er bevegelsen hos *Fortolkeren* motsatt sammenlignet med *Medisineren*. *Fortolkeren* søker mot en mer individuell forståelse, mot en mer ”complex empathy”. En faglig objektivisering er ikke et vesentlig mål eller oppgave, men heller et uunngåelig orienteringspunkt det er viktig å gå videre fra. Informantene uttrykker ikke bekymring for at de overser det typiske eller gjenkjennelige ved pasientens problemer. De er mer opptatt av utfordringen ved å se den enkeltes særegne eksistensielle situasjon. Morten, Nils og Lars legger vekt på at psykiateren må fri seg fra en faglig norm som skal styre fagpersonens oppmerksomhet. Truls er i stor grad opptatt av en slik faglig frihet. For *Fortolkeren* er det viktigere å åpne og se mer enn å lukke forståelsen til det gjenkjennelige.

For *Fortolkeren* handler den faglig gode oppmerksomheten om å forstå som et menneske. *Fortolkeren* arbeider ikke med ”fremmede tilstander”, men med menneskets individuelle håndtering av sine *ufravikelige grunnvilkår*. Et vesentlig profesjonsetisk tema for Lars, når han på ulike måter understreker betydningen av å holde på den enkeltes historie, er ikke å gjøre pasientens lidelse til noe eksternt, vilkårlig eller fremmed. En psykiater må lytte som et medmenneske som anvender sin erfaring og kunnskap om menneskets allmennmenneskelige og mellommenneskelige utfordringer. Lars og Åse er opptatt av at det er ”menneskelige problemer” en psykiater først og fremst arbeider med. *Fortolkerens* orienteringspunkt i sinn gjør at en todeling i oppmerksomheten, slik jeg finner hos *Medisineren*, betraktes som uheldig. Psykiateren må bruke seg selv som medmenneske i sin faglige oppmerksomhet. Informantene kan gjenkjenne aspekter ved den enkeltes lidelse. *Fortolkerens* faglige oppmerksomhet er sammenvevet med det å være medmenneske. Forståelse av egne motiver blir en kilde til forståelse av andres, og samtidig en hjelp til å se egne fordommer i møtet med pasienten. Lars er opptatt av at psykiateren ser likheten til eget liv. Det tenkes både som en profesjonsetisk og faglig hjelp til ikke å behandle pasientens lidelse som fremmed eller vilkårlig. Profesjonsetisk blir det viktig for *Fortolkeren* å etablere en erfaringsnær og individuell forståelse sammen med pasienten. Det handler om å forsøke å berøre pasientens sinn som sinn. Pasienten må erfare at psykiateren forsøker å forstå et individuelt selvforhold og ikke primært fenomener som tilhører en tilstand. *Fortolkeren* er opptatt av å øke pasientens eierskapsforhold til sin lidelse i kontrast til å bidra til økt fremmedgjøring.

Den komplekse empatien, som fremhever det særskilte, reiser en etisk problemstilling knyttet til intensjon. Når *Fortolkeren* ikke etablerer en enkel empati og legger skylden

på en mer ytre tilstand, blir pasienten da sittende igjen med skylden? Slik jeg leser materialet, betrakter verken *Medisineren* eller *Fortolkeren* pasienten som ”herre i eget hus”. Løgstrup beskriver situasjonen til psykiateren slik at han møter ”den syge” som ”er kommet i syge motivers vold” (Løgstrup, 1982, s. 166). Spørsmålet er hva en forstår med syke motiver. Der *Medisineren* knytter pasientens syke motiver til sykdom, handler syke motiver ut ifra *Fortolkerens* orienteringspunkt om pasientens individuelle håndtering av sin eksistensielle situasjon. Denne håndteringen er, slik informantene reflekterer over det i intervjuene, ikke fullt ut kjent for pasienten selv. Mennesket er i mer eller mindre grad fremmed for sider ved egne motiver. *Fortolkeren* arbeider med et flertydig, relasjonelt meningsaspekt som i mindre grad er erkjent eller kjent av pasienten selv. Pasientens ønsker, behov og motiver anses som sammensatte, flertydige og etablert gjennom hennes tidligere møter med andre. Motivene inngår i en meningssammenheng som kun delvis er erkjent av pasienten selv. Det etiske spørsmålet om intensjon blir hos informantene knyttet både til tanken om noe uerkjent og til tanken om ytre påvirkning gjennom den relasjonelle dimensjonens betydning. Samtidig forlater verken Nils, Morten, Lars eller Åse tanken om sykdom. Spørsmålet om intensjon er altså mer flerfasettert enn hos *Medisineren*, slik jeg leser det. *Medisinerens* betraktning gjør spørsmålet om intensjon til en enklere profesjonsetisk problemstilling. *Fortolkerens* betraktning av sitt arbeidsområde fører til en profesjonsetisk utfordring knyttet til hvordan fagpersonen i møte med pasienten møter spørsmål om skyld, skam og ansvar. Når pasientens særskilte håndtering vektlegges, etableres det samtidig et fokus på pasientens ansvar, som i større grad utfordrer den enkelte.

Nils forteller flere ganger at han har ”tro på” pasienten og pasientens muligheter til økt forståelse. I kontrast til for eksempel Sebastian og Tove, vektlegger Åse, Truls, Nils, Morten og Lars betydningen av å forstå mer av det som partene umiddelbart ikke helt forstår. De søker å forstå mer av personen og personens motiver. *Fortolkeren* legger stor vekt på å se sammenhenger og hjelpe pasienten til å etablere økt innsikt i egne motiver. En god faglig oppmerksomhet innebærer forsøk på å utvikle en forståelse sammen med pasienten. Å etablere en videre forståelse for pasientens psykiske vansker er viktig både for en god vurdering og en god behandling. Det handler om å hjelpe pasienten til å etablere et eierforhold til egne psykiske vansker. Økt forståelse i eget selvforhold gir, slik jeg tolker Nils, pasienten økt ansvar for og frihet overfor egne psykiske vansker. Å vie oppmerksomhet til pasientens selvforståelse er for

Fortolkeren ikke en kvalitetsaspekt ved god behandling, men et aktivt forsøk på å hjelpe pasienten til økt frihet (og ansvar).

Et vesentlig faglig og profesjonsetisk poeng hos *Fortolkeren* er at økt selvinnsikt antas å gi pasienten mer frihet i forhold til egen lidelse. Det er ikke et skille mellom forståelse og behandling, slik Tove uttrykker. Ifølge Christoffersen handler begrepet urørlighetssone om å respektere ”den andres frihet” (Christoffersen, 2011, s. 96). Nils er opptatt av at pasienten får bedre ”kontakt med seg selv”. Oppmerksomheten mot pasientens motiver er vesentlig fordi det forstås som en hjelp til økt frihet. En respekt for urørlighetssonen ved å unngå å berøre enkelte motiver, anser *Fortolkeren* som faglig feil og profesjonsetisk uheldig. Oppmerksomheten må rettes mot pasientens manglende kjennskap til egne motiver som nettopp bidrar til å gjøre personen ufri. Slik jeg leser informantene, er problemet at pasienten i liten grad er kjent med egen urørlighetssone. Pasienten trenger hjelp til å bli kjent med sitt eget betydningsfelt. For *Fortolkeren* kan en respekt for pasientens urørlighetssone, slik jeg finner hos *Medisineren*, føre til at psykiateren unngår å åpne for sentrale sider ved pasientens psykiske vansker. Kari kan da forbli uvitende om aspekter ved eget selvforhold som gjør henne ufri. Det hindrer pasientens mulighet for økt frihet i forhold til egen lidelse. For *Fortolkeren* er det psykiaterens interesse for pasientens motiver som sikrer en faglig god oppmerksomhet. En faglig god oppmerksomhet innebærer en varhet for betydningsfeltet pasienten formidler når hun forteller psykiateren om sine psykiske vansker. Det handler om å bli bevisst det som psykiateren intuitivt plukker opp i pasientsamtalen. For *Fortolkeren* er det vesentlig å betrakte pasientens motiver som potensielt forståelige følelser, handlinger og reaksjoner på hennes eksistensielle situasjon og tidligere erfaringer. Med økt forståelse av egne motiver blir pasienten ”sterkere rustet” til å møte livets utfordringer, ifølge Nils. Lars tenker at det hjelper pasienten til ”å møte livet som det er”. Berøring med pasientens urørlighetssone blir, slik jeg ser det, et profesjonsmorsalsk ansvar den profesjonelle har i møtet med pasienten. *Fortolkeren* anser det derfor som uheldig hvis psykiateren unngår å tematisere og interessere seg for den meningssammenhengen pasienten erfarer sin depressive lidelse i.

Med *Medisinerens* orienteringspunkt i sykdom vil *Fortolkerens* oppmerksomhet oppfattes som potensielt integritetskrenkende. *Fortolkeren* krysser en sosial barriere som i andre sammenhenger vil erfares som integritetskrenkende (Martinsen, 2005, s. 32). Muligheten for å krysse den sosiale barrieren ligger i informantenes betraktning av at pasienten ikke er herre over egne motiver. Med tanken om noe ubevisst vil

manglende herredømme være en realitet for alle mennesker. Pasientens erfaring og forståelse av å være ”herre i eget hus” må derfor bli røknet ved. Dermed er *Fortolkeren* (og pasienten) ut ifra *Fortolkerens* betraktning henvist til *forsøket* med å forstå mer av pasientens psykiske vansker, uten å kunne forstå fullt ut. Det blir en profesjonsetisk utfordring for psykiateren å ikke lukke for det flertydige ved psykiske vansker. *Fortolkerens* faglige oppmerksomhet må derfor ikke begrenses av retningslinjer for hva en psykiater bør se etter. Slik jeg leser uttalelser fra for eksempel Morten, så er han skeptisk til en faglig objektivisering som avgrenser. Lars er opptatt av å være ”åpnende”. Samtidig som informantene retter oppmerksomheten mot det særskilte, uttrykker de også en viss motstand mot å definere. Det kommer tydelig frem i blant annet uttalelser hos Nils. *Fortolkeren* står altså i et profesjonsetisk spenningsforhold mellom å hjelpe pasienten til å bedre definere sine motiver og samtidig ikke endelig fastsette en forståelse. Det hviler et særskilt ansvar på fagpersonen som i det asymmetriske lege–pasient-forholdet begynner å tematisere pasientens urørlighetssone. En mulig håndtering av et slikt ansvar kommer til uttrykk i Nils’ ”spørrende holdning”.

Fortolkerens vektlegging av det individuelle gjør det nødvendig at psykiateren ikke styrer oppmerksomheten for mye i forsøket på å ”sikre” et riktig fokus. Å se den enkelte er for *Fortolkeren* en krevende og betydningsfull faglig oppgave. Informantene er opptatt av å ikke la seg forføre av den generelle fagkunnskapen. Nils er som nevnt opptatt av å definere i minst mulig grad. Orange reflekterer over hva det innebærer å rette oppmerksomheten mot det særegne og pasientens annerledeshet:

We join with the patient in the search for understanding, without too much knowing. (...) We attempt a “minimally theoretical” psychoanalysis or other approach, working with experience-near concepts, holding our judgments and diagnostic impulses as lightly as we can. We stay close to our patients (Orange, 2010, s. 94).

Orange vektlegger en nærhet til pasientens egne erfaringer uten for mye føring fra teori eller kunnskap, slik at psykiateren unngår å dominere samtalen som *en som vet*. Faren for en uheldig objektivisering er ekstra stor når fagpersonen løfter frem og retter oppmerksomheten mot pasientens selvforståelse. De mer uklare faglige grensene hos *Fortolkeren* gjør at psykiateren beveger seg inn i en mer skjønnsbasert praksis, der den enkeltes subjektivitet preger fokuset. *Medisineren* er også opptatt av pasientens annerledeshet, men tenker at en delt oppmerksomhet med et hovedfokus på diagnostisk vurdering og en faglig distanse respekterer nettopp pasienten som person. Med *Fortolkerens* orientering mot sinn er økt kjennskap til pasientens annerledeshet en viktig innsikt som etablerer muligheten for anerkjennelse. Anerkjennelse krever

partenes subjektivitet. Morten er opptatt av ”respectare: å se igjen”, og flere informanter refererer til Kierkegaards tekst om ”hjelpkunsten”. *Fortolkerens* oppmerksomhet mot partenes subjektivitet og det foranderlige ved (selv)forståelse fører til en samtidig oppmerksomhet på partenes involvering med hverandre. En sentral implikasjon av *Fortolkerens* subjektontologiske posisjon er etter mitt syn at (profesjons)etikken forstås som en integrert og vesentlig del av psykiatrifaget. *Fortolkerens* arbeidsfelt er i mindre grad enn hos *Medisineren* et avgrenset faglig område.

8.3 Fagkunnskap, faglig skjønn og det kliniske arbeidet

Et sentralt orienteringspunkt for *Fortolkeren* er fagets kunnskapskilder. Refleksjoner over og teorier om hva det innebærer å være menneske, er en viktig kilde til forståelse. Den naturvitenskapelige kunnskapen og psykiaterens egen kunnskap om det å være menneske forsøkes å ses i sammenheng med forståelsen av hva en psykiater arbeider med. Erkjennelsen av å arbeide i et flertydig felt, med menneskets individualitet, annerledeshet og samtidig allmennmenneskelige sider, gjør at informantene ikke søker en entydig forståelse. For *Fortolkeren* er anvendelsen av kunnskapskildene sentral. Orienteringen i de ulike kunnskapskildene inkluderer hvordan psykiateren selv forholder seg til dem i det kliniske arbeidet. Det faglige skjønnet utgjør en vesentlig del av forståelsen og anvendelsen av de enkelte kunnskapskildene.

Fortolkeren legger vekt på behovet for kliniske skjønn og bruk av teorier. Psykiateren er selv et viktig element i bruken av fagkunnskap. Teorier, erfaring og egeninnsikt anses som en viktig del av fagkunnskapen. En induktiv tilnærming vektlegges, samtidig som en orientering mot fagkunnskap viser en deduktiv arbeidsmåte. Den kunnskapen pasienten selv sitter med, gis prioritet. Den vitenskapelige kunnskapens tilsynelatende entydighet kan gjøre det krevende å betrakte det kliniske arbeidets kompleksitet og mangesidighet.

Å anvende fagkunnskap i det kliniske arbeidet

For *Fortolkeren* er det kliniske skjønnet sentralt når det gjelder bruken av opparbeidet kunnskap, erfaring og innsikt i møtet med pasienten. Fagkunnskapen er ikke enhetlig, og den har sine begrensninger med tanke på å forstå den enkelte. Psykiateren må orientere seg blant mange kunnskapskilder. Lars, Nils og Morten forteller om en tilbakeholdenhet med egen kunnskap. Informantene er oppmerksomme på hvordan psykiaterens fagkunnskap både åpner og låser partenes mulighet til å se ulike sider ved pasientens psykiske vansker.

Fortolkerens faglige fundament ligger vel så mye i *utøvelsen* som i forkunnskaper. Nils og Truls er opptatt av fagpersonens manglende ”kart”, mangler ved ekspertkunnskapen. Begrensningene ved kunnskapen ses i sammenheng med feltet psykiateren arbeider med, og ikke som en mangel ved kunnskapsproduksjonen. Nils sier at det kliniske arbeidet innebærer ”å gå i tåkeheimen”. *Fortolkerens* orienteringspunkt i pasientens (og psykiaterens) *forståelse*, gjør at begrensningen forstås som en del av det å arbeide med mennesker. Anvendelsen av kunnskap og erfaring i møtet med den enkelte er for *Fortolkeren* en av de sentrale oppgavene for en psykiater. Hvordan hjelpe frem en bedre forståelse av pasientens psykiske vansker er for *Fortolkeren* både en vurderings- og behandlingsoppgave. Den praktiske siden ved forståelse kommer i forgrunnen.

Fortolkeren vektlegger en innsikt i det kliniske arbeidet som ikke dreier seg om en type vitenskapelig innsikt. Ifølge Skårderud og medarbeidere har *episteme*, vitenskapen, en begrenset plass i det kliniske arbeidet fordi psykiateren ikke er en *vitenskapsperson* (Skårderud et al., 2010, s. 49). Det er i tråd med *Fortolkerens* tankegang, slik som når Lars nedtoner fagets naturvitenskapelige kunnskap. Forfatterne vektlegger *fronesis*, en praktisk visdom om hvordan klinikeren skal te seg i en uklar geskjeft (Skårderud et al., 2010, s. 49). Det er en viten som ”skal styre *hva den handlende gjør*” (Gadamer, 2010, s. 354). I kontrast til *episteme*, sikker kunnskap, og *téchne*, vitenen som vet å fremstille noe bestemt, har vi *fronesis*: en praktisk, handlende viten som omslutter både middel og mål, og som ikke handler om å fremstille noe bestemt (Gadamer, 2010, s. 353-355 og 362). *Fortolkeren* legger vekt på sin kompetanse til ”å gå det stykke vei med pasienten”. Jeg leser *Fortolkerens* faglige kompetanse som en praktisk visdom. Mål og middel er forståelse. Når *Fortolkeren* reflekterer over sin bruk av forskjellige kunnskapskilder, er den enkelte psykiaters faglige kompetanse eller skjønn vesentlig. Kunnskapen må fortolkes og relateres til psykiaterens situasjonsbestemte praksis.

Fortolkeren arbeider med pasientens meningsladete håndtering av sin situasjon, som jeg over har beskrevet som et betydningsfelt psykiateren trer inn i. Det fordrer psykiaterens forestillingsevne og deltagelse som erfarende og meningsdannende subjekt. *Fortolkeren* beskriver ingen eksakt vitenskap eller objektiv bruk av kunnskap eller erfaring. Symbolets nivå krever vår subjektivitet, involvering og fortolkning, gjennom bruk av ”vår kropp, våre sanser og vårt sinn” (Stokkeland, 2011, s. 766). Psykiateren som subjekt trer tydelig frem i *Fortolkerens* refleksjoner. Informantene forsøker ikke å nedtone det ”tilfeldige” ved egen praksis. Det regnes som en følge av å

arbeide i et betydningsfelt, og anses både som en styrke og en svakhet ved det kliniske arbeidet. Morten kommenterer sin påvirkning som ”meg” ved å si at det er derfor ”det blir bra, eller ikke bra”. *Fortolkeren* tenker ikke at psykiateren bør lene seg til objektiv kunnskap eller fagkunnskap for å unngå egen fortolkning i mest mulig grad. Det forstår jeg i tråd med Stokkelands poeng om at det kliniske arbeidet krever psykiaterens subjektivitet. Det er en parallell mellom *Fortolkeren* og Luhrmanns psykoanalytiker, som vektlegger seg selv som person i arbeidet (Luhrmann, 2000, s. 182). *Fortolkeren* er opptatt av at pasienten møter en fagperson som involverer seg gjennom sin bruk av kunnskap mer enn en som blir en formidler av kunnskap.

Den tause kunnskapen som ledetråd

Et sentral aspekt ved den praktiske siden ved forståelse er for *Fortolkeren* situasjonsforståelsen. Bruken av den kunnskapskilden som relasjonen til pasienten utgjør, er viktig for flere av informantene. Eva, Åse, Truls, Morten, Nils og Lars er opptatt av at det kliniske arbeidet er en praksis. Det som skjer i møtet med pasienten, er vesentlig for deres forståelse. Det er et individuelt og situasjonsbestemt arbeid, selv om psykiateren sitter med mye eksplisitt kunnskap. Den tause kunnskapen har med situasjonsforståelse å gjøre. Det er en type kunnskap som den enkelte psykiater må utvikle gjennom erfaring og refleksjon over egne erfaringer. Situasjonsforståelsen er det som gir psykiaterens tilegnede kunnskap retning og utgjør en stor del av behandlingskompetansen. *Fortolkeren* vektlegger og reflekterer over sin tause kunnskap. Informantene er opptatt av kunnskapen som ikke er målbar. Lars og Morten legger vekt på sin situasjonsbestemte kompetanse i møtet med pasienten. Lars, Morten, Nils, Åse og Eva forteller om betydningen av egenutvikling gjennom veiledning og egenbehandling. Truls vektlegger evnen til å se ”en type helhetsbilde”. Refleksjonene peker på betydningen av den tause kunnskapen psykiateren har med seg inn i pasientsamtalen. Det er en type kunnskap som *Fortolkeren* vektlegger, og som gir retning for forståelsen av pasientens psykiske vansker. *Fortolkeren* vektlegger en type kunnskap som i liten grad kan verbaliseres.

Lars er opptatt av det ubestemmelige ved forståelse. Han er oppmerksom på hvordan han kan bli forført av egen kunnskap, og opptatt av å la forståelsen utfolde seg i møtet. Orange legger vekt på den hermeneutiske dimensjonen ved klinisk arbeid, og hun beskriver forståelse som en hendelse i møtet mellom psykiater og pasient:

Hermeneutics preserves the psychoanalytic emphasis on interpretation and the relational emphasis on engaged understanding. At the same time, as practical wisdom or phronesis – unlike technique – it keeps us humble and flexible. (...) all forms of understanding between

persons, texts, and work of art, Gadamer thought, needed this situated kind of knowing (Orange, 2010, s. 117).

Forståelse krever en situasjonsbestemt viten. Orange skiller mellom teknikk og fronesis. Selv om de fleste informantene formidler en faglig ydmykhet, skiller *Fortolkeren* seg fra *Medisineren* ved å nedtone den eksplisitte kunnskapen. Samtidig forteller *Fortolkeren* om en tro på seg selv som fagperson, som *Medisineren* kan være skeptisk til. Ved at informantene understreker betydningen av psykiaterens subjektivitet og deltagelse, forteller de om en tro på muligheten for forståelse. I tråd med hvordan Orange legger vekt på en situasjonsbestemt viten, legger *Fortolkeren* vekt på psykiaterens situasjonsforståelse. Informantene sier de har tro på sin tause kunnskap som ledetråd for forståelse.

Parallelt med at *Fortolkeren* omtaler sitt faglige skjønn som sentralt for det kliniske arbeidet, begrenser informantene betydningen av kunnskap. Spesielt gjelder det kunnskap om sykdom. *Fortolkeren* stiller på mange måter skjønn over kunnskap. Espen Schaaning trekker frem sentrale momenter ved Gadamers forståelse av fronesis. Det understreker viktige aspekter ved fortolkning, og viser hvordan kunnskap underordnes skjønn:

Uansett hvor moralsk dyktig og kunnskapsrik han er, må han alltid tenke etter og rådføre seg med seg selv. (...) Man må se situasjonen an. Man må utvise skjønn og anvende situasjonen på seg selv (Schaaning i Gadamer, 2010, s. 16).

Den som vil forstå en annen, kan ikke ta tilflukt i en metode eller kunnskap. En må være oppmerksom på sin involvering, hele tiden rette seg mot den andre og mobilisere all sin kunnskap og erfaring. Kunnskap er viktig, men en må innse at en alltid befinner seg i en forstående situasjon, som gjør *skjønn* og anvendelsen av kunnskap vesentlig. Skjønn knytter psykiaterens vurdering til det situasjons- og personbestemte – i møtet med Ola gjør psykiateren alltid en fortolkning. Det Ola kommuniserer, blir fortolket av psykiateren. Bruken av fagkunnskap i pasientsamtalen krever et faglig skjønn – Ola er et menneske som må forstås.

Fortolkerens situasjonsforståelse innebærer både en induktiv og en deduktiv arbeidsmåte. Stolorow og medarbeidere understreker at den dialogiske utforskningen av pasientens erfaringsverden er ”conducted with awareness of the unavertable contribution of the analyst’s experiential world to the ongoing exploration” (Stolorow et al., 2002, s. 46). *Fortolkerens* vektlegging av partenes gjensidige påvirkning i fortolkningsarbeidet (uten samtidige tanker om at påvirkningen bør unngås), leser jeg som en forståelse av at psykiateren arbeider i en forstående situasjon som innebærer en

dialogisk utforskning. Jeg kommer tilbake til *Fortolkerens* både induktive og deduktive tilnærming.

I det *psykodynamiske* perspektivet er den tause kunnskapen viktig. Klinikerens erfaringsbaserte kunnskap og situasjonsforståelse er faglig til stor nytte. Hvordan klinikerens skal forholde seg i samtalsituasjonen, kommer tydelig til uttrykk i *den analytiske holdning* (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 145 ff). Den analytiske holdningen forstår jeg som en faglig strukturering av momenter ved fronesis og dermed en konkretisering av den praktiske visdommen for en fagperson innenfor psykisk helse. Ifølge Gullestad utgjør den analytiske holdning en ”grunnlinje”, et stabilt element, som er avgjørende for relasjonen som etableres mellom partene. Holdningen utgjøres av terapeutens emosjonelle tilstedeværelse og ”en teoriforankret måte å forholde seg på som har både kognitive og emosjonelle kjennetegn” (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 145). Pasientmøtet krever at psykiateren er seg bevisst både den reflekterte og den ureflekterte involveringen som er nødvendig, forsøker verken å vurdere eller bedømme pasientens betydningsfelt⁶⁸ og har en ”naturlig medfølelse” der autenticitet og ærlighet ”er et *sine qua non*”. Holdningen vektlegger *samspillskvaliteter* og er *utviklingsrettet* (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 150). Jeg ser klare paralleller mellom slik Lars, Nils og Morten vektlegger sin deltagelse og tilstedeværelse i pasientsamtalen, og den analytiske holdning. *Fortolkeren* ser sin bruk av kunnskap i relasjon til samhandlingen med pasienten. Målet er at partene utvikler en forståelse av pasientens psykiske vansker. Lars er opptatt av å lytte til ”pasientens spontane samtale”. Det er en type kvalitativ kunnskap om hvordan pasienten *er* i samtalen, og da har den erfaringsbaserte kunnskapen og situasjonsforståelsen stor betydning. Den tause kunnskapen er veier tungt i en analytisk holdning.

Pasienten som kunnskapskilde

Ambisjonen om å ta og forstå pasientens perspektiv er grunnleggende for *Fortolkeren*. Pasientens *erfaring* av sin situasjon, forståelse av seg selv og andre og psykiaterens erfaring av pasienten er det *Fortolkeren* retter oppmerksomheten mot. Nils, Lars, Morten, Truls, Åse og Eva er interessert i pasientens særegne væremåte og ikke primært hvordan pasientens tilstand kan klassifiseres. Det gjør at de vektlegger en induktiv arbeidsmåte, der forståelsen av pasientens psykiske vansker etableres gjennom erfaringer med og innsikt i det individuelle. Samtidig fortolkes det

⁶⁸ Forfatterne knytter den tekniske nøytraliteten til et *prinsipp for å håndtere overføring* (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 147). Jeg oversetter det til pasientens betydningsfelt, med visshet om at denne oversettelsen kan være problematisk. Begrepet overføring har mange ulike definisjoner (Sandler, Dare, & Holder, 1994, s. 52 ff).

individuelle ved hjelp av *Fortolkerens* fagkunnskap. *Fortolkerens* interesse for det individuelle innehar altså også en deduktiv arbeidsmåte. Psykiaterens generelle kunnskap farger forståelsen av det individuelle. *Olas* depresjon forstås også ved hjelp av kunnskap om depresjon. Likevel forteller informanter som Lars, Nils og Truls om en tydelig vekt på en induktiv tilnærming. Lars er for eksempel var for om kunnskapen om ”det typiske” kan føre til at han overser pasientens annerledeshet. *Fortolkeren* vektlegger pasienten som kunnskapskilde. Det er en overveiende induktiv arbeidsmåte.

Fortolkeren har tro på at pasienten leder psykiateren inn ”til der skoen trykker for pasienten”, som Lars sier det. Morten og Eva er interessert i ”hva pasienten trenger”, og mener at de kan finne ut av det ved å lytte til pasienten. Informantene er mindre opptatt av at psykiateren må ta styringen gjennom å stille spørsmål for å søke etter gjenkjennbare symptomer og adferd. Det intuitive løftes frem som en viktig kilde til forståelse. Flere av informantene er opptatt av at generell kunnskap har sin plass i arbeidet, men kan stå i fare for å spore partene av fra å lytte til pasienten. Det har å gjøre med hva *Fortolkeren* retter oppmerksomheten mot.

Fortolkeren legger særlig vekt på en induktiv tilnærming. Lars forteller at i psykiatrien handler det om å bli kjent med ”mennesket i sin særskilthet”. Informantene beskriver en interesse for det erfaringsnære. Det er en interesse som er faglig betydningsfull for *Fortolkeren*. Matthews skriver om forståelsen av mennesket i relasjon til hvordan en tenker om psykiske lidelser. Han siterer Gilbert Ryles tautologi om at ”Human beings are human beings”, når han poengterer at den som vil forstå et menneske må forstå *som* et menneske. En må starte med den konkrete *erfaringen*, ikke filosofiske eller vitenskapelige punkt utenfor en selv:

The point is that we should start, in our thinking about human beings, not from some philosophical or scientific analysis, but from our actual experience of our fellows – the experience which the philosophical or scientific analysis is meant to elucidate or explain (Matthews, 2007, s. 95).

I arbeid der en søker å forstå mennesket, er det ifølge Matthews viktig å nærme seg den andre gjennom erfaringen en får i møtet. Når det gjelder forståelsen av oss selv som et *selv*, skiller en innenfor fenomenologien mellom to betrakningsmåter. Robert Sokolowski skriver om et empirisk ego og et transendentalt ego (Sokolowski, 2000, s. 112ff). Det empiriske ego innebærer å betrakte vårt *selv* som en materiell, biologisk og psykologisk enhet, som en av mange enheter i verden. Det transendentale ego kan spilles ut mot verden, det er sentrum for vår erfaring av verden. Verden viser seg gjennom det transendentale ego. Fenomenologien er et forsøk på å motvirke at

vitenskapen reduserer det transendentale ego til det empiriske gjennom for eksempel "the claim that things like logic, truth, verification, evidence, and reasoning are simply empirical activities of our psyche" (Sokolowski, 2000, s. 114). Moderne vitenskap har gitt oss to verdener, vår *livsverden* og en vitenskapelig verden (Sokolowski, 2000, s. 147). I fortolkningen av den verden mennesket lever i, kan det føre til at menneskets erfaring av verden kun betraktes som subjektiv og uvitenskapelig. Vetlesen og Stänicke kaller det "fremmedgjøringen som den moderne vitenskapens nyvinninger har forvoldt mennesket" (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 223). Forfatterne tar til orde for, i tråd med Matthews, at klinikerer må "innta en aristotelisk innstilling der vi retter blikket mot både det vanlige, fortrolige og nære og mot det som er annerledes" (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 224). En slik førmoderne holdning innebærer å møte det særegne individ og det individuelle ved dets handlinger ved "å anse enhver enkelt handling og enhver aktør som særegen" (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 223). Klinikerer må unngå å betrakte pasienten gjennom å vektlegge det empiriske ego.

Fortolkeren retter, slik jeg leser det, oppmerksomheten mot pasientens *livsverden*. Det sentrale ved en induktiv arbeidsmåte er forsøk på å unngå erfaringsfjerne begreper. Lars er opptatt av ikke å gå "glipp av all den informasjonen" som ligger i pasientsamtalen. Informantene snakker først og fremst om ikke å la seg prege av kunnskapen psykiaterer allerede har. Pasientens *livsverden* må møtes gjennom en induktiv tilnærming. Hos *Fortolkeren* er det en parallell til en fenomenologisk tilnærming. For Matthews er det et poeng at "the phenomenological account of human beings must be prior to any scientific or other theoretical account" (Matthews, 2007, s. 95). Jeg vil under se nærmere på *Fortolkerens* deduktive tilnærming, som gjør at informantene ikke forteller om en ren fenomenologisk tilnærming. Det som går igjen hos informanter som Nils, Åse, Eva og Truls, er som nevnt troen på å forstå pasientens individualitet. I tråd med fenomenologien tenker *Fortolkeren* at psykiaterer kan etablere innsikt i pasientens *livsverden* gjennom "meaningful social interactions", "our ability to understand them seems clearly to be conditional on our having bodies of the same structure as them" (Matthews, 2007, s. 97). I kjernen av *Fortolkerens* induktive arbeidsmåte ligger erfaringer med at innsikt i pasientens *livsverden* etableres ved at psykiaterer deltar i pasientmøtet som menneske, ikke som fagperson eller vitenskapsperson.

Fortolkeren understreker fenomenologiens betydning for psykiatrifaget (og psykisk helsevern) når pasientens særskilte status som kunnskapskilde blir vektlagt. Mennesket, i dets varierende utforming, får fokus. Vetlesen og Stänicke kommer med

en interessant bemerkning om psykologiens (der de inkluderer psykiatri) ”tendens til å ta grunnleggende fenomener for gitt”:

(...) psykologiens problem er at den tar for gitt det som faktisk er dens studieobjekt, nemlig mennesket selv. Psykologien glemmer å undersøke mennesket til fordel for empiriske resultater ved ulike hypotetiske prediksjoner (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 239).

Forfatterne hevder at store deler av fagfeltet psykologi og psykiatri overser spørsmålene *hva* og *hvem* mennesket er. I iveren etter å etablere kunnskap om psykiske vansker kan altså *hvem* som *ønsker* å få mer kunnskap, og alle implisitte antagelser om mennesket, glemmes. *Fortolkerens* fokus mot *hvem*, tar fatt på aktøren. Dette var et viktig poeng innen den antipsykiatriske bevegelsen og særlig innen den eksistensialanalytiske retning. Det *humanistiske* perspektivet vektlegger grunnleggende (filosofiske) refleksjoner over sitt studieobjekt, og mennesket som aktør. I Norge kom et slikt perspektiv tydelig til uttrykk i boken *Nytt perspektiv på psykiatrien* (Haugsgjerd, 1970). Fagfeltet gjøres større ved å inkludere filosofiske retninger som en del av det. Andre deduktive kilder enn de vitenskapelige blir sentrale.

Allmennmenneskelige aspekter

Et av utgangspunktene for *Fortolkerens* forståelse av pasientens psykiske vansker og individuelle erfaringer ligger i betraktninger over og kunnskap om *det allmennmenneskelige* ved å være menneske. Informantene forteller altså om en deduktiv tilnærming, parallelt med en induktiv. Inngangen til forståelse er samtidig *Fortolkerens* egne erfaringer med det å være menneske. Refleksjoner over det allmennmenneskelige er førende for hvordan *Fortolkeren* forstår fagkunnskap, leser pasientmøtet og integrerer erfaringer med og kunnskap om psykiske vansker. Informantene er opptatt av ”det menneskelige”, som jeg leser som en oppmerksomhet mot hva det innebærer å være menneske. Pasientens psykiske vansker forstås primært som uttrykk for den enkeltes håndtering av sin menneskelige tilværelse. Et symptom på psykose ses ikke kun som et uttrykk for en underliggende psykoselidelse, men knyttes for eksempel til Olas erfaring med relasjoner til andre, sin omverden og en verden han vanskelig kan stole på.

Morten, Eva og Jenny forteller at de ”leser bredt”, og mener at psykiatere også bør lese ikke-fagspesifikk litteratur. Flere nevner som Nina skjønnlitteratur som en kilde til forståelse. Lars, Morten, Nils, Eva og Åse legger stor vekt på egne relasjonserfaringer og utviklingen av en faglig forståelse av slike allmenne erfaringer. Veiledning og egenerapi nevnes av flere. Nils og Lars er to av informantene som vektlegger betydningen av sin psykoterapiutdanning og erfaring. Kunnskapen og erfaringene gir

næring til refleksjoner over det psykiske og det kliniske arbeidet. Alle kildene som nevnes, retter seg mot en forståelse av det å være menneske. Aspekter som antas å være særlig relevante, knyttes til bestemte teoretikere. For *Fortolkeren* er kunnskap om og innarbeidet kjennskap til teorier viktig. Teorier om innenfraperspektivet, menneskets erfaringer med å være menneske. Nils er en av flere som forteller at teorier styrer hans oppmerksomhet. Samtidig er det en ambivalens hos han når han er opptatt av en ”spørrende holdning”, slik at ikke teorier blir for førende.

Fortolkeren søker ressurser i teorier. Om bruk av teori skriver Gullestad og Killingmo:

Det som imidlertid er avgjørende, og som gjør teorien til et uunnværlig hjelpemiddel i den terapeutiske prosessen, er at den er internalisert. Populært uttrykt vil det si at terapeuten har opparbeidet et eierforhold til teorien. Den er ”tatt inn” og er lagret førbevisst. Teorien kan hentes frem når det er aktuelt, men i den kliniske situasjonen fungerer den som automatisert forståelse. Der og da er teori og observasjon ett og det samme! (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 18-19).

Forfatterne er opptatt av at den faglige kunnskapen og teoriene må være *innarbeidet*. Det må være ”en del av” psykiateren slik at teorien kan tas i bruk i det kliniske arbeidet. Klinikerne må være så kjent med teorien at hun evner å lytte til den enkelte. Flere av informantenes refleksjoner uttrykker en avstand til teorier, på lik måte som de uttrykker en varhet for at generell fagkunnskap kan bli for førende. På den måten har *Fortolkeren* et litt annet forhold til teori enn det forfatterne beskriver. Samtidig er informanter som Eva, Åse, Lars og Nils opptatt av sine etablerte faglige innsikter gjennom bearbeidelse av erfaringer og psykoterapikunnskap. Mye terapikunnskap involverer teorier om det fellesmenneskelige. Nils forteller at egeninnsikt og innarbeidete teorier etablerer en faglig trygg ramme slik at han kan lytte til pasienten. Det er et poeng for informantene at psykiateren er godt kjent med teoriene. *Fortolkeren* legger vekt på en deduktiv tilnærming gjennom bruk av teorier. Informantene er opptatt av en bredde, slik at flest mulig aspekter ses. I motsetning til *Medisineren* er *Fortolkeren* mindre skeptisk til en mindre avgrenset deduktiv tilnærming. Det ser jeg i sammenheng med vektleggingen av en samtidig induktiv arbeidsmåte. I arbeidet med å bli kjent med Olas individualitet vil flere teorier som kan belyse ulike aspekter ved Olas erfaringer, oppfattes positivt.

Fortolkeren beskriver en annen deduktiv tilnærming enn den som foregår i medisinen generelt. De søker en annen type generell kunnskap. Det er et sentralt poeng for mange av informantene at en psykiater må orientere seg på nytt i møtet med psykiatrifaget. En vesentlig side ved nyorienteringen innebærer det som psykiateren og pasienten har til felles. Åse og Lars er opptatt av at de ikke først og fremst møter fremmede tilstander,

selv om Åse syntes hun møtte mye fremmed i starten. En psykiater har ”det menneskelige” til felles med pasienten, og Lars refererer til Harry S. Sullivans (1892-1949) uttalelse om at ”det mest grunnleggende er vår likhet som mennesker”. Likheten innebærer ikke at pasient og psykiater er like, og Åse påpeker at ”det er jo så mye som er menneskelig”. Sullivan understreker betydningen av deltagende observasjon og at psykiateren har seg selv som kilde (Sullivan, 1954, s. 3). Stänicke og Vetlesen skriver om en slik deltagende tilnærming som både tar utgangspunkt i og aldri fjerner seg fra universet til det som skal forstås:

Av dette følger det at tilnærming til objektet [pasienten] må dele et felles ontologisk univers med sitt objekt; hvis ikke vil tilnærmingen utgå fra et sted som er objektet fremmed (E Stänicke & Vetlesen, 2002, s. 215).

Selv om psykiske vansker alltid innehar noe fremmed og annerledes, så vektlegger *Fortolkeren* nærheten til, og det kjente ved, psykiske vansker. *Fortolkerens* utgangspunkt har klare likheter med Vetlesen og Stänicke's utgangspunkt i *menneskets ufravikelige grunnvilkår* (Vetlesen & Stänicke, 1999). De allmenmenneskelige vilkårene danner et orienteringspunkt for integreringen av det allmenne/generelle og det individuelle. De ulike kunnskapskildene til forståelsen av psykiske vansker som ligger hos den enkelte, i et allment nivå og i fagspesifikk kunnskap, kan forankres i *menneskets ufravikelige grunnvilkår*. En slik orientering passer med måten *Fortolkeren* baserer seg på en subjektontologi på. Det sentrale for *Fortolkeren* er å søke kunnskapskilder som bidrar til en faglig forståelse av ”den menneskelige subjektivitet”. Informantene forteller om en kunnskapsplattform som ivaretar både det generelle og det individuelle. *Fortolkerens* orientering i erfaringsnære refleksjoner over hva det innebærer å være menneske, ser jeg som en delvis parallell til hvordan Vetlesen og Stänicke tar utgangspunkt i menneskets eksistensielle grunnvilkår. En forskjell er måten informantene fokuserer på fagteorier og refleksjoner over egne erfaringer på, og ikke nevner filosofiske betraktninger. Lars og Nils utgjør to unntak.

Antagelser om hva det innebærer å være menneske, inngår som en betydningsfull del i orienteringen til *Fortolkeren*. Vetlesen og Stänicke viser hvordan psykoanalysen utgjør en del av psykologien som ”virkelig har forsøkt å avdekke menneskets *grunnvilkår*” (Vetlesen & Stänicke, 1999, s. 240), og det er sannsynligvis ikke tilfeldig at de fleste av informantene har en psykodynamisk/psykoanalytisk utdanning.

En del av informantene nevner at et diagnosefokus og fokus på sykdom kan stå i veien eller overskygge en oppmerksomhet mot erfaringer med å være menneske. Lars reflekterer over om det kan være noe uintegrerbart med de to perspektivene.

Stokkeland peker på skjæringspunktet mellom filosofi, antropologi, psykoanalyse og psykiatri. Ifølge han er det slik at det fagspesifikke ”implisitt forholder seg til et allment nivå” (Stokkeland, 2011, s. v). Donald Meltzer uttrykker det allmenne nivået i sitt utsagn: ”Love is the premier question of human being” (Stokkeland, 2011, s. vii). Meltzer bringer altså fenomenet kjærlighet i forgrunnen når det gjelder forståelsen av det psykiske. Stokkeland peker på noen kvaliteter eller sider ved menneskets psykiske liv som en vitenskapelig metodisk tilnærming alltid vil overse. Han mener vesentlige fenomener som *kjærlighet, hat og misunnelse* ikke må avskjæres fra fagpersonens forståelse av psykiske vansker. Det hevder han at deler av psykologien og psykiatrien som fag har gjort:

Like fullt må det sies at den akademiske psykologi og psykiatri har hatt det vanskelig med slike fenomener som kjærlighet og hat, det er som om de glipper unna de vitenskapelige metodene man har til rådighet for å fange dem inn. (...) Han [Charles Taylor] hevder at psykologien har hatt en lei tendens til å likne på den fulle mannen som leter etter de mistede husnøkklene under lyktestolpen – det er så lyst der!, i stedet for i mørket, der han mistet dem (Stokkeland, 2011, s. vii).

Stokkeland er skeptisk til en tendens i samtiden som vil fundere psykoanalysen vitenskapelig ved hjelp av empiri fra nevrovitenskaper og utviklingspsykologi (Stokkeland, 2011, s. vii). Grunnen til skepsisen er hans forståelse av at menneskets psykiske vansker grunnleggende handler om ”den enkeltes helt personlige fortolkning av allmennmenneskelige og uomgjengelige livsvilkår”.⁶⁹ Ifølge Wifstad presser de moderne vitenskapene frem en type kunnskap som kan stå i veien for å se den enkelte, ”skole-kunnskapen selv kan være det største hinder for å komme den Andre i møte” (Wifstad, 1997, s. 257). Det målbare kan dominere oppmerksomheten.

Truls og Tormod er frustrert over den ”avflatningen” av psykiatrifaget de mener å se, der interessen er vendt mot det som kan telles og måles. Det interessante er at de to snakker lite om refleksjoner over det allmennmenneskelige (eller spesifikke fagteorier). Min tolkning er at de i større grad enn Nils og Lars er i polemikk mot det de ser som en entydiggjøring av faget, nettopp på grunn av deres manglende alternative orientering.

Fortolkeren er opptatt av å forstå ”det menneskelige”. Informantene forteller i den sammenheng om de positivistiske vitenskapenes begrensning når det gjelder etableringen av kunnskap om menneskelige fenomener som psykiske vansker. Binder (Binder, 2002a), Orange (Orange, 2010), Schibbye (Schibbye, 2009) og Stokkeland er

⁶⁹ Stokkeland bygger på Vetlesens ufravikelige grunnvilkår (Stokkeland, 2011, s. 206 ff).

eksempler på fagpersoner som søker utenfor de positivistiske vitenskapene for en dypere forståelse av det allmennmenneskelige. Utviklingen av det humanistiske perspektivet var en protest innad i det psykodynamiske miljøet mot en oppfattet reduksjonistisk og psevdonaturvitenskapelig tilnærming. Fenomenologi, hermeneutikk, dialektikk, eksistensialisme, dialogfilosofi og psykoanalyse forstås som sentrale kilder til å studere og reflekterer over det implisitte allmenne nivået ved psykiske vansker. *Fortolkeren* beskriver det allmennmenneskelige som et sentralt orienteringspunkt. Likevel nevner få av informantene spesifikke teorier utenom psykoanalysen. En grunn til at de andre kildene i liten grad nevnes, kan være at det *psykodynamiske* perspektivet er tilgjengelig for psykiateren og berører de filosofiske retningene indirekte. En annen grunn tror jeg er at de forskjellige filosofiene er krevende for en kliniker å sette seg inn i og knytte direkte til det kliniske arbeidet.

Kunnskap som skapende

En rød tråd i *Fortolkerens* vektlegging av det kliniske skjønnet og anvendelsen av kunnskap og erfaring, er *Fortolkerens* betraktning av kunnskap som skapende. Eva er opptatt av det skapende ved forståelse når hun forteller at en alltid kan se nye aspekter ved ens selvforståelse. Åse ser på det personlig krevende ved å møte og forsøke å forstå pasientens individuelle psykiske vansker. Måten informantene reflekterer over anvendelsen av kunnskap og erfaring på, understreker hvordan psykiateren uunngåelig trer inn i et verdiladet felt på en verdiladet måte. Kunnskap om psykiske vansker anses alltid å innebære en verdiladet fortolkning.

Det skapende og verdiladete ved enhver forståelse av biologiske, sosiale, psykologiske og åndelige prosesser kommer i fokus hos *Fortolkeren*. Informantene er opptatt av at de som fagpersoner i liten grad har sikker eller entydig fagkunnskap å lene seg på, slik de har som forstår kunnskap som noe en avdekker. Det er en parallell til Stokkeland, som hevder at psykiaterens praksis må gi avkall på den sikkerheten som kjennetegner praksiser som teller, måler og veier. Samtidig forteller ikke *Fortolkeren* om en tilfeldig praksis der forståelsen kun konstrueres. Slik informantene vektlegger pasienten som kunnskapskilde, er det også et klart element av kunnskap som noe en kan avdekke. *Fortolkeren* anser det som mulig å avdekke foreliggende individuelle forhold som er av betydning for å forstå vanskene.

Det skapende ved kunnskap kommer tydelig frem når *Fortolkeren* beskriver seg som en del av en fortolkende virksomhet (se også under). I likhet med hos Nerheim kommer kommunikasjonens plass i forgrunnen. Det handler om ”vilkårene for

produksjon av mellom-menneskelig mening” (Nerheim, 1996, s. 13). Meningsaspektet ved *Fortolkerens* fortolkende praksis gjør at kunnskap verken betraktes som nøytral eller objektiv. Informantene er opptatt av hva anvendelsen av kunnskap (og erfaring) gjør med partene og partenes forståelse.

Profesjonsetiske implikasjoner: Ha tillit til egne fortolkninger

Jeg vil nå se på de profesjonsetiske implikasjonene av *Fortolkerens* kunnskapssyn. At fortolkningsdimensjonen betraktes som en stor del av det kliniske arbeidet, gjør at *Fortolkeren* uttrykker en tillit til den enkelte og en situasjonsbetinget forståelse. God praksis innebærer å opprettholde en tillit til egen lytting, slik jeg tolker det. Et viktig profesjonsetisk tema blir hvordan psykiateren møter og lytter til pasienten. Videre blir det et tema hvordan fagpersonen bruker seg selv som medmenneske i pasientsamtalen. Psykiateren må stole på sitt faglig utviklede indre kompass og la seg være mottagelig for det situasjonsbetingede. Det situasjonsbestemte ved psykiaterens oppmerksomhet er for *Fortolkeren* ikke en kilde til tilfeldige vurderinger, men en hovedinngang til å bli kjent med pasientens motiver. Etter min oppfatning blir profesjonsetikken i større grad enn hos *Medisineren* situasjonsbetinget.

Fagpersonens intuisjon betraktes som vesentlig. Nils sammenligner fagutøvelsen med å gå ”i tåkeheimen”. Han har ikke noe kart å navigere etter. Morten er opptatt av å understreke at det ikke finnes noen ”oppskrifter”. Lars nevner flere ganger at det er viktig at fagpersonene ikke ”blir forført” av fagkunnskap, retningslinjer eller skjemaer. Informantene vektlegger det intuitive og det som skjer i pasientsamtalen. *Fortolkeren* både stoler på og vektlegger en situasjonsbestemt oppmerksomhet, slik jeg leser det. Oppmerksomheten til *Fortolkeren* er rettet både utover mot pasienten og innover mot ham selv. Det situasjonsbestemte innebærer at både pasienten og psykiateren selv betraktes som sentrale kilder til forståelse. Verken det psykiateren merker seg ved pasientens væremåte, eller pasientens reaksjoner anses å være tilfeldige. Det som skjer i pasientsamtalen, betraktes som en vesentlig kilde til å etablere innsikt i pasientens betydningsfelt. I tråd med Orange er det et vesentlig poeng for informantene at god praksis innebærer at den lar seg være foranderlig og situasjonsbetinget. Det blir en profesjonsetisk utfordring å la seg styre av det som etableres i pasientmøtet. Profesjonsetikken må forholde seg til det unike ved ethvert møte. Med *Fortolkerens* orienteringspunkt passer det i likhet med Nortvedt å forankre profesjonsetikken i pasientmøtet.

Fortolkeren vektlegger egeninnsikt og bruk av seg selv i den faglige oppmerksomheten. Informantene uttrykker en faglig utviklet tillit til egen kompetanse. Om hva det innebærer å være en god psykiater, skriver Per Vaglum:

For many, the process goes from being interested mainly in disorders to also being genuinely interested in patients as individuals with their different modes of coping, and becoming more open for understanding themselves in their own professional and private life (Vaglum, 2015).

I en god praksis må det i tillegg til en interesse for pasienten som person også ligge en interesse for en selv. Lars understreker sin tilhørighet til pasientenes psykiske vansker. *Fortolkeren* vektlegger fagkunnskapens begrensninger når det gjelder arbeid med enkeltmennesket. Det blir noe ytre som kan overse nærheten den enkelte fagperson har til sitt arbeidsfelt. Den enkelte psykiater anses som essensiell for utviklingen av en forståelse for pasientens psykiske vansker. I relasjonen som etableres i pasientsamtalen, får partene tilgang til viktige sider ved vanskene. Betydningen av psykiaterens involvering i møtet gjør at *Fortolkeren* vektlegger egen kompetanse og sitt faglige skjønn. Det forstås ikke som en kilde til uheldige variasjoner i praksisen, men som garantien for en god praksis. Psykiateren kommer ikke utenom seg selv som sentral kunnskapskilde. Samtidig som *Fortolkeren* ikke tenker at det fører til en helt tilfeldig praksis, så fører psykiaterens bruk av seg selv til en ikke-standardisert fagutøvelse. Det er viktig for informantene å anerkjenne en slik variasjon i det kliniske arbeidet, det Lars omtaler som ”rikdommen i det relasjonelle”. Hvis psykiaterens lytting styres av eksplisitt fagkunnskap, vil fagpersonen vanskelig kunne plukke opp den særskilte ”informasjonen i møtet”. God praksis handler for Nils om at psykiateren gjør seg mottagelig for det som skjer ”i et menneskelig møte”. En profesjonsetisk utfordring for *Fortolkeren* er å ha tillit til egen kompetanse i et fagfelt som gjennom økt fokus på standardisering har institusjonalisert en indre mistillit til personavhengige faktorer.

Å sette seg selv på spill

Fortolkeren vektlegger seg selv. Psykiaterens selvstendige muligheter for å forstå pasientens psykiske vansker blir etter min mening tydelig fremhevet. Nils lar seg lede av det som ”vekkes i meg” i pasientsamtalen. Lars er opptatt av sin ”intuitive evne” til å forstå at han er ”på sporet av noe”. Informantene legger vekt på psykiaterens faglige skjønn og medmenneskelige evner til å forstå en annen. Det er et skjønn og en evne som utvikles gjennom erfaring, økt selvinnsett og arbeid med faglige teorier. Godt klinisk arbeid innebærer for *Fortolkeren* å kunne la seg lede.

Psykiateren skal ikke bare ha et klinisk blikk som gjenkjenner. *Fortolkeren* vektlegger en tilnærming som er forskjellig fra en diagnostisk tilnærming som psykiateren lærte som lege. For Orange handler god praksis om å anerkjenne den hermeneutiske sensibilitetens betydning for utøvelsen av faget. En faglig utviklet mottagelighet som lar den enkeltes erfaringsverden tre frem. I likhet med Engelstad og medarbeidere legger *Fortolkeren* vekt på den hermeneutiske dimensjonen ved arbeidet:

Den som går inn i møtet kan ikke nøye seg med et klinisk blikk, men må engasjere en del av seg selv. Å ”sette seg på spill” (...) Klinikeren, terapeuten eller menneskeforskeren må tørre å stille seg åpen overfor den andres annerledeshet, særegenhet og subjektivitet (Gilbert et al., 2012, s. 14).

Møtet med psykiatrifaget og psykisk helse handler for *Fortolkeren* om en videreutvikling av den orienteringen den ferske legen har med seg fra sin utdanning. Informantene forteller at de har sykdomsforståelse, gjør diagnostiske vurderinger og har en naturvitenskapelig bakgrunn. Samtidig understreker *Fortolkeren* nødvendigheten av å utvikle sin selvforståelse og kjennskap til seg selv for bedre å kunne forstå praksisfeltet en psykiater arbeider med og i. *Fortolkeren* søker utenfor sitt eget fag og sin egen forståelse. Lars forteller om ”en fruktbar forvirring” med tanke på *hva* psykiateren skal lene seg til i sin fagutøvelse. Mangfoldet og flertydigheten ved det kliniske arbeidet anses som kilder til en beriket forståelse, ikke som farer for å forville seg vekk fra den ”rette” forståelsen. En utvidet forståelse av praksisfeltet psykiateren arbeider i og med, betraktes som fundamentalt for god faglighet. Morten er opptatt av ”å lese bredt”, å ha med ulike forståelser av fagfeltet. Jenny er opptatt av hvor viktig det er at psykiateren ikke snevrer inn sitt fag kun til en medisinsk forståelse. For *Fortolkeren* er det en profesjonsetisk utfordring stadig å ta inn nye perspektiver. Det sikrer en god praksis.

Fortolkeren søker å forstå mer av mennesket og seg selv. Det handler om faglig å utvikle egen intuisjon, fortolkningsevne og forståelse av mulighetene som ligger i møtet. *Fortolkeren* betrakter psykiaterens faglige skjønn og evne til ”å plukke opp” mer uartikulerte sider ved pasientens kommunikasjon som viktig for å kunne bli ledet inn til ”der skoen trykker”. Psykiateren må tro på og utvikle sine evner som menneske til å forstå andre. For *Fortolkeren* er psykiaterens utfordring å tørre ”å sette seg selv på spill”. Det utfordrer et faglig strukturert blikk som kan sikre en standardisert vurdering. Psykiateren betraktes som en mer selvstendig og aktiv aktør enn *Medisineren* når det gjelder en faglig god vurdering.

Lars er opptatt av ”den spontane samtalen”. I et arbeid som legger vekt på å se den enkeltes annerledeshet, blir det sentralt å ha tillit til det som klinikerer spontant plukker opp i pasientmøtet. Hos *Fortolkeren* leser jeg en tillit til partenes felles delte verden og klinikerens mulighet til å ta del i pasientens erfaringsverden. Morten vektlegger erfaringer som ”ikke kan måles”. God praksis innebærer å ha tillit til mer ”usikker” kunnskap som i liten grad kan telles, måles eller veies. For informantene er det viktig ikke å avfeie egne fortolkninger som kun subjektive. Et førende profesjonsetisk prinsipp er for *Fortolkeren* å lytte til egne fortolkninger og spekulasjoner og å ta dem på alvor.

Fortolkerens praksis er foranderlig. Informantene søker i mindre grad enn hos *Medisineren* standardisert kunnskap. Det gjør at praksisen blir mer utsatt for uheldig variasjon og krever mer av den enkelte utøver. Eva vektlegger pasientens (og menneskets) vedvarende forandring. Hun understreker at ens selvforståelse er ”i konstant endring”. I tråd med Orange betraktes god praksis som en foranderlig og situasjonsbetinget praksis. Informantene understreker betydningen av å være oppmerksom på dette. Slik jeg ser det, legger *Fortolkerens* orientering et økt ansvar over på den enkelte psykiater når det gjelder utøvelsen. Samtidig åpner det for en praksis som i større grad enn hos *Medisineren* møter enkeltmennesket.

8.4 Møtet

Fortolkeren understreker betydningen av å tilrettelegge for at en forståelse kan skje og utvikles i pasientsamtalen. Alle de atten informantene er opptatt av å møte pasienten og lytte til det pasienten forteller. Det som utmerker *Fortolkeren*, er at møtet fremstår som en sentral ressurs for forståelse. Under utdypes det hva jeg legger i møtebegrepet. Relasjonen til pasienten gis en selvstendig betydning for psykiaterens konstituering av en forståelse av pasientens psykiske vansker. *Fortolkerens* oppmerksomhet er rettet mot samspillet, kommunikasjonen og dialogen som etableres. Psykiaterens (aktive og passive) deltagelse gis en særegen oppmerksomhet og tenkes som avgjørende for hva som viser seg i pasientsamtalen. Det kliniske arbeidet knyttes i stor grad til pasientsamtalen og det praktiske arbeidet som skjer i møtet mellom pasient og psykiater. Møtet er for *Fortolkeren* et viktig orienteringspunkt ved at prosess gis prioritet med tanke på forståelse.

Det er en sammenkobling mellom *Fortolkerens* orientering i møtet og de to andre orienteringspunktene. Slik *Fortolkeren* vektlegger pasienten som kunnskapskilde og det mellommenneskelige aspektet ved pasientens psykiske liv, fører til at psykiaterens

relasjon til pasienten blir sentral for forståelse. Det gjør samtidig at *Fortolkeren* ikke vektlegger spesifikke kunnskapskilder (se over) i sin beskrivelse av det kliniske arbeidet. *Fortolkerens* forståelse konstitueres primært gjennom det praktiske arbeidet.

Relasjonens betydning for psykiaterens arbeid og forståelse

Fortolkerens orienteringspunkt i møtet innebærer at relasjonen til pasienten er fundamental for psykiaterens arbeid og forståelse. Lars begynner intervjuet med å si at psykiaterens primære oppgave er å møte pasienten. Han, Morten og Nils har et gjennomgående fokus på den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet. Truls vektlegger i særlig grad at det er hans dialog med pasienten, i kontrast til en (diagnostisk) utspørring, som gir han en forståelse av hva pasienten trenger. Åse og Eva beskriver relasjonen til pasienten som avgjørende for deres forståelse av pasientens psykiske vansker. Tormod understreker at psykiaterens relasjonsevne og evne til å reflektere over samhandlingen er det fagpersonen har å styre etter. Felles for informantene er at den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet beskrives som betydningsfull for psykiaterens forståelse. Relasjonen beskrives som en rettesnor, der fagpersonens fagkunnskap og erfaring er sentrale supplerende kilder. Det vil ikke si at fagkunnskap og erfaring settes i kontrast til en oppmerksomhet mot relasjonen som etableres, slik jeg leser det. Informantene ønsker å understreke betydningen av dialogen de etablerer med pasienten.

Innenfor psykisk helse er det mange og ulike tradisjoner som på sin måte legger vekt på relasjon. Informantene forteller ikke om spesifikke teorier eller retninger som de relaterer sine refleksjoner til, selv om enkelte nevner teoretikere som Sullivan, Martin Buber og Winnicott. *Fortolkerens* oppmerksomhet kan ikke plasseres inn i én hovedtradisjon eller retning.

I psykiatrifagets historie har et relasjonelt perspektiv på både psykiske vansker og hjelpearbeidet vært tema i varierende grad. I de siste tiår skriver mange forfattere om *en relasjonell vending* innen psykiatri og psykisk helse generelt (Binder, Høstmark Nielsen, Vøllestad, Holgersen, & Schanche, 2006; Bøe & Thomassen, 2007; Orange, Atwood, & Stolorow, 1997). Men økt fokus på relasjon, dialog, klinikerens deltagelse og kommunikasjonen utgjør ikke noe enhetlig perspektiv innen psykisk helse. En finner variasjoner i de ulike perspektivene i måten den relasjonelle dimensjonen vektlegges på. Spesielt gjelder dette innenfor den psykodynamiske tradisjonen, som har mange teorier som på ulike måter tematiserer den relasjonelle dimensjonen.

Stänicke og medarbeidere skriver om en *et psykoanalytisk perspektiv*. For forfatterne ligger det en særlig vekt på relasjon innenfor den psykoanalytiske tradisjonen, som er av betydning for forståelsen av psykiske lidelser:

Det betyr at psykoanalysen borger for en personlig og intim relasjon der en tillater seg å bli berørt og beveget av pasienten, for så å bruke dette som informasjon til å forstå (E. Stänicke, Varvin, & Indrevoll Stänicke, 2013, s. 773).

Klinikerens involvering med pasientens individualitet har betydning for den faglige forståelsen. *Fortolkerens* orientering mot relasjonens betydning for forståelse av pasientens vansker, ser jeg i relasjon til den psykoanalytiske tradisjonen. Tema som *overføring, motoverføring* og "the analytical third" (Ogden, 2004) ligger implisitt i informantenes uttalelser, og er begreper flere nevner. Begrepet overføring er sentralt innenfor den psykodynamiske tradisjonen ved at det nettopp vektlegger den relasjonelle dimensjonen ved pasientens psykiske vansker og ved det kliniske arbeidet. Den fundamentale tanken er at ubevisste fenomener påvirker relasjonens utforming. Det emosjonelle samspillet i pasientsamtalen gir informantene vesentlig informasjon. Det er begrep også informanter som vektlegger *Medisinerens* orienteringspunkter, nevner. Den psykodynamiske tenkningen har tradisjonelt stått sterkt i Norge (Haugsgjerd, 1986), og har fremdeles en tydelig rolle i psykiatriutdanningen gjennom krav til psykoterapiveiledning. *Fortolkerens* refleksjoner skiller seg ut ved at informantene vektlegger betydningen av samspillet gjennom hele intervjuet og trekker inn den relasjonelle dimensjonen i flere ulike betraktninger. De beskriver en oppmerksomhet mot hvordan samspillet åpner og lukker for ulike aspekter ved pasientens psykiske liv.

Et systemisk perspektiv er lite fremtredende ved at informantene i hovedsak vektlegger den individuelle pasientsamtalen og et individperspektiv.

Noen av informantene betoner sterkt den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet. Binder og medarbeidere hevder at en kan snakke om en *relasjonell psykoanalyse* som et selvstendig perspektiv, og skriver at "[d]en relasjonelle psykoanalysen lar oss grunnleggende sett forstå den menneskelige psyken som skapt og opprettholdt innenfor en mellommenneskelig ramme" (Binder et al., 2006, s. 902). Selv om en kan tenke at psykoanalysens oppmerksomhet mot den mellommenneskelige kommunikasjon understreker en relasjonell forståelse, hevder flere forfattere at den relasjonelle forståelsen ikke har vært gjennomgripende nok (Mitchell & Aron, 1999; Orange, 1995). Orange er opptatt av det intersubjektive perspektivet og at psykiaterens deltagelse i et emosjonelt ladet felt innebærer en annen epistemologisk forståelse enn

den som har vært rådende. I enkelte av uttalelsene kan en tolke informantene i retning av en slik gjennomgripende relasjonell forståelse. Likevel leser jeg det som en overdreven tolkning av informantenes refleksjoner. Den sterke betoningen av den enkelte psykiaters deltagelse og betydning for den faglige vurderingen handler om en motvekt til den trenden informantene erfarer i dagens helsevesen til å vektlegge målbarhet og diagnostisk entydighet.

En oppmerksomhet mot relasjon er ikke ensbetydende med et psykodynamisk perspektiv. Schibbye integrerer perspektiver fra filosofi, forskningsbasert kunnskap og psykoterapi i sin relasjonsforståelse (Schibbye, 2009). En relasjonstenkning er også sentral i et humanistisk perspektiv. Samtidig som Schibbye baserer seg blant annet på innsikter fra Freud, er hennes forståelse av selvet og selvet i relasjon mer rettet mot et humanistisk perspektiv. *Fortolkerens* orientering kan passe med en slik ”bred” refleksjon, som integrerer innsikter fra flere fag og tradisjoner. Schibbye argumenterer for nødvendigheten av metateori og teori, praktisk kunnskap og forsøk på et helhetlig syn (i kontrast til *stykk-kunnskap* som går i dybden på ett tema) (Schibbye, 2009, s. 13ff). Det er en parallell til Eva og Truls, som legger vekt på variasjonsrikdommen de møter i arbeidet og behovet for mange ulike perspektiver. De har ingen referanser til spesifikke fagtradisjoner, og Eva er opptatt av forskning fra andre fagfelt når det gjelder menneskelig kommunikasjon. *Fortolkerens* interesse for pasientens erfaringsverden og hvordan den vises og fremtrer i pasientsamtalen, kan ikke plasseres i én fagtradisjon.

Å gi relasjonen prioritet

De sentrale ved informantenes interesse for den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet er dens betydning for psykiaterens kliniske arbeid og forståelse. Flere av informantene setter interessen i kontrast til krav om utredning, diagnostisering og retningslinjer for behandling. Selv om det ikke er snakk om motsetninger, erfarer *Fortolkeren* at interessen for relasjonens kompleksitet i det kliniske arbeidet er et faglig perspektiv som ikke alltid er så lett å opprettholde. Informantene snakker om trygghet og å tørre, når det gjelder å involvere seg i samhandlingen med pasienten. For Morten handler det om å ha en trygghet i seg selv. Psykiateren må ikke ”gjemme seg” bak skjemaer eller teknikk. Arbeidet krever toleranse for flertydighet:

Paradoksene kan fortelle oss noe der hvor det er toleranse for flertydighet som gjør oss i stand til å forstå et psykisk fenomen. Med paradoksene synes Winnicott å ville vise oss et erfaringsområde hvor en entydig påstandskunnskap vil bringe oss vekk fra det vi er opptatt av, men hvor en utforskning av flertydighet kan bringe oss i kontakt med fenomenets egenart (Binder, 2002a, s. 20-21).

Binder skriver om et erfaringsområde som krever en utforskning av flertydighet. Et område som psykiateren flytter seg vekk fra hvis fagpersonen søker entydig påstandskunnskap. Sitatet peker på det vesentlige ved *Fortolkerens* forståelse av den relasjonelle dimensjonen. Det mellommenneskelige aspektet ved psykiske vansker krever en varhet og årvåkenhet for hva som utspiller seg mellom partene. Lars vektlegger ”følsomheten for hva som kan skje i en samtale”. *Fortolkeren* er, som i sitatet, oppmerksom på et område som kan lukkes for partene.

Psykiaterens holdning til erfaringsområdet er av betydning. Morten beskriver faren for å ta alt på ”face value”. Nils er opptatt av at pasienten ikke alltid vil oppleve det mulig å komme med det som er av betydning. *Fortolkeren* legger vekt på behovet for undring, slik Schibbye beskriver ”en utforskende stemning” (Schibbye, 2009, s. 377). Det handler om å åpne for det flertydige og det en ikke forstår. En slik oppmerksomhet handler for *Fortolkeren* i stor grad om et brudd med dagens rådende tilnærming, som søker ”en mer objektiv diagnostisk praksis [som] vil kunne bringe en nærmere en riktig forståelse” (Haugsgjerd et al., 2009, s. 72). *Fortolkerens* orientering kan tolkes som kritikk av et fokus på diagnoser. En slik tolkning overser informantenes bruk av diagnoser. *Fortolkerens* orientering handler om å gi den relasjonelle dimensjonen prioritet. Informantene prioriterer ”å møte pasienten så åpent som mulig” og betrakter den diagnostiske vurderingen ”som et hjelpemiddel i noe som allerede er etablert”. Det innebærer en faglig holdning som tåler usikkerhet, flertydighet og at psykiateren blir en deltagende part i arbeidet med å etablere en forståelse. Psykiateren må lytte til seg selv og pasienten i møtet som etableres i pasientsamtalen.

For *Fortolkeren* handler det om å stole på relasjonen som rettesnor for det kliniske arbeidet. Wifstad diskuterer psykiatrifagets behov for et fundament, og konkluderer slik:

Det er *relasjonen* til den Andre som bringes i fokus. Det relasjonelle aspektet er overordnet det teknisk-instrumentelle. Og ikke bare for så vidt som enhver teknisk-instrumentell inngripen må være forankret i verdier. Relasjonen til den Andre er primær for å forstå *hva* psykiatri er (Wifstad, 1997, s. 70).

Wifstads konklusjon er sammenfallende med *Fortolkerens* beskrivelse av betydningen av den relasjonelle dimensjonen ved arbeidet. Forståelsen av hvordan pasienten forholder seg til seg selv og andre, etableres i pasientsamtalen gjennom samspillet som utfolder seg. *Fortolkeren* forsøker ikke å gjøre en standardisert vurdering. Å gi relasjonen prioritet innebærer en anerkjennelse av fortolkningsdimensjonen, hvilket samtidig løfter frem det verdiladete ved enhver vurdering. Den faglige vurderingen av

pasientens psykiske vansker tenkes som en *handling*. For *Fortolkeren* er vurderingen en betydningsfull interaksjon som åpner for noe, og samtidig lukker for noe annet.

”Stedet der vi lever”

Fortolkeren anser relasjonen som betydningsfull for arbeidet og den faglige forståelsen. Ingen av de atten informantene betrakter relasjonen til pasientens som uviktig eller kun som et middel. Jeg vil derfor se nærmere på hva som kjennetegner hvordan *Fortolkeren* betrakter relasjonen, og velger begrepet møtet.⁷⁰

Fortolkeren har oppmerksomheten vendt mot det som utspiller seg i forholdet til pasienten, relasjonen psykiateren trer inn i og utgjør en del av. *Samhandlingen* gis prioritet. Betegnelser som møtet, dialog, arenaen for hjelpearbeidet, ekte møter og relasjonen brukes. Informantene reflekterer mye over sin oppmerksomhet i pasientsamtalen, et fokus mot både pasientens og egne reaksjoner, det intuitive, evnen til å være åpen for det pasienten formidler, og mulighetene for å overse.

Fortolkeren vektlegger det som utfolder seg imellom partene. Stokkeland beskriver det mellommenneskelige som rammen for et *fremtredelsesrom*, som åpner for utviklingen av et selvforhold (Stokkeland, 2011, s. 194). Han betegner det med et feltbegrep. Det er en del av virkeligheten som ligger utenfor et isolert selv. Otto Friedrich Bollnow er opptatt av hvordan Buber vektlegger fellesskapet som en selvstendig virkelighet:

(...) at livet bare kan utfolde seg i fellesskapet, bare i vekselvirkning med et annet du. (...) Og for å fremheve den selvstendighet som denne virkelighet utenfor jeget har, innførte Buber begrepet møte (Bollnow, 1969, s. 96).

Møtet tenkes som en utvidelse av den enkelte. Binder viser hvordan Winnicott tenkte forholdet til den andre, møtet, som grunnlaget for at et ”selv” kan dannes. Etableringen av en meningsskapende måte å være i verden på knyttes til det mellommenneskelige og ses som en kontinuerlig prosess hele livet:

Hva Winnicott kaller det ”potensielle rom”, det ”tredje” eller ”mellomliggende” området, betegner en arena for kreativ utfoldelse og erfaring som ligger hinsides dikotomien mellom subjektivt og objektivt, eller indre og ytre. Slik Winnicott (1971) ser det, er det dypest sett her all meningserfaring har sin opprinnelse, det er ”the place where we live” (Binder, 2002a, s. 22).

Mennesket tenkes som relasjonelt, og ”stedet der vi lever” er *i forholdet* til andre. Menneskets psykiske liv etableres av og utvikles i tidligere og aktuelle forhold, det

⁷⁰ Det er mange refleksjoner over begrepene dialog og møtet, og nyansene imellom disse. I avhandlingen går jeg ikke nærmere inn på denne distinksjonen, men anser begrepene som tett forbundet med hverandre. Valget har vært å la *møtet* bli hovedbetegnelsen. Se for øvrig Bollnow (Bollnow, 1969, s. 95ff), Binder (Binder, 2002a, s. 70), Schibbye (Schibbye, 2009, s. 161) og Stokkeland (Stokkeland, 2011, s. 193).

dannes gjennom møter. Det ”potensielle” understreker at arenaen for utfoldelse og erfaring i stor grad kan variere i ”størrelse”, både på grunn av tidligere premisser for utvikling av arenaen og de aktuelle mulighetsbetingelsene arenaen gis. Møtet er et fremtredelsesrom mellom partene som krever begge parters deltagelse. Møtet er ”stedet der vi lever”, der individets forståelse utspilles i samspill med en annen. Binder bruker begrepet dialog og skriver: ”Å være i dialog innebærer både å utfolde vår egen forståelse, men samtidig utfordre denne i møtet med det nye” (Binder, 2002a, s. 71). Å etablere et møte handler om å utfordre egen forståelse gjennom ”en vilje til å forstå noe annet enn det kjente” (Binder, 2002a, s. 71). Med møtet menes den muligheten som ligger i psykiaterens relasjon til pasienten for partene til å vise seg som et Du. Møtet er situasjonen der ”den andres annerledeshet blir eksplisitt erkjent og anerkjent” (Binder, 2002a, s. 84). En kan snakke om et møte når psykiateren forholder seg til at Olas uttrykk for sin depressive tilstand, som fagpersonen umiddelbart ikke forstår, har en mening innenfor en meningssammenheng psykiateren ennå ikke kjenner. Psykiateren involverer seg i pasientens felt. Møtebegrepet viser til en mellommenneskelig situasjon som ikke handler om et enten-eller.

Å snakke med pasientens psykiske vansker

Fortolkeren involverer seg i pasientens *felt av meningsdannelser*. Morten søker ”ekte møter”, og informantene er opptatt av å se pasienten ”der pasienten er”. Jeg tolker det som at *Fortolkeren* forsøker å etablere et møte med pasienten. Flere understreker at det ikke alltid lar seg gjøre eller bare delvis lar seg gjøre.

Lars refererer til Killingmo når han understreker forsøket på å etablere et møte. Killingmo gir begrepet *klinisk kommunikasjon* et teoretisk ankerfeste i artikkelen «Den åpne samtalen» (Killingmo, 1999). Samtidig påpeker han en sentral side ved ”den gode kliniske samtale”, den ”skal være psykologisk åpne” (Killingmo, 1999, s. 56). Det bygger på en tanke om at noe er forstilt eller tillukket, ”det latente budskapet” (Killingmo, 1999, s. 57). Gjennom et litterært eksempel viser han hvordan en oppmerksomhet mot, eller ikke mot, det uartikulerte (men likevel konkrete), kan være åpne eller lukke for betydningsfeltet⁷¹ som utgjør et sentralt aspekt ved samtalen. ”Skal samtalen være åpne, kreves det av hjelperen en ettertenksom lydhørhet og en sensitivitet for subtile emosjonelle meldinger i språk og væremåte” (Killingmo, 1999, s. 59). Et premiss for en slik lydhørhet er at den som lytter, i det hele tatt betrakter muligheten for ”et latent budskap”, eller et *felt av meningsdannelser*. *Fortolkerens*

⁷¹ Jeg bruker her begrepet jeg utledet over.

orientering i møtet gjør at psykiateren interesserer seg for meningsaspektet ved pasientens symptomer, ord, minespill, intonasjon og allmenn væremåte. Forsøket på involvering er et forsøk på å komme betydningsfeltet i møte, snakke *med* pasienten og pasientens psykiske vansker.

Informantene er opptatt av å lytte til pasienten, og måten psykiateren lytter på. Sentralt er det å ikke avgrense oppmerksomheten for mye. Lytte til det som informantene ikke helt forstår. *Fortolkerens* vektlegging av det krevende ved å lytte og betydningen av ikke å lukke seg for noen inntrykk, ser jeg i sammenheng med forsøk på å etablere et møte. *Fortolkeren* søker mulige "latente budskap" som ligger i pasientens formidling, men som ikke psykiateren umiddelbart forstår. Gjennom *Fortolkerens* lytting, etableres et møte. Derfor er informantene ambivalente overfor andre lytteformer, som har mål om å stadfeste noe. Det ligger "viktig informasjon" i det mellommenneskelige møtet som "kan bli borte" hvis ikke psykiateren er oppmerksom på det. Psykiateren må snakke *med* pasientens psykiske vansker, som er en del av møtet.

Informanter som Truls, Morten, Nils, Lars og Åse er samtidig opptatt av å la seg vikle inn i relasjonen og kommunikasjonen med pasienten. *Fortolkerens* tilstedeværelse i pasientsamtalen er et essensielt tema. Stokkeland beskriver to fenomenologiske begreper som han henter fra Heidegger, *forhåndenhet* og *tilhåndenhet*, og knytter dem til praksis (Stokkeland, 2011, s. 169). *Forhåndenhet* handler om å stå overfor et fenomen som en gjenstand, tatt ut av sin sammenheng, "slik har vi ofte studert mennesket selv" (Stokkeland, 2011, s. 169). *Tilhåndenhet* innebærer å se fenomenet i sin sammenheng og i forhold til de relasjoner den inngår i. Når *Fortolkeren* interesserer seg for *Olas* depresjon, slik fenomenet fremtrer i pasientsamtalen og i *Olas* historie, kan en si at depresjonen ses som *tilhånden*. Depresjonen inngår i *Olas* engasjement i verden, den er en del av pasientsamtalen, og psykiateren snakker *med* det som kommuniseres. Å være *åpnende* handler om å betrakte fenomenet som *tilhånden*. "Det latente budskapet" kan sies å ligge i *meningssammenheng* som partene i pasientsamtalen blir en del av. Når psykiateren snakker med *Ola om* depresjon, betraktes *Olas* depresjon som *forhånden*. Informantene beskriver begge betraktningsmåter. Nils forteller at han må være emosjonelt til stede for også å kunne uttrykke reaksjoner på det pasienten formidler. Hans respons hjelper pasienten "til å tørre både å kjenne og uttrykke sine egne følelser". *Fortolkerens* vektlegging av å involvere seg i samspeillet og kommunikasjonen innebærer en varhet for å etablere et møte ved å snakke *med* det kommuniserte.

Fortolkerens fokus på egen tilstedeværelse ser jeg samtidig i sammenheng med Binders begrep ”den meningsbærende andre”. Mennesket anses som avhengig av andre for å bli kjent med seg selv. Avhengigheten gir den en kommuniserer med, makt til å være åpne eller lukke for noe. I klinisk sammenheng er det i tillegg en asymmetrisk relasjon, der psykiateren har og gis stor definisjonsmakt (Andenæs, 2013). Binder anser fagpersonen som en fundamental forutsetning for meningsdanning. Killingmo understreker dette:

(...) mennesket har en naturgitt reaksjonstendens i situasjoner som inneholder et element av usikkerhet. Det vil spontant vende seg mot en annen for å søke støtte. Så vel barnet som den voksne har trang til å vende seg mot en betydningsfull person for å få et emosjonelt signal (Killingmo, 1999, s. 57).

I artikkelens eksempel overser hovedpersonen, som er en prest, den meningssammenhengen både han selv og hun han snakker med, utgjør en del av. Presten tar det hun sier, på ”face value”. Det lukker for at presten både ser og anerkjenner et sentralt aspekt ved hennes spørsmål. *Fortolkeren* er opptatt av ”å bruke seg selv” i møtet med pasienten, og det viser hvordan informantene erfarer et ansvar hos psykiateren for å forstå det pasienten formidler. *Fortolkeren* erfarer et ansvar for at pasientens ”annerledeshet blir eksplisitt erkjent og anerkjent” (Binder, 2002a, s. 84). Lars er opptatt av ”å sitte før du forstår” gjennom å være oppmerksomt til stede med seg selv. *Fortolkerens* involvering må være et ”jeg” som lar seg affisere og gripe. Selv om sider ved Ols depressive tilstand ikke forstås, forholder *Fortolkeren* seg aktivt til muligheten for å forstå aspekter ved det Ola formidler ”innenfor en horisont som vi ennå ikke kjenner” (Binder, 2002a, s. 85). Gjennom å involvere seg i det formidlede søker Nils, Lars og Morten å forstå aspekter som umiddelbart ikke gir mening for dem. Informantenes interesse for egen tilstedeværelse for å ha muligheten til å plukke opp og gi mening til pasientens kommunikasjon, ser jeg i relasjon til å være ”en meningsbærende andre”. *Fortolkeren* vektlegger på en annen måte enn *Medisineren* psykiateren som betydningsfull i arbeidet med å forstå pasientens psykiske vansker.

En mulig tolkning er at *Medisineren* og *Fortolkeren* snakker om ulike sammenhenger, at de ikke ser på like arbeidssituasjoner. Men ut ifra empirien passer ikke en slik tolkning. Informantene forteller om pasientsamtaler i ulike sammenhenger når de reflekterer som de gjør. Selv om en samtale på en akuttavdeling og en terapisaftale ikke har samme forutsetninger og rammer, så endrer ikke det psykiaterens forståelse av å være ”en meningsbærende andre”. Å være åpne handler ikke om lange og dype samtaler, men om å ”være autentisk” til stede, være kjent med sin egen ”nonverbale kommunikasjon” og kjent med ”begrensninger i eget følelsesliv”

(Killingmo, 1999, s. 59). Prestens samtale varte noen minutter. Schibbye skriver om *undrende "spørsmål"*, "å være undrende og "funderende", og derfor åpne" (Schibbye, 2009, s. 377). Det innebærer å interessere seg for en meningsammenheng en ikke kjenner, men tenker er mulig å ta del i. Det handler om å snakke *med* pasienten og pasientens psykiske vansker. For *Fortolkeren* innebærer det kliniske arbeidet å forsøke å berøre pasientens eksistensielle situasjon, gjennom selv å være tydelig til stede i det som kommuniseres. Det er ikke det eneste aspektet *Fortolkeren* vektlegger. For Nils handler det om balansert tilstedeværelse, "en balanse mellom nærhet og avstand". Forsøk på å etablere et møte med pasienten handler ikke om enten-eller, det er noe partene får til i mer eller mindre grad. I relasjon til begrepene fra Stokkeland og Binder vil jeg si at det handler om en forståelse av å være "en meningsbærende andre" involvert i et dynamisk felt hvor ens handlinger og væremåte åpner og lukker for ulike aspekter.

Møtet, konstituering og forståelse

For *Fortolkeren* involverer det kliniske arbeidet i stor grad faglig skjønn. Betydningen av verktøy som strukturerte intervjuer og systematisk utspørring nedtones til fordel for det individuelle fortolkningsarbeidet. Informantenes vektlegging av seg selv som verktøy gjennom lytting og tilstedeværelse har sammenheng med forståelsen av hva en psykiater arbeider med. Sentralt er *Fortolkerens* tro på at det som er av betydning for pasienten, vises i møtet. Psykiateren må ikke ta kontroll over samtalen og styre utspørringen i en tydelig retning. Utfordringen ligger i å se det som allerede ligger der, komme i kontakt med det pasienten formidler, og utvikle en forståelse for det. Her vektlegger informantene sin lytting, åpenhet og mot til å la seg involvere i noe ukjent. Det ukontrollerbare elementet i utviklingen av en forståelse, det som psykiateren i forkant verken kjenner til eller ved hjelp av en systematisk tilnærming kan nå frem til, anses som betydningsfullt. Fortolkningsarbeidet er en viktig del av orienteringen mot møtet.

Binder og Orange knytter terapeutens arbeid til Gadammers hermeneutikk (Binder, 2002a, s. 51; Orange, 2010). Gadamer legger vekt på Jeg–Du-relasjonen og utviklingen av et begrep om erfaring som knyttes til mennesket som endelig og historisk (Scheibler, 2000, s. 50). Det innebærer tanken om at den filosofiske hermeneutikken er universell, at den som fortolker ikke kan tre ut av *tradisjonen* eller sitt forhold til *virkningshistorien* (Krogh, 2009, s. 63). En kritikk av hermeneutikken er at den ikke evner å belyse menneskets *førspåklige dimensjoner* (Vetlesen & Stänicke, 1999). Det er en sentral innvending som Binder delvis nyanserer ved å drøfte hva en

forstår med *språkløse erfaringer*, og det at Gadamer ”bruker betegnelsen språk på en vid måte” (Binder, 2002a, s. 74). Poenget i denne sammenheng er ”Gadamers syn på dialogens meningsetablerende karakter” (Binder, 2002a, s. 74). I tråd med Binder anser jeg *møtet* (Binders dialog) som en meningsetablerende mellommenneskelig praksis. Gadamer er opptatt av samtalens mulighet, og nødvendighet, for utviklingen av (ny) forståelse. I samtalen kan partene etablere et møte som utfordrer egne fordommer og tar del i hverandres erfaringshorisont. Kritikken av Gadamers hermeneutikk manglende mulighet for kritisk perspektiv er

(...) ikke noen større innvending enn at vi kan hevde at en viss type av ”mistankens hermeneutikk” er noe som må komme *i tillegg* til den dialogiske og meningsetablerende hermeneutikk (Binder, 2002a, s. 76).

Det kliniske arbeidet innebærer en grunnleggende hermeneutisk dimensjon som Binder understreker gjennom å vektlegge arbeidet som en dialogisk praksis. Pasientens ”horisont” kan ikke nås ved å bruke skjema eller følge en bestemt vei, men gjennom deltagelse og involvering.

Det *Fortolkeren* formidler om møtet og etableringen av en pasientsamtale, har klare paralleller til en hermeneutisk praksis. Spørsmålets forrang er tydelig i *Fortolkerens* lytteperspektiv. Understrekingen av involvering knytter jeg til tanken om at ”[v]åre egne fordommer må settes ut av spill” (Gadamer, 2003, s. 43). En videre parallell er oppmerksomheten *i møtet*. *Fortolkeren* interesserer seg for hvordan pasientens forståelse vises i kommunikasjonen og samhandlingen. Forståelsen av pasientens psykiske vansker gjennom bruk av strukturerte intervjuer anses som et ”hjelpemiddel” i noe som allerede er etablert, ”som en relasjon”, slik Lars sier det. ”En fellesforståelse må komme forut for mistanken”, skriver Binder (Binder, 2002a, s. 75). Det individuelle fortolkningsarbeidet er viktig for *Fortolkeren*. Det vises også når det gjelder forholdet til fagkunnskapen. Arbeidet til en psykiater er for *Fortolkeren* i *et delvis uartikulert mellommenneskelig betydningsfelt* der oppgaven er en *anvendelsesoppgave* (Gadamer, 2003, s. 51). Gadamer fremhever hvordan anvendelsen er en integrert del av den hermeneutiske prosessen. ”Forståelse blir dermed et spesialtilfelle av å anvende noe allment på en konkret og spesiell situasjon” (Gadamer, 2010, s. 351). *Fortolkeren* reflekterer over sin anvendelse av kunnskap, erfaring og innsikt i møtet med den enkelte. Informantene er opptatt av det krevende ved å etablere en forståelse av pasientens perspektiv. Et sentralt orienteringspunkt for *Fortolkeren* er *forståelsen* som etableres i møtet mellom pasient og psykiater.

Selv om *Fortolkerens* orientering ikke entydig kan plasseres i én fagtradisjon, ser jeg klare paralleller mellom *Fortolkerens* betraktningssmåte og den psykoanalytiske tradisjonen. Gullestad og Killingmo skriver om det særegne ved psykoanalytisk teori:

Den fristiller terapeuten fra et kategoriserende tenkesett og åpner i stedet for en individualiserende betraktningssmåte. Den formulerer møtet mellom pasient og terapeut som et komplekst dynamisk felt som terapeuten selv er deltager i. Det eksisterer i denne teorien ingen forhåndsdefinerte problemsituasjoner med tilhørende teknikker. Enhver situasjon er unik (Gullestad & Killingmo, 2005, s. 16).

Overordnet kan en lese sitatet i overensstemmelse med *Fortolkerens* tilnærming. Hovedparallellene er måten *Fortolkeren* vektlegger det individuelle aspektet, egen deltagelse i et flertydig felt og manglende forhåndsdefinerte maler på. *Fortolkeren* arbeider ikke i et felt der fagpersonen kan lene seg til en mal for forståelse eller generelle retningslinjer. Samtidig nevner informantene et *utenfraperspektiv* og behovet for balanse mellom nærhet og avstand. *Fortolkeren* er ikke ukjent med et kategoriserende tenkesett, men vektlegger en sentral hermeneutisk dimensjon ved det kliniske arbeidet.

Profesjonsetiske implikasjoner: Betydningsfull involvert

Jeg vil nå drøfte profesjonsetiske implikasjoner av *Fortolkerens* orienteringspunkt i møtet. *Fortolkeren* legger vekt på en profesjonell involvering. Involveringen informantene beskriver, er en helt annen enn den *Medisineren* forteller om.

Fortolkerens væremåte og refleksjon i og over samhandlingen gis særlig oppmerksomhet. Det handler for *Fortolkeren* om å tørre å blottstille egen uvitenhet, ikke la seg stoppe ved generelle betraktninger, men undre seg sammen med pasienten. For pasienten kan det kjennes utrygt både at psykiateren ”trår nær”, og at psykiateren ikke fremstår som en med alle svar. Nils forteller at det kan være skremmende for pasientene. *Fortolkeren* responderer direkte på og involverer seg i det som blir fortalt. Lars forteller at relasjonen til pasienten er betydningsfull for å bli kjent med hva pasienten sliter med. God praksis innebærer å stole på informasjonen som etableres i relasjonen, og partenes evne til intuitivt å ”plukke opp” denne.

Fortolkeren beskriver en betydningsfull involvering med pasienten. Måten psykiateren lar seg involvere i pasientens formidling i pasientsamtalen på, etablerer et hovedgrunnlag for fagpersonens vurdering og forståelse. *Fortolkeren* er opptatt av hvordan psykiaterens deltagelse og tilstedeværelse er avgjørende for hva partene blir kjent med. Fagkunnskap og erfaring er viktige fordommer som *Fortolkeren* anvender, men det er en selvstendig fortolkning av pasientens formidling og partenes interaksjon

som må gjøres. For *Fortolkeren* er det en profesjonsetisk utfordring å tørre å være personlig til stede innenfor en profesjonell ramme. Den enkelte psykiater betraktes som betydningsfull for hvilken forståelse partene utvikler.

Et betydningsfullt subjekt

Fortolkeren er opptatt av å bli kjent med noe han eller hun ikke kjenner til. Pasientens særegne væremåte er ukjent. Etter Skjerveheims inndeling kan en si at *Fortolkeren* også er opptatt av å etablere en treleddet relasjon. Forskjellen til *Medisineren* er at *Fortolkeren* gjør det uten å vektlegge en objektivisering av pasientens psykiske vansker. Selv om vanskene delvis kan objektiviseres, interesserer *Fortolkeren* seg i større grad for det særegne subjekt–subjekt-forholdet som etableres. Slik jeg leser *Fortolkeren*, er det nettopp ved å la seg engasjere som subjekt at begge partene kan bli kjent med hovedaspekter ved pasientens særegne væremåte.

Ved ikke å skille mellom sykdom og person vil jeg si at *Fortolkeren* står i fare for å etablere en toleddet relasjon. Pasientens frihet kommer under angrep. For *Fortolkeren* er denne formen for ufrihet, eller bundethet til møtet, nødvendig på grunn av forståelsen av mennesket som ”ikke herre i eget hus”. En sentral oppgave i det kliniske arbeidet er for *Fortolkeren* å risikere at pasienten erfarer en etablering av en toleddet relasjon der hun som person blir gjort til saken. Åse beskriver hvordan dette også kan erfares som utrygt for fagpersonen. Etableringen av en treleddet relasjon avhenger av om partene kan gjøre pasientens selvforhold (og forhold til andre) til det tredje. *Fortolkeren* må engasjere pasienten (og seg selv) i utviklingen av en forståelse av personen og hennes psykiske vansker ved å snakke *med* pasienten og la seg involvere i og interessere seg for det som skjer i møtet. God praksis innebærer å engasjere pasienten i en dialog om seg som person. Gjennom etableringen av et subjekt–subjekt-forhold i pasientsamtalen kan partene bli kjent med ”det mellomliggende”. Samtidig som pasientens (og fagpersonens) frihet kan sies å være under angrep, forsøker *Fortolkeren* gjennom sin involvering å hjelpe pasienten til å etablere et nytt forhold til sine psykiske vansker.⁷² Hos *Fortolkeren* leser jeg i større grad et handlingsaspekt ved forståelse, som utfordrer psykiateren både faglig og profesjonsetisk. God praksis er avhengig av et personlig engasjement.

Fortolkerens tilnærming utfordrer både pasient og psykiater. Informantene sier ofte ”å forsøke” og ”prøve”. Å rette oppmerksomheten mot pasienten som person lar seg ikke

⁷² Igjen understrekes den glidende overgangen mellom vurdering og behandling som jeg finner hos *Fortolkeren*. Forståelse av pasientens psykiske vansker er sentralt både for vurdering og behandling.

alltid gjøre. Alle informantene forteller at det ofte er utrygt og vanskelig for pasienten å fortelle om sine psykiske vansker. Pasienten utleverer seg til psykiateren. Etter min oppfatning er det et viktig funn at *Fortolkeren* møter pasientens utlevering på en annen måte enn *Medisineren*. Pasientens utlevering av seg selv møtes med å forstå det som uttrykk både for den særegne situasjonen en pasientsamtale er, og for pasientens forhold til seg selv og andre. Det står mye på spill for *Fortolkeren* når det gjelder hvordan psykiateren møter det pasienten formidler. Lars er opptatt av at aspekter ved pasientens psykiske vansker kan ”bli borte” eller overses. *Fortolkeren* er opptatt av å ikke gjøre pasienten fremmed for seg selv, men styrke hennes frihet gjennom økt innsikt i hennes ufrihet. Nils forsøker å gjøre pasienten ”sterkere rustet til å møte livets utfordringer”. Gjennom økt kjennskap til pasientens selvforhold hjelper *Fortolkeren* pasienten med å etablere et større eierskap til seg selv og sine psykiske vansker. *Fortolkeren* oppfatter psykiateren som et betydningsfullt subjekt som pasienten er avhengig av for å kunne bli kjent med sin egen selvforståelse, hennes fortolkning av seg selv. Det blir for *Fortolkeren* viktig at ikke fagpersonen bidrar til økt fremmedgjøring ved å etablere et distansert forhold til pasienten og pasientens psykiske vansker. En upersonlig tilnærming kan hindre pasienten i å bli bedre kjent med eget betydningsfelt.

Fortolkeren anser seg selv som et betydningsfullt subjekt, slik jeg ser det. *Fortolkeren* forteller ikke om den samme ydmykheten som *Medisineren* gjør, med tanke på egen begrensning. *Fortolkeren* erfarer seg kompetent til å utvikle en forståelse for pasientens individuelle motiver. For *Fortolkeren* handler ikke det om en manglende ydmykhet på vegne av egen kompetanse. Selvforståelsen er knyttet til forståelsen av mennesket som avhengig og sinnet som relasjonelt. Pasientens avhengighet av psykiaterens subjektivitet er tett forbundet med livets *ufravikelige grunnvilkår*. Henriksen og Vetlesen understreker at det å være menneske innebærer å være henvist til andres omsorg. ”Vår sårbarhet gjør oss avhengig av andre” (Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 28). Pasienten er avhengig av psykiateren for å bli kjent med eget betydningsfelt. Det er psykiaterens ansvar å tematisere en eventuell erfaring av at pasienten ”gjemmer seg” i samtalen, holder tilbake eller unngår eget perspektiv. Å være ”den meningsbærende andre” handler om å anerkjenne menneskets avhengighet av andre for å bli kjent med og utvikle sitt forhold til seg selv og andre. Samtidig uttrykker *Fortolkeren* en tro på pasienten og pasientens mulighet til forståelse. Nils, Lars, Morten, Åse og Truls er opptatt av ikke å definere for mye eller være eksperter overfor pasienten. *Fortolkeren* er også avhengig av pasienten for forståelse.

Fortolkerens vektlegging av å være et betydningsfullt subjekt understreker en annen forståelse enn den jeg finner hos *Medisineren*, av hvem psykiateren bør være, og hva psykiaterens oppgave bør være. Det handler ikke først og fremst om å være en profesjonell som hjelper pasienten til å forstå sin lidelse. *Fortolkerens* oppmerksomhet mot pasientens beveggrunner og handlinger i møtet (f.eks.: Hva handler det om når du unngår å fortelle meg at du kjenner en vond følelse?) innebærer å snakke *med* pasienten og hennes psykiske vansker. Det handler om å *utvikle* en forståelse. Det som står på spill for *Fortolkeren*, er å tilrettelegge for at pasienten lar seg engasjere. *Fortolkeren* er oppmerksom på farene for "the existential filtering of clinical practice", å gjøre pasienten til en tilskuer til egne vansker. Godt klinisk arbeid innebærer ikke først å vurdere vanskene på en nøytral måte, og så berøre de individuelle aspektene innenfor en terapeutisk ramme. *Fortolkerens* forståelse av den relasjonelle dimensjonen gjør at partene betraktes både som mer selvstendige (til å kunne utvikle en forståelse) og samtidig mer avhengige (av hverandre for å kunne utvikle en forståelse) enn hos *Medisineren*. Det gjør at pasientmøtet blir av større profesjonsetisk betydning for *Fortolkeren*. Møtet er det viktigste, sier Lars. Psykiaterens måte å møte pasienten på har størst betydning i arbeidet med å sikre en god praksis.

Ramme for involvering

Fortolkerens orienteringspunkt i møtet innebærer både en bevissthet om og en aktiv involvering i et verdiladet felt. Informantene ser på betydningen av å etablere rammer for arbeidet. Det krever fortløpende refleksjoner over en selv og ens handlinger, den andre og samspillet. For *Fortolkeren* innebærer det profesjonelle en ramme for arbeidet, som tilrettelegger for en betydningsfull involvering. Å arbeide som profesjonell handler ikke om å holde en profesjonell avstand, i betydningen ikke å bruke sin subjektivitet, men å etablere en ramme som tilrettelegger for at psykiateren kan være til stede og vikle seg inn i pasientens betydningsfelt. Pasientens særegne symbolbruk må møtes og trenger respons for å kunne artikuleres bedre. Involveringen utvikler en forståelse.

Fortolkerens vektlegging av å bruke seg selv understreker betydningen av nærhet i det kliniske arbeidet. Når en pasient og en psykiater møtes, er det to medmennesker som blir involvert i hverandre. Å være nær handler om å gjøre seg tilgjengelig for den andre: "What I have called emotional availability (Orange, 1995) expresses this ethical attitude of proximity, of responsibility, or readiness to respond, to the other" (Orange, 2010, s. 93). Orange knytter det til at en terapeut må strekke seg, som en forelder, for å etablere en kontakt og en forståelse. Psykiaterens paternalisme forstås da ut ifra den

relasjonelle dimensjonen ved arbeidet, slik Binder understreker med begrepet ”en meningsbærende andre”. Det er en nærhet som bryter med vanlig sosial kontaktform, og som *Medisineren* betrakter som uprofesjonell.

Fortolkeren er derimot opptatt av å gjøre seg tilgjengelig for pasienten ved å respondere som involvert. Når *Fortolkeren* lar seg involvere og responderer på det pasienten formidler, hindrer det at pasienten føler at hun utleverer seg til en distansert tilhører. I eksempelet til Killingmo blir jenta skuffet og skamfull fordi presten svarer som en uinvolvert (Killingmo, 1999). Jenta har et delvis erkjent forhold til det hun formidler, og som presten ikke møtte. *Fortolkeren* er opptatt av at pasienten ikke alltid har en erkjennelse av hva som kommuniseres. Ved ikke å respondere som involvert vil slike delvis erkjente (og uerkjente) aspekter ved samtalen gå tapt. Etter min oppfatning danner den profesjonelle rammen for det kliniske arbeidet en mulighet for *Fortolkeren* til å la seg involvere i pasientens betydningsfelt, være et *Du* som møter et *Du*. En sentral profesjonsetisk (og faglig) utfordring blir dermed å etablere en profesjonell ramme som lar fagpersonen være et *Du* i møtet med pasienten.

8.5 Oppsummering

Vi har nå sett på hvordan *Fortolkeren* konstituerer sin forståelse av det kliniske arbeidet. *Fortolkeren* ser jeg i relasjon til den psykodynamiske tradisjonen og et humanistisk perspektiv, som vektlegger fenomenologi og hermeneutikk.

Fortolkeren arbeider med pasientens sinn. Det innebærer en oppmerksomhet mot å bli kjent med pasienten som person i større grad enn enkeltsider ved en forstyrret funksjon eller adferd. Pasientens subjektive erfaring gis forrang. Implikasjonen er at *Fortolkeren* retter oppmerksomheten mot hele pasientens psykiske liv. Jeg utvikler begrepet pasientens *flertydige betydningsfelt*. For *Fortolkeren* er det sentralt for det kliniske arbeidet at pasientens psykiske liv er mellommenneskelig, meningsladet og flertydig. God praksis innebærer å betrakte person og sykdom som sammenvevet. Det etablerer en kompleks empati der fagpersonen involverer seg i personens urørighetssone. Farene for en uheldig objektivisering blir et vesentlig tema.

I sin orientering vektlegger *Fortolkeren* sitt faglige skjønn. Det innebærer en nedtoning av entydig fagkunnskap og en vekt på implisitt kunnskap. Det vesentlige er hvordan fagpersonene *anvender* kunnskap og erfaring i møtet med det særskilte. Ved at *Fortolkeren* betrakter pasienten som sin grunnleggende kunnskapskilde, vektlegges en induktiv arbeidsmåte. Samtidig lener fagpersonen seg til en deduktiv tilnærming når *Fortolkeren* orienterer seg ut ifra allmennmenneskelige aspekter. Psykiateren som

utøver, kommer i fokus ved at kunnskap betraktes som skapende og fagpersonens individuelle fortolkning understrekes. Profesjonsetikkens forankring ligger i pasientmøtet, og det situasjonsbetingede vektlegges. God praksis innebærer å ha tillit til egne fortolkninger, intuisjon og å tørre å sette seg selv på spill.

Siste orienteringspunkt er møtet. Det innebærer at *Fortolkeren* vektlegger relasjonens betydning, det som utvikles og etableres i pasientsamtalen, for psykiaterens kliniske arbeid og forståelse. Det mellommenneskelige gis prioritet. Pasientens psykiske vansker anses som en del av møtet, og *Fortolkeren* er opptatt av sin involvering med pasienten. Etableringen av forståelsen av pasientens psykiske vansker utvikles i møtet med pasienten. *Fortolkeren* understreker den hermeneutiske dimensjonen ved psykiaterens vurdering. Psykiateren betraktes som en betydningsfull involvert. God praksis handler for fagpersonen om å erkjenne seg selv som et betydningsfullt subjekt og vektlegge sin involvering i pasientmøtet.

DEL 5: Konklusjon og implikasjoner

Kapittel 9: Konklusjon

Analyse og fortolkning har vist at voksenpsykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid på forskjellige måter. Forskjellene innebærer motsetninger som klinikerne stort sett kjenner til. Disse motsetningene ser jeg i sammenheng med psykiatrifagets grunnlagsproblematikk. Det handler om ulike vitenskapsfilosofiske syn på temaer som innenfra- og utenfraperspektiv, begrepet psykisk lidelse/sykdom, meningsaspektet ved psykiske vansker, hva slags vitenskap psykiatrifaget er, og den relasjonelle dimensjonens betydning. Psykiaternes betraktninger er i det vesentlige individrettet i kontrast til en kontekstuell modell.

De forskjellige måtene å konstituere på fører til at fagpersonen har ulik oppmerksomhet i møtet med pasienten. Det gir forskjeller i psykiaterens selvforståelse og har implikasjoner for klinikerens forståelse av hva god praksis er. Et sentralt tema som fagpersonens uunngåelige objektivisering betraktes ulikt og innebærer noen motsetninger. Profesjonsetikken får forskjellig forankring. Synet på psykiaterens involvering og profesjonelle distanse med tanke på god praksis blir forstått svært forskjellig.

Jeg har gjennomført en empirinær kvalitativ analyse av intervjuer med 18 informanter. Analysen kan ikke si noe om representativitet når det gjelder gruppen norske psykiatere. Det kan være andre måter å konstituere forståelsen av det kliniske arbeidet på, og jeg kan ikke ut ifra analysen si noe om hvordan de to typene fordeler seg blant norske psykiatere. Det er samtidig grunn til å nevne at jeg underveis i analyse og fortolkning har vist til studier og teoretiske arbeider som underbygger studiens funn.

Kapittel 10: Implikasjoner for praksis

Møtet mellom klinikers refleksjoner, det empiriske, og teoretiske ressurser knyttet til psykiatrifagets *grunnlagsproblemer*, det erfaringsfjerne, viser at det er klare forskjeller i hvordan voksenpsykiatere reflekterer over hovedaspekter ved det kliniske arbeidet. Den empirisk informerte drøftingen av sider ved psykiatrifagets *grunnlagsproblemer* avdekker syv sentrale spørsmål for den utøvende psykiater:

1. *I hvilken grad er sykdom, forstått som en avgrenset tilstand, et fruktbart begrep for arbeid med pasientens psykiske vansker?* Det dreier seg om all fagkunnskap som etableres om de ulike psykiske lidelsene, og på hvilken måte et sykdomsfokus og slik kunnskap er til hjelp i det kliniske arbeidet med den enkelte.
2. *Hvilken betydning og hjelp har vitenskapelig etablert kunnskap for praksis, særlig den naturvitenskapelige kunnskapen?* Det handler om mulighetene og grensene for innsikt i en pasients psykiske vansker når det gjelder den vitenskapelige fagkunnskapen.
3. *Hvilken innsikt i pasientens psykiske vansker kan vi få ved å registrere og observere dem?* Spørsmålet berører både i hvilken grad en kan registrere og observere psykiske vansker som distansert deltager, og hvilken hjelp som ligger i en standardisert fortolkning.
4. *Hvilken betydning har førstepersonsperspektivet for forståelsen av pasientens psykiske vansker?* Det handler om sammenhengen mellom pasientens individualitet og psykisk sykdom.
5. *Hva er sammenhengen mellom pasientens psykiske vansker og det å være menneske?* Spørsmålet berører i hvilken grad psykiske vansker skal forstås som allmennmenneskelige fenomener.
6. *Hvilken betydning har fortolkningsdimensjonen og meningsaspektet for pasientens psykiske vansker og arbeidet med psykiske vansker?* Det dreier seg om den hermeneutiske dimensjonens betydning for det kliniske arbeidet. Videre berører spørsmålet i hvilken grad psykiske vansker er fenomener med betydning, der for eksempel et symptom betraktes som et symbol og ikke bare et tegn.
7. *På hvilken måte og i hvor stor grad bør en psykiater være involvert i pasientens betydningsfelt?* Spørsmålet setter fokus på psykiaterens rolle som engasjert deltager.

Spørsmålene er knyttet til *Medisinerens* og *Fortolkerens* orienteringspunkter. Hvordan fagpersonen besvarer spørsmålene, definerer psykiaterens selvforståelse og legger føringer for utøvelsen av det kliniske arbeidet.

Spørsmålene viser samtidig overføringsverdien av avhandlingen til andre faggrupper, spesielt psykologene, som flere steder har en tilnærmet lik arbeidshverdag som psykiatere. Selv om typene er knyttet til psykiatere, vil mange av temaene være gyldige for alle yrkesgrupper innenfor psykisk helsevern. Disse spørsmålene er fundamentale for hele fagfeltet psykisk helse. En vedvarende refleksjon over disse er viktig for å opprettholde fokus på vår selvforståelse og tilnærming til fagfeltet. Det handler om ikke å miste oppmerksomheten på de grunnlagsproblemene en alltid vil støte på i arbeid med mennesker.

Hvis jeg ut ifra avhandlingen skal angi ett tiltakspunkt for videre forskning og arbeid, vil det være følgende: Engasjer klinikere (hverandre) til å reflektere over psykiatrifagets *grunnlagsproblemer* i direkte relasjon til det kliniske arbeidet.⁷³ Det er mange stemmer utenfra som reflekterer over forskjellige problemstillinger knyttet til arbeid med mennesker. Videre er det mange teoretiske arbeider som belyser ulike perspektiver. Det er derimot få arbeider av fagfolk innenfor psykisk helse som gjennom erfaringsnære studier belyser overordnede grunnlagsproblemer. Faget trenger ”en fundamental virkelighetskontakt” (Wifstad, 1997, s. 14) gjennom møter mellom det erfaringsnære og erfaringsfjerne. Her trengs klinikere inn i forskningen. Det demper ikke nødvendigvis uroen ved å arbeide i et komplekst felt med mange ulike stemmer, men kan være en hjelp til å bedre se egne og andres fordommer. Min analyse har mangler som trenger videre belysning og motstemmer. I stedet for å tvinge frem enighet må en anerkjenne klinikernes forskjellige fordommer for å hindre at psykiatrifaget ”lukker seg til overfor problemstillinger som i høy grad bidrar til at det kan oppleves meningsfullt og spennende å arbeide der” (Wifstad, 1997, s. 14). Fagfeltet trenger stadige refleksjoner over sine spenninger. Forskningsfeltet trenger flere erfaringsnære arbeider som kan farge de større teoretiske diskusjonene.

Klinikerens forståelse av det kliniske arbeidet er fundamentet for utøvelsen av psykiatrifaget. En vedvarende refleksjon over forståelsen av det kliniske arbeidet handler etter mitt syn om kvalitetssikring av praksisen. I min studie finner jeg vesentlige uenigheter når det gjelder hva som er god praksis. Det er ikke noe

⁷³ En refleksjon over fagets *grunnlagsproblemer* kan være en hjelp til å åpne fastlåste faglige diskusjoner gjennom å etablere økt anerkjennelse for motstridende parter forståelse og posisjoner.

overraskende funn. Det sentrale er hvordan fagfolk tolker og forstår disse forskjellene og deres betydning for praksis. En faglig drøfting av disse uenigheten i relasjon til fagets grunnlagsproblemer er etter mitt syn, en vedvarende oppgave for klinikerens. Enten som lokalt arbeid gjennom refleksjonsgrupper eller som en integrert del av undervisningen. Videre må det være et viktig element i en psykiaters utdanning. Utfordringen er å gjøre fagets grunnlagsproblematikk relevant og konkret med tanke på den daglige utøvelsen. Det viktige er ikke å overse motsetningene. Min erfaring har vært at det er viet for lite rom for diskusjon og refleksjon over klinikerens vitenskapsfilosofiske og profesjonsetiske grunnlagstenkning i spesialistutdanningen.

Litteraturreferanser

- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Agledahl, K. M. (2011). *Morally bound medical work*. University of Tromsø, Tromsø.
- Album, D., & Johannessen, L. E. F. (2015). *Sykdom utenfor kroppen. Kulturanalytiske studier av medisinsk kategorisering*.
- Andenæs, A. (2013). "Er sabeltann ekte?" Om makten til å definere andres erfaringer. I T. Mesel & P. Leer-Salvesen (Red.), *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal Akademisk.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Kilian, R., & Matschinger, H. (2001). Quality of life – as defined by schizophrenic patients and psychiatrists, *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (2), 34-42.
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg forlag.
- Barley, M., Pope, C., Chilvers, R., Sipos, A., & Harrison, G. (2008). Guidelines or mindlines? A qualitative study exploring what knowledge informs psychiatrists decisions about antipsychotic prescribing. *Journal of Mental Health*, 17 (1), 9-17.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Binder, P.-E. (2002). *Individet og den meningsbærende andre: En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i donald w. Winnicotts teori*. Oslo: Unipub.
- Binder, P.-E., Høstmark Nielsen, G., Vøllestad, j., Holgersen, H., & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899-908.
- Bollnow, O. F. (1969). *Eksistensfilosofi og pedagogikk*. Oslo: Fabritius & Sønners Boktrykkeri.
- Bovbjerg, K. M. (2015). Det proaktive menneskets lidelser - nye patologier i arbeidslivet. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2013). Challenges to the Modernist Identity of Psychiatry: User Empowerment and Recovery. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook og philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Brinkmann, S. (2015a). Sykdom, helse og det diagnostiserte liv. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brinkmann, S. (Red.). (2015b). *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bruchmuller, K., Margraf, J., Suppiger, A., & Schneider, S. (2011). Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimation of patient acceptance. *Behavior Therapy*, 42 (4), 634-643.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Böhme, G. (2001). *Ethics in context*. Oxford: Polity Press.
- Campbell, J. (2013). Causation and mechanisms in psychiatry. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook og philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Red.). (2005). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Carver, C. F. (2007). *Explaining the brain*. New York: Oxford University Press.

- Christensen, T., & Lægred, P. (2001). *New public management. The transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate.
- Christie, N. (2009). *Små ord for store spørsmål*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (Red.). (2011). *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chur-Hansen, A., & Parker, D. (2005). Is psychiatry an art or a science? The views of psychiatrists and trainees. *Australasian Psychiatry*, 13 (4), 415-421.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (Red.). (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, R. (2013). Natural kinds. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Cullberg, J. (1990). *Dynamisk psykiatri*. Oslo: Tano.
- Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (Red.). (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Davidson, A. S., & Fosgerau, C. F. (2014). What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9 (1), 24866, DOI: 10.3402/qhw.v9.24866
- Dimmen, Ø., & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49 (11), 1061-1066.
- Dura-Vila, G., Hagger, M., Dein, S., & Leavey, G. (2011). Ethnicity, religion and clinical practice: A qualitative study of beliefs and attitudes of psychiatrists in the United Kingdom. *Mental Health, Religion & Culture*, 14 (1), 53-64.
- Ekeland, T. J. (1999a). Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036-1047.
- Ekeland, T. J. (1999b). *Meining som medisin : Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar*. Institutt for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Ekeland, T. J. (2003). Ein diagnose av psykiatri diagnoser. *Implus*, 57(1), 56-64.
- Ekeland, T. J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 145-169). Oslo: Abstrakt forlag.
- Ekeland, T. J. (2011). Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. *Erfaringskompetanse. no* 2011, 1.
- Ekeland, T. J. (2012). Sjelens ingeniørkunst. Om psykologien og psykologenes selvforståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 747-752.
- Ekeland, T. J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? - om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03).
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Etchegoyen, R. H. (2005). *Fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books.
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen - bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael Quarterly*, 5, 255-263.
- Foddy, B., Kahane, G., & Savulescu, J. (2013). Practical neuropsychiatric ethics. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Foss, T., & Wifstad, Å. (2011). Humanismens vilkår i prosedyrenes tid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 545-549.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Freud, S. (1912/1986). *Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. Papers on technique*. (Vol. XII). London: The Hogarth Press.
- Fulford, K. W. M. (2009). Values, science and psychiatry. I S. Bloch & S. A. Green (Red.), *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press.

- Fulford, K. W. M., & van Staden, C. W. (2013). Values-based practice: Topsy-turvy take-home messages from ordinary language philosophy (and a few next steps). I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R. G. T., Graham, G., Sadler, J. Z., Stanghellini, G., & Thornton, T. (Red.). (2013). *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi*. Oslo: Cappelen.
- Gadamer, H.-G. (2004). *Sanhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutikk*. Århus: System Academic.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode*. Oslo: Pax.
- Galasinski, D. (2012). Psychiatrists' accounts of clinical significance in depression. *Polish Psychological Bulletin*, 43 (2), 101-111.
- Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (1997). Closing the gap between research and practice. *British Journal of Psychiatry*, 171, 220-225.
- Ghaemi, S. N. (2010). *The rise and fall of the biopsychosocial model*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gilbert, S., Stänicke, E., & Engelstad, F. (Red.). (2012). *Psyke, kultur og samfunn*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Gipps, R. G. T. (2013). Cognitive behavior therapy: A philosophical appraisal. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Grimen, H., & Terum, L. I. (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Group, E.-B. M. W. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2005). *Underteksten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gundersen, S. (2011). Å forklare psykisk sykdom. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 131(3), 254-256.
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Halpin, M. (2016). The DSM and professional practice: Research, clinical, and institutional perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 57 (2), 153-167.
- Halvorsen, J. Ø. (2013, 18.10.13). Terapeutiske enhjørninger, *Morgenbladet*, s. 23.
- Halvorsen, P. (2014, 03.04.). Vil trygge tjenestene med styring og standardisering, Intervju. Hentet fra <http://psykol.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Vil-trygge-tjenestene-med-styring-og-standardisering>
- Haugsgjerd, S. (1970). Nytt perspektiv på psykiatrien. Oslo: Pax Forlag.
- Haugsgjerd, S. (1986). *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse* (3.utgave utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten Nasjonale faglige retningslinjer,
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne. Hentet 13.04, 2016, fra <https://helsedirektoratet.no>
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoffart, A., & Johnson, S. U. (2015, 25.09.15). Bedre med pakkeforløp enn selvstandardisering, *Morgenbladet*.
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2.utgave utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hollyman, J. A., & Hemsli, L. (1983a). What do psychiatrists understand by formulation? *Psychiatry Bulletin*, 7, 140-143.
- Hollyman, J. A., & Hemsli, L. (1983b). What do examiners understand by formulation? *Psychiatry Bulletin*, 7, 165-167.

- Holmøy, T. (2016). Re: Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati - sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 136, 204-205.
- Husby, R., Dahl, C.-I., Johnsen, E., & Østberg, B. (1982). Psykiaterens psykoteraeutiske oppgaver og utdanning i dagens og morgendagens samfunn: En personlig oppsummering av inntrykk fra nordisk psykoterasymposium i stavanger, 4.-7. Juni 1980. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 36(2-3), 133-138. doi: 10.3109/08039488209099673
- Imbasciati, A. (2017). *Mindbrain, psychoanalytic institutions, and psychoanalysts*. London: Karnac.
- Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, 294(17), 2221-2224.
- Jaspers, K. (1959). *General psychopathology, Volume one*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Jensen, P. (2006). Hvordan kan «den store psykoteraeutdebatten» påvirke forståelsen av familierapiforskningen? Hvilken terapeut har det beste tilbudet til hvilken klient?
- Johannessen, B. F. (2004). *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering* (Vol. 22-2004). Bergen: Senteret.
- Johansen, R. (2016, 31.07.2016). Nevropsykoanalyse: Når sjelen møter hjernen. 2016, fra <http://docplayer.me/4528280-Nevropsykoanalyse-nar-sjelen-moter-hjernen.html>
- Johnson Hov, D. K. (2008). *Den gode profesjonelle. Profesjonsetikk for advokater og barnevernsarbeidere*. Doktorgrad, Universitetet i Oslo.
- Juul Jensen, U. (2015). Patologisering og kampen om sykdomsbegrepet. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, P., Bredkjær, S., & Nordentoft, M. (2006). *Psykiatriens utfordringer*. København: FADL's Forlag.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457-469.
- Kandel, E. R. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind*. New York: W. W. Norton & Company.
- Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 9, 21-28.
- Kendler, K. (1990). Toward a scientific psychiatric nosology: Strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 969-973.
- Kendler, K. S. (2001). A psychiatric dialogue on the mind-body problem. *American Journal of Psychiatry*, 158, 989-1000.
- Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433-440.
- Kennair, T. W. (2005). Hva har den kognitive adferdterapeutiske tradisjon å bidra med? *Tidsskrift for Kognitiv terapi*, nr 4.
- Kierkegaard, S. (1959). *Synspunkter for min forfattervirksomhet. En ligefrem meddelelse, rapport til historien*. København: Reitzels Forlag.
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 119(1), 56-59.
- Kirkengen, A. L. (2002). Begrepet "funksjonelle lidelser" vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 27(122), 2647-2649.
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (Vol. 3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Koehn, D. (1998). *Rethinking feminist ethics*. New York: Routledge.
- Kogstad, R. E., Ekeland, T. J., & Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: Recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479-486. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x

- Konnerup, M. (2009). Evidensbasering af de social- og velfærdspolitiske professioner. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kringlen, E. (2012). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kroll, J., Carey, K., Johnson, M., Thuras, P., & Erickson, P. (2006). Psychiatrists' attitudes and practices regarding the moral worries of their patients: A postcard survey. *Mental Health, Religion & Culture*, 9 (2), 109-117.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Leder, D. (1990). Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine*, 11(1), 9-24.
- Legeforeningen. (2004a). Legeforeningens statusrapport fra 2004 om psykiske lidelser.
- Legeforeningen. (2004b). Psykiske lidelser - faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling.
- Lian, O. S. (2006). Den moderne eos-myten. Om medikalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk tidsskrift*, 14(01).
- Lieberman, J. A. (2015). *Shrinks, the untold story of psychiatry*. Croydon: Weidenfeld & Nicolson.
- Luhmann, T. M. (2000). *Of two minds: An anthropologist looks at american psychiatry*. New York: Vintage Books.
- Løgstrup, K. E. (1982). *System og symbol*. København: Gyldendal.
- Maj, M. (2010). Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry*, 9, 1-2.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I., & Årslund, D. (Red.). (2018). Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358(9279), 397-400. doi: S0140-6736(01)05548-9 [pii] 10.1016/S0140-6736(01)05548-9
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Matthews, E. (2007). *Body-subjects and disordered minds*. Oxford: Oxford University Press.
- Matthews, E. (2013). Mental disorder: Can Merleau-Ponty take us beyond the "mind-brain" problem? I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. F. (Red.). (1958). *Existence. A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Touchstone.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.
- Mesel, T. (2009). *Legers profesjonsetikk*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Mitchell, S. A., & Aron, L. (1999). *Relational psychoanalysis : The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Moe, L. (2016). Tjuvstart med pakkeforløp, *Dagens Medisin*. Hentet fra www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/16/tjuvstartet-med-pakkeforlop
- Mohtashemi, R., Stevens, J., Jackson, P. G., & Weatherhead, S. (2016). Psychiatrists' understanding and use of psychological formulation: a qualitative exploration, *BJPsych Bulletin*, 40, 212-216.
- Montgomery, K. (2006). *How doctors think*. New York: Oxford University Press.
- Mundt, C. (2013). The philosophical roots of Karl Jaspers' General Psychopathology. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Murphy, D. (2013). The medical model and the philosophy of science. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Nerheim, H. (1996). *Vitenskap og kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

- NESH, D. n. f. k. f. s. o. h. (2016, 28.07.2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. 2016, fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Ng, F., Crawford, G. B., & Chur-Hansen, A. (2014). Depression means different things: A qualitative study of psychiatrists' conceptualization of depression in the palliative care setting, *Journal of Palliative Medicine*, 13 (5), 1223-1230.
- Nielsen, K., & Jørgensen, C. R. (2015). Patologisering av uro? I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk psykiatrisk forening. (2017). Utvalg for grunnlagsproblemer i psykiatrien. fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-psykiatrisk-forening/Utvalg/Utvalg-for-grunnlagsproblemer-i-psykiatrien/>
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T. H. (2004). The analytical third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXXIII(1), 167-195.
- Olsen, B. (1997). *Fra ting til tekst. Teoretiske perspektiv i arkeologisk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Othmer, E., & Othmer, S. C. (2002). *The clinical interview using the DSM-IV, Vol.1: Fundamentals*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding : Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press.
- Orange, D. M. (2010). *Thinking for clinicians*. New York: Routledge.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively : Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Power, M. (1997). *The audit society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Radden, J. (1994). Recent criticism of psychiatric nosology: A review. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 1, 193-200.
- Ramsdal, H. (2009). Fra kunnskap til organisatorisk praksis. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Read, J., Mosher, L., & Bentall, R. (Red.). (2004). *Models of madness*. Hove New York: Brunner-Routledge.
- Reichborn-Kjennerud, T. (1991). Psykiatrien i krise? *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 45(1), 61-63.
- Reichborn-Kjennerud, T., & Falkum, E. (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling - fra tro til vitenskap. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120(10), 1148-1152.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reznek, L. (1991). *The philosophical defence of psychiatry*. London: Routledge.
- Riis, A. H. (2006). *Kulturmodets hermeneutik*. Højbjerg: Univers.
- Riis, O. (2009). Methodology in the sociology of religion (s. S. 229-244). Oxford: Oxford University Press.
- Ringen, P. A., & Dahl, A. A. (2002). Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122(20), 2024-2027.
- Ringø, P. (2013). *Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende: En undersøgelse af det sociale og psykiatriske arbejdes ontologiske modeller og historiske og aktuelle vilkår for begrebsdannelse og praksis.*, Aalborg Universitet.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 41(1), 46-59.
- Rose, N. (2015). Psykiatri uten grenser? De psykiatriske diagnosenes ekspanderende domene. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2005). *Medisinsk etikk. En problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikerens* (S. Aagaard, Trans. 2. utgave utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Saugstad, O. D. (2016). Re: Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 136, 205. doi: 10.4045/tidsskr.16.0053
- Schaffner, K. F. (2013). Reduction and reductionism in psychiatry. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Scheibler, I. (2000). *Gadamer: Between heidegger and habermas*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, L.-H., & Holm, C. (2015). Om patologisering av tristhet. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Skjervheim, H. (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Stänicke, E., & Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sokolowski, R. (2000). *Introduction to phenomenology*. New York: Cambridge Univeristy Press.
- Solms, M., & Turnbull, O. H. (2002). *The brain and the inner world*. New York: Other Press.
- Stokkeland, J. M. (2004). Mennesket som selvfortolkende vesen - del 1. *Psyke & Logos*, 25(2), 762-801.
- Stokkeland, J. M. (2011). *Å gi og å ta imot*. Doktorgradsavhandling, Institutt for lærerutdanning og pedagogikk, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Stokkeland, J. M. (2013). Den psykoanalytiske tradisjonen og academia. Hvordan kan psykoanalysen bli en teori og terapeutisk metode som tilfredstiller krav til vitenskap? *Bulletinen*, 19(2), 5-18.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience*. New York: Basic Books.
- Stänicke, E., Varvin, S., & Indrevoll Stänicke, L. (2013). Følelser og pasientens subjective opplevelse: Et psykoanalytisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 772-780.
- Stänicke, E., & Vetlesen, A. J. (2002). Bruken av hermeneutikk i norsk psykoanalytisk debatt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 208-217.
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*: WW Norton & Company.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Terwee, S. J. S. (1990). *Hermeneutics in psychology and psychoanalysis*. Berlin: Springer-Verlag.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thoma, N. C., & Cecero, J. J. (2009). Is integrative use of techniques in psychotherapy the exception or the rule? Results of a national survey of doctoral-level practitioners *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 405-417.
- Thornton, T. (2007). *Essential philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornton, T. (2013). Clinical judgment, tacit knowledge, and recognition in psychiatric diagnosis. I K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Z. Sadler, G. Stanghellini & T. Thornton (Red.), *The oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Topor, A. (2005). *Fra patient til person*. København: Akademisk Forlag.
- Vaglun, P. (2014). *Psykiateren*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vaglun, P. (2015). What makes a good psychiatrist? *The Nordic Psychiatrist*(2), 23-24.
- Vetlesen, A. J. (2004). *Smerte*. Oslo: Dinamo Forlag.
- Vetlesen, A. J., & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Vogt, H. (2012, 20.juli). Diagnose: Sjekklister-monomani. *Morgenbladet*.
- Vogt, H. (2015, 23.11.2015). Samleside for debatten om pakkeforløp i psykiatri. fra <http://henrikvogt.com/2015/09/21/dette-er-en-samleside-for-debatten-om-pakkeforlop-i-psykiatri/>
- Vogt, H., & Pahle, A. (2015). Likeverd på samlebånd. *Morgenbladet*(11.09.2015).

- Walby, F. A. (2003). Evidensbasert psykoterapi: En metode for kliniske beslutninger - ikke et forskningsdesign. . *Impuls, tidsskrift for psykologi*, 1, 85-91.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. London: Routledge.
- Weber, M. (1949). *The methodology of the social sciences*. New York: Free Press.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wifstad, Å., & Foss, T. (1990). Krise på avveie: Vitenskapsteoretiske problemer i dagens psykiatri. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44(5), 489-493.

Vedlegg

Intervjuguide

Vi kan ta pauser underveis, og det er lov å stoppe opptaket, hvis du føler behov for å snakke "off the record". Jeg minner om at det er lov å trekke seg fra studien når som helst, også etter intervjuet.

Før vi begynner; Vil du først si kort om din bakgrunn som lege, utdanning, type steder du har jobbet og arbeidssituasjonen din nå?

I møte med pasienter har jeg ofte kjent på en uro, jeg tar meg noen ganger i å tenke: hva er det jeg driver med og bør drive med? Som LIS opplevde jeg indirekte mange ulike forståelser av samspillet mellom pasient og psykiater. Alt fra psykiateren som en ekspert som kan forklare det meste til psykiateren som medvandrer som "bare" kan forsøke å forstå. Pasienten kunne oppleves som en som lærer meg mye om nye måter å se verden på til å være en som har en sykdom som gjør at han/hun ikke har mulighet til å forstå noe som helst.

Jeg er usikker på hva jeg skal tenke, og opplever et behov for at vi som klinikere sammen ser på enkelte sider av våre erfaringer med og refleksjoner over lege-pasient forholdet. Svar ut ifra *dine* erfaringer. Ikke vær redd for om vi snakker om det vi bør snakke om, jeg tar ansvaret for å styre samtalen.

(Starte opptaket!)

Har du noen spontane tanker om det jeg nettopp har sagt?

På hvilke måter er du opptatt av det som skjer mellom pasienten og deg i samtale?

Hva er dine oppgaver i samtale med pasienten? Evt rolle.

Hvem er du, ovenfor pasienten?

Litt rart: Hvem er pasienten, ovenfor deg? Evt rolle.

Hvordan gjør du deg kjent med pasientens psykiske vansker i samtale?

Er du observatør eller medvandrer? Fortell.

Hvordan gjennom samtale, diagnostiserer du? Klinisk skjønn?

Hvor er det viktig å ha fokus, i samtale med pasienten?

Hvordan bidrar pasienten i diagnostiseringen?

Endring i hvordan du forholder deg i møte med pasienten ilt din tid som psykiater? Hva tenker du om det?

Hva innebærer det for deg å forstå pasientens psykiske vansker?

Er det viktig at vi har en forståelse av pasientens psykiske vansker, fastsetter noe? Hvorfor?

Hvordan bruker du din erfaring og kunnskap om psykiske vansker når du skal forstå den enkeltes vansker? Når det typiske møter det unike.. Balansere det?

Hvor mye har du å si, for hva som kommer frem i samtale med pasienten? Hvordan da? Hva tenker du om det?

Én har sagt at "det er mine menneskelige kvaliteter som best hjelper meg til å forstå". Hva tenker du om det? Hvilke? Evt; Bli ikke det litt tilfeldig? Tanker om det?

Noen snakker om at vi må være minst mulig involvert som person når vi snakker med pasienten, altså mest mulig nøytrale, for å gjøre en god vurdering. Andre hevder at det nettopp er oss som personer som er viktige når vi skal forstå noe. Hva tenker du?

Hvordan skal en "bruke seg selv"?

Hvordan gis det mening til pasientens erfaringer? Din rolle? Hvordan forholder du deg til pasientens perspektiv, meningsaspekt?

Hvilket "forståelsesapparat" har du med deg inn i møte med pasienten? Lene seg til.

Opplever du det utfordrende å opprette en god allianse med pasientene? Evt hva kan det handle om? Hva tenker du om det?

Har diagnoser noe å si for hvordan du møter pasienten?

Hva tror du er viktig for pasienten i møte med deg? Hvordan møter du det, konkret?

Det er forskjell på å tenke at du i samtale "innhenter informasjon" fra pasienten eller at du "forsøker å forstå ting sammen med" pasienten. Tanker om det?

I kraft av å være psykiater; på hvilke måter preger du pasienten i samtale? Flere måter? Hva tenker du om det?

Erfarer du at det er en avstand mellom deg og pasienten? Handler om?

Noen vil hevde at din forståelse av psykiske problemer generelt, farger hva du ser. Hva tenker du om det? Farger det i for stor grad?

Hva har pasientens psykiske vansker i si for dialogen mellom pasienten og deg? Forskjell på hva en dårlig pasient kan bidra med i samtale, sammenlignet med en "frisk" person?

En kan få inntrykk av at flere og flere retningslinjer snakker om at vi må være like i vår tilnærming, for å hindre for mye synsing/tilfeldigheter i faget vårt. Hva tenker om det i forhold til det vi snakker om nå?

(Jeg har erfaring med at ulike klinikere gir ulike diagnoser på samme pasient. Hva tror du det handler om?)

Flere er opptatt av at makten og noen ganger væremåten til profesjonsutøvere kan hindre pasienten i å bidra, få "være seg selv"? Hva tenker du om det? Hvordan deltar du i samtale?

Noen er opptatt av at faget vårt er naturvitenskap, og fremhever viktigheten av å ha fokus på vår kunnskap om mennesket i møte med pasienten. Andre er mer opptatt av det som skjer mellom pasienten og klinikerens, det uforståelige, annerledesheten vi ikke spontant kjenner Hva tenker du om det?

Hvor sentralt er det vi har snakket om i dag, for deg som kliniker? Hvordan da?