

Ingrid Kristine Meland

# Anti-psykiatrien i Norge 1960-1979

Masteroppgave i Historie

Veileder: Øyvind Thomassen

Juni 2021



Ingrid Kristine Meland

# **Anti-psykiatrien i Norge 1960-1979**

Masteroppgave i Historie  
Veileder: Øyvind Thomassen  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Det humanistiske fakultet  
Institutt for moderne samfunnshistorie





## Sammendrag

Masteroppgave i historie

Anti-psykiatrien var en spesielt politisk kritikk av psykiatrien som hadde sin storhetstid på 1960- og 1970-tallet. I norske tidsskrift og aviser var anti-psykiatrien preget av kritikk av bruk av tvang, sosiale hierarkier og samfunnets rolle i psykisk sykdom. I denne oppgaven tar jeg for meg sammenhengen mellom politikk, sykdomsmodeller og anti-psykiatridebatten i Norge 1960-1979, samt kjennetegn ved anti-psykiatrien slik den ble fremstilt i tidsskrift og aviser.

Anti-psykiatridebatten i Norge var formet av sosialdemokratiet og den sterke troen på at staten kunne løse de aller fleste problemene våre, men den gikk ikke noe særlig inn på spesifikke politiske beslutninger. Den følger også den politiske trenden og går fra å være sterkt venstreorientert på begynnelsen av 1960-tallet, til å bli med libertariansk mot slutten av 1970-tallet.

## Abstract

Master thesis in history

Anti-psychiatry was a particularly political critique of the field of psychiatry that had its golden age in the 1960s and 1970s. The debate in Norwegian journals and newspapers centred around the use of force, social hierarchies, and the role of society in mental illness. In this thesis I will discuss the relationship between politics, illness models, and the anti-psychiatry debate in Norway 1960-1979, as well as key aspects of the anti-psychiatry as it was portrayed in journals and newspapers.

The anti-psychiatry debate in Norway was formed by the social democracy and the strong faith in the state and its ability to solve most of our problems, but it did not touch on specific policies. It follows the political trend and moves from a strong left-leaning position in the early 1960s to a more libertarian view by the end of the 1970s.

## Forord

Da jeg skulle begynne på masterstudiet visste jeg allerede at jeg ville skrive om holdninger til psykisk sykdom i Norge etter 1900, men jeg hadde ikke en mer spesifikk plan enn det. Veilederen min, Øyvind Thomassen, foreslo da anti-psykiatri i Norge. Det var et tema jeg ikke hadde hørt om før og etter å ha satt meg litt inn i hva anti-psykiatrien egentlig var så jeg at det passet perfekt til hva jeg ønsket å skrive om. Det var et spennende tema som det var skrevet veldig lite om, på både godt og vondt. Håpet er at bidraget mitt kan hjelpe med å fylle dette hullet i norsk psykiatrihistorie.

Det er flere som fortjener takk for hjelp og støtte i fullførelsen av denne oppgaven. Først må jeg takke min veileder Øyvind Thomassen for både å gi meg en spennende idé til tema og gode tilbakemeldinger. Svein Alte Skålevåg og Espen Storli må også takkes for gode råd og hjelp til å finne litteratur. Takk til Ingvild som har satt av mange timer til korrekturlesing av kapitler, takk til Emilie og Thomas for å skape et godt miljø på lesesalen, og til slutt takk til alle som har vært der og støttet meg gjennom hele prosessen.

Ingrid Kristine Meland

Dragvoll, 31. mai 2021

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Hvorfor anti-psykiatri? .....	1
Begrepsforklaringer .....	3
Nevroutypisk eller nevroulik .....	3
Sosiale modellen for funksjonsnedsettelse.....	3
Medisinske modellen for funksjonsnedsettelse .....	3
Innvaderende/inntrengende .....	4
Normal .....	4
Psykofarmaka .....	4
Hallusinogener.....	4
Hva er galskap? Definisjoner over tid.....	4
Sykdom, besettelse eller samfunnsproblem?.....	5
Historiografi og metode.....	6
Antipsykiatri og psykiatrikritikk.....	10
Hva skjedde før? En kort oppsummering av psykiatriens historie frem til 1960.....	11
Frem til 1900.....	11
Mentalhygiene og ny behandling .....	13
Begynnelsen på antipsykiatribevegelsen .....	15
Anti-psykiatrien internasjonalt .....	15
Den venstreorienterte anti-psykiatrien .....	15
Den neoliberalistiske anti-psykiatrien.....	17
Det politiske og økonomiske landskapet.....	20
Den politiske og økonomiske situasjonen i Norge .....	20
Helsepolitikk.....	21
Psykiatrien i Norge på 1960- og 1970-tallet .....	24
Anti-psykiatrien blomstrer .....	26
Makt, maktbruk og tvang .....	27
Forståelse av psykisk sykdom og modeller .....	31
Behandling og holdninger.....	34
Eksistens og moral .....	37
Samfunn .....	39
Andre kritikker.....	41
Konklusjoner .....	43
Reitgjerdet: et argument for anti-psykiatrien.....	45
Langsiktig påvirkning.....	49

Konklusjon.....	50
Litteratur .....	53



## Hvorfor anti-psykiatri?

Jeg har lenge hatt en interesse for hvordan psykiatrien interagerer med samfunnet som helhet; enten det er politikk, samfunnsdebatter eller media. Det er et tema som det er knyttet en del stigma til, selv om mentale sykdommer har blitt noe mer normalisert over tid. Det er også et evig relevant område. Oppslag i mediene tar opp ulike aspekter ved mental helse relativt ofte. Det kan være noen som forteller om sykdommen sin, noen som har begått kriminelle handlinger og har vist seg å ha alvorlige mentale sykdommer, eller hvor vanlig angst og depresjon er blant studenter, et spesielt relevant tema i dag. Anti-psykiatrien er en gren av psykiatrien som vekket stor interesse ikke bare blant fagfolk, men i samfunnet ellers også. Deler ble plukket opp av den venstre-radikale bevegelsen på 1960-tallet, andre ble plukket opp av en mer høyreorientert gruppe. Begge stilte spørsmål ved behandling og eksistensen av mental sykdom.

Jeg har valgt å skrive om anti-psykiatri i Norge spesifikt fordi det er et emne det er skrevet veldig lite om. Norsk psykiatrihistorie er allerede et lite felt, og denne spesifikke grenen er nesten ikke nevnt. Anti-psykiatrien er også interessant fordi den er veldig politisk og tar for seg mye større deler av samfunnet enn kun psykiatrien. Jeg vil påstå at all psykiatri er politisk. Det er ikke til å komme unna at målet med behandling er å få pasienten til å fungere best mulig i et samfunn. Da må personen følge hva som er sett som akseptabelt og normalt, og disse blir igjen bestemt av politiske holdninger og maktstrukturer i samfunnet. En psykiatrisk diagnose spiller inn i hvor pasienten blir plassert i disse maktstrukturene. For eksempel blir folk med psykiatriske diagnoser diskriminert mot i arbeidslivet<sup>1</sup> og oftere rammet av politivold<sup>2</sup> enn nevrotypiske, fordi de ofte trenger tilretteleggelse eller viser avvikende atferd. I tillegg er psykiatrien påvirket av den politiske situasjonen når det kommer til behandling av pasienter. Vi ser for eksempel en nedtrapping av institusjoner i USA allerede fra 1960-tallet, og et massivt kutt i budsjettet under Reagan, som igjen førte til at mange pasienter havnet utenfor systemet og uten hjem eller arbeid.

I anti-psykiatrien kommer dette spesielt godt frem. Tema som tas opp i anti-psykiatrien er hvorvidt institusjoner for mentalt syke burde eksistere og i så tilfelle hvordan de burde organiseres, psykiaterens og psykologens rolle. Ikke minst bruk av tvang og medisiner, og hva er egentlig mental sykdom i det hele tatt? Dette er også relevante spørsmål i dagens samfunn, og vil være det så lenge psykiatrien som felt eksisterer. I 2016 publiserte VG store avsløringer om forholdene på norske psykiatriske sykehus og den utbredte bruken av tvang, og spørsmålet om både bruk av mekaniske tvangsmidler som beltelegging og tvangsinnleggelse ble tatt opp, både av helsepersonell og pasienter og pårørende. Når blir frihetsberøvelsen for stor?

Jeg finner også kontroversene innen psykiatrien interessante, enten det er eksperimentell behandling, diskriminering, forsøk med tvilsomt etisk grunnlag,

---

<sup>1</sup> Kolseth, H. I. M, Våge, M. og Nylenna, M. (2021, 5. mai) *Håpar fleire vil tilsetje psykisk sjuke: – Ingen garanti for at «dei friske» ikkje er kjipe*, NRK <https://www.nrk.no/trondelag/hapar-fleire-vil-tilsetje-psykisk-sjuke--ingen-garanti-for-at-dei-friske-ikkje-er-kjipe-1.15477902> (Hentet: 17. mai 2021)

<sup>2</sup> Stout, C. (u.å.) *How mental illness affects police shooting fatalities*, International Bipolar Foundation, <https://www.washingtonpost.com/graphics/investigations/police-shootings-database/> (Hentet: 17. mai 2021)

frihetsberøvelse eller det evige spørsmålet om hva som forårsaker mental sykdom. Anti-psykiatrien er jo da spesielt kontroversiell da den stiller spørsmål ved legitimiteten til faget, og hvor eksplisitt politisk anti-psykiatrien kunne være, spesielt på den internasjonale scenen. Når har du beveget deg fra kritikk av psykiatrien og vitenskapen til kritikk av samfunnet, og er du da mer aktivist enn psykiater? For det er også et interessant punkt at anti-psykiatrien var i hovedsak drevet av psykiatere, ikke andre som var skeptiske til feltet. De ble en viktig del av bevegelsen etter hvert, men grunnteoriene kom fra psykiaterne selv.

I oppgaven tar jeg for meg problemstillingen «Hva er anti-psykiatri, og hvordan artet debatten seg i Norge i perioden 1960-1979?», «Hvordan ble anti-psykiatrien fremstilt i norske aviser og tidsskrift?». Etter hvert som jeg ble mer kjent med tekstene kom også flere spørsmål; «Hva var sammenhengen mellom ulike sykdomsmodeller, politikk og syn på anti-psykiatrien?» og «Hvor stor var egentlig denne anti-psykiatri debatten?» Svaret på det siste skulle vise seg å bli «ikke veldig, i hvert fall ikke innenfor psykiatrien som felt.»

For å besvare dette har jeg først sett på psykiatriens utvikling fra middelalderen opp til 1960-årene for å gi en solid bakgrunn til å forstå hvorfor anti-psykiatrien kom med den kritikken den gjorde. Videre tar jeg for meg hva som kjennetegnet anti-psykiatrien på et internasjonalt nivå for å se hva den var som helhet og hva som skilte den norske anti-psykiatrien fra den britiske og amerikanske. Så tar jeg opp den politiske situasjonen i Norge. Fordi anti-psykiatrien var så politisk<sup>3</sup> som den var gir det mening å se hva politikken i Norge egentlig var og om den har spilt en stor rolle i den norske anti-psykiatridebatten. Til slutt ser jeg på hvordan anti-psykiatridebatten fremsto i tidsskrift og aviser. Det er her den faktiske debatten blir synlig og diskuteres offentlig og andre enn bare spesielt interesserte psykiatere hadde mulighet til å engasjere seg, selv om debatten hovedsakelig var mellom fagfolk. Det er også her vi ser hvordan politiske holdninger, sykdomsmodeller og oppfattelse av mental sykdom spiller inn på synet på psykiatri og institusjoner.

---

<sup>3</sup> Med politisk mener jeg påvirket av politiske og økonomisk-politiske ideologier som sosialisme og kapitalisme, i tillegg til hvordan maktstrukturer og diskriminering relaterer til psykiatrien.

## Begrepsforklaringer

I denne oppgaven bruker jeg en del ord og begreper som ikke er brukt mye eller i det heletatt finnes på norsk, og i hvert fall ikke i dagligtale. Jeg har derfor skrevet dette kapittelet om ord og uttrykk jeg bruker.

### Nevroutypisk eller nevroulik

Nevroutypisk, oversatt fra engelsk «neurodiverse», er en samlebetegnelse på nevrologiske tilstander som gjør at personen ikke fungerer slik samfunnet oppfatter som normalt. Jeg foretrekker denne betegnelsen fremfor «psykisks sykdom» i eldre psykiatrihistorie fordi den også inkluderer autisme, ADHD, og psykisk utviklingshemming. Dette er grupper som har blitt satt i samme bås gjennom historien, ofte under betegnelser som «gale» og «idioter». Avhengig av hvor god de har passet inn i samfunnet, har gruppene i stor grad også blitt satt på de samme institusjonene som dem med psykiske sykdommer.

### Sosiale modellen for funksjonsnedsettelse

Den sosiale modellen for funksjonsnedsettelse er et begrep jeg bruker for å forklare hvordan samfunnet forhindrer mennesker i å fungere som optimalt. Det mest opplagte eksempelet er rullestolbrukere som ofte ikke kan navigere en verden som ikke er tilpasset dem; med trapper uten ramper, mangel på parkeringsplasser og heiser, og smale ganger i butikker. Når det gjelder nevroutypiske handler det ofte heller om samfunnsnormer og forventninger til hvordan oppgaver skal utføres.

En person med autisme vil kanskje ikke være i stand til å se andre i øynene uten stort ubehag, eller snakke i noen eller alle situasjoner. Dette vil ofte få sanksjoner fordi de oppfattes som uhøflig og løgnaktig. For en person med ADHD vil det kanskje være nødvendig med lengre tid til å utføre oppgaver og informasjon må kanskje formidles annerledes. Omgivelsene deres må kanskje organiseres annerledes enn det som oppfattes som ryddig, og kan dermed ende opp med å bli stemplet som lat, dum og uryddig.

Når det kommer til det som i dag ansees som psykiske sykdommer, er denne modellen vanskeligere å bruke. Det er fremdeles sosiale stigma, men sykdommen vil ikke forsvinne selv om samfunnet tilrettelegges for dem. Schizofreni er en av sykdommene som i antipsykiatrien kan settes under denne modellen.

I denne modellen kan man også legge til sosioøkonomiske situasjoner. Fattigdom gjør deg mer mottagelig for både fysiske og mentale sykdommer grunnet stress og mangel på ressurser. Det gjør det også vanskeligere å håndtere disse problemene når de dukker opp. Fattigdom har også vært sett på som et personlig, og ikke systemisk, problem som følge av dårlig moral eller en hel rekke andre dårlige forklaringer. I tillegg er de som har høyest sannsynlighet for å være fattige marginaliserte grupper i samfunnet. I Norge har dette spesielt gjeldtes samene og rom- og romani folkene, samt andre etniske minoriteter, men også grupper som har blitt marginalisert grunnet kjønn og seksualitet.

### Medisinske modellen for funksjonsnedsettelse

Den medisinske modellen for funksjonsnedsettelse er motstykket til den sosiale modellen og matcher den allmenne oppfattelsen av hva funksjonsnedsettelse er, og den er ofte foretrukket av leger. Den individualiserer funksjonsnedsettelsen til en sykdom, og sykdommer kan behandles, men må ikke nødvendigvis legges til rette for i samfunnet som helhet. Det er også en modell som foretrekkes av mange med kroniske lidelser.

Samfunnet kan legge til rette så mye det vil, det gjør ikke at man er mindre sliten eller har mindre vondt. Det betyr heller ikke at man slutter å være deprimert eller ha angst eller oppleve psykotiske episoder. Det kan kun gjøre det lettere å leve med dem og behandle dem.

Dette er en modell stikk i strid med antipsykatrien som enten benekter eksistensen av mentale sykdommer, eller mener medisiner og medisinske inngrep i beste tilfelle ikke har effekt, og oftest heller er skadelig og en frihetsberøvelse.

### Innvaderende/inntrengende

Fra engelsk «invasive» er en inntrengende eller invaderende prosedyre et inngrep i kroppen, som en operasjon. I psykiatri innebærer dette bruk av blant annet bruk av sjokkterapi og lobotomi, men også medisinering som kan drastisk endre oppførsel og personlighet hos pasienten. Dette var et av temaene som dukket opp i anti-psykiatrien.

### Normal

Konseptet «normalitet» er en sosial konstruksjon. Normal i en sosial sammenheng er det samfunnet sier det er, og omhandler det som er akseptert atferd og utseende. Dette bestemmes av kultur, politikk og sosiale normer. I en vitenskapelig sammenheng er det normale en mer statistisk observasjon. F.eks. er jaguarer normalt gylne med mørke flekker, men kan dukke opp i de unormale variantene albino og panter.

I psykiatrisk sammenheng handler dette om funksjonsevne og oppførsel. Dette har tidligere inkludert alle som ikke er heterofile og cis-kjønnen. All oppførsel utenfor det sosialt aksepterte er unormalt og dermed sykt. Dette henger sammen med den sosiale modellen for funksjonsnedsettelse og mangel på aksept. Frykt for det ukjente hindrer nevroutypiske i å bli akseptert i samfunnet, tross deres relative normalitet i et statistisk perspektiv. De gjøres unormale.

Anti-psykiatrien interesserer seg aller mest for schizofreni, den tilstanden som kanskje aller mest bryter samfunnets ideer om normalitet og viktigheten av å passe inn. Det er sjelden akseptert oppføre seg eller tenke annerledes enn majoriteten, selv om hva som aksepteres utvides stadig. Antipsykatrien har dermed som grunnleggende tanke at psykiatrien eksisterer for å kontrollere befolkningen, tvinge dem til å passe inn, og ikke faktisk å hjelpe pasientene til å leve så gode liv som mulig.

### Psykofarmaka

Medisiner som blir brukt til å behandle mentale sykdommer. Eksempler på disse er antidepressiver, medisiner mot psykose og stimulerende stoffer for behandling av ADHD.<sup>4</sup>

### Hallusinogener

Stoffer som fremkaller psykoselignende tilstander. Eksempler er LSD og psilocybin fra fleinsopp.<sup>5</sup>

### Hva er galskap? Definisjoner over tid

Galskap er det som faller utenfor det «normale». Det som er forstyrrende. Det som virker ulogisk, ja uvirkelig, men som noen likevel er overbevist om eller overreagerer på.

---

<sup>4</sup> Malt, U. (2021, 30. mars) «Psykofarmaka», *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/psykofarmaka> 5. mai 2021

<sup>5</sup> Mørland, J. (2020, 22. april) «Hallusinogener», *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/hallusinogener> 5. mai 2021

Antipsykiatrien interesserer seg aller mest for schizofreni, den tilstanden som kanskje aller mest bryter samfunnets ideer om normalitet og viktigheten av å passe inn. Å oppføre seg eller tenke annerledes enn majoriteten er sjelden akseptert, dog hva som aksepteres stadig utvides. Antipsykiatrien har dermed som grunnleggende tanke at psykiatrien eksisterer for å kontrollere befolkningen, tvinge dem til å passe inn, og ikke faktisk å hjelpe pasientene til å leve så gode liv som mulig.

Konseptet mental sykdom, galskap eller andre, mindre politisk korrekte versjoner av dette endrer seg hele veien. Igjen kommer kjønn og seksualitet frem som gode eksempler på dette. Det var forbudt å være homofil i Norge frem til 1977<sup>6</sup>, og man trodde man kunne «kurere» homofili gjennom kastrering fordi dette ville fjerne de seksuelle lyster. Dette har man senere innsett at både var grov mishandling og, dog mindre viktig, totalt uten faktisk effekt.

### Sykdom, besettelse eller samfunnsproblem?

I dag blir mentale sykdommer åpenbart i hovedsak sett som sykdommer, derav navnet. Men det har ikke alltid vært slik. På 1700-tallet var nevroulikhet, fattigdom og kriminalitet satt i samme boks. Gjerne en bokstavelig boks kjent som mørkestue eller dårekiste. Mentale sykdommer var forstyrrende for den ikke-eksisterende samfunnsfreden, og en moralsk svikt<sup>7</sup>. Behandling beveget seg fra fengsling til forsøk på å tvinge pasienten tilbake til den moralske og fornuftige vei.<sup>8</sup> Utover 1800-tallet begynte man å endre mening om hva mental sykdom, eller galskap, egentlig er. Psykiatrien var begynt å vokse frem sammen med ideen at mental sykdom kunne helbredes. Her begynte også asylene for alvor å springe frem.

---

<sup>6</sup> Aas, S. og Vestgården, T. (2017[2014]) *Skammens historie – Den norske stats mørke sider 1814-2014*. utgave 1, opplag 3. Oslo/Trondheim: CAPPELEN DAMM s. 98

<sup>7</sup> Moral failing

<sup>8</sup> Blomberg, W. (2002) *Galskapens hus – Internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Universitetsforlaget. S. 130

## Historiografi og metode

I denne oppgaven har jeg diskutert hvordan anti-psykiatri debatten ble presentert i Norge. Jeg har hovedsakelig basert meg på norske psykiatriske og medisinske tidsskrift i perioden 1960-1979, samt norske aviser i perioden 1960-1985. Tidsskriftene jeg har brukt er *Impuls*, *Psykologen*, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, og *Æsculap*. Spesielt *Impuls* og *Psykologen* er spesielt rettet like mye mot studenter som ferdig utdannede psykologer og psykiatere, det var også i disse tidsskriftene jeg fant de mest venstreorienterte artiklene. Tidsskrift for norsk psykologforening publiserte i større grad artikler som tok i bruk noen av de terapeutiske teoriene innen anti-psykiatrien uten å diskutere ideologien som helhet. Et unntak er Nina Karin Monsen, som skrev en artikkel svært inspirert av Thomas Szasz' syn på mental sykdom.

Avisene jeg har brukt er *Dagbladet*, *Stavanger Aftenblad* og *Aftenposten*. Jeg valgte disse fordi det er en spredning over det politiske spekteret som da påvirker hvordan synet på anti-psykiatri er og hvilke artikler som blir publisert. *Dagbladet* var en venstre-avis, mens *Stavanger Aftenblad* og *Aftenposten* var mer borgerlige. Politikken i avisene er viktig fordi det farge hvilket syn på psykiatri som blir presentert, og spesielt anti-psykiatrien, som var mer politisk enn psykiatrien ellers og tidvis sterkt farget av ideologi. Det er også tre aviser jeg hadde brukt i bacheloroppgaven min og dermed også visste at hadde publisert debatter om psykiatri og mental helse tidligere, som gjorde dem til et naturlig valg.

Kronikkene og artiklene i avisene har nødvendigvis en annen karakter enn artiklene i tidsskriftene. Tidsskriftene er hovedsakelig rettet mot folk innen faget, enten studenter, professorer eller terapeuter, mens avisene retter seg mot den almene befolkning.

For å finne artiklene har jeg brukt et utvalg nøkkelord i Nasjonalbibliotekets database. Disse har vært navnene Laing, Szasz, Cooper, Marx og Goffman, samt ordene antipsykiatri og anti-psykiatri. Disse ble valgt fordi de var viktige personer innen anti-psykiatrien. Ronald D. Laing, David Cooper og Thomas Szasz var de viktigste anti-psykiaterne og de som stadig blir nevnt i litteraturen. Marx ble valgt fordi en god del av venstresiden av anti-psykiatri debatten bygget på marxisme og sosialistiske idealer. Erving Goffman skrev bøkene *Asylums* og *Stigma*, som igjen har påvirket anti-psykiatrien med hans kritikk av institusjoner og sosialt stigma og stempling. Jeg har holdt meg til de faglig relevante tidsskriftene, selv om det også var andre som publiserte artikler relatert til anti-psykiatrien.

Herfra gikk jeg videre med de artiklene som hadde åpenbar kritikk av psykiatrien, og søkte opp forfatterne av disse for å få et bedre bilde av hvem de var og også om de hadde skrevet andre relevante artikler. Søket her har vært mindre begrenset og åpnet for å finne kilder andre steder enn Nasjonalbiblioteket, som UiOs ansatte-profiler. Til slutt satt jeg igjen med fem distinkte stemmer innen den norske anti-psykiatridebatten. Disse var Sigurd Halleraker, Inge Jarl Støylen, Noel Cobb, Nina Karin Monsen, og Finn Magnussen.

Halleraker og Støylen kritiserte hierarkier og maktbruk i psykiatrien, Støylen mer innenfor de psykiatriske institusjonene og Halleraker så også på fengsel og samfunnet som helhet. Noel Cobb fokuserte mer på forståelse av og for mental sykdom og behandling av den fra et venstreorientertt utgangspunkt. Monsen var mot psykiatrien som helhet og så på den som frihetsberøvende og en moralsk ansvarsfraskrivelse

tilrettelagt av samfunnet. Det var et spesielt individualistisk perspektiv. Magnussen kritiserte anti-psykiatrien, men var villig til å drøfte styrker og svakheter, hva den tilførte feltet og hvor den var for ideologisk eller ukonkret. Han skrev også disse kritikkene hovedsakelig i Dagbladet, med utgangspunkt i bøker. Av disse var det kun Monsen som ikke hadde utdanning innen psykiatri.

Jeg valgte bort å gå nærmere inn i hvilke bøker som ble publisert som kunne anses som anti-psykiatriske eller som kommenterte på debatten. Dette var av hensyn til omfang og tid. Jeg snevret da heller inn på hva som ble publisert i media og vinklet oppgaven den veien.

Det har ikke vært et stort utvalg av norsk sekundærlitteratur om anti-psykiatrien, og enda mindre om hvordan den var i Norge, så jeg har basert meg på det lille som var, i tillegg til mer generell psykiatrihistorie både i Norge og internasjonalt. For norsk historie har jeg brukt Einar Kringlens *Norsk psykiatri gjennom tidene* (2007), Wenche Blombergs *Galskapens hus* (2002), og Thomas Vestgårdens og Sigmund Aas' *Skammens historie* (2015), for internasjonal psykiatrihistorie har jeg hovedsakelig brukt Michel Foucaults *Galskapens historie* (1973) og Petteri Pietrikainens *Madness* (2015). Disse bøkene har en god spredning i deres holdninger til psykiatrien og er både rosende og kritiserende.

I *Galskapens hus* åpner Blomberg med en kritikk av tidligere forskning, som hun mener hadde vært ganske ensidig. Det hadde vært profesjonen som hadde stått i sentrum, historien har vært skrevet av legene og psykologene. Dette har igjen ført til en forskjønnelse av den moderne profesjonen, satt som et lys mot middelalderens mørke, og blir en legitimering av faget. Blomberg skriver at det har vært en trend at medisinhistorien blir sett på som en evig fremgang i vitenskapens navn, alt blir bedre med ny kunnskap. Dette ignorerer naturligvis mange av problemene som dukket opp med ny legevitenenskap og nye teorier. Utviklingen har heller gått i bølger, spesielt i psykiatrien. Håp når en ny teori testes, for så å bli pessimisme når heller ikke dette virket, og så håp igjen når neste teori skal testes. Hun kritiserer også Foucault for å komme med påstander hun ikke finner grunnlag for.<sup>9</sup>

Kringlen som psykiatrihistoriker er farget av at han selv er psykiater, dette påvirker naturlig nok hvordan han skriver. *Norsk psykiatri gjennom tidene* er en psykiatripositiv bok som i hovedsak handler om psykiatrien som fag, med noen konkrete eksempler. Tendensen til å blindt fortelle hvor bra faget er slik Blomberg kritiserer, er ikke like sterk her, og han bruker til og med *Galskapens hus* selv. Likevel er det punkter som stikker seg frem, særlig når han skriver om anti-psykiatri. Anti-psykiatrien var ikke noe han var villig til å gi en nyansert drøfting og kaller den «ofte helt urimelig»<sup>10</sup>. Han skriver noe om anti-psykiatrien internasjonalt, men det er ikke mye spesifikt, og enda mindre om den norske varianten. En styrke ved verket er at Kringlen også tar opp politiske og sosiale forhold som påvirket psykiatriens faglige utvikling.

Sigmund Aas og Thomas Vestgårdens bok *Skammens historie – Den norske stats mørke sider 1814-2014* har naturlig nok en noe unyansert vinkling. Dette har vært en interessant bok for en mindre teoretisk vinkling og konkrete eksempler. De skriver hverken spesifikk psykiatrihistorie eller om anti-psykiatrien, men har eksempler på hva anti-psykiaterne hadde reagert på. Fordi de fokuserer på de mørke sidene er det lett å få

---

<sup>9</sup> Blomberg, W. (2002) *Galskapens hus - internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Universitetsforlaget, Oslo. S.10-13

<sup>10</sup> Kringlen, E. (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene*, N.W. DAMM & SØN AS, Oslo. S. 339

et inntrykk av at tilstandene var verre enn de egentlig var, men den komplimenterer de mer teoritunge bøkene godt med eksempler på problemene i psykiatrien. Det er også det inntrykket jeg har av hvordan de ønsker at boken skal bli brukt, som tillegg til den eksisterende litteraturen og ikke som et nytt, separat narrativ.

Av den internasjonale litteraturen har Pietrikainens bok *Madness: a history* vært spesielt nyttig. Han tar for seg psykiatriens historie fra antikken til i dag, med hovedvekten på asylenes fremveksts. Av bøker som faktisk tar for seg anti-psykiatri er dette en av de med mest innhold. Han tar for seg mer enn bare én retning, og inkluderer aktørenes politiske standpunkt. Han går i dybden på de ulike teoriene og nøkkelpersonene innen anti-psykiatrien, Thomas Szasz, R. D. Laing og David Cooper får spesielt mye oppmerksomhet, men han vier også tid til Daniel Rosenhans eksperiment om stemping, sykeliggjøring og helsepersonells dømmekraft. Han er også kritisk til anti-psykiaterne og nøler ikke med å peke ut svakhetene deres, både faglig og ideologisk.

Michel Foucault har fungert som en interessant bakgrunn for de andre forfatterne og spesielt deres kritikk av ham, men jeg har også brukt noen interessante, mer konkrete eksempler fra psykiatri-historien. Disse er stort sett de jeg har kunnet finne grunnlag for at ikke var feilaktige i andre verker som Kringlen og Blomberg. Hans bok *Galskapens historie* er også interessant i det at den kom ut i 1961, i begynnelsen av anti-psykiatriens fremvekst, og ble oversatt til norsk i 1973, midt i dens storhetstid. Boken er en krass og, ifølge både Blomberg og Kringlen, overdreven kritikk av holdningen til nevroutypiske gjennom historien, spesielt i den vestlige verden. Den er ikke like åpenbart politisk som mye av anti-psykiatrien, som ofte har hatt eksplisitte politiske og økonomiske standpunkt som har formet deres ideologiske syn på psykiatrien. Han kommer heller ikke med forslag til hva som kan gjøres videre. Foucault regnet ikke seg selv som anti-psykiater eller som del av anti-psykiatribevegelsen, likevel regnes han ofte med i gruppen av anti-psykiatere på 1960- og 1970-tallet på grunn av sin kritikk av psykiatrien som felt. En del av anti-psykiatrien som ser på det historiske perspektivet har også tydelig blitt sterkt påvirket av ham og hans ideer om sykeliggjøring og kontroll.

Utover disse har jeg også brukt artikler fra Nick Crossley og Mervat Nasser. Crossley skrev i 1998 en artikkel om Laing og anti-psykiatrien i tidsskriftet *Social Science and Medicine*. Han skriver mest om Laing og miljøet slik det formet seg rundt ham, men også litt om videre konsekvenser som dannelsen av pasientgrupper for psykiatriske pasienter og at selv om anti-psykiatrien falmet innen faget, hang det igjen i samfunnet. Nassers artikkel «The rise and fall of anti-psychiatry», publisert i *Psychiatric Bulletin* i 1995, gir en rask oversikt over anti-psykiatriens historie internasjonalt, med særlig vekt på Laing og Cooper på ene siden, og Szasz på den andre, samt følgene av anti-psykiatrien, noe andre i stor grad har unnlatt å ta opp. Begge kommer frem til at innen psykiatrien hadde ikke anti-psykiatrien påvirkning utover enkelte språkendringer. Utenfor psykiatrien har den gitt grobunn for pasientorganisasjoner og et skifte hvor institusjoner ble mindre viktige og miljø og samfunn får en større betydning i folks forståelse av mental sykdom. Institusjoner generelt blir faktisk kritisert i større grad. Nasser peker også på at de biologiske faktorene begynte å få mer oppmerksomhet igjen.

Det er altså en del informasjon å finne om anti-psykiatrien internasjonalt, og spesielt om Szasz og Laing, effekter av anti-psykiatrien og kritikk av den. Den norske anti-psykiatrien på den annen side har vært mye mer utfordrende å finne sekundærlitteratur om, og det har nesten utelukkende vært Kringlen jeg har klart å finne som nevner den. Enda mindre er det skrevet koblingen mellom politikk og anti-psykiatri, utover Kringlens



spydige kommentarer om at endringer i behandlinger var presset gjennom på ideologisk heller enn faglig grunnlag.<sup>11</sup>

Jeg har også brukt Aina Schiøtz' *Folkets helse – landets styrke* (2001), Berge Fures *Vårt århundre* (1991) og Einar Lies *Norsk økonomisk politikk etter 1905* (2012) som et utgangspunkt for den økonomiske og politiske tilstanden i landet i 1960- og 1970-årene. Disse er oversiktsverk som tar for seg den politiske tilstanden i landet, med fokus henholdsvis på helsepolitikk, et generelt politisk overblikk, og økonomisk politikk. Disse har vært veldig nyttige for å danne et bilde av hvordan forholdene var, særlig med tanke på investering, satsing og sentralisering.

Utfordringene med å skrive denne oppgaven kom først og fremst i form av mangel på litteratur. Det er ikke skrevet veldig mye om anti-psykiatri i Norge, dermed begynte jeg med internasjonal litteratur. Her har Pietrikainen vært veldig nyttig, sammen med artikler som Nick Crossleys artikkel «R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis». Han skriver spesifikt om Laing og hans rolle i den britiske anti-psykiatrien, men tar også for seg bevegelsen i Storbritannia; ikke bare som fagdiskusjoner, men også den sosiale debatten og noe om hvilke virkninger anti-psykiatrien har hatt. Kringlens *Psykiatriens samtidshistorie* har også bidratt her.

Utover det er det Kringlens *Psykiatriens historie* og Sørhaugs *Gull, penger og galskap* som har stått for litteraturen om norsk anti-psykiatri. Dette er dessverre ikke spesielt utfyllende, og sier lite om politikken som er sterkt knyttet til anti-psykiatrien. Dermed har jeg måttet nøye meg med deres kritikk og det bildet jeg har klart å danne meg gjennom primærkilder og internasjonal litteratur.

En annen utfordring har vært å finne primærkilder. Begrepet «anti-psykiatri» eller «antipsykiatri» er ikke begreper som ble mye brukt i samtiden, dermed måtte jeg finne måter å komme meg rundt denne hindringen. Løsningen ble å se hvem som har referert til de kjente anti-psykiaterne og gå ut ifra hva de har skrevet, og så gå videre og se hva annet de har publisert innen psykiatrien. Det har ikke vært publisert spesielt mye om anti-psykiatri i norske medisinske og psykologiske tidsskrift, så dette har også begrenset hvilke kilder jeg har funnet. Jeg bestemte meg tidlig for å unngå aviser, som det ser ut til å ha vært publisert mer i, for å begrense oppgaven til innen psykologien og psykiatrien. Spørsmålet om den større samfunnsdebatten hadde også vært interessant, spesielt fordi Crossley også påpeker at anti-psykiatrien har på lang sikt påvirket samfunnet mer enn den har påvirket psykiatrien.

Opgaven min beveget seg fra en antagelse om at det var et større miljø, til å gå i dybden på fem personer som publiserte i de relevante tidsskriftene og avisene i perioden 1960-1979. Dette var nok en gang på grunn av manglende faktisk publiserte artikler i fag-tidsskrift som omhandlet anti-psykiatri i noen form, og hvordan artiklene artet seg i avisene. Dette tyder på at det større miljøet jeg hadde antatt fantes, antageligvis ikke gjorde det. Det var heller noen få enkeltaktører som sendte sine meninger til tidsskriftene og avisene. Dette betyr ikke at den var ubetydelig. Magnussen skrev flere kronikker om norske bøker utgitt i perioden som tydelig faller innen anti-psykiatrien, så det må nødvendigvis ha vært interesse for både fagbøker og skrivelser om dem i avisene. Hvor mange andre som var enige eller uenige med dem og ikke sa noe offentlig er likevel vanskelig å si.

---

<sup>11</sup> Kringlen (2007) s. 339

Jeg har valgt en representasjonsanalytisk tilnærming, altså hvordan tekstene representerte anti-psykiatrien og hvordan konteksten påvirker hvordan den oppfattes, da dette virket mest logisk gitt tema og hva som var tilgjengelig av litteratur og primærkilder. Det var denne metoden som ville besvare spørsmålene mine om hvordan debatten fremstod i tidsskriftene og avisene, og hvordan det passet inn i et politisk perspektiv. Jeg har sett både på innhold og tone i tekstene. Språkbruken sier mye om hvordan forfatteren ser et tema, og det er veldig tydelig både i primærkildene og sekundærlitteraturen. Fordi anti-psykiatrien er så politisk som den er, var det naturlig å sette den inn i et samtidig politisk og økonomisk perspektiv, og hvordan synet har endret seg over tid. Hva det betyr å ha mental sykdom og hvordan det best bør behandles var sterkt splittet den gang. Det varierte fra å måtte ta seg sammen og ta et moralsk ansvar for egen oppførsel, via radikal samfunnskritikk, til nye og alternative måter å forstå og gjennomleve mental sykdom på. Det er tekst full av sosiopolitisk mening som forfatterne ikke legges skjul på.

## Antipsykiatri og psykiatrikritikk

Hva er forskjellen på disse begrepene? Det er som firkanter og kvadrater, alle kvadrater er firkanter, men ikke alle firkanter er kvadrater. Anti-psykiatri er en form for psykiatrikritikk, men ikke all psykiatrikritikk kan kalles anti-psykiatri. Anti-psykiatrien er grunnleggende politisk og ideologisk. Den fokuserer på hva psykiske sykdommer egentlig er, og hva samfunnets rolle i behandling av og holdninger til dem skal være. Det er selvsagt grader i plukkfisken her som i alle andre situasjoner, men i utgangspunktet er det synet på mental sykdom som definerer anti-psykiatrien. Høyresidens holdning var at mental sykdom ikke finnes fordi det ikke kan måles og det kun er individuelle svakheter som var den psykiske sykdommen, derfor burde det ikke være medisinsk intervensjon og heller erstatte det med hjelp til å være selvstendig og moralsk god. Dette er en holdning som sammenfaller med ideen at mennesker skal være selvstendige individer som ved eget arbeid jobber seg opp her i verden uten hjelp fra staten. Den ytre venstresidens tanke var at psykisk sykdom egentlig er en respons på et samfunn som ikke godtar personen, og dermed samfunnet som må endres. Grunnideen er at mental sykdom ikke egentlig er en sykdom det hele tatt, men et økonomisk og samfunnsproblem som kan løses gjennom sosialistiske reformer, statlig inngripen og aksept. Dette er selvsagt satt litt på spissen, og det er de aller færreste som hadde en slik ekstrem mening. De fleste på venstresiden av argumentet ville nok heller sagt at samfunnsoppbyggingen ikke tilrettelegger for hvordan vi behandler mentale sykdommer, og de eksisterende strukturer kan være ødeleggende for enkelte grupper, men vil ikke benekte at mental sykdom faktisk eksisterer. På samme vis lener argumentene på høyresiden mer mot en reduksjon av institusjoner, tvangsinnleggelse og statlig innblanding og økt personlig ansvar for å oppsøke hjelp om man skulle ha behov for det, enn en total benektelse av eksistensen av mentale sykdommer.

At anti-psykiatrien er politisk kan vi også se i hvem som skriver artiklene, og hvordan de er formulert. I tidsskriftene er det kritikk av samfunn, enten samfunnet i sin helhet, eller mindre samfunn som institusjoner. Hierarki og menneskesyn preger disse artiklene. Noel Cobb er litt spesiell her da han heller fokuserer på hvordan vi tenker på mental sykdom og pasienter. Han publiserte både i tidsskrift og aviser, og skriver lite om faktiske samfunnsstrukturer.

## Hva skjedde før? En kort oppsummering av psykiatriens historie frem til 1960

For å forstå antipsykiatrien må vi først se på hva som satte bevegelsen i gang, og begynnelsen på bevegelsen internasjonalt. For antipsykiatri er reaktivt. Den oppsto ikke som en ny form for behandling for å utfylle det eksisterende tilbudet, men som en motreaksjon på nettopp dette tilbudet. Psykiatrien både i Norge og internasjonalt har vært full av frihetsbergøving, tvang, og medisinsk maktmisbruk, men også ofte et reelt ønske om å hjelpe pasientene. Anti-psykiatrien lente seg tungt på Foucaults negative fremstilling av psykiatrien og behandling av mental sykdom. I dette kapittelet skal jeg kort oppsummere psykiatrihistorien fra middelalderen frem til 1960-årene, med fokus på hva synet på nevroutypiske var, hva mental sykdom var, og utviklingen av behandlingsmetoder.

### Frem til 1900

I middelalderen var mentale sykdommer stort sett familiens ansvar, eller kirkens hvis vedkommende ikke hadde familie eller familien ikke ville ta hånd om dem. Hvis det var kirken som tok på seg ansvaret ble det betalt gjennom tiende, og de måtte jobbe for å betale for seg så godt de var i stand til det. Det ser også ut til at det var forsøk på helbredelse, dog helst gjennom religiøse midler som åndeutdrivelse og nærhet til helgener og hellige steder. Det var tilsynelatende også mer aksept for avvik i handling og væremåte. Så lenge man ikke var til bry eller utgjorde noen opplevd trussel kunne man for eksempel bli satt til å gjete sauer eller spikke raketagger eller lignende enkeltarbeide.<sup>12</sup>

I senmiddelalderen begynte institusjoner for mentalt syke å dukke opp, selv om disse var mer for å hindre dem i å være forstyrrende i samfunnet og dermed preget av innesperring. Ifølge Blomberg ser man de første offentlige tiltakene mot nevroutypiske i Europa i Spania på 1300-tallet, trolig inspirert av arabiske land, som har hatt dårkister eller galehus i hvert fall siden 300-tallet. Men asylene eller galehuset var ikke enda etablert som en institusjon i Europa. Det var kun tiltak for å få bukt med enkeltindivider som skapte bråk og problemer.<sup>13</sup>

Historisk har nevroutypiske mennesker vært en av de mest utsatte gruppene for kriminalisering og har ofte blitt satt til tvangsarbeid, i isolasjon, eller andre former for straff, særlig fra etter reformasjonen.<sup>14</sup>

Forholdene i oppbevaringsinstitusjonene, også kjent som tidlige asylter, har vært beryktet for sin umenneskelighet. Det har vært sagt om asylene at hvis du ikke var gal før du kom dit så ble du det snart nok. Grusomme bilder har blitt malt av mennesker uten skikkelig mat og klær, uten privatliv, og uten autonomi. Det er malerier av en lukket institusjon av kaos. Mot slutten av 1700-tallet begynte det å dukke opp protester mot å oppbevare nevroutypiske og «vanlige» fanger samme sted. Ikke fordi de syke fortjente bedre, men fordi fangene gjorde det. Nevroutypiske, spesielt de som hadde voldsomme utbrudd, ble sett på nærmest som dyr og ble behandlet deretter.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Kringlen (2007) s. 19-20

<sup>13</sup> Blomberg (2002) s. 37

<sup>14</sup> Blomberg (2002) s. 30

<sup>15</sup> Foucault (2008[1961]) 148, 165-166

Rundt slutten av 1700-tallet og begynnelsen av 1800-tallet begynte ideen om mental sykdom å vokse frem. Det var ikke bare Guds vilje, demoner eller latskap. Og fordi det nå var en sykdom måtte det bety at det kunne helbredes. Dette førte til heller tvilsomme behandlingsmetoder, først og fremst basert på moral. Den syke hadde mistet forstanden og kunne få den igjen hvis de bare kunne komme seg på den rette sti igjen. Foucault forteller at disse metodene inkluderte sjokk for å skremme en person med angst til å fokusere på en reell fare, eller ved å ta fra dem det som føret vrangforestillingen, om det var å bli ignorert eller at den ble foret til det ytterste slik at de så hvor feil det var. Det ble påstått at det var effektivt og med langvarig effekt. Bruk av is-bad og is-dusj var ikke en uvanlig måte å sjokke pasienten. <sup>16</sup>

Dette betyr ikke at det ikke var motstand mot hvordan man behandlet nevroutypiske før 1960-tallet. Blomberg forteller om Johanne som blir tatt inn av Anna Maria. Anna Maria oppsøker etter hvert hjelp med å ta seg av henne, men når hun får tilbud om å sende henne til dårkisten avslår hun fordi hun så at det ville gjøre Johanne mer skade enn godt. Institusjoner som kjempet mot bruken av tvang avhumanisering og argumenterte for at disse gjorde tilstandene verre dukket også opp med ujevne mellomrom. Det var blant annet en bølge på 1840-tallet som argumenterte for human behandling og ingen bruk av fysisk tvang. Dette ligner på institusjonen stiftet av kvekerne på begynnelsen av århundret, som også la vekt på å fjerne fysisk tvang og å la denne lukkede delen av verden lære igjen hvordan man skal omgås andre og oppføre seg som et moralsk og skikkelig menneske. <sup>17</sup>

Tross denne kritikken sprang asylene frem over hele den vestlige verden, og selv de som prøvde å holde seg til en human og god behandlingsform opplevde fort at dette ble vanskelig. Overpopulasjon av asylene, både av nevroutypiske og andre som ble ansett som plager i samfunnet som kriminelle, fattige, minoriteter, og alkoholavhengige, skjedde raskt. Kombinert med begrensede midler kunne det fort skje at det å holde freden fikk høyere prioritet enn å behandle pasientene. Spesielt på asylene for allmenheten. Det var også i denne perioden, spesielt mot andre halvdel av 1800-tallet at degenerasjons-teori vokste frem. Teorien om at funksjonsnedsettelse, avhengighet og kriminalitet var arvelig og ble verre for hver generasjon. Den falmet etter gjenoppdagelsen av Mendels arvelære som viste at det ikke var noe vitenskapelig grunnlag for degenerasjonsteorien. Den forsvant likevel ikke helt. Troen på nedarving fortsatte, spesielt tydelig er det i rasehygien som også lånte fra psykiatrien. Selv om problemene ikke skulle bli verre for hver generasjon var det fremdeles tro på at uønskede egenskaper som nevroutypiskhet, alkoholisme og fysiske funksjonsnedsettelse ble videreført. Dette ville da sørge for rasens forfall. Dette gjorde at kastrering og sterilisering av minoriteter ble mer utbredt, i Norge kom lov om adgang til sterilisering i 1934, men den hadde vært diskutert siden slutten av 1920-tallet med utkast i 1932 og 1933. Tvangssterilisering<sup>18</sup> var en praksis som i realiteten ikke ble forbudt før godt utpå 1900-tallet, 1977 i Norge, blant annet etter at de så hva denne tankegangen førte til i Tyskland på 1930 og 1940 tallet. <sup>19</sup> Tvangssterilisering ble ikke

---

<sup>16</sup> Blomberg (2002) s. 196

<sup>17</sup> Foucault (2008[1961]) s. 166

<sup>18</sup> Ukjent forfatter (1932) Nytt lovutkast for sterilisering av voldsforbrytere, *Stavanger Aftenblad* (8. august) s. 3  
Kringlen (2007) *Psykiatriens historie*. Gyldendal Norsk Forlag: Oslo s. 182, 186

<sup>19</sup> Kringlen, E. (2005) s.14-20

forbudt i California før 2014.<sup>20</sup> Det skal likevel sies at det trolig var mindre utbredt enn man kan få inntrykk av, i alle fall i Norge, og bruken av direkte tvunget sterilisering har vært begrenset.<sup>21</sup>

Det bør også nevnes at ikke alle på disse institusjonene levde under slike forhold. Som i så mange andre tilfeller kunne penger sørge for bedre behandling og bedre forhold. De med midlene til det, hadde muligheten til å utnytte eksklusive institusjoner som faktisk tok vare på pasientene, hadde deres interesser i fokus, og ikke var overfylte. De var gjerne satt litt ut på landet, og ofte sammen med kurbad, i et miljø fritt for stress. Det er ingen overraskelse om mange dro nytte av dette.<sup>22</sup> Et eksempel på dette er dr. Dedichens privatasyl som ble opprettet i Aker i 1901. Selv om asylt ble sett på som avlastning for det offentlige av myndighetene var det ikke fri tilgang. Asylt var kun åpent for borgerskapet og embetsstanden som betalte fra egen lomme.<sup>23</sup>

Det var også forsøk på å gi bedre behandling til alle pasienter, som ofte lyktes til en viss grad, til institusjonene ble overfylte og muligheten til å gi god pleie ble tvunget til å vike plass for orden. Idealene var der, men ikke midlene til å gjennomføre dem. Det skal også sies at Blomberg kritiserer dette perspektivet. Ikke fordi det nødvendigvis er galt, men fordi det er vinklet fra psykiaternes perspektiv. De ville fått resultater om de bare hadde nok penger.<sup>24</sup>

### Mentalhygiene og ny behandling

Mot slutten av 1800-tallet kom et skifte i holdninger til nevroutypiske. Asylene vil eksistere i mange år enda, men man begynte å bevege seg i retning av mer medisinsk behandling og bort fra teorier om kun dårlig moral. Fysisk tvang hadde ikke vært konsistent brukt frem til medisineringsens tidsalder. Det var i hovedsak dem som ble oppfattet som farlige, eller ellers bråkete og en plage, som ble utsatt for mye fysisk maktbruk. Sammen med medisineringsen ble det, i alle fall på kriminalasylene, økte bruken av fysisk tvang.<sup>25</sup>

Pasienter på overfylte sovesaler kunne fort bli enten mishandlet eller neddøpet for at de skulle holde freden. Behandling av de innlagte var ofte for å gjøre jobben lettere for de ansatte, ikke livet bedre for de innlagte. Det var også en trend for å få personer fra marginaliserte grupper innlagt ved tvang. Spesielt samene og rom-folkene i Norge var utsatt. Dette bygget på tidens rasisme og sosialdarwinisme som hadde gitt grobunn for degenerasjonsteorien, en teori som også er sterkt knyttet til rasisme og legitimering av koloni-imperier. Det var ikke uvanlig å omtale mennesker som ikke var hvite, av riktig nasjonalitet og fra riktig kultur som mindreverdige i aviser, og de ble gjerne antatt å ha dårligere mentale egenskaper. Dette legitimerte frihetsberøvelsen av disse gruppene.<sup>26</sup>

---

<sup>20</sup> Bhattacharjee, R. (2014, 26. September) *California Bill Bans Forced Sterilization on Female Inmates*. Hentet fra: <https://www.nbcbayarea.com/news/local/Gov--Jerry-Brown-Signs-bill-to-End-Forced-Prison-Sterilization--277229702.html>

<sup>21</sup> Vi kan ikke se bort fra at det har vært en god del indirekte tvang, eller frivillig tvang. Mangel på informasjon, eller et ønske om frihet har preget slike saker i USA, og det er ikke usannsynlig at noe lignende har skjedd i Norge.

<sup>22</sup> Blomberg (2002) s. 197

<sup>23</sup> Kringlen (2007) s. 96

<sup>24</sup> Blomberg (2002) s. 11

<sup>25</sup> Kringlen (2007) s. 72, 83

<sup>26</sup> Aas og Vestgården (2014) s. 48-49

Det var også en økende grad av psykiatriske eksperimenter fra forrige århundreskifte. Disse var ofte uetiske, og som andre medisinske eksperimenter på den tiden, og uten pasientens samtykke. Det var tross alt en periode med utbrett bruk tvang, nedverdiggende menneskesyn og enda mindre faktisk kunnskap om hjernen og dens funksjoner enn vi har i dag. Dette kan være en av årsakene til mange av de inntrengende prosedyrene i forsøket på å kurere nevroulikhet.<sup>27</sup>

Behandlingsformene opp til rundt 1960-tallet ligner ikke mye på hva vi tenker på som psykiatri og psykologi. En teori var at mentale lidelser kunne være forårsaket av infeksjoner, og mange fikk trukket tenner og fjernet mandler og blindtarm, gjerne uten at disse faktisk var betent, som resultat av dette i et håp om at de ville bli friske mentalt. Dette var også en periode med begrenset bruk av anestesi, som gjorde disse unødvendige inngrepene både risikable og traumatiserende.

Ulike former for sjokkbehandling var også vanlig. Injisering av kamfer var eksperimentert med allerede på 1700-tallet. Det ble gjenoppdaget på 1930-tallet at sjokk kunne forbedre enkelte tilstander. Insulinkoma ble i utgangspunktet brukt til å bekjempe avhengighet, men ble raskt også tatt i bruk for depresjon og schizofreni. Cardiazolsjokk kom få år seinere, tett etterfulgt av elektrosjokkterapi. Både insulin- og elektrosjokk var ansett som gode behandlingsmåter til utpå 1950-tallet.

Elektrosjokkterapi, eller elektro-konvulsiv behandling (ECT) som det heter i dag, var en traumatiserende opplevelse for pasientene, der legene kjørte strøm gjennom kroppen til pasienten for å utløse epilepsilignende anfall som hadde vist seg å ha en positiv effekt på depresjon. Disse sjokkene var kraftige nok til at det var en reell fare for død, og brukne armer, bein og rygg var ikke helt uvanlige bivirkninger før man begynte å bruke muskelavslappende medisiner når under ECT. I Aas og Vestgårdens bok «Skammens historie» fortelles det om pasienter som, forståelig nok, var traumatiserte og hadde PTSD liknende symptomer etter sjokkbehandling, og da spesielt ECT.<sup>28</sup> I dag er ECT behandling ganske annerledes. Pasienten blir lagt i narkose og gitt muskelavslappende medisiner, og behandlingen tar 15-45 sekunder. Det er også kun i bruk hvis alt annet har vært utprøvd, og det må være med pasientens samtykke.<sup>29</sup>

Utover 1930-tallet ble en annen form for maktmisbruk også vanlig, lobotomi. Dette er en prosedyre hvor den hvite substansen i hjernens pannelapper blir kuttet over og koblinger til hjernebarken blir brutt. Det første problemet med denne prosedyren er bivirkningene som følger med denne behandlingsformen. Vanlige bivirkninger er kritisk tap av intellektuelle og emosjonelle egenskaper, personlighetsendringer og eksekutiv dysfunksjon. Inngrepene var også ytterst risikable, og mange operasjoner endte med døden. I tillegg til disse bivirkningene var det også en prosedyre som ble utført på mange den ikke var ment for. Ofte var det «vanskelige» pasienter som ble utsatt for dette for å gjøre dem enklere å håndtere. Det var sjelden tilfeller der dette inngrepet faktisk ville vært nyttig. Selv i tiden dette var en vanlig behandling var den sterkt kritisert, men kritikken var ikke offentlig og kritikerne hadde ikke et alternativ å komme med før 1954.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Mosley, M. (programleder). (2011). *The brain a secret history* [TV-serie], BBC

<sup>28</sup> Aas og Vestgården (2014) s. 87-88

<sup>29</sup> Malt, U. (2019, 10. September) *ECT*. Store Medisinske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/ECT>

<sup>30</sup> Kringlen (2005) s. 23

## Begynnelsen på antipsykiatribevegelsen

Antipsykiatri oppsto i en tid da disse behandlingsformene ble mer og mer kritisert, og pendelen svingte andre veien. Ikke-inntrengende behandling som samtalerterapi begynte å bli vanligere, og både frivillige- og tvangsinnleggelse ble redusert til fordel for terapitimer pasienten kunne oppsøke selv og ikke nødvendigvis var i forbindelse med sykehuset. Men antipsykiatrien var mer enn bare en kritikk av psykiatriens metoder. Det var en kritikk av psykiatriens grunnlag. Synet på hva mental sykdom *er* ble stilt spørsmål ved, og psykiatri og psykologi ble sett i lys av institusjoner som opprettholder eksisterende maktstrukturer eller en måte å kontrollere individer på som ikke passer inn, og definitivt en uetisk frihetsberøvelse. Et syn på schizofreni var for eksempel at det var en reise og ikke en sykdom. Dermed skulle man tilnærme seg den ved å støtte personen gjennom reisen, ikke kurere sykdommen.

## Anti-psykiatrien internasjonalt

Anti-psykiatrien var ikke opprinnelig et norsk fenomen, den hadde utspring i Storbritannia og USA, og retningene den tok i de to landene var vidt forskjellige. I Storbritannia tok anti-psykiatrien en venstreorientert vinkling, hvor synet var at den sosiale og økonomiske realiteten påvirket eller til og med bestemte hva mental sykdom er, hva det vil si å være normal eller unormal. Den venstreradikale psykiateren David Cooper gikk så langt som til å si at hvis kapitalismen ble eliminert til fordel for sosialisme, ville også mentale sykdommer forsvinne. I USA var det en mer neoliberalistisk holdning, staten skulle ikke gripe inn i folks liv mer enn absolutt nødvendig, og psykiatrien var mer et spørsmål om moral enn sykdom.

Disse var ikke de eneste, i Frankrike ga Michel Foucault ut boken «Galskapens historie» hvor han forteller om utbredt bruk av tvang, og et skifte fra fysisk til mental tvang i slutten av det 18. århundre. Erving Goffman i Canada er også viktig, med sine mange bøker om mentale sykdommer, institusjoner og stigma. Det er spesielt bøkene «Asylums»(1961) og «Stigma»(1963) som påvirket antipsykiatrien. Bøkene kritiserer de totale institusjonene og hvordan de påvirker dem som bor der, og hvordan stigma påvirker de sosiale relasjonene og interaksjonene vi har. Mye av anti-psykiatrien bygger på deres verker, men hvorvidt verkene deres er anti-psykiatriske eller bare kritiske til hele eller deler av psykiatrien kan diskuteres.

I dette kapitlet tar jeg for meg anti-psykiatrien internasjonalt, først den venstreradikale varianten som var størst i Storbritannia. Den kritiserte både hvordan kommunikasjon med pasienten foregikk og det økonomiske systemet som forsterket eller forårsaket de mentale sykdommene. Deretter den neoliberalistiske varianten fra USA. Den var mye mer individorientert og kritiserte hvordan mental sykdom ikke kunne eksistere fordi den ikke kunne måles fysisk, og hvordan de mente psykiatere manipulerte pasientene sine.

Den venstreorienterte anti-psykiatrien

Selv om den gjerne er fremstilt slik, startet ikke antipsykiatrien som en voldsom motreaksjon til psykiatrien. Det var en diskusjon innen psykiatrien om hvordan psykiatrisk behandling skulle foregå. Dette har det vært mange eksempler på gjennom psykiatriens historie. Behandlingen av nevrotypiske personer har ofte vært preget av en kombinasjon av et ønske om å hjelpe, manglende rom og personale, og et ønske om

å fjerne dem fra samfunnet. Opp til slutten av 1800-tallet var det bortstuing på asylers som dominerte, og disse hadde ofte dårlige fasiliteter og den behandlingen som ble brukt kan heller sammenlignes med tortur. For dem som kunne betale for det var riktignok situasjonen en annen og faktisk bedret psykisk helse var ikke usannsynlig. Mens mindre privilegerte var på overfylte, underbemannede asylers det de ble sett ned på som undermennesker, hadde rikere pasienter muligheten til å dra til mer eksklusive behandlingssteder med kurbad og nok personale til at drastiske tiltak ikke ble nødvendig. Men dette betyr ikke at det var den eneste holdningen. Den ofte umenneskelige behandlingen av pasienter har vært kritisert så lenge det har vært institusjoner til å plassere dem i, og bedre levestandard og faktisk pleie har vist seg gang på gang at har vært effektivt. Men det har også gang på gang vist seg vanskelig å kombinere god pleie med høy innleggelsesrate, lite plass, og lite personale, og psykiatrien har falt tilbake i gamle spor.<sup>31</sup>

Ved forrige århundreskifte begynte man i større grad å se psykiske sykdommer som biologiske sykdommer som kunne behandles med medikamenter, damp- og isbad, og sjokkbehandlinger. På 1930-tallet kom også lobotomien. Disse behandlingsformene sammenfalt også med en voksende eugenikkbevegelse i Europa og Nord-Amerika. I Norge var ideen om mentalhygiene viktig.

Fordi mentale sykdommer og andre funksjonsnedsettelse ble nå sett som arvelige, og degenerative, ønsket man ikke å videreføre dem til neste generasjon. Tvangssterilisering var en realitet i Norge fra 1934 frem til endringen i steriliseringsloven i 1977. Denne biologi-tankens gikk spesielt hardt utover etniske minoriteter som gjerne ble ansett for å ha dårligere arvemateriale. Både i Norge og Nord-Amerika var minoriteter som urbefolkningene, romani, og svarte sterilisert mot deres vilje, fordi de ble sett som mindreverdige og burde hindres i å kunne få flere barn.

Det er her antipsykiatrien kommer inn. Mot slutten av 1950-tallet tok diskusjonen av behandling av mental sykdom seg opp igjen etter en periode med større tro på psykiatrien på grunn av gjennombrudd som psykofarmaka. Spesielt R. D. Laing diskuterte dette i sine bøker og artikler. Men denne gangen var det ikke bare behandlingsformen som ble kritisert, selve konseptet psykisk sykdom ble betvilt. Laing tar utgangspunkt i sine observasjoner av og samtaler med Schizofrene pasienter. Han så at flere hadde et minimalt utbytte av innleggelse og medisiner, mens samtaler hvor opplevelsene deres ble diskutert og bearbeidet så ut til å ha en mye bedre virkning på hvor godt de fungerte. Dette begynte han å omtale som å hjelpe dem på deres reise gjennom opplevelsene, heller enn å stoppe reisen for at de skulle fremtre som «normale». Hele konseptet med normalitet er også et viktig spørsmål i denne debatten.

Laing skrev også om hvordan psykiatrien er en del av hvordan samfunnet kontrollerte sine borgere. Psykiatrien har en iboende politisk og moralsk kjerne, og pasientene er individer som ikke passer inn i samfunnets modell av en god borger. Dette må da bety at psykiaterens jobb er å gjøre pasienten akseptabel for samfunnet, eller sperre dem inne skulle det mislykkes.

For hva er normalt? Hvem bestemmer hva som er normalt?

---

<sup>31</sup> Blomerg (2002) s. 196-197



Disse spørsmålene, hva er sykdom, hvordan skal det behandles og hva er normalt, skrudde seg fra en intern faglig diskusjon til en politisk bevegelse. Laings retorikk om hvordan psykiatrisk behandling har tvunget mennesker inn i gitte holdninger og tankemønstre falt i smak hos venstresiden og 1960-tallets motkultur. Å betvile hva samfunnet sier er normalt og hvordan det opprettholdes er grunnleggende for enhver motkultur.

Blant annet var han med på å opprette nye behandlingsfasiliteter vekk fra sykehusene. Dette var fordi man fant ut at denne alternative behandlingsmåten ikke vil være mulig innenfor en etablert institusjon med alle assosiasjonene og reglementene det førte med seg. Det førte også til opprettelsen av Storbritannias første pasientorganisasjon for psykisk helse.

I følge Laing og Cooper var et dysfunksjonelt samfunn en større trussel til menneskeheten enn et dysfunksjonelt menneske. Dette kan være en holdning inspirert av rettsaken mot Adolf Eichmann, som var et veltilpasset menneske i et av verdens mest dysfunksjonelle samfunn. At schizofreni er en motreaksjon fra naturens side for å motvirke dette, slik Laing og Cooper hevdet, er derimot heller tvilsomt.<sup>32</sup>

Laing hadde også noen mer tvilsomme uttalelser, som at mental sykdom er en flukt fra normalitetens galskap. At schizofrene personer er det ved valg for å unngå dagliglivets normer, og at de dermed blir stemplet som forstyrrede. At å ha en mental sykdom er et valg er en potensielt farlig holdning som kan undergrave dem som genuint sliter, med alt fra depresjon til schizofreni, til autisme og ADD. Likevel betydde ikke dette at pasientene ikke skulle få hjelp, men at man måtte forstå dem for å tilrettelegge og hjelpe dem passe inn i samfunnet tross sine anderledesheter.<sup>33</sup>

Men jo mer politisk Laing og hans publikasjoner ble, jo mindre anseelse hadde han blant psykiatere. Å blande politikk inn i psykiatrien var ikke akseptabel oppførsel. Selv om dette ikke gjorde ham mindre populær politisk, gjorde det at han fikk mindre innflytelse på fagfeltet. Feltet svingte etter hvert tilbake til tradisjonelle konservative holdninger. Men frøene var sånn og Laings antipsykiatri spredde seg både i befolkningen og til det internasjonale fagmiljøet, gjerne spesielt studenter.<sup>34</sup>

Laing har hatt en langvarig effekt på psykiatrien, ikke bare i Storbritannia, men også i verden. Spørsmålene om hva som er sykdom og hva som er normalt, og spesielt om medisiner alltid er den beste løsningen blir tatt opp med ujevne mellomrom, gjerne spesielt i media. I dag er det også flere interesseorganisasjoner for nevroutypiske internasjonalt.

### Den neoliberalistiske anti-psykiatrien

Thomas Szasz er virkelig nøkkelpersonen i det neoliberalistiske hjørnet av anti-psykiatrien. Han sto hardnakket på sin teori om mental sykdom som myte og et virkemiddel for sosial kontroll. Han hevdet at konseptet om mental sykdom både var vitenskapelig ubrukelig og sosialt skadelig, en heller sterk påstand. For å forklare dette hevder han at fordi mental sykdom ikke kunne hverken sees eller måles, er det heller

---

<sup>32</sup> Pietrikainen (2015) s. 315-316

<sup>33</sup> Pietrikainen (2015) s. 315

<sup>34</sup> Crossley, N. (1998) "R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis", *Social Science and Medicine*, s. 887

ikke en reell sykdom. Tankene, «the mind», kan ikke måles, og kan derfor ikke bli syke. Dette var også årsaken til at han omtalte det som myten om mental sykdom heller enn bare mental sykdom, det var en fortelling vi ville tro på fordi det var lett å ukritisk tro på.<sup>35</sup>

Videre hevdet Szasz også at mens det i medisin faget ble oppdaget nye sykdommer, ble de oppfunnet i psykiatrien. Psykiatrien var en måte å kontrollere mennesker og deres tanker, og heller et spørsmål om moral. Han sammenligner psykiaterens jobb med prester eller politimenn. Akkurat politisammenligningen kan forstås bedre av å settes i lys av politiet i Sovjets utbredte bruk av psykiatriske diagnoser og stemping<sup>36</sup>, som tross alt var et meget aktuelt tema i 1960- og 1970-årene. Psykiatrien burde heller anses som moralsk veiledning enn medisin.<sup>37</sup>

Den største kritikken Szasz har av psykiatrien er hvordan den tilrettelegger for frihetsberøvelse i terapiens navn, og kaller fratagelsen av autonomi en forbrytelse mot menneskeheten. Han mente at pasientene ikke kunne gi informert samtykke til behandlingen, og at stempingen, altså diagnosen, var en større fare enn det moralske problemet.

Dette kan underbygges av en undersøkelse gjort av Rosenhan i 1973, hvor han sendte pseudopasienter, friske folk som latet som de var syke for å komme inn, til flere psykiatriske sykehus. Det de rapporterte derfra var interessant. De ansatte tolket alle signaler som symptomer, selv om pseudopasientene oppførte seg så normalt som omstendighetene tillot, mens pasientene ofte gjennomskuet bløffen. De fortalte også om hvordan en nesten total mangel på privatliv, objektifisering og fysisk og verbal vold gjorde at de følte seg små og hjelpeløse, det var mentalt belastende å være på institusjonen. Senere gjorde han en oppfølgingsstudie hvor han informerte sykehusene om at han kom til å sende inn pseudopasienter i løpet av de neste tre månedene og de skulle finne ut hvem som var de friske. Sykehusene meldte at de var sikre i sine funn av 41 pseudopasienter. Rosenhan sendte aldri noen. Tross en del problemer med studiene, indikerer disse undersøkelsene hvor lite pålitelig psykiatrien var og hvor sterk effekt stempingen kunne ha. Stempelet «mentalt syk» var grunnlag for frihetsberøvelse og all oppførsel blir sett i lys av diagnosen.<sup>38</sup>

Psykiatrien var altså ekstremt upålitelig og utgjorde en trussel mot alle som ble stemplet som mentalt syke. Szasz var likevel ikke mot all psykiatrisk behandling. Han innrømmer at medisinsk inngripen kan ha en effekt for en liten minoritet, og han var for psykoterapi som et mye bedre alternativ. Det var frivillig og innebar ingen medisinske inngrep eller medisiner.<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> Pietrikainen (2015) s. 312

<sup>36</sup> Nasser (1995) s. 745

<sup>37</sup> Pietrikainen (2015) s. 313

<sup>38</sup> Pietrikainen (2015) s. 318-320

<sup>39</sup> Nasser, M (1995) «The Rise and Fall of Anti-Psychiatry» s. 745, Dain (1989) «Critics and Dissenters: Reflections on “anti-psychiatry” in the United States» *Journal of the History of the Behavioural Sciences* (25) s. 8



## Det politiske og økonomiske landskapet

Du kan spørre, hvorfor skriver jeg om politikk i en oppgave om psykiatri? Psykiatrien er et veldig politisk felt, og tidens politikk og moral spiller inn på hva som er ansett som normalt og ikke. I anti-psykiatrien spiller politikken enda mer inn, ikke minst den økonomiske politikken. Anti-psykiatere kan uten store problemer plasseres direkte på det politiske spekteret fra venstre til høyre. Dermed er det interessant å vite hva den generelle politiske og økonomiske situasjonen i Norge er i den relevante perioden. Den glir fra et strengt regulert marked videreført fra 1950-tallet, til et mer privatisert, men likevel med sterk statlig påvirkning opp mot og utover 1980-årene. I dette kapitlet skal jeg kort forklare den generelle-, økonomiske- og helsepolitikken i Norge 1960-1980. Hvordan politikken beveget seg fra en høy grad av statlig intervensjon mot en mer deregulert og liberal politikk opp mot 1980, og hvordan sentralisering spilte en rolle både i økonomien og helsepolitikken.

### Den politiske og økonomiske situasjonen i Norge

Politikken i Norge i perioden 1960-1985 endret seg mye. 1960-tallet var preget av statlig ekspansjon og generell stabilitet med noen unntak, som uenigheter innenfor industrien, for ikke å snakke om studentopprørene i 1968. Spesielt relevant for oss er ekspansjon av helsetjenestene, både for fysiske og mentale problemer, og det generelle fokuset på velferd. 1970-årene var mer ustabile. Diskusjonene om EU som hadde pågått gjennom 1960-årene fortsatte, men utskiftningen av partier var større. I tillegg kom oljekrisen i 1973, samtidig som den norske oljebransjen begynner å bygge seg opp. Likevel var det mot slutten av tiåret økt arbeidsledighet og økonomisk usikkerhet. Norge ble også påvirket av høyrebølgen som sees spesielt godt i USA og Storbritannia.

Politikken og økonomien i 1960- og 1970-årene viser et sakte men sikkert skifte mot høyre. På begynnelsen av 1960-tallet var økonomien fremdeles sterkt preget av restriksjoner som et etterheng fra 1950-tallet. Det var regulering av renter, kredittgrenser, og statlig intervensjon i industrien som var prioritert. Folket hadde tiltro til staten og dens evne til å regulere markedet på en måte som tjente alle og som ville motvirke konjunktursvingninger<sup>40</sup>. Staten hadde også høy selvtillit til egen evne til å kontrollere disse tingene. Norge hadde rett og slett et mindre fritt marked enn mesteparten av Vesten. En fordel ved dette har nok vært en konsistent politikk og forutsigbarhet, samt gode kår for forbrukerne, selv om ikke bankene var like fornøyde med å ikke kunne sette rentene der de mente de burde ligge. Investeringen i industrien var også høy til fordel for konkurranseutsatte bransjer, men produksjonen fulgte ikke samme kurve.<sup>41</sup>

1960-tallet var også preget av internasjonalisering og økt forbruk, både offentlig og privat. Det var også økning i produksjonen og antall arbeidsplasser i industrien, samtidig som mange arbeidsplasser forsvant fra andre bransjer når de måtte konkurrere med det internasjonale markedet. Likevel var det generelt gode tider. Et av områdene som fikk spesielt stor oppmerksomhet var velferden. Folketrygdsreformen kom i 1966, Venstre hadde presset for det siden 1961. Den ble kraftig utvidet fra en behovstestet alderspensjon til å også omfatte helse, blant annet for å hindre utnyttelse fra

---

<sup>40</sup> Svingninger i den økonomiske syklusen. Det kan være ønskelig å motarbeide dette for å ha en mer stabil økonomi.

<sup>41</sup> Lie (2012) s. 108-110, 112

forsikringselskaper. 1960-tallet så også en drastisk økning i investeringer i helsesektoren.<sup>42</sup>

1960-tallet var ikke bare en dans på roser, hverken økonomisk eller i det større politiske bildet. Det var selvsagt også utfordringer med investeringene i det offentlige, gjerne spesielt finansieringen av folketrygden. Tiåret, og spesielt 1968, er også velkjent for sine mange protester og opprør mot kjønnsdiskriminering, fastgrodde økonomiske strukturer, krig, miljø-problemer, mennesket som et produkt i et bruk-og-kast samfunn. Det var også en endring i moralske holdninger som skilsmisser og barn utenfor ekteskap, som ble vanligere og vanligere.<sup>43</sup>

Kollapsen av Bretton Woods systemet i 1973 og oljekrisen som fulgte rett etter preget hele den vestlige verden. På grunn av oljefunnene var ikke oljekrisen i Norge et like stort problem som kanskje resten av vesten. Vi hadde muligheten til å sette inn støtteordninger til å motvirke de verste effektene av de økte oljeprisene og inflasjonen de to krisene medførte. 1970-tallet startet altså med stor statlig inngripen i økonomien.<sup>44</sup>

Den økonomiske politikken trakk gradvis mot høyre. Det var innstramming på begynnelsen av 1970-tallet for å få bukt med krisene og etterheng av investeringer basert på kreditt med nå forverrede kår fra 1960-tallet. Siden fulgte en deregulering og liberalisering av markedet, særlig assosiert med Høyre og FrP. Det var likevel fremdeles stor overlappning i den grunnleggende politikken mellom de rød-grønne og den blå siden, forskjellene besto heller i mer overfladiske brudd med 1960-tallets radikalisme. Det var fremdeles sterk motkonjunkturpolitikk og oljeindustrien var statlig styrt, og arbeidsmiljøloven kom i 1972. Det var ikke før slutten av 1970-tallet at staten reelt begynte å trekke seg mer ut av markedet og lette på reguleringene som hadde preget 1960-tallet.<sup>45</sup>

Ellers i politikken og samfunnet var det splittelser. Bygden ble nedprioritert til fordel for sentralisering og EF-avstemmingen førte til splittelser innad i partiene, og viste en interesseforskjell mellom politikken og folket. De store partiene ønsket EF-medlemskap, men folket gjorde ikke. Det kan være mange årsaker til dette, alt fra en skepsis til det fremmede, via en sentrum-periferi-konflikt, til en anti-kapitalistisk koalisjon mellom bøndene og arbeiderne. Ingen av disse gir noe godt eller fullstendig svar, og det er heller ikke spesielt relevant her. Poenget er at den stabile og sterkt sosialistiske politikken som preget 1960-tallet ikke lenger hadde samme kraft, og måtte vike plass for en mer markedsorientert økonomi og mer delte meninger politisk og sosialt.<sup>46</sup>

## Helsepolitikk

Helsepolitikken følger nødvendigvis de samme strømningene som den økonomiske politikken. Som i industrien var det et viktig poeng for arbeiderpartiregjeringen å prioritere distriktene, i alle fall på papiret. Helsedirektøren, Karl Evang, hadde allerede fra 1950-tallet argumentert for viktigheten av helsetjenester i distriktene. Byene var overrepresentert i antall sengeplasser per innbygger, hvor spesialistene var, og ikke minst hvor de offentlig finansierte tjenestene var. Rundt en tredjedel av

---

<sup>42</sup> Furre (1991) s. 295, 296,314-316

<sup>43</sup> Furre (1991) s. 297, 346

<sup>44</sup> Lie (2012) s. 123

<sup>45</sup> Lie (2012) s. 124, 132-134

<sup>46</sup> Furre (1991) s. 301, 344

helseinstitusjonene i Norge i 1960-årene var private, spesielt fødestuer, som også var de tjenestene som var tilgjengelige i distriktene.

Utbyggingen av helsetjenestene måtte altså ikke bare innebære de store sykehusene, men også klinikker rundt om i landet. Det inkluderte at spesialister ikke måtte samles på de store sykehusene, men også være i distriktene.<sup>47</sup> Dette var et ideal heller enn en realitet, som var, og er, trenden i resten av samfunnet også. Statlig styring og finansiering krever en viss grad av sentralisering. Kombiner dette med ideen som kom enda mer på 1970-tallet at leger skulle kunne arbeide der de selv ønsket, og det blir eksponentielt mer sentralisering fordi legene da vil arbeide der markedet er størst, altså i byene. Samtidig anbefalte sykehuskomiteen satsing på sentralisering og spesialisering. Det er vanskelig å kombinere en distriktspolitikk som vektlegger desentralisering, og økt spesialisering. Spesialistene må være et sted, og de store sykehusene var det mest logiske.<sup>48</sup>

Denne økingen av sengeplasser på sykehusene fortsatte til slutten av 1970-årene, fulgt av en gradvis nedbygging av sengeplasser til fordel for kortere opphold og poliklinisk behandling. Kapasiteten økte, men det var de store sykehusene som ble større, som da nødvendigvis betyr at lokale sykehus av mindre størrelse forsvant, en trend vi ser også i dag. Unntaket var de psykiatriske sykehusene, som gradvis reduserte sengeplasser til fordel for psykiatriske sykehjem.<sup>49</sup>

Psykiatriske helsetilbud var likevel også påvirket av sentraliseringen. Det var utbygging av barnepsykiatrien i Oslo og Bergen, og sykehusene i Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim fikk psykiatriske avdelinger. I nord var det verre å få hjelp. De store byene fikk brorparten av ressursene og distriktene fikk lite til å dekke behovene, slik det må bli når sentralisering blir prioritert.

En annen trend spesielt på 1960-tallet var radikaliserings, spesielt mot venstre, av folk med høyere utdanning. Dette ser vi kanskje spesielt godt i anti-psykiatrien. Psykiatrien er en profesjon som krever høy utdanning, og en del både eldre og særlig yngre psykiatere og psykiatristudenter ble påvirket av de politiske strømningene i samfunnet. Det ser vi særlig godt i ekstremene Laing og Cooper i Storbritannia. Noel Cobb publiserte en god del i Norge før han ble utvist og selv flyttet til Storbritannia. Han sendte også en artikkelserie til *Dagbladet* etter utvisningen. Radikaliserings mot høyre ser vi mindre av, det er borgerrettighetsbevegelsen i USA, studentopprørene, og

Ifølge Schiøtz var helsepolitikken på 1960-tallet preget av konflikter, spesielt sentralisering/desentralisering. Om helsevesenet skulle styres av fagfolk eller politikere, og skulle institusjonene finansieres på statlig-, fylkes-, eller kommunalt nivå? De to første kategoriene er interessante for oss. Vi har allerede sett litt på sentraliseringsspørsmålet, men hva med styret av institusjoner og helsedirektorat og lignende?

---

<sup>47</sup> Schiøtz, A. (2003) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003: Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Universitetsforlaget s. 325

<sup>48</sup> Schiøtz (2003) s. 351

<sup>49</sup> Schiøtz (2003) s. 381



## Psykiatrien i Norge på 1960- og 1970-tallet

I dette kapittelet skal jeg at for meg hvordan psykiatrien i Norge var på 1960- og 1970-tallet utenfor anti-psykiatridebatten. Anti-psykiatrien var en reaksjon på den ordinære psykiatrien og vi må derfor også vite hva som kjennetegnet psykiatrien i denne perioden.

Psykiatrien i Norge var frem til andre verdenskrig preget av psykologi- og filosofimiljøene i Tyskland. I Norge kunne vi se dette blant annet ved at psykiaterne i Norge før 1940-tallet gjerne hadde tatt deler av utdanningen i Tyskland, og en fasinasjon for psykoser som også kjennetegnet tysk psykiatri.<sup>50</sup> Dette endret seg etter krigen. Interessen begynte å trekke vestover mot Storbritannia og USA, og eksistensialismen var et stort tema. Det var ikke bare anti-psykiatrien vi importerte derfra, det var også nye former for behandling som familierapi og kognitiv atferdsterapi. Disse påvirket også anti-psykiatrien, som sees i bøker og artikler fra 1960- og 1970-tallet. Dette var en periode med mange nye ideer rundt behandling, da med særlig fokus på samtalen, både i grupper og på tomannshånd. Psykofarmaka, som kom på markedet i løpet av 1950-tallet, hadde også endret prognoser og behandling av alvorlige psykiske sykdommer som dyp depresjon, alvorlig angst, og schizofreni. Ellers var det kritikk av varierende gyldighet av tidligere behandlingsformer som ECT, lobotomi og beroligende stoffer.<sup>51</sup>

Medisinering av nevroutypiske pasienter hadde frem til slutten av 1950-årene vært begrenset til beroligende midler som barbiturater, en gruppe beroligende medisiner. Spesielt brukt mot epilepsi og som søvnfremkallende middel i sovekurer mot mentale sykdommer.<sup>52</sup> Nå kom flere nye medisiner for behandling av både angstlidelser, depresjon og psykoser. Dette endret psykiatrien i stor grad. Pasienter som til da hadde vært ansett som kroniske kunne plutselig dra hjem etter kun kort behandling, og mer inntrengende behandlingsformer<sup>53</sup> som ECT ble redusert. Det må her nevnes at ECT på 1960-tallet og ECT på 1930-tallet nesten ikke kan sammenlignes, og var en mye mindre risikabel prosedyre. Bruk av medisiner var heller ikke risikofritt, med potensielt ubehagelige bivirkninger som svimmelhet, nedsatt hukommelse, høy toksisitet og avhengighet. Likevel var den positive effekten av medisinering god nok til at psykiatrien begynte å endre form til mer lokalbehandling fremfor noen få større sykehus. Kringlen mente i «Norsk psykiatri gjennom tidene» at reduksjon av ECT-bruk kan først og fremst skyldes på ideologi heller enn fakta. Effekten av ECT var bedre enn ved medisinering og risikoen var blitt så redusert i forhold til hva den var tidligere. Han uttrykker en kritisk holdning til anti-psykiatriens kritikk generelt, og mener de kanskje har hatt noen poenger, men drar dem for langt.<sup>54</sup>

Sykehusene kunne fremdeles være ganske sosialt hierarkiske, med pasientene på bunnen og overlegen på toppen. Beltelegging og isolat var brukt mot de sykeste pasientene, og de fikk kanskje bare én tur ut om dagen, i en luftegård.<sup>55</sup> Svein Solberg

---

<sup>50</sup> Kringlen (2007) s. 142, 146

<sup>51</sup> Kringlen (2007) s. 261-263

<sup>52</sup> Øye, I. (2020) *Barbiturater*, Store Norske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.sn.no/barbiturater> (21.09.2020)

<sup>53</sup> Fra engelsk «Invasive procedure». Behandling som medisinske inngrep eller på andre vis gjør endringer i pasienten. Kan være for eksempel trekking av tenner, lobotomering eller elektroshokk mot hjernen som kunne være traumatiserende og gjøre store skader på kroppen når behandlingen først ble innført på 1930-tallet. Inngripende kan også brukes.

<sup>54</sup> Kringlen (2007) s. 268-272, 339-340

<sup>55</sup> Kringlen (2007) s. 303



kommer med kraftig kritikk i sin bok «Rapport fra Reitgjerdet» i 1979. Han var sivilarbeidende lege ved Reitgjerdet i 13 måneder og i 1978 hjalp han en innlagt pasient med å rømme. Han beskriver emosjonelt hvordan han opplevde institusjonen. Rutinemessig bruk av beltelegging, tung medisiner, og pleiere som var mer som fangevoktere er tema han legger vekt på. Solberg skriver også om ekstrem brevsensur, hvor all post til og fra pasienter blir lest. Bevene som ble vurdert uakseptable ble destruert uten at hverken pasientene eller familien fikk vite om det. Å bli skrevet ut skulle også være ytterst vanskelig. Dette var i stor grad på grunn av brevsensuren som gjorde det vanskelig å ha kontakt med omverdenen i form av familie, advokat eller andre som kunne hjelpe med dette da brev om dette var av typen overlegen ødela. Slik Solberg beskriver Reitgjerdet fremstår det nesten som en torturanstalt.<sup>56</sup>

Noe av det Solberg skriver må nok tas med en klype salt, han var svært lite nyansert, som han selv også skriver, og har dermed oversett de som hadde nytte av behandlingen og som ikke var på de strengeste avdelingene. Rapporten til Sosialdepartementets granskningskommisjon, som kom ut i 1980, kom likevel fremt til at mesteparten av Solheims beskrivelser stemmer. Skarp kritikk mot ledelsen på Reitgjerdet fulgte, og sykehuset ble endelig lagt ned i 1987, åtte år etter Solbergs rapport. Reitgjerdet er nå døpt om til Brøset og drives av arbeids- og sosialdepartementet.<sup>57</sup>

Psykiatriske sykehus var preget av autoritære hierarkier også innad i staben. Overlegene hadde desidert mest makt, og rapporter som gikk mot deres ideer kunne fort bli ignorert. Utenfor disse var det en endring på vei, med nyutdannede unge psykologer med nye tanker om behandling utenfor sykehusene. Dette blir beskrevet både av Kringlen og Solheim. Solheim legger mer vekt på hvordan hierarkiet hindret ham og andre arbeidere på bunnen av rangstigen i å hjelpe pasientene. Kringlen er mer interessert i at hierarkier gjør institusjonene firkantet og normer vanskeligere å bryte.<sup>58</sup>

En av de eksperimentelle medisinske behandlingene som ble testet ut var LSD. Dette var mer populært internasjonalt enn i Norge. Her ble det nesten utelukkende brukt som en siste mulighet ved tunge nevroses og alkoholisme. Det gikk heller ikke lang tid før det ble faset ut igjen. Det var først og fremst pasienter med tvangslidelser som hadde dradd nytte av denne behandlingen, og ikke så mange andre. Det ble etter hvert også tydelig at LSD kunne medføre ekle bivirkninger og avhengighet.<sup>59</sup>

Terje Hartmann legger frem argumenter for familierapien, som også var en viktig del av psykiatrien på 1960- og 1970-tallet. Ideen om at symptomer kan arves var et viktig element av denne. Hans artikkel «Valget av symptomer» illustrerer dette perfekt. Mye av teorien på denne tiden går ut på at symptomer læres gjennom bevisst eller ubevisst straff og belønning. Stort sett er det oppmerksomhet som regnes som belønning. Altså, hvis en pasient gir uttrykk for visse symptomer oppnår de å få oppmerksomhet, og denne oppmerksomheten forsterker disse spesifikke symptomene fremfor andre. Hartmann ser på flere pasienter ved klinikken han arbeidet på og deres familierelasjoner. Dette var i stor grad familierapi, hvor foreldre også fikk innsyn i hva som trigget ungenes sykdom. I mange tilfeller påpeker han at de samme symptomene kunne sees i foreldrene eller andre viktige figurer i livet under oppveksten. Tross en holdning som

---

<sup>56</sup> Solberg, S. (1978) *Rapport fra Reitgjerdet*, Pax forlag AS

<sup>57</sup> Kringlen (2007) s. 356-357

<sup>58</sup> Kringlen (2007) s. s 298

<sup>59</sup> Innst. S. nr. 221 (1997-1998) Innstilling fra justiskomiteen om billighetserstatninger av statskassen.

rettet seg først og fremst mot det kliniske, viser Hartmann at sosialisering er en viktig del av mentale sykdommer.<sup>60</sup>

### Anti-psykiatrien blomstrer

Anti-psykiatrien var en blanding av faktabasert kritikk av behandling og forhold på psykiatriske institusjoner, og en ideologisk kritikk av konseptet psykiatri. I aviser og tidsskrift i Norge i perioden 1960-1979 var det hovedsakelig kritikk av behandling og forhold som ble tatt opp. Utover 1980-tallet var spesielt Joar Tranøy aktiv i avisene. Det er ikke en periode jeg har lagt mye vekt på fordi jeg ville sammenligne med anti-psykiatriens storhetstid internasjonalt.

Kritikken av behandlingsmetoder hadde ofte gode poenger, som illustreres godt med blant andre Reitgjerdet og Gaustad sykehus; hvor frihetsberøvelse, eksperimentell behandling som lobotomi og tung medisinerer fant sted. Operasjoner som lobotomi som ikke lenger var vanlig var spesielt kritikkverdige, og kritisert ble de. Lobotomi utgjorde en stor fare for pasienten og medførte liten sannsynlighet for faktisk bedring. Ifølge Aas og Vestgården ble det brukt som straff og for å holde pasientene medgjørlike.<sup>61</sup> Der anti-psykiatrien mister det faglige grepet og vandrer over til ideologiens verden, er når medisinerer med bevist god effekt blir kalt kjemisk lobotomerer og bruken av dem blir beskyldt for å være de ansatte på institusjonen til gode og ikke pasientene, uavhengig om pasientene faktisk hadde godt utbytte av behandlingen eller ikke. Dette kunne kanskje gjelde beroligende midler som ikke egentlig behandlet sykdommen. Når klorpramazin som hadde god effekt på psykoser, som vist i over 3000 publikasjoner om stoffet allerede i 1956, faller under samme kategori som lobotomi er det grunn til å tvile på kritikkens gyldighet.<sup>62</sup> En bedre tilnærming til endringer i psykiatrien var nok miljøterapien, som også var en del av den anti-psykiatriske tankegangen. Denne la vekt på viktigheten av både det fysiske og sosiale miljøet, og hvordan det spiller inn i utviklingen av psykiske sykdommer. Dette har også vært holdningen i de fleste psykiatriske artiklene jeg har lest fra perioden.

Anti-psykiatrien i avisene og tidsskriftene er presentert ganske forskjellig. Det er kanskje naturlig gitt deres publikum; avisene retter seg mot den generelle befolkning som ikke har utdannelse i psykiatri eller akademisk utdannelse i det heletatt, mens tidsskriftene retter seg nettopp mot disse gruppene. I tidsskriftene var det gjerne konkrete saker som ble diskutert, mens avisene holdt seg mer til større konsepter. Dette er selvsagt ikke satt i stein, som vi skal se, men den generelle trenden. I avisene er det flere som tar utgangspunkt i Laings litteratur, særlig *Det spaltede selv* har fått mye oppmerksomhet i form av både anmeldelser og artikler med utgangspunkt i boken. Bare antallet bokanmeldelser av denne boken, både i aviser og tidsskrift forteller oss at det var en interesse for psykiatri og kritikk av den blant den generelle befolkningen så vel som blant akademikere.

I dette kapitlet skal jeg forklare og drøfte den norske anti-psykiatridebatten. Jeg har delt den opp i hvilke typer kritikk som ble tatt opp; makt, maktbruk og tvang, samfunnsstruktur, behandling, forståelse, samt eksistens og moral. Jeg skal også koble

---

<sup>60</sup> Hartmann, T. (1973) «Valget av symptomer», *Tidsskrift for norsk psykologforening* 10(9). s. 3-15

<sup>61</sup> Aas, Vestgården (2015) s. 91, 96

<sup>62</sup> Kringlen (2007) s. 268

dette til det politiske og økonomiske bildet i Norge, samt drøfte disse i sammenheng med den sosiale- og den medisinske modellen for funksjonsnedsettelse. Anti-psykiatridebatten i avisene og tidsskriftene i Norge har ikke vært like preget av samtalen med pasienten som i Storbritannia, og generelt heller ikke spesielt sterkt preget av den amerikanske liberalismen til Szasz.

### Makt, maktbruk og tvang

Bruken av makt og tvang var et av de største temaene i den norske anti-psykiatrien til utpå 1990-tallet. I vår aktuelle periode, 1960-1979, var det det dominerende temaet i tidsskriftene og avisene når det var snakk om anti-psykiatri og psykiatrikritikk. Sigurd Halleraker, Inge Jarl Støylen og Nina Karin Monsen skrev alle artikler i tidsskriftene som tok opp denne problematikken. Halleraker presenterte et sosialistisk og samfunnsrettet syn på maktbruk, Støylen et mer begrenset syn som holdt seg til institusjonene, og Monsen et mer libertariansk syn ikke ulikt Szasz'.

Sigurd Halleraker var samfunnspsykolog og senere lokallagsleder for *Framtiden i Våre Hender* i Kristiansand.<sup>63</sup> Hans sosialistiske ståsted gjenspeiles i artiklene hans. Disse har stort sett omhandlet makt, klasse og kriminologi, med særlig fokus på straffe- og behandlingsinstitusjoner. Utover detsom direkte angår det medisinske miljøet har Halleraker skrevet om dynamikk og miljø, enten det være seg demokrati<sup>64</sup> eller de små ergrelser som at et blad ikke får ligge på spiserommet.<sup>65</sup> Kort fortalt har Halleraker vært interessert i den sosiale og økonomiske dynamikken i samfunnet, med en klar venstreorientert holdning.

I artikkelen «Den kliniske makt» (1971) skriver Halleraker om makt og sosial klasse i den medisinske verden. Han tar utgangspunkt i boken «Den allmektige legen» når han kritiserer hvordan leger, Legeforeningen spesielt, har opparbeidet seg mer og mer innflytelse og makt. Han omtaler dem som en adel på «en føydal øy i det kapitalistiske samfunn».<sup>66</sup> De har makt over pasientene, en makt Halleraker mente var for stor. Du måtte oppføre deg hos legen, ellers kunne det gå ut over andre deler av livet ditt som f.eks. pensjon. Til og med hvilken behandling du fikk kunne være avhengig av oppførsel. En tendens vi kanskje kan se igjen i dag også. Sykepleierne slapp heller ikke unna. Deres underdanighet til legene og samtidige maktposisjon overfor pasientene bygger opp under føydalsystemet. Alle har sin posisjon i pyramiden, og pasientene er på bunn. Det er tydelig fra denne fremstillingen at Halleraker ikke hadde noen tro på denne hierarkiske oppbygningen ikke bare av psykiatrien, men medisin generelt.

Videre skriver Halleraker om sammenhengen mellom sosiale klasser, intelligens, diagnoser og behandling. Å komme fra et lavere klassesjikt kunne føre til en veldig annerledes behandling enn om du kom fra de øvre klassesjikt. Noe så enkelt som hvordan pasientene ble kommunisert med var forskjellig. Ble de omtalt som De eller du? Antok legen at de forsto hva han sa, eller ikke? Spesielt intelligens ble stilt spørsmål ved på grunnlag av inntekt, taleform og sosial posisjon. Et å bli anklaget for å la lav intelligens er en fornærmelse selv barn forstår. Halleraker peker på hvordan «Du er dum!» er et uttrykk for avsky. Et annet eksempel han bruker er hvordan du i en debatt kan gi motstanderen stampelet lav intelligens for å avskaffe gyldigheten av argumentene

---

<sup>63</sup> Framtiden i Våre Hender (2005) «Sigurd Halleraker», *Folkevett*, 6 s. 37

<sup>64</sup> Halleraker, S. (1969) «Trekke trådene sammen» *Psykologen* 6(1) s. 7-9

<sup>65</sup> Halleraker, S. (1973) «Leserbrev: sensureres Æsculap på sjukehusene?» *Æsculap*, 6, s. 3

<sup>66</sup> Halleraker, S. (1971) «Den kliniske makt» *Psykologen*, 8(5). s- 6-12

deres. Intelligens blir da altså en måte å måle folks verdi på. Lav intelligens betyr lav verdi, som igjen betyr lavere sannsynlighet for å bli prioritert, og en røffere behandling fra samfunnets side. Sett i en slik sammenheng blir begrepet «den politiske lege» veldig relevant. For når det er enkelte grupper som får gitte diagnoser oftere enn andre er det verd å se på hva årsaken kan være. Halleraker bruker eksempelet at diagnosen «oligofren psykopat» ble brukt spesielt ofte om folk fra dårligere kår, uavhengig om de var oligofrene (gammelt uttrykk for utviklingshemming) eller psykopater. Årsaken for diagnosen er at pasienten bruker «feil» språk eller bruker språket «feil» fordi de ikke er vant til det. De prøver å kommunisere med noen som har makt over dem og snakker et annet språk, og blir sett ned på grunnet dette.

Intelligenstematikken stopper ikke der. Halleraker beskriver intelligensvurderinger som moralske oppførselskarakterer, hvor du får bedre karakter for å være en medgjørlig og flink pasient. Han påpeker at det er heller ofte at behandleren ser seg selv som intelligent og pasienten som uintelligent, uavhengig av pasientens «faktiske» intelligens, om det i det heletatt skulle være relevant. Dette med oppførsel spesielt kommer også opp i Støylens artikkel «Den lukkede avdeling», som jeg skal komme tilbake til.

Det er også en fare for å bli stengt ute fra muligheter i livet om du får stempelet «lav intelligens», også nå og ikke bare på 1970-tallet. NRK publiserte 26. april 2020 en artikkel om Stine, som hadde fått diagnosen «psykisk utviklingshemmet». På grunn av denne diagnosen, som også skulle vise seg å være feilaktig, ble hun boende på institusjon og fratatt mange muligheter både i utdanning og arbeid, for ikke å si et normalt liv.<sup>67</sup> Halleraker bruker også utdanning som eksempel, hvor personer har blitt utestengt uten at de faktiske relevante egenskapene blir testet, fordi de hadde fått stempelet «lav intelligens». Et annet eksempel han bruker er hvordan legene var skeptiske til å gi førerkort til folk med lav intelligens. Fordi det som ble oppfattet som lav intelligens ofte var uttrykk for «lavere på den sosiale og økonomiske rangstigen enn meg», ville dette antageligvis stengt ute de fleste yrkessjåfører. De kom gjerne ikke fra familier med akademisk utdanning eller hadde det selv, og ville dermed fort få stempelet «lav intelligens». Hvis argumentet var for å øke trafiksikkerhet, er det ikke holdbart. Yrkessjåfører er antageligvis de beste sjåførene på veiene våre. De har erfaring, som ikke har noe med hverken intelligens eller utdanning å gjøre. Å være kjepphøy på sine egne egenskaper og status derimot, slik som mange som mener de har høy intelligens fort kan være, utgjør nok en mye større risiko.<sup>68</sup>

Et annet punkt Halleraker tar opp er legens og psykiaterens makt og privilegerte posisjon på institusjonene og samfunnet generelt. Legens makt på institusjonene er spesielt sterk, da de har kontroll over både det medisinske og byråkratiske. Dette er tematikk Støylen også tar opp i artikkelen «Den lukkede avdeling» fra samme år. Begge skriver om legens, eller helsearbeiderens rolle i å ta beslutninger om og for pasienten. Videre anklager Halleraker leger og psykologer for å få hjelpen de trenger dekket av sosiale kontakter innen samme klassesjikt, og at det er derfor han ikke hørte mye om mangelen på leger. Dette er heller privilegier enn makt, men disse går gjerne hånd i hånd. Han viser til at fattige har større problemer med å få legehjelp enn andre. Han baserer dette på en undersøkelse fra Oslo øst. Arbeidere gjerne unngikk legebesøk fordi de ikke hadde tid, ikke hadde mulighet til å bestille time, eller ikke hadde mulighet til å se «presentabel» ut.

---

<sup>67</sup> Sandvig, H. (2020, 26. april) «Stine var ikke psykisk utviklingshemmet likevel», NRK, hentet fra: <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/stine-var-ikke-psykisk-utviklingshemmet-likevel-1.14958063>

<sup>68</sup> Halleraker (1971) «Den kliniske makt»

Hvis vi aksepterer de tidligere premissene vil det tilsi at de også blir vurdert på den intelligensen legen oppfatter at de har, vel så mye som det de har oppsøkt legen for i utgangspunktet.

Alt dette bygger opp til ett argument: avskaff de lukkede institusjonene, få helsetilbudene ut til befolkningen. I de institusjonene som må bestå burde psykologene få en større plass, spesielt i forebyggende medisin, og flere av legenes oppgaver burde delegeres til andre i systemet.<sup>69</sup>

Denne artikkelen har en klart politisk vinkling. Halleraker mente at det var makt og klasseforskjeller som utgjorde de største helse- og samfunnsproblemene, og den kliniske makten bygger opp under forskjellene og forsterker dem. Han er kritisk til det kliniske aspektet ved behandling, og angriper dette generelt, ikke bare i psykiatrien. Argumentene ligger nær anti-psykiatriens holdninger til disse utfordringene. Legene og institusjonene har for mye makt over sine klienter, og klasseforskjeller har en skummelt stor rolle i om du får legehjelp, og i så tilfelle kvaliteten på denne. En lege har mulighet til å frata en person muligheter for fremtiden ved en så enkel diagnose som «mindre intelligent».

Halleraker blir i et par nummer senere av *Psykologen* kritisert av overlege Bjørn Rogan. Han ser denne artikkelen som en bokanmeldelse av «Den allmektige legen», selv om Halleraker ikke gir uttrykk for at den skal være det. Rogan beskriver artikkelen som lite konstruktiv og uærlig. Både fordi han mener den ikke har noe positivt å si om legene og heller vil gi makten til psykologene, og fordi Halleraker «under dekke av en bokanmeldelse drøfter kjepphester, som i det heletatt ikke er berørt i boken.»<sup>70</sup> Rogan mener også at kritikken av sykepleierne og legene bare kan virke sårende og at Halleraker burde vite bedre etter å ha arbeidet på et sykehus en lang stund. Han mener også at denne kritikken ikke er noe noen tjener på, hverken leger, psykologer eller pasienter.

Interessant nok tar ikke denne kritikken for seg noen av Hallerakers faktiske argumenter, men kritiserer heller på bakgrunn av en antagelse av at artikkelen er en bokanmeldelse. Han er uenig i hva som blir skrevet, men skriver ikke selv noen korreksjon, kun en anklagelse om å være lite hjelpsom og sårende. Dette står for meg frem som en lite saklig kritikk. Det kan heller virke forsterkende på Hallerakers argument, spesielt siden Rogan selv var overlege og hadde nok vesentlig institusjonell makt.

Halleraker svarer på kritikken i neste nummer av *Psykologen*. Han skriver at han forventet noe motstand og benytter muligheten til å utdype noen av argumentene sine i artikkelen «Brann i Jomfruland – Mer om «Den kliniske makt»». Halleraker presiserer her at det ikke er legene selv han kritiserer, men systemet de fungerer i som tillater at de sosiale forskjellene i det hele tatt kan eksistere.

Til slutt presiserer han at han hadde forhåpninger til sosialmedisinen, fordi den ikke diskriminerer på grunnlag av diagnose. Behandle pasienten, ikke sykdommen. Hans problem med denne er at det har vært lav-status å være sosialmedisiner fordi klientene gjerne har vært fattige. De benyttet dette tilbudet fordi de ikke har hatt noe alternativ, og dermed må ta det de kan. Dette leder til det Halleraker kaller «formynderholdningen».

---

<sup>69</sup> Halleraker(1971) «Den kliniske makt»

<sup>70</sup> Rogan, B. (1971) «Om: Den allmektige legen», *Psykologen* 8(10). s. 7-8

Heller enn et tradisjonelt formynderskap, skriver han om at staben på institusjoner har makt over de som bor der som fort kan bli infantiliserende. Folk reagerer ulikt på dette, og de som reagerer med opposisjon kommer dårligere ut av det enn de som er føyelige. De som gjør opposisjon, har ifølge Halleraker ofte et alternativ eller har ikke vært vant til at andre tar kontroll over livet deres. Samtidig er det en sammenheng mellom føyelig og ikke ha alternativer.

Som svar på kritikken om å ikke komme med løsningsforslag, skriver Halleraker at poliklinikker må være en viktig del av løsningen på dette klasseproblemet. Reduksjon av kontrollerende institusjoner til fordel for hjelp hvor du så kan dra hjem samme dag. I tillegg må pasientene få større eller total kontroll over hva som skrives om dem og hva som deles, spesielt angående psykologiske og sosiale forhold. Avslutningsvis skriver han at dette ikke er mer enn et bidrag til et større bilde av medisinsens rolle i samfunnet.

Den neste artikkelen jeg skal ta for meg er «Den lukkede avdeling» av Inge Jarl Støylen. Støylen var sjefpsykolog på Nevengården sykehus i Bergen, og har også sittet i styret i Norsk Psykologforening med ansvar for avdeling Bergen. Artiklene hans i perioden 1960-1979 omhandler i stor grad hva som foregikk inne på psykiatrisk avdeling, både fra et pasientperspektiv og fra den ansattes perspektiv. I andre artikler tar han opp ikke bare den lukkede avdeling, men også sykdomsmodeller og hva helsearbeidere brukes til og har av arbeid på psykiatriske sykehus.

I artikkelen «Den lukkede avdeling» skriver Støylen om hvordan det å være på en lukket psykiatrisk avdeling ikke kan være bra for pasientene. Det er to hovedargumenter for dette. Det første er at pasientene lærer på en slik avdeling er å oppføre seg som om de er bedre, uten at de nødvendigvis faktisk blir det. Med andre ord, de lærer å skjule symptomene heller enn å bearbeide det som skaper symptomene og hvordan de kan leve med sykdommen. Det skaper usikkerhet. For kravene for hva som er «normal» oppførsel er vage, og det er kun i negative termer vi har noe håndfast, hva vi ikke skal gjøre. Det er opp til behandlere om de faktisk får kommet ut igjen. Han refererer her til Laings teori om psykose som en reise, hvor behandlerens jobb ikke er å stoppe reisen, men hjelpe pasienten gjennom den, «slik at han ikke forviller seg bort eller blir hengende fast».<sup>71</sup>

Det andre argumentet er at for pasientene kan oppholdet på en slik avdeling forstås som en straff, som også er hvorfor han fokuserer så mye som han gjør på det å komme seg ut fra avdelingen. De er kuttet av fra omverdenen med veldig liten kontroll over eget liv. Det handler om maktbruk. Tvungen oppførsel, tvungne vaner. Den lukkede avdeling kan sees på to måter. Enten for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre, eller som en måte å sette grenser, slik at pasienten kan bygge opp egne mentale grenser. Ifølge Støylen holder ingen av disse vann. Han refererer til undersøkelser i USA som viser at frihetsberøvelse ikke hindrer selvmord. Dessuten, hvis du skal være sikker på at pasienten ikke kan gjøre skade på seg selv må de essensielt lenkes fast. Det åpner ikke for terapi, og kan bare klassifiseres som tortur. En lukket avdeling kutter kontakt, det kanskje viktigste elementet i behandling av suicidale pasienter. Når det gjelder skade på andre, så er det å sperre noen inne for dette enten rettsvesenets oppgave, eller det blir en straff for noe pasienten ikke har gjort enda. Når overskrider samfunnets sikkerhet individets rettigheter?

---

<sup>71</sup> Støylen (1972) «Den lukkede avdeling», *Psykologen* 9(7) s. 5-7

Grensesettingsargumentets svakhet er at det essensielt er frihetsberøvelse som det er heller vanskelig å ikke se som en straff. En straff for å ikke være «normal». Straff, spesielt straff du ikke forstår hvorfor du får, har liten hensikt. I beste fall kan det stoppe atferden som det straffes for, men straff kan ikke skape ny, bedre atferd. Nye egenskaper trenger positiv tilbakemelding. Det er vanskelig i en situasjon hvor den ene parten føler seg straffet uten grunn og er kanskje ikke veldig villig til å spille ball med behandleren. Støylen skriver at dette heller kan føre til forverring av symptomer, spesielt som apati og vold.

Overdreven bruk av medikamenter tas opp, hvor nøkkelordet er «overdreven». Støylen mener medikamenter absolutt kan ha en plass i psykiatrien, men må brukes som en måte å komme nærmere pasienten på og åpne for forståelse, samtale og faktisk behandling. For stor bruk er latskap og ikke til noens beste, aller minst pasienten. Han skriver ingenting om hvor vanlig dette er. Poenget til Støylen er at det ikke har noen hensikt å drive overdreven maktbruk mot pasienter. Dette er et argument som lett passer inn i anti-psykiatrien. Det er ikke at pasienter ikke trenger behandling, det er at den behandlingen mange har fått ikke virker. Tvang og straff skaper ingen grobunn for bedring og positiv endring i atferd.

Til slutt vil jeg kort ta for meg Nina Karin Monsens artikkel «Når kunnskap blir frigjørende» (1977). Artikkelen handler først og fremst om moral og eksistensen av mental sykdom, men hun tar også opp noen interessante tema om maktforhold. Monsen var ikke psykiater, men filosof og konservativ feminist, og er et tydelig eksempel på hvordan anti-psykiatrien spredde seg utenfor fagfeltets vegger.

Relevant for dette kapitlet er Monsens dømming av psykiatrien i seg selv som et verktøy for makt og kontroll. Hun mener at psykologer og psykiatere fratruk pasientene deres moralske ansvar, og dermed fraskriver dem samtidig retten til å være en person og svekker samfunnet på den måten. Dette står i kontrast med for eksempel Hallerakers argument om sosial situasjon, samt hvordan det påvirker hvilke muligheter og hvilke stempler du får. Monsen ser på dette argumentet som en ansvarsfraskrivelse, hvor folk i disse situasjonene ikke vil bedre sitt liv, eller har blitt fortalt at de ikke kan det fordi de ikke er skyld i deres egen dårlige situasjon. Denne holdningen setter henne i kontrast til andre anti-psykiatere på samme tid. Det er også interessant at den sterkeste kritikken av psykologien og mentale sykdommers eksistens i Norge kommer fra en som ikke selv har utdannelse innen fagfeltet, viss interesser har sentrert seg rundt feminisme heller enn psykiatri. Det er også tydelig at politiske holdninger igjen farger synet på psykiatrien.

Hvor Støylen og Halleraker i stor grad legger et ansvar på samfunnet og kritiserer fokuset på individet, går Monsen enda mer inn i individ-vinklingen. Hun tar ikke opp samfunnets rolle utover at det skaper en kultur for å overse etikk i behandling, og fokuserer heller på individets moralske svikt. Dette ligger tett opp mot Szasz, noe som også er tydelig da han er den eneste av de kjente anti-psykiaterne hun er enig med. Jeg kommer tilbake til denne artikkelen i underkapitlet «Moral og eksistens».

### Forståelse av psykisk sykdom og modeller

Forståelse av psykisk sykdom og pasienten var kanskje det temaet Laing fokuserte mest på i sin litteratur. I norske aviser og tidsskrift var det Noel Cobb, som var sterkt inspirert av Laing, som publiserte mest ut fra denne vinklingen. Støylen dukker også opp her, men han dominerte ikke på samme måte som Cobb.

Noel Cobb var nemlig også en viktig person i den norske anti-psykiatrien. Opprinnelig fra Michigan og kanskje mest kjent for sin poesi, tok han også utdannelse som psykolog i Oslo 1959-1966. I 1966 ble han utvist fra Norge etter bruk av marijuana og arbeidet

siden ved Kingsley Hall, Laings klinikk i London. I hans artikler om psykologi, som til tider nesten flyter over i det skjønnlitterære, skriver han om forståelse og empati. Dette er enn litt annen vinkling enn de fleste andre som kan knyttes til anti-psykiatrien i Norge hadde. Dette ligger gjerne også litt nærmere Laings lære, som han tydelig så opp til.

I artikkelen «Sandcastles and Subjectivity» (1962)<sup>72</sup> setter Cobb psykologien som en motsetning til naturvitenskapene. Naturvitenskapene, skriver han, prøver å ta alt fra hverandre for å forstå hvordan det virker. De reduserer alt til sine grunnkomponenter. Dette kan du ikke gjøre med mennesker uten å redusere deres menneskelighet. Psykologene på sin side prøver å forstå menneskene så godt de kan. Tanker, følelser og intensjon kan ikke observeres og føles på samme måte som de fysiske lydene fra formuleringen av disse. Argumentet er at «the physicalists» ikke bryr seg om intensjon og mener at alt av interesse for en psykolog må kunne måles; som fysiske reaksjoner på emosjoner, og at språket brukt i psykologien reduserer mennesker til maskiner og dermed svekker evnen til å relatere til pasientene og gi dem god behandling.

Cobb illustrerer dette med en situasjon hvor studenter skulle observere en jente med cerebral parese utføre oppgaver. Selve demonstrasjonen var ikke det interessante for Cobb. Det han la merke til var at flere av studentene trakk seg tilbake fra observasjonsvinduet underveis. Når han senere spurte hvorfor de gjorde dette, svarte de at observasjonen gjorde dem ukomfortable, gjorde jenten til et objekt, og at de som ble stående manglet etisk ansvar. De som ble igjen ved vinduet mente til gjengjeld at de som trakk seg tilbake følte seg truet og ikke ville innrømme sine tanker om fysiske funksjonsnedsettelse. De rapporterte at de selv var utslitt, følte empati med jenten og hadde ønsket å hjelpe henne.

Et svar på denne anklagelsen kommer fra Bjørn Stabell som var en av dem som hadde trukket seg tilbake. Ifølge ham var det heller så enkelt at det var trangt om plassen rundt observasjonsvinduet, så de hadde trukket seg unna for å gi bedre plass til dem som var mer interesserte. Han skriver at ingen følte det var noe moralsk ansvar å trekke seg tilbake, og de hadde sagt dette for å provosere frem en reaksjon fra Cobb. Han mente dette eksemplifiserte Cobbs ytring, nemlig at det er veldig lett å forenkle, og at det er litt å falle for troen på sin egen evne til å nærme seg andres opplevelser. Cobb trekker ifølge Stabell helt feil slutninger fordi han har trodd han har forstått mer enn han egentlig gjorde, og har tatt de som trakk seg tilbake på ordet heller enn å stille spørsmål ved et slikt svar. Kanskje var det et svar han forventet? Det er interessant at Stabell mente at Cobb ikke burde stole på svarene han fikk da han stilte et enkelt spørsmål om hvorfor de trakk seg tilbake. Hvorfor skulle han anta at de ville lyge for å få en reaksjon heller enn å svare ærlig?

Cobb ender artikkelen med å foreslå noen endringer i psykologiutdannelsen. En av dem er mer praksis i undervisningen, hvor studentene faktisk får møte pasienter og har praksistid. Den andre er å ha seminarer om ulike tema som depresjon, kreativitet og kjærlighet. Han mente undervisningen han selv fikk var for fokusert på klassifisering, og ikke fokusert nok på at pasientene faktisk er fullstendige mennesker og burde derfor behandles slik.

En annen artikkel Cobb har skrevet er «Non-being as death» (1962). Her skildrer han hvordan han opplevde hallusinerer under påvirkning av hallusinogene stoffer. Denne opplevelsen mener han kan sammenlignes med hvordan en psykotisk episode kan oppleves, tross ulike årsaker. Dette kan igjen gjøre at han, og andre som har hatt lignende episoder, kan forstå hvordan psykosen kan føles og dermed også lettere hjelpe pasienten. For poenget er at selv om det du opplever under slike hallusineringer virker ekte mens det foregår, er de ikke det. Cobb legger i denne sammenhengen også vekt på at han kunne sanse «virkeligheten» og ville returnere dit. Hvis vi ikke kan forstå denne opplevelsen, hvordan skal vi da kunne hjelpe pasientene? Kommunikasjon og forståelse

---

<sup>72</sup> Cobb, N. (1962) «Sandcastles and Subjectivity», *Impuls* 16(2) 8-11



er de viktigste redskapene i behandling av psykisk sykdom, og for å kunne kommunisere må vi kunne forså til en viss grad hvordan den andre opplever verden. Først da kan vi håpe å faktisk hjelpe pasienten.<sup>73</sup>

Cobbs syn på psykisk sykdom og psykiatri er kanskje ett at de mest radikale i de norske tidsskriftene som har publisert anti-psykiatrilaterte artikler. Han er den eneste jeg har kommet over av dem som lener mot venstre og Laing, som faktisk har skrevet at medisiner ikke bare blir brukt for mye, men faktisk ikke kan hjelpe i behandling av psykiske sykdommer. At han var en av de mest radikale sier også noe om hva holdningen til anti-psykiatrien i Norge egentlig var. De fleste som kritiserte psykiatrien var fremdeles med på at det var et viktig fagområde, og at medisiner hadde sin rolle der. Kanskje ble de brukt i overkant mye, men de var ikke i seg selv negative eller ubrukelige.

I artikkelen «Sykdomsmodeller i psykiatrien» (1975) skriver Støylen om nettopp sykdomsmodeller. Han tar opp problematikken med en klinisk eller medisinsk modell og psykiske sykdommer. Ren medisinsk intervensjon har gitt dårlige resultater i behandlingen av mental sykdom. De mange undersøkelsene viste liten sammenheng mellom biologi og arv, og psykisk sykdom, men at det heller ikke var mange behandlinger de kunne stole på at virket. Dette mente han førte til at psykiaterne testet den ene kuren etter den andre uten vitenskapelig belegg, og dermed kunne også behandling som lobotomi testes, for det var bedre å gjøre noe enn å bare se på og prøve å finne den «riktige» kuren. Han skriver videre at selv om det gikk fremover, blant annet takket være Freud, og psykiske sykdommer fikk sin egen kategori heller enn å være sett på som somatiske, fortsatte det å være problemer. Det som skulle være avklarende kan ha blitt tildekkende. Sykdomsbegrepet ble beholdt, men flyttet fra somatiske til moralske årsaker. Det er fremdeles en sykelligjøring og farliggjøring som igjen fører til institusjonalisering. Støylen viser til sosiale modeller, hvor atferd blir sett på som syk fordi den er unormal, og blir formet av miljøet.<sup>74</sup>

På dette grunnlaget mener Støylen det må følge at individuell behandling ikke nytter, fordi det ikke er individet som er problemet. Problemet ligger heller i en kombinasjon av mangel på tilretteleggelse i sosiale miljø. Disse kan være familie, nabolag, arbeid, eller en kombinasjon. Endring i handlingsmønster må foregå på et samfunnsplan, ikke individplan, for at symptomene skal slippe tak. Han setter det ikke like på spissen som jeg gjør her, men dette må være konklusjonen gitt premisene hans.

Et annet problem, eller ett gode, avhengig av hvilken vinkling du har, er at sykdomsmodellen kan overskrive det etiske spørsmålet. Hvis problemet i en psykose er biologisk, altså somatisk, så kan pasienten fratras friheten med mye større enkelhet enn hvis det er samfunnet som er skyld i atferden. Pasienten kan tvangsinnlegges og behandles borte fra folk, men i en sosial modell må samfunnet tas med i betraktningen. Hva er egentlig unormalt nok til at behandling kreves, og hva skal behandles? Dette er en vanskeligere posisjon enn den kliniske, men Støylen skriver at det også er et viktig spørsmål å ta stilling til. Fokuset på det individuelle gjør at vi avskriver samfunnets rolle i vår mentale helse og ikke stiller spørsmål ved hva som er normalt. Han skriver at det ikke er psykologens rolle å finne mystiske forklaringer, men å forklare menneskelig atferd.

Denne artikkelen er også midt i en av debattene i anti-psykiatrien, nemlig viktigheten av sammenhengen mellom samfunn og individ. Støylen lener definitivt mot at samfunnet har en større rolle i vår mentale helse enn det psykiatrien har tilskrevet det. Han fremstiller det nærmest som latskap når psykologer og psykiatere fokuserer så mye på individ og medisinske løsninger fremfor sosiale.

---

<sup>73</sup> Cobb, N. (1962) «Non-being as death» *Impuls* 16(2). S. 10-15

<sup>74</sup> Støylen, I. J. (1975) «Sykdomsmodellen i psykiatrien», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 12(5) s.14-18

Dette kan knyttes til artikkelen hans om lukkede avdelinger. Det er et annet perspektiv, men de henger sammen. Den lukkede avdelingen tar pasienten ut av samfunnet og inn i en klinisk situasjon med liten kontroll over eget liv. Dette peker Støylen på som negativt i begge artiklene, selv om den siste fokuserer mer på medisin og individ fremfor samfunn i behandling. Støylen ligger, uten å være ekstrem på noen måte, tydelig til venstre på det politiske spekteret, ikke ulikt Halleraker og Cobb.

### Behandling og holdninger

Behandling av psykisk sykdom er vel de absolutt største temaet i psykiatrien generelt. Hvordan skal vi angripe denne tilstanden, hvilke metoder skal vi bruke? I anti-psykiatrien var det også like mye snakk om hvilke metoder vi *ikke* burde bruke. I norske tidsskrift var det spesielt ulike former for isolasjon som ble tatt opp, men Cobb skrev også en artikkelserie i Dagbladet det han går gjennom psykiatriens historie, nesten direkte sitert fra Foucaults «Galskapens historie», og deretter hans opphold og arbeide ved den alternative behandlingsinstitusjonen Kingsley Hall i London.

Halleraker er en av dem som har skrevet om problemet med bruk av isolasjon på institusjoner, spesielt totale institusjoner. Han skriver ikke om isolasjon som vi kanskje først vil tenke på det, det å ikke ha kontakt med andre mennesker, men isolasjon i det at du blir tatt bort fra alle kjente omgivelser og sosiale nettverk, som han mener igjen kan føre til atferdsproblemer som rømningsforsøk. Han tar også opp hvordan usikkerhet påvirker dem som bor på disse institusjonene. På arbeidsskolen i Oslo var det flere som uttrykte et ønske om å komme tilbake til fengselet fordi der visste de i alle fall når isolasjonen fra samfunnet ville ta slutt. Dette er noe som enkelt kan overføres til psykiatrien, for pasientene er avhengig av å oppfylle krav for å komme ut igjen, og disse kravene er ikke nødvendigvis tydelige eller en gang nyttige for pasienten. Dette er en usikker situasjon fordi du ikke har en sluttdato for isolasjonen, den pågår til noen anser deg som frisk nok til å komme ut igjen. Dette er noe Støylen også kommer inn på.<sup>75</sup>

Hallerakers andre vesentlige kritikk har vært av essensielt stempling, her i forbindelse med intelligensvurderinger som han mener blir sett på som en verdimåling. At folk har ulike behandlingstilbud, respekt og muligheter i livet fordi noen andre har bestemt at de hadde lavere intelligens, er noe han mener er helt bak mål. Dette passer også godt inn i en sosialistisk anti-psykiatri og henger tett sammen med spørsmålet om makt.

Disse artiklene er kanskje de som lener mest mot anti-psykiatrien av det Halleraker har skrevet. Fokuset på omforming av psykiatrien i retning mindre institusjoner og større frihet til pasientene passer spesielt godt inn i dette tankesettet. Hans fokus har helt klart vært makt og klasse, og deres rolle i hvordan klinikerne forholder seg til sine klienter eller pasienter. Kritikken har i første rekke vært at klinikere, som ofte kommer fra bedre klassesjikt, har vesentlig makt over pasientene sine, spesielt pasientene som kommer fra en fattigere bakgrunn. Dette gjenspeiler et sosialistisk tankesett som vi også ser i Laing og spesielt Cooper. Halleraker skriver ikke spesifikt om hvordan dette skal bekjempes i disse artiklene, utover å gjøre medisinen mer tilgjengelig og redusere institusjoner til fordel for poliklinikker, samt gi pasientene en høyere grad av selvbestemmelse over hva de skal utsettes for og hva som skrives om dem.

Hvis en kritikk skal komme frem av hans posisjon i anti-psykiatrien vil det være at han er anti-institusjon mer enn anti-psykiatri. Han betviler ikke at mentale sykdommer

---

<sup>75</sup> Hauge, R. og Halleraker, S. (1965) « «Vaneforbrytere» - «tilfeldighetsforbrytere»», *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab* 52(3) s. 216-228

eksisterer eller at psykologer har en viktig rolle, det han er skeptisk til er det medisinske miljøet som helhets makt over pasientene. I det større bildet av hans artikler kan det utvides til institusjonens makt over de institusjonaliserte, uavhengig av type institusjon, og at totale institusjoner ikke er ideelle for behandling av hverken sykdom eller kriminalitet.

Cobbs serie i Dagbladet er ikke spesielt nyansert og har tydelig ideologisk grunnlag. I de første to delene presenterer han noe som bare kan kalles utdrag fra *Galskapens historie*. Disse fungerer som et sammendrag av psykiatriens historie fra middelalderen frem til Laing. Han har noen forklarende kommentarer, men kritikk av Foucaults verk er ikke-eksisterende i denne serien. Han tar heller Foucault på ordet og bygger sine argumenter på ham alene. Dette viser godt hvor Cobb sto i forhold til psykiatriens og dens historie. Han var svært skeptisk til hvordan han oppfatter at de «gale» (nevroutypiske) har blitt behandlet opp gjennom historien, fra fengsling via mekanisk tvang, til mental kontroll og mishandling. I den siste delen av serien tar han for seg et alternativ til disse institusjonene som han var så skeptisk til, Laings klinikk Kingsley Hall.<sup>76 77</sup>

I del tre begynner han å ta opp teoriene, og han er interessant nok også inspirert av Szasz her. Jeg sier interessant fordi han så tydelig følger Laing og Cooper som ellers ville vært meget uenig med ham. Det han tar fra Szasz er at det er farlig å diagnostisere sykdom vi ikke vet årsaken til, og det er ingen somatiske tegn på psykisk sykdom. Det er heller ikke noen sammenheng mellom schizofreni, som Cobb fokuserer på, og hvordan tilstanden arter seg, utover at det har en tendens til å gå i familier. Schizofreni har altså en arvelighetskomponent. Schizofreni kan, ifølge Cobb, klassifiseres som en annerledes virkelighetsoppfattelse enn hos de fleste andre, som sammenfaller med visse andre symptomer.

Når dette nå er forklart, går Cobb videre til sine mer personlige meninger. Han er tydelig påvirket av stempingsteori, for han kritiserer psykiatrien som institusjon for å stemple pasientene og deretter tolke alt etter denne diagnosen. Alt personen sier, tenker og gjør er symptomer, eller irrelevant. De er nå gale. Stempelet bestemmer også hvordan vi forstår hva som blir gjort med personen. Han bruker Kraepelin som eksempel på hvordan dette kan arte seg. Kraepelin skal ha beskrevet oppførselen til en ung kvinne med schizofreni, hvordan hun reagerte på ulike situasjoner som å bli blokkert, holdt fast, og stukket nåler i. Dette skulle være symptomer på sykdommen hennes. Det kan nok stemme, men som Cobb påpeker med et sitat fra Laing, fordi diagnosen endrer relasjonen fra ung kvinne og eldre mann til pasient og lege, legger vi ikke merke til Kraepelins egen underlige oppførsel. Det må være del av behandlingen eller diagnostisering eller noe. Det er i alle fall ikke noe vi skal tenke på, det er jo legen som gjør det. Dette er en interessant kritikk av psykiatrien. Når den ene parten blir stemplet som gal og den andre som rasjonell kan vi godta ganske mye vi ellers ikke ville gjort. Ingen ville akseptert at en tilfeldig mann stakk nåler i pannen på en kvinne, men på grunn av situasjonen er det greit. Dette kan trekkes til mindre inntrengende deler av psykiatrien også. Behandling av mental sykdom kan sees som manipulering for å passe inn i et samfunn som ikke godtar deg. Du må endre ditt verdenssyn, din oppførsel, for å passe inn i ett sett arbitrære normer, gjerne ved hjelp av medikamenter. Dette er det de aller fleste anti-psykiatere er noenlunde enige om, medisinsk behandling av mentale

---

<sup>76</sup> Cobb, N. (1968, 6. August) Galskap og sivilisasjon, *Dagbladet*, s. 4

<sup>77</sup> Cobb, N (1968, 8. August) Asylet og ny oppfatning av galskap, *Dagbladet*, s. 5

sykdommer er manipulering og bør unngås. Hvor de går herfra og hvor radikale de er, er i stor grad det som skiller dem.

Videre tar Cobb opp familiens rolle i mental helse, noe som var i vinden for både de mer og de mindre politiske psykiaterne. Han lener her mot teorien om at familien i seg selv kan være problemet. Hvis familien skaper utålelige omgivelser via ulike konformitetspress, dårlige emosjonelle forhold og ignorerer problemer, og du ikke har noen måte å unnsnippe, blir galskapen eneste utvei. Mindre radikale psykiatere sa seg ikke enige her. Selv om det var en generell enighet om at familien og omgivelsene spilte en stor rolle for den mentale helsen og hvilke symptomer du ville utvikle, så ikke de fleste på psykose som en måte å slippe unna på, men heller noe som gjør livet ditt enda vanskeligere. Det er en grunn til at vi oppsøker hjelp for mentale sykdommer og det er stort sett ikke fordi det skal gjøre andre mer komfortable. Men dette tankesettet er sentralt for både Laing og spesielt Cooper, og deres teorier om behandling.<sup>78</sup>

I den siste artikkelen i serien tar Cobb endelig for seg en løsning på problemene. Han forteller her om Laings klinikk «Kingsley Hall», hvor han arbeidet for en tid. Han har igjen et meget unyansert syn på tema. Klinikken og behandlingsmetodene blir nærmest romantisert. Han skriver om oppstarten, så behandlingsmåtene, og effekten av disse. Klinikken er det Laing lenge ønsket, et alternativ til den tradisjonelle institusjonen. Det skulle være likestilling mellom behandlere og pasienter, og det skulle være i retning av et kollektiv hvor alle bidro til alt; matlaging, husarbeid og behandling. At pasientene var en del av hverandres behandling, var viktig. Ideen var at psykosen er en reise du må gjennomføre, og hvis du har en guide som har vært gjennom en lignende reise vil det være lettere.

Effektene av behandlingen blir fremstilt som nesten mirakuløs. En ung mann som nesten ikke hadde snakket på flere år, hadde ikke bare begynt å snakke igjen, men holdt på å lære seg latin. Cobb forteller også om en kvinne som var så dårlig at hun ikke kom seg ut av sengen på syv måneder og de andre pasientene hjalp henne med alt mens «hun brukte sin energi på å utforske en annen tid og et annet rom.»<sup>79</sup> Hun skal ha begynt å skrive bok om oppholdet sitt der. Cobb beskriver henne riktignok som utenom det vanlige, med en synlig endring. At noen ikke passet inn i dette systemet hvor alle måtte bidra på samme nivå var ikke en svakhet i behandlingen på Kingsley Hall. Nei, de var enten «pasienter» som ikke ville ta ansvar for seg selv eller pleiere som ville ha en maktposisjon over andre. Hvorfor Cobb setter «pasienter» i hermetegn kommer ikke frem i teksten, men det virker som han ikke bare kritiserer deres manglende evne eller vilje til å ta ansvar, men deres status som syke. Alle andre skal visst ha tilpasset seg og sklidd inn fort nok.

Hvis Cobb avskriver alle som ikke passer inn og drar igjen som uvillige til å prøve er det ikke rart behandlingen virket godt. For det gjorde den nok for dem den passet for. Jeg ser ingen grunn til at Cobb skulle lyge om det, men de gode resultatene blir mindre universelle når du avskriver alle som ikke har nytte av den typen behandling.

Cobb er idealistisk og ideologisk i tekstene sine, mer opptatt av budskap enn nyanse. Det ser vi både i denne artikkelserien og artiklene han publiserte i tidsskriftene. I tidsskriftene kommenterer han på hvilke holdninger som eksisterte innen psykiatrien da han studerte i Norge. Det tema som går igjen i både tidsskriftene og avisene er synet på

---

<sup>78</sup> Cobb, N. (1968, 14. august) Schizofreni og familien, *Dagbladet*, s. 4-5

<sup>79</sup> Cobb, N. (1968, 15. August) Eksperimentsamfunnet – et alternativ til sinnssykehuset. *Dagbladet*, s. 4

pasientene. I «Sandcastles and Subjectivity» skriver han om hvordan naturvitenskapen ikke hjelper oss å forstå mennesker som folk, hvordan vi observerer og oppfatter subjektet i demonstrasjoner, og hvordan vi forholder oss til dette. I «Non-Being as Death» beskriver han heller en opplevelse hvor han trigger en psykoselignende tilstand ved bruk av rekreasjonell bruk av hallusinogener og hvordan dette kan hjelpe psykiateren til å forstå sine pasienter. I artikkelserien i *Dagbladet* er det hele historien og forståelsen av mental sykdom som gjelder. Og i alle sammen er det tydelig at Cobb har et venstreorientert politisk standpunkt. Han er åpen for bruk av kontroversielle midler i behandling, samtidig som han er skeptisk til tradisjonell eller standard behandling. Han tolker diagnoser til en viss grad som negative stempler som kan føre til stigma så vel som hjelp. Han er også klar på at mentale sykdommer er noe som eksisterer og det er kanskje ikke bare pasienten som må tilpasse seg samfunnet, men samfunnet som i alle fall må åpne for alternative måter å se mental sykdom og behandle den på. Uten hierarkier. Han presenterer sjelden motargumenter for ideene og teoriene sine.

Da disse artiklene ble publisert bodde ikke Cobb lenger i Norge, han var blitt kastet ut to år tidligere. Han var ikke direkte påvirket av norsk politikk, men politikken i Norge eksisterte ikke i et vakuum. Over nesten hele den vestlige verden var det en bølge av motstand mot de gamle systemene; for mer likhet i samfunnet, enten det var studentopprørene i 1968, kvinnekamp, eller borgerrettighetsbevegelsen. Troen på at staten kunne gripe inn hang fremdeles igjen etter krigen. Kort sagt, det var en periode der vi ikke så like skjevt på sosialistiske ideer om likestilling. Den generelle kampen for rettigheter i alle grupper påvirket også nødvendigvis psykiatrien.

Vi kan heller ikke overse det faktum at Cobb har hatt en stemme i den norske anti-psykiatrien da han publiserte artikler i norske aviser. Anti-psykiatrien, eller Cobb selv, har vært interessant nok for folk flest til at *Dagbladet* ga ham en hel serie tross alt. Det er likevel ikke godt å si hvilken reell påvirkning denne serien hadde. Jeg har ikke sett noen svar på disse artiklene i avisene jeg så på, så stor debatt skapte de nok ikke. Det mest sannsynlige er at Cobb var en liten stemme i en ikke spesielt stor bevegelse, som kanskje overbeviste noen få folk om at anti-psykiatri etter Laings modell var det riktige og at psykiatriens historie er full av uetisk behandling av de syke. En forbigående interesse for resten. Frem til Reitgjerdet-skandalen i alle fall.

Det var altså ganske ulike fremstillinger av behandling og holdninger til psykisk sykdom, og det de har til felles er en mistillit til slik institusjonene var bygget opp. Støylen var mot isolasjon fra omverdenen, Halleraker var anti-institusjon generelt, men særlig isolasjon. Cobb vektla en total likestilling mellom pleier og pasient, avskåret fra omverdenen på ett vis, men likevel et samarbeid og et samfunn der det ble stilt krav til bidrag så godt de kunne. Fra enhver etter evne, til enhver etter behov.

### Eksistens og moral

Det var få i norske aviser og tidsskrift som var like ekstreme som Cooper og Szasz i sine holdninger til psykiatrien. Det var stort sett enighet om at psykiske sykdommer er en ting som eksisterer og kan behandles med god effekt gjennom psykiatrien. Ett av de få unntakene er Nina Karin Monsen.

I artikkelen «Når kunnskap blir frigjørende» tok hun ståstedet at det var et spørsmål om moral og kontroll, og ikke sykdom. Denne handler om hennes holdning til psykiatri og moral, som ligger tett opp mot Szasz' synspunkt på det samme. Hun er sterkt kritisk til

psykiatrien, som hun mener ødelegger like mye som den hjelper, og tar fra folk sitt moralske ansvar. Hun legger mye vekt på moral. At moral tilskrives handlinger, men ikke hverdagen. At det ikke snakkes om folks ansvar, men heller deres mangel på kunnskap og ressurser. At moral kun er noe du kan ha om du er akademiker og økonomisk stabil. Kort mener hun at vi har forsøkt å fjerne moralen fra samfunnet til et slikt nivå at å appellere til andres samvittighet er sett på som nedsettende.<sup>80</sup>

Hun har tre konkrete kritikker til tendenser i psykologien i forbindelse med moral. Den første er ideen om at alle er like. Ifølge Monsen mener psykologien at alle er like syke, og fri vilje finnes egentlig ikke. Vi er alle offer for påvirkning fra verden rundt, og psykologen kan kun hjelpe med å leve med «nevrosene». Hun mener de underliggende premisene er at folk ikke er i stand til å ta moralsk ansvar for egne handlinger. Mennesker er primært sosiale og er ikke skapt av oss selv, men av omgivelsene våre.

Kritikk nummer to er at hun mener psykologien ser mennesker som entydig med atferden deres, noe Cobb også skrev om. Et indre liv benektes. Det er ingen motiver eller følelser, og gale handlinger kan avlæres. Hun mener dette er en retning som avskriver alt moralsk ansvar, seg selv inkludert. Hvor Cobb mente det var håp for en psykologi hvor dette var en vanlig holdning hvis undervisningen ble endret og pasientene ble sett som hele personer, skriver Monsen at det ikke er mulig å kommunisere med disse, og det er vanskelig å ta dem alvorlig.

Den tredje kritikken hun kommer med til tendenser i psykologien er de som går for langt andre veien. Det hun kaller «humanistisk psykologi», skiller mellom det egentlige og falske «jeg», og at det egentlige jeg-et er grunnleggende godt. Hvis du tar moralsk ansvar så er det det egentlige jeg-et og du har funnet virkeligheten. Dette må da nødvendigvis bety at hvis du handler umoralsk er dette ikke egentlig deg, og dermed kan du heller ikke stilles til ansvar for dine handlinger. Det er dette Cobb beskriver som «non-being», men han skriver om det spesifikt i forbindelse med psykose og sier ingenting om manglende ansvar for sine handlinger. Tvert imot skriver han at det er et ønske om å returnere til virkeligheten, eller det Monsen ville kalt det egentlige jeg-et.

Det er disse tendensene Monsen referer til når hun mener at psykologien fratrer det etiske ansvaret fra vanlige mennesker. Enten er vi offer for våre omgivelser, eller vi har ikke et indre liv med motivasjoner, eller vi er ikke oss selv når vi begår gale handlinger. Det er lett å forstå at hun tolker det som en manglende moral hvis det er slik hun ser psykologien.

Som svar til dette refererer hun til Szasz, som skriver at det er en sammenheng mellom mentale sykdommer og manglende moralsk vilje til å handle slik man egentlig ønsker, og beskylder mentalt syke folk for å komme med unnskyldninger heller enn å innrømme at de er onde eller forvirrede. Monsen mener at psykologien stempler alle som tar opp moral og etikk som syke. At psykologiens konsekvens er enten frihetsberøvelse eller frembringelse av umoralske mennesker. All terapi som kan lykkes må bygge på moralsk ansvar og en evne til å se sin egen virkelighet, og etter hvert ett mot til å møte denne. Moralsk ansvar for sitt eget liv er styrkende. Selv om å slippe moralsk ansvar i enkelte

---

<sup>80</sup> Monsen, N. K. (1977) «Når kunnskap blir frigjørende», *Tidsskrift for norsk psykiatriforening* (14)10, Norsk psykologforening. s. 19-24

situasjoner hadde vært en lettelse, vil det kun føre til at du blir enda svakere og har enda mindre ressurser.

I denne artikkelen tar altså Monsen for seg det hun mener er den største svakheten i psykologien, nemlig at psykologer og psykiatere fraskriver folk et moralsk ansvar for eget liv. Dette gjør dem dermed svakere og i neste omgang også svekker samfunnet. Dette står i kontrast med for eksempel Hallerakers argument om sosial situasjon og hvordan det påvirker hvilke muligheter og hvilke stempler du får.

## Samfunn

Finn Magnussen er en interessant motpart til spesielt Cobbs tydelige ideologiske artikler. Han var overlege og psykiater, med jevnlige uttalelser til avisene om barne- og ungdomspsykiatrien, og innimellom rettspsykiatrien. Det han selv skrev og publiserte i avisene var i stor grad kronikker med utgangspunkt i bøker. Ikke helt bokanmeldelser, heller bokdiskusjoner. Han dekker mange psykiatriske tema, og jeg har ikke hatt mulighet til å se på alle. De jeg har tatt for meg er naturlig nok de som omhandler psykiatrikritiske bøker og sammenhengen mellom politikk og psykiatri. Magnussen selv holder stort sett sin egen politikk ute av teksten, men kronikkene står i venstre-avisen *Dagbladet*, og han viste stort sett interesse og en stor grad av enighet med de mer anti-psykiatriske bøkene.

Magnussens kronikker viser at selv om han ikke la ut om sitt eget ideologiske ståsted, var det tydelig at han ikke syntes anti-psykiatrien var farlig. Han var til og med åpen for at anti-psykiatrien og venstreorientert psykiatri kunne være interessante og utfordre den gjeldende statusen, selv om han stort sett ikke var spesielt enig med dem. I «Psykiateren som helsekommissær» tar han for seg Svein Haugsgjerds bok *Nytt perspektiv på psykiatrien*. Haugsgjerd skriver om psykiatrien i samfunnet og problemene med maktforskjeller. Konseptene lege og pasient bør knapt eksistere, en flatere struktur med medmennesker er mer ideelt. Videre skriver han om viktigheten av omgivelsene for mental helse og behandling av den. Til slutt tar han opp mulige tilnærminger til disse utfordringene. Mentalhygiene som hadde vært så viktig blir avskrevet som kapitalistisk og sykdomsskapende, noe Magnussen mener flere behandlere kan si seg enig i, og helsearbeidere må slutte seg til klassekampen for å fremme trivsel og helse.

Det er spesielt det politiske aspektet av boken Magnussen tar tak i og mener gjør boken relevant. Psykiatere har hatt en tendens til å ikke legge frem konklusjoner om sammenhenger innen feltet deres. Både fordi det vil kreve mye arbeid for å oppfylle vitenskapelige krav på det nivået og fordi de allerede er tilpasset samfunnet, og ikke vil skape konflikt ved å sette fyr på den kruttønnen. Likevel er det viktig at psykiatrien som felt tenker over hvor den vil og hva den kan gjøre gitt et fritt spillerom. Hvilke samfunnsmessige og sosiale grep bør de ta, og hvilke behov vil komme opp? Å stille disse spørsmålene kan også utfordre menneskesynet vårt, og presse oss til å vurdere om vi vil ha en nøytral helsetjeneste eller en politisk som presser for det de ser som et bedre samfunn. Å stille disse spørsmålene vil ikke sette psykiatrien i noen krisesituasjon, men heller styrke den og gi enda bedre tilbud fordi den ikke blir så fastgrodd som så mange institusjoner på den tiden kunne bli oppfattet som.<sup>81</sup>

Magnussen er altså ikke bare negativ til marxisme innen psykiatrien, selv om han har sine kritikker. Han mener Haugsgjerd kommer med viktige innspill til debatten og stiller

---

<sup>81</sup> Magnussen, F. (1970, 17. November) Psykiateren som helsekommissær, *Dagbladet*, s. 5

viktige spørsmål ved psykiatrien. Det er plass til disse synspunktene og tilnærmingene selv om du ikke nødvendigvis er enig i definisjonene av mental sykdom og fremgangsmåtene de venstreorienterte psykiaterne kan ha som del av et større verdensbilde.

En annen bok Magnussen skriver om er Mary Theophilakis' *Skjulte sirkler. Erfaringer fra behandling av barn og ungdom med atferdsproblemer*. Hun er opptatt av lav selvfølelse og skyldfølelse som årsaker til atferdsproblemer, og hvordan disse videreføres i en sosial arv. Igjen er det omgivelser og psykiatri, men nå går vi inn i selve tematikken heller enn å sirkle rundt den. Når du vokser opp med, og er omgitt av, manglende selvrespekt og en følelse av hjelpeløshet, er du dårligere rustet til å møte motgang. Du har ikke et overskudd av emosjonell trygghet å lande på. En følelse av skam for å ikke leve opp til en standard tapper deg enda mer for selvfølelse. Og så viderefører du sirkelen til neste generasjon. Det er her samfunnet kommer inn i bildet. Når du er i en slik situasjon er det vanskelig å komme seg ut på egenhånd. Det er ofte ikke noe en psykiater kan hjelpe med, det er en samfunnsmessig struktur som holder deg i denne situasjonen, og den å endres. Magnussen roser Theophilakis for å ikke bare skrive en bok om atferdsforstyrrelser, men å sette både dem og psykiatrien inn i samfunnet og peke ut hvor psykiatrien ikke strekker til og samfunnet må ta over.

Samtidig viser han til at i det du begynner å trekke deg utenfor ditt eget fagfelt står du på mye mindre stødig grunn. Psykiateren kan lett rote seg inn i ikke bare politikk, men moral. Magnussen mener det er en felle forfatteren ikke har sett. Han mener Theophilakis bygger på bibelske krav om egenverdi i mennesket uten å ta i betraktning hva det kan produsere, noe som går dårlig sammen med et kapitalistisk eller marxistisk samfunn, hvor produksjon til slutt er det viktigste. Jeg vil argumentere for at det gjelder kapitalismen mer enn marxismen, eller i alle fall den ideelle sosialismen, viss slagord kan sies å være «Fra enhver etter evne, til enhver etter behov», som tross alt impliserer at hvis evnen til å produsere ikke er der, skal du likevel få til å leve. Men hvis vi nå sidestiller disse to etter verdsetting av produksjon, må vi altså minne hverandre på vårt verd, uavhengig av produksjon, fordi vi eksisterer. Samfunnet, eller staten, kan selvsagt gripe inn her og tilrettelegge for at alle skal få likest mulig utgangspunkt, men det tar ifølge Magnussen ikke hensyn til de ulikheter naturen serverer oss. Det vil alltid være noen som er vanskeligstilte og står utenfor, fysisk, mentalt eller sosialt. Å gi omgivelsene skylden for dette vil være så enkelt. Det er alltid noen andre sin feil. Han har nok også stort sett rett i dette, selv om jeg mener disse aspektene også i noen grad kan kompenseres for. Og det gjør vi jo og, med ekstra tid på eksamen, sosiale tilbud for økonomisk vanskeligstilte familier og universell utforming for å nevne noe, men disse kravene er jo også kommet i nyere tid.

Jeg synes det er interessant hvor mye vekt Magnussen legger på underbevisste bibelske sannheter, når det likegodt kan forklares med ideologi og et blikk på historien. Verdier om likhet, menneskeverd og en samfunnsorganisering som dekker alles behov trenger ikke komme fra en religiøs tekst, selv om de nok ofte gjør det.

Religiøse holdninger til side, stiller Magnussen igjen spørsmål til den politiske innblandingen i psykiatrien. Den er ikke feil. Det er masse som kan gjøres bedre, spesielt når det gjelder å bedre levekår, som igjen har en stor innflytelse på den mentale helsen. Mye av dette bør overlates til samfunnet som faktisk kan gjøre endringer. Men psykologer og psykiatere har også et ansvar for å gjøre reparasjoner der de er nødvendige i folks psyke. Det er tross alt mye ved mental helse som trenger



individualterapi, som all tilpassing og likestilling i verden ikke kan kompensere for. Men som Magnussen selv skriver, der er ikke nok å behandle, vi må også sørge for at omgivelsene gir behandlingen effekt.

Dette er en tekst der Magnussen er tydelig på at samfunnet har et ansvar for vår mentale helse. Det er ikke bare et psykiatrisk anliggende når det er mulig å endre forutsetningene som skaper de psykiatriske problemene. Dette er nok den mest positive kronikken han har om politikkenes viktige rolle i psykiatrien og psykiatriske teorier. Det virker også som det er den boken han kommenterer på som legger seg minst opp i familieproblematikk som psykiatri og avskaffelsen av de hierarkiske strukturer som eksisterer i helsevesenet, som han har hatt så mye problemer med i de to andre tekstene. Endre hvordan vi ser på mennesker, tilpass mer. Ikke tull med de grunnleggende strukturene og påstå at mentale sykdommer utelukkende er skapt av omgivelsene og dårlige familierelasjoner.<sup>82</sup>

### Andre kritikker

Det store unntaket til regelen jeg tidligere beskrev av Magnussens kronikker er hans kritikk av David Cooper og hans holdning til familien som konsept i boken *Familiens død*. Slik Magnussen presenterer det mener Cooper at familien er årsaken til schizofreni. Familien var for tilfeldig, mødre måtte dø og gjenskapes og fedre måtte finnes opp fordi de ikke eksisterte, familien var «den fullendte form for ikkemøte og derfor den endelige fornektelse av sorgen, døden, fødselen og den erfaringsverden som går forut for unnfangelse og fødsel».<sup>83</sup> Like før dette sitatet anklager Magnussen Cooper for å ikke ha noen interesse for nyanserte spørsmål, hvor familien kan være en dårlig innflytelse på barnet ved enten for mye eller for lite omsorg, men også fungere bra, som den tross alt gjør for de aller fleste. Ifølge Magnussen mente Cooper heller at familien var en imperialistisk og kapitalistisk oppfinnelse, og det fortsetter. Det er ikke noe rosenrødt bilde han maler av Coopers psykiatriske ideologi, heller en dystopi av selvopptatte mennesker under konstant trussel. Han skriver også at Cooper selv må ha gått seg vill blant paranoiaens fantasifostre, og ser det paranoide som den faktiske sannhet og sunnhet.

Utover den åpenbare kritikk av Coopers syn på familie, ligger Magnussens kritikk i at Cooper har knyttet seg for tett til schizofrenes opplevelser av å ikke bli trodd, av sårbarhet og deres verdensforståelse, unike som de er, og kombinerer dem med et revolusjonistisk politisk standpunkt med fokus på total frihet fra all undertrykkelse. Magnussen kaller det lovløst anarki.

Denne krasse, nedlatende kritikken av en av anti-psykiatriens nøkkelpersoner er interessant når vi ser på de andre kronikkene han skrev om relaterte tema. Det er åpenbart ikke anti-psykiatrien han har et problem med, men heller den veldig politiske, paranoide, revolusjonære holdningen til schizofreni og mental sykdom generelt, og mangelen på nyanse i påstandene. Det mest positive Magnussen har å si om *Familiens død* er at Cooper av og til har noen fantastiske formuleringer og at budskapet er et rop om større forståelse og aksept i samfunnet, som vi nok hadde hatt godt av.

---

<sup>82</sup> Magnussen, F. (1970, 25. April) Skjulte sirkler i sinn og samfunn, *Dagbladet*, s. 3-4

<sup>83</sup> Magnussen, F. (1973, 16. Oktober) Schizofreni og anarki, *Dagbladet*, s. 3-4

Et annet eksempel er en bokanmeldelse av en av Laings bøker. Det er ikke så mye en kritikk av anti-psykiatrien som en kritikk av hvordan en av nøkkelpersonene i den internasjonale anti-psykiatrien hadde sklidd ut og var mye vanskeligere å ta seriøst som psykiater.

Denne anmeldelsen har fått tittelen «R.D. Laing – poesi og psyke». Den ukjente forfatteren har tatt for seg Laings da nyutgitte selvbiografi *Wisdom, Madness, and Folly, The making of a psychiatrist 1927-1957*. De sier selv at de fant Laings tidligere forfatterskap både lettlest og interessant, men denne siste boken tar en litt annen retning. Han tar selvsagt fremdeles for seg psykiatrien og kommunikasjon, men fra en mer personlig innfallsvinkel. Hvordan han har hatt pasienter på besøk hjemme hos seg selv før innleggelser, og hvordan han bommet på hvem som var overlege og hvem som var pasient på sitt første besøk på et psykiatrisk sykehus. Boken har også innslag av poesi og mystikk, og, gitt det forrige eksempelet, en god del overdrivelser. Den ukjente forfatteren av anmeldelsen tar seg til slutt friheten til å beskrive hvordan de tror Laing ikke ville forsøkt å overbevise fire menn som trodde de var Kristus om at de ikke var det, men heller satt seg ned med dem og erklært seg den femte Kristus. Dette får meg til å tro at selv om de påstår de anbefaler boken på det varmeste, mener de ikke den har et like godt faglig grunnlag og at Laing kanskje er litt ute å kjører.<sup>84</sup>

Det er også mer kritikk av psykiatrien innen landets grenser som ikke passer inn i de ovenfornevnte kategoriene. Støylen skrev en artikkel i 1973 om hva som foregår på en psykiatrisk avdeling fra et behandlerperspektiv. «Hva skjer på en psykiatrisk avdeling» er en kort artikkel om behandling og disponering av tid. Heller enn å være fra et pasientperspektiv, er den fra et sykepleier-perspektiv. Det handler fremdeles om læring og kontakt, men nå er det hvordan pleieren forholder seg til dette. En setning som sier mye om hva psykiatriens jobb er, selv om den ikke har stor plass i teksten er «Vi må altså lære pasienten det som hans vanlige omgivelser ikke har lært ham, og i neste omgang må vi lære hans vanlige omgivelser å tilfredsstille hans behov når han viser normal væremåte.»<sup>85</sup> Selv om det kun er en setning, sier den mye om Støylens holdning til psykiatri. Det er ikke kun individet som må endres for å passe inn, omgivelsene må også akseptere og tilrettelegge for at individet skal kunne passe inn. Belønning og læring, ikke straff.

Det han skriver mest om i artikkelen er hvor liten oversikt pleierne hadde over hva de egentlig holdt på med, og hvor liten tid de faktisk brukte med pasientene. En undersøkelse de gjorde viste at knapt over 11 prosent av arbeidstiden gikk med på faktisk pasientkontakt, og drøye 20 prosent til kontakt med grupper. Dette er et problem når, som Støylen skriver, kontakt er det viktigste verktøyet i behandling av mentale sykdommer. Han kommer frem til at for å forbedre situasjonen og behandlingen må behandlere vite mer om hvordan pasientens sykdom oppfører seg, hvilke situasjoner trigger sykdommen? Man skulle tro dette var opplagt, men som Støylen selv skriver, det er et spørsmål de stilte oftere enn tidligere.

Støylens poeng i artiklene er at kontakt med pasientene er ytterst nødvendig for å gi god behandling. Disse to artiklene gir ulike eksempler på hva som kan hindre denne kontakten. Den ene krever en omorganisering av arbeidsdagen og arbeidsoppgaver, den

---

<sup>84</sup> Ukjent forfatter (1985, 21. August) R.D. Laing – Poesi og psyke, *Stavanger Aftenblad*, s. 9

<sup>85</sup> Støylen, I. J. (1973) «Hva skjer på en psykiatrisk avdeling», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 10(12) s.23-25

andre krever en endring i tankegang rundt hele konseptet mental sykdom og hvordan vi forholder oss til det.

Konseptet om kontakt er også viktig innen anti-psykiatrien. Som nevnt over var det en idé om at psykosere var en reise behandleren skulle hjelpe pasienten gjennom. Dette kan vi overføre til andre behandlingsformer. I dag ser vi hvordan denne tanken kanskje har fått litt mer gjennomslag ved fokuset på samtaleterapi, en form for terapi hvor kontakt mellom pasient og behandler er helt grunnleggende. Og på et vis hjelper behandleren pasienten på en reise, dog jeg heller vil klassifisere det som en slags redningsaksjon. Ikke ved å endre det fysiske, men ved å gi dem støtten og redskapene til å komme hjem, og kanskje unngå samme situasjon i fremtiden. Og skulle situasjonen komme opp, har pasienten nå litt mer kunnskap og litt bedre verktøy til å komme seg ut på egenhånd.

### Konklusjoner

Disse forfatterne er de som har hatt de klareste kritikkene av psykiatrien, med klare tanker om hva problemene er, og hva løsningene kanskje kan være. Monsen var den eneste jeg kunne finne som var så tydelig i sin individualistiske holdning til psykiatrien og det moralske ansvaret til enkeltpersoner. Cobb, Halleraker og Støylen ligger på den andre siden av spekteret, med fokus på institusjoner og samfunn, og kritiserer den individ-baserte terapien. Magnussen var som tidligere nevnt ikke anti-psykiater, men tok for seg flere bøker om anti-psykiatri i sine kronikker i *Dagbladet* og vurderte dem på et tilnærmet nøytralt nivå. Han pekte ut styrker og svakheter ved anti-psykiatrien og bidro på den måten til debatten.

Kritikken av de større strukturene og mellommenneskelige relasjoner har vært den viktigste i den norske anti-psykiatrien. Dette gjenspeiler seg også i det Kringlen og Sørhaug skriver om anti-psykiatrien i Norge. Begge har kritisert den for å fokusere for mye på samfunnet, mens Sørhaugs konklusjon er at det var en interessant kritikk og politikk, men heller vanskelig å gjennomføre i praksis. Hverken Kringlen eller Sørhaug skriver om Monsens og Szasz' perspektiv i forbindelse med norsk psykiatri og anti-psykiatri.

Min antagelse er at kritikken av psykiatrien hadde, og har, sammenheng med politisk og økonomisk synspunkt. Szasz var fra USA, et samfunn som i mye større grad enn i Europa har satt individet i sentrum og til ansvar for sine egne handlinger. Det er den amerikanske drømmen, hvis du bare jobber nok vil du klare deg. Konseptet at en sykdom som du ikke en gang kan måle på noe vis, kan hindre deg i å oppnå suksess går direkte imot denne holdningen. I Europa har ikke denne holdningen vært like sterk, selv om den var voksende i Storbritannia i 1970-årene. Vi har også vært mer åpen for sosialisme, i alle fall på en generell basis. Dette gjør det enklere å kritisere samfunnets strukturer i psykiatrien, fordi det allerede er kritikk av de samme strukturene i politikken og økonomien. Cooper gjør det spesielt enkelt å se sammenhengen mellom disse, når han essensielt argumenterer for at mentale sykdommer vil forsvinne hvis kapitalismen viker plass for sosialismen, «[the] Bourgeois state is a tranquilizer pill with lethal side effects».<sup>86</sup>

Det kommer altså til hvem som har ansvaret for at folks liv skal være best mulig, individet eller samfunnet. Mens Monsen tar den noe ekstreme holdningen at individet har

---

<sup>86</sup> Petrikainen (2015) s. 316

totalt ansvar, er Halleraker, Støylen, til og med Cobb, mer balansert. De gir samfunnet og lokalmiljøene ansvar for en del av folks helse og sikkerhet, men er ikke helt imot at individet selv også må ønske å oppsøke hjelp. Medisiner kan være nyttige hjelpemidler, men er kun det, hjelpemidler. Ellers må individet lære å leve i samfunnet samtidig som samfunnet må gjøre det mulig for individet å eksistere på best mulig måte, tross behov som ellers kan virke rare og unormale. Dette kommer spesielt godt frem hos Støylen.

Det de alle har til felles er en tendens til å lene mot den sosiale modellen for funksjonsnedsettelse. I ulike grader har alle knyttet psykiske sykdommer opp mot sosiale tilstander, og Monsen mer enn de andre. Resten gjenkjenner at det er et medisinsk aspekt ved psykiske sykdommer og skriver om hvordan sosiale faktorer som sosial klasse og hierarki påvirker det medisinske aspektet psykisk sykdom. Halleraker er den som ser nærmest på denne interaksjonen, og utvider perspektivet til medisin generelt.

Det er også interessant å holdningene i anti-psykiatrien og psykiatrikritikk det politiske. Ved begynnelsen av perioden vår var økonomien under sterk statlig kontroll og troen på at staten kunne ordre opp i problemene i samfunnet. Det var også i denne perioden vi ser Cobb, Halleraker og Støylen er mest aktive i sine kritikker av samfunn og institusjoner. Magnussens bokkronikker hvor han omtaler anti-psykiatri og anti-psykiatriske bøker var også på tidlig 1970-tall. Monsens libertarianske artikkel ble ikke publisert før 1977, etter skiftet til en med liberal økonomi og politikk i Norge.

Det er selvsagt ikke en perfekt match. Ut over 1980-tallet skulle venstreorientert psykiatrikritikk og anti-psykiatri fortsette å bli publisert. Joar Tranøy hadde spesielt mange uttalelser i både aviser og fagartikler som var svært kritiske til psykiatrien og institusjoner. Likevel er det en trend som er verd å påpeke. De mest venstreradikale artiklene til Cobb var på 1960-tallet, Støylen og Hallerakers mer moderate artikler kommer mot midten av perioden vår, og Monsens kritikk kommer helt mot slutten.

Jeg finner det også interessant at ingen av artiklene jeg så på nevnte faktisk helsepolitikk, som tross alt også var i endring i denne perioden. Lov om psykisk helsevern kom i 1961 og det var et økt fokus på psykisk helse i politikken, likevel blir ikke dette nevnt. Samtlige fokuserer på enten holdninger og sosiale hierarkier, eller hvordan vi skal forholde oss til mental sykdom som konsept, og holder seg borte fra de politiske realitetene som faktisk kunne påvirke dette.

## Reitgjerdet: et argument for anti-psykiatrien

Reitgjerdet er åsted for en av de største skandalene i norsk psykiatri. I 1978 hjalp Svein Solberg, lege og sivilarbeider, en pasient å rømme fra Reitgjerdet. Året etter ga han ut den emosjonelle boken «Rapport fra Reitgjerdet». Jeg sier emosjonell, fordi den er sterkt preget av Solbergs egne følelser om saken, og som han selv skriver, så er det flere aspekter han kunne dykket lengre ned i og skrevet en mer balansert bok. Istedenfor prioriterte han å få ut informasjonen så fort som mulig. Denne informasjonen ble i stor grad senere bekreftet i Blom-kommisjonens granskningsrapport, *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*. Kommisjonen besto av høyesterettsdommer Knut Blom, professor i rettsvitenskap Anders Bratholm og høyesterettsadvokat Johan Hjort, og tok for seg anklagene fra både Solberg og andre.

Denne saken kommer helt i slutten av perioden jeg skriver om, men er relevant fordi den eksemplifiserer hva anti-psykiaterne hadde kritisert. De var allerede mot institusjonalisering, men dette var et sykehus hvor det var stor bruk av tvang, mangel på privatliv, brevsensur, og ifølge Solberg, overdreven bruk av medisiner.

Det mest omtalte i Reitgjerdet-skandalen er den overdrevne bruken av fysisk, eller mekanisk, tvang. Pasienter ble rutinemessig lagt i reimer ved innleggelse, noen i flere uker. Gjennomsnittlig tid i reimer var tre måneder av året.<sup>87</sup> Dette blir skylt på underbemanning og ufaglærte helsearbeidere som så dette som den enkleste måten å håndtere de nye pasientene, uavhengig om de utgjorde noen reell fare eller i det heletatt var utagerende. Solberg legger også noe av skylden på en holdning hvor pleierne var voktere heller enn hjelpere, som fører til en enda mer fengselslignende tilstand, samt at pasientene på Reitgjerdet allerede var stemplet som vanskelige, kriminelle, og håpløse. Det var tross alt et sykehus for særdeles vanskelige eller farlige pasienter.

Solberg beskriver tilstander hvor pasienter som hadde vært reimet til sengen gjennom natten fikk servert mat på gulvet «mellom utømte bekkener og urinflasker».<sup>88</sup> En kvinnelig kollega hadde reagert på dette og so gitt tydelig beskjed om hennes syn. Det ble tatt opp på møte, og siden aldri gjort noe med. Tvangen var altså ikke bare en frihetsberøvelse, men også en nedverdiggelse. Dette kunne umulig ha noen god virkning på pasientene. Som Støylen skriver i sine artikler, kan ikke dette oppfattes som noe

---

<sup>87</sup> Aas og Vestgården (2014) s.116

<sup>88</sup> Solberg, S. (1979) *Rapport fra Reitgjerdet*. S. 53

annet enn straff, og straff for noe pasientene med høy sannsynlighet ikke hadde gjort. Nok en faktor som virker mot sin hensikt på e slik institusjon.

Når vi er inne på tvang, så skriver Solberg også om det han opplever som overdreven bruk av beroligende midler. Han skriver det er for å holde pasientene medgjørlige, ikke for pasientens bedring. Dette har vært skrevet om av anti-psykiatere som Støylen og Cobb. Han mener også at medikamenter tar over for den mer gammeldagse fysiske tvangen. Dette har han lite grunnlag for å si og er heller spekulasjon fra hans side. Hans egne erfaringer på Reitgjerdet tilsier heller ikke at dette skulle stemme, gitt tvangen beskrevet over.

Blom-kommisjonen bekrefter en overdreven og rutinemessig bruk av beltelegging ved ankomst til Reitgjerdet uavhengig av om det faktisk var grunnlag for det. Bruken blir beskrevet som nedverdiggende. Granskningskommisjonen skriver også at beltelegging ble brukt som straff så vel som behandling. Den tvangsmessige medisinerbruken Solberg beskriver blir derimot ikke bekreftet.<sup>89</sup>

Brevsensur gjorde ikke forholdene noe enklere for pasientene. Alle brev ble lest, og hvis de inneholdt informasjon som overlegen ikke likte, ble de destruert, uten at hverken pasienten eller de pårørende fikk beskjed om dette. Hvis det var brev fra en pasient som hadde kritisert sykehuset før, ble brevene destruert uten en gang å ha blitt lest. Solberg skriver om hvordan dette gjorde det vanskelig å holde kontakt med familie, og hvordan flere trodde familien hadde forlatt dem og gitt opp, fordi brevene aldri nådde frem. Brev til kontrollkommisjonen eller advokat var ulovlig å åpne, men det var også ulovlig å hindre de fleste av brevene. Det skulle kun være de som inneholdt informasjon som kunne være direkte skadelig, men all kritikk av sykehuset kom under denne på Reitgjerdet. Pasientene var essensielt alene mot en institusjon som hadde bestemt at de var for utilregnelige til å slippes ut, med liten sannsynlighet for bedring, uten mulighet for å hente inn hjelp utenfra.

Brev og pakker som kom inn til Reitgjerdet ble også gått gjennom av samme overlege eller assisterende overlege. Solberg skriver at disse riktignok ikke ble kastet, i alle fall ikke det han var klar over. Alle pakker ble åpnet, penger ble satt på pasientens konto med antall skrevet på. Dette skulle være for å unngå smugling av våpen og narkotika, men hvor stort dette problemet egentlig var er en annen sak. Pasientene fikk tross alt ikke en gang lov til å ha pynt på veggene, og de som gjorde tegn på å være vanskelige ble lagt i reimer.<sup>90</sup>

Denne totale sensuren av post inn og ut av Reitgjerdet førte til en umyndiggjøring av pasientene. De kunne ikke si hva de ville, de fikk ikke informasjon om deres forsøk på å kontakte omverdenen, de fikk ikke en gang se de pengene de ble tilsendt av familie og venner. Dette, kombinert med trusselen om beltelegging, gjorde at pasientene essensielt ikke hadde mulighet til å ta frie valg på noe vis. De ble behandlet som farlige barn. Dette ble bekreftet av Blom-kommisjonen i granskningsrapporten fra 1980. Brevsensuren var ikke bare uetisk og infantiliserende, men også ulovlig.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Blom, K., Bratholm, A. og Hjort, J. (1980) *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*. Sosialdepartementet. S. 77-79

<sup>90</sup> Solberg (1979) s. 107

<sup>91</sup> Blom, K., Bratholm, A. og Hjort, J. (1980) *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*. Sosialdepartementet. S. 62-63

Vi kan jo undre oss over at dette ikke ble oppdaget tidligere, når den heller inhumane behandlingen hadde pågått over lang tid. Ifølge Solberg var dette fordi alle visste når inspeksjonene kom og hadde alt på stell til inspeksjonen var over. Kringlen skriver at det antageligvis var mange psykiatere som var klar over at forholdene på Reitgjerdet ikke var holdbare, men at de ikke sa fra. Han inkluderer seg selv i denne gruppen. Det han ikke gjør, er å gi noen form for forklaring på hvorfor ingen sa noe før Solberg, hvis så mange var klar over problemet.<sup>92</sup>

Konsekvensene av at denne skandalen kom frem i lyset, var blant annet erstatningskrav og vedtak om nedleggelse av institusjonen. Flere av pasientene fikk innvilget kravene om erstatning for urettmessig frihetsberøvelse. Ved skifte av direktør ble det også satt i gang store endringer på Reitgjerdet, han hadde tidligere vært kritisk til institusjonen. Han ble også kritisert siden for noen tvilsomme utskrivninger og måtte også trekke seg. Helsedirektøren fikk også personlig kritikk for ikke å ha reagert tidligere. Solberg selv ble straffedømt for å hjelpe en pasient å rømme. Reitgjerdet ble offisielt nedlagt i 1982, dog det i praksis egentlig bare skiftet navn og ledelse. Det eksisterer i dag under navnet Brøset.<sup>93</sup>

Så hva har dette med anti-psykiatri å gjøre? For det første har Solberg tydelige tendenser mot den anti-psykiatriske holdningen. Han er definitivt imot tvang og medisinerer, samt hierarkiene som gjerne eksisterer på slike institusjoner, selv om Reitgjerdet var en spesielt stygg sak i Norge. «Rapport fra Reitgjerdet» er ikke en kritikk av institusjoner som sådan, men en kritikk av maktforholdene som kan vokse frem på en lukket avdeling, og hvilke konsekvenser dette kan ha hvis det ikke blir satt en stopper for.

For det andre, så er Reitgjerdet et eksempel på alt anti-psykiaterne ikke likte med psykiatrien. En lukket institusjon med stor bruk av mekanisk og psykisk tvang, kraftig medisinerer, umyndiggjøring, og mindre fokus på å hjelpe pasientene. Selv om skandalen ikke kom frem i lyset før 1979, bygger den godt under argumentene til anti-psykiaterne. Spesielt når Reitgjerdet, som Kringlen skriver, ikke var unikt på noe vis. Tilsvarende forhold ble observert i både resten av Skandinavia, og i England.<sup>94</sup> Hvis vi følger Støylens argument om at tvang i beste fall kan føre til avlæring av symptomer, og i verstefall oppleves som en urettferdig straff. På disse premissene kunne ikke Reitgjerdet fungere som noe annet enn en oppbevaringsanstalt, som er det Solberg beskriver den som. Hvis vi videre følger Støylen i hans argument i «Den lukkede avdeling», vil Reitgjerdets bruk av tvang faktisk føre til at pasientene blir verre, nettopp på grunn av følelsen av å bli straffet. Han skriver «[...] vil til en hver tid må stille oss spørsmålet hvor langt vi er villige til å fungere som voktere for samfunnets utstøtte.» Når vi ser dette i sammenheng med Solbergs beskrivelse av flere av pleierne som voktere, setter det ikke Reitgjerdets maktbruk i et godt lys. Pasientene blir da fanger som må stenges ute fra samfunnet, ikke syke personer som trenger hjelp. Dette kan nok forklare hvorfor det var så mye umyndiggjøring på institusjonen.<sup>95</sup>

Den hierarkiske pyramiden er del av mønsteret Halleraker beskriver som legens makt over pasientene og umyndiggjøringen av dem. Det er ikke intelligensen som i hovedsak blir dømt her, men stempelet «farlig» gjør samme nytten i denne situasjonen. Du har

---

<sup>92</sup> Kringlen (2007) s. 357

<sup>93</sup> Kringlen (2007) s. 357

<sup>94</sup> Kringlen (2007) s. 357

<sup>95</sup> Solberg (1979) s. 65

fått et stempel, og autoritetsfigurer rundt deg forholder seg til dette og ikke deg som person. Heller enn «du er dum, derfor kan du ikke kjøre bil og du er verd mindre» blir det «du er farlig, derfor kan du ikke få noen kontroll over ditt eget liv, ikke en gang korrespondanse». Hvis vi nå følger dette videre vil det bety at legene alltid vet best, og pasientenes kunnskap om seg selv og sine behov blir ubetydelige. Legene er de utdannede, de intelligente, pasientene er de gale som ikke kan tenke klart. En tankegang som dette vil legitimere mang en umyndiggjøring, som ansvar for egne penger og egen leggetid.<sup>96</sup> Den forklarer derimot ikke frykten for at informasjon om forholdene på Reitgjerdet skulle komme ut. Hvis pasientene var så fjerne burde det være lett å motbevise kritikken deres, noe Reitgjerdet feilet miserabelt i. En interessant detalj er sensureringen i sammenheng med en observasjon Halleraker hadde gjort seg på sykehuset han arbeidet på. På Reitgjerdet ble brevene sensurert i tilfelle det skulle komme noe skadelig, for pasient, familie eller Reitgjerdet. På sykehuset Halleraker arbeidet på ble det medisinske tidsskriftet *Æsculap* fjernet fra spiserommet, og han funderer på en det kunne være fordi det ble for radikalt og sammenligner det med andre sykehus som fjernet politisk materiale. Nå er ikke dette det samme, men det viser kanskje til en tendens sykehus av flere typer kunne ha til å sensurere det de oppfattet som farlig materiale.<sup>97</sup>

Monsens kritikk kan også brukes i forbindelse med umyndiggjøringen og stempelingen. Hvis pasienten blir stemplet som uhelbredelig, vil det ifølge Monsen bety at pasienten blir antatt å ikke kunne bli et bedre menneske. Den institusjonelle ansvarsfraskrivelsen som settes som sykdom, heller enn å dømme personen på et moralsk grunnlag. Dette mister litt av sin styrke når pasientene er der fordi de er særlig farlige eller kriminelle, altså umoralske. Likevel er pasientene fremdeles sett som syke og problemet hvis vi bruker Monsens syn, er at de ikke får muligheten til å bli moralsk bedre, ikke at de er på en institusjon med høy bruk av tvang. Men ingen av eksemplene Monsen bruker på problemer passer inn på Reitgjerdet. Reitgjerdets problem var ikke at pasientene ble sett som kun handlinger, kun tanker, eller egentlig gode og deres dårlige moral var ikke egentlige selv. Det er der denne typen kritikk av psykiatri svikter. Den mer sosialistiske kritikken går på systemene, hvordan pasientene blir behandlet. Szasz' og Monsens kritikk av det personlige adresserer ikke de institusjonelle problemene som maktmisbruk. Det er kun enkeltpersoners egne valg og vilje til å gjøre noe med dem som teller, og denne kritikken fungerer enkelt og greit ikke på en institusjon hvor pasientene ikke har mulighet til å ta disse valgene.

Cobb blir mindre relevant her, da hans kritikker i større grad omhandler ideer innen psykiatrien og hvordan vi kan forholde oss til og forstå mentale sykdommer. Psykologens tanker er ikke så viktig i dette tilfellet som det overordnede systemet, som Cobb har skrevet mindre om i norske tidsskrift

---

<sup>96</sup> Aas og Vestgården (2014) s. 116

<sup>97</sup> Halleraker, S. (1973) «Sensureres *Æsculap* på sjukehusene?» *Æsculap* nr. 10, s. 3



## Langsiktig påvirkning

Selv om anti-psykiatrien slik den var i 1960- og 1970-årene ikke er til stede i dag, betyr det ikke at den ikke har satt varige spor i samfunnet. Det tydeligste er debattene som dukker opp med ujevne mellomrom om bruk av medisin i behandling av mentale sykdommer. Spesielt kommer argumentet at vi bruker for mye medisin og for lite tid på hva nå alternative skulle vise seg å være. Jeg kan bare anta at det må være samtale- og arbeidsterapi. Eventuelt er det dem som også i dag mener at folk med mentale sykdommer bare må komme seg opp og ut i arbeid og slutte å være late. Debatten om bruk av psykedeliske stoffer i behandling dukker også opp innimellom, ofte med sterke meninger på hver side av saken.

I diskusjonene om hva mental sykdom er i dag kommer gjerne avhengighet. Folk som har vært avhengige av rusmidler har lenge blitt satt i samme bås som mentalt syke, men det kom en periode der det heller ble sett på som en personlig svakhet og ikke en faktisk sykdom som burde behandles. I dag er denne kategorien også utvidet til spillavhengige.

Vi har også stilt spørsmål i mediene om hvor etisk behandlingen av dem som er lagt inn på psykiatriske sykehus eller avdelinger faktisk er. VG gjorde i 2016 store avsløringer om ulovlig tvang i den norske psykiatrien. En av sakene omhandlet en kronisk deprimert og anorektisk dame som ble beltelagt hver kveld for å hindre at hun skulle ta sitt eget liv. Dette åpnet for en debatt for når legene kan overkjøre pasientens vilje i saker der det er pasientens hjerne vrangforestillinger som er basisen for sykdommen, og hvorvidt mental sykdom skal regnes på lik linje som somatisk sykdom. Hadde en holdt en kreftpasient i live mot deres vilje hvis mange års kamp mot sykdommen ikke hadde vært vellykket og pasienten led? Er det det samme når man er deprimert? Når er tvangsinnleggelse greit, og når går det over en strek? Flere pasienter fikk uttale seg i mediene og mange motstridende synspunkter kom frem. For noen hadde tvangsinnleggelsene vært traumatiserende og følte nedverdiggende, mens andre så på dem som livreddende og en nødvendighet for seg selv fordi de selv ikke var tilregnelige.

En annen effekt av antipsykiatrien er opprettelsen av pasientgrupper for mentalt syke pasienter. Dette var ikke utbredt før denne bevegelsen, da den tross alt i stor grad handler om å respektere pasientene, eller gjerne heller klientene, som mennesker med alle de rettighetene det innebærer.

Utover 1980- og 1990-tallet ble institusjonene også bygget ned, både i Norge og internasjonalt. Her hadde vi for eksempel HVPU-reformen i 1991 som overførte ansvaret for psykisk utviklingshemmede til kommunene, hvor de skulle ha rett på egen bolig og tilrettelegging slik at de kunne fungere i samfunnet på lik linje med alle andre. Også institusjonene for psykisk helse ble redusert fra 12000 plasser til 7400 plasser i perioden 1980-1992, uten at det polikliniske tilbudet ble utvidet.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Schiøtz (2003) s. 501-502

## Konklusjon

Så hva var anti-psykiatrien i Norge på 1960- og 1970-tallet? Hvordan artet debatten seg, hvor utbredt var den, og hvor politisk var den? Vel, anti-psykiatrien i norske tidsskrift og aviser i denne perioden var noe mindre radikal enn i Storbritannia og USA. I Norge lå fokuset hovedsakelig på institusjonene heller enn kommunikasjon, og det var stort sett enighet om at psykisk sykdom var en ting som eksisterte og kunne behandles i psykiatrien. Anti-psykiatridebatten dominerte heller ikke psykiatrien og de psykiatriske tidsskriftene.

For å besvare disse spørsmålene har vi sett på psykiatrien gjennom historien, hvordan den politiske situasjonen i Norge var, hvordan anti-psykiatrien artet seg i England og USA, og til slutt hvordan den norske anti-psykiatridebatten ble presentert i norske tidsskrift og aviser. Jeg har forsøkt å gi et innblikk i hva denne bevegelsen var i Norge med utgangspunkt i disse mediene og den politiske situasjonen.

Anti-psykiatrien var en kritisk bevegelse som kom fra psykiatrien som hadde tydelige ideologiske verdier. Internasjonalt var kritikken av institusjoner og hvordan vi forholder oss til og behandler mentalt syke mennesker. Dratt til det ytterste argumenteres det for at mental sykdom ikke finnes og at det er et resultat av enten undertrykkende systemer eller overmedisinering av moralske problemer. Mer normalt var en kritikk til samfunnets rolle i mental sykdom og hvordan det kunne hjelper eller skade pasientene, uten at sykdommen i seg selv blir avskrevet. I Norge ser det ut til at anti-psykiatrien stort sett var moderat, i hvert fall i tidsskrift og aviser. Etter det jeg har lest av bokanmeldelser virker det som de mer radikale ideene heller kom frem i bøker enn media.

Anti-psykiatrien i norske aviser og tidsskrift hadde gjerne også et litt annet fokus enn det de store internasjonale anti-psykiatere hadde. Laing og Cooper vektla endring av samfunnet og kommunikasjon, Szasz vektla ansvar for egen oppførsel og sykeliggjøring av sosiale og moralske problemer. I Norge lå interessen i stor grad i maktbruk og maktforskjeller. Dette var en mer interessant oppdagelse enn om anti-psykiatrien var mer eller mindre politisk enn andre steder. Den var enkelt og greit forskjellig. Etter å ha lest om anti-psykiatrien i Storbritannia og USA hadde jeg forventet av det skulle være mer eksplisitt og radikale politiske holdninger i tidsskriftene og avisene. Det var derfor noe overraskende å finne de mer moderate holdningene. Ytterpunktene var kanskje ikke like ekstreme som i Storbritannia og USA, men kritikken hadde stort sett likevel en politisk karakter, stort sett mot venstre. Den som stikker seg mest ut er Noel Cobb som fokuserte mer på forståelse av mental sykdom og hvordan vi forholder oss til funksjonsnedsettelse i tråd med Laing. Han kritiserte ikke samfunnet og institusjonene like mye som holdninger. I en politisk sammenheng var Halleraker kanskje den mest eksplisitte. Artikkelen «Den kliniske makt» er en skarp kritikk av ulike maktposisjoner i samfunnet og hvordan de påvirket helsevesenet og dets klienter. Monsen var mer moraliserende enn eksplisitt politisk, og la skylden både på enkeltmennesket og psykiatrien for å undergrave moralsk ansvar.

At anti-psykiatrien var preget av venstresiden var mindre overraskende. Norge hadde en spesielt sterk stat på dette tidspunktet med generelt mye tiltro til at den kunne ordne problemene, og lå dermed nærmere den britiske varianten enn den amerikanske. Jeg hadde selvsagt håpet å finne flere artikler med en holdning tettere opp mot Szasz for mer sammenligning mellom de to sidene, men det viste seg vanskelig når det meste av skriviene om og rundt anti-psykiatrien enten lå rundt sentrum eller mot venstre, med kun Monsen som en klar motpart. Tross tydelige politiske og ideologiske standpunkt og

en trend hvor anti-psykiatrisk kritikk fulgte den politiske situasjonen, tok ingen av partene jeg så på i anti-psykiatridebatten opp den faktiske helsepolitikken eller den økonomiske politikken. For meg leser dette som at anti-psykiatridebatten i Norge dreide seg mer om holdninger i psykiatrien enn å endre politikken rundt psykiatrien. Den var formet at det norske sosialdemokratiet og troen på staten, ja, men selve politikken var mindre interessant i debatten.

Var anti-psykiatrien i Norge spesielt utbredt? Ikke egentlig. Det var nok interesse for feltet til at det ble publisert artikler og bokanmeldelser i avisene, men ikke så mye at det preget hverken avisene eller tidsskriftene. Det var ikke en gang spesielt ofte at artiklene fikk svar fra andre psykiatere. I tidsskriftene var det særlig universitetstidsskriftene som publiserte artikler om anti-psykiatri. Disse hadde en artikkel om anti-psykiatri eller tematikk rundt anti-psykiatri i mange av utgavene, men ikke mer enn én heller. Det ser også ut til å ha vært mer interesse og godvilje for anti-psykiatrien på 1960-tallet enn 1970-tallet, spesielt venstresiden. De mer kritiske artiklene blir vanligere etter hvert som tiden går. Flesteparten av Hallerakers artikler for eksempel ble publisert i løpet av 1960-årene. Støylen var mer aktiv tidlig i 1970-årene, før dereguleringen og liberaliseringen kom i gang. Monsens artikkel kom ikke før i 1977.

De ulike modellene for funksjonsnedsettelse har vist seg å være interessante i forbindelse med anti-psykiatrien. Jeg hadde trodd at venstresiden ville lene seg mest mot den sosiale modellen og høyresiden mot den medisinske. Det viste seg å kun stemme til en viss grad. Cobb, Halleraker og Støylen brukte definitivt den sosiale modellen for å vise hvordan psykisk sykdom og sosiale faktorer interagerer. Monsen holdt seg til et skarpere skille mellom det sosiale og det medisinske, hvor kun det målbar somatiske var en sykdom. Psykisk sykdom kunne ikke måles og ville dermed ikke klassifisere som sykdom, men heller et moralsk spørsmål. Men vi kan også snu dette på holdet og si at Monsen er den som følger den sosiale modellen strengest, nettopp fordi hun mener psykisk sykdom er et rent sosialt fenomen med base i etikk og moral. De andre tillater at det er et medisinsk aspekt ved psykisk sykdom og dermed at det er medisinske måter å tilnærme seg behandling på. Cobb, Halleraker og Støylen benekter ikke at medisiner har en plass i behandlingen av psykisk sykdom, de ønsker heller at medisinen skal ha en rolle som et verktøy for å lettere behandle gjennom former for samtaleterapi og lignende.

Modellene passer altså ikke over det politiske spekteret like godt som jeg først tenkte da jeg begynte å se nærmere på anti-psykiatrien og så Coopers veldig sosiale standpunkt og Szasz' benektelse for at sykdom kan være noe som ikke er fysisk målbar. Likevel lener jeg meg mot denne tolkningen av anti-psykiatri, sykdomsmodeller og politikk. Venstresiden i Norge er mer interessert i hvordan det sosiale påvirker sykdom, mens høyresiden av anti-psykiatridebatten setter et skarpt skille mellom sykdom og sosialt miljø.

Hypotesen min om en sterk politisk anti-psykiatri i Norge viste seg altså å ikke være helt korrekt. Jeg trodde det ville være mer debatt i tidsskriftene og avisene gitt anti-psykiatriens politiske karakter, men det viste seg altså å ikke stemme. Det jeg derimot fikk bekreftet at det var en sammenheng mellom det politiske spekteret, modeller for funksjonsnedsettelse og holdninger til og i anti-psykiatrien. Det var spesielt interessant å se hvordan de ulike partene passet inn i sykdomsmodellene. Etter å ha skrevet denne oppgaven og se tilbake på utgangspunktet, ville jeg kanskje heller ha fokusert kun på en

av sidene ved anti-psykiatrien, for eksempel ha gått i dybden kun på den venstreorienterte fløyen.

En svakhet ved denne oppgaven er at jeg ikke har sett nærmere på hvilken annen litteratur som ble publisert. Som nevnt tidligere ser det ut til å ha vært flere radikale anti-psykiatriske bøker publisert i perioden 1960-1979, som antagelig ville kunne gi et annet inntrykk av hvordan anti-psykiatrien ble presentert når den hadde mulighet til å utdype mer enn i en artikkel. Jeg kunne også ha sett på flere aviser enn kun Stavanger *Aftenblad*, *Aftenposten* og *Dagbladet* og fått innblikk i de mer lokale debattene. Dette er ting jeg ville gått dypere inn i, skulle jeg ta opp igjen dette tema ved en annen anledning. Særlig bøkene ville vært interessante å se på.

## Litteratur

- Bhattacharjee, R. (2014, 26. September) *California Bill Bans Forced Sterilization on Female Inmates*. Hentet fra: <https://www.nbcbayarea.com/news/local/Gov--Jerry-Brown-Signs-bill-to-End-Forced-Prison-Sterilization--277229702.html>
- Blom, K., Bratholm, A. og Hjort, J. (1980) *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*. Sosialdepartementet
- Blomberg, W. (2002) *Galskapens hus – Internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Universitetsforlaget
- Cobb, N (1968, 8. August) Asylet og ny oppfatning av galskap, *Dagbladet*, s. 5
- Cobb, N. (1962) «Non-being as Death», *Impuls (16)2*, Psykologisk institutt, UiO, s. 10-15
- Cobb, N. (1962) «Sandcastles and Subjectivity», *Impuls (16)2*, Psykologisk institutt, UiO, s. 8-11
- Cobb, N. (1968, 14. august) Schizofreni og familien, *Dagbladet*, s. 4-5
- Cobb, N. (1968, 15. August) Eksperimentsamfunnet – et alternativ til sinnssykehuset. *Dagbladet*, s. 4
- Cobb, N. (1968, 6. August) Galskap og sivilisasjon, *Dagbladet*, s. 4
- Crossley, N. (1998) «R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A socio-historical analysis», *Social science and medicine (47)7*, s. 877-889
- Dain, N. (1989) «Critics and Dissenters: Reflections on "anti-psychiatry" in the United States» *Journal of the History of the Behavioural Sciences (25)*, s. 3-25
- Foucault, M. (1973[1961]) *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*, Gyldendal akademisk
- Framtiden i Våre Hender (2005) «Sigurd Halleraker», *Folkevevt*, 6 s. 37
- Furre, B. (1991) *Vårt hundear – Norsk historie 1905-1990*, Det norske samlaget
- Halleraker, S. (1969) «Trekk trådene sammen» *Psykologen 6(1)* s. 7-9
- Halleraker, S. (1971) «Den kliniske makt» *Psykologen*, 8(5). s- 6-12
- Halleraker, S. (1971) «Den kliniske makt», *Psykologen – Norsk psykologforenings medlemsblad (8)5*, Norsk psykologforening, s. 6-12
- Halleraker, S. (1973) «Sensureres Æsculap på sjukehusene?» *Æsculap (10)*, s. 3
- Hartmann, T. (1973) «Valget av symptomer», *Tidsskrift for norsk psykologforening 10(9)*. 3-15

Hauge, R. og Halleraker, S. (1965) «Vaneforbrytere» - «tilfeldighetsforbrytere», *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab* 52(3) s. 216-228

<https://www.nrk.no/trondelag/hapar-fleire-vil-tilsetje-psykisk-sjuka--ingen-garanti-for-at-dei-friske-ikkje-er-kjipe-1.15477902> (Hentet: 17. mai 2021)

Innst. S. nr. 221 (1997-1998) Innstilling fra justiskomiteen om billighetserstatninger av statskassen.

Kolseth, H. I. M, Våge, M. og Nylenna, M. (2021, 5. mai) Håpar fleire vil tilsetje psykisk sjuke: – Ingen garanti for at «dei friske» ikkje er kjipe, NRK

Kringlen (2007) *Psykiatriens historie*. Gyldendal Norsk Forlag: Oslo s. 182, 186

Kringlen, E. (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene*, N.W. DAM & SØN AS

Lie, E. (2012) *Norsk økonomisk historie etter 1905*, Universitetsforlaget

Magnussen, F. (1970, 17. November) Psykiateren som helsekommisær, *Dagbladet*, s. 5

Magnussen, F. (1970, 25. April) Skjulte sirkler i sinn og samfunn, *Dagbladet*, s. 3-4

Magnussen, F. (1973, 16. Oktober) Schizofreni og anarki, *Dagbladet*, s. 3-4

Malt, U. (2019, 10. September) ECT. Store Medisinske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/ECT>

Malt, U. (2021, 30. mars) «Psykofarmaka», *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/psykofarmaka> 5. mai 2021

Monsen, N. K. (1977) «Når kunnskap blir frigjørende», *Tidsskrift for norsk psykiatrforening* (14)10, Norsk psykologforening s. 19-24

Mørland, J. (2020, 22. april) «Hallusinogener», *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/hallusinogener> 5. mai 2021

Nasser, M. (1995) "The Rise and Fall of Anti-Psychiatry", *Psychiatric Bulletin* (19), s. 743-746

Pietrikainen, P. (2015) *Madness – a history*, Routledge

Porter, R. (2002) *Madness – A brief history*, Oxford University Press

Rogan, B. (1971) «Om: Den allmektige legen», *Psykologen* 8(10). s. 7-8

Sandvig, H. (2020, 26. april) «Stine var ikke psykisk utviklingshemmet likevel», NRK, hentet fra: <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/stine-var-ikke-psykisk-utviklingshemmet-likevel-1.14958063>

Schiøtz, A. (2003) *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003: Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Universitetsforlaget

Solberg, S. (1979) *Rapport fra Reitgjerdet*, Pax forlag AS

Stout, C. (u.å.) *How mental illness affects police shooting fatalities*, International Bipolar Foundatin, <https://www.washingtonpost.com/graphics/investigations/police-shootings-database/> (Hentet: 17. mai 2021)

Støylen, I. J. (1972) «Den lukkede avdeling», *Psykologen – Norsk psykologforenings medlemsblad* (9)7, Norsk psykologforening, s. 5-7

Støylen, I. J. (1973) "Hva skjer på en psykiatrisk avdeling», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 10(12) s.23-25

Støylen, I. J. (1975) «Sykdomsmodellen i psykiatrien», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 12(5) s.14-18

Sørhaug, T. (2016) *Gull, arbeid og galskap – penger og objektrøbbel*, Fagbokforlaget

Ukjent forfatter (1932) Nytt lovutkast for sterilisering av voldsforbrytere, *Stavanger Aftenblad* (8. august) s. 3

Ukjent forfatter (1985, 21. August) R.D. Laing – Poesi og psyke, *Stavanger Aftenblad*, s. 9

Øye, I. (2020) *Barbiturater*, Store Norske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.snø.no/barbiturater> (21.09.2020)

Aas, S. og Vestgården, T. (2015) *Skammens historie – Den norske stats mørke sider 1814-2014*, CAPPELEN DAMM AS

