

Ånund Brottveit

**NEDBRYTNINGEN
AV
GALEHUSET**

*

**SYMBOLSKE ASPEKTER VED PSYKIATRIREFORMEN I
AREZZO, ITALIA**

**HOVEDFAGSOPPGAVE I
SOSIALANTROPOLOGI
UNIVERSITETET I OSLO
VÅREN 1991**

Copyright:
Elektronisk distribusjon (pdf-format)
Ånund Brottveit
Diakonhjemmet høgskole
Diaforsk, Oslo 2004.

Tlf. 22 451961, Fax 22451846

Opphavsrettigheter:
Forfatteren har opphavsrettighetene til avhandlingen
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele avhandlingen
er ikke tillatt uten avtale med forfatteren eller Kopinor.

Merk! Denne utgaven er innholdsmessig identisk med papirutgaven
som er tilgjengelig gjennom bibliotekene, men lay-out og sidetall
avviker.

FORORD

Denne oppgaven er basert på et feltarbeid i Italia og studier av skriftlige kilder. Feltarbeidet ble utført i Arezzo-provinsen i regionen Toscana, Italia. Jeg hadde en fast tilknytning som observatør til mentalhelsesenteret i landsbyen Sansepolcro som er sentrum for kommunene i Tiberdalen - i den østlige delen av provinsen. Feltarbeidet ble utført i løpet av ett år - 1 måneds forprosjekt høsten 1987 og to perioder à 5 og 1 måneder i 1988.

Ideen til dette feltarbeidet ble vel egentlig unnfanget lenge før jeg visste at jeg kom til gjøre et antropologisk feltarbeid. Jeg arbeidet som pleieassistent på avdeling Lien på Dikemark i 1980/81 da jeg først hørte om at de var i ferd med å stenge asylene i Italia. Denne litt dramatiske omleggingen til en samfunnspsykiatri, hadde derfor over lengre tid pirret min nysgjerrighet og ble til slutt mitt valg av hovedfagsprosjekt.

Foruten oppmuntring og faglig "velsignelse" fra min hovedveileder Tian Sørhaug, skylder jeg også en stor takk til Finn Skårderud for gode råd og anbefalinger under planleggingen, som tilslutt førte meg til Sansepolcro. Jeg ble godt tatt i mot av de to ledende psykiaterne dr.Cesare Bondioli og dr.Luigi Attenasio og resten av staben i mentalhelsesenteret (SIM) i Sansepolcro. Jeg er dem alle svært takknemlig for den tillit, tålmodighet og interesse de møtte meg og mitt prosjekt med. Den samme takken vil jeg også rette til "min italienske familie" - munkene, pensjonærene og de andre faste gjestene ved cappuccinerklosteret hvor jeg bodde. Prior Pio Maria tok meget vel vare på meg fra første stund og sørget også for å introdusere meg for en rekke interessante og hyggelige mennesker.

Under oppholdet hadde jeg også stort utbytte av å møte professor Vittorio Dini, ved universitetet i Siena, som har gjort flere etnografiske studier i Arezzo-provinsen.

En hovedfagsoppgave er ofte langvarig prosess med mange ulike faser og mange gode hjelpere underveis. Jeg vil gjerne sende en takk tilbake til 'gruppe 3' som Eduardo Archetti ledet og 'skrivekurset' til Finn Sivert Nielsen. En spesiell takk til Hogne Øian, Nora Gotaas og Frank Bruun, og Eva Ballo som har lest store deler av manuset mitt, og kommet med stimulerende kommentarer. Truls Barth har også gitt meg svært verdifulle kommentarer og fått meg til å se nye perspektiver i deler av materialet mitt.

Jeg må også få takke mine to veiledere, Tian Sørhaug og Marit Melhuus. De har vært både inspirerende og instruerende for meg i dette arbeidet og gitt meg svært mange gode innspill.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	iii
INNHOLDSFORTEGNELSE	v
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Giulias reise - og en problemstilling.....	1
1.2 Noen betingelser og valg for dette studiet	2
1.3 Begrepsavklaring; - Metafor, klassifikasjon og myte.....	4
1.4 Klassifikasjonssystemer og sosial virkelighet	6
2 MØTE MED GALEHUSET.....	11
2.1 Galehuset som metafor.....	13
2.2 Den fysiske muren	13
2.3 Den sosiale muren	18
2.4 Den symbolske muren	21
3 GALEHUSET SOM ET KLASSIFIKASJONSSYSTEM	25
3.1 Psykiatriens arkitektur.....	25
3.2 Paviljongmodellens inntog i italiensk sykehusarkitektur	27
3.3 Hygiene og klassifikasjon.....	28
3.4 Lasarettet og leprosariet	32
3.5 Oppsummering	35
4 ÅPNINGEN AV MUREN	37
4.1 Italias farvel til institusjonen	37
4.2 Fortellingen om en reform.....	38
4.3 Åpningen av de fysiske murene	38
4.4 Åpningen av de sosiale murene.....	39
4.5 Åpningen av de symbolske murene	40
4.6 Det symbolske budskapet.....	41
5 TO IDEOLOGIKRITIKKER	45
5.1 Fra angrep til forsvar.....	45
5.2 DET TEORETISKE UTGANGSPUNKTET FOR EN 'DEMOKRATISK' PSYKIATRI - FRANCO BASAGLIA.....	47
'Den andre sykdommen': - det sosiologiske perspektivet.....	47
'Sosial utelukkelse'.....	49
'Tilslørte voldsrelasjoner'	49
Reformkrav og politisering.....	49
'Dialektikk'	51
'Ideologi' og 'negasjon'	52
'Demokratisk psykiatri'	53
5.3 Oppsummering	54
5.4 BEVEGELSEN 'DEMOKRATISK PSYKIATRI'.....	55
Bevegelsens historie	55
Overpolitisering?	57
Bevegelsens ideologi	58
"Psyko-venstre"	60
En 'positiv reform'?.....	61

	Sosial kontroll.....	61
	"Psykiatiseringsspøkelset"	62
	Hva med diagnosene?	63
	Det faglige hierarkiet	64
	Evalueringen som mangler.....	65
	Demokratisk Psykiatri; - ideologikritikk som ideologi?	66
6	DET NEGERTE GALEHUSET.....	69
6.1	DE NYE STRUKTURENE	70
	SIM - Mentalhelsesenteret i Sansepolcro.....	70
6.2	Et betydningsfullt førsteinntrykk	71
6.3	Klassifikasjon av kaffekopper og kaffedrikkere	72
6.4	'Familiehuset'	74
6.5	"Telt-senteret"	76
6.6	Grenser, relasjoner og klassifikasjon	78
6.7	Psykologene	80
6.8	DEN NYE ARBEIDSTILEN.....	81
	Hjemmebesøkene	81
6.9	Diagnostisk klassifikasjon	82
6.10	Muntlighet og skriftlighet	83
6.11	Kunnskap og makt	85
6.12	Oppsummering	85
7	DET UTFLYTTEDE GALEHUSET.....	87
7.1	Forhandling om medlemskap.....	88
	A. Umberto	88
	- SIM og de øvrige helse- og sosialtjenestene	90
	B. Renato	91
	- Psykiatriens avgrensning mot politiet.....	92
7.2	Utelukkelse ved 'usynliggjøring'	93
	Bernardo	93
	- Når de indre grensene mangler	94
7.3	De indre grensene, eller medlemskapsbetingelsene -	96
	Giovanni	96
	- Boliger.....	98
	- Arbeidsmarkedet.....	99
	- Moralske felleskap	100
7.4	Oppsummering	101
8	"TERRITORIELLE MODELLER" OG TERAPEUTISKE METAFORER.....	103
8.1	Kunnskapens metaforiske natur.....	103
8.2	Tiberdalens tradisjonelle "terapeutiske" modeller	105
	Katolisismen og skriftefaren	105
	Skolemedisinen og familielegene	110
	Den magiske verdenen og de magiske utøverne	114
	Skriftefaren, familielegen og trollmannen - magiske tilsvar på de 'psykiske behovene'?	117
8.3	Kulturell endring i Tiberdalen	120

9	MEDISINSK SYNKRETISME - SAMFUNNPSYKIATRI OG FOLKEMEDISIN	123
9.1	Psykiateren i SIM - 'Il dottore'.....	123
9.2	Giorgios konsultasjon angående Padova-turen	124
9.3	Den terapeutiske samtalen - 'il colloquio'	124
9.4	Medisinen - 'la terapia'	127
	- den sosiale funksjonen ved medisingivningen	127
	- Medisinens og de vitenskapelige teknikkens 'magiske' funksjon	129
9.5	Reagensrørene og de tradisjonelle vannkultusene	132
9.6	Medisinsk synkretisme.....	133
10	FRA GALEHUSET TIL "DET KOMPLEKSE"	137
10.1	Det "diffuse" systemet.....	137
10.2	Omklassifiseringen av 'galskapen'	139
10.3	Fra pedagogikk til politikk.....	140
10.4	Den usynlige muren	141
10.5	De nye 'murene'	142
	LITTERATURLISTE	143

1 INNLEDNING

1.1 *Giulias reise - og en problemstilling*

En høstdag i 1988 besøkte jeg et av gamlehjemmene i Tiberdalen sammen med en sykepleier fra mentalhelsesenteret i Sansepolcro. Jeg hadde fått enkelte opplysninger om damen som vi snart skulle treffe. Hun hadde kommet dit for et par dager siden etter å ha tilbragt en stor del av sitt voksne liv i det nå nesten helt tomme *galehuset* - som var en vanlig betegnelse for det psykiatriske sykehuset i Arezzo¹.

Psykiateren fra senteret som hadde hentet henne, fortalte hvordan hun hadde tatt sine gamle pleiere i hånden og sagt adjø. Hun hadde ikke gitt dem to kyss på kinnet, - *merk dere det!*, sa han. Og hun hadde sagt at hun ikke håpet på noe gjensyn. En sykepleierne hadde spurt hvorfor hun ikke kunne dra til sitt eget hjem i Pisano. Det var visst ikke mulig fordi ektemannen hadde funnet seg en annen og hadde brutt all kontakt, men et annet familiemedlem hadde sagt seg villig til å holde kontakten med henne, hadde psykiateren svart med en noe oppgitt mine.

Giulia hadde oppholdt seg inne i fellestua da vi ankom gamlehjemmet. Hun var en nokså lang og slank dame med grått hår og skilte seg lite fra de andre pensjonærene. Hun virket en tanke forvirret kanskje, men hun lot til å gjenkjenne sykepleieren som tidligere hadde arbeidet på galehuset. Vi snakket med henne om hvordan hun syntes det var å komme til gamlehjemmet. Hun ville aller helst ha reist hjem sa hun, og til det svaret var det vanskelig for sykepleieren å si mere. På et spørsmål om hvordan hun trivdes, svarte hun: - *Vel, jeg vet ikke, fordi, her i dette huset uten gale å være her - Jeg vet ikke helt hva dette huset er.* Vi spurte henne om hvordan hun hadde kommet til galehuset: - *De må vel ha trodd at jeg var gal.*

Før vi forlot henne sa hun noe annet som jeg såvidt registrerte, men som sykepleieren gjentok flere ganger i bilen tilbake: - *Ancora mi sento spaesata.* "Fremdeles føler jeg meg forvist", hadde hun sagt, og det noe uvanlige uttrykket hun brukte - 'spaesata' - gjorde et sterkt inntrykk på sykepleieren. Uttrykket bruker landsbyen ('paese') som en metafor for å beskrive en følelse av forvisning og hjemløshet, ved hjelp av et nektende prefiks.

For Giulia innebar de tre milene på riksveien mellom Arezzo og Sansepolcro en fundamental og vanskelig overgang. Hun var nå gitt en plass i et sosialt felleskap "uten gale". Likevel visste hun at hun ennå ikke hadde kommet helt hjem. Jeg tror at hun også måtte ane, at hun måtte forsone seg med å aldri kunne vende tilbake til tiden før innleggelsen. Mellom hennes gamlehjemstilværelse og hjemmet stod det nå en 'mur' som kanskje var enda vanskeligere å forsere enn den i galehuset. Selv om Giulia, etter det hun senere sa, syntes hun hadde fått det bedre, minnet hun oss stadig om *utelukkelsen*.

Denne oppgaven omhandler, på et annet plan, "Giulias reise"; omleggingen av den psykiatriske behandlingen og nedleggelsen av døgninstitusjonene i Arezzo-provinsen. Det er en reise i rom - fra galehuset i Arezzo ut til landsbyene i distriktene, og en reise i tid - fra institusjonskritikken blusset opp i Italia på slutten av 60-tallet og fram til tiden rundt reformlovens 10-årsjubileum i 1988.

¹ 'Il manicomio' ('galehuset') var den mest vanlige betegnelsen for 'l'Ospedale Psichiatrico' - det psykiatriske sykehuset i Arezzo. I tillegg til disse betegnelse, kommer jeg også i oppgaven til å variere mellom 'asylet', 'anstalten' og 'institusjonen'.

Selv om den nye psykiatriske praksisen nå på sett og vis har "landet" i de lokale mentalhelsesentrene (SIM), vil behandlerne der fortsatt understreke at de fremdeles er *underveis*. Giulia kan godt stå som et eksempel på dette. Deres påstander om å fortsatt være i en prosess, 10 år etter at mentalhelsesentrene og stengningen av institusjonene ble vedtatt ved lov, er kombinert med en konstant dveling ved utgangspunktet - galehuset. Det vil være min oppgave å kaste lys over dette forholdet, å finne ut av hvordan dette galehuset brukes av dem til å forstå aktuelle utfordringer i arbeidet med sosial integrasjon og behandling av brukerne i de nye sentrene. Jeg skal også forsøke å forklare hvorfor de ikke liker å snakke om den nye praksisen som en endelig "modell" - noe som i deres øyne står i motsetning til å være underveis. Slik de ser det, må de i deres praksis være i kontinuerlig forandring, alltid fleksible og alltid åpne - å komme *til veis ende*, betyr for dem å vende tilbake - til galehuset.

Oppgaven vil bli en delvis kronologisk framstilling av en psykiatrireform som en endringsprosess, der den symbolske dimensjonen blir gitt en særlig vekt og utdypning. Galehusets metaforiske betydning, i forskjellige sammenhenger, blir en tematisk tråd gjennom de fleste av oppgavens kapitler.

- Fokuset er lagt på samfunnets utelukkelse av 'de gale' - de psykiatriske pasientene. Jeg vil se på samfunnets måte å håndtere psykiske forstyrrelser på i lys av begreper som klassifikasjon og klassifikasjonssystemer. Dette skal jeg utdype litt lenger ute.

- Jeg vil både se på *maktforhold* i relasjonen mellom psykiatrien som et system og samfunnet, og i relasjonen mellom terapeuten og pasienten. Oppgaven (særlig siste del) vil i denne sammenheng også argumentere for å se disse relasjonene i sammenheng. Maktutøvelsen i det terapeutiske forholdet skifter betydning først og fremst fordi rammebetingelser som institusjonen satte med hensyn til tid og sted og frivillighet, er forandret med reformen.

- Jeg kommer også til å ta opp problemstillinger rundt forholdet mellom *kunnskap og makt*. Siden reformbevegelsen i Italia selv satte dette spørsmålet på dagsorden, var det naturlig for meg å både studere deres *ideologikritikk* og andres ideologikritikk av dem. Denne diskusjonen kan knyttes både til deres "avsløring" av andres *symboler* og kritikken av "*modelltenkningen*", og deres egen symbolproduksjon i forbindelse med endringsprosessen. Men det angår også måten de som reformerte galehuset i Arezzo senere har forvaltet sine erfaringer i de nye sentrene. Og, til sist, bringes dette temaet over i en drøfting av den terapeutiske praksisen som en *symbolsk maktutøvelse* (tegnmanipulasjon), og av det 'modellaktige' ved den nye psykiatriske praksisen.

1.2 Noen betingelser og valg for dette studiet

Når man velger å gjøre *feltarbeid* i et samfunn som ligger geografisk og kulturelt *nært* ens eget, gir det ofte noen særlige problemer med hensyn til å skape en analytisk *distanse*. Utfordringen blir ennå større når man i tillegg velger å fokusere på en sosial gruppe som har en rekke ideer og målsettinger som man i utgangspunktet sympatiserer med, og når disse ideene uttrykkes i en språklig terminologi som ligner forskerens.

I slutten av boka 'Totala institutioner' skriver Goffman²: "... *mentalsjukhus* *existerar därför att det finns en marknad för dem. Om alla mentalsjukhus i en viss region tömdes og stängdes i dag, skulle släktingar, polis och domare resa krav på nye*

² Goffman, E.(1983): s.257

imorgon..." Jeg har hatt vanskelig for å akseptere denne pessimistiske konklusjonen i sluttsatsen til en så nådeløs utlevering av den psykiatriske institusjonen. Det har derfor vært et ønske for meg å kunne studere både dette "*markedet*" for et mentalsykehus og mulighetene for å kunne *stenge* det.

Mitt eget prosjekt ligner derfor meget på *deres* - prosjektet til den reforminnstilte behandlergruppen som jeg har studert i Arezzo-provinsen. De hadde ikke bare selv lest Goffman og mange andre av de bøkene som hadde inngått i mine forberedende studier forut for feltarbeidet. De hadde også publisert egne artikler og bøker om behovet for og erfaringene med en reformering av psykiatrien - i en faglig terminologi som ofte lå svært nært min egen. Som en følge av dette forholdet, vil det også i denne oppgaven være problematisk å skille "forskingspråket" fra "informantspråket".

Jeg har valgt å fokusere mer på *behandlersiden* enn pasientene, de pårørende og de øvrige samfunnsmedlemmene ('de sosiale omgivelsene'). Dette valget beror mer på hvilke tilganger jeg kunne få som feltarbeider og min sosiale plassering i felten, enn interesser. Det ville etter min oppfatning, i mitt tilfelle, være uetisk å forsøke å studere mentale lidelser og psykiatriske pasienter uten at det skjedde i overensstemmelse med lokale ansvarshavende. Dermed ble utgangspunktet mitt *et lokalt mentalhelsesenter*.

Dette ga meg verdifulle inntak til felten, samtidig som det innebar visse begrensninger, forpliktelser og lojaliteter. Jeg aksepterte at det må være slik, spesielt fordi jeg føler ansvar overfor en sårbar tredjepart - pasientene. Men dette førte samtidig til at jeg stilte meg større krav til foreta en kritisk distansering til behandlergruppen og deres virkelighetsoppfatning.

Sansepolcro og nabolandsbyene er små steder, hvor mulighetene for anonymitet er små. Jeg fant det også som en fordel å ha en klart definert (og legitim) rolle som observatør ved mentalhelsesenteret. Det ville være umulig å skjule denne tilknytningen, når den først var der. Imidlertid gjorde denne tilknytningen det vanskeligere for meg å få folk utenfor til å gi åpent uttrykk for sine meninger om psykiatrien. Det ble ofte slik at mennesker som jeg traff i landsbyen, istedenfor spurte *meg* om psykiatrien og de psykiatriske pasientene. Jeg mener ikke med dette å si at det ville vært umulig å vie en større del av undersøkelsen til en kartlegging av befolkningens holdninger og meninger om psykiske lidelser og psykiatriske pasienter. Det ville imidlertid med mitt utgangspunkt, ha krevd mer tid.

Å skulle studere uteboende psykiatriske pasienter og deres pårørende, stiller spesielle utfordringer. Ikke nødvendigvis fordi studieobjektet er spesielt vanskelig. Jeg sammenligner nå med annen antropologisk forskning. Det kreves imidlertid en god porsjon tilbakeholdenhet og fintfølelse overfor å bryte inn i situasjoner og sosiale sammenhenger. Det var meget stor forskjell på hva jeg kunne gjøre som forsker på slutten av feltarbeidet i forhold til begynnelsen. Behandlerteamet på senteret har derfor i litt for stor grad fungert som hovedinformanter i de situasjonene hvor jeg selv ikke direkte har vært tilstede.

En stor del av grunnlaget for denne oppgaven stammer fra studier av skriftlige kilder. Det kan være et metodisk problem i studier av moderne skriftbaserte samfunn, at tilfanget på skriftlige dokumenter og kilder er for omfattende. Når jeg også valgte å behandle temaet i et historisk perspektiv, ble jeg ikke bare mer avhengig av informantenes hukommelse (refleksive data). Skriftlige nedtegnelser, fra journaler til rapporter og bøker, ble også mer sentralt.

Den geografiske avgrensningen til Arezzo og spesielt Tiberdalen med Sansepolcro som utgangspunkt, har avhjulpet dette problemet noe. Jeg er imidlertid

inneforstått med at mine kilder ikke har vært fullstendige. Imidlertid har jeg etter beste evne forsøkt å skaffe meg en viss oversikt over litteraturen og finne fram til et representativt kildeutvalg. Det har også vært en målsetting for meg å forholde meg kritisk til kildene og deres historiebeskrivning av de samme hendelsene som jeg analyserer.

1.3 Begrepsavklaring; - Metafor, klassifikasjon og myte.

De to viktigste metaforene i denne oppgavens beskrivende og analytiske deler, er 'galehuset' og 'muren'. Henvisningene til disse benevnelsene er ikke alltid metaforiske, men jeg vil understreke at de har en metaforisk funksjon også på emisk nivå. Dette vil komme klart fram utover i oppgaven. Det kan imidlertid være vanskeligere å skille mellom min bruk av disse metaforene, i mine analyser, og informantenes bruk av dem (de analyserer jo også).

Når jeg selv gjør analytisk bruk av 'galehuset' og 'muren', er det i forbindelse med utelukkelse og klassifikasjonssystemer. Jeg opererer også med tre nivåer som utelukkelse og klassifikasjon kan studeres på (symbolsk, sosialt, fysisk). Nedenfor skal jeg gi en avklaring av min bruk av 'metafor' og 'myte', i tillegg til disse begrepene. Jeg foregriper dermed de senere analysene noe, med fare for visse gjentakelser. Men jeg ser det som viktig, på et tidlig tidspunkt, å vise noen av mine analytiske grep, spesielt på bakgrunn av den nevnte sammenblandingssfæren mellom "forskerspråket" og "informantspråket".

Metafor

Metaforen er en form for symbol som vil bli gitt en spesiell plass i denne oppgaven. Begrepet er alment kjent fra både poesi og politisk retorikk, og anvendelsen av det i antropologien minner mye om begreper som 'tegn' og 'symbol'³.

"Det er to skoleretninger når det gjeld å forklare korleis metaforar fungerer.

*Samanlikningsteoriane går ut på at eit metaforisk utsagn inneheld ei samanlikning eller påstand om likskap mellom to objekt. Semantiske interaksjonsteoriar hevdar derimot at ein metafor byggjer på eit verbalt paradoks og samstundes eit samspel mellom det metaforiske uttrykket og den omkringliggjande, bokstavlege konteksten. Dette skapar eit overskot av mening."*⁴

Slik som Heradstveit presenterer de to "skoleretningene" er det vanskelig å si annet enn at metaforer både er sammenlikning og interaksjon mellom de forskjellige kontekstene. Det første aspektet (likhet), er nødvendig for å etablere metaforen, mens det andre aspektet (paradokset) er det som gir det nyhetsverdi og kraft. Man kan si at dersom det ikke var noe som også var ulikt, så ville ikke metaforen tilføre noen ny mening.

Metaforer slik jeg behandler dem analytisk, kan både være verbale uttrykk og ikke-verbale, materielle symboler. De er en menings-forbindelse som kan ligge til grunn

³ Tegn og symbol blir ikke i denne oppgaven gitt forskjellige analytiske definisjoner - slik mange symbolteorier innebærer. Både tegn og symbol blir her forstått som objekter som *står for noe annet* - som representasjoner. Hvis ingen annen presisering er gitt, vil således også tegn være i utgangspunktet flertydige.

[Metafor: Den strukturalistiske symbolteorien anvender begrepsparet metafor-metonym som benevnelse for to symboliseringsprinsipper; metafor - analogisk forbindelse mellom uttrykk og referent; metonym - forbindelse som er basert på at uttrykket enten referer til eller er en del av et større hele som blir en indirekte referent.]

⁴ Heradstveit, D. & Bjørge, T. (1987): 65

for både myter, retorikk og vitenskapelige paradigmer. Metaforer kan være både implisitte og eksplisitte - de kan både inngå som meningselementer i en større sammenheng og være oppsummerende for slike helheter.

Når jeg anvender metaforbegrepet på *galehuset* i Arezzo, og snakker om 'galehuset', er utgangspunktet hele tiden dette konkrete asylt som et materielt symbol. Med et slikt utgangspunkt kan det samme metaforiske uttrykket ha forskjellige betydninger og funksjoner i ulike sammenhenger og til forskjellige tider.

Klassifikasjon

I symbolsk antropologi er begrepet klassifikasjon ofte benyttet. Det viser til hvordan vi ordner verden rundt oss ved å gruppere ting i klasser på grunnlag av likheter og ulikheter mellom dem. Et klassifikasjonssystem sier også noe om relasjonen mellom de ulike klassene.

Slik jeg benytter dette begrepet i denne avhandlingen, kan klassifikasjon studeres på forskjellige nivåer. Det er ofte i forbindelse med studier av innfødte taksonomier og slektskapsterminologi, at klassifikasjonsbegrepet har vært brukt. Klassifikasjon er imidlertid ikke noe som bare er språklig. Begrepet klassifikasjon kan også brukes om sosial organisasjon - som sosial klassifikasjon; hvordan sosiale enheter dannes og vedlikeholdes. Det går også an å snakke om klassifikasjon som noe rent fysisk - selv om det sjeldent er det. Men når vi rydder hjemme eller ordner ting systematisk på et lager, kan vi betrakte aktiviteten som både en fysisk og en symbolsk klassifikasjon samtidig.

Fysisk klassifikasjon (f.eks. "rydde i huset") kan derfor i prinsippet godt være en symbolsk handling i første rekke - en symbolsk klassifikasjon ("rydde i hodet"). Klassifikatoriske objekter kan 'stå for noe annet', være symboler.

Mary Douglas⁵ behandler først og fremst en slik form for klassifikasjon i 'Purity and Danger'. Hun er spesielt opptatt av å betrakte praksis forbundet med forestillinger om 'renhet'-'urenhet' som en form for symbolsk klassifikasjon.

Siden klassifikasjon dreier seg om hvor man setter skiller og hva man holder sammen, kan 'de gales' utelukkelse fra det øvrige samfunn og innelukkelse i anstalten studeres som klassifikasjon. Et fokus på denne utelukkelsen medfører et fokus på 'muren'.

'Muren' kan både stå som en metafor for hele galehuset (et system av utelukkelse/innelukkelse) og et aspekt ved det - utelukkelsen fra samfunnet. Den tilfører også en rekke tilleggsbetydninger eller assosiasjoner fra andre kontekster - f.eks. bymuren og fengselsmuren. 'Murene' er grensene i klassifikasjonssystemet - de klassifikatoriske skillene. I galehuset er disse 'murene' også tilstede rent fysisk.

Jeg forsøker å operere med tre nivåer når jeg snakker om utelukkelse ved hjelp av disse 'murene'; et fysisk, et sosialt og et symbolsk nivå. Forutsetningen for Giulias utelukkelse var at noen "trodde hun var gal". Hva hun faktisk var, er irrelevant for oss her. Denne klassifikasjonen av henne som 'gal' - og dermed *symbolsk* utelukkelse fra de 'normales' rekke - ledet over i en *sosial* utelukkelse. Tvangsinnleggelsen kan betraktes både som en sosial og en *fysisk* utelukkelse. For Giulia var tvangsinnleggelsen både en sosial utstøtelse og en konkret forvisning til et "hus hvor alle er gale".

⁵ Douglas, M.(1966)

Myter forstått som reifiserte⁶ klassifikasjoner

Innenfor den antropologiske tradisjonen har *myten* stått for en overlevering av et religiøst budskap i en form av en historie. Handlingsforløpet i denne historien skal da ikke av forskeren betraktes utifra om den er historisk korrekt, men hva slags generalisert budskap den er bærer av. Myten er de skriftløse samfunns måte å akkumulere og overføre mellom generasjonene kunnskaper i form av hellig sannheter.

Roland Barthes⁷ har utvidet myte-begrepet. Fordelen med Barthes myte er at den ikke er avgrenset til å dekke religiøse eller mystiske budskap. Alle budskap kan mytifiseres - pakkes inn i en mytisk form. Myten er en form for tale - et budskap, og alle budskap kan i prinsippet være mytiske. Det avgjørende er måten budskapet uttrykkes på: "*Myth is not defined by the object of its image, but by the way in which it utters this message: there are formal limits to myth, there are noe 'substantial' ones.*"⁸ Barthes tenker ikke bare på historier eller verbale ytringer som mytiske. Alt som uttrykker mening kan uttrykke myter, også symboler, bilder og materielle ting.

Det mytiske er en fordreining av virkeligheten, ikke nødvendigvis fordi myten lyver, men fordi den får budskapet til å virke 'naturlig' og selvinnløsende: "*We reach here the very principle of myth: it transforms history into nature*"⁹

På bakgrunn av denne forståelsen av begrepet myte, vil jeg i denne oppgaven se på galehuset som en mulig leverandør av myter om galskap og psykiatri. Siden galehuset kan betraktes som et materielt symbol, kan det også, i likhet med bilder, ha en særlig mytisk kraft:

*"This substance is not unimportant: pictures, to be sure, are more imperative than writing, they impose meaning at one stroke, without analysing or diluting it."*¹⁰

Det som galehuset kan ha reifisert og naturliggjort er en systematisk form for sosial og symbolsk utelukkelse av 'gale'. Galehuset er denne utelukkelsen. Dersom hver enkelt innleggelse i galehuset betraktes som en klassifikatorisk handling, så kan galehuset betraktes som summen av disse handlingene. Det som galehuset kan få oss til å glemme, er at det samtidig gir oss premisser og prinsipper for denne klassifikasjonen. Enhver ny innleggelse i asylet behøver ikke å gjenreise hele argumentasjonen for utelukkelsen av de psykiatriske pasientene. Galehuset er i seg selv et argument.

Jeg skal senere forsøke å vise at galehusets murer representerer 'murer' som er i samfunnet og bestemt av samfunnet¹¹. Galehusmuren kan i såfall betraktes som en reifisering av klassifikatoriske skillelinjer i samfunnet.

1.4 Klassifikasjonssystemer og sosial virkelighet

Tambiah bruker uttrykket 'the multiple orderings of reality'¹², om de symbolske klassifikasjonssystemene vi bruker til å ordne eller *klassifisere* verden med. På

⁶ Reifisering eller 'tingliggjøring' har vært brukt om ideologiske eller vitenskapelige begreper som vi mister kritisk distanse til og oppfatter som naturlige og selvinnløsende. En slik "forsteining" av ideer eller begreper får dem til å miste sine fleksible og smidige egenskaper som redskaper til å tenke med. Med 'reifiserte klassifikasjoner' mener jeg at *prinsippene* for en bestemt klassifikatorisk praksis er reifisert - gjort til 'natur' og "glemt".

⁷ Barthes, R.(1972)

⁸ Barthes, R.(1972): s. 117

⁹ Barthes, R.(1972): s.140

¹⁰ Barthes, R.(1972): s.119

¹¹ Jeg tror at fysisk strukturer ofte reifiserer symbolske og sosiale strukturer, og at vi er mindre kritiske overfor slike reifiseringer; - de blir 'natur' for oss.

¹² Tambiah, S.J.(1990): s.84

forskjellig vis kan slike symbolske systemer benyttes både til å danne seg et bilde av verden ved å *forstå* den som ordnet, og til å forandre verden gjennom å *ordne* den. Symbolske klassifikasjonssystemer er som Geertz har hevdet både 'modeller av' og 'modeller for'¹³. De to fundamentale teknikkene i en ordningsprosess er å skille tingene fra hverandre og å bestemme hvordan de skal relateres til hverandre.

Lingvistisk inspirert antropologi har som nevnt viet mye oppmerksomhet til klassifikasjonssystemer. Leach har gitt et interessant bidrag til å forstå betydningen av *navngiving*:

*"I postulate that the physical and social environment of a young child is perceived as a continuum. It does not contain any intrinsically separate "things". The child, in due course, is taught to impose upon this environment a kind of discriminating grid which serves to distinguish the world as being composed of a large number of separate things, each labeled with a name. This world is a representation of our language categories not vice versa."*¹⁴

Den kjente verdenen er den delen av kosmos som vår orden omfatter, og den er slik vår orden tillater oss å se den. Jeg vil foreløpig bare bemerke Leach's forrang til *språket* ("*..world is a representation of our language categories ..*"). Verden er i stor grad en 'projisert' virkelighet - sanseinntrykkene ordnes av en indre 'språklig' orden. Forståelsen er avhengig av at det kan lages en slik orden i en ellers 'kontinuerlig' verden. Leach fortsetter resonnementet med en understrekning av at hovedskillene i denne ordenen ('the basic discriminations') må være særlig utvetydig og klar. Det må ikke finnes rom for tvil om de kategoriske skillene mellom 'meg' og 'det', 'vi' og 'de'. Ordenen har altså noen grunnleggende aksiomer som hvis de rokkes, kan få det hele til å falle sammen.

Leach's "orden" har mange fellestrekk med Mary Douglas' 'symbolske systemer'¹⁵. Mary Douglas systemer er også kollektive mentale ordener projisert ut i verden ikke bare gjennom navngiving, men gjennom fysisk og sosial ordening. Det aksiomatiske ligger i urenhetsstabuene. Hun hevder at mens regler godt kan være tvetydige, så kan aldri *urenhetsreglene* være det¹⁶. Mary Douglas lar også det mentale behovet for orden være utgangspunktet, men finner svært konkrete uttrykk for hvordan denne ordenen vedlikeholdes. Alt som forstyrrer ordenen, det uklassifiserbare, de mellomliggende formene, alle "urene kategorier", må behandles spesielt - *settes til side*. Skitt er bare farlig når det forstyrrer orden, dvs. på bordet istedenfor i søppelbøtta. Det som imidlertid ikke har noen plass, det genuint 'urene', blir ofte gjort til noe hellig, belagt med tabu og tilegnet magiske krefter.

Mary Douglas konkrete tilnærming har ført til et sterkere fokus på *grensene*. I den fysiske og sosiale virkeligheten er det ikke bestandig så enkelt og skille ut og avgrense gjenstandene som de tilsvarende språklige kategoriene. Verden er som Leach sier, kontinuerlig. Det språklige skillet mellom 'ute' og 'inne' må i den fysiske virkeligheten defineres ved en terskel - dørstokken. Grensen kan ikke trekkes helt skarpt, vi kan ikke helt nøyaktig si hvor det ene slutter og det andre begynner, og vi får derfor en mellomliggende kategori, 'dørstokken'.

Leach snakker om sosialiseringen til engelske barn. I det engelske språket er det et skille mellom 'a tree' og 'a bush', akkurat som det er det på norsk. Han ville imidlertid ikke, sier han, ha kommet til å tenke på treet og busken som noe forskjellig, dersom

¹³ Geertz, C.(1974): s.4

¹⁴ Leach, E.R.(1979): s.210

¹⁵ Douglas, M.(1966)

¹⁶ Douglas, M.(1966): s.130

ikke morsmålet hadde dette skillet. Leach's sosialisering er altså lingvistisk fokusert. Bourdieu velger istedenfor å gi en lignende forrang til det han kaller 'sosial praksis' eller bare 'praksis'¹⁷. Det er menneskenes utførelse av de nødvendige praktiske oppgavene som framkaller den sosiale og symbolske ordenen. Skillet mellom 'trær' og 'busker' ville ikke oppstått hvis dette ikke hadde hatt en *praktisk* nødvendighet. Bourdieu foretrekker å betrakte de klassifikatoriske systemene utfra en praktisk logikk framfor en språklig.

*"Produced by the practice of successive generations, in conditions of existence of a determinate type, these schemes of perception, appreciation, and action, which are acquired through practice and applied in their practical state without acceding to explicit representation, function as practical operators through which the objective structures of which they are the product tend to reproduce themselves in practices."*¹⁸

Mary Douglas' analyse av klassifiseringen av 'urene' dyr i det gamle testamentet taler på sin side for å se klassifikatoriske systemer som noe mer enn en ordning av de elementene som inngår i dem. De klassifiserte elementene symboliserer noe, og må være mer strukturerte enn hva de fysiske omgivelsene eller den sosiale praksisen er. Det som ikke lar seg innpasse i båsskillene, f.eks. musene som har hånd-lignende forføtter og som "... *perversely use their hands for walking ...*"¹⁹, må legges under tabu.

De 'urene' mellomkategoriene kan samtidig tilføre klassifikasjons-systemet et element som utvider det symbolske innholdet. De kan gjøres 'hellige' og tillegnes spesielle ritualer, slik som med pangolinen²⁰. Pangolinen er ikke bare monstrøs med sin elefantlignende snabel og panser av "fiskeskjell". I tillegg så klatrer den i trær og unnlater å rømme når den blir overrasket. Den ruller seg sammen til en ball istedenfor, og blir et lett bytte for jegernes spyd.

Lele-folket spiser pangolinen i et seremonielt måltid til fruktbarhetens hyllest. Den oppfattes som et frivillig offer fordi den ikke rømmer, og kombinerer dessuten ved sine fysiske egenskaper alle elementer som Lele-kulturen betrakter som motsetninger. De tillegger dette ritualet en helt spesiell kraft, noe Mary Douglas²¹ finner forståelig. Hun mener at de gjennom ritualet mediterer over de kategoriene som danner grunnstenene i deres egen kultur, men i ritualets kontrollerte form. Det er f.eks. bare initierte som kan delta i måltidet. Mary Douglas betrakter faktisk pangolinkulten som en måte å reflektere over sine egne kategoriers vilkårlige og konvensjonelle natur - i sammenligning med moderne filosofiske retninger, en slags "primitiv eksistensialisme"²².

Klassifikasjonssystemer benytter seg ofte av naturlige symboler. 'Ting', dyr og planter kan gjøres til symbolske elementer - kategorier. Det er derfor ikke slik at det først og fremst er tingenes konkrete egenskaper som gjør dem kvalifiserte til deres sentrale plass i klassifikasjonssystemet.

Haren og fjellgrevlingen nevnes neppe i det gamle testamentet på grunn av sitt uspiselige kjøtt, men på grunn av deres symbolske egenskaper som blandede kategorier (drøvtyggere uten kløvde hover). Klassifikasjonssystemer er mentale (språklige) strukturer og må derfor følge visse lover som trolig har med hvordan vi persipierer (oppfatter sanseintrykk) og med hukommelsen å gjøre. De må derfor være

¹⁷ Bourdieu, P.(1977)

¹⁸ Bourdieu, P.(1977): s. 97

¹⁹ Douglas, M.(1966): s.56

²⁰ En slags skjelldekket maursluker.

²¹ Douglas, M.(1966)

²² Douglas, M.(1966): s.170. (Douglas referanser til eksistensialismen er først og fremst til Sartre og hans tidligere verker)

strukturerte. Det betyr ikke at disse systemene er "rent mentale" (språklige) eller uten "praktisk" nytte. De har en jobb å gjøre - en sosial funksjon. Pangolinens praktiske nytte bør derfor sees mer i forbindelse med leleenes vedlikeholdelse av sitt klassifikasjonssystem, enn som en matressurs.

Dersom Mary Douglas har rett i at pangolinkulten gir de innviede erkjennelse om de naturligjorte symbolenes *kulturlighet*²³, så er det to forhold som skiller denne kulturs praksis fra moderne eksistensialistiske idealer. For det første skjer dette innenfor en rituell, og dermed avgrenset og kontrollert, sammenheng. For det andre er det bare et utvalg, de invide, som får anledning til å delta. Mary Douglas sier også at ritualer er knyttet til fruktbarhet, og andre steder skriver hun at dette ritualer er lite ekstatisk og at ritene hos Lele generelt er magisk orienterte (les: tar sikte på konkrete mål)²⁴.

Det virker ikke som om det er "ideologikritikk" eller oppfordring til å bryte konvensjonene som er på tapetet under det seremonielle pangolinmåltidet. Snarere virker det som ritualer er med på å gi en sosial gruppe en spesiell kompetanse overfor sin egen kultur og dermed mer makt enn andre. Selv om de invide kanskje får en dypere innsikt i sitt eget samfunn, må denne kulturs virke enda mer mystifiserende overfor det uinnviede flertallet. Ritualer i seg selv, er tenkt å ha en positiv virkning for hele samfunnet - kvinnene forventes å føde mange barn og viltet vil kaste seg mot spydene i dyregravene.

Bourdieu peker på de samme fenomenene som Mary Douglas gjør når hun i 'Purity and Danger' snakker om paradokser, men Bourdieu gir oss et bedre bilde av det dialektiske samspillet mellom kultur og sosialt liv. Det er sosial praksis som genererer kulturelle regler. Med utgangspunkt i Kabyle-materialet, viser Bourdieu også at symbolene som uttrykker slike regler også er hentet fra den sosiale praksisen²⁵.

Mary Douglas har senere nærmet seg Bourdieus teori om klassifikasjonssystemenes forankring og utspring i den sosiale virkeligheten. I essayet 'Self-evidence'²⁶ går hun noe tilbake på sin tidligere analyse av blant annet pangolinkulten hos Lele. Hun forbinder nå dette ritualer med Lelefolkets slektskapssystem og ekteskapsregler. Kulturs kan betraktes som en symbolsk representasjon av leleenes positive forhold til utveksling av kvinner over klans- og landsbygrensene. Pangolin minner om den velgjørende svigersønnen (store forpliktelser overfor svigerfamilien) når den ydmykt kommer til landsbyen med bøyd hode.

Denne nye forståelsen av Lele klassifikasjonssystemet er et resultat av en rekke kritikker mot 'Purity and Danger' for ikke å forfølge de motstridende argumentene om leleenes seremonielle dyrking av sine blandete kategorier, på den ene siden, og bibelens uttrykk for avsky overfor de 'urene' dyrene som ikke lot seg klassifisere, på den andre.

Ved å sammenligne de jødiske stammenes endogame karakter og fiendtlige innstilling til 'outsidere', med Lele-folkets eksogame og positivt åpne relasjoner med omverdenen, har hun fått denne tidligere inkonsistensen til å falle på plass. Slike motsigelser, mener hun skyldes at det er presentert bruddstykker som savner en helhet. Jødene og leleene hadde samfunn med grunnleggende forskjeller i sosial struktur - noe som kunne forklare deres grunnleggende forskjellige klassifikatoriske

²³ 'Kulturlig' - at de er historiske produkter av bestemte samfunn, vilkårlige og konvensjonelle - altså; "ikke-naturlige".

²⁴ Douglas, M.(1966): s.169, 171 & 172

²⁵ Bourdieu, P.(1977)

²⁶ Douglas, M. (1975)

praksis. Jødenes sosiale struktur med ekstremt sterke grenser og Lele-folkets som er positiv til grensekryssing, kan betraktes som motpoler på en skala hvor mange samfunn vil plassere seg i mellom.

Denne presentasjonen var ment som en utdyping av noen forfatteres bruk av klassifikasjonsbegrepet. Samtidig introduseres også et sentralt analytisk begrep for denne oppgaven - 'mellom'- eller 'blandings-kategorien'. *Dørstokken* er en slik 'mellomkategori' i likhet med dem som i symbolsk betydning befinner seg på *den*, dem som hverken er inne eller ute. Jeg kommer til å argumentere for at 'de gale' har vært en slik mellomkategori, et forstyrrende element, også for et symbolsk klassifikasjonssystem. Bymuren som en grense mellom det siviliserte og det usiviliserte, er den "dørstokken" som de symbolsk har befunnet seg på. Galehusmuren er den de har måttet passere, som et resultat av klassifiseringen av dem som 'gale'. Innenfor dette galehuset kunne det imidlertid også finnes nye terskler og en indre orden som i sin struktur minnet om den som var utenfor.

I Douglas siste analyse²⁷ blir samfunnets måte å forholde seg til mellomkategoriene på relatert til dette samfunnets sosiale system. Dette forholdet får ikke en tilsvarende helhetlig analyse her, da jeg ikke har gjort systematiske undersøkelser av sosial struktur i Arezzo-provinsen. Likevel, vil jeg forsøke å påvise den psykiatriske praksisens samfunnsmessige og kulturelle forankring - den "kulturelle dimensjonen". Den 'muren' som Giulia (se 1.1) ble stilt overfor i 1988, var av en annen karakter enn galehusmuren. Jeg ønsker imidlertid å få fram forbindelsen mellom disse murene, galehusmurene og murene i samfunnet.

Jeg har brukt endel plass til å fortelle om to forskjellige samfunnstypers forhold til mellomkategorier. Motivet bak å presentere pangolinkulten og de gammeltestamentlige urenhetsreglene her, er at de kan være "gode å tenke med". De kan gi antyde et videre perspektiv til min gjennomgang av et italiensk samfunns håndtering av galskap.

²⁷ Douglas, M. (1975)

2 MØTE MED GALEHUSET

Hundre skritt innenfor smijernsportene som skiller asyllet fra byen, følger jeg den vakre alléen inn i en svak helning ned mot Mottakelses- og Administrasjonsbygningens ornamenterte fasade. En veltrimmet hekk presser parken ut til sidene for en sirkelformet plass hvor to klassiske statuer stirrer fjernt inn i luften. Jeg føler meg litt ille til mote fordi jeg allerede har hørt historier om Arezzos galehus fra tidligere pasienter og personale. Jeg tror det i det hele tatt var få som stilte helt uten noen forventninger til sitt første møte med stedet. Jeg hadde spurt en tidligere sykepleier om hva hun hadde tenkt om galehuset, 'il manicomio', før hun for vel førti år siden begynte og arbeide der:

-jeg husker at jeg tenkte at de måtte være som ville, rasende dyr, med frådende munner, de som ble sperret inne. Hvorfor skulle man ellers holde dem innesperret? Husker også at når noen ble hentet og lagt inn, så fikk man aldri mer se dem igjen.

Til høyre for inngangspartiet skimter jeg en bygning mellom trærne som ligger litt for seg selv. Det er den tidligere Nevrologiske Avdelingen, et grenseland mellom psykiatri og somatisk sykehus siden den behandlet nevrologiske lidelser ved siden av "lettere" psykiatriske tilfeller. De andre, det "tungpsykiatriske klientellet"¹, befant seg andre steder. Den tverrstilte fasaden til Administrasjonsenheten sperrer utsikten til avdelingene i hellingen bakenfor. Jeg kommer til å tenke på hva Marina hadde fortalt meg:

-Jeg ville aldri ha kommet ut igjen dersom jeg hadde havnet der nede. Siden jeg var heldig og kjente en av legene på den Nevrologiske avdelingen, fikk jeg komme dit.

Det var slik at de fleste nyankomne pasientene ble innlagt på Mottakelsesavdelingene som er de neste husene jeg støter på når jeg følger veien innover på området. Sorteringen av pasientene skjedde her på grunnlag av maksimalt 30 døgns observasjons- og diagnostiseringsperiode. Deretter ble det bestemt hvor pasientene hørte hjemme. Var du rolig, tilpasningsvillig og arbeidsdyktig, kunne du bli sendt til Gården som ligger oppe på kollen til venstre eller en av de andre arbeidsgruppene. Utagerende og voldsomme, eller antatt farlige pasienter ble overført til en av avdelingene for "urolige".

Aller nederst i bakken tok Pleieavdelingene i mot dem som var mest hjelpeløse og pleietrengende. De håpløse, kunne jeg ha kalt dem, for de regnet denne avdelingen for "siste holdeplass". Neste nabo var sykehusets gravkapell, det lå helt i bunnen, inntil muren.

Avdelingene ligger i tur og orden nedover bakken som her skråner nedover. Fra Administrasjonsbygningen øverst, flankert av den Nevrologiske avdelingen og den knapt synlige Gården mot likhuset i bunnen. En systematiske orden som ofte ble bemerket, særlig av psykiaterne og sykepleierne som på syttitallet satte seg fore å bekjempe "galehusets kultur".

"De røde takene" ('I Tetti Rossi') er den folkelige omskrivelsen for galehuset i Arezzo. Hvorfor, har jeg faktisk ikke fått noe svar på. Det finnes vel knapt et hus i den

¹ "Lettere tilfeller" og "tungpsykiatri" er ikke her gitt noen presis definisjon, men er rent 'emiske' begreper i likhet med uttrykk som 'de gale', 'de urolige', 'de urene' etc.

middelalderske borgbyen, som ikke er dekket av disse røde teglsteinene. "Et navn hvis betydning er gått tapt i tidens løp", står det i en bok som bærer det som tittel². Den handler om hvorfor denne institusjonen måtte nedlegges for ti år siden, og skildrer mange av dem som i motsetning til Marina, ble værende. De som gikk alle trinnene, fra Mottakelsen til Gården, til Avdelingen for Urolige og isolatcellene, og til Pleieavdelingen. De fleste av dem "schizofrene" eller "psykotiske", mange "depressive" og "maniske", noen "nevrotiske", "epileptikere", "mongoloide", "åndsvake" osv. Når alderdommen innhentet dem på pleieavdelingene, ble de alle nesten like apatiske og stumme. Båndene til samfunnet utenfor ble vanligvis svakere og svakere samtidig som pasienten slumret inn i en tilstand av passivitet og apati som ble ansett som en helt normal og uhelbredelig sykdomsutvikling hos den "kronisk sinnslidende". Når de døde ble de lagt inn i Gravkapellets likkjeller. Det var sjeldent at tidligere venner eller slektninger møtte fram til bisettelsen.

I dag virker alt dette fjernt, nesten som noe tilhørende middelalderen og ikke 60-årene. Som et uttrykk for den tradisjonelle psykiatrien blir dette og andre galehus stadig omtalt som 'antikvariske', 'arkaiske' o.l. av reformtilhengerne. Det knyttes derfor en følelse av uavvendelighet til nedbyggingen av disse institusjonene. Jeg mener at det er en nesten total enighet om akkurat dette, i Italia idag. Uenighetene som uttrykkes dreier seg om de skal erstattes av det samfunnspsykiatriske tilbudet alene eller om det skal bygges nye 'moderne' avdelinger. Spørsmålet handler særlig om to spesielle pasientkategorier, nemlig "*kroniske*" og "*farlige*" sinnslidende.

Når jeg står nede ved de tidligere avdelingene for 'urolige' og betrakter en haug med kasserte sykehussenger og gamle nattbord, et håndfast bevis på at noe har skjedd, kan jeg ikke unngå å høre skrikingen like i nærheten. Sykehuset er ikke fullstendig tømt. Jeg ser en inngjerdet plass og en rekke mennesker i forvridd positur innenfor. De fleste sitter eller står urørlige eller repeterer monotone bevegelser og lyder. En vandrer rundt og skriker. Denne avdelingen rommer en arv fra det tidligere galehuset. Et tyvetalls sterkt tilsynsavhengige og pleietrengende pasienter som man ikke har et nytt tilbud til.

Jeg sier en 'arv' fordi det ikke er noen nye pasienter her, alle var allerede innlagte da myndighetene besluttet å stenge det psykiatriske sykehuset. Mange av dem ville ikke etter våre begreper høre inn under psykiatrisk omsorg, men Helsevern for psykisk utviklingshemmede, HVPU. Jeg har fått vite at endel også har blitt lobotomert. Ved siden av disse åpenbart pleietrengende pasientene finnes det også andre gjenværende pasienter.

Det er også en åpen avdeling med ca. 120 pasienter som ideelt sett kunne vært utskrevet, men ikke har hatt noe skikkelig alternativ og gå til. Utskrivningene av disse pågår hele tiden, omenn langsomt og med pasientens og familiens samtykke, dersom de flytter hjem. De uttrykker ofte selv uvilje eller angst for å forlate institusjonen. Noe de har felles med det jeg vil kalle den tredje gruppen; 'Pensjonærene' som bor i den tidligere Nevrologiske Avdelingen som nå er gjort om til et slags hospits.

Hva skal en integrering av disse tre gruppene innebære? Kan mange av behovene disse personene har løses utenfor institusjonen? I løpet av 20 år har man redusert tallet på innlagte fra ca. 700 til ca. 140³. Svært mange psykiatriske pasienter er

² Boka 'I Tetti Rossi' ble utgitt av administrasjonen for Arezzoprovinzen på syttitallet (ny utgave i 1978). Den bringer en omfattende dokumentasjon av forholdene i den gamle anstalten, bla. basert på dagbøker, journaler, brev, reglementsforskrifter og intervjuer med pasienter og ansatte. Den er skrevet av en rekke av de behandlerne som satte seg fore å reformere dette sykehuset, og må derfor også betraktes i lys av dette.

³ Totalt sett (begge avdelinger) var det i følge dr. Cesare Bondioli 138 pasienter tilbake i september 1988. Tallet var

med andre ord allerede blitt tilbakeført, noe som skulle gi et erfaringsgrunnlag for å vurdere de siste gjenblitte pasientenes muligheter. Men er det så at det alltid vil være tilbake en større eller mindre gruppe som er best hjulpet med en institusjon? Dette hevder mange reformkritikere i Italia og dette synes å være et rådende syn i norske fagmiljøer.

2.1 Galehuset som metafor

Før jeg går nærmere inn på disse spørsmålene om nødvendigheten av en institusjon, vil jeg på nytt vende tilbake i dette asyls historie og drøfte noen sentrale funksjoner til den psykiatriske institusjonen. Sider som belyser det som institusjonskritikerne⁴ kaller for galehusets eller den psykiatriske "kultur", og som kaster ytterligere lys over deres konsekvente motstand mot heldøgns spesialiserte behandlings-institusjoner for psykiatriske pasienter.

Fokuset mitt vil være *utelukkelse*, og jeg vil benytte galehusets '*mur*' som en *metafor* som kan belyse former for utelukkelse og innelukking på ulike nivåer. Når jeg har sortert utelukkelsesformene etter et *fysisk*, et *sosialt* og et *symbolsk* nivå, så er dette min analytiske inndeling. Empirisk blir det av og til vanskelig eller kunstig å sette slike skillelinjer. Siden vekten her er lagt på beskrivelsen, vil ikke disse nivåskillene i de neste underkapitlene følges helt konsekvent. Det analytiske skillet vil likevel hjelpe til å belyse ulike aspekter ved utelukkelse.

Forhåpentligvis vil de neste sidene også gi en nærmere klargjøring av hvordan galehuset i Arezzo kunne bli et begrep på den tradisjonelle psykiatriens verste sider, hvordan 'galehuset' levde videre som en *metafor* etter nedleggelsen av det. Galehuset og murene var allerede en metafor for provinsens befolkning. Jeg skal forsøke å utdype denne metaforens innhold og funksjon.

2.2 Den fysiske muren

Italia er kjent for sine mange velbevarte borgbyer. Arezzo er en av dem. Utviklingen av et velstående urbant samfunn i den tidlige middelalderen, fant sted innenfor tykke festningsmurer til vern mot ytre fiender. Den gangen var det ikke uvanlig å forsyne konstruksjonen med noen fangeceller, og slik kunne muren verne borgerne fra både ytre og indre trusler. Bystatene viste også sin styrke overfor sine rivaler ved å oppføre høye tårnbygninger midt i byen. Under Medicienes herredømme i renesansens Toscana (omfatter Arezzo) forbød de bygging av høyere tårn enn sitt eget, det som står i Firenze. I disse tårnene ble det også ofte laget fangehull. Fundamentalt sett bygges kanskje alle samfunn mellom to murer; fangehullet i det indre og borgmuren ytterst - vern mot indre og ytre fiender. Borgbyenes arkitektur gir både håndgripelige og billedlige metaforer for samfunnene de rommer.

Fengselsanstalten og den psykiatriske anstalten har hatt mange likhetstrekk og et stort felles område i utøvelsen av en sosial kontroll i samfunnet. Likevel innebar ikke forvisningen til de to anstaltene helt det samme. Galehusmuren betød utelukkelse slik fengselsmuren gjorde det, men det var noe i tillegg som var spesielt for galehuset. I Galehuset var det ingen tidsbegrensning for innleggelsesens varighet. Det lå utenfor

355 i mai 1978 (Attenasio, L. m.fl. (1982): s.919) og 646 i gjennomsnitt 1970 (Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.140). På sekstitallet oversteg pasienttallet 700. Mortaliteten sank fra midten av sekstitallet til 1976 fra 5-6% til 2-3% blant de innlagte (Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s. 140).

⁴ Organisasjonen 'Demokratisk Psykiatri', som arbeidet for en psykiatrireform, vil bli presentert senere.

tiden, som det lå utenfor det sosiale livet. Det lå også, ikke bare i Arezzos tilfelle, utenfor bymuren.

«G.U., ukjent bakgrunn, 42 år, ugift; innlagt 5-7-1940 - XVIII. Barn av ukjente, ingen spesiell sykdom som han kan ha lidt av. Ustabil siden ungdomstiden. Emigrerte til Frankrike. For et titals år siden begynte han å presentere idéer om forfølgelse med fysiske midler og oppføre seg på en merkelig måte.» «DIAGNOSE: paranoid schizofreni.»

(Fra pasientjournal)⁵

Galehuset ble bygget i begynnelsen til dette århundret og er altså omtrent like gammel som Italias første lovregulering av psykiatrien. Loven fra 1904 tillot tvangsinnleggelse av personer i dertil opprettede asyler, dersom de ble holdt for å være farlige for seg selv eller andre. At motivet om sosial kontroll kan ha vært viktigere enn pasientens helbredelse, er tydelig når man ser at frivillige innleggelse eller innleggelse på andre kriterier enn farlighet ikke var mulig. Mange leger opp igjennom tidene har nok smurt litt på for å få lagt inn en åpenbart trengende, men altfor harmløs pasient. Prisen for enhver innleggelse av mer en én måneds varighet var tap av myndighet og en anmerking i rullebladet. Det var nemlig så at de psykiatriske hospitalene var underlagt justisdepartementet og ikke helsemyndighetene. Det var politiet og rettsapparatet som administrerte både asylene og fengselsanstaltene. En funksjonell ordning, kanskje, i en tid med stor sosial uro og en opphopning i byene av alle slags løsgjengere og uproduktive elementer. Industrialiseringen og flukten fra landsbygdene rev opp sosiale bånd og gamle levemåter.

«Det har kommet meg for øre at jeg har blitt gitt merkelappen «uten fast bopel» av enkelte øvrighetspersoner. Jeg vil svare med at når man ikke er betalt, kan man ikke ha et fast tilholdsted. Dette er grunnen til at jeg ble arrestert, fordi jeg manglet de opptjente pengene for å kunne regne meg som fri og hevde min rett. Det var ikke for tyveri eller drukkenskap jeg ble arrestert, og min ære er i behold. G.U. »

(Brev fra pasienten G.U. til det psykiatriske sykehuset)⁶

Arezzos galehus ble bygget som en liten landsby, og hadde fått trekk som kunne minne det føydale samfunnet utenfor. Den første direktøren hadde en paternalistisk holdning til sine pasienter. Han så på anstaltens murer som en beskyttelse for pasientene selv, like mye som for samfunnet utenfor. Han, i likhet med etterfølgerne, bodde selv med sin familie i en leilighet i Mottakelses- og Administrasjonsbygningen og var kjent som en mild og vennlig mann med progressive og moderne idéer etter tidens målestokk.

Avdelingene ble bygget etter en sykehusmodell og bemannet med leger og sykepleiere, sistnevnte gruppe var som regel uten annen utdanning enn noe intern undervisning. Pleiernes oppgaver var først og fremst knyttet til overvåking og renhold. Legevisittene var sjeldne og legene var mest interesserte i å se de psykiatriske lidelsene som organiske sykdommer og behandle dem som sådanne med kroppslige inngrep (vannkurer, sovekurer, elektrosjokk og senere en omfattende bruk av psykofarmaka).

«Og dette var ingenting i forhold til det de fortalte om avdelingene lenger nede. Der i de avdelingene som er lenger nede, fortalte de meg, sover de på golvet, alle nakne, og der

⁵ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.20 - min oversettelse.

⁶ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.21 - min oversettelse.

hvor algene er ... de sov der, gjorde sitt fornødne der, og de spiste og drakk og gjorde alt, alt i dette rommet. » (Pasient sitert i 'I Tetti Rossi')⁷

Om galehuset skulle sammenlignes med føydalsamfunnet, så var det klart hvor man fant dårehuset. Fem meter høye murer skilte luftegården til de 'urolige' fra resten av sykehusområdet. Det hindret ikke de andre pasientene i å høre skrikene fra dem som var innlagt der, og ryktene om isolatcellene, algerommene og alle de redslene som foregikk bak de lukkede dørene var en del av den nyankomnes innvielse til anstalltlivet. Som i Dantes helvete var det alltid en underetasje som i pinsler og gru overgikk den andre. Det var en flittig bruk av tvangstrøyer og reimer på denne avdelingen. Adskillige beretninger vitner om vold og overgrep fra pleiernes side.

Angående algene (sitatet over), så var beretningen ingen overdrivelse. I isolatcellene på avdelingene for 'urolige' la de et tykt lag med alger på gulvet i rommene som ellers var like nakne som pasientene selv. Algene var tenkt å ha en beroligende virkning på sinnet og hadde dessuten egenskapen at de var myke, varme og absorberte avføring og urin på en luktdempende måte. Avdelingene for 'urolige' var ikke bare det mest ekstreme eksempelet på tvang, mishandling og menneskelig fornedrelse, det var også en stående trussel for alle andre pasienter som utmerket visste at ble de for problematiske på sin avdeling, så ville de bli overført dit.

Sykepleieren Roberto fortalte meg om pasienten Renato fra Mannsavdelingen. Han ble ofte overført til avdelingen for 'urolige' når han hisset seg opp. Roberto pekte på at han i rapportene vanligvis ble beskrevet som rolig og "føyelig" ('docile'), en karakteristikk som vanligvis blir brukt om hunder. Men han kunne av og til utvikle et fryktelig raseri. Det var alltid framprovosert av en eller annen urimelig regelhåndtering fra institusjonens side (iflg. Roberto), for eksempel en firkantet sigarettasjonering.

Renato kom fra en liten avsides grend (hvor han bor i dag) høyt oppe i Apenninene. Han var en høy og meget kraftig mann og hadde en måte å gestikulere og bruke stemmen på som ofte ble oppfattet som truende av mer 'kultiverte' by-aretinere. Det skulle derfor lite til før pleierne ble redde og tok til tvangsmidler, noe som igjen 'tente' Renato for alvor. De skjønnte kanskje ikke at den reddeste, og uten tvil mest avmektige, var Renato selv, sa Roberto⁸.

Overføringene til 'dårligere' avdelinger, dvs. lenger nede, ble oppfattet som sanksjoner, straff. Det var også en fatal side ved dette. Det ble oppfattet som langt vanskeligere å bli overført oppover enn nedover i systemet. Dersom noen ble flyttet til pleieavdelingene var det snarere begrunnet med passivitet og pleiebehov og betød i praksis en avskrivelse av denne pasientens håp om bedring. Det er således lett å se at ethvert opprør fra de innlagtes side og ethvert uttrykk for motstand eller kritikk, effektivt kunne stoppes med tvangsmidler og begrunnes med diagnosene.

At personalets sanksjoner kunne være overdrevent snare og harde, kan nok skyldes at de selv følte seg redde og avmektige i mange situasjoner. De hadde et dobbelt press på seg, befant seg mellom barken og veden, så og si, fordi de også var personlig ansvarliggjorte for hva pasientene gjorde. Det ble slått uttrykkelig fast i instruksen for personalet ved Avdelingen for Urolige at de rettslig sett var skyldige dersom en pasient under deres overvåking voldte andre eller seg selv skade, eller flyktet.

⁷ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.58 - min oversettelse.

⁸ Renatos utetilværelse omtales også i et senere kapittel.

"På Avdelingen for Urolige er lokalene og tilbudene tilrettelagt slik at hverken flukt, selvmord eller andre lignende ubehageligheter kan finne sted uten overtredelser fra hjelpe- og pleiepersonalets side. "

"Sykepleiernes ansvar i nevnte avdeling blir dermed i et hvert tilfelle klart presiserbart. Der hvor en pasient i denne avdelingen greier å gjennomføre en av de understrekte handlinger, kan ikke sykepleieren under noen omstendighet unnsnippe ansvaret, i overenstemmelse med de utførlige arbeidsinstruksene som er tiltrodd vedkommende. (...) ... det vil aldri... være så individuelt og sikkert presiserbart som for de ansatte i denne avdelingen. "

(Fra en instruks av 1947)⁹

Pleierne var altså utsatt for harde sanksjoner dersom ledelsen oppdaget brudd på det strenge og detaljerte reglementet. I verste fall mistet de jobben og ble stilt for retten, men i mange tilfeller ble de suspendert fra jobben, trukket i lønn eller gitt bøter. Forseelser som f.eks. at man lot en pasient selv få tenne sigaretten sin førte i 1953 til en bot på 150 lire, eller en bot på 500 lire der en pleier og en pasient besøkte en annen avdeling "uten berettiget grunn" og "oppholdt seg der for å konversere".

Som vi ser var ikke dette asylet bare preget av en motsetning mellom de innlagte pasientene og pleiepersonalet. Sykehuset hadde en autoritær hierarkisk struktur som ga hvert nivå myndighet og sanksjonsmidler over dem som stod under. Pasientene befant seg selvsagt i bunnen av denne pyramiden. Selv om pleierne stod i en avmaktsposisjon overfor deres overordnede, kan dette vanskelig sammenlignes med pasientenes situasjon.

Dette bildet av galehusets autoritære og undertrykkende karakter har selvsagt flere nyanser. Det var variasjoner fra avdeling til avdeling og mellom ulike tidsrom. Likevel var det essensielt sett den samme tenkemåten og praksisen som ble fulgt, bare i ulik grad, enten det var på den Nevrologiske Avdelingen eller Avdeling for Urolige. Avdeling for Urolige, som i boka "I Tetti Rossi" kalles for galehusets fengsel, ble betraktet som det mest ekstreme uttrykket for en tradisjonell, "psykiatrisk kultur". Disse forholdene må både for pleiere og pasienter ha vært bestemmende for deres mentalitet og reaksjonsmåter.

Alle de som havnet som pasienter innenfor galehusmuren var utelukket fra samfunnet. De var til gjengjeld innelukket i galehusets "samfunn", men det betød altså ikke at de ikke kunne bli ytterligere utelukket. 'Segregering' eller 'marginalisering' er ord som italienske kritikere har satt på utelukkelsen av de psykiatriske pasientene. Denne tradisjonelle psykiatriske praksisen kan betraktes på to ulike nivåer:

- På *individnivå* handler det om å bli *lukket ute* fra et større felleskap og samtidig *lukket inne* i et nytt, mindre. - På et kollektivt nivå handler det om en *oppdeling* og *fordeling* av samfunnsmedlemmer etter et bestemt system. Muren som av individet blir opplevd som et stengsel, er for kollektivet en grense mellom en del av befolkningen og de andre.

Hele sykehuset var bygget opp på dette prinsippet - sortering og overføring av pasientene til ulike spesialiserte avdelinger. Hver eneste krok av galehuset gjenspeilte dette systemet. Til og med Avdelingen for Urolige hadde på slutten av sekstitallet hele fire forskjellige seksjoner ettersom hvor "dårlige" folk var. Det var som ei kinesisk eske. Innenfor de høye murene til dette "galehusets galehus" var seksjonen med isolatcellene omgitt av tre litt friere seksjoner adskilt av nye murer og låste dører.

⁹ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.98 - min oversettelse.

Dette kan sees som en videreføring av begrunnelsen for anstalten i seg selv, den første muren. Kriteriene for en innelukkning bak asylmurene baseres ofte i første omgang på farlighet og utilregnelighet, noe som "leses" ut av en avvikende adferd og umotiverte handlinger. Rent pleiebehov er også et kriterium, men ikke så ofte den første og akutte årsaken til innleggelse.

Svært ofte var foranledningen en krisepreget situasjon der en person hadde kommet i konflikt med sine omgivelser, gjerne ved at hans adferd på en eller annen måte stred mot alminnelige normer. Den opprinnelige lovteksten nevnte også "fare for offentlig skandale" som en grunn¹⁰. Innleggelsen innebærer i slike tilfeller en transport av 'problemet', bort fra den sammenhengen hvor det ble oppdaget og over til en ny sammenheng der det skal behandles. Institusjonens kritikere har imidlertid pekt på at dette 'problemet' har en tendens til å gjenoppstå overalt hvor pasienten blir plassert, og i tillegg ta nye former under påvirkning av de nye omgivelsene. En sykdomslære som ser de psykiatriske lidelser som noe individuelt avgrensbart og organisk betinget, trenger ikke se dette som problematisk. Samspillet mellom individ og omgivelser behøver ikke å bli gitt noen betydning for å forstå en persons adferd før innleggelsen eller etterpå. Det var dette synet på galskap som var dominerende i galehuset.

Et annet tradisjonelt syn på psykiske forstyrrelser, som på en måte har levd side om side med det organisk-biologiske, er det moralske. Krisen som en personlig (individuell) moralsk krise er et syn som ligger til grunn for galehusets strenge regler for hva man har lov til og ikke, og den faste oppdelingen av dagen. Galehuset var ikke bare et sted hvor pasientene gjennomgikk korporlige kurer, det var også en oppdragelsesanstalt.

Det går fram av det juridiske grunnlaget og av den konkrete praksisen at galehuset i Arezzo var gitt en sosial kontrollfunksjon. Denne oppgaven har imidlertid delvis blitt kamuflert som behandling, en behandling som innebar en voldelig undertrykking av det man kan kalle *galskapens uttrykk*. Galskapen ble muret inne, tjoret til sengen og isolert i glattceller. Den lave helbredelsesprosenten og det økende pasientantallet forteller sitt om det behandlingsmessige¹¹.

Avdelingen for Urolige hadde innenfor sykehusets murer en analog funksjon til asylet som helhet - den ivaretok den sosiale kontrollen innenfor. For det var en analogi mellom å bli sperret inne på galehuset, i første omgang, og å bli 'overført' til isolatcellene i avdelingen for Urolige. Det dreier seg om en individuell frihetsberøvelse på den ene siden, og å bli kvitt et kollektivt problem eller konflikt på den andre siden - av muren.

¹⁰ "People affected by mental illness have to be guarded and treated in mental hospitals when they are dangerous to themselves or others or of public scandal and are not, and cannot, be guarded and treated elsewhere." Utdraget av lovteksten fra 1904 er sitert og oversatt av Mosher, L. (1989): s. 189.

De som ble lagt inn fikk dette automatisk påtegnet vandelsattesten, slik kriminelle får.

¹¹ Statistiske opplysninger finnes både i Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978) og Mosher, L. (1989).

2.3 Den sosiale muren

"Murene var der, dørrslåene, og for de pårørende var det besøksrommet om søndagen, deretter tirsdagen og lørdagen - tre ganger i uken. Vi var hele tiden i avdelingen, og jeg snakket aldri med de andre. Jeg var taus og tenkte bestandig på foreldrene mine." (Pasient)¹²

Det er etter min mening svært viktig også å ta med pasientens svekkede sosiale relasjoner på tvers av murene, hans reduserte anseelse utenfor og de begrensede anledningene han hadde til å fortsatt delta i det "ekstramurale" livet. I mentalpasientrollen lå det en rekke fornæktede funksjoner. Sykehusets indre virkelighet innbød pasienten til en situasjon med samvær, samtale og virksomhet, men det hadde samtidig den funksjonen at det nektet pasienten en tilsvarende deltakelse i det øvrige samfunnet. Den tvangsinnlagte befant seg derfor ikke bare innenfor en fysisk mur og uten de sedvanlige juridiske rettighetene, men i tillegg innenfor en sosial mur, som innebar tapet av sin sosiale rolle i samfunnet. Galehuspasientenes 'sosiale rolle' kan forstås like mye utfra begrensningene de var pålagt som utfra det sosiale liv de fikk lov å utvikle.

Innleggelsen, enten den skjedde under dramatiske omstendigheter, eller den foregikk mer rolig, resignert, betød i de aller fleste tilfeller en voldsom forandring i en persons liv. Tidligere var alle innleggelse juridisk sett tvangsinnleggelse. Ved siden av ydmykelsen, skammen og stigmatiseringen, ble de innlagte isolert fra sosial kontakt med omverdenen. Ikke bare de fysiske hindringene, murene, de låste dørene, eller reimene, sørget for det. Et rigid regelverk lenket de innlagte til institusjonens rutiner og gjøremål. Det var begrensede besøkstider, det var bestemte besøksrom med overvåking osv. Lignende regler hindret også kontakten mellom pasienter på ulike avdelinger.

Juridisk sett var pasientene umyndige og de hadde ikke særlig anledning heller til å følge med sosialt i det livet som foregikk utenfor. Noe seksualliv hadde de heller ikke lov til å ha. Roller som familiefedre, husmødre eller arbeidskolleger kunne vanskelig holdes vedlike. De som ble lenge i institusjonen ble mer og mer "pasient" og lite annet. Innleggelsen innebar derfor en drastisk reduksjon av både status, sosial posisjon og rolle. Den innebar en utelukkelse fra de kildene som gir en person selvfølelse, identitet og makt i *samfunnet utenfor*¹³. Den innebar imidlertid en innelukkelse i et nytt felleskap, galehuset, som også tildeler status, posisjon og rolle - eller retttere sagt inndeler folk i kategorier som tilskriver dem dette. Mange trekk fra samfunnet utenfor ble gjenskapt, riktignok i en pervertert utgave, i *samfunnet innenfor* murene, 'galehussamfunnet'.

En undergruppe blant pasientene ble ofte ansett å være privilegert i forhold til de andre, det var de pasientene som fikk arbeide i arbeidsgruppene, for eksempel 'Gården'.

¹² Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.45 - min oversettelse.

¹³ I boka 'Totala institutioner' bruker Goffman uttrykket 'rolletap' (s.21), og han skriver : "Den intagne finner altså att vissa roller gått förlorade för honom på grund av den mur som skiljer honom från världen utanför." (s.22). Goffman beskriver også tapet av 'identitetsutrustning' (s. 24) og makt som finner sted under innleggelsesprosedyrene - tap av private klær, eiendeler og retten til å ha en egen vilje.

" ... om ikke annet, tillot det en viss bevegelsesfrihet, , et liv i friluft, og noen forbedringer i kosten. "14

Det var en gjeldende oppfatning at mange sinnslidende egnet seg til og hadde godt av fysisk arbeide, tross deres sykdom. Det var opprettet en rekke verksteder og arbeidsgrupper som under ledelse av håndverkere kunne sysselsette en god del pasienter i vedlikehold og produksjon av varer og tjenester til sykehusets egen drift. Det var således både skomaker og frisør, snekkerverksted og skredder, for å nevne noe. Gården var likevel den viktigste av enhetene. De store grøntarealene rundt avdelingene som nå er omgjort til park, ga så bra avkastning at hele sykehuskomplekset faktisk gikk med økonomisk overskudd for noen tiår siden.

Deltakelse i arbeidsgruppene ga som antydnet ovenfor, særskilte privilegier - en bedre posisjon. 'Arbeiderne', som de kaltes, nøy langttid større frihet med hensyn til bevegelsesfrihet og mottok sogar en liten lønn for arbeidet de utførte. Denne betalingen var nærmest latterlig i forhold til en normal arbeidslønn ute. Det kunne dreie seg om noen kroner i uka eller litt tobakk. Men det var tilstrekkelig til skape en statusforskjell i forhold til de andre pasientene.

Gårdsarbeiderne hadde i følge 'I Tetti Rossi' likevel ikke større utskrivelsesmuligheter enn de andre pasientene. I boka sies det til og med at anstalten hadde en ekstra grunn til å beholde dem, fordi de ga en produktiv innsats som var vesentlig for sykehusets økonomi.

"... på Gården var det klart, på en måte som var ukjent i de andre avdelingene, at arbeidet ikke helbredet, det produserte ikke utskrivninger, men langtidsopphold, ikke rehabilitering, men fremmedgjøring og regresjon, noe som fortsatte under betingelser av grov utnyttelse."15

De grunnleggende trekkene ved anstalten gjaldt også denne pasientgruppen, de fikk ikke dra utenfor sykehusområdet, de ble innelåst om natten, noe videre privatliv ble ikke gitt dem og de kunne bli gjort gjenstand for de samme sanksjonene. Når som helst kunne de bli flyttet ned i avdelingen for urolige. Det var heller ikke mange utskrivninger fra disse avdelingene. De var og ble for det meste langtidspasienter som i forhold til andre pasienter viste en spesielt god tilpasning til anstalltlivet, uten å komme nærmere en utskrivning og rehabilitering.

Disse momentene ble kritisert av den nye ledelsen som senere kom til sykehuset. Slike eksempler ble også trukket fram for å begrunne deres sterke avstandstaken fra alle former for moderne *ergoterapi*. De pekte på to ting; - Det innebærer en utbytting av pasientene så lenge som de ikke får en riktig tariff-lønn; - det skaper en tilpasning til og avhengighet av institusjonen i stedet for en resosialisering til samfunnet. Vi kan her ane en perspektivkontrast i forhold til reformforkjempere i andre land som vektlegger i større grad, kanskje, prinsippet om *læring* som terapi.

Gårdsarbeiderne var privilegerte i forhold til de andre pasientene. I forhold til samfunnet utenfor stod de likevel bak den samme muren - rent fysisk og sosialt. De fleste av dem var langtidspasienter som, i likhet med de fleste andre pasientene, levde i en totalt adskilt virkelighet fra de mennesker og det miljø som de tidligere hadde tilhørt.

De mistet med dette ikke bare sine borgerrettigheter, men også sin sosiale rolle. Ute i samfunnet hadde de ikke lenger noen rolle som *arbeidstakere*. De var ikke engang *konsumenter* da de hverken hadde inntekt eller mulighet til å forbruke penger.

¹⁴ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.93 - min oversettelse.

¹⁵ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.93 - min oversettelse.

Innenfor galehuset var de "arbeidere", de hadde en produktiv rolle, et arbeidsfellesskap og fikk realisert noen av sine evner. Her hadde de også anledning til konsumere godtgjørelsen i de andres påsyn, enten den var en ekstrarasjon med sigaretter eller penger til en kopp kaffe i sykehuskaféen. Men denne aktiviteten var ikke overførbar, slik at de på ny kunne skaffe seg en identitet og rolle utenfor.

Det var svært sjelden at en psykiatrisk langtidspasient klarte å opprettholde en sosial rolle i familien eller i en bekjentskapskrets. Like vanskelig var det kanskje å unngå den nye sosiale rollen som ble tildelt i galehuset. Man kan derfor si at en innleggelse på et mentalsykehus ikke bare gjorde noe med personen innenfor institusjonen, den forandret også hans sosiale rolle utenfor institusjonen. Selv om pasientene lærte seg å bli dyktige håndverkere i galehusets arbeidsgrupper, så lærte de ikke å bli nye samfunnsmedlemmer andre steder enn innenfor galehusets egen ghetto.

De psykiatriske pasientene på galehuset i Arezzo representerte langt fra noe tverrsnitt av befolkningen som helhet. Statistiske overslag viser at hovedmengden kom fra lavere sosiale lag, husmenn, småbønder, arbeidere og lavere funksjonærer¹⁶. Samlet sett kom det ikke så mange pasienter fra middel- og overklassen. De ble også oftere innlagt ved den Nevrologiske avdelingen. Et eksempel på dette er Marina som ble nevnt tidligere i dette kapitlet. Hun var utdannet som regnskapsfører og arbeidet tidligere på en pastafabrikk, mens mannen var medeier i en familiebedrift. Det var derfor ikke helt tilfeldig at nettopp hun kjente en lege på den Nevrologiske Avdelingen, og at han sørget for å få henne innlagt der.

Sammenhengen mellom innleggelse i de offentlige psykiatriske institusjonene og en tilhørighet til arbeiderklassen eller bondebakgrunn. er i tråd med internasjonale undersøkelser, f.eks. Hollingsheads store undersøkelse av psykiatriske lidelser og sosial bakgrunn i USA¹⁷. De laveste samfunnslagene har rekruttert forholdsvis flest pasienter til de store offentlige mentalsykehusene. Høyere sosiale klasser har i større grad benyttet mindre private klinikker, private psykiatere, psyko-analytikere og ambulatorier. Det er sannsynligvis forskjeller både når det gjelder totalt antall lidelser, deres art og hvordan de behandles, alt etter hvilken sosiale tilhørighet man har.

I Arezzo-provinsen har det aldri vært noen private klinikker. Velstående familier kan nok allikevel i all stillhet ha ordnet med innleggelser av familiemedlemmer i andre provinser som hadde slike tilbud. Det var en skam for en familie å ha psykiatriske pasienter, ikke minst fordi man tidligere la større vekt på arvelighet i sykdomslæren. Dette har også medvirket til at mange familier har brutt båndene til slektninger bakenfor murene¹⁸. Dette peker mot det tredje aspektet ved galehusmuren - det symbolske som heftet seg ved alle som ble innlagt og som fortsatt bidro til å stemple dem etter en eventuell utskrivelse. Galehusmuren trakk opp grensen for det 'normale', og dem som en gang ble ført innenfor galehuset, ville for alltid være plassert bakenfor denne symbolske muren - også etter en utskrivelse.

¹⁶ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.37

¹⁷ Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C.(1958)

¹⁸ Dette hevdet flere av mine informanter. De journalene fra galehuset som jeg selv har sett, startet alltid med opplysninger om antatt arvelige sykdommer, herunder psykiatriske lidelser, hos foreldre og nære slektninger.

2.4 Den symbolske muren

"Murene, gitrene og reimene var det konkrete tegnet på den livsvarige utelukkelsen og samtidig tegnet på «galskapen» og det «anomaliske»."¹⁹

Skam over familien og et evig stempel på pasienten, selv om han/hun senere ble fullstending helbredet, har som antydning, alltid vært forbundet med behandling i psykiatriske institusjoner. Folk som har vært på asyl en eller annen gang blir stadig møtt med stereotype oppfatninger og forventninger og kan ha problemer med å bli tatt alvorlig eller bli gitt full tillit. Fra institusjonenes side har dette ofte blitt forklart som uvitenhet og fordommer. Men det spørres om ikke institusjonene selv har bidratt til nettop slike holdninger med sine diagnoser, sin praksis og lukkethet overfor innsyn og kritikk utenfra.

"... sikkert er det, at ingen av oss vil rolig kunne gå til arbeidet. Når vi vet at våre kjære er utsatt for personer som inntil nå har vært under forvaring sammen med sine like fordi de er farlige, og deres eventuelle kriser" (Naboprotest mot integrering av pasienter)²⁰

Galehuset i Arezzo, eller det Provins- Nevropsykiatriske Sykehuset som det formelt hette, var et beryktet og fryktet sted. I likhet med den siterte sykepleieren ovenfor, knyttet det seg en rekke stereotype forestillinger til stedet og de som ble innlagt der. Asylmurene markerte en grense for den normale *sivilisasjonen*. Den psykiatriske praksisen bestemte hvilke personer og hvilke handlinger som var 'de gale' og følgelig hørte hjemme der. Slik sett har psykiatrien bidratt til en kobling mellom et konkret sted og konkrete begivenheter på den ene siden, og klassifisering eller kategorisering på den andre siden. Ja, man kan faktisk spørre om ikke den *symbolske klassifiseringen* langt på vei er avhengig av disse konkrete forholdene.

Det er en glidende overgang mellom psykiaterspråkets diagnoser og lekmannens folkelige kategorier. Ord som 'matto', 'pazzo' ('gal') og 'pazzia' ('galskap') brukes i dagligtalen i overført betydning som når vi spør; - er du gal?! , eller sier; - dette er galskap! Men de brukes likefullt bokstavelig for å betegne mentale tilstander som trenger å bli tatt hånd om av psykiatere, særlig når det gjelder besettelser, fikseringer, vrangforstillinger og tvangshandlinger. I tillegg kommer ord som 'maniacco' ('manisk', 'raserianfall', 'gal', 'forrykket'), 'depresso' eller 'melanconico' ('deprimert', 'nedtrykt'), 'isterico' ('hysterisk') o.a.

Disse kategoriene har gjennomgått historiske endringer. Forekomsten av dem i diagnosene og sikkert også på folkemunne har variert, og noen har forsvunnet, mens nye har kommet til. F.eks. så er det sjeldent at noen i dag blir betegnet som 'hysteriske' i gammeldags diagnostisk forstand, selv om det fortsatt benyttes som skjellsord. De tilfellene hvor denne diagnosen har vært brukt også i nyere tid har dreiet seg om pasienter med forankring i bondekultur i perifere strøk. Betegnelsen 'anorexia' derimot, hører man stadig oftere, særlig i bysentraene som Arezzo og Sansepolcro. Skriver disse endringene seg fra faktiske historiske og kulturelle omveltninger alene, eller viser de snarere skiftningene i de medisinske paradigmene, måten de psykiske lidelsene har blitt registrert og beskrevet på?

¹⁹ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.16 - min oversettelse.

²⁰ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.131 - min oversettelse.

Historiske analyser av mentale lidelser er fortsatt et nokså ubleket lerret. Foucaults verk, 'Galskapens historie', og Erichsons 'Den tvetydige omsorgen', omfatter begge først og fremst institusjonens historie. Beskrivelsene av galehuset i Arezzo, tyder på at den symbolske klassifikasjonen av pasientene ikke engang har tatt datidens sykdomslære og diagnostiske etiketter på alvor. Jeg har allerede antydnet de karrieremessige konsekvensene plassering i en bestemt avdeling. Avdelingstilhørigheten var ikke bare en fysisk (konkret plassering) og sosial (sosial plassering) klassifikasjon av pasientene, men klassifiserte dem også symbolsk. Det er blitt påpekt fra reformpsykiaternes side at deres identitet ble knyttet til avdelingen de var på, mer enn deres diagnostiske status.

*"Det handler om utsorteringen til de andre avdelingene som fant sted i Mottakelsesavdelingene på grunnlag av vurderinger som ikke hadde noe til felles med medisinske normer eller med forsvaret av den innlagtes helse."*²¹

Mottakelsesavdelingene var likevel begrunnet i behovet for diagnostisering. Alle psykiatriske innleggelse i Arezzo begynte med et opphold i Mottakelsesavdelingene. Det var en manns- og en kvinneavdeling som skulle tjene som diagnose og observasjonsenheter. Hospitalmodellen som de psykiatriske institusjonene ble bygget etter og den medisinske rasjonaliteten fordret et skille mellom to momenter i behandlingen.

*"... den gang jeg kom inn, sa de til meg: « Hør, ta ikke på vei, for dette er observasjonsavdelingen. » De lot meg få se, og da så jeg at det var 7 senger og at alle de syke var reimet. Alle var desperate og hadde hadde fastspente bein, fastspente armer ..." G.A. (Pasient)*²²

Diagnostiseringen skulle ideelt sett, skje mest mulig uforstyrret av sosiale påvirkninger og den terapi som etterpå ble innledet. De andre avdelingene skulle gi pasienten det terapeutiske tilbudet som passet hans diagnose. Det var svært vanskelig å få tilført forandringer i denne diagnosen både fordi man nå hadde lett for å se bekræftelser av denne i pasientens adferd og fordi legene viet pasientene mindre tid og oppmerksomhet i de andre avdelingene.

Sykdomsbildet som lå til grunn for diagnostiseringsmetoden i galehuset var hentet fra den somatiske medisinen og finnes uttrykt i Kraepelins sykdomslære²³. Dette er en lære som knytter visse symptomer til visse navngitte mentalsykdommer og som tillegger dem et "naturlig" forløp dersom man ikke griper inn med terapeutiske midler. Hverken utvikling eller helbredelse av disse sykdommene blir ansett som noe pasienten selv kan influere noe særlig på. Her finner vi igjen den medisinske begrunnelsen for den objektgjøringen pasientene ble utsatt for i galehuset.

For pasienten var det høyst 30 dager lange diagnose- og observasjonsoppholdet i Mottakelsesavdelingen avgjørende for hele hans moralske karriere som mentalpasient. For ham var denne avdelingen det store veiskillet.

²¹ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.81 - min oversettelse.

²² Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.58 - min oversettelse.

²³ Haugsgjerd, S.(1986): s.19; "Den deskriptive psykiatri tar utgangspunkt i en beskrivelse av pasientens symptomer, og er orientert mot klassifikasjon, undersøkelse av forekomst, utviklingsforløp osv. Den ble utviklet i det 19. århundre og fikk sin faste form rundt århundreskiftet takket være pionerer som Kraepelin, Bleuler og Schneider."

"... med overføringen (fra Mottakelsesavdelingen - min anmerkn.) mister pasienten denne diagnosen og får den etiketten som svarer til avdelingenes oppdeling på grunnlag av adferd: urolige, semi-urolige, rolige, kroniske, arbeidere etc."²⁴

Som nevnt, så spilte det ikke så stor rolle senere i pasientenes karriere, hvilken diagnose de hadde fått, som hvilken avdeling de hadde havnet i. For pasientene som ikke hadde særlig anledning til å omgås pasienter fra andre avdelinger, fungerte avdelingstilhørigheten som et stereotypisert klassifikasjonssystem. Et system hvor de kunne plassere hverandre, som "arbeidere" (arbeidsgruppene), "farlige" (avd. Urolige), og "urenlige" (Pleieavd.), eller forutse sine egne framtidsutsikter.

"Ofte ba pasientene om å komme til Mottakelsesavdelingen fordi det var dit de var ankommet for 20 eller 50 år siden. De visste at en fremdeles kunne bli utskrevet fra mottakelsesavdelingen, mens en bare kunne komme ut fra avdelingen for kronikere som død."²⁵

En av de mest betenkelige sidene ved den psykiatriske kategoriseringen var at den ofte befestet en *lav forventning* m.h.t. helbredelse og at en diagnose som "kronisk schizofreni" i tillegg kunne dekke over terapeutenes utilstrekkelighet eller manglende satsning. Dette gjaldt særlig pleieavdelingene nederst i bakken, som helt bokstavlig talt ikke ga sine innlagte andre framtidsutsikter enn gravkapellet ved siden av. Men enhver overføring til en avdeling lenger nede minsket sjansene til å komme seg opp og ut av systemet igjen.

Avdelingene formidlet derfor noe om karriere og framtid både utifra den helhetlige praksis som galehuset utøvde og utifra avdelingenes innbyrdes plassering.

"... i fire måneder stirret jeg kun ut av det gitterbeslåtte vinduet. Jeg så ikke annet enn toppen på et av trærne i veien der nede ved pleieavdelingene, og til denne tretoppen sa jeg: « Jeg har mistet alt håp. Nå har jeg ingen igjen. » G.A.²⁶

En annen like graverende "bivirkning" av diagnostiseringen er det som den norske sosiologen Yngvar Løchen betegner som den 'diagnostiske kultur'. En subkultur hvor behandlerne ikke bare sitter med dørnøkene, men også med fortolkningsnøkene - diagnosespråket. Løchen viser oss eksempler på hvordan pasientenes ytringer og noen ganger kritikk blir underkjent som sådan av personalet som istedenfor tolker det som symptomatiske uttrykk for deres sykdom²⁷. Et tilsvarende kommunikasjonsmønster har også blitt pekt på og kritisert i de italienske institusjonene.

Slike former for maktovergrep er minst like skadelige og anti-terapeutiske som de fysiske sanksjonene og den sosiale isolasjonen. I følge Løchen, og også mine italienske informanter, har dette vært en måte den psykiatriske institusjonen har kunnet beskytte seg mot kritikk på.

Den symbolske muren bestod av en rekke merkelapper, men framfor alt håpløsheten, angsten og avskyen som var knyttet til dem. Galehusets mur var i seg selv et budskap om hva galskap innebar. Som sykepleieren i innledningen til dette kapitlet spurte: - Hvorfor skulle man ellers sperre dem inne?

²⁴ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.87 - min oversettelse.

²⁵ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.16 - min oversettelse.

²⁶ Amministrazione provinciale di Arezzo red.(1978): s.58 - min oversettelse.

²⁷ Løchen, Y.(1970)

Da asylene ble innført i Europa var noe av idéen med dem at de skulle være et fristed for den sinnslidende²⁸. Slik det har utviklet seg, virker det som denne tanken har blitt mer og mer tvetydig. Bruken av tvangsmidler i galehusene økte etterhvert, uten at det reduserte galskapen. Har klientellet eller institusjonen forandret seg, eller begge deler? Tidligere sykepleiere ved asylet i Arezzo har beskrevet denne institusjonen som på den ene siden styrt av svært mange forbudsregler, og på den andre siden har stilt seg likegyldig til svært mange brudd på alminnelige normer. Det virker som sanksjonene har rettet seg først og fremst mot handlinger som kunne virke truende mot institusjonen selv. Det er her en mulighet for at en egen 'subkultur' kunne skapes blant pasientene, at 'Galskap' også, til en viss grad ihvertfall, kunne læres. Den nye pasienten kom alltid til et etablert miljø, hvor det unormale og vanvittige snarere var normalt.

Galehuset lagde under alle omstendigheter en klassifikatorisk orden på minst to nivåer: - Enkeltindivider ble stemplet og gitt bestemte egenskaper og framtidsutsikter. - Kollektivets grenser mellom normalitet og galskap ble trukket opp.

Den symbolske muren er denne grensen mellom normalitet og galskap. Stempelet plasserer pasientene på den gale siden av denne grensen - *på den gale siden* i den forstand at de ikke lenger betraktes som fullverdige mennesker som det går an å identifisere seg med eller forstå. Dette stempelet ble gitt alle som passerte galehusmuren.

²⁸ Foucault, M.(1973): kapittel 9

3 GALEHUSET SOM ET KLASSIFIKASJONSSYSTEM

3.1 Psykiatriens arkitektur

Beskrivelsen av galehuset i Arezzo skisserer et svært kritisk bilde av psykiatrisk praksis fram til slutten av 60-tallet. Beskrivelsen bygger imidlertid vesentlig på refleksive data. Jeg kan ikke si med sikkerhet at dette er et historisk korrekt bilde, bare at denne psykiatriske institusjonen huskes slik av mine kilder og at det i bøker og artikler er beskrevet slik. Bildet rimer også bra med Goffman og Foucaults institusjonsanalyser, bøker som forøvrig er godt kjent i de italienske behandlingsmiljøene¹.

Mange år etter at dette galehuset gjennom en rekke reformer hadde mistet sine mest arkaiske trekk, kunne jeg høre hentydninger til det, mer som et begrep enn noe konkret. -Vi må ikke skape et nytt 'Galehus!', sa behandlerne som arbeidet innenfor den nye utenominstitusjonelle psykiatrien stadig. Det var tydelig at de ikke mente et nytt psykiatrisk sykehus, men tenkte på en bestemt praksis og tenkemåte. Reformene og den nye psykiatriske praksisen skal jeg vende tilbake til i seinere kapitler. Nå ønsker jeg å utdype galehusets betydning, 'galehus'-metaforens grunnlag, ved hjelp av bla. antropologisk teori om klassifikasjon og en historisk kontekstualisering. Men jeg starter aller først med en annen innfallsvinkel til 'de fysiske murene' - en *arkitekturteoretisk*.

Galehuset i Arezzo hadde en arkitektur som formidlet et bilde av den tradisjonelle psykiatrien. Den ytre muren og de indre murene, galehusets plassering i forhold til byen og avdelingenes innbyrdes plassering. Beskrivelsen jeg har gitt av dette asylet peker på en sammenheng mellom en opplevd sosial virkelighet, et klassifikasjonssystem og fysiske omgivelser.

Jeg mener at arkitekturen i seg selv kan betraktes som et tegn eller en *metafor* fordi den billedliggjør en ide, uten at det nødvendigvis finnes ord for den. Galehuset som helhet var både de gale, galskapen og psykiatrien på en gang. I den grad at galehuset ble oppfattet som uunngåelig og som en forsåvidt 'naturlig' institusjon i et moderne samfunn, vil jeg si at denne metaforen også hadde *mytiske egenskaper*².

Mine informanter har ment at Arezzos galehus svært lenge hadde en mytisk funksjon - at det befestet myten om galskapen og galskapens plass i samfunnet. Murene var underforstått med galehuset; hadde man galehus, hadde man også murer. Murene går ofte igjen som et sentralt element i den konkrete erfaringen med galehuset, og kan også sees som en delmetafor som inngår i galehusmetaforen. Murene kunne imidlertid ikke betraktes som rene metaforer før det gikk an å tenke den tanken at de kanskje kunne rives. Inntil da var sannsynligvis også murene like mytiske som galehuset. Dekonstruksjonen av disse mytene skjedde parallelt med nedrivningen av flere murer og åpningen av galehuset. Denne første reformfasen i Arezzo skal jeg analysere nærmere i neste kapittel.

Det er på grunnlag av institusjonskritikken som ble rettet mot dette galehuset på 60-70 tallet, at jeg har kunnet studere de metaforiske sidene ved det. For å skape en viss orden i konnotasjonene har jeg som tidligere nevnt, laget tre analytiske dimensjoner for en behandling av 'muren' som metafor: Jeg snakker derfor om 1. en fysisk mur, 2. en sosial mur og 3. en symbolsk mur - som svarer til tre aspekter ved utelukkelsen av de psykiatriske pasientene. Denne inndelingen som er analytisk, har

¹ Goffman, E.(1983), Foucault, M.(1973)

² Jeg bruker begrepene 'myte' og 'mytisk' i Roland Barthes (1989) forstand. (Se kapittel 1.3)

jeg allerede anvendt i den forutgående beskrivelsen av galehuset. Jeg skal gjenta rent skjematisk de tre utelukkelsesformene som jeg mener svarer til inndelingen:

1. Den fysiske muren utelukker de psykiatriske pasientene fra et større felleskap og lukker dem inne i et mindre. Det er her tale om en fysisk forflytning av enkeltindivider fra et sted til et annet. Asyllets ytre mur skiller mellom galehuset og samfunnet. De indre murene fungerer analogt med den ytre, ved at pasientene trinn for trinn kan avskjæres ytterligere fra et større felleskap og isoleres i mindre, med isolatcellen som det siste virkemiddelet.

2. Den sosiale muren er delvis bundet til den fysiske muren siden denne betyr frihetsberøvelse og tvang. I tillegg innebærer den sosiale muren alle avståelsene fra normale rettigheter og plikter i samfunnet, som følger av innleggelsen i galehuset. Den sosiale utelukkningen er ikke nødvendigvis avhengig av fysiske hindere. Innelukkningen i galehusets sosiale virkelighet skjer dels med tvang, dels gjennom en individuell tilvenning til dette livet - 'institusjonaliseringen'.

3. Den symbolske muren er også en grense som både utelukker og innlemmer. Når diagnosen eller selve innleggelsen virker som et stempel, tilskrives pasienten automatisk visse egenskaper og framtidsutsikter. Han tilhører ikke lenger den samme kategori mennesker som de andre medlemmene av samfunnet. Denne grensen passeres ved galehusmuren som skiller mellom normalitet på den ene siden og galskap på den andre. Galehusmuren holder kategorisk orden på både normaliteten og galskapen.

Oppdelingen av utelukkelsesformene og måten jeg har knyttet det til 'galehus'- og 'mur'-metaforen, understreker at arkitekturen spiller en vesentlig rolle. Det kan forstås slik at det fysiske miljøet former det sosiale og symbolske. Jeg mener selvsagt ikke at det er så enkelt. Noen har en gang bygget dette galehuset. Hva slags ideer hadde de? Hvilken sosial virkelighet levde de i? Arkitektur er formet av samfunnet og er selv med på å forme det. Denne prosessen er dialektisk. Men arkitekturen, i kraft av å være en fysisk struktur, kan utøve en spesiell motstand mot sosiale og symbolske prosesser. Dette gjør at byggherrenes intensjoner i tidens løp kan bli borte, og byggverkets funksjon og budskap kan skifte med sosiale og kulturelle endringer. En av de tidligere langtids-pasientene har sagt det slik: "*Sykehuset er som en flaske, det har en gang hatt en funksjon. Nå er det brukt opp. Nå må vi kaste tomflasken.*"³ Galehuset i Arezzo er en fysisk struktur som opprinnelig kan ha hatt andre intensjoner, enn dem jeg hittil har antydnet. Dette skal jeg vende tilbake til etter noen generelle betraktninger om arkitekturens funksjoner.

Moderne arkitekturteori argumenterer for at byggverk formidler noe, at de gir budskap eller signaler. Den norske arkitekten Norberg-Schultz bruker begrepet '*kulturell symbolisering*':

"At arkitekturen kan symbolisere kulturelle gjenstander, er et empirisk faktum, arkitekturhistorien viser oss at dette til alle tider inngikk som ledd i byggeoppgavene. Hvilken hensikt det har å benytte arkitekturen på denne måten, er imidlertid et spørsmål som neppe hittil er besvart.

³ Skårderud, F. (1984): s.90 (langtidspasienten Vasco)

Ettersom den sosiale strukturen i høyeste grad er basert på felles verdier og symbolsystemer, er det klart at den kulturelle symboliseringen er nøye knyttet til dannelsen av et sosialt miljø."⁴

Norberg-Schulz gir arkitekturen følgende oppgaver;

1. Fysisk kontroll (klimatisk, sikkerhetsmessig og ordnende);
2. Funksjonell ramme (tjenlig for visse aktiviteter);
3. Sosialt miljø (hvem møter hvem hvor, når og hvor lenge?);
4. Kulturell symbolisering (meningsbærende).⁵

Grensedragningen mellom Norberg-Schulz ulike oppgaver er vilkårlig, fordi overgangene mellom dem er glidende. Sannsynligvis er Norberg-Schultz oppdeling hensiktsmessig for arkitektens behov.

I min videre drøfting ser jeg ikke grunn til å skille funksjonell ramme og 'sosialt miljø' fra hverandre for mitt formål. Jeg fokuserer også på enkelte aspekter og overser andre innenfor de ulike oppgavene, men følger ellers de samme inndelingene som Norberg-Schultz.

Det vil nå være interessant å plassere galehuset i Arezzo i en arkitekturhistorisk sammenheng. Vi vil se at ideene bak den spesielle utformingen ikke hadde til hensikt å lage et mest mulig umenneskelig og undertrykkende system. Faktisk var den arkitektoniske utformingen i tråd med samtidens mest progressive idealer om sunnhet, hygiene og rasjonell organisasjon - agitert fram av flere sosialistiske politikere. Likevel kan vi i de samme idealene finne grunnlaget for galehusets utvikling - mot en ekstremt systematisk form for sortering og isolering av menneskeskjebner.

3.2 Paviljongmodellens inntog i italiensk sykehusarkitektur

Galehuset i Arezzo er, i likhet med det i Trieste, bygget etter samme modell som svært mange somatiske sykehus. Dette skyldes delvis at de ble oppført i samme periode, under den storstilte utbyggingen av det italienske helsetilbudet rundt århundreskiftet. Modellen gjenspeilte en moderne europeisk ide om arkitekturens betydning for *hygieniske* spørsmål, og at sunnhet var knyttet til lys, luft og harmoniske omgivelser. Det ble en annen bevissthet om rommet, i betydning av den plass hver pasient og hver avdeling hadde til rådighet rundt seg. De store massive bygningene, som virkelig hadde hatt en monumental karakter, ble nå forkastet til fordel for *paviljongmodellen*. En modell som også ligger til grunn for mange norske sykehus bygget i samme periode, blant annet de psykiatriske institusjonene på Dikemark og Gaustad.

Paviljongmodellen ble særlig utviklet i Frankrike på 1800 tallet, men en slags forløper ble konstruert av en arkitekt fra Wien i den italienske byen Pavia allerede i 1793⁶. Det bærende fundamentet i paviljong-modellen er datidens moderne oppdagelse av *hygienens* betydning for sykdommene og den økende bevisstheten om sykehusinfeksjonene. Prinsippet er å utnytte *rommet* til å gi pasientene og avdelingene

⁴ Norberg-Schultz, C. (1967): s. 116

⁵ Norberg-Schultz, C. (1967)

⁶ Cosmacini, G.(1987): Cosmacini refererer til Sormani som i 1881 omtaler ombyggingen av L'Ospedale S.Matteo di Pavia etter arkitekten Leopold Pollacks tegninger.

tilstrekkelig *adskillelse*⁷. Avdelingene ble gitt egne bygningsenheter og distribuert ut over større områder. Rommet mellom bygningene ble omgjort til parker der det ble plassert benker og plantet trær og planter. Pasientene fikk bedre plass og sikret lys, luft og mer hygieniske forhold. Den store sykehusutbyggingen i Italia skjedde på grunnlag av Sormanis formulering av paviljongmodellen i 1881:

"Han foreskriver en rekke retningslinjer:

*Hospitaler utenfor byen, med et belegg som ikke overstiger 3-400 senger, med isolerte avdelinger, hver med 20-40 senger, bygget i plant terreng. Til hver seng forutses et rom på 100 m³ og gulvflate på 15m², beslyst av sollyset gjennom store vinduer, vendt mot store hager. Hospitalene for smittefarlige blir oppbygget adskilt. Anbringelsen av alle uhumskheter og råttenskap - den antikke forråtnelsen i ny utgave med den moderne infeksjonen - skal være plassert langt unna mottakelsesavdelingene. I disse avdelingene skal den arkitektoniske luksusen og det overflødig forkastes til fordel for det sobre og det nyttige."*⁸

Disse begrunnelsene for de somatiske sykehusene kunne ikke overføres direkte på de psykiatriske. Det fantes ikke noen vitenskapelig teori som sa at sinnslidelser var direkte smittsomme. Likevel ble de bygget etter samme modell. Hvordan skjedde denne koblingen mellom hygiene og mentalhygiene?

En faktor er at psykiatrien på denne tiden strevde med å etablere seg som en medisinsk disiplin, både klinisk og akademisk, noe den tidligere ikke var regnet som. Sykehusmodellen kunne tjene til å gi psykiatrien mer legitimitet og en plass innenfor medisinen. En annen faktor er at man betraktet de oppbyggelige og helsegivende elementene som lys, luft og harmoniske omgivelser som viktige også for sinnslidelser. Paviljong-modellen ga dessuten gode muligheter for en annen moderne ide; - tanken om at arbeid i seg selv var sunt. Særlig var ideen om å sette pasientene til gårdsarbeid naturlig i forhold til denne modellens vektlegging av frisk luft, sol og grøntarealer. Utviklingen av arbeidsterapi innenfor psykiatrien kan i Italia tidfestes til byggingen av disse sykehusene.

I tillegg til disse faktorene, mener jeg at det også har vært et annet underliggende motiv. Hygieneprinsippene som er innebygget i paviljongmodellen kan også ha tjent en underliggende, men viktig, symbolsk funksjon i psykiatrien. Denne moderne sykehusarkitekturs utnyttelse av rom og bygningsstrukturer til å skape adskillelser, representerte et langt skritt i retning av å skape en rasjonell og systematisk orden. Paviljongmodellen ga muligheten til å konstruere et nesten fullkomment klassifikasjonssystem. Denne forbindelsen mellom hygieniske prinsipper og orden, hadde på denne tiden en større utbredelse enn til sykehussektoren alene.

3.3 Hygiene og klassifikasjon

Det var som antydte den nye opptattheten av *hygiene* som førte til gjennombruddet for paviljongmodellen ved århundreskiftet. Bakterie-teorien og den nye forståelsen av infeksjonssykdommene var det vitenskapelige grunnlaget for hygienetanken. Til dette tidsbildet hører selvsagt også den revolusjonerende oppdagelsen av hvordan man kunne sterilisere alt fra kirurgens kniv til hendene som opererte. Dette førte ikke bare til

⁷ Schmidt og Kristensen (1986) viser hvordan disse samme prinsippene ble anvendt i det forrige århundrets store bysaneringsprosjekter - en fysisk ordning av "det urbane rom" (s.43) utfra hygieniske begrunnelser. Forfatterne viser også at oppryddingen i byslummen kunne ha dobbelte motiver: hygienisk og sosial kontroll på samme tid.

⁸ Cosmacini, G.(1987): s. 417-18 - min oversettelse

en generell senkning av dødeligheten på hospitalene, men påvirket også befolkningens forestillinger om renhet og urenhets. Nå var ingenting rent før det var antiseptisk.

Mary Douglas beskriver våre vestlige hygiene-forestillinger som symbolske klassifikasjonssystemer. Dette gjelder altså først og fremst hygienetanken i hverdagslivets sammenheng. Hygiene er et uttrykk for orden. Våre forestillinger om hygiene kan i følge Douglas⁹ sammenlignes med indernes urenhetsforestillinger eller de gamle jødiske urenhets-tabuene (jfr. innledningskapittelet 1.4). Disse systemene hjelper oss til å holde orden på virkeligheten vår og avspeiler noe viktig i samfunnet. At vi begrunner våre urenhetsideer vitenskapelig spiller liten rolle. Kun en liten del av våre hygienisk begrunnede tabuer har egentlig noe med reell smittefare å gjøre. Dersom grensene overskrides, er det ikke helsen som er utsatt, men klassifikasjonssystemet. Douglas mener at urenhetsforestillingene er symbolske uttrykk for kulturelle grenser som skaper orden. Symbolske systemer som bygger på urenhetsforestillinger synes alle å benytte kroppsmetaforer som grunnlag. Huden blir da en viktig grense, og alle passeringer av denne hud-grensen får spesiell oppmerksomhet. Særlig gjelder det avføring, urin og andre sekreter som kroppen utskiller.

Hygiene er en måte å formulere kroppens forsvarsbehov mot "inntrengere" på - bakteriene. Kroppslige avfallsprodukter blir det som er mest farlig. At dette også kan være medisinsk fundert, behøver ikke å stå i motsetning til den symbolske betydningen. 'Skitt' ('dirt') truer orden. Samtidig er 'skitt' en forutsetning for orden, det gir noe å holde orden på. 'Skitt' er ting som ikke er på sin riktige plass - 'matter out of place'¹⁰. Underliggende for mange urenhetsforestillinger, er at kroppen brukes som symbol på forhold i samfunnet¹¹.

Douglas diskuterer ikke hygiene i sykehussammenheng. På de somatiske sykehusene kunne man sikkert finne lignende utslag, men det er her hygienetanken tross alt finner sin opprinnelse og begrunnelse. Når det gjelder de psykiatriske sykehusene, er det vanskelig å se den samme begrunnelsen for den strenge hygienen. Likevel ble den gjennomført også her med hvite frakker, hyppige gulvvasker og altså paviljongmodellen som fysisk ivaretar hygieniske prinsipper om adskilthet. I tillegg hadde de psykiatriske institusjonene et helt festningsverk av ytre og indre murer, gitre og dørslåer. Beliggenheten godt utenfor byen likeså, som om det virkelig skulle være smittefare tilstede. I Arezzo lå det somatiske sykehuset tett inntil bymuren, mens galehuset lå et godt stykke bortenfor og nedenfor, endatil på den andre siden av jernbanelinjen. Mens de somatiske sykehusene ble bygget som menneskelige festningsverk mot epidemiene, ble denne logikken ført enda lenger i den samtidige byggingen av psykiatriske hospitaler. I begge tilfeller er det som i arkitektens byggeoppgave kalles 'fysisk kontroll' den avgjørende komponenten. I det siste tilfellet er det ikke basillene som beskyttelsen er rettet mot, men sinnslidelsene som angivelig gjør pasientene ekstremt farlige både for seg selv og andre.

Ved siden av fysisk kontroll av antatt farlige personer, var det langtidspasientenes pleiebehov som ga institusjonen en begrunnelse. Pleiebehov som også var tegnet på det kroniske ved sinnslidelsene, er en pen omskrivning av hva disse pasientene var i andres øynene. Jeg har tidligere nevnt at disse pasientene ble omtalt som 'de urene' ('i sudici'). Deres plassering innenfor galehuset fulgte samme prinsipp som Sormani (se ovenfor) i sin tid foreskrev for særlig smittefarlige; lengst mulig bort fra mottaksavdelingene. Sett med arkitektens øyne, ble både 'de urene' og 'de farlige' til truende elementer som måtte sikres i byggeoppgavens definisjon av 'fysisk kontroll'.

⁹ Douglas, M. (1966)

¹⁰ Douglas, M. (1966): s.2

¹¹ Douglas, M. (1966): s.3

Trolig ble avdelingsstrukturen oppfattet som like naturlig som at kloakken ble ledet ned det skrånende terrenget og at vaskeriet lå i bunnen.

Douglas teori om hygiene som et klassifikasjonssystem kan anvendes også når det gjelder psykiatriske institusjoner. Galehuset, som jeg har beskrevet, kan betraktes som et gedigent klassifikasjonssystem, basert på forestillinger om fare og tilhørende grenser. Jeg tolker Douglas teori dithen, at når hun setter hygiene i sammenheng med urenhetsforestillinger generelt, så kan følelse av fare og tabuer knyttet til psykiske forstyrrelser like gjerne inngå her. Utelukkelsen av de gale fra samfunnet, kan dermed sees som en måte å holde orden på - at de gale blir gjort til 'skitt' - 'matter out of place' - når de er i byen. Denne betraktningmåten kan her oppfattes slik at de psykiatriske pasientenes farlighet er sterkt overdrevet. Jeg vil imidlertid ikke uten videre gå så langt som til å si at den slett ikke eksisterer.

Galehusets arkitekter bidro, ved hjelp av en moderne tolkning av byggeoppgaven 'fysisk kontroll', til et mektig klassifikasjonssystem. Det trengte ikke nødvendigvis være villet slik, da modellen allerede forelå slik for de somatiske sykehusene.

Galehuset tegnet en karrierevei for de innlagte som en enveis ferd nedover i et system der gravkapellet var siste stasjon. Administrasjons-bygningen og Mottaksavdelingene dannet den ene polen i denne indre aksen hvor Kronikeravdelingen og kapellet utgjorde den andre. To 'porter' inn og ut av galehuset. Ute på sidelinjen var det imidlertid Arbeidsterapigruppene som kunne gi et midlertidig opphold og en viss frihet innenfor murene. Den Nevrologiske Avdelingen lå heller ikke langs denne aksen, men nærmere utgangsporten på siden av alléen. Her forventet man utskrivning. Det var også et relativt håp om å komme opp og ut igjen for dem som var i Mottaksavdelingene. Linjen nedover i systemet representerte derimot en gradvis degradering og regresjon - trinn i et menneskelig forfall. Plasseringen til Kronikeravdelingen falt sammen med den som i 'paviljongmodellen' er tiltenkt 'de smittefarlige', lengst unna, sammen med vaskeriet og gravkapellet. Kronikerne var de mest 'urene' både i bokstavelig og symbolsk forstand.

Det andre prinsippet i galehusstrukturen, er ikke en akse, men sentrum-periferi. Pasientene ble klassifisert utfra farlighet. Selv om avdelingene for Urolige også "i regelen" var ett trinn på veien nedover, så kunne pasienter fra alle avdelinger bli ført dit når de ble regnet som urolige. Som jeg har beskrevet tidligere, var disse avdelingene også strukturert innvendig slik at det var mulig å utsette pasientene for ulike grader av isolasjon. Dersom vi betrakter galehuset som ei kinesisk eske, så var det isolatcellene, de som engang var forsynt med alger, som var det innerste rommet. Ut på sidene av disse sentralt plasserte avdelingene lå de åpne avdelingene - Arbeidsterapiene - og, nesten helt perifert, lå Gården¹².

Ved siden av disse 'rom-strukturene', ga arkitektene galehuset også andre geografiske og topografiske egenskaper; adskillelse fra byen, plassert lavere enn byen, og på en slik måte at porten vender øst mot byen og soloppgangen, mens gravkapellet ligger både nederst, lengst unna og lengst vest. Disse egenskapene gir i seg selv galehuset et mangesidig symbolsk potensiale, enten dette var resultater av bevisste valg eller ikke. I galehuset i Trieste gikk skråningen på sykehusområdet den andre

¹² Selv om Gården faktisk lå utenfor den ytre galehusmuren, har jeg ikke støtt på noen vitnesbyrd som har oppfattet disse pasientene som noe annet enn *innenfor* galehuset før reformene tok til. En forklaring på dette avviket mellom den fysiske muren og de sosiale og symbolske murene, kan være at det ikke var noen forbindelse mellom Gården og samfunnet utenfor, annet enn gjennom galehusets hovedport. Galehuset var ellers omgitt av skog og mark. Først da markene rundt Gården ble omgjort til park i forbindelse med reformene, fikk denne avdelingen og pasientene der en "grensestatus" - se neste kapittel.

veien. Men sentrum-periferi har et annet topografisk uttrykk her, da havnebyen jo ligger i bunnen, mens forstedene ligger oppover i de bratte skråningene¹³.

Det finnes enda et eksempel på hvordan arkitekturen klassifiserte pasientene. Alle avdelingene var kjønnsdelte. Men denne kjønnsdelingen markeres ikke hele veien med egne bygningsenheter. En slik kjønnsmessig isolering finner vi i Mottakelsesavdelingene, Arbeids-terapiene og avdelingene for Urolige. På den Nevrologiske avdelingen deler pasienter av forskjellige kjønn samme tak. Her var pasientene regnet som mer 'normale' da denne avdelingen som nevnt tidligere lå i "grenselandet" mellom psykiatri og somatisk medisin. Det lå vel her en antakelse om at disse pasientene i større grad oppførte seg anstendig. Den andre felles-avdelingen var imidlertid Kronikeravdelingen. I boka 'I Tetti Rossi' ble tilstanden beskrevet som "promiskuøs" og fullstendig "uten bluferdighet". Det nevnes ikke direkte seksuelle overgrep, men at pasientene ble skiftet på og vasket hvor som helst, i alles påsyn, og at kvinnene ikke fikk menstruasjonsbind osv. 'De urene' var følgelig så degraderte menneskelig sett at de også mistet sin kjønnsmessige status.

Dersom de psykiatriske pasientene var klassifikatorisk 'urene', kan dette forstås som et utslag av en ny samfunnsorden? Uten at jeg skal dokumentere denne påstanden her, tror jeg at vi kan finne klare forbindelser mellom samfunnsutviklingen i denne perioden og et økt behov for *sosial orden* - som en bakgrunn for interneringen av de psykiatriske pasientene. Dette er sammenhenger som Foucault har analysert i både 'Galskapens historie' og 'Prison and Punishment'. Schmidt&Kristensen tydeliggjør parallellene mellom hygiene og sosial orden - 'sosial hygiene' - i det de kaller et '*romlig ordensprosjekt*'. De viser til de mange nye sunnhetsbestemmelsene i europeiske land som ofte hadde et dobbelt siktemål når det gjaldt slumstrøkenes medisinske og politiske trussel mot den bedre stilte befolkningen.

Dette forklarer imidlertid ikke hvorfor nettopp '*de gale*' kom til å få en særstilling i forhold til andre uproduktive og potensielt truende elementer. Selv om det i Italia var Justisdepartementet som administrerte både fengsler og galehus, var det en like stor symbolsk forskjell mellom disse to anstaltene, som det var det mellom 'de kriminelle' og 'de gale'¹⁴. 'De gales' 'urenhet' må ha hatt en spesiell symbolsk dimensjon. Dette kan vi kanskje forstå bedre dersom vi sammenligner 'de gale' med en annen 'uren' kategori - de spedalske.

Jeg mener, i likhet med Foucault¹⁵, at det kan påvises en historisk kontinuitet mellom 'gale' og 'spedalske' - på et symbolsk nivå. Det er likhetstrekk i sosial praksis i forhold til 'de spedalske' i middelalderen og 'de gale' i det 20de århundret. Likeledes minner den symbolske klassifiseringen av 'de spedalske' som 'urene', om måten 'de gale' er blitt klassifisert på senere. Men kontinuiteten kan også påvises i disse lidelsenes institusjonshistorie - de har gjennom flere hundre år blitt plassert i de samme institusjonene. Spørsmålet om hvorfor fengselet og galehuset er så fundamentalt forskjellige, kan vi langt på vei belyse ved å sammenligne to andre historiske institusjoner. To institusjoner med sterke ytre likhetstrekk, men med vidt forskjellig betydning.

¹³ Oppå åsene rundt Trieste bor det dessuten en annen etnisk gruppe, 'slavere', med en kultur og språk (jugoslavisk) som avviker sterkt fra det italienske.

¹⁴ En åpenbar forskjell mellom 'gale' og 'kriminelle', er at sistnevnte kan tilskrives skyld og straffeansvar, mens førstnevnte er juridisk sett er ansvarsløse. Grunnet for et slikt skille, og konsekvensene av det, er en høyst interessant diskusjon som også angår det symbolske. Når jeg ikke tar det opp her, skyldes det delvis av avgrensningssyn, og delvis min betraktning av skillet som kulturelt betinget.

¹⁵ Foucault, M. (1973)

3.4 Lasarettet og leprosariet

Inntil slutten av forrige århundre, var de fleste italienske hospitaler store massive bygninger der det var stuet inn svært mange pasienter på begrensede kvadratmeter. De hygieniske forholdene var etter sigende horrible og pasientene ble i stor grad blandet sammen uavhengig av hva de feilte. Likevel var det en fundamental form for inndeling av de syke; man skilte de helbredelige fra *de uhelbredelige*.

På attenhundretallet var det vanlig med minst to hospitaler i de større byene, der det ene kurerte de pasientene det var håp for, mens det andre samlet opp de kroniske, håpløse og ofte smittefarlige syke. I regionshovedstaden Firenze fantes S.Maria Nuova og *Ospedale Bonifazio*. I det sistnevnte var det krigsskadde, spedalske, invalide, syfilitikere og *gale* - i alt 700 langtidsinnlagte¹⁶. Det eneste disse pasientene hadde felles var at de var uhelbredelige, uten framtid andre steder enn innenfor hospitalet. Disse hospitalene ble beryktet for urenslighet, dårlig luft og sterk smittefare. Et karakteristika ved de innlagte, var deres deformerte kropper.

Denne samlokaliseringen har lange tradisjoner i den italienske medisins historie. Selv om man tidligere ikke knyttet smitte direkte hygiene, så anså man internering og adskillelse av disse pasientkategoriene som sikkerhetstiltak for den øvrige befolkning. Ideen om å plassere de spedalske i *leprosariet* utenfor bymurene, er meget gammel. Man internerte like godt sammen med de spedalske; *gale*, syfilitikere, invalide og andre uhelbredelige.

Epidemiene som kom og gikk i middelalderen og Renessansen, krevde imidlertid ytterligere en institusjon til å ta hånd om smittefarlige; *lasarettet*. Pestene førte til et behov for hospitaler som på kort varsel kunne settes i funksjon for å ta seg av et meget stort antall pasienter. Krigslasarettet var en god modell i så måte. Lasarettene ble oppført utenfor byene på grunn av smittefaren, noe som ikke alltid fungerte som noe effektivt vern, da man ikke kjente smitteveiene, men holdt seg til varianter av 'miasme'-teorien. Denne forståelsen av smitemåten gjorde råtnende organiske substanser til kilden og den "stinkende" luften til mediet som giften kunne oppholde seg i. Siden de sykdomsframkallende smitekildene var lokalisert i omgivelsene, særlig i byenes fattigkvarterer, ga dette etterhvert økende utfordringer til arkitekter og byplanleggere som skulle ventilere og drenere ut uhumskhetene og forhindre den altfor hyppige sammenblandingen av vanntilførsel og kloakk (pga. ledningsbrudd ol.)¹⁷. Dette satte også premissene for hospitalutbyggingen før paviljongmodellen ble lansert.

Tross sine likheter var leprosariet og lasarettet to fundamentalt forskjellige institusjoner. Det første lasarettet ble oppstartet på øya San Lazzaro utenfor Venezia i 1423 - derav navnet 'lazzaretto'. Det ble drevet av munkene som tidligere hadde behandlet spedalske. Siden det var ei øy var stedet egnet til å isolere de smittede, men det gikk i tillegg en mur rundt hele øya. Senere lasarettet ble i motsetning til dette første som var knyttet til en klosterorden, i regelen drevet sivilt. Karantenebestemmelsen skriver seg også fra denne tiden. Navnet karantene refererer til det italienske 'quarantena' - et førtitalls - som var det antall dager man regnet som et maksimum før en akutt sykdom kunne bryte ut. Karantenen henviste de mistenkte (mulig smittefarlige) til å ligge utenfor havnen, eller på utsiden av bymuren i dette tidsrommet. Det ble også bygget lasarettet for å ta seg av dem som bare var mistenkte¹⁸.

Lasarettet tilbød de innlagte sol, luft og muligheter for å røke ut klesplaggene for mulige stinkende substanser. Man forsøkte å behandle pasientene, men håpet om

¹⁶ Cosmacini, G.(1987): s.305

¹⁷ Schmidt, L-H. & Kristensen, J.E.(1986): s.45

¹⁸ Cosmacini, G.(1987): s.38

helbredelse var ofte svært lite. Lasarettet betød oftest døden, en voldsom og akutt død. Oppholdet på lasarettet var derfor alltid provisorisk og midlertidig. Ingen ble der lenge. De som ble helbredet, ble i regelen fullstendig helbredet, slik at de kunne integreres i felleskapet igjen etterpå og ta opp igjen arbeidet. Selv om de pestbefengte ble fryktet som en dødelig fare for andre så lenge de var syke, var de sikret gjenopptakelse som fullverdige medlemmer av samfunnet igjen, dersom de stod det over. De var like hele.

De spedalskes situasjon var ganske annerledes. Spedalskhet var i middelalderen en betegnelse for alle alvorlige hudsykdommer, ikke bare lepra. Det som kjennetegnet lepra, var at sykdommen i motsetning til pestene, var kronisk, uhelbredelig, invalidiserende og ikke dødelig. Lepra var smittsomt, men ikke like smittsomt som pesten. Likevel ble de spedalske internert og isolert i leprosariet, ofte enda lenger unna byen enn lasarettet. Tidsaspektet er viktig for å forstå dette. De spedalske ble forvist til leprosariene for å leve der. De spedalske døde ikke slik som på lasarettet, en fysisk død. De døde en sosial og symbolsk død¹⁹. Siden sykdommen var uhelbredelig, måtte de forbli der til de døde. Lepraens sykdomsutvikling medfører dessuten et gradvis kroppslig forfall - de spedalske er utsatt for en prosess som vanligvis inntreffer etter døden - forråtnelsen.

"Den spedalske foregrep i levende live dødens oppløsning av sitt eget legeme; men det medførte ikke dødsangst som den pestsyke, bare avsky og til nød medlidenhet. Den ødelagte, forkrøplede, deformerte, dyriske kroppen - spedalskhet var nettopp leontiasis, elephantiasis, satyriasis (navn på "dyriske" misdannelser, min anmerkning) - var symbolet på annerledesheten i seg selv. Annerledesheten til dem - spedalske, gale, kjetterske, jødiske - som tilhører den såkalte «djevelens familie» (under svartedøden, ble de franske spedalske levende brent sammen med jødene fordi de var anklaget for å spre smitten)"²⁰

De spedalske, og i praksis alle som ble stuet inn i leprosariene, ble oppfattet som levende døde og urene. Spedalskesyken ble etter den kristne troen på denne tiden ansett som en straff fra Gud over de syndige menneskene. De spedalske var 'skyldige' og sonet gjennom oppløsningen av sitt eget legeme. Religionshistorikere har vist at behandlingen av de spedalske som beskrives i det gamle testamentet, var ledet av religiøse forestillinger om urenhets og ikke medisinske. Koblingen til *synd*, er trolig også nyere enn de fortsatt virksomme gammeltestamentlige urenhetsforestillingene. De "spedalske" har alltid i den jødisk-kristne tradisjonen blitt avskåret fra helligdommene og avskåret fra felleskapet, til tross for at både betydningen av ordet 'lepra' og adskillelsens legitimering har variert. Det kontinuerlige har vært den symbolske forståelsen av sykelige hudforandringer og kroppslige deformeringer som en mellomting mellom liv og død, og den følgende praksisen med å plassere disse "spedalske" for seg selv utenfor det sosiale felleskapet²¹.

I følge Cosmacini ble også gale puttet i leprosariene. Gale og spedalske har en felles institusjonshistorie fra leprosariene i renessansen til attenhundretalls-hospitaler som Bonifazio. Institusjonene som altså ikke var beregnet på å kurere de innlagte, så meget som å oppbevare de uhelbredelig syke der til de døde. Leprosariene måtte derfor bygges som små samfunn, der de fleste vanlige samfunnsfunksjonene ble ivaretatt. Det var vanligvis klostrene som drev disse leprosariene, basert på det kristne

¹⁹ Lepra er en sykdom som man også dør av, men svært lenge etter at sykdommen har brutt ut. Den blir ikke regnet som en sykdom med høy grad av dødelighet, fordi dette også måles i forhold til tidsaspektet.

²⁰ Cosmacini, G.(1987): s.62 - min oversettelse

²¹ Lewis, G.(1987)

prinsippet om medlidenhet, 'caritas'. Som egne samfunn var de imidlertid fullstendig avstengt og fysisk adskilt fra byen med bymuren og egne murer i mellom. Leprosariet var derfor i forhold til byen, både en "anti-by" og en karrikert utgave av den med sine deformerte og vanvittige innbyggere. De internertes eksistens var ikke ved terskelen mellom liv og død som på lasarettet, men på denne terskelen - sosialt døde, men ikke fysisk.

Det er leprosariet som først og fremst ligner de senere galehusene. Den fysiske isolasjonen fra felleskapet og den indre organisasjonen av livet innenfor murene var felles for begge institusjonene. Symbolsk sett er det også en sammenheng mellom den status de innlagte ble tildelt som uhelbredelige, farlige, urene og uverdige til å ta del i felleskapet. Riktignok hadde galehusene et viktig element av fengsel i seg og fungerte som en ordensinstans. Men utover den rent fysiske frykten som av og til var berettighet overfor de gale, var det en utbredt følelse av uforklarlig angst, og vemmelse overfor disse menneskene som bare kan forbindes med deres *annerledeshet*. Som de spedalske var det, var de gale kategorisk forskjellige fra andre mennesker. Denne forskjelligheten kunne finne sine mest ekstreme uttrykk i utilregnelig og truende adferd eller den mest utenkelige obskøne urenslighet. Interessant er det også å merke seg den gamle sykepleieren (jfr. kapittel 2) som husket de gale som deformerte og dyriske. Galehusets innbyggere ble ikke bare opplevd som i en mellomtilstand mellom levende og døde, men også mellom dyr og mennesker.

Det er antakelig lite fruktbart å forsøke å trekke en sammenligning mellom 'gale' og spedalske altfor langt, selv om parallellene er mange. En av de viktigste forskjellene tror jeg kan være at man hos den 'gale' i større grad oppfatter sjelen som 'uren', enn legemet. Dette har trolig også noe med en kulturhistorisk utvikling å gjøre, på samme måte som også de spedalske først i middelalderen ble forbundet med synd og sjelelig fordervelse. Likeså er det klart at man i renessansen og helt fram til galehusets første tiår, ikke skilte skarpt mellom fysiske misdannelser og psykiske avvik. I Arezzos galehus var både invalide, gale, åndsvake og epileptikere blandet sammen²². Selv om dette stadiet er passert i dagens italienske psykiatri, skiller det fortsatt ikke så skarpt mellom psykiatri og omsorg for psykisk utviklingshemmede.

De trekkene som er felles i den tradisjonelle behandlingen av 'de gale' og den historiske behandlingen av de spedalske, kan oppsummeres slik:

1. For det første, har vi parallell i en praksis som skiller ut en gruppe individer fra andre og tendere mot å henvise dem til en livsvarig sosial isolasjon - en "sosial død".
2. For det andre, legitimeres denne praksisen i en antatt farlighet, uten at det synes å være et helt forholdsmessig samsvar mellom reaksjon og farlighetsgrad.
3. For det tredje; denne 'urenheten' skyldes at disse utvalgte menneskene av sin samtid oppfattes som en mellomkategori.

Det som gjorde de spedalske til en blandet kategori, var at de bar forråtnelsen i sin egen kropp og derfor ble halvt levende og halvt døde. Når det gjelder de 'gale', er de symbolske røttene for deres 'urenhet' ikke like klar, men det må være en fare tilknyttet adferd og sjel, mer enn kroppen²³. De 'gales' 'urenhet' var ikke så biologisk og

²² Informasjon fra dr. Cesare Bondioli - leder for SIM i Sansepolcro og tidligere psykiater ved det psykiatriske sykehuset i Arezzo.

²³ Foucault, M.(1973): s.152 ; "Fordi den er både villfarelse og synd, blir galskapen samtidig urenhet og ensomhet, den er en tilbaketrekning fra verden og fra sannheten, men derved er den fanget inn av det onde."

forbundet med fysisk kontakt, men truende for en historisk sett mer "rasjonalisert" sosial og symbolsk orden. Foucault skriver om at frykten for interneringshusene på 1700-tallet, var knyttet til smitte og mystiske sykdommer. Mens det et århundre senere var forvandlet til en frykt for selve galskapen - for at den kunne ramme en selv²⁴.

Dersom de 'gale' var "halve mennesker", hva bestod den andre halvparten av? Jeg kommer ikke til å gi noe bestemt svar på dette. Men jeg tar det som et historisk faktum at 'det menneskelige' ble avgrenset og på en måte rasjonalisert gjennom den perioden som Foucault omtaler som den "Klassiske" (fra år 1400 -): "*Det ble skapt en følsomhet som trakk en linje, reiste en terskel og som valgte for å utstøte.*"²⁵

Framveksten av den medisinske vitenskapen og de medisinske institusjonene kan, i følge Foucault, ha bidratt til å underbygge forestillingen om det menneskelig som 'fornuft', i motsetning til 'ufornuften'. Jeg vil bare antyde dette her, som en mulig forklaring på at de 'gale' delvis falt utenfor den menneskelige kategorien og at det også ble så mange som ble definert som 'gale'. Dersom vi leter etter den andre "halvparten", tror jeg at vi ofte støter på kategorier som 'dyr' og 'barn' - noe som må temmes eller oppdras²⁶. Vi kan lese dette ut av galehusets blanding av paternalistisk omsorg og undertrykkelse.

Jeg vil derfor hevde at det er en meget viktig symbolsk dimensjon ved behandlingen av 'de gale' og institusjonene for dette, som best kan forstås utfra Douglas begrep om 'urenhet'. Det særskilte ved galehuset som institusjon har en historisk parallell til leprosariet; - den livsvarige fysiske bortvisningen som plasserte pasienten "utenfor" i tid og rom.

3.5 Oppsummering

Galehusets terapeutiske innsats var tvilsom. Mer åpenbar, var kanskje galehusmurenes evne til å klassifisere mennesker. På bakgrunn av dette kapitlet, mener jeg å kunne fastslå at galehuset klassifiserte individene fysisk, sosialt og symbolsk. Galehuset var selvsagt ikke selv 'aktøren'; men det var et nødvendig redskap for den tradisjonelle psykiatriens utøvere og det øvrige samfunnets behov for å utestenge de psykiatriske pasientene.

Galehuset var både en fysisk konstruksjon, en psykiatrisk praksis og en psykiatrisk tenkemåte, forenet på en slik måte at formen ga et overbevisende uttrykk for innholdet. Arkitekturen kan ha stått som en metafor for en bestemt praksis og et symbolsk system - det jeg har beskrevet på de forutgående sidene. Men denne metaforen var først og fremst materiell og ikke-verbal. Den kunne derfor fungere slik at det som ble formidlet forble underforstått og "naturlig", - noe som det ikke kunne reises tvil om. Kan de psykiatriske pasientenes farlighet betviles så lenge murene står der og taler sitt? Går det an å forestille seg en annen karriereutvikling innenfor murene, enn den som avdelingenes rekke tegner opp?

²⁴ Foucault, M.(1973): s.180

²⁵ Foucault, M. (1973): s. 67. I Italia skjedde det som Foucault kalte 'den store innesperringen', senere enn i land som England og Frankrike. Mosher tidfester denne store interneringsbølgen av psykiatriske pasienter og andre avvikere til århundreskiftet og de første tiårene av det 20de århundret. Dette henger sammen med at Italia beholdt sine føydale strukturer lenger enn Nordeuropa - Mosher (1989): s.187.

²⁶ Goffman (1983) om de psykiatriske pasientenes følelse av å være "radikalt nedflyttad i det åldersgraderade systemet" (s.39) - den totale umyndiggjørelsen løser dilemmaet om pasienten kan tilskrives egen vilje og ansvarsfølelse eller ikke.

Galehusets virkelige ideologiske funksjon lå kanskje først og fremst i hvordan kulturelle konstruksjoner har blitt omgjort til fysiske konstruksjoner - en reifisering. Galehuset formidlet etter min mening et bilde av galskapen som noe umenneskelig, dyrisk, farlig og uheldelig. De tykke murene og porten som den definitive terskelen, billedliggjorde alt dette. Avdelingenes systematiske plassering og spesialisering ga likedan et bilde på den antatte sykdomsutviklingen. Under disse forholdene, ble de innlagtes utseende og adferd også bekreftende for nødvendigheten av forvaring, tvang og isolasjon. Den tradisjonelle psykiatriens praksis og tenkemåter bekreftet på en måte seg selv i galehuset. Galehuset var derfor ikke bare en metafor for hva galskapen innebar, men også for hvordan den måtte håndteres. Galehuset var med andre ord også en metafor for psykiatriens makt, og nødvendigheten av den.

4 ÅPNINGEN AV MUREN

4.1 *Italias farvel til institusjonen*

I 1978 vedtok den italienske nasjonalforsamlingen at samtlige av landets offentlige mentalsykehus skulle stenges. Pasientene skulle nå overføres til ulike utetjenester og de somatiske sykehusene, dersom innleggelse var nødvendig. Alle de store partiene, fra høyre til venstre, støttet denne loven som også hadde et flertall i opinionen bak seg. Selv om lovforslaget også hadde mange innbitte motstandere allerede da, så er det liten tvil om at det var en bred mobilisering for den på dette tidspunktet.

Arezzo var ikke representativ for hele Italia når det gjelder gjennomføringen av reformen. Denne toscanske provinsen er imidlertid et eksempel på et av de stedene hvor det skjedde mest, og hvor det som skjedde i stor utstrekning var i reformbevegelsens ånd¹. Demokratisk Psykiatri krav til en ny lov ble langt på vei formet på grunnlag av disse erfaringene i Arezzo. Endringene i "Arezzo-psykiatrien" hadde startet lenge før loven ble vedtatt og tjente delvis som en modell for denne, ved siden av erfaringene fra Trieste.

Det skjedde mye på få år i Arezzo-provinsen. Galehuset - som byens psykiatriske sykehus ble kalt - mistet i løpet av en 20-årsperiode over 80 % av pasientbelegget². Dette gamle mentalsykehuset sluttet fullstendig å ta inn nye pasienter etter 31.12 1980, og har siden bare fortsatt å pleie et tildels sterkt kronifisert klientell. Det skrives fortsatt ut pasienter nå og da.

Loven av 1978 tillot fortsatt tvangsinnleggelse, men var enda mer restriktiv enn den gamle, og sløyfet kriterier som farlighet for seg selv eller andre og fare for "offentlig skandale". Tvangsinnleggelsene måtte nå begrunnes med "behandlingsbehov", noe som selvsagt kunne være et tøyelig begrep. Men det er et faktum at tvangsinnleggelsene ble noe man sjeldnere grep til i Arezzo-provinsen etter 1978³.

Alternativet til galehuset var de nye polikliniske lokalsentrene, pasientkollektiver og tre somatiske sykehus uten spesialavdelinger for psykiatriske pasienter. Private institusjoner finnes det ikke i dette området og det er derfor lite som tyder på at de har tatt over rollen som det psykiatriske sykehuset tidligere hadde⁴. Statistisk sett på landsbasis har også de hatt en nedgang i pasienttallet. Kriminalasylene, som reformen ikke berørte, har heller ikke fått flere pasienter fra Arezzo-området. Og endelig, man finner ikke noen nye langtidspasienter på de tre somatiske sykehusene i Arezzoprovinsen. Slik var ihvertfall situasjonen i 1988, 10 år etter reformen⁵.

Hensikten med denne korte oppsummeringen har vært å konstatere noen faktiske forhold. Det har, i løpet av perioden 1968 til 1989, skjedd radikale endringer i

¹ *Demokratisk Psykiatri* ble formelt stiftet i 1973 av *Franco Basaglia* og en gruppe behandlere som hadde arbeidet sammen i Gorizia. Reformforsøkene i Gorizia ble stanset i 1968 av lokale myndigheter, men ble videreført i Arezzo og Trieste. Bevegelsen som hadde en radikal psykiatireform som krav, vokste i omfang og betydning fram mot 1978 da *lov 180* (reformloven) ble vedtatt. Etter 1978 tiden kulminerte *Demokratisk Psykiatri*. *Agostino Pirella* overtok lederskapet etter *Basaglia*'s død i 1980.

² Mosher, L.(1989): s. 255.

³ Mosher, L.(1989): s. 256.

⁴ Pasienter har ikke blitt skrevet ut fra galehuset for å bli innlagt i private klinikker. På grunnlag av den oversikten som behandlerne i SIM hadde over eks-pasientene, og spørsmålene som jeg stilte om dem på bakgrunn av de gamle journalene, mener jeg at dette er en riktig slutning. Hva som har skjedd med dem som *før* reformen benyttet private klinikker andre steder, vet jeg ikke. Det finnes ingen registre over slike 'privatpasienter'. Representanter fra lokale helsemyndigheter og SIM mener likevel at antallet 'privatpasienter' ikke har økt og er meget beskjedent i dette området.

⁵ Mosher, L.(1989): s. 262.

den psykiatriske omsorgen i Arezzo-provinsen, og de mest dramatiske hendelsene inntraff allerede i 70-årene - før den omtalte reformloven ble vedtatt.

4.2 Fortellingen om en reform

Det er fortellingen om den lokale reformprosessen i Arezzo - åpningen av galehuset i Arezzo, jeg skal vie de neste sidene til. Den er på flere måter en spesiell fortelling. Det gjelder for det første, den funksjonen Arezzo-reformen har hatt som inspirasjon og læreeksempel både i Italia og i andre land. Og for det andre, denne reformprosessens *fortellertekniske kvaliteter*. Det er en typisk god "story", som av og til blir for god.

Det interessante er at hovedbegivenhetene i denne historien er fullt dokumenterbare, samtidig som de vanskelig kan berettes videre uten at beretningen får et *mytisk* preg. Jeg tror imidlertid ikke at det mytiske preget først og fremst skyldes selve *formidlingen*, eller at formidlingen bevisst har fordreiet innholdet. Det kan være slik at begivenhetene i seg selv hadde et symbolsk potensiale som muliggjorde mytiske tolkninger senere.

Jeg ønsker å antyde at de lokale aktørene selv regisserte reformprosessen med en bevisst tanke på symbolske nivået. Den symbolske effekten av de enkelte tiltakene ble utnyttet, og enkelte handlinger eller handlemåter ble antakelig valgt utfra symbolverdien, først og fremst. Beretningen om nedbyggingen av det aretinske galehuset, handler derfor minst like mye om politisk overtalelse og en kulturell prosess, som en intern omlegging av en psykiatrisk institusjon.

Når jeg i de følgende sider gjenforteller denne fortellingen, er ikke siktemålet mitt å gi en historisk korrekt rekonstruksjon, men en rekonstruksjon av en *historisk referanse* for dagens behandlere i SIM og andre reformtalsmenn. Målet mitt er å kunne si noe om hvilken fortolkning og betydning de har gitt disse hendelsene. Dersom galehuset kan betraktes som et klassifikasjonssystem, så må også nedbyggingen av det kunne sees som en dekonstruksjon av dette klassifikasjonssystemet. I dette perspektivet kan åpningen og nedbyggingen av galehuset i Arezzo, også betraktes som en prosess der symbolske virkemidler aktivt brukes for å bryte ned gamle forstillinger og skape ny mening.

4.3 Åpningen av de fysiske murene

*"Personalet tok initiativet til å åpne et symbolsk hull i muren mellom plassen som omgav Avdelingen for Urolige og idrettsplassen som lå bakenfor avdelingen. De ønsket å organisere aktiviteter på denne plassen og gjorde den tilgjengelig ved å rydde den for ville busker og planter, sammen med pasientene."*⁶

Den 25 april 1971 faller den siste muren som hadde isolert "de urolige" fra resten av pasientene. Dagen er Italias frigjøringsdag, dagen for freden og oppgjøret med fascismen. Selvsagt er tidspunktet bevisst valgt. Murens mening forbindes på denne måten til et autoritært og antidemokratisk regime. Det tidligere psykiatriske "regimet" blir dermed gjort illegitimt og til noe som nå er historisk tilbakelagt.

Alle beretningene om denne avdelingsåpningen forteller om en viss uro og engstelse på de andre avdelingene overfor det som skulle skje. Her var jo de antatt farligste pasientene forvart. Men beretningene forteller også at det var vellykket. Det

⁶ Amministrazione provinciale di Arezzo (1978): s. 100 - min oversettelse.

tilsiktete poenget blir dermed; at med murenes fall, ødelegges også en forestilling - den om den farlige sinnslidende.

Forut for denne hendelsen hadde flere interne murer blitt revet og avdelinger gjort åpne. Det ble startet en gradvis nedbygging av kronikeravdelingene og avdelingene for 'urolige'. Hvert trinn i denne fysiske omstruktureringen ble særskilt markert. Rivingen av et gjerde som avgrenset resten av sykehusområdet mot en yrkeskole som var blitt plassert i en av de nedlagte avdelingene, er et godt eksempel. Studenter og lærere kastet seg over nettingen og brakk ned stolpene under vill jubel. Etterpå ble det "feiret" sammen med pasientene på den andre siden.

Det er vel heller ingen som vil hevde at denne "stormingen av Bastillen" skjedde spontant. Aktørens selvrefleksive holdning til de "historiske begivenhetene" som de deltok i kom til syne ved tilstedeværelsen av et videokamera. Hele seansen er tatt opp på film og blitt til en av reformhistoriens "ønskerepriser" når utenlandske besøkende kommer.

Ved siden av en prosess der galehuset åpnet seg opp internt og utad mot byen, forsøkte de også å føre noe av byen inn i galehuset - "urbaniseringen av galehuset". Yrkesskolen som jeg nevnte ovenfor, var et ledd i denne utviklingen. Markene rundt den gamle gården ble tidlig omgjort til en offentlig park. Som et møtested mellom galehuset og byen, ga parkanlegget pasientene ytterligere en mulighet til å omgås andre mennesker. Kommuneledelsen gikk senere enda lenger og anla likegodt en lekeplass for barn i denne parken:

*"In particular it should be noted that one part of the park has been equipped by the city council of Arezzo as a playground for children of the neighborhood. At first this created some anxiety, which has since been overcome by the positive nature of the experience."*⁷

Den konkrete og fysiske åpningen av galehuset skjedde parallelt med en lang rekke andre hendelser. Det var ikke så enkelt at en dag rev man plutselig ned murene. Men når dette først skjedde, så ble den symbolske effekten utnyttet maksimalt. Der hvor muren tidligere hadde formidlet de innlagtes farlighet, skulle den samme muren nå benyttes til å vise at de ikke var farlige likevel. Når sykehusets hovedporter noen år senere ble slått opp, og dermed åpnet muren mellom galehuset og samfunnet, hadde man støtte i en lang rekke forutgående 'åpninger' på avdelingsnivå. Den ene åpningen kunne, dersom den ikke ble mislykket, legitimere den neste.

Denne fysiske nedbrytningen av murene kan selvsagt ikke forstås uten at de organisatoriske og behandlingsmessige endringene tas med.

4.4 Åpningen av de sosiale murene

*"... allmøtene som et sted hvor hver enkelt ... finner en åpning."*⁸

Vinteren 71-72 kom det i gang allmøter på avdelingene. Disse var forløperne til storallmøtene, som omfattet alle avdelingene, behandlere, pasienter, og også folk fra byen og interesserte observatører utenfra. Det ble la stor vekt på disse møtene. Det har blitt argumentert for at de trakk pasienter ut av en ellers passiv, isolert tilværelse - en mur av taushet. At de fikk anledning til å dele erfaringer med og hevde meninger

⁷ Pirella, A.: 'The Arezzo experience' - stensil som jeg har fått i det internasjonale senteret RESEAU i Trieste 1988.

⁸ Skårderud, F.(1984): s. 95.

overfor andre. At de fikk være med på å forme beslutninger som angikk dem og som tidligere legene hadde avgjort alene. Denne prosessen kunne berede grunnen for de neste trinn i reformeringen av deres egne avdelinger.

*"Allmøtet har særlig hjulpet til å avkle det institusjonelle hierarkiet: legen, sykepleierne og pasientene sitter i en sirkel og konfronterer hverandre verbalt med det som er skjedd i avdelingen, de tar opp de gjensidige reaksjonsmåtene, de legger planer."*⁹

Det er videre blitt hevdet at allmøtene og storallmøtene ga pasientene et forum og en aktiv, deltakende rolle. Dette førte til en voksende felleskapsfølelse, større forståelse mellom pasienter fra ulike avdelinger, mellom pasienter og pleiere og folk i byen. Samtidig kan de mest aktive pasientene, f.eks. de som ble møteledere, ha virket inspirerende på de andre pasientene. Det har blitt hevdet fra både pasienter og behandlere at disse møtene virket positivt inn på såvel pasientenes eget selvbilde, deres egne forventninger til seg selv, og omgivelsenes bilde av og forventninger til dem.

Gårdsdriften som tidligere ble drevet av sykehuset hadde av forskjellige årsaker vært innskrenket en stund. De pasientene som bodde på Gården på begynnelsen av 70-tallet var alle gamle og mindre arbeidsføre. En stor del av marken var, som jeg allerede har nevnt, blitt gitt til byen og omgjort til en offentlig park. Pasientene her oppe kom derfor på en måte i frontlinjen når det gjaldt kontakten mellom galehuset og omverdenen.

Det ble foretatt en rekke omlegninger av organiseringen av dette og andre former for arbeide, som senere hadde blitt kalt ergoterapi. Det ble dannet arbeidskooperativer istedenfor de gamle arbeidsgruppene, de ble organisert som selvstyrte enheter og lønna ble hevet til et mer realistisk nivå - basert på enhetens overskudd. Arbeidet som før var både et eksklusivt privilegium og en plikt for de som først var utvalgt, ble nå frivillig og tilgjengelig for flere. De som ikke arbeidet fikk også en daglønn, omenn mindre enn de arbeidende

Gården ble i disse årene omdannet til to formål. For det første ble det laget en residens til de gamle pasientene som tidligere hadde arbeidet der. De behøvde ikke lenger å arbeide og de fikk innrømmet en alderspensjon. Det var et uttrykt ønske fra behandlernes side at de skulle få en lignende tilværelse til andre gamle mennesker utenfor galehuset. Den andre tingen som skjedde var at den tidligere stallen ble bygget om til en kafé etter initiativ fra en av pasientene fra en annen, "dårligere", avdeling. I løpet av et år, fortelles det, arbeidet en gruppe med svært "dårlige" pasienter - underforstått pasienter som man tidligere ikke ville ha regnet som en arbeidsressurs - med å ombygge lokalene til en kafé som kunne betjene både pasienter og folk fra byen.

4.5 Åpningen av de symbolske murene

*"For Basaglia sa alltid at det å «...åpne en anstalt eller en annen institusjon ikke betydde å åpne deres porter, men folkets hoder.»"*¹⁰

Fortellingen om reformen nevner også den symbolske muren, galehusets tradisjonelle kategorier som pasientene ble puttet inn i, og forestillingene om en bestemt sykdomsutvikling. Historien forteller at noe av det første den nye direktøren, Agostino Pirella¹¹, gjorde, var å stanse overføringene fra en avdeling til en dårligere. Det finnes

⁹ Amministrazione provinciale di Arezzo (1978): s. 95. - min oversettelse.

¹⁰ Angeloni, G. (i 'L'Unita' 13.5.1988) - min oversettelse.

¹¹ Pirella ble bedt om å ta over direktørstillingen ved det psykiatriske sykehuset i Arezzo fordi

så mange referanser til dette faktum, både fra pasientene, behandlerne og folk utenfra, at det må ha hatt en mektig signaleffekt. Det neste var, ifølge den samme historien, å snu overføringene oppover istedenfor, og å åpne de lukkede avdelingene og galehuset som helhet.

"Der hvor avdelingene var «døde» fordi tid og rom var døde, begynner vi å gi pasientene håp, gjøre ting mulige, gi stemme til de mest utstøtte." (Paolo Serra, psykiater)¹²

Kronikeravdelingene lå nederst på det skrånende sykehusområdet, lengst fra porten og Mottakelsesavdelingen, inntil gravkapellet. Pasientene, pleierne og andre hadde lenge påpekt parallellen mellom avdelingenes geografisk-topografiske plassering og pasientenes moralske karriere gjennom systemet. I juli 1973 ble mannsavdelingen til denne "endestasjonen" nedlagt for godt og pasientene overført oppover til bedre avdelinger. Noe senere skjedde det samme med kvinneavdelingen.

Kategoriseringen som jeg tidligere har nevnt var knyttet til avdelingstilhørighet, ble mer diffus når avdelingene ble åpnet for hverandre. Når f.eks. kronikeravdelingene ble fullstendig nedlagt hadde det også en signaleffekt både til pasientene og omverdenen. Når sykehusportene ble åpnet og pasientene ble synlige i bybildet var det ihvertfall lettere for andre å danne et eget, og forhåpentligvis mer realistisk, bilde av dem. Det kunne også utfordre skillet mellom kategorier som normalt og unormalt, når de andre - fysiske og sosiale - skillene ble redusert.

En annen fortelling er den om speilet. Speilene var tidligere forbudt i galehuset fordi de ble sett på som farlige. Pasientene kunne knuse dem og bruke de skarpe skårene til å skade seg selv eller andre med. Reformatorene mente imidlertid at speil kunne være et middel til å bryte den sløve og likeglade holdningen mange av pasientene hadde til sitt eget ytre gjennom konfrontasjonen med sitt eget speilbilde. Tanken var at pasientenes utseende som "typiske psykiatriske pasienter" også opprettholdt andres og egne myter om dem. Et svært speil ble hengt opp i Administrasjonsbygningens foajé, der alle måtte passere på vei til Allmøtet. Fortellingen sier at dette førte til at flere skjerpet seg og begynte å be om å få nye, mer personlige klær (istedenfor institusjonsuniformene)¹³.

4.6 Det symbolske budskapet

De interne prosessene som jeg har hentet eksempler fra viser konkrete angrep på de ulike murene som fastholder, skiller og avgrensner pasientene som 'gale'. Sammenligninger mellom de faktiske rivningene av mur og eliminering av sosiale og mentale murer, ble trukket opp av reformatorene selv - både da og i ettertid. 'Mur'-metaforen er ikke like tydelig på alle nivåene. Reformtiltakene gjør den likevel underforstått tilstedeværende fordi de kan beskrives som åpning, nedbrytning, gjenforening osv.. Det er et symbolsk nivå i nesten alle disse handlingene, som formidler en *åpning av muren* med nesten mytisk kraft.

provinsmyndighetene kjente til hans arbeid sammen med Basaglia i Gorizia, og ønsket en radikal omlegging av psykiatrien. Provinsen hadde da først avslått et tilbud om statlig finansiering av et helt nytt psykiatrisk sykehus, med den begrunnelse at de ønsket å avvike all institusjonsbehandling av psykiatriske pasienter. Pirella ble leder for bevegelsen Demokratisk Psykiatri i 1980, etter at han hadde flyttet til Genova.

¹² Haugsgjerd, S. (1976): s.31

¹³ Skårderud, F. (1984): s. 95

En vesentlig del av reformprosessen må derfor forstås som en *symboliseringsprosess*, en prosess der det med symbolske virkemidler skapes mening, enigheter og nye 'sannheter'. Galehusmetaforen skulle avsløres og avkles sitt mytiske budskap (se forrige kapittel om dette budskapet). Dette kan betraktes som at psykiatrikritikerne og reformatorene i Arezzo tok utgangspunkt i den samme metaforen til å si noe nytt. Når kritikerne viste til 'galehuset' eller 'muren', var det ikke lenger for å si noe om galskapens farlighet eller uhelbredelighet, men for å gi uttrykk for den tradisjonelle psykiatriens autoritære og foreldete praksis.

Den mytiske dimensjonen henger ikke bare sammen med metaforbruken som av og til kan være implisitt, men også fordi det er så mange enkelthendelser som kan sees som gjentatte variasjoner over det samme temaet - åpning, frihet, deltakelse. Gjentakelsene leder oss til å betrakte hendelsene som eksempler og ikke enkeltstående historiske begivenheter. Når murene til den "arkaiske" institusjonen brister, inviteres vi til å tro at dette er like uavvendelig og naturlig som at middelalderen avløses av en mer moderne tidsalder¹⁴.

Likevel er ikke denne fortellingen ren fiksjon. Selv om enhver framstilling av reformene som 'naturlige' og 'uungåelige' lett blir mytisk, spesielt i ettertid. Jeg tror at en av de viktigste grunnene til at reformene ikke ble fiksjon, men virkelighet, lå i reformatorenes dyktighet når det gjaldt å produsere nye symbolske meninger. De klarte å finne overbevisende symbolske uttrykk for sine egne visjoner, og skapte på den måten et kulturelt grunnlag for en såvidt radikal reform. Hvordan dette overhodet lot seg gjøre, og hvordan det historiske forløpet faktisk var, er vanskelig å besvare med mine kilder. Denne reformprosessen var sikkert ikke uproblematisk, eller uten tilbakeslag. Men vi må huske at det var veldig mange sterke og kompetente personer som *ville* at dette skulle lykkes. De politiske betingelsene var de beste, og de ble bedre etterhvert som det hele skred fram. Som jeg også vil komme inn på i neste kapittel, kan man si at "konjunktorene" for å gjennomføre et slikt prosjekt var relativt gode.

Det lå imidlertid også til grunn en grundig kritikk av 'galehuset's og 'murene'. Denne åpningen av institusjonene og den sosiale gjenforeningen mellom pasientene og samfunnet er beskrevet og argumentert for både politisk og terapeutisk. Jeg ønsker ikke å referere hele denne psykiatri- og institusjonskritikken her, bare peke på at integreringsidealet fikk en nesten almen gyldighet i disse årene. Sektorinndeling¹⁵ og utbygging av poliklinikker i Norge hører hjemme i denne sammenheng. Det var derfor ingen stor kløft mellom det som reformens talsmenn i Arezzo *argumenterte* for og de symbolske budskapene som ble formidlet. Siden det ikke var fordekte meninger som ble uttrykt symbolsk, vil jeg kalle disse budskapene *metaforiske* framfor mytiske innenfor sin historiske sammenheng. Det er når de gjenfortelles senere, og dermed overføres fra en sammenheng til en annen, at de kan bli mytiske. Spørsmålet blir derfor knyttet til hva slags ny sammenheng dette er og hvordan det gjøres.

Faren ligger, etter min mening, i at disse erfaringene, som "erfaringen fra Arezzo", kan overføres som en slags sannhet, løsrivet fra prosessen gikk forut. Dette ville i såfall innebære at den historiske prosessen ble *mytifisert* ved å løsrive den fra sine historiske betingelser. Når reformhistorien skal gjenfortelles, blir det som tidligere nevnt, vanskelig å unngå et mytisk preg. Hvordan denne arven har blitt forvaltet i Italia av reformbevegelsen, blir derfor et kritisk spørsmål. Dette spørsmålet er på mange måter symptomatisk for mer generelle spørsmål som knytter seg til

¹⁴ Barthes, R.(1972) I følge Roland Barthes blir historier gjort til myter ved at de mister sin historisitet og framstår som lignelser, arkaiske sannheter - det som er historisk blir 'natur'. (jfr. kapittel 1.3)

¹⁵ Det terapeutiske ansvaret knyttes til geografisk bostedstilhørighet - sektoren. Formålet er både å få til et samarbeid mellom etater innenfor nærmiljøet, og å forhindre at pasientene stadig må skifte terapeuter.

kunnskapsoverføring. Jeg skal drøfte dette temaet videre i neste kapittel på bakgrunn av en videre kontekst.

I ettertid er det viktig å se den symbolske prosessens historiske betydning - der og da. At metaforbruken og de symbolske handlingene hadde pedagogiske og politiske funksjoner i den historiske prosessen. Eksempelet Arezzo kan gi generell innsikt i betydningen av den kulturelle dimensjonen en slik sosialpolitisk reform har, og viktigheten av å ta dette på alvor - å bruke symbolske virkemidler. Hendelsene i Arezzo viser hvordan nedbrytningen av galehuset som et klassifikasjonssystem kan, og kanskje må, ta utgangspunkt i galehuset selv. Ved å fokusere på galehusets murer og åpningen av dem, kan vi også finne støtte for en forståelse av endring som et dialektisk samspill mellom fysiske, sosiale og symbolske strukturer.

"Erfaringen fra Arezzo" har imidlertid blitt en symbolsk referanse. De pasientene, sykepleierne og psykiaterne som selv aktivt deltok i reformene, har sitt spesielle og personlige forhold til denne "historiske arven" ('il patrimonio storico'). Denne "arven" ble overført sammen med personene, når behandlerne og pasientene flyttet ut til de nye mentalhelsesentrene. Hendelsene i Arezzo var heller ikke et isolert fenomen, den "historiske arven" får ikke sin fulle mening uten at perspektivet utvides til reformbevegelsen Demokratisk Psykiatri og deres kamp for en ny psykiatrilov og en reform på et nasjonalt nivå.

De omtalte reformprosessene i Arezzo ble fulgt av en ny terapeutisk satsning, og liberaliseringen hadde neppe vært mulig uten å sette inn store menneskelige ressurser. Budsjettene for psykiatrisk omsorg måtte økes, i første rekke fordi et nytt tilbud ble bygget ut uten at den gamle institusjonen ble avvirket totalt. Reformene i Arezzo kan etter min mening ikke forklares med at politikerne ønsket å spare penger. Før jeg vender tilbake til hvordan de nye psykiatriske tjenestene ble utformet og hvordan de i praksis fungerte, skal jeg gå grundigere inn på hva slags idegrunnlag reformbevegelsen og deres leder Basaglia sto for.

5 TO IDEOLOGIKRITIKKER

5.1 Fra angrep til forsvar

Den aretinske psykiatireformen ble analysert som en lokal symboliseringsprosess i forrige kapittel. Det teoretiske grunnlaget og diskusjonene omkring avvísningen av galehuset, kom ikke klart fram. Før jeg i senere kapitler går over til å drøfte de nye alternative tilbudene, skal jeg forsøke å sette reformperioden i en historisk og kulturell sammenheng.

I ettertid har en rekke sentrale skikkelser innenfor reformbevegelsen ytret et behov for å gjøre opp en status for reformens oppnåelser. De har ønsket at forskere fra andre fag skulle undersøke og sette ord på hva som egentlig er innholdet i den nye 'demokratiske psykiatrien'. Samtidig har de også betonet betydningen av bevegelsens 'kultur' og 'arbeidstil' som de omtaler som en slags implisitt kunnskap. Flere har ment at det måtte gå an å begrepsfeste eller ihvertfall formidle denne styrken som de selv opplever at de henter fra reformbevegelsens 'kultur'¹.

I bøkene og artiklene som har kommet fra dem selv snakkes det om å forvalte en "historisk arv" og "kollektive erfaringer"². "Erfaringen fra Arezzo" er en slik syntese som tjener som eksempel og referanse langt utover provinsen Arezzo. Argumenter om at det ikke er nok med nye retningslinjer, men at personalets holdninger og forståelse spiller større rolle, virker overbevisende. Men det legges veldig stor vekt på at slike holdninger må læres i det praktiske arbeidet, man kan ikke lese seg til det. Det har vært liten åpenhet for at den nye kunnskapen kunne formidles teoretisk gjennom f.eks. sykepleierskolene. Argumentene har gått ut på at reformen fortsatt er i en eksperimentell fase og at de helst ikke vil trekke noen konklusjoner ennå som definerer hva denne nye samfunnspsykiatrien er.

Den tradisjonelle psykiatrien ble kritisert for å være 'ideologisk', dvs. uvitenskaplig forankret i en rekke teser som ikke dekket virkeligheten, men som kunne være tjenlige for enkelte interesser. Man fryktet en ny 'ideologi', ble det sagt. Imidlertid ble det etterhvert vanskelig for den gamle kjernen som personlig hadde tatt del i "erfaringen fra Arezzo" å formidle videre "bevegelsens kultur" til nye ansatte. Disse kunne til og med komme til å stille veteranenes autoritet i tvil. Generasjonsskifter kan i denne sammenhengen betraktes som tilnærmet "naturlige prosesser" og en utløsende faktor bak mange sosiale spenninger. Jeg ser denne faktoren som medvirkende til at de italienske reformatorene nettopp nå synes det er viktig å evaluere resultatene av sin egen reform. En annen underliggende årsak er at de etter 1978 er blitt ansvarliggjorte forvaltere av den psykiatriske omsorgen de tidligere hadde kritisert. De har fått noe å forsvare utad.

Det ligger en spenning mellom det de kaller å "ha en kultur" og det å "ha en ideologi" som må ha ligget i bevegelsen siden starten og som kanskje stammer fra det teoretiske grunnlaget. Mer presist er dette en spenning mellom 'kunnskap' og 'ideologi'. Når dette er sagt, legges det underforstått opp til et premiss om at det går an å skille kunnskap fra ideologi. En slik forståelse av 'ideologi' springer ut av marxismen; - ideologi som legitimering av maktforhold, som en "falsk bevissthet". Kunnskap kan i

¹ Agostino Pirella kom i 1988 med slike oppfatninger på internasjonale psykiatrikonferanser i Cortona og Trieste. Cesare Bondioli som leder mentalhelsesenteret i Sansepolcro og Paolo Crepet, forsker ved det nasjonale forskningsrådet i Roma, har gitt uttrykk for lignende syn i personlige samtaler som jeg har hatt med dem.

² Blant annet i boka 'Dalla psichiatria alla salute mentale', Salemi, C. red. (1987) og i det upubliserte manuset til psykiateren Gigi Attenasio (Sansepolcro): 'Una storia non solo nostra' (1988).

utgangspunktet være både ideologisk og ideologikritisk, avhengig av i hvilken grad den tjener en sosial gruppes politiske interesser.

Det er et åpent erkjennelsesteoretisk spørsmål innenfor den marxistiske debatten, om en kritisk vitenskap er i stand til å produsere ikke-ideologisk kunnskap. Den marxistiske kritikeren har også selv et ståsted og sine blinde flekker. Bevegelsen Demokratisk Psykiatri synes å bygge på en forutsetning om at ideologiene kan unnsliques. De setter ikke "skjulte interesser" som et nødvendig kriterium for en 'ideologi', men legger mer vekt på hvordan den "ideologiske" kunnskapen er *organisert* og *reifisert* - som dogmer eller den almenyldige og rigide "modellen"³. 'Kultur' kan også omfatte ideologier, men som en helhet danner ikke kulturen noe konsistent og deterministisk system. 'Kultur' inneholder alle typer kunnskap. Spenningen mellom 'ideologi' og 'kunnskap' tydeliggjøres på minst to områder innenfor reformprosessen;

- 1) Demokratisk Psykiatri (DP) vektlegging av den kontinuerlige endringsprosessen og behovet for å oppsummere og spre nye erfaringer og kunnskaper.
- 2) DP's vektlegging av en kontinuerlig kritikk mot gamle og nye former for psykiatri og problemene med å skape kritisk distanse til underforstått kunnskap og vage modeller.

Dette er paradokser som kommer til syne som motsetninger mellom den rigide modellen og den fleksible arbeidstilen, den kategoriske og den subjektive tenkemåten, regelen og intuisjonen, journalførte opplysninger og personlig innsikt, det skriftlige og det muntlige.

Disse paradoksene dukker stadig opp i denne bevegelsens egne artikler og diskusjoner - *diskursen* som DP selv er innenfor. Når jeg refererer til denne diskursen, blir det lett dannet et for "prektig" bilde av bevegelsen - 'de andre' har 'ideologier', mens DP har noe annet, en '*kultur*'. Det er påkrevd å lage *et annet diskursivt nivå*, der jeg som utenforstående forsøker å distansere meg til deres diskurs. På dette nivået vil jeg drøfte DP i et ideologisk perspektiv.

Jeg kommer derfor til å bevege meg på to nivåer - to ideologikritikker, og samtidig påpeke begrensninger ved bevegelsens måte å definere 'ideologi' på.

³ Dette ideologibegrepet er inspirert av Sartre, og kan forstås utifra hans forsøk på å lage en ideologikritikk som også kunne anvendes på den øst-europeiske sosialismen. Den kan også sees i lys av denne tidens generelle praksisorientering.

5.2 DET TEORETISKE UTGANGSPUNKTET FOR EN 'DEMOKRATISK' PSYKIATRI - FRANCO BASAGLIA.

"Ved utgangen av krigen, trodde vi at vi kunne konstruere - ved at enhver bidrog i sin sektor - en verden som var annerledes enn den vi hadde kjempet mot. Og vi forberedte oss på å utvikle en positiv rolle, hvordan den enn måtte være, i oppbygningen av et nytt samfunn."¹

I en artikkel om Basaglia i *International Mental Health Journal* skriver Crepet og Pirella at etterkrigstidens Italia var preget av et spesielt politisk klima. Kampen mot fascismen og den andre verdenskrigen dannet en særegen bakgrunn for den politiserte psykiatrikritikken i Italia. Basaglias forfatterskap bærer også preg av en sterk politisering og vilje til å sette psykiatrien som "ideologi" og institusjonene i en større politisk sammenheng. Dette 'store perspektivet' ble særlig markert med utgivelsen av boka 'Crimini di pace' (Fredens forbrytelser) i 1975. Bokas ambisjonsnivå kan også måles ut fra den imponerende listen over bidragsyterne som favner navn som f.eks. Foucault, Laing, Chomsky, Stanley Cohen og Sartre.

I sentrum for denne antologien var de intellektuelles rolle i et klassesdelt og undertrykkende samfunn. Utgangspunktet for denne problemstillingen ligger i Gramscis² formuleringer om de intellektuelle som "eksperter i legitimering" og "konsensusens funksjon-ærer". Spørsmålet som ble stilt, var om det for de intellektuelle var mulig å frigjøre seg fra den dominerende ideologien i samfunnet, den hegemoniske, og ta parti med de undertrykte? Etterkrigstidens samfunnsdebatt satte ideologikritikk på dagsordenen. I likhet med mange andre samtidige hentet Basaglia inspirasjon fra fenomenologien, eksistensialismen og den 'Kritiske teori'³.

Jeg har allerede nevnt boka 'Crimini di pace', men det var en utgivelse i det opprørske året 1968 som virkelig gav Basaglia den sentrale posisjonen han fikk. Boka med originaltittelen 'L'istituzione negata' (på svensk: 'Ned med den institutionella psykiatrin') lyste institusjonen i bann på et teoretisk grunnlag som lånte mye fra Sartres siste verk; 'Critique de la Raison Dialectique' (Kritikk av den dialektiske fornuft)⁴.

Det er mulig at innflytelsen fra Gramscis marxisme har gitt noe av Basaglias kritikk et italiensk preg. Hans kritikk av den tradisjonelle psykiatriens ideologi og praksis hadde ofte filosofiske overtoner, men var sosiologisk fundamentert.

'Den andre sykdommen': - det sosiologiske perspektivet

Basaglia som selv var utdannet psykiater, benektet aldri eksistensen av psykiske lidelser, eller at de også kunne ha organiske årsaker. Men han fastholdt at psykiatrien aldri hadde lyktes med å gi noen holdbar forklaring på årsakssammenhengen. Det som imidlertid gav Basaglia det nødvendige angrepsmålet for sin kritikk, var teorien om "*den andre sykdommen*". Begrepet "den andre sykdommen" skulle betegne de sosialt og kulturelt betingede konsekvensene ved å lide av psykiske problemer. For uavhengig av

¹ Basaglia, F.(1975): s. 3 - min oversettelse.

² Antonio Gramsci var i mellomkrigstiden leder for det italienske kommunist-partiet og en betydningsfull politisk tenker. Han døde i Mussolinis fengsler etter et langt politisk fangenskap, og arbeidene hans ble derfor ikke publisert før etter den andre verdenskrig.

³ Crepet, P. & Pirella, A. (1985).

⁴ Sartre, J.P:(1960) - Laing og Cooper (1964) har utgitt en sammenfatning på engelsk av dette verket og andre verker av Sartre med tittel: 'Reason and violence'.

om de psykiske problemene skulle tilskrives spesielle samfunnsforhold eller genetiske svakheter, så var det opplagt en forskjell på fattig og rik med hensyn til hvilke konsekvenser dette fikk for en persons livssjanser. Galehusene fyltes stort sett av personer fra arbeider- eller bondefamilier.

Volden mot disse pasientene bestod først og fremst i deres utelukkelse fra å leve i samfunnet med de andre. Somatiske pasienter ble ikke offer for en slik utstøtelse, og mentalpasienter fra rike familier kunne ofte unngå at deres mentale lidelser fikk slike konsekvenser. For dem fantes det private løsninger. 'Den andre sykdommen' viser til den moralske og sosiale underlegenheten som følger av et adferdsmessig avvik. Betegnelsen viser til de sosiale og psykologiske konsekvensene som alltid er kulturelt formet, også når avviket har en påviselig organisk årsak⁵. Begrepet er ment å dekke over mer kjente betegnelser som 'stigmatisering', 'kronifisering' og 'institusjonalisering' som Goffman har gitt grunnleggende bidrag til⁶.

Mollica skriver i International Journal of Mental Health at Basaglia og hans kollegaer valgte å unngå å definere hva 'den første sykdommen' bestod i, selv om de ikke fornektet den⁷. Basaglia hevdet at det mest iøynefallende ved de psykiatriske pasientene var merker etter institusjonaliseringen, ikke den opprinnelige årsaken til at de en gang ble innlagt. Det var etter hans mening nærmest umulig å *begynne* med å behandle 'den første sykdommen', så lenge deres aktuelle problemer var så forbundet med langtidsvirkninger av undertrykkelsen, utelukkelsen, stigmatiseringen. Først når disse virkningene ble behandlet og pasienten var rehabilitert, kunne man vite hva de psykiatriske lidelsene egentlig var. Mollica mener imidlertid at reformpsykiaterne i praksis satset nesten utelukkende på å møte 'den andre sykdommen' og undervurderte den første. Basaglia avviste både den positivistiske tilnærmingen til den tradisjonelle og biologisk orienterte psykiatrien og dens diagnoseskjema og sykdomslære. Mollica omtaler denne avvisningen for "anti-empirisme", men for Demokratisk Psykiatri var det like mye en kritikk av psykiatriens "uvitenskaplighet". Basaglia var heller ingen "anti-empirist", men foretrakk den fenomenologiske metodens empirisme.

I hans tidligste teoretiske arbeider var han opptatt av hvordan man kunne 'møte' pasienten slik at man fikk del i pasientens subjektive opplevelse. Freud ble tillagt stor betydning for forståelsen av hvordan virkelige hendelser påvirket følelseslivet vårt, men Basaglia kom til en oppfatning om at psykoterapi måtte fokusere på den "friske delen" ved personen⁸. Overfor en kroniker med mange års institusjonsliv bak seg, måtte oppgaven være å restaurere hans subjektivitet og rekonstruere hans tapte identitet. Kronikeren er altså fratatt sin subjektivitet, i følge Basaglia. Denne subjektiviteten gjenopprettes når pasientens avbrutte relasjoner til omverdenen - familien, venner, nabolag og arbeidsplass - bygges opp igjen. Først når vi har gjenopprettet denne konteksten, kan vi se "sykdommen" i det rette lys. På denne måten argumenterte Basaglia både metodisk og epistemologisk for nødvendigheten av å gjøre noe med 'den andre sykdommen' før man kunne ta fatt på 'den første' (den mentale lidelsen i seg selv). Et nøkkelord i Basaglias sosiologiske forståelse av dette fenomenet er den 'sosiale utelukkelsen'⁹.

⁵ Basaglia, F. (1971): s. 93

⁶ Goffman, E. (1983 og 1975)

⁷ Mollica, R. (1985)

⁸ Crepet, P. & Pirella, A. (1985)

⁹ Basaglia brukte begrepet 'marginalizzazione' som godt kunne oversettes med 'marginalisering'. 'Sosial utelukkelse' er imidlertid en vanlig oversettelse i skandinaviske referanser og gir det etter min mening en mer presis benevnelse.

'Sosial utelukkelse'

Den sosiale utelukkelsen var i seg selv hovedårsaken til 'den andre sykdommen' og det viktigste utgangspunktet for kritikken mot de psykiatriske institusjonene. De utelukkede psykiatriske pasientene var utelukkede fordi de var nektet vanlige sivile rettigheter og en normal deltakelse i samfunnet. Ved å omtale institusjonstilværelsen slik, stilte Basaglia seg kritisk til nødvendigheten av og motivet for å isolere de psykiatriske pasientene. Basaglia brukte også Foucaults uttrykk 'internering' for å betegne praksisen med å føre de mentalsyke inn i isolerte anstalter.

Den kapitalistiske økonomien og industrialiseringen fikk skylden for at stadig større grupper hadde blitt utelukket. Basaglia argumenterte med at lav sosio-økonomisk status medførte større sjanse for en slik "internering", psykiatrien var et "fattigdomsproblem". Motsigelsene og konfliktene som er innebygd i det moderne samfunnet rammer hardest dem som har minst makt. Basaglia advarte mot å passivt "*... kurera de sjuka med hjälp av terapeutiska inngrepp vilkas enda syfte är att anpassa sig till sin tillvaro som 'våldsobjekt' ?*"¹⁰

'Tilslørte voldsrelasjoner'

*"Furthermore, the asylum represented the institutional structure assigned by society to segregate and punish people who were considered socially deviant."*¹¹

I likhet med Marcuse¹² betraktet Basaglia de psykiatriske institusjonene som et forsøk på å skjule problemer som representerer reelle motsetninger i samfunnet. Relasjonen mellom pasient og psykiater er langt mer ekstrem, men beslektet med arbeider-arbeidsgiver relasjonen. De er begge eksempler på hva Basaglia kaller '*voldsrelasjoner*' - assym-metriske relasjoner mellom de som har makt og de som ikke har det. Vi kan i følge Basaglia betrakte samfunnets arbeids- og maktfordeling som en serie av slike '*voldsrelasjoner*'. Samfunnets viktigste institusjoner¹³, f.eks. politi og domsapparat, militærvesen, utdanningsvesen, kirken, det psykiatriske apparatet osv., ble omtalt som '*voldsinstitusjoner*'. Basaglia mente at det egentlig var *samfunnets relasjon til den psykiatriske pasienten* som er delegert til psykiateren og den lukkede institusjonen.

Reformkrav og politisering

Når Basaglia kritiserte institusjonenes interne forhold, var det ikke bare utifra et slikt maktperspektiv. Basaglia hevdet at institusjonen av denne grunn måtte bli direkte antiterapeutisk og at de ulike terapiene aldri kunne bli frigjørende så lenge de de institusjonelle rammene ble opprettholdt.

På sekstitallet arbeidet Basaglia selv innenfor et av disse tradisjonelle asylene, i Gorizia. De første omleggingene tok sikte på å omdanne galehuset etter Maxwell Jones

¹⁰ Basaglia, F. (1971): s.102

¹¹ Mollica, R. (1985): s. 29

¹² Marcuse, H. (1967)

¹³ 'Institusjon' blir ikke her brukt på samme måte som er vanlig i sosialantropologien, som en betegnelse på enhver regelbunden sosial praksis, men mer på den måten vi bruker det i dagligtalen som en formelt organisert administrativ enhet med en spesifikk funksjon. Basaglia bruker imidlertid dette begrepet som et analytisk begrep for å kritisere de moderne institusjonenes byråkratiske oppbygning og funksjon.

modell - 'det terapeutiske samfunnet'¹⁴. Dette var ikke et endelig mål, men ble sett som et nødvendig første skritt mot en total avskaffelse av institusjonen.

Sedgwick omtaler dette i en kritikk av tendenser til overpolitisering av kampen for en bedre psykiatri hos psykiatrikritiske bevegelser i flere land. Han siterer Basaglia som sier at terapi ideelt sett er en politisk handling og at 'det terapeutiske samfunnet kun er en mellomfase.

*"Ideally, therapy is a political act; it becomes so to the degree that it tends to integrate an ongoing crisis back into the roots from which it sprang, giving the individual an awareness of the personal and social conditions which provoked his crisis ... the therapeutic community must be only a transitional step toward the full assumption of political awareness and personal responsibility."*¹⁵

Når Sedgwick trekker fram dette sitatet i en sammenheng hvor han kritiserer radikale politiske bevegelser for å bruke de psykiatriske pasientene som "kadre for mobiliseringen av motkrefter", mener jeg han åpner for mistolkning.

Basaglia snakker her om pasientens individuelle utvikling og psykiatriens utvikling. Det er når han omtaler de politiske sidene ved rehabilitering og integrering av pasientene og årsakene til at de ble innlagt, at Basaglia er grundigst. Dersom vi godtar hans teser om at *konsekvensen* en psykisk forstyrrelse får ('den andre sykdommen') er avhengig av hvilket samfunn man bor i og hvilken sosial status man har i det, må vi også godta at dette medfører en politisk dimensjon. Pasientens selvinnsikt må innebære en økt bevissthet om 'den andre sykdommen', og Basaglia mener at dette gjør terapien til en "politisk handling". Når Basaglia anså innføringen av 'det terapeutisk samfunn' som en slags mellomfase, mente han at dette var en nødvendig del av prosessen mot en institusjonell nedbygging - deinstitutionalisering. Mellomfasen var en del av en læringsprosess, en dialektisk utvikling som ikke skulle stanse opp med 'det terapeutiske samfunn'. Dette behøver ikke å innebære en reduksjonisme, at mellomfasen "bare" ble et politisk middel for å oppnå noe annet.

Derimot er det ikke vanskelig å finne slagordspregede setninger og uttrykk i denne boka, 'Ned med den institutionella psykiatrin', som må sees som et demagogisk kampskrift preget av utgivelsesåret 1968.

*"Sådan är den senaste historiska utvecklingen inom ett samhälle som har organiserats utifrån den skarpa åtskillnaden mellan den som har (den som besitter, i reell, konkret bemärkelse) och den som inte har. (...) I denna dimension är positionerna fortfarande klara och precisa; den patriarkalska auktoriteten är förtryckande och godtycklig; skolan grundas på utpressning och hot; arbetsgivaren exploaterar arbetstagen; mentalsjukhuset förstör den mentalsjuka."*¹⁶

Denne boka kunne derfor også invitere sine mange lesere til forenklinger, overpolitisering, og til å se situasjonen til de psykiatriske pasientene som "bare symptomer" på et grunnleggende urettferdig samfunn.

¹⁴ Jones, M. (1953) 'Det terapeutiske samfunn' er en måte å organisere den psykiatriske avdelingen på, slik at det sosiale miljøet i avdelingen blir brukt i behandlingsøyemed. En slik 'miljøterapi' legger vekt på mellommenneskelige relasjoner både i forståelsen og behandlingen av psykiske forstyrrelser.

¹⁵ Sedgwick, P. (1982): s. 238. Sitat fra 'Ned med den institutionella psykiatrin' av Franco Basaglia (1971).

¹⁶ Basaglia, F. (1971): s. 92

'Dialektikk'

Basaglia arbeidet utifra en psykodynamisk inspirert konfliktteori. Vi ser det i hvordan han betrakter pasientenes aggressivitet:

*"..., synes just den individuella aggressiviteten vara den enda punkt utifrån vilken man kan komma någon vart med de sjuka. Denna aggressivitet blir den punkt på vilken vi psykiatrer kan söka nå verklig kontakt med patienten och varpå vi kan föta en ömsesidig spänningsrelation som ensam och blott gradvis faktisk förmår bryta de övermaktens och paternalismens bojar som ännu i går vållade denna institutionalisering ... (augusti 1964) "*¹⁷

Dette synet bygger imidlertid ikke på Freuds driftsteori og legger ikke så stor vekt på barndommens opplevelser. Pasientens aggressivitet ble satt i sammenheng med hans avmaktsrolle. Basaglia så derfor ikke denne aggressiviteten som en sykdomsytring, men som en positiv motstand som var et nødvendig utgangspunkt for en terapeutisk utvikling. Pasientens aggresjon og, i følge Basaglia, berettigete krav på å få tilbake makten over seg selv, gjør 'terapi' og 'mental sunnhet' til politiske begreper.

*"Att dialektisk till fullo uppleva motsägelserna inom det verkliga är således själva den terapeutiska aspekten av vårt arbete. "*¹⁸

Basaglia er tydelig inspirert av Sartres ideologikritikk slik den formuleres i 'Kritikk av den dialektiske fornuft'. Sartre foreslår her et teoretisk grunnlag for en ny metode for de humanistiske vitenskapene (herunder samfunnsvitenskapen). Basaglia ser den dialektiske tilnærmingen som Sartre foreslår, som et svar på "de to krisene".

Den ene krisen er erkjennelsesteoretisk; psykiatrien har som vitenskap ikke lyktes i å forstå sitt objekt. Den andre krisen er på det praktiske, institusjonelle nivået, og er mer synlig; de psykiatriske institusjonene klarer åpenbart ikke det de sier de skal gjøre - å helbrede de mentalt syke.

Basaglia har med dette utgangspunktet insistert på at psykiatrien måtte gi avkall på sin faglige autoritet og istedet søke ny kunnskap, dialektisk, ved å bryne seg på praktiske erfaringer.

*"Denna förnekelse måste emellertid gå via ett avståndstagande från varje sjukdomsbeskrivande klassifikation vars uppdelningar och finslipningar i själva verket får ideologisk betydelse gentemot den sjuka. "*¹⁹

Det måtte derfor være en naturlig konsekvens at psykiaterne forlot de ferdige diagnoseskjemaene som utgangspunkt for å forstå pasienten. Han mente også at pasientens egen opplevelse måtte tas på alvor slik at veien til erkjennelse og helbredelse for pasienten ble en felles prosess. Terapeuten måtte oppgi sin ekspertrolle og etablere en gjensidig relasjon med pasienten.

Den institusjonelle krisen måtte overvinnes ved at de institusjonelle motsigelsene ble klargjort og bearbeidet dialektisk. Hvilken betydning la Basaglia i dette?

¹⁷ Basaglia, F. (1971): s. 108

¹⁸ Basaglia, F. (1971): s. 112

¹⁹ Basaglia, F. (1971): s. 105

" När patienten lösgjorts från de institutionella överbyggnaderna, märker man att han alltfjämt är utsatt för ett våld som samhället har utövat och fortsätter att utöva ..."20

Psykiaternes og pleiernes terapeutiske oppgave måtte ikke som tidligere ha som hovedoppgave å dempe denne konflikten som (gjen)oppstår i institusjonen mellom pasienter og personalet. Tvert imot skulle man istedenfor ta utgangspunkt i denne konflikten og hjelpe pasienten til en videre forståelse av den. Da ville det ikke hjelpe å si at den ikke eksis-terer, eller at den bare er et produkt av pasientens sykdom. Hele samfunnet er i følge Basaglia basert på slike konflikter, og det er nettopp en samfunnsmessig konflikt som har ført til utelukkelsen av den psyki-atriske pasienten. Basaglia legger vekt på 'makt' både når det gjelder de tidligere omtalte 'voldsrelasjonene', samfunnets organsisasjon som ikke har rom for de psykiatriske pasientene, og den legitimerende 'ideologien'.

'Ideologi' og 'negasjon'

Rollen som Basaglia tenker seg at de bevisstgjorte behandlerne kunne spille, ligner mer på Gramscis 'organisk intellektuelle' enn dem han kalte for 'konsensusens funksjonærer'. En 'organisk intellektuell bruker sine organisatoriske evner og kaderegenskaper innenfor en bestemt sosial gruppe - den han er en organisk del av. Basaglia foretrakk imidlertid Sartres betegnelse 'den praktiske kunnskapens teknikere' - de som visste hva som skulle gjøres uten å nødvendigvis ha denne kunnskapen i form av regler. Det var imidlertid et viktig poeng at de var bevisstgjort på sin egen rolle og kjente "samfunnets reelle motsetninger".

Psykiatrien måtte omdanne seg selv, innenfra, selv om båndene til og kontakten med arbeider- og studentbevegelsen på slutten av 60-tallet også ble understreket. Det var også på denne tiden at 'praksis' ble til et kraftfullt slagord som noe i motsetning til ideologi. Ideologi ble av Basaglia betraktet utfra den negative marxistiske definisjonen som en falsk representasjon av virkeligheten. Men han sluttet seg samtidig til Sartres kritikk av den marxistiske dogmatikken og gjengav selv et kjent Sartre-sitat i boka 'What is psychiatry?':

*«Ideologies are freedom while they are in the making, but oppression once they have been made.»*²¹

Ideologikritikken hos Basaglia var i likhet med Sartre ikke bare rettet mot en bestemt ideologi, men mot ideologiene som sådan. Han argumen-terte ofte mot å gjøre den nye kunnskapen om til regler. Denne insis-teringen på en 'dialektisk forståelse' i det praktiske arbeidet, samsvarer med Sartres vitenskapsyn. Det positivistiske vitenskapssynet måtte skiftes ut med et dialektisk. I tråd med denne filosofien er det hverken mulig å lage en definitiv sann versjon av verden eller spå om framtiden. Man kunne bare arbeide utifra erkjennelsen om samtidens motsetninger og prøve å overvinne dem. Dette betød for Basaglia at de psykiatriske institusjonene måtte bekjempes før man kunne vite nøyaktig hva som skulle erstatte dem.

²⁰ Basaglia, F. (1971): s. 106

²¹ Sartre sitert i; Basaglia, F. (1985): s. 42

"..., det blir ikke nødvendig å nærme seg utopien. Man angriper den praktiske vitenskapen (forstås som den rasjonalitet som man møter i praksis), man angriper institusjonene, uten å formulere det som skal komme etterpå ."22

Vi kan her finne en rasjonell begrunnelse for hvorfor talsmenn for den italienske psykiatireformen senere har uttrykt motvilje mot å definere klart og tydelig framtidige mål og å generalisere kunnskapen fra deres nåværende psykiatriske praksis. Basaglia fryktet at en alternativ teoretisk modell fort kunne bli like rigid og dogmatisk som den man hadde angrepet.

Institusjonene måtte 'negeres' skrev Basaglia. Sartres begrep 'negasjon' betegner samtidig en historisk og en kunnskapsmessig prosess. Parallelt med at de indre motsigelsene til en historisk form, f.eks. galehuset, stilles ut, fokuseres også motsigelsene i den tilsvarende ideologien, f.eks. den tradisjonelle psykiatriske læren. Denne 'negasjonen' må imidlertid være en kollektiv prosess slik at erfaringen også blir kollektiv. Ideelt sett, tenkte Basaglia seg at pasienter og pleiere i felleskap skulle oppdage institusjonens motsigelser og delta i demonteringen av den. Understrekingen av 'praksis' innebar ikke fiendtlighet til kunnskap, men en presisering av behovet for å fordele kunnskapen og å ha en erfaringsnær kunnskap. I følge Sartre skulle man konsentrere seg om motsigelsene i det eksisterende og ikke agitere for utopien (se sitatet ovenfor) - som ikke er annet enn et forsøk på å lansere en ny ideologi. Dersom framtiden er uforutsigbar, må alle 'modeller' av den nødvendigvis være falske eller 'ideologiske'.

'Demokratisk psykiatri'

Hvor kommer så terapien inn i dette bildet? Basaglia kritiserte omtrent samtlige av datidens rådende terapeutiske teknikker. Dette gjaldt ikke bare mer alment kritiserte behandlingsformer som f.eks. psykokirurgi og elektroshokk, men også medisiner, psykoanalyse, psykoterapi, miljøterapi, ergoterapi, adferdsterapi, familierapi osv. Kritikken var imidlertid av en sosiologisk karakter, rettet mot maktforholdet mellom pasienten og behandlerne som de enkelte terapeutiske teknikkene medførte. Den tradisjonelle psykoanalysen ble f.eks. ansett som en ekstrem variant av den faderlig allmektige psykiateren og den overgitte underlegne pasienten. Den psykoanalytiske *innsikten* var ikke av den grunn verdiløs. Basaglia tenkte seg at den måtte distribueres til hele personalet og til pasientene selv, og at settingen rundt de terapeutiske samtaler ble endret. Helst burde flere være tilstede, med fri og likeverdig rett til å ta ordet og pasienten burde selv fatte sine valg, omenn feilaktige.

På lignende måter skulle en rekke av prinsippene og kunnskapen fra de etablerte behandlingsmodellene kunne omformes. Her ligger et av Basaglias terapeutiske kjernebudskap; innsikten bak de mange psykiatriske teknikkene, behøvde ikke å forkastes totalt, men måtte 'demokratiseres'. Navnet til bevegelsen som Basaglia gav støtet til, 'Demokratisk Psykiatri', henspiller på dette. Men er dette en realistisk mulighet? Selv om institusjonen nedlegges, vil ikke resten av samfunnet sette omlag de samme rammene som institusjonen? Basaglia gir ikke noe klart svar på dette, men det er åpenbart at han har en tro på at samfunnet selv må forandre seg når det blir konfrontert med de psykiatriske pasientene. Han snakker om kulturell omdanning og synes å mene at institusjonsnedlegging i seg selv vil tvinge fram en holdningsendring.

²² Basaglia, F. (1975): s. 46 (Sartre i samtale med Basaglia) - min oversettelse.

5.3 Oppsummering

Ved første øyekast finner man ikke hos Basaglia noen virkelig nye eller unike ideer om behandling. Ingen nye teknikker eller mirakuløse behandlingsmetoder. Det originale ved Basaglias tanker var måten han introduserte maktperspektivet på både i kritikken av behandlings-teknikkene, de psykiatriske institusjonene og samfunnet forøvrig, og fikk det til å henge sammen. Innenfor hans egen oppdeling av den mentale lidelsens to dimensjoner, la han imidlertid langt større vekt på 'den andre sykdommen'. Dette var i seg selv kontroversielt, da det kunne tolkes som en undervurdering av den mentale lidelsen som noe i seg selv. Men vi kan også tolke ham dithen, at når institusjonen først er borte, så må oppmerksomheten igjen føres mer tilbake til 'den første sykdommen'.

Basaglias mer teoretisk formulerte systemkritikk og den strategien han tok til orde for er som jeg tidligere har nevnt, basert på Sartre. Institusjonen måtte 'negeres' institusjonelt og ideologisk. Det måtte hele tiden øves kritikk mot de rådende ideologiene og det måtte heller ikke vokse fram en alternativ ideologi. Reformbevegelsen måtte derfor hele tiden forholde seg dialektisk, alltid være kritisk, søke motsetningene også i de nye praksisene. Det skulle ikke defineres noe nytt, et alternativ, man skulle istedet hele tiden søke på nytt, alltid befinne seg i en mellomfase. Det er dette Sartre mente med å forholde seg dialektisk og søke å 'negere' også nye former ('negasjoner') som vokser fram når de gamle blir opphevet ('negert'). Poenget var nettopp ikke et positivt formulert alternativ, men en permanent negativ kritikk av den psykiatriske praksisen²³.

Eliasson har sammenlignet dette utgangspunktet med Mathiesens skille mellom *positiv* og *negativ reform*. En 'positiv reform' er ifølge Mathiesen en forandring som forbedrer eller bygger ut det undertrykkende systemet slik at det blir mer effektivt og mer legitimt. En 'negativ reform' er en forandring som opphever deler som systemet er avhengig av, den minsker systemets legitimitet. Mathiesen legger vekt på at en 'negativ reform' må få beholde en status som *uferdig* og ikke ha en definert målsetting²⁴. Det 'negative' i Sartres teori synes å samsvare med det som Mathiesen kaller det 'uferdige' - "*det som er på vei til å bli*".²⁵

Når Sedgwick implisitt kritiserer Basaglia for å utelukkende se på reformskrittene som *virkemidler* i en politisk kamp, mener jeg at han overforenkler det Basaglia i virkeligheten sa. Det terapeutiske samfunnet var "midlertidig" fordi det for Basaglia allerede var åpenbart hvilke begrensninger det hadde. Det var imidlertid "et nødvendig første skritt" fordi alle måtte erfare motsigelsene i denne terapiformen før de var rede til å forlate institusjonen som behandlingsted. Han så dette som en slags historisk læreprosess personalet og det klientellet som allerede var i anstalten, måtte gjennomleve.

I innledningen til dette kapitlet kom jeg inn på en spenning mellom "det å ha en kultur" og "det å ha en ideologi". Basaglia argumenterte for en permanent ideologikritikk og selvkritikk og at *dette* skulle drive reformen videre framover, ikke en ferdig målsetting, en modell. Reformen måtte forbli en "uferdig" prosess uten et definert mål. Dette var også *utgangspunktet* for den organisasjonen Basaglia og noen likesinnede kolleger stiftet etter at det ble satt en politisk stopper for reformforsøkene i Gorizia.

²³ Det som Sartre kaller en 'dobbel negasjon'.

²⁴ Eliasson, R. (1979): s. 91-92

²⁵ Mathiesen, T. (1979): s. 206

5.4 BEVEGELSEN 'DEMOKRATISK PSYKIATRI'

Bevegelsens historie

Organisasjonen ble stiftet i 1973 og hadde sitt første landsmøte i Gorizia i 1974. Medlemmene var først og fremst rekruttert fra ulike yrkesgrupper innenfor de psykiatriske institusjonene, men også pasienter, pårørende, studenter og andre interesserte utenfra var med. Formålet var å arbeide for slike reformer som Basaglia ivret for og å beskytte sine medlemmer mot represalier fra sine overordnede. Det vidttrekkende og radikale politiske perspektivet som Basaglia hadde uttrykt i bestselgeren 'Ned med den institutionella psykiatrin', var med i bevegelsens grunnlag fra starten.

*"Møtet har funnet sted mens landet går gjennom dype økonomiske, sosiale og politiske kriser. Disse er en følge av den nåværende utviklingsprosessen, som grunner seg på en utilstrekkelig oppfyllelse av massenes behov, og på en forverring av den sosiale og regionale balanse."*²⁶

70-tallet brakte aksjons- og gateteateret inn som politiske uttrykks-midler. Karnevalet og Commedia dell'arte tradisjonen i Italia talte også for at slike elementer fant sin plass innenfor 'Demokratisk Psykiatris' politiske kultur. Basaglia ledet reformene i Trieste samtidig med Pirellas omlegging i Arezzo. Her har særlig en innledende markering blitt husket for ettertiden.

I 1973 gikk det et merkelig opptog gjennom byen. Hundrevis av mentalpasienter og pleiere marsjerte inn i gatene anført av en svær blåmalt hest på hjul. I følge Mosher²⁷ beskrivelse symboliserte den de utestengte pasientenes tilbakevending til byen ved å alludere til grekernes tilbakevending til Troja. Symbolet, den blå hesten, hadde imidlertid flere fortolkningsmuligheter. I Skårderuds bok nevnes ikke den trojanske hesten i det hele tatt, istedenfor forteller han historien om hesten Marco.

*"Marco var en høyst uvanlig hest. Den var et monument over en høyst uvanlig hest ved samme navn. Den opprinnelige Marco levde sine år ved det psykiatriske sykehuset i Trieste, Her ble den brukt til søppelhenting og andre beskjedne, men nødvendige sysler. Etter at den forlengst hadde tapt kampen mot bilen i Fiat'ens hjemland, fikk noen den idéen at Marcos minne skulle hedres."*²⁸

Den blå hesten ble i seg selv symbolet på den synliggjorte galskapen. Om den ble det pga. historien om Marco, den trojanske hesten, eller det karnevaleske opptøget i Trieste, er ikke lett å avgjøre. En gruppe be-handlere og pasienter fra Arezzo lånte senere Marco til sin turné, hvor de skulle agitere for reformen andre steder. De hengte den bakpå bussen.

Dette eksempelet illustrerer hvordan bevegelsen aktivt gjorde bruk av symbolske virkemidler som i seg selv var mangetydige og meningsmettede. Den blå hesten utfordret det ordenspregede virkelighetsbildet som institusjonene var bygget på.

²⁶ Fra den første landsmøteresolusjonen til 'Demokratisk Psykiatri', gjengitt i Haugsgjerd, S. (1976): s. 42

²⁷ Mosher, L. (1989)

²⁸ Skårderud, F. (1984): s. 13

Psykiatrikritikerne greide å knytte sitt sosialpolitiske prosjekt til en mer generell anti-rasjonalistisk strømning innenfor kunsten og litteraturen - *surrealismen*. Jeg mener at forklaringen på den usedvanlige oppslutningen bak en psykiatireform, ligger i denne forbindelsen. Laings og Coopers bøker bidrog sterkt til å koble psykiatrikritikk med en kulturkritikk som munnet ut i kravet om en utvidelse av normalitetsbegrepet. Kampen mot institusjonen ble, sannsynligvis, en *fanesak* som kunne samle mange forskjellige bevegelser og forskjellige prosjekter. Dette kunne skje fordi akkurat denne kampen, kampen mot galehusene, kunne fungere som en *metafor* for mange anti-autoritære bevegelser. Og, for å vende litt tilbake til Mary Douglas begreper; 'systemet' var etter svært manges mening nå blitt altfor "sterilt", 'de urenes' tilbakekomst anført av den blå hesten, ansporet til å danne en ny, mere tolerant og grenseoverskridende orden.

Det er derfor noe "pangolinaktig" (se kapittel 1.4) over den blå hesten. Bevegelsens positive anerkjennelse ikke bare av 'de gale' som samfunnsmedlemmer, men også av galskapens erfaring som en del av den menneskelige erfaring, minner om pangolinkultens hyllest til det grensekryssende, uklassifiserbare og rare dyret. Dette kan samtidig peke på en mulig forbindelse mellom den psykiatrikritiske bevegelsen og en bredere sammensatt antiautoritær og motkulturell bevegelse. En del av denne tidens kulturkritikere kan ha funnet sin "pangolin" i galskapen.

'Demokratisk Psykiatri' arbeidet også aktivt i forhold til de politiske partiene og de administrative myndighetene. Kommunistpartiet ble en sterk støttespiller i parlamentet, men ingen venstreorienterte partier kunne ignorere dette reformkravet, som hadde vunnet god oppslutning i opinionen. Det var også avgjørende at det ble arbeidet i forhold til fagforeningene som lett kunne ha trenert viktige deler av reformenes gjennomføring, både før og etter 1978. Det er forståelig at selv de mest reforminnstilte sykepleierne i Arezzo ønsket kompensasjon når de plutselig fikk en times ekstra reisevei til senteret i Sansepolcro.

Bevegelsen gjorde seg også vidt bemerket ved sine store møter, internasjonale kongresser, en omfattende bokproduksjon, tidskriftet 'fogli di informazione', filmer (Matti da slegare) og mediaomtaler. De knyttet et stort internasjonalt kontaktnett og har siden hatt en stor pågang av interesserte besøkende og utenlandske delegasjoner.

Utfra denne sammensatte virksomheten og personlige og kollektive erfaringer har det åpenbart sprunget ut en slags 'identitet' knyttet til en egen 'kultur' (blir også omtalt som 'arbeidstil'). Denne 'Bevegelsens kultur' som det ofte refereres til er ikke eksplisert, men tjener mer som et slags 'understatement' blant dem som "var med".

Overpolitisering?

Hva slags motstand og kritikk ble 'Demokratisk Psykiatri' møtt med på denne tiden? En umiddelbar konflikt var som regel med personalgrupper som ikke ønsket vidttrekkende forandringer. Noen ganger hadde de ledelsen med seg, andre ganger var det snakk om mindre pleiergrupper som benyttet sine faglige rettigheter til å unngå en omlegging av rutiner og arbeidsinstruks.

Enkelte steder, f.eks. i Trieste, ble det også etablert foreninger for pårørende som slett ikke ønsket at institusjonen skulle stenges. Det har også funnet sted naboprotester mot å ta i mot psykiatriske pasienter i nabolaget. I Arezzo klarte en bydel, med hjelp av en underskriftsaksjon, å forhindre etableringen av et pasientkollektiv. Fra forskjellige hold har det også blitt uttrykt bekymringer for at de utskrevne pasientene kan være farlige, kan bli overlatt til seg selv, ikke få forsvarlig behandling, bli en overbelastning for familiene osv.

'Demokratisk Psykiatri' har blitt kritisert for å være altfor fiksert på at institusjonen skal nedlegges. De kan ha vært styrt av ideologiske motiver og forenklete eller benektende oppfatninger av de mentale lidelsene. Pressen har vært delt i sin holdning til både bevegelsen, reformene og reformloven. Ved 10-årsjubiléet for lov 180, hadde venstreavisene Il Manifesto og L'Unitá og sentrumsavisen La Repubblica fyldige og overveiende positive omtaler. De konservative avisene La Stampa og La Nazione overså det helt, mens Corriera della Sera hadde en særdeles negativ artikkel under signatur:

"Vel jaget i hi innenfor tyveårsjubiléet til -68, som merken i eplet, skjuler det seg (og man burde feire) også et jubiléum for 180, det gåtefulle og uhellsvangre tallet til en lov som avskaffet anstaltene uten å avskaffe galskapen."

Til tross for utbredte negative oppfatninger av reformen, blant annet fra helseministeren i 1988 (G.Amato, kristeligdemokrat) har det ikke vært flertall i parlamentet for en endring av lov 180.

Siden 'Demokratisk Psykiatri' selv har valgt å fokusere sin psykiatrikritikk så sterkt på det Basaglia anså som 'ideologisk' og 'dogmatisk' tenkning, er det naturlig også å gå deres egne holdninger nærmere etter i sømmene. Vi er nødt til å spørre om 'Demokratisk Psykiatri' selv ble offer for dogmer og ideologisk tenkning, slik mange kritikere har hevdet?

To markante skikkelser i bevegelsen har også kommet med en slik kritikk. Jervis²⁹ har sammenlignet ødeleggelsen av anstalten med en "trosbekjennelse"³⁰ og uttalt til Skårderud at studentbevegelsen "*forenklet og fordummet psykiatridebatten i antipsykiatrisk retning på syttitallet*."³¹ Manuali³² har også kritisert vektleggingen på den sosiologiske forståelsen av de mentale lidelsene og "hyperpolitiseringsen" dette medførte³³. Skårderud som i sin bok selv forsvare reformens hovedtrekk, er heller ikke

²⁹ Giovanni Jervis startet allerede i 1969 et pionerprosjekt i Reggio Emilia som har blitt sammenlignet med reformene i Gorizia og senere Arezzo og Trieste.

³⁰ Skårderud, F. (1984): s. 122

³¹ Skårderud, F. (1984): s. 116

³² Carlo Manuali har ledet en intressant realisering av reformen i Perugia som ofte trekkes fram som et av de vellykkede eksemplene, omenn midre sosiologisk orientert enn Trieste og Arezzo.

³³ Skårderud, F. (1984): s. 116

imponert over hvor langt man har kommet med en ny sosialpsykiatrisk teori om de mentale lidelsene:

*"En sterk betoning av samfunnets betydning for individets mentale helse, og ikke minst de sosiale og økonomiske maktforholdenes betydning, er en dyd av nødvendighet for en sosial psykiatri. Men det synes samtidig åpenbart at de få og tynne ansatsene til en sykdomsmodell innenfor den demokratiske psykiatrien er umodne."*³⁴

Men hva med de grove overforenklingene og de anti-psykiatriske utslagene? Bør de sees som entusiastiske velmenende forenklinger fra folk som egentlig ikke kjente psykiatrien noe særlig, men sympatiserte med saken. Det er kanskje ikke så merkelig at vi får slike slagordspregede forenklinger å lå "det er samfunnet som er sykt, ikke de gale!" i en periode da store politiske grupperinger som arbeiderbevegelsen og studentbevegelsen engasjerer seg i en sak som de har få direkte kunnskaper om. Begynnelsen av 70-tallet var preget av sterke ideologiske strømninger, i Italia som i andre vestlige land. Forbindelsen mellom reformbevegelsen og andre politiske og motkulturelle bevegelser har jeg allerede vært inne på før. Men det ville vel likevel være litt for enkelt å legge hele skylden for forenklingene på mer utenforstående medlemmer og sympatisører. Slik kan heller ikke Jervis og Manuali forstås.

Bevegelsens ideologi

Det finnes i Italia og i utlandet utbredte oppfatninger om at de italienske reformatorene har vært for "ideologiske" og det er vel noe av det verste man kan kalle en ideologikritisk bevegelse. En typisk vurdering innad i bevegelsen i dag går ut på at det har vært "ideologiske utslag", dvs. at de omtalte tendensene ikke har gjennomsyret hele bevegelsen. Som jeg i innledningen var inne på, kan det legges forskjellige betydninger inn i begrepet *'ideologisk'*. Innenfor den italienske psykiatridebatten har begrepet også blitt anvendt på svært forskjellige måter:

1. Det har for det første vært en oppfatning om at alle forsøk på å sette psykiatrien inn i en samfunnsmessig sammenheng og slik politisere den, er 'ideologiske'. En ren medisinsk forståelse av psykiske lidelser kan samtidig brukes som en avvisning av den politiske dimensjonen. En strengt individorientert psykoanalytisk tilnærming kan imidlertid fort komme i et tilsvarende konfliktforhold til dem som vil omfatte hele samfunnet i sitt perspektiv. Talsmenn for disse synene kan argumentere for at det ikke er tilstrekkelig bevist at lidelsene kan ha andre årsaker enn individuelt organiske eller intrapsykiske. I følge en slik oppfatning, står reformbevegelsen uten empirisk belegg og vitenskaplige bevis - den har søkt svarene i sin 'ideologi' istedenfor. 'Ideologi' betyr her en falsk representasjon av virkeligheten noe i retning av propaganda og blir vanligvis også tillagt skjulte politiske mål (opprør mot samfunnet, anarki, kommunisme).

2. For det andre, har Demokratisk Psykiatri selv benyttet begrepet 'ideologisk' om de ovennevnte individualiserende sykdomsopp-fatningene. De har ment at selve avgrensningen av psykiatrien fra politikken eller det øvrige samfunnet er 'uvitenskaplig' og 'ideologisk'. Utskillingen av enkeltindividet som et isolert studieobjekt (objektgjøring) som i seg selv kan gi forklaring på de psykiske lidelsene, har ingen legitim vitenskaplig

³⁴ Skårderud, F. (1984): s. 115

basis. De psykiske lidelsene har alltid, helt eller delvis, en sosial dimensjon som de individualiserende sykdomsoppfatningene overser. Dette vitenskapssynet virker konserverende og legitimerende for samfunnet og den etablerte maktfordelingen. Det har vært utbredte oppfatninger om at denne 'ideologien' gjennomsyrrer hele kulturen og ikke minst universitetene og den vitenskapelige praksis ("positivismen").

3. For det tredje, har begrepet 'ideologi' vært brukt av folk, både innenfor og utenfor bevegelsen, som godtar hovedtankene bak reformen - det samfunnshelhetlige perspektivet og den politiske dimensjonen. De har kritisert fenomener som de har sett som 'ideologiske overslag', der handling har vært ledsaget av ønsketenkning og abstrakte teorier, snarere enn analyser og sonderinger i marken. Disse kritikerne vil som regel ikke godta det første synet på 'ideologi', som viser til politiseringen av psykiatrien. De vil snarere trekke fram mangelen på vitenskapelige kriterier (gjerne alternative) og empirisk forankring.

Det er etter min oppfatning denne tredje måten å bruke ideologibegrepet på som er mest dominerende i den italienske psykiatridebatten i dag. Jeg velger derfor å sammenfatte dette til en definisjon på '*ideologi*' - som handlinger, meninger og kategorier som samsvarer med en på forhånd gitt idè, men som savner et erfaringsmessig eller dokumentert empirisk grunnlag. Et sett av slike idèer utgjør, når de er satt i system, en 'ideologi'. 'Ideologier' vil ofte forsvare skjulte interesser (ikke et nødvendig kriterium). Denne definisjonen er etter min mening representativ også for dagens representanter for Demokratisk Psykiatri.

Begrensningen til en slik definisjon, ligger først og fremst i den aktuelle operasjonaliseringen av den, kriteriene for ideologisløring. Demokratisk Psykiatris operasjonalisering av ideologibegrepet har, som jeg nevnte i innledningen, lagt mer vekt på *form* enn innhold. Alt som er 'modellaktig' er ideologisk, også i de tilfeller da denne modellen ikke synes å tjene noen bestemte interesser. Fordelen med et slikt syn, er endringspotensialet det gir. Modellene kan overleve dem som skapte dem og utøve en skadelig funksjon uten at noen tjener på det, det er i slike tilfeller større mulighet for å skape konsensus om en endring. Dette er i samsvar med det gramscianske grunnlaget som jeg tidligere har nevnt.

Den viktigste innvendingen mot dette formelle kriteriet, kan reises mot de begrensede mulighetene det gir for kritikk av praksis som ikke har en erklært modell. Siden Demokratisk Psykiatri ikke selv framsetter en alternativ modell, unndrar de seg samtidig en kritikk av den. Vi kan ikke på forhånd være sikre på at det ikke gjemmer seg en "underforstått modell" i det som de selv kaller sin 'kultur'. Dette spørsmålet skal jeg vende tilbake til noe senere.

I samfunnet finnes det etter denne definisjonen mange 'ideologier', selv om man kanskje kunne ha drøftet hvordan de står i forhold til hverandre - f.eks. forholdet mellom den ideologien vi sosialiseres inn i som barn og ideologier vi senere velger eller lærer, eller forholdet mellom en samfunnsbevarende ideologi og en "revolusjonær" ideologi. Felles for alle ideologier er at de virker samlende innad for den sosiale gruppen som deler den. Siden felleskapet også kan bli et mål i seg selv - en "skjult interesse", må 'ideologier' også kunne forbindes med slike mål. Det er derfor slett ikke paradoksalt å anta at sterkt samfunnskritiske bevegelser også kan legge "ideologiske lokk" over interne motsigelser for å bevare seg selv som en bevegelse.

"Psyko-venstre"

Castelfranchi³⁵ publiserte i 1987 en grundig kritikk av tendensene til forenkling, overpolitisering og uvitenskaplighet fra det han kaller "psyko-venstre" ('sinistra-psico'). Manuset var opprinnelig et innlegg på en konferanse om psykiatireformen i kommunistpartiets regi. Han tar tyren ved hornene, så og si, og det med fare for å bli tatt til inntekt for reformmotstandernes mest følelsesladde angrep. Artikkelen virker imidlertid grundig og lite forutinntatt. Den er skrevet av en som har stått bevegelsen nær og som åpenbart ikke ønsker å kaste barnet ut med badevannet.

Castelfranchi antyder at en underliggende årsak til at venstresiden interesserte seg for de psykiatriske pasientenes lidelser, var fordi de kunne tas til inntekt for venstresidens politiske kamp.

*"Stundom har jeg inntrykket av at det for oss er et teoretisk og praktisk problem i «de mentale sykdommene» (som på andre områder), dersom der er et klasseproblem og en arena for klassekamp. Ellers er det som om spørsmålet ble uten interesse og relevans, ihvertfall for venstre-siden. "*³⁶

Det er, i følge Castelfranchi, to versjoner av denne holdningen:

- En "hardversjon", som ser problemet med utelukkelse ('marginalisering') som det viktigste og at dette henger sammen med samfunnets produksjonsforhold og behov for arbeidskraft. Økonomisk utbytting, avmakt, sosial nød og mentale lidelser er nøye forbundet og forårsaket av den kapitalistiske produksjonsmåten.

- "Mykversjonen" holder seg også til synet på de mentale lidelsene som sosiale produkter, men ikke kun direkte knyttet til utelukkelsen og de som er utelukket. De sosio-økonomiske endringene og den kapitalistiske profitorienteringen skaper i seg selv sosial mistilpassethet og fremmedgjøring. Slik kan også de privilegerte klassenes nevroses sees som et symptom ved det økonomiske systemet.

Hovedproblemet med disse perspektivene er, i følge Castelfranchi, ikke at de nødvendigvis er fundamentalt gale. Men de mangler en teoretisk utvikling som synliggjør 'mekanismene' og ikke bare postulerer sammenhenger mellom mentale lidelser og sosiale forhold. Kampen mot det "djevelske systemet" er et annet kjernepunkt i Castelfranchis kritikk. Castelfranchi mener at 'Demokratisk Psykiatri' har gått for langt i sin kritikk av de positivistiske vitenskapene (medisinsk psykiatri, behavioristisk psykologi, nevrologi etc.). Avvisningen har vært for lett, ofte basert på "politisk funksjon" framfor vitenskapelige kriterier.

*"Tesen er at dersom samfunnet produserer noe (f.eks. tyver, eller avvik, eller forurensning), så er det fordi at dette tjener til noe."*³⁷

Han mener at det har forekommet en overdreven form for superfunksjonalistisk tankegang som ikke har innrømmet systemet interne mot-sigelser. Det kan bemerkes her, at denne debatten også er kjent fra sosialantropologien hvor tidligere strukturfunksjonalister har blitt kritisert for å beskrive samfunnene som altfor optimalt fungerende. Castelfranchi påpeker også at man da lett mister øye for endringspotensialer. I en reformprosess bør man dessuten stille større krav til sine

³⁵ Cristiano Castelfranchi er psykolog og ansatt ved det nasjonale forskningssenteret CNR i Roma. Artikkelen var manus for et innlegg under en psykiatikonferanse Kommunistpartiet avholdt i 1987 og står i en antologi; Salemi, C. (red.) (1987).

³⁶ Castelfranchi, C. (1987): s. 49 - min oversettelse.

³⁷ Castelfranchi, C. (1987): s. 51 - min oversettelse.

egne sannheter og argumentasjon, dersom man vil komme videre med seg selv og andre. Castelfranchi sammenligner en slik innstilling med å velte sjakkbrettet istedenfor å lære seg å vinne spillet.

En 'positiv reform'?

Den andre ideologikritikken som har blitt rettet mot Demokratisk Psykiatri, er at den har blitt ufarlig og samfunnsbevarende. Reformkravet har blitt en lov, de har fått noe å forsvare. Den kritiske holdningen har veket plassen for en legitimering av sin egen "alternative" praksis. Det er imidlertid sjelden man hører slik kritikk. Bevegelsen har selv minnet om denne faren svært ofte, men har ikke selv gjort kritiske undersøkelser av seg selv. I den offentlige debatten går kritikken nesten utelukkende på at de er venstre-ideologiske. Under den internasjonale psykiatrikongressen i Trieste i 1988 kom det imidlertid et angrep fra den engelske anti-psykiatriske foreningen MIND. De var forbitret over at Demokratisk Psykiatri hadde forlatt sitt samfunnskritiske ståsted, hadde tilpasset seg og tatt i bruk de samme behandlingsteknikkene som den tradisjonelle psykiatrien. Det ble blant annet vist til en fargerik stand i foajéen som reklamerte for en stor legemiddelfabrikant.

Eliasson gav i 1979 en svært kritisk analyse av det svenske Nacka-prosjektet som bygger på omtrent de samme prinsippene som den italienske reformloven. Hennes såkalte "kryssild-perspektiv" vurderte prosjektet både utfra den medisinske psykiatriens ståsted og den anti-psykiatriske. Hun la ikke skjul på at hun selv sto på den anti-psykiatriske siden. Hennes kritikk mot dette prosjektet rettes i hovedsak mot at det til tross for sine svært systemkritiske intensjoner i starten, har utviklet seg til å bli en 'positiv reform' (jfr. Mathiesen). Nacka-prosjektet ble en mer human og effektiv psykiatrisk praksis, men beholdt langt på vei diagnosene, individorienteringen og de terapeutiske teknikkene. Målsettingen om å søke etter de samfunnsmessige faktorene ved de psykiske lidelsene, og i større grad fokusere på grupper, relasjoner og materielle betingelser, har kommet i bakgrunnen. Viljen til kritikk av sin egen praksis har måttet vike for et behov for legitimering og "å selge" sin egen modell overfor myndighetene.

Hvordan ville den italienske reformen komme ut av en tilsvarende vurdering? Det er interessant å merke seg at Eliasson bruker nettopp Basaglia, Jervis og andre representanter fra Demokratisk Psykiatri som sammenligningsgrunnlag for å eksemplifisere et "rent" anti-psykiatrisk utgangspunkt. Hun bruker også reformen i Arezzo som et eksempel, men uten å gi konkrete beskrivelser. Demokratisk Psykiatri har selv tatt avstand fra anti-psykiatrien, selv om de har studert og hentet stimulans fra folk som Szasz, Foucault og Cooper. Hva dette skillet betyr skal jeg drøfte senere.

Sosial kontroll

Har Demokratisk Psykiatri akseptert psykiatriens kontrollfunksjon? Reformloven inneholdt en ny tvangsparagraf som bevegelsen synes å ha blitt akseptert. Denne paragrafen som tillater tvangsinnleggelse og tvangs-behandling er imidlertid formulert slik at det skal dreie seg om be-handlingsbehov og at man skal forsøke andre alternativer først. Kriterier om farlighet "for seg selv eller andre" er strøket, og det står heller ikke noe om forstyrrelse av ro og orden eller slikt som ofte anføres i slike paragrafer. Demokratisk Psykiatri mener at psykiatrien ikke skal ha en kontrollfunksjon, men at de må kunne gripe inn overfor åpenbart behandlingstrengende som ikke selv er

i stand til å be om det frivillig. Loven gir rom for akkurat dette, men det er naturligvis et stort rom for skjønn og mange åpninger for misbruk. For å forebygge dette er det innført en rekke kontrolltiltak. Et tvangstiltak må godkjennes av to leger og ordføreren (!), det er tidsbegrenset og må stadig godkjennes på nytt, det er etablert en ordning med en slags kontrollkomisjon der den innlagte kan klage, den innlagte har lovfestet rett til å kunne få snakke med hvem han vil etc. Mekaniske tvangsmidler som reimer og tvangstrøye er forbudt og det skal alltid være to pleiere tilstede (døgnkontinuerlig).

Denne loven kan derfor betraktes på to måter. Den kan sees som en seier for pasienten fordi den tar vare på hans interesser og formulerer en rekke rettigheter. Slik den er formulert støtter den ikke en oppfatning om at psykiatriske pasienter er farlige og at samfunnet trenger særlige juridiske forordninger for å beskytte seg mot dem. Men det er selvsagt også mulig å se den som en slags tilsløring av det faktum at psykiatriske pasienter fortsatt kan tvangsinnlegges, og at den nye loven godt kan misbrukes av samfunnet til fortsatt å bruke psykiatrien som et middel til sosial kontroll. Dersom den fungerer slik vil den kunne gi en moderne og humanistisk legitimering til samfunnets fortsatte maktbruk.

Hvordan har Demokratisk Psykiatri forholdt seg til psykiatriens gamle rolle som "normalitetens grensevakt"? I en rekke artikler har forskjellige talsmenn for reformen manet til større toleranse for det som er avvikende og fremmed. Nye holdninger og en kulturell endring når det gjelder synet på de som lider av psykiske forstyrrelser, er hyppig gjentatte temaer. Det er lite som tyder på at bevegelsen åpent har gått over til å godta og legitimere samfunnets tradisjonelle grenser mellom det akseptable og det uakseptable. Det blir pånytt et spørsmål om praksis.

"Psykiatiseringsspøkelset"

Et annet kritisk spørsmål i forlengelsen av dette er om Demokratisk Psykiatri med sin samfunnspsykiatriske tilnærming har bidratt til et fenomen som kalles 'psykiatisering'. Med dette menes en utvidelse av psykiatriens virksomhet slik at stadig flere kommer til *"...att definiera sina problem i enlighet med psykiatrisk ideologi och söker hjälp på denna ideologis premisser."*³⁸ Konsekvensen kan bli at vi får en tendens til avpolitisering av sosiale problemer som blir gjenstand for en nøytral psykiatrisk terminologi og behandlet individuelt. Dersom de nye utflyttede tjenestene konsentrerer seg om å tilpasse individene til samfunnet, skulle det føre til det motsatte av hva Demokratisk Psykiatri opprinnelig stod for. Faren er tilstede for en økning av det psykiatriske klientellet blant arbeidsledige, stoffmisbrukere, folk med ekteskapsproblemer osv.

Dette "psykiatiseringsspøkelset" er en problematisk "blindpassasjer" for enhver samfunnspsykiatrisk reform. Det diskuteres innad i bevegelsen og ulike strategier har blitt laget for å unngå denne fallgropen. Med utgangspunkt i erfaringene fra Perugia, Trieste og Arezzo (og Sanse-polcro) skal jeg skissere opp tre ulike strategier:

1. En tendens går ut på å snevre inn feltet for hva som hører inn under psykiatrien og henvise folk med "ikke-psykiatriske problemer" til andre instanser og ansvarliggjøre dem (de andre instansene). Denne perugianske linjen er blitt kalt "det avgrensede tilbudet". Farer ved denne holdningen er at den kan styrke diagnosenekningen og det skarpe skillet mellom psykiatriske og almenmenneskelige

³⁸ Eliasson, R. (1979): s.81 Hun siterer her Kaj Håkanson fra en artikkel i Konkret, 1968: Psykiatri, moral och samhälle.

problemer. Det kan også oppleves som en byråkratisk avvisning når enkelte problemer folk kan ha blir møtt med et "dette er ikke vårt bord!". Demokratisk Psykiatri kritiserte jo i sin tid den tradisjonelle psykiatrien for sin byråkratiske evne til å pulverisere ansvaret for pasientenes behov.

2. En motsatt framgangsmåte går ut på å avpsykiatrisere de psykiatriske tjenestene i "åpne tilbud". I Trieste har de forfektet et syn på de psykiatriske tjenestene som går ut på at disse skal åpne seg mot samfunnet og ikke være lukkede steder hvor "den psykiatriske kulturen" rendyrkes. Mentalsentrene skal være tverrfaglig besatt, ha aktivitetstilbud, og være åpne for alle i bydelen. Folk som henvender seg skal hjelpes uansett hva slags problemer de har og de som har åpenbare psykiatriske problemer skal kunne få hjelp, også fra behandlere, i et ikke-psykiatrisk miljø. Folk som ikke har spesielle problemer, men som bor i bydelen rundt mentalhelsesenteret oppfordres også til å komme for å blir kjent med brukerne, spise i kaféen, delta i kurstilbud etc. En fare ligger i at man i stedet for å "vanne ut" den psykiatriske kulturen, lar den "besmitte" det profesjonelle hjelpeapparatets relasjoner til store befolkningsgrupper.

3. Den tredje strategien bygger i likhet med forrige på avpsykiatrisering, men virkemiddelet er annerledes. I Arezzo har man forsøkt å få til dette ved en organisatorisk og administrativ integrering av psykiatrien i de øvrige kommunale tjenestene. De mener at problemer som i hovedsak er sosiale eller medisinske, kan løses ved å trekke inn andre ressurser og i samarbeid med f.eks. allmennpraktiserende leger, det kommunale boligbyggingsprogrammet, hjemmehjelpstjenesten osv. Ved å bruke et slikt nettverk kan mange av behovene avpsykiatriseres, det som fortsatt står igjen må det psykiatriske teamet ta seg av. Faren her er i likhet med det "åpne tilbudet", at begge disse avpsykiatriserings-strategiene også kan føre til det motsatte av det som var meningen. I stedet for å avpsykiatrisere det totale tilbudet til pasientene, kan en psykiatrisk tenkemåte fort eksporteres til de andre kommunale instansene.

Utover disse avpsykiatriseringstrategiene som har med definering av virkefelt og organisering av tilbudet å gjøre, er det viktig å understreke betydningen av innholdet i tilbudene. Hvor søkes det etter årsakene, arbeider man i forhold til pasientens familie, arbeidstedet, skolen? Blir konfliktene dempet eller forsøker man å forstå hva motsetningene har rot i?

Hva med diagnosene?

Et annet og meget sentralt spørsmål for en ideologikritisk bevegelse, er motstanden mot de psykiatriske diagnosene. Har Demokratisk Psykiatri forlatt sitt tidligere standpunkt?

Til en viss grad bruker de diagnostiske termer som 'depresjon', 'nevrose', 'psykose' og 'schizofreni', samtidig som de argumenterer mot den medisinsk orienterte psykiatriens detaljerte diagnosesystem og sykdomslære. Dette forsvares med at symptomene må kunne beskrives, at det faktisk finnes enkelte fellestrekk mellom ulike pasienter, at det er enklere å ta utgangspunkt i enkelte begreper som alle kjenner til enn å konstruere helt nye. De forsikrer også om at dette ikke innebærer at de går god for at de psykiske lidelsene kan forstås som objektivt eksisterende sykdommer med et forutsigbart forløp.

Det nye klassifikasjonssystemet DSM-III³⁹ som er ment som et rent empirisk og nøytralt begrepsapparat for å beskrive pasientenes tilstand har ikke funnet god jord blant reformpsykiaterne. Dette diagnosesystemet utvikler den diagnostiske tenkningen i en annen retning enn hva DP selv mener er riktig; - pasienten betraktes isolert fra sin sosiale og kulturelle sammenheng, begrepene er tilstrebet objektive og presise. Basaglias synspunkt var imidlertid at en slik sammenligning av ulike individers symptomer medfører en fokusering på det som er "sykt" og ikke hele personen. Det bidrar derfor til å gi ham en negativ identitet som psykotisk, manisk-depressiv osv. Men innvendingen som kan reises mot Basaglias resonnement, er at en slik form for generalisering likevel finner sted - mer intuitivt. Den erfarne behandlerens kunnskaper og profesjonalitet kan vanskelig forklares som noe annet enn *generaliserte* erfaringer om det som pasientene har felles - "sykdommen".

Det faglige hierarkiet

Den allmektige psykiateren var en figur som Demokratisk Psykiatri rettet kraftige hogg mot. Psykiaterens makt innenfor sykehushierarkiet og i relasjonen til pasientene ble kritisert. Hva har skjedd med denne kritikken siden? Demokratisk Psykiatri har alltid selv vært en psykiaterdominert organisasjon, med psykiatere som Basaglia og Pirella som ledere. Organisasjonen kan karakteriseres som en massebevegelse av pleiere, pasienter, studenter og andre interesserte, med et lederskap av universitetsutdannede intellektuelle psykiatere. Det har ikke vært noe formelt hierarki som skulle tilsi dette og den demokratiske medbestemmelsen for alle uansett rang, har vært en grunnidé.

I organiseringen av de nye psykiatriske sentrene er idealene om en flat og demokratisk struktur videreført. Likefullt er det også her en klar dominans fra psykiaternes side. Formelt har de alltid blitt tildelt lederansvaret. Dette begrunnes med det medisinske ansvaret som de rent juridisk fortsatt har. Men det er også kommet kritikk bla. fra Crepet⁴⁰ om den medisinske ekspertisens dominans overfor f.eks. psykologene som har en svært svak posisjon i Italia.

Sykepleierne og pasientene har ikke stått i brodden på samme måte som i enkelte andre europeiske land. Dette problematiseres imidlertid svært lite. Holdningen synes å være at psykiaterne er ledere på grunn av deres kunnskaper og evner, ikke på grunn av formell status og makt. En naturlig følge av dette skulle være at deres medisinske utdanning ble den fremste premissleverandøren i de interne avgjørelsene. Men det ville bety å se bort i fra at nettopp disse psykiaterne har nådd sine posisjoner fordi de har vært kritiske til den medisinske forståelsen og psykiaterens tradisjonelle rolle. Her kan det ligge interessante ideologiske paradokser. Det er imidlertid ikke slik at reformpsykiaterne har begynt å forkynne den medisinske behandlingens velsignelse igjen. Men det er et faktum at psykofarmaka inngår som en viktig del av de nye sentrenes tilbud og at psykiaterne er de eneste som har fullmakt til å foreskrive slik behandling.

Vis à vis pasienten har nok psykiaterens overmakt blitt redusert. Demokratisk Psykiatri har blitt kredittert for dette også av motstandere av lov 180. Psykiaterens posisjon har blitt nedbygget, juridisk ved at pasienten har fått flere rettigheter og institusjonelt ved overgangen til en mer poliklinisk kontaktform. Dette utelukker ikke at psykiateren ikke kan ha overmakt i form av sin autoritet og den respekten pasienten

³⁹ DSM-III er et nytt diagnosesystem som legger vekt på en mest mulig empirisk beskrivelse av psykopatologiske tilstander basert på observasjon og intervju. Systemet er ikke primært bygget opp rundt sykdomskategorier.

⁴⁰ Crepet, P. (1987) Crepet er ansatt ved det nasjonale forskningsrådet, CNR.

måtte ha for hans kunnskap. Men det er fortsatt et faktum at psykiateren kan be om å få en pasient tvangsinnlagt og at psykiateren ofte vil ha et kollegialt forhold til den andre legen som skal underskrive en slik fullmakt, selv om de arbeider forskjellige steder. Psykiaterens sosiale posisjon, særlig på mindre steder, kan også redusere sjansene for overprøving og gjøre ordførerens underskrift til et pro forma. Psykiateren råder derfor mer eller mindre alene over to sentrale maktmidler; medisinene og tvangstiltakene, - dette skiller ham fra både de andre profesjonene og pasientene.

Evalueringen som mangler

Castelfranchi kritiserte venstresiden, og Demokratisk Psykiatri inkludert, for å ha en "uvitenskaplig innstilling", og at dette har ødelagt for mulighetene til å generalisere og trekke ny viten ut av erfaringene med reformen. Denne kritikken kan ved første øyekast virke beroligende for dem som frykter nettopp at Demokratisk Psykiatri selv tyr til den positivistiske vitenskapens metoder, dens krav til objektivitet, standardiserte prosedyrer, kvantifiserbare data og falsifiserbare hypoteser. Man finner lite av slikt dersom man gjennom søker den litteraturen som har beskrevet og analysert reformens erfaringer. Men det er like stor mangel på analyser utført med alternative metoder.

I deSalvia&Crepets oversiktsbok fra 1984 som skal gi en "epidemiologisk oversikt over reformen"⁴¹, finner vi rapporter fra teamene en rekke steder hvor de har tilbakelagt noen års erfaringer. Her finner vi vurderinger av typen "situasjonsrapporter" og tall som viser aktiviteten i form av antall utrykninger, innleggelser osv. Det gis ingen utfyllende beskrivelser av sektoren utover innbyggertall (det geografiske dekningsområdet) som kan gjøre disse tallene sammenlignbare.

Bokas innledning er viet en lang og interessant kritikk av alminnelig positivistisk epidemiologisk forskning (epidemiologisk forskning er ikke utbredt i Italia) og det reises endel gode forslag til en alternativ metode som tar utgangspunkt i mer generelle sosiale forhold og ikke sykdomskategorier. Dette har imidlertid ikke blitt fulgt opp.

Demokratisk Psykiatri må derfor sies å ha blitt stående, hovedsaklig, ved sin vitenskapskritikk uten å ha ført fram noe vitenskaplig alternativ. Samtidig vokser kravet om en vitenskaplig evaluering av reformens resultater, et krav som reises med like stor styrke innad i bevegelsen som utenfra.

Eliasson stilte seg kritisk til Nacka-prosjektets humanistiske profil og den effektivitetsøkningen som ble vunnet på den samfunnspsykiatriske tilnærmingen og integreringsbestrebelsene. Effektivt i forhold til hva? Eliasson tenker på hva psykiatrisk behandling koster og hevder at institusjonene har blitt relativt mye dyrere fordi den menneskelige arbeidskraften, personalet, har blitt dyrere. Men det er like vesentlig at samfunnets syn på arbeidskraften nå er mer abstrakt. Det er dyrt å ha ueffektive mennesker i produksjonen, men det er enda dyrere å ha dem i en institusjon og dominerende grupper i samfunnet krever nedskjæringer i offentlige budsjetter. Dersom den nye psykiatriske praksisen viser seg å utføre den samme sosiale kontrollen som den tradisjonelle psykiatrien har blitt kritisert for, har vi kanskje fått et langt mer effektivt redskap en tidligere.

Eliassons kritikk av den humanistiske profilen bygger også på forutsetningen om at det "egentlige innholdet" av den nye psykiatrien er det samme som tidligere. Humanismen er i såfall med på å legitimere og tilsløre en praksis som i bunn og grunn er voldelig - at de psykiatriske pasientene fortsatt blir holdt utenfor eller må tilpasse seg.

⁴¹ De Salvia, D & Crepet, P.(ed.) (1982)

Hun trekker inn Bourdieus teori om symbolmakt. I følge Eliasson er det i samfunnsutviklingen en tendens i retning av mer symbolsk makt. Direkte og synlig maktutøvelse blir sjeldnere ettersom det blir viktigere å legitimere maktforholdene og skape konsensus. Bourdieu mener at en symbolsk voldsmakt adderer sin egen styrke til de ikke-symbolske styrkeforholdene. Den symbolske makten må da framstå som adskilt fra den ikke-symbolske makten, for å gi en slik effekt.⁴²

Eliasson spør angående Nacka-prosjektet: "*Kunde den nya psykiatrin ha skaffat sig en bättre ideologisk förklädnad, än den som de politiskt radikala terapeuterna bidrog till, ...*"? Vi ser sprengkraften i et slikt spørsmål rettet til den italienske reformpsykiatrien. Demokratisk Psykiatri har i tilstrekkelig grad markert seg i opposisjon til den tradisjonelle psykiatrien og uttrykt en samfunnskritikk, til at de oppfattes som noe adskilt fra de mektigste kreftene i samfunnet. Det er derfor viktig å vurdere om de kan ha en legitimerende funksjon av forhold som egentlig står i motsetning til deres egne idealer, en slags alibifunksjon.

Eliasson bruker også et annet begrep om det som Mathiesen kalte for 'en positiv reform' når hun spør om Nacka-prosjektet har blitt et 'argument'. Med dette mener hun at det har blitt et forsvar for en konkret målsetting, en 'modell' som man vil innføre også andre steder. Dette er på mange måter det samme som å skaffe seg en 'ideologi', en teori som legitimerer en bestemt praksis med ideelle mål. Dette står ikke nødvendigvis i motsetning til å være samfunnskritisk eller i opposisjon, men det kolliderer med ønsket om å være permanent ideologikritiske og 'negative' i Sartres og Basaglias forstand. Jeg har selv hørt representanter for den nye italienske psykiatrien avvise betegnelser som "den italienske modellen". Men slike erklæringer kan selvsagt ikke umiddelbart tas for god fisk fordi denne formen for ideologikritikk er som nevnt "native theory". Å snakke direkte om en "modell" ville vært en åpenbar selvmotsigelse for Basaglias tilhengere, men det er ikke umulig at en slik "modell-tenkning" likevel kan ha sneket seg inn i Demokratisk Psykiatris egne rekker.

Dette gjør imidlertid den interne debatten til denne bevegelsens talsmenn veldig komplisert og teoretisk. Hvordan gjøre opp en status for de opparbeidede erfaringene uten at det lages oppskrifter for hvordan det bør gjøres andre steder? Dette aktualiserer spørsmålet som jeg stilte i kapittel 4 med utgangspunkt i Arezzo: Er det umulig å trekke fram positive resultater som er oppnådd uten å tegne bilde av en 'positiv reform' som virker legitimerende og ideologisk? Det kan virke som om det er et uløselig paradoks knyttet til kunnskapsoverføring - at forvandlingen fra kunnskap til ideologi skjer i selve overføringen.

Demokratisk Psykiatri; - ideologikritikk som ideologi?

Sedgwick har som tidligere nevnt kritisert Demokratisk Psykiatri for å overpolitiserer kampen for en psykiatrisk reform. Selv om han også berømmer dem for enkelte reformatoriske forsøk, går han lenger enn Castelfranchi i å kritisere dem for å neglisjere pasientenes virkelige behov til fordel for en ideologisk kamp. Når Sedgwick og Eliasson enes om å kalle de italienske reformtilhengerne for "anti-psykiatriske", er det primært ment som skyts i to vidt forskjellige polemikker. Sedgwick diskuterer mot tendenser til en uansvarlig fokusering på personlig frihet og avvising av de mentale lidelsenes reelle problemer. Han betrakter nedbyggingen av institusjonene som en overlatelse av

⁴² Eliasson, R. (1979): s.232 (referer til Bourdieu/Passeron (1973): Grundlagen einer Theorie der Symbolischen Gewalt.)

de psykiatriske pasientene til seg selv og følgelig tap av behandlingstilbud, bolig, midler til livsopphold osv. For Eliasson blir Demokratisk Psykiatri "anti-psykiatri" et foregangseksempel som hun bruker som sammenligning for de mer reformistiske og samfunnstilpassende tendensene i Nacka-prosjektet.

Demokratisk Psykiatri har selv avvist merkelappen "anti-psykiatri". De har imidlertid i sine bøker og politiske debatter for en stor del brukt samme språk som Eliasson og ført de samme argumentene i marken. Men kritikken Sedgwick har kommet med blir ikke automatisk gyldig av denne grunn. På det praktiske planet har det vært stor forskjell på en organisasjon som MIND i England (slik Sedgwick beskriver det) og Demokratisk Psykiatri i Italia. Selv om den italienske ideologiske kritikken har vært en "utenfra-kritikk"⁴³, har medlemmene hele tiden vært innenfor de psykiatriske institusjonene. Selv om abstraksjonsnivået har vært høyt og farget av filosofiske vendinger, har også de samme folkene arbeidet med konkrete reformer og arbeidet med løsninger på pasientenes konkrete behov. Videre har den italienske reformen startet i offentlige institusjoner og utviklet seg i retning av en lovendring av hele det offentlige tilbudet. Hele prosessen har her hatt preg av en bredt sammensatt folkebevegelse. De gruppene som Sedgwick har angrepet, er som regel mer marginale, utenfor det offentlige systemet og uten en fast forankring i hverken den psykiatriske organisasjonen eller noen større populistisk bevegelse.

Jeg ønsker å oppsummere denne ideologidrøftingen med noen antakelser. Jeg mener at et studium av denne bevegelsens mange bøker, artikler, offisielle uttalelser m.m.⁴⁴ tyder på at de har bevart den ideologikritiske plattformen som et ideal. Deres egen opptatthet av dette tyder imidlertid på at de har hatt vansker med å omsette dette i praksis. Det er derfor nødvendig å studere deres praksis. Deres (påstått) implisitte kunnskap som ligger innbakt i 'Bevegelsens kultur' representerer også et problem som krever en empirisk undersøkelse. Vi må spørre om det ikke kan ligge skjulte ideologiske føringer i (emiske) betegnelser som 'kultur' og 'arbeidstil' - som med sin ikke-verbale form undrar seg kritikk. Samtidig må vi også godta at ikke all kunnskap og innsikt er eksplisitt eller kan gjøres rede for.

En kritikk å lå den til Castelfranchi er én form for ideologikritikk av bevegelsens praksis, men den bygger ikke på det samme radikale teoretiske grunnlaget som Basaglia, Jervis og andre i sin tid bygde sin institusjonskritikk på. Den bærer preg av en korrigerende av enkelte overtramp og ekstremistiske og overforenklede ideer, men denne korrigeringen er tenkt i forhold til synspunkter og vitenskapssyn som den tradisjonelle psykiatrien vanligvis har forfektet. Den bygger heller ikke på noe empirisk studie med disse problemene for øye, men snarere på iakttagelser som riktignok er utbredte. De Salvia&Crepets skissering av en ny epidemiologisk metode fundert i en kritisk sosial teori, *kunne* ha levert premissene for en radikal ideologikritisk gjennomgang av den nye psykiatriske praksisen. Men dette gjenstår ennå å se. Lov 180 har ikke hatt noen kritiske vitenskapelige undersøkelser av eksterne forskere, hverken av Eliassons type, de Salvia&Crepets opplegg, eller studier bygget på den medisinske psykiatriens forutsetninger.

Den samfunnspsykiatriske praksisen som tilhengere av en 'demokratisk psykiatri' har utviklet lokalt over et par tiår har imidlertid blitt presentert i egne rapporter og debattert internt eller sammen med andre kollegaer. Denne 'refleksive' virksomheten synes å dreie seg mer om å søke forståelse og mening av sitt eget arbeid og å dele erfaringer, enn å drive vitenskapelig empirisk forskning og å generalisere teori. Dette er sikkert i seg selv vel og bra, og kan godt gi rom for en selvkritisk praksis. Men den

⁴³ "utenfra-kritikk" - kritikk av den psykiatriske praksis som sådan, ikke bare deler av eller aspekter ved den.

⁴⁴ Litteratur og muntlig informasjon som data. (Eliasson baserte sin analyse utelukkende på slike data.)

foreløpig selvplågte begrensningen når det gjelder å generalisere kunnskapen er et hinder for både en *kritikk* og en *videreføring* av "pionerenes" lærdom.

Denne gjennomgangen av den italienske reformpsykiatrien viser at en ideologikritisk analyse er vanskelig å gjennomføre så lenge man ikke finner noen uttrykt alternativ 'modell' eller 'teori' for psykiske lidelser og psykiatrisk behandling. Ønsket om å bevare 'det uferdige' eller 'den permanente ideologikritikken' gir en besnærende forklaring på dette som vi kan godta eller ikke godta. Problemet er at denne forklaringen også kan tjene som legitimering dersom den permanente ideologikritikken rettet mot seg selv ikke etterlevs i praksis. På denne måten mener jeg at ideologikritikk faktisk også kan bli gjort til en 'ideologi'. Det som skjuler seg bakenfor kan være interne motsigelser i bevegelsen, mellom ulike grupperinger, mellom idealer og praksis, men også samfunnsbevarende funksjoner.

I de neste kapitlene vil jeg behandle den nye psykiatriske praksisen i Arezzo-Sansepolcro, på grunnlag av mitt eget empiriske studium. En rekke av problemstillingene og de kritiske innvendingene som er reist i dette kapitlet, kan drøftes nærmere utfra den lokale empirien. Selv om jeg mener at resultatene av en slik drøfting selvsagt ikke kan generaliseres til å gjelde all italiensk reformpsykiatri, så vil jeg se om det ikke likevel er mulig å antyde noe generelt om dens potensielle muligheter og begrensninger.

6 DET NEGERTE GALEHUSET

"...the asylum cannot be changed from outside, only from within." (Franco Basaglia)¹

Psykiatireformen har tatt mange forskjellige veier i Italia. Noen steder har det stoppet opp, pasienter har blitt utskrevet uten at noen har tatt videre ansvar for dem. Det fins også eksempler på at anstaltene har fortsatt i sine gamle spor, mer eller mindre som før. Det er imidlertid ikke helt riktig slik, som man kanskje ville tro, at reformen først og fremst har kommet til kort i det politisk konservative syd, og vist de gode resultatene i nord. Mosher har i sin oversikt over reformen funnet et annet viktigere kriterium for en virkeliggjøring av reformen enn lokalpolitiske forhold. Det mest avgjørende synes å være at det allerede har vært en prosess på gang i de opprinnelige galehusene. Det har i følge Mosher vist seg vanskelig å bygge opp et nytt velfungerende tilbud på utsiden av galehuset, dersom denne institusjonen ikke først har blitt omdannet. Sitatet i innledningen som Mosher kaller "Basaglia's classical axiom" er dekkende for utviklingen i Arezzo.

Utbyggingen av det nye tilbudet i Arezzo-provinsen startet samtidig med at galehuset ble nedbygget, men skjøt fart etter at loven kom i 1978. Et flertall av pasientene fikk som tidligere nevnt utskrivelse og de fleste av dem flyttet til sine tidligere hjemstedskommuner. Det ble innført en ny sektorinndeling som var lik for psykiatrien som for det øvrige helsetilbudet². De nye helseadministrative enhetene ('Unita Sociale Locale') fikk hvert sitt lokale mentalhelsesenter ('Servizio d'Igiene Mentale'), men disse territorielle inndelingene kunne som i Tiberdalens tilfelle omfatte flere mindre kommuner. Disse sentrene (SIM) inngikk i en struktur med flere elementer; et nett av ute-pasienter eller 'brukere', pasientkollektiver eller 'Familiehus', og de somatiske sykehusenes ordinære avdelinger som sted for innleggelser. Behandlerne flyttet ut av galehuset sammen med pasientene og ble således grunnstammen i de nye psykiatriske teamene i sentrene.

Dette var omrisset av galehusets negasjon - produktet av reformhistorien i Arezzo. Loven som kom forandret lite på den kursen de lokale reformatorene allerede hadde staket ut her. Lov 180 ble mer oppfattet som en legalisering og konsolidering av en lokal historisk og kulturell prosess. Andre steder i Italia ble denne loven derimot oppfattet som et lovdekret pådyttet dem av en fjern myndighet - den italienske staten. At reformen i større grad var blitt gjennomført i Arezzo, enn de fleste andre steder, har sannsynligvis en sammenheng med Basaglias påstand - at den begynte innenfra. *Det 'negerte' galehuset* må derfor, også i tråd med Sartres begrep om 'negasjon', sees som et resultat av en prosess - dekonstruksjonen og avmytifiseringen av galehuset. Galehuset som *klassifikasjonssystem* og et sett klassifikatoriske *grenser* står sentralt - som særlig viktig å 'negere'.

¹ Mosher, L.(1989): s. 216

² I Oslo har det f.eks. skapt praktiske og direkte behandlingsmessige problemer at psykiatriens sektorinndeling ikke er den samme som helse- og sosialtilbudet forøvrig.

6.1 DE NYE STRUKTURENE

SIM - Mentalhelsesenteret i Sansepolcro

I en falmet gul "funkis"-gård som for det meste inneholder kontorer og leiligheter finner vi SIM³. Senteret for de nye psykiatriske tjenestene ligger nå utenfor den gamle bymuren, men likevel sentralt og innenfor den nye byens forretnings- og kontorstrøk. De første årene holdt de til inne i sentrum dvs. gamlebyen, men flyttet senere ut for å få bedre plass og en beliggenhet i nærheten av de andre helse- og sosial-tjenestene. Den lokale helse- og sosialadministrasjonen ligger rett over gaten.

Bilene på utsiden med emblemet til helse- og sosialadministrasjonen på dørene (USL 22)⁴, er, ved siden av et lite messingskilt på veggen, det eneste som røper at lokalene innenfor er noe annet enn en leilighet. Gården består som nevnt ellers av private leiligheter og kontorer, i likhet med resten av kvartalet. Mange av innbyggerne i Sansepolcro vet ikke hvor SIM ligger, selv om de kjenner til at det finnes et slikt senter.

Vel innenfor blir en besøkende ledet inn i en litt dunkel korridor med dører på begge sider - noen er alltid åpne. Den smale døren innerst med halvgjennomsiktig vindu, kan vi gjette oss til er badet. De andre dørene har ikke kjennetegn, men det kan nesten alltid høres stemmer fra det innerste rommet til venstre, så det er et naturlig sted å henvende seg i mangel av en ytre resepsjon.

Jeg hadde følge av en av psykiaterne under mitt første møte med senteret. Han hadde møtt meg på det psykiatriske sykehuset i Arezzo som jeg hadde funnet ved hjelp av kart og å spørre meg fram. Vi hadde deretter kjørt sammen de tre milene over til Sansepolcro.

Lokalene virket sparsommelige og tomme og litt kjedelige på meg. Interiøret ga meg få antydninger om hva de nesten helt like rommene ble benyttet til. Psykiateren, Claudio ga meg en rask forklaring. Første rom til venstre ble brukt som vente- og oppholdsrom. Det var det største rommet og inneholdt stålrørstoler, to bord og et høyt skap i tre. En liten døråpning ledet fra dette rommet inn i et lite tekjøkken med bord, stoler, oppvaskbenk, kokebluss, en samling espressokanner i ulike størrelser, kjøleskap og et kjøkkenskap. Dette var personalets lille "tilfluktsted". Første rom på høyre side var et kontor som psykologene brukte. Her var det to kontorplasser, bokreoler, skap og noen myke stoler beregnet på klientene. Neste rom inneholdt bare et bord og stoler - det ble brukt av alle, bla. til møter. Deretter var det et rom som foruten bord og stoler, inneholdt en seng og en sofa og et medisinskap. Dette ble brukt til enesamtaler og som medisinsk ambulatorium f.eks. når noen av brukerne skulle få depotsprøyter.

Innerst til venstre lå 'kontoret', senterets hjerte, hvor pleierne og psykiaterne pleide å samle seg når de ikke var ute på oppdrag eller hadde enesamtaler med brukerne. Hit kom også alle henvendelser og brukere med eller uten forhåndsavtaler. Her satt jeg som regel under feltarbeidet når jeg ikke var med på uteoppdrag. Inne i 'kontoret' var det et stort skrivebord med telefon og kontorstol. Her satt ofte senterets leder eller en av de tre andre psykiaterne, men nesten like ofte en av de 12 pleierne. De andre stod eller satt rundt i rommet på rørstoler eller på en av de tre myke lenestolene. Et høyt arkivskap som bla. inneholdt pasientjournalene stod til venstre fra døren.

³ Servizio Igienico Mentale ('Mentalhygienisk Tilbud') - jeg omtaler det vekselvis som 'senteret', 'mentalhelsesenteret' eller bare 'SIM'.

⁴ Unitá Sociale Locale - Lokal Helse- og Sosialadministrativ enhet som dekker Valtiberina - Tiberdalen - et distrikt som omfatter 7 kommuner og 33.000 innbyggere. Hver slik enhet har sitt nummer. Tiberdalen er et av 5 distrikter (sektorer) innenfor provinsen Arezzo.

Bakenfor skrivebordet hang en tavle. Veggene var grå murvegger og belysningen kom fra en taklampe - det virket lite innbydende på meg, selv om veggene var pyntet opp med fargerike plakater fra ulike konferanser. En plakat viste Franco Basaglia midt i en folkemengde - 'Basaglia blant folket' var overskriften.

6.2 Et betydningsfullt førsteinntrykk

Etter å ha håndhilst på alle de tilstedeværende behandlerne og en av brukerne som var på vei ut ble jeg sittende på 'kontoret'. Jeg hadde blitt introdusert som en antropologistudent som skulle gjøre noe i likhet med det Goffman hadde gjort på 'den totale institusjonen' - da nikket flere av behandlerne, ihvertfall de tilstedeværende psykiaterne.

Personalet begynte snart på en heftig diskusjon som kanskje hadde startet før jeg kom. Jeg trodde da, og fikk senere bekreftet, at de ikke regnet med at jeg forstod hva de sa. Ingen forsøkte å sette meg inn i det heller. Jeg mente likevel at jeg oppfattet litt av den, og jeg fant det såpass interessant at jeg lagde et notat i dagboken. Grunnen til at jeg ikke fulgte opp situasjonen der og da, var at jeg kun var innom på besøk⁵. Dessuten var jeg helt ny, i en "gjesterolle" og ante at den heftige diskusjonen hadde et delikat tema som krevde mer kulturell og språklig kompetanse for å ta opp. Slik beskrev jeg episoden:

"Jeg fikk en bunke med rapporter, fra noen danske observatører som hadde besøkt senteret, i fanget, mens det oppstod en opphisset diskusjon mellom Claudio, den andre legen og noen sykepleiere. Fikk ikke helt tak i hva det dreide seg om, men det hadde noe med renslighet å gjøre.

Jeg tror det gikk ut på at en av sykepleierne ble angrepet fordi hun hadde avslått en kopp kaffe hjemme hos en pasient og forsvarte dette etterpå av hensyn til hygiene. Dette ble avfeid av psykiaterne som mente det kun var en psykologisk 'greie' og at det var mindre hygienisk å innta kaffien på en vanlig bar. "Det er et personlig problem, ikke et hygienisk". Claudio slengte fra seg en provokatorisk bemerkning om sykepleierutdanningen før han forsvant."

Jeg var for usikker på hva jeg i virkeligheten hadde fått med meg, at jeg lot denne situasjonen ligge. Noen dager før jeg skulle reise etter fullført feltarbeid fikk jeg overbragt et uferdig bokmanus fra Claudio. Hjemme i Norge oppdaget jeg plutselig at Claudio hadde beskrevet denne samme hendelsen:

"SYKEPLEIERNE OG DERES ARBEID

Vi skal nå fortelle om en episode, som skjedde under den første perioden av oppfølgingen av Giorgio, som også kunne være emblematiske for motsigelser som ennå eksisterer innenfor senteret, og om en tendens til å gjøre seg oppmerksom på den og utnytte den for en ytterligere utvikling ('crescita' - min anmerking).

En ettermiddag Giorgio er særlig deprimert, motløs overfor sine reelle muligheter til å møte endatil minimale vanskeligheter. Han forteller oss at han føler seg som et barn som er forlatt i ørkenen, og til og med den minste handling som krever en ferdighet, blir opplevd som en uoverstigelig hindring: han vet ikke en gang hvordan han lager seg kaffe, sier han utmattet til oss. Vi benytter oss av senterets tekjøkken for å

⁵ Jeg besøkte Sansepolcro 3 dager, deretter Roma og Trieste, før jeg tok beslutningen om å utføre feltarbeidet i Sansepolcro. Den "ordentlige" starten på feltarbeidet skjedde 2 måneder senere.

lære ham det som for oss synes å være en filleting, for ham en kjempevanskelig oppgave. Han lykkes i å lage den, og fornøyde drikker vi den sammen til behag.

Morgenen etterpå utløses en ladning mellom oss og sykepleierne. Ikke så mye angående hensiktsmessigheten, ennå mindre for å ha lært Giorgio noe han ikke kan, men for det faktum at vi hadde tillatt ham å drikke av våre alles kopper ('le tazzine di tutti' - min anm.). Det skapes en viss spenning som munner ut i beslutningen om å kjøpe nye kopper, der diskusjonen er mer sentrert rundt den skjulte betydningen av en slik protest mot en mulig smitte, ikke som en risiko ved mangelfull hygiene, men som en gjenkallelse av farlighetens spøkelser.

Noen dager senere får vi vite at noen sykepleiere har latt seg invitere til å drikke kaffe hjemme hos ham."

Manuset til Claudio konkluderer med at dette stimulerte til en dypere refleksjon over sykepleierne og sammen med dem om deres funksjon og rolle innenfor et mentalhelsesenter.

Lignende situasjoner gjentok seg aldri senere i mitt nærvær, men det er ikke å si for mye at dette "stimulerte til refleksjon" for meg også.

6.3 Klassifisering av kaffekopper og kaffedrikkere

Mary Douglas⁶ har som tidligere nevnt argumentert for å se moderne vestlige forestillinger om 'hygiene' som kulturelle konstruksjoner ('symbolic system') som hjelper oss til å ordne verden. Hun har i 'Purity and Danger' også vist oss hvor selvmotsigende og lite vitenskapelig funderte referansene våre til smittefare egentlig er.

I det omtalte dramaet kunne vi i tråd med Douglas ha vist til det observerbare faktum at de små espressokoppene som spilte hovedrollen her, aldri ble vasket i annet enn kaldt vann. Det var dessuten en temmelig stor gruppe som potensielt kunne tenkes å drikke av dem, selv om de ble forbeholdt 'ikke-brukere' (ikke Giorgio og slike). Men så var det også nettopp dette poenget Claudio brukte i sin argumentasjon. Sykepleiernes reaksjoner ble betegnet som irrasjonelle og fordomsfulle fordi de under dekke av hygieniske argumenter laget en prinsipiell *forskjell* mellom dem selv og brukerne. Henvisningen til de hygieniske betingelsen for kaffedriking på barer var et så effektivt argument at det ble vanskelig å fortsette *diskusjonen*. Koppene derimot, vedble i *praksis* å være personalets.

Bourdieu sier i 'Distinction' at klassifikatoriske handlinger i seg selv gjøres til gjenstand for klassifisering⁷. Andre kan klassifisere meg etter å ha hørt mine vurderinger av et kunstverk. Mine utvalgte objekter (min smak) blir gjenstand for andres klassifisering. Slik kan vi si at 'tingene' også klassifiserer oss samtidig som vi klassifiserer dem, men i følge Bourdieu må det alltid være "noen" der som kan foreta denne klassifiseringen. 'Tingene' eller 'klassifikasjonsobjektene' kan likevel betraktes i seg selv som forutsetninger som ligger i det materielle miljøet uavhengig av konkrete personer. 'Tingene' er kulturelle fordi et eller flere kulturelle universer har gitt dem meningsinnhold.

⁶ Douglas, M. (1966)

⁷ Bourdieu, P.(1984): s. 467

Etter min oppfatning, ble koppene i den omtalte episoden brukt til å lage to klassifikatoriske skiller (distinksjoner): a. personalet vs. brukerne, b. psykiaterne vs. (noen av) sykepleierne. Begge disse skillene samsvarer med strukturelle ulikheter mellom de sosiale gruppene⁸ - mest åpenbart når det gjelder personalet i forhold til brukerne.

Innenfor en erklært egalitær struktur som SIM er klassifikasjon "farlig". Dette kan etter min mening bare forstås til fulle dersom vi holder fram bildet av galehuset. Galehuset var, som jeg viste i kapittel 2 og 3, et ekstremt klassifikasjonssystem. Når Claudio snakker om å gjenkalle "farlighetens spøkelser", så er dette en klar referanse til galehuset. Sykepleiernes reaksjon blir etter min mening utsatt for en særdeles kraftig sanksjon nettopp fordi Claudio og de andre psykiaterne her opplever en trussel om galehusets gjenoppståelse. Den nye psykiatrien - galehusets negasjon - skulle etablere nye premisser for de terapeutiske relasjonene. Pasientene skulle betraktes som likeverdige mennesker i en ideelt sett kontraktbasert samhandling⁹. Det som er interessant her, er *ikke* at det likevel dannes klassifikatoriske kategorier ('brukere' og 'behandlere'), men at de uttrykkes som det Douglas¹⁰ kaller moderne 'urenhetsforestillinger'. Likevel, bør denne episoden etter min mening betraktes i forhold til generell klassifikatorisk praksis.

Italia er som det Frankrike Bourdieu beskriver i boka 'Distinction' et samfunn hvor sosiale skiller meget tydelig uttrykkes kulturelt i form av livstil, smak, språk osv. - det Bourdieu kaller klassifikatorisk praksis. Italienerne snakker om 'kultur' som noe man har og som noe man kan ha mer eller mindre av. Det går imidlertid et grunnleggende symbolsk skille mellom det vi grovt kan betegne som 'bondekulturen' og den urbane 'bykulturen'. Dette skillet kan også i Toscana symboliseres med de mange borgbyenes bymurer. Men det kan også "leses" ut av et meget sentralt renselsesrituale - *skopussen*.

Bøndene gjenkjennes på de klumpete skoene, sier byborgerne: "*Contadini, scarpe grosse e cervelli fini*" ("Bønder - svære sko og fine hjerner"). Ordtaket sier noe om at bøndene er lurere enn man skulle tro ved å spille på motsetningen mellom de store grove skoene og de fine hjernene. Men selv må byborgerne stadig passe på at de ikke trekker med seg inn noe av 'landet' hver gang de har vært utenfor byens brolegning eller asfalterte gater. Skopussing er en så sentral og selvfølgelig del av italienernes kultur, at de sjeldent vier det oppmerksomhet annet enn når noen bryter mønsteret. Sølete sko er tegn på 'landet', på markene og jordbruket - og på manglende 'kultur'. Det italienske ordet for å *pusse* skoene er 'lustrare' ('rense') som også brukes om religiøse *renselsesritualer*. Jord og støv er 'matter out of place' når det fester seg på skoene eller brolegningen innenfor bymurene, og her er italienerne ekstremt ordensbevisste i forhold til norske skikker.

Dette var ment som en illustrasjon på hvordan klassifikatoriske skiller utfra 'renhet-urenhet' er svært almenne og grunnleggende elementer i italiensk kultur (og andre kulturer). I seg selv bør kanskje ikke dette overdramatiseres dersom det ikke får viktige sosiale konsekvenser. Når det gjelder sykepleierne i SIM, vil jeg hevde at deres måte å forholde seg på overfor brukerne, *ikke* gjør dem til "spedalske". Sykepleiernes klassifikasjon kan forstås utfra deres *opplevde posisjon* i forhold til brukerne som a) profesjonalsert kontakt med "kunder" b) en tett og intensiv kontakt med folk med lite, annerledes eller bondsk 'kultur'. Begge disse forholdene kan gi grunn for et

⁸ Sykepleierne er både gjennom yrkesrollen og deres sosiale status i utenom jobben, forskjellig fra psykiaterne. De kan også sees som sosialt og kulturelt "nærmere" brukeren, enn psykiaterne.

⁹ Basaglia, F.(1985): s.45

¹⁰ Douglas, M.(1966)

distanseringsbehov - en 'mur', men uten at dette trenger å være knyttet til brukerens *galskap*. Lokaltetene og arbeidstilen i SIM legger ellers med hensikt lite til rette for en slik distanseringsmulighet - de ansatte skal ikke som i galehuset få beskytte seg mot pasientene. Denne holdningen som er forståelig utfra galehusets autoritære og upersonlige terapeutiske relasjoner, samtidig som det er vanskelig å betrakte behovet for en avsondret "privatsfære" og en viss distansering som helt illegitimt i SIM. Psykiaterne var generelt sett mer på farten siden deres medisinske kompetanse stadig ble etterspurt forskjellige steder - på sykehuset, i Familiehuset på en utrykning osv. De tilbrakte ikke like mye tid i senteret og brukte dessuten private biler. Behovet for en privatsfære i SIM ble av denne grunn mindre for dem. Koppene fikk derfor en annen symbolsk betydning for sykepleierne enn for psykiaterne.

På en industriarbeidsplass er det ikke vanlig å ha tilgjengelige pauserom utenom matpausen. I matpausen (på dagen) kan personalet på SIM spise på sykehuskantinen. Men mot denne sammenligningen kan det argumenteres at arbeid i psykiatrien stiller helt andre krav på å skille det private fra det profesjonelle. Det ligger et krav i profesjonalitetsbegrepet om å ha kontroll over private følelser. Kanskje vi trenger *rom* for å få dette til?

Tekjøkkenet ble beskrevet av en av psykiaterne overfor meg som personalets "tilfluktsted" ('rifugio'). Det var ellers ingen personalrom eller pauserom i SIM, og eneste dør med nøkkel i, var badedøren. Tekjøkkenet fungerte imidlertid som et sted der personalet kunne stikke seg litt bort fra den konstante tilgjengeligheten på 'kontoret'. Små kaffepauser om dagene, lengre kveldsmåltider om kveldene, samt alle markeringer av gebursdager o.l. fant sted her inne. For ikke å nevne fortrolige samtaler som ikke alle skulle høre. Brukerne hadde ikke noe der å gjøre og respekterte det. Det var imidlertid i større grad et tilfluktsted for sykepleierne (særlig de kvinnelige) enn psykiaterne som oftere var ute og svært sjelden lagde seg kaffe selv (de var alle menn). Psykiaterne, ihvertfall de to senior-psykiaterne, kunne av og til benytte seg av ambulatoriet som hvilerom. Psykologene holdt seg stort sett utenfor disse sfærene, de var på sitt kontor og sjelden utover dagtid.

I en opprivende krangel mellom to av sykepleierne, observerte jeg følgende: Det ble for mye for den yngste sykepleieren slik at hun strøk på dør med en bristeferdig mine. Jeg forestilte meg av en eller annen grunn at hun løp helt ut. Men hun satt sekundet etterpå og gråt inne på tekjøkkenet som ligger vegg i vegg med 'kontoret'. En annen sykepleier trøstet henne. Dette bekreftet ytterligere tekjøkkenets funksjon som "tilfluktsted".

En arkitektonisk forutsetning for en bruk av rommene som også klassifiserer personene, er at senteret er en omgjort *leilighet*, med kjøkkenet intakt. Kjøkkenet kan i seg selv symbolisere en mer intim sfære som samtidig er kvinnelig. Det er en gjetning, men det kan også tenkes, at det ikke ville blitt reagert likt dersom det hadde vært en kvinnelig sykepleier og som sammen med en bruker lagde seg kaffe på tekjøkkenet. Kjøkkenet muliggjør et tredje sosialt skille - kvinner vs. menn, og den kvinnedominerte bruken av dette tekjøkkenet i praksis gjenspeiler dette symbolske skillet.

6.4 'Familiehuset'

'Casa Famiglia' betyr direkte oversatt 'Familiehus'. Når jeg av og til kaller det pasientkollektiv, er det fordi dette navnet er mest brukt på lignende boliger innenfor norsk psykiatri. I begge tilfeller er utgangspunktet en 'familieanalog' modell. En forutsetning som må oppfylles, er at behandling og boform adskilles - noe som ikke var

tilfellet i galehuset eller Goffmans 'totale institusjon'. Pasientkollektivet skal være et 'hjem' for beboerne som av ulike årsaker ikke kan bo på egenhånd.

Et av problemene som oppstår når det kommer besøkende utenfra som vil "se" den nye samfunnspsykiatrien, er å finne noe som kan vises. Brukerne bor jo i all hovedsak i private hjem innenfor landsbyene, og da kan man ikke godt sende delegasjoner ut for å se på dem. Senteret gir et svært rotete og usammenhengende inntrykk og de få som er innlagt, er det vanligvis i en akutt tilstand man nødvendig vil belaste ytterligere¹¹.

Pasientkollektivet har oftest blitt løsningen, selv om dette har avfødt diskusjoner om "privatlivets fred" og spørsmål om de selv sier nei når besøkene blir for belastende. 'Familiehuset' gir imidlertid et godt visuelt bilde på integrasjonen av pasientene i bysamfunnet. Det etterlater dessuten sjelden et dårlig inntrykk hos en besøkende, noe behandlerne i SIM også vet. I et avisklipp som hang på veggen i 'kontoret' skildret den ledsagde journalisten senterets leder som en blyg pike som med dårlig skjult stolthet viser fram sitt peneste smykke¹².

Huset er et renovert 'Casa coloniale' (våningshus) fra 1600-tallet. Det er en avgrenset boenhet innenfor den gamle bymuren. Faktisk er husets østre vegg sammenvokst med selve muren og alt er murt opp med den samme typen stein. Under det røde teglsteinstaket finner vi tre etasjer og utganger fra både første og andre etasje (trapp). Rommene har grove hvitkalkede murvegger, hvelvinger og solide brunbeisete bjelker i himlingene. Alle gulvene er forsynt med brede terracottafliser. I første etasje er det kjøkken med spisesal, over er det stue med en svær gammel peis, to soverom og et bad, og på loftet er det to nye soverom pluss enda et bad.

En bakdør fra andre etasje fører rett ut på den brede gamle muren som faktisk gir rom for en stor hage med kaninbur og hønsegård oppå. Denne hagen har SIM fått tillatelse til å arbeide opp for beboerne fordi dette bokstavelig talt er grenseland som ikke tilhører noen, eller egentlig kommunen. Flere andre i byen har også fått, eller tatt seg, lov til å opparbeide seg små parseller på dette fruktbare murplatået.

Selve huset ligner derfor ikke på en institusjon, hverken utvendig eller innvendig. Det som imidlertid er påfallende ved dette som et "familiehus", er mangelen på personlige eiendeler både på soverommene og i stua. De samlingene av private pyntegenstander, souvenirer, fotografier, krusifikser, hustavler, familiebilder o.l. som jeg så i andre hjem - også hos brukere, manglet nesten fullstendig her. Behandlerne i SIM forklarte meg at det skyldtes deres lange institusjonsopphold. De fortalte historier om hvordan de i begynnelsen måtte lære dem å bruke penger, kjøpe seg ting o.l. - de hadde ingen slike vaner. De fikk Alfonso til å vise meg munnsplillene sine. Han hadde kjøpt et helt lager med nesten like munnsplill og alle lå stuert ned i en skuff.

Sykepleierne forsøkte å veilede dem når de kjøpte klær og sko, og oppfordret dem til å bruke penger på seg selv. Alfonso ble f.eks. regelmessig fulgt til barbereren som stelte godt med ham og hadde god kontakt med ham. Overfor beboerne i Familiehuset, og også overfor andre brukere, brukte behandlerne mye energi på å få dem til å bruke mer penger. Brukerne hadde ofte vært vant til å ha det trangt økonomisk og til å stille få krav til f.eks. mat og bostandard. Disse livsmønstrene hang i stor grad igjen nå under langt bedre økonomiske forhold.

Integreringen gjennom et bokollektiv vil måtte stanse ved et visst punkt, fordi dette i seg selv ikke er noen 'normal' boform. Italienerne omtaler bokollektivene som 'mellomliggende strukturer' - en slags "halvinstitusjoner" mellom 'Institusjonen' og

¹¹ Jeg hadde vært mange måneder på SIM før jeg fikk være med på et slikt besøk. Det var ingen som var innlagt under *hele* feltarbeidsperioden min, og aldri mer enn tre innlagte (litt usikker på dette tallet) på en gang.

¹² Jeg har mistet referansen, men tror det var Firenze-avisen La Nazione.

'Samfunnet'. Det er derfor viktig å markere at de er forskjellige fra institusjonene. De betraktes derfor som *midlertidige*. I følge en psykiater fra en av de andre sektorene i Arezzo-provinsen er "*pasientene svært bevisste om dette. De er som regel villige til å bo i familiehusene hvis det står klart for dem at dette ikke er det endelige målet.*"¹³

Alle beboerne i Bokollektivet, untatt én, var svært avhengige av behandlerne i SIM. Selv om de hadde fått en utvidet sosial kontakt, så hadde de nokså grunnleggende behov for pleie, omsorg, sosial trening og medisinsk behandling. Tatt i betraktning at de begynner å bli aldersvekkede, er det mest realistiske alternativet for dem muligens et gamlehjem. 'Familiehuset' var integrert i byen - fullkomment fysisk sett, men ikke fullt så langt sosialt sett. Alle beboerne som var der i 1988 hadde imidlertid opplevd store skritt i riktig retning når det gjaldt selvstendighet og vennskapelige og normale forbindelser til folk i nærmiljøet. På det symbolske planet kan det også vises til positive endringer - folk har vent seg til dem, sluttet å være redd dem (det gjaldt spesielt Alfonso) og etablert former for samhandling med dem. De er ikke lenger så fremmedartede og rare.

I Sansepolcro var det i 1988 allerede ferdigprosjektert et nytt 'Familiehus'¹⁴ for de siste 15 pasientene fra Tivedalen som var igjen i det psykiatriske sykehuset i Arezzo. Dette Bokollektivet vil kreve helt andre ressurser enn det eksisterende, når det gjelder pleiepersonell. Med heldøgns pleie- og tilsynsbehov vil det uvegerlig måtte likne mer på galehuset enn noe annet av de nye tilbudene. Det vil bli en institusjon med relativt lav sosial integrasjonsgrad for de overførte pasientene. Oppholdene vil med større sannsynlighet bli langvarige eller livsvarige. Men dette gjenstår ennå å se. Behandlerne har lagt stor vekt på å eliminere denne "siste biten av det gamle galehuset". Arezzo-psykiaterne sier om denne "biten" i en artikkel at: "*... dens tilstedeværelse legitimerte på nytt utskillingens prinsipper som et synonym for et bedre tilbud: Den var det opplagte beviset på at det psykiatriske sykehuset ikke kunne lukkes, ennå mindre omdannes.*"¹⁵ Den anti-institusjonelle kampen har med andre ord fortsatt store utfordringer, i behandlerens øyne.

Integrasjon virker til å redusere eller forhindre de institusjonelle (les:galehus-) trekkene, i tillegg finnes det nevnte prinsippet om midlertidighet. Det har nok vært et viktig symbolsk poeng å slå dette prinsippet fast, siden dette er den eneste rent psykiatriske døgninstitusjon i det nye systemet. Vi kan huske på leprosariets og galehusets uavgrensede livsvarige opphold. Men den "sosiale døden" disse historiske institusjonene innebar, skyldtes ikke bare den livsvarige interneringen, men også *forvisningen*. Det kan derfor tenkes at om det midlertidige oppholdet i det eksisterende 'Familiehuset' i praksis blir varig, så behøver det ikke føre til de samme dramatiske konsekvensene som i galehuset i retning av stigamentisering og sosial død. Høy integrasjon kan oppveie lang varighet - og omvendt.

6.5 "Telt-senteret"

Det somatiske sykehuset i Sansepolcro ligger noe høyere oppe i dalsiden enn hvor byen ligger. Et av byens fineste villastrøk er nærmeste nabo på den ene siden, fruktbare jordbruksarealer folder seg ut på den andre. Bygningen er moderne og utført i funksjonalistisk stil. Avdelingene er ikke adskilte, men utgjør hele etasjer og fløyer til hovedbygningen. Det finnes ingen psykiatrisk avdeling eller noen psykiatrisk stab ved

¹³ Paolo Serra sitert i Skårderud, F.(1984): s. 142

¹⁴ Bygningen er allerede valgt ut innenfor den gamle bykjernen.

¹⁵ Attenasio, L., Bondioli, C., m.fl.(1982): s. 78-93 - min oversettelse.

sykehuset, likevel er dette det eneste stedet hvor psykiatriske innleggelser foregår. Hvordan? SIM snakker om et "telt-senter" ('servizio tenda').

Ved psykiatriske tvangsinnleggelser flytter SIM inn på sykehuset sammen med pasienten, bokstavelig talt. Når det er frivillige innleggelser, overlates vanlig pleie og oppvartning til sykehusets personale, mens SIM går på visitter, gir medisiner osv. Ved tvangsinnleggelser, eller innleggelser der pasienten må skjermes, går behandlerne fra SIM i døgnkontinuerlig skift sammen med sykepleiere fra sykehuset¹⁶. Det er dette de sammenligner med "å slå leir" inne på sykehuset, når behandlingsperioden er over, pakker de sammen igjen "teltet" og flytter ut.

På avdelingen vil den psykiatriske pasienten være i samme miljø som andre syke og vil også bli bedt om å vise hensyn til dem. De andre vil kunne oppleve å ha en akutt psykotisk person blant seg, og til tross for skjerming (på rommet), være vitner til de psykiske forstyrrelsens ulike karakterer. Ved maktbruk er fysiske maktmidler som reimer eller tvangstrøyer bannlyst. Personell og medisiner brukes isteden. Under tvangsinnleggelser skal det etter loven alltid være to pleiere hos pasienten.

SIMs linje er, i følge lederen, et 'servizio diffuso'. Det betyr egentlig et 'oppløst senter' og innebærer et senter som satser mer på samarbeid med og en ansvarliggjøring av de 'normale' strukturene i samfunnet. Måten sykehuset benyttes på kan sees som et eksempel på en slik ansvarliggjøring. Reformpsykiaterne fryktet at opprettelsen av en fast psykiatrisk akuttavdeling på sykehuset ville utvikle de samme trekkene som galehuset hadde hatt. Senterets leder har også argumentert for en annen fare ved døgninstitusjonene: Når de først er der, vil de også bli fylt. De vil være billigere pr. pasient jo fler innlagte det er, og det vil også framstå som en fristende løsning overfor en ressurskrevende pasient, uavhengig av hva som er best for pasienten. I tillegg sikrer SIMs avtale med sykehuset for en terapeutisk kontinuitet for brukeren/pasienten.

Arezzo-provinsen har gått svært langt i å avskaffe psykiatriske heldøgnsinstitusjoner. Senteret har én seng "fordi loven sier det", men den benyttes ikke. Loven tillater å opprette en psykiatrisk diagnose og observasjonspost på maksimalt 15 senger innenfor de somatiske sykehusene¹⁷.

SIM ønsker at politiet skal være den eneste ordensmakten. Dersom en psykisk forvirret person truer noen, vil SIM i mange tilfeller overlate situasjonen til politiet. En politipågrep gir personen et alminnelig juridisk vern. Vurderingen om tvangsinnleggelse som psykiateren foretar, skjer etter at situasjonen er under kontroll¹⁸. Før dette har politiet imidlertid ført vedkommende til legevakten, og en vakthavende lege der må tilkalle SIM. Andre "normale" instanser i samfunnet har, ihvertfall formelt, fått overført en del av ansvaret for tvangsinnleggelsene. Som tidligere nevnt, skal én ekstern lege/psykiater og ordføreren i pasientens hjemkommune, ved siden av en psykiater fra SIM, underskrive papirene. Dette er en interessant måte å formalisere

¹⁶ En avtale sikrer SIM til en hver tid et begrenset antall sengeplasser og 2 sykepleiere ved sykehuset er tilgjengelige *når* det er behov for det (tvangsinnleggelser). Når det ikke er psykiatriske pasienter innlagt, brukes plassene av andre pasienter, og når det ikke er behov for sykehusets sykepleiere til innlagte psykiatriske pasienter, arbeider de med de andre pasientene. Hverken sengeplasser eller sykepleiere er faste for SIM, de tas der hvor de er tilgjengelige - vanligvis innenfor de medisinske avdelingene.

¹⁷ Begrensningen på 15 tar ikke hensyn til sykehusets dekningsområde, men er satt utfra "anti-institusjonelle" argumenter.

¹⁸ Tvangsinnleggelse kan bare begrunnes i behandlingsbehov - ikke slike ting som farlighet, selvmordsfare, offentlig forstyrrelse o.l. I praksis kan dette være et rent definitorisk spørsmål, men det er sannsynlig at språkets 'signaleffekt' i seg selv tillegges verdi (en parallell finner vi i betegnelsene 'bruker' og 'beboer' som har erstattet 'pasient').

prinsippet om tvangsinnleggelsens doble karakter; det politiske og det behandlingsmessige ansvaret adskilles.

Den psykiatriske innleggelsen er grunnlaget for psykiatriske heldøgnsinstitusjoner. Arezzo-provinsen er spesielt interessant fordi de der har akseptert innleggelse, men nektet å lage en psykiatrisk 'institusjon' rundt den. Som jeg har nevnt tidligere, snakker de isteden om et "telt-senter". Galskapens mest genuine og dramatiske øyeblikk har med deres ord forflyttet seg fra galehuset til et provisorisk "telt". Den 'egentlige' behandlingen og den 'egentlige' psykiatriske tjenesten befinner seg ikke der - gjør heller ikke de 'egentlige' problemene til pasienten det? Resultatene av dette er fortsatt lite dokumentert. Men i følge SIM er erfaringen mindre galskap, kortere kriser, kortere og færre innleggelse. Det finnes med andre ord indikasjoner på at både de terapeutiske relasjonene og symptomene påvirkes av de endrede rammene, men dette trenger en grundigere undersøkelse.

"Teltet" er en metafor - en symbolsk struktur som gir mening til den sosiale organisasjonen rundt innleggelsene. Den tvangsinnlagte og behandlingen blir avgrenset fra resten av sykehuset, men uten permanente 'murer'. "Teltet" understreker midlertidighet og mangel på faste fysiske strukturer, men ikke total mangel på grenser. Det er dessuten en åpenbar metaforisk forbindelse til dette "telt-senteret" som ytterligere understreker forskjellen fra galehuset: Medisinsk behandling under telt har tradisjonelt bare forekommet i feltlasarettene (jfr. tidligere drøftinger av lasarettet og leprosariet).

6.6 Grenser, relasjoner og klassifikasjon

Senteret i Sansepolcro ble som nevnt bygget opp av en grunnstamme av behandlere fra galehuset i Arezzo. Dette var psykiatere og pleiere som opplevd det tradisjonelle galehuset og deltatt i reformene. Følgelig anså de seg selv som personlige bærere av en viktig "historisk arv" og en spesiell bevissthet som vanskelig kunne tilegnes senere. De ble derfor omtalt som 'de gamle' i senteret. De som hadde begynt sitt arbeide etter at senteret allerede var etablert, 'de nye', manglet denne erfaringsbakgrunnen - noe som ofte ble påpekt. De følte seg ofte litt overkjørt av 'de gamle', selv om de hadde stor respekt for deres kunnskaper. Dette kom til uttrykk i flere små konflikter som gikk på behandlingsspørsmål.

Typiske konflikter av denne typen dreide seg om verdien av faste regler og felles holdninger. 'De nye' opplevde ofte stor usikkerhet i arbeidssituasjonen fordi de syntes 'de gamle' ikke var konsekvente nok eller avvek fra fellesopplegget. 'De gamle' hevdet ofte at de kjente den og den brukeren over meget lang tid og visste intuitivt hva som var riktig overfor dem i en gitt situasjon. Når de kom hjem til en bruker og oppdaget at situasjonen var annerledes enn de hadde forespeilt seg, skulle de da holde seg skjematisk til siste felles beslutning? 'De gamle' begrunnet sine selvstendige fortolkninger og valg utfra verdien av en subjektiv, innlevende og fleksibel arbeidstil. Reglene og skjemaene hadde de forlatt i galehuset mente de, og de kunne antyde at 'de nye' var for opptatt av å utføre typisk tekniske sykepleieroppgaver.

Konfliktene tilspisset seg når de hadde spesielt utfordrende brukere under oppfølging - såkalt "manipulerende" brukere. Det er et alment kjent fenomen innenfor institusjonspsykiatri at enkelte pasienter "prøver grenser" (norsk uttrykk). Spesielt i strenge regelbundne opplegg, kan forskjeller i personalets holdning til pasienten føre til en slags "erosjonseffekt" - "de strenge" blir utsatt for et hardere press fra pasienten når det er noen som er "snille". Ofte kan dette utløse store frustrasjoner og konflikter innad i

personalgruppen. I Mentalhelsesenteret i Sansepolcro oppstod det lignende situasjoner flere ganger.

To grunnleggende sider ved *grenseproblematikk* belyses ved situasjoner av typen "den manipulerende pasienten"¹⁹. For det første så blir grensen (i form av en regel, krav eller regime) her forstått som en *relasjon*. Klare grenser betyr klare relasjoner og klare maktforhold. For det andre blir opprettholdelsen av grensen (hvorenn den nå er satt) viktig for å holde personalgruppen samlet som en '*korpus*'. En av de nye psykiaterne, Pedro, formulerte dette i en slik situasjon med en treffende kroppsmetafor: "*Han føler seg fram etter et svakt punkt for så å kunne gripe rett inn i «bukken» senteret.*" Den manipulerende pasienten forstyrrer grensene og demonstrerer også samtidig at de finnes. Brukerne er '*klassifikatoriske andre*', og det er en viss likhet mellom Pedros kroppsmetafor og hygienereaksjonen til sykepleierne (bygger også på en kroppsmetafor, jfr. Douglas) som jeg nevnte tidligere. Selv om Pedro bevisst metaforiserer, mens sykepleierne har en mer emosjonell og entydig reaksjon²⁰, vises det i begge tilfeller til en *grenseoverskridelse*. Følgen blir et økt krav til å lage grenser og å overholde dem - mer klassifikasjon, strengere regime og nye kaffikopper.

Selv om forestillingen om noen grunnleggende klassifikatoriske grenser kan være nødvendig, går det an å stille spørsmål ved hvor mye disse bør understrekes og hvor skarpt de bør trekkes. Etter min mening er det farlig å klassifisere personer som manipulerende. Problemet er reelt nok, det er både smertefullt og vanskelig og forholde seg til personer når man opplever at de instrumentaliserer relasjonen og utnytter den. Det er enklere å forholde seg til en person som alltid regnes som manipulerende. Men med en slik kategorisk klassifikasjon fastlåser lett denne personen i en rolle det er vanskelig å komme ut av. Altfor fingradert og konsistent klassifikasjon kan gjøre det lettere å forholde seg til situasjoner, men blir samtidig reduksjonistiske og rigide. Dessuten kan det lett bli selvpoppfyllende profetier.

Når det gjaldt den brukeren som Pedro omtalte ovenfor, så var dette en konfliktfylt tvangsinnleggelse. Brukeren var akutt psykotisk og full av stormannsgale (omnipotente) fantasier. Det var enighet i senteret om at han måtte skjermes. På et kritisk tidspunkt under sykehusinnleggelsen ble det spørsmål om en skjerping eller en oppmyking av regimet. Pedro og 'de nye' mente at en oppmyking ville føre til tilbakefall fordi han oppfattet pasienten som meget manipulerende. Lederen for senteret med støtte av flere 'gamle' mente tiden var inne til lage forpliktende avtaler med ham, og at regimet nå var i ferd med å stivne i et destruktivt mønster²¹. Det ble en oppmykning, uten alvorlige tilbakefall, og pasienten gikk med på et tett oppfølgingsopplegg med SIM:

Dette eksempelet viser etter min mening en dilemmatisk situasjon som er meget typisk i psykiatrisk behandling. Det illustrerer også på en konkret måte konflikten mellom regel og fleksibilitet, mellom det konsistente og klare og det ambivalente og udefinerte. 'De gamle' så tegn på galehusets logikk i kravene om regimeskjerpelse. Etter min oppfatning er dette korrekt i den forstand at det betød en større grad av

¹⁹ Dette er sett fra personalets side. Manipulasjonsbeskyldninger mot pasienter/brukere setter dem i et meget usympatisk lys og kan være vanskelig for dem å beskytte seg mot. Årsaksforholdene kan være langt mer komplekse enn det behandlerne gir uttrykk for.

²⁰ Begge situasjonsbeskrivelsene kan tolkes som metaforiske, men i sykepleiernes tilfelle er metaforiseringen i tilfelle ikke bevisst. En måte å framstille denne forskjellen på er å si at Pedro brukte 'tegn' som var "gjennomsiktige" for ham selv, mens sykepleiernes 'tegn' var "ugjennomsiktige" for dem selv - i det minste inntil Claudio "gjennomskuet" dem.

²¹ Lederen mente også at pasienten ikke lenger var omnipotent og manipulerende, men reagerte på regimet. Han fryktet at de ville drive ham ned i en dyp depresjon og et underkastende forhold til senteret - noe som ville begrense mulighetene for terapeutiske framskritt. (Saken har flere komplekse sider som jeg ikke kan komme inn på her)

klassifikasjon, samtidig som dette eksempelet også viser at det bestandig er snakk om en balansering innenfor et kontinuum.

6.7 Psykologene

Senteret bestod som kjent av flere yrkesgrupper enn psykiatere og sykepleiere/pleiere. Sosialkuratorene hadde faste møter både med brukere og de andre faggruppene i senteret, men var ellers plassert ute i de små kommunale helse- og sosialkontorene. Det var også tilknyttet en logoped som samarbeidet med psykologene i forhold til skolene. Psykologene utgjorde imidlertid en permanent faglig gruppering på 3-4 personer i den tiden jeg var på feltarbeid. Stort sett hadde de sine egne arbeidsoppgaver og sine egne klienter. De holdt seg ellers mest inne på kontoret sitt og var ikke så mye sammen med sykepleierne og psykiaterne under kaffipauser o.l. Jeg sier stort sett, fordi det var mange tilfeller av tett samarbeide om enkelte brukere også, og de slo seg ofte sammen når de skulle kjøre ut brukere og skoler i utkantene av distriktet.

Psykologene drev et omfattende arbeid i forhold til barn og ungdom i barnehager og skoler. Arbeidsoppgavene ligner dem som i Norge hører under 'Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste' ('PP-tjenesten'). Men det ligger en viktig forskjell mellom Norge og Italia i det faktum at italienerne også har en lov om fullstendig integrasjon av funksjonshemmede i skolen. Herunder kommer også psykisk funksjonshemmede og funksjonshemninger som skyldes psykiatriske lidelser. Psykologene har ansvar for oppfølging av slike elever og de kan forordne ekstralærere som staten er forpliktet til å betale for. Psykologene har derfor en meget viktig rolle preventivt, i å forhindre sosial utelukkelse og institusjonalisering av nye personer. Det er også viktig å huske på at integrasjonspolitikken ikke bare gjelder de psykiatriske pasientene.

Den psykologiske profesjonen er svært ny i Italia, og fortsatt ikke fullt utviklet i forhold til andre land, for eksempel Norge. Gradvis har de begynt å finne seg en plass også innenfor voksenpsykiatrien. I SIM forsøkte de i stor grad å involvere psykologene i helt nye brukere. De regnet med at psykologene hadde en mindre stigmatiserende effekt på brukerne enn psykiaterne. Det var også slik at endel av de nye brukerne var litt redde for psykiaterne og selv foretrakk å gå til psykologene. Klientellet til psykologene var, mens jeg var der, vesentlig "lettere" (mindre psykoser, utagerende eller voldsomme brukere) enn hos det psykiatriske behandlerteamet. Det var overveiende kvinner som kom for angstproblemer, depresjon, anorexia osv. Psykologene tilbød samtaleterapi og av og til familieterapi, og det var i langt mindre grad medisiner inne i bildet.

En av psykologene fortalte meg at hun var skeptisk til den rollen medisinerne spilte i senterets relasjon til brukerne. Kanskje kunne flere ha greid seg uten medisin. Medisinerne førte nødvendigvis til å fastholde psykiaternes og sykepleiernes autoritet og gir prestisje til deres medisinske utdanning, selv om den medisinske forklaringsmodellen er forkastet. Som alternative forklaringsmodeller nevnte hun utviklingspsykologi og psykoanalysen.

Dette skillet mellom psykologene og de tradisjonelle faggruppene er interessant med tanke på SIM's videre utvikling. SIM er formelt og administrativt integrert i det totale helse- og sosialtilbudet. Valget denne provinsen har gjort med tanke på å ikke ha psykiatriske innleggelse i selve senteret (som de har gjort i Trieste og de fleste andre steder), men i det somatiske sykehuset, er en spennende løsning som opplagt har en normaliserende funksjon. Samtidig er dette en normalisering som forbinder psykiatrien sterkere med medisinen. Psykologenes ikke-medisinske arbeidsmåte kan

være et annet utviklingspor for senteret. Det er ikke så belastende for brukeren å komme til psykologen som til psykiateren, et forhold som jeg antar skyldes at psykologene aldri har hatt den samme makten. Det er på bakgrunn av disse noe motstridende tendensene, vanskelig å tenke seg annet enn at det fortsatt må være en arbeidsdeling mellom psykiatere og psykologer. Men mange tegn tyder på at psykologenes betydning og makt vil øke i tiden som kommer.

6.8 DEN NYE ARBEIDSTILEN

Hjemmebesøkene

To ganger i uka kjørte et par av behandlerne ut på 'runden'. De besøkte da brukere rundt forbi i distriktet, for å gi dem medisinerne eller bare se til dem. Gamle- og sykehjemmene ble gjerne avlagt et besøk i samme omgang. Overfor meg mente de at disse rundene i seg selv hadde en preventiv effekt. De faste besøkene beroliget brukerne (og pårørende/naboer) og ga SIM anledning til å få øye på problemene før de bygget seg opp. Brukerne holdt i mange tilfeller fast på disse avtalene selv om de ikke lenger trengte medisiner. I enkelte tilfeller var medisindosen redusert til ingenting, men opprettholdt fordi det da var "viktig å holde kontakten". Andre ganger kunne SIM bryte kontakten fordi "brukeren nå måtte stå på egne bein", eller brukeren brøt fordi han/hun mente å klare seg alene.

Senterets biler ble godt kjent i distriktet og det kan godt diskuteres om ikke nærværet av disse lett gjenkjennelige bilene kunne føre til stigmatisering av brukeren. Det er to argumenter mot dette. Det ene er det at naboene ofte vil være klar over problemet lenge før SIM kommer med biler, og at det at SIM i det hele tatt kommer virker beroligende, for ikke å si avdramatiserende på dem. Det andre er at SIM har en åpenhetslinje som de mener på lengre sikt vil fjerne grunnlaget for stigmatisering. Men brukerne kan godt velge å komme til SIM istedenfor å motta besøkene hjemme.

De enkelte besøkenes forløp var svært forskjellige fra hverandre, men hver for seg nokså like fra gang til gang. Hos en bruker satt de alltid og pratet minst en halv time før de dro videre, hos en annen satte de bare medisinerne inn bak vinduslemmen og hentet de tomme beholderne på samme sted som en slags bekreftelse på transaksjonen.

En gang i måneden dro SIM ut til enkelte brukere som bodde i de mest avsidesliggende landsbyene. Det dreide seg mest om noen få tidligere langtidspasienter som hadde trappet ned kontakten med senteret. Vanligvis dro de da innom det lokale helse- og sosialkontoret først for å få en rask briefing fra hjemmesykepleieren som samarbeidet om oppfølgingen og som ga medisiner til dem som brukte det. Psykologene og sosialkuratorene ble også med på disse turene dersom de hadde oppgaver der.

Disse turene, samt de to daglige besøkene på pasientkollektivet, ga en slags organisering av de andre mer forefallende gjøremålene, fordi de måtte innpasses etter dette. Andre utrykninger skjedde på kortere varsel fordi noen hadde ringt, behandlerne hadde observert noe ute som krevde undersøkelse eller som resultat av en diskusjon. Brukerne som daglig kom til senteret kunne legge beslag på behandlerne fordi de måtte snakke om noe eller få hjelp til praktiske ting, og situasjoner kunne eksplodere inne i senteret fordi et feil ord ble valgt eller at akkurat 'de to' brukerne møtte hverandre i korridoren. Når noen var innlagt på sykehuset betød det vanligvis jevnlig besøk over en periode. På skrivepulten i 'kontoret' lå det hele tiden en bok der hvert skift, morgen

og kveld, hadde én side. Det ble her notert planlagte aktiviteter og avtaler, også det som ble gjort den dagen og som det var viktig å huske. Alle hjemmebesøk ble f.eks. notert her og alle innleggelser, viktige beskjeder osv. På grunnlag av denne boka ble det vært år laget en statistikk over senterets aktiviteter.

Dagene i SIM var derfor relativt uoversiktlige og uforutsigbare. Ikke blottet for rutiner, men nokså ustrukturerte i forhold til institusjonen eller 'galehuset'. Det mente de ihvertfall selv, og de framhevet denne mangelen på struktur og innslaget av improvisasjon som noe positivt og motsatt av en "byråkratisk" institusjon.

6.9 Diagnostisk klassifikasjon

Distriktet som SIM dekker heter Tiberdalen, og omfatter som nevnt flere kommuner over et vidstrakt geografisk område. Siden det også er kulturelle variasjoner mellom bysentraene (de største landsbyene) og mer perifere områder, var jeg opptatt av epidemiologiske spørsmål.

På bakgrunn av arkivet over alle brukerne lagde jeg en liste med opplysninger om sosial bakgrunn, pasientkarriere, sivil status, alder, hvor de kom fra osv. Journalene som delvis var overført fra det psykiatriske sykehuset og delvis ført av behandlerne i SIM inneholdt enkelte diagnostiske karakteristikk, men meget ufullkomment og usystematisk. Jeg var inneforstått med at de hadde et ambivalent forhold til diagnostiske termer i senteret, som innenfor den italienske reformpsykiatrien forøvrig. De var motstandere av å redusere brukerne eller pasientene til diagnostiske begreper, men samtidig var det vanskelig å snakke om psykiske lidelser uten å bruke det begreps-apparatet som de var opplært i.

Jeg spurte senterets leder om han kunne tenke seg å gjennomgå listen sammen med meg og gi noen stikkord om hva slags type problemer de hadde av psykiatrisk art. Han var nokså motvillig i starten og gjentok argumenter mot diagnoser som jeg tidligere har hørt. Jeg fikk det imidlertid, mot at jeg "lovte å ta hele papiret med meg til Oslo etterpå" - dvs. langt bort. Kategoriene som ble valgt for å danne 'typene' svarte til dem som delvis var brukt i journalene og som delvis ble brukt muntlig i omtalen av brukerne. Jeg mente ikke å tvinge fram en klassifisering som ikke allerede var der. Det tror jeg heller ikke at jeg gjorde, men den systematiske nedskrivningen av den var åpenbart noe på kanten. Den muntlige terminologien og forholdet mellom det uskrevne og det skrevne, kan imidlertid i seg selv gi et innblikk i senterets praksis.

Psykiatriske diagnoser og begreper er en del av dagligspråket til alle og blander seg med klart folkelige uttrykk. Langt flere kjenner og bruker ord som gal, hysterisk og dilla, enn psykotisk, nevrotisk og psykopat. Likevel er det begreper som i varierende grad er distribuert blant lekfolk, med tildels svært varierende innhold. Dette trenger ikke bety at man ikke vet hva man snakker om, men at ulike grupper kan gi forskjellige betydninger til de samme begrepene. Når de diagnostiske begrepene brukes i SIM, forsvarer de det med at det er blitt endel av deres "jargon" - de frasier begrepene vitenskapelighet. De må kunne kommunisere, de trenger å sette ord på ting, og det er dette språket de har lært. Med å kalle det "jargon" reduserer de den psykiatriske terminologien til dagligtale, et språk en gruppe mennesker deler.

SIM forsøker å holde på en tilnærming til psykiske lidelser som er fiendtlig til diagnostisk tenkning. Dette sa senterets leder i 1987 til en gruppe dansker:

"Det blev fremført, at hvor der tidligere blev stillet diagnoser på det psykiatriske hospital ud fra patientens rektioner og symptomer der, var der tale om en helt anden situation når man ser personen med psykiske problemer i sit eget hjem eller i centret. Her

forekom det åbenlyst, at anvendelsen af diagnosebetegnelser var utilstrækkelige eller direkte vildledende."²²

Man skal altså se personen i sin totale livssituasjon og rette tiltakene i forhold til dette. Hver situasjon har noe unikt. Bruken av psykofarmaka²³ tvinger en imidlertid alene til å knytte diagnostiske termer til personer, da disse er klassifisert til forskjellig bruk; - antidepressive, beroligende, antipsykotiske etc.

I tillegg er klassifisering et grunnleggende element i all kunnskaps-oppygging. Man må sammenligne ulike ting for å overføre forståelse fra et fenomen til et annet. Det er vanskelig å tenke seg at behandlerne i SIM ikke skulle foreta slike kategoriseringer på ett eller annet vis. Det påstår de heller ikke, men de venter på noe bedre og bruker deler av det gamle diagnosespråket som en "språklig krykke"²⁴ i mellomtiden.

6.10 Muntlighet og skriftlighet

I mange situasjoner handler personalet fra SIM umiddelbart og bestemt, uten at de etterpå helt kan redegjøre for sine handlingsvalg. I andre situasjoner kan de imidlertid oppleve seg selv som usikre og tvilrådige. Det er nokså alminnelig erkjent i psykiatriske institusjoner at enkelte pasienter er det bare den eller den av personalet som "takler". Når andre blir nødt til å konfrontere situasjoner med denne pasienten, oppstår det et behov for å overføre kunnskap om selve "taklingen". Personalet har derfor behov for å snakke om pasientene og om det problematiske og "spesielle" eller avvikende ved den enkelte pasient. Slik er det også i SIM, og det er vanskelig å unngå en kategorisering rundt negative aspekter ved en person. I muntlig form kan imidlertid et fyldigere og mer nyansert bilde formidles enn i skriftlig.

Overføring og oppsamling av kunnskap om pasientene i et sykehus skjer vanligvis i journalene. SIM fikk overdratt ansvaret for de tidligere langtidspasientene sammen med deres journaler. Alle nye brukere har også fått journaler. Journalene er ment å sikre at kunnskapen om hver enkelt pasient gjøres personuavhengig og tilgjengelig. Symptomer, diagnose, behandlingsopplegg og forløp, skal finnes her sammen med enkelte personlige opplysninger. Journaler har en åpenbar fordel når pasientene er mange og tilknyttet i lang tid, og når personalet gjennomgår utskiftninger. De utgjør en form for varig kollektiv hukommelse.

Journalene i SIM ble etter mine begreper²⁵ ført svært sjelden og usystematisk. De ble ikke ført ved jevne mellomrom, forskjellige ting ble tatt med i forskjellige journaler, og hvor mye det var varierte også voldsomt. Innleggelser, tvungne inngrep og medisindoser stod der som regel, selv om medisineringen stod på et eget kort i medisinkardexen. En første rapport var der vanligvis også, med opplysninger om livshistorie, familieforhold, problemer osv. Denne rapporten består vanligvis av hva brukeren forteller om seg selv, samt psykiaterens vurdering eller inntrykk av brukeren. Bare unntaksvis ble disse journalene fulgt opp, og jeg så aldri at noen slo opp i dem for å innhente opplysninger. De spurte hverandre isteden. Når jeg ba om mer eksakte svar på f.eks. hvor lenge en innleggelse hadde vart eller hvilket år det var, hvis det var lenge siden, hendte det at de konsulterte journalen eller bad meg se etter selv. De hadde selv arkivet i hodet. Det var også fullt tillatt å henvende seg anonymt til senteret eller

²² Albæk, J.(1987): s.51 (dsi-rapport)

²³ Felles betegnelse på medisinske preparater som påvirker psyken.

²⁴ Formulering fra senterets leder.

²⁵ Jeg har arbeidet på en norsk psykiatrisk avdeling ved Dikemark sykehus.

konsultere behandlerne uten at det ble notert navn og adresse. I praksis dreide dette seg utelukkende om sporadiske henvendelser.

SIM har oppgitt at de først og fremst benytter seg av journalene når det er brukere som er under "kontinuerlig behandling" og at dette gjelder ca. en tredjedel av brukerne²⁶. Jeg har ikke systematisk undersøkt riktigheten av dette, men det står ikke i motsetning til mine egne inntrykk. I følge senterets leder er det dessuten ikke obligatorisk å føre journaler ved poliklinisk behandling²⁷. Brukerne har en formell, men sjelden praktisert rett til å se sine journaler.

De første dagene jeg var i SIM hadde jeg et svare problem med å holde orden på alle navnene som fløy i luften. Språkproblemet hadde sin del av skylden. Når jeg etterhvert kom meg med på turene gikk det lettere å skille brukerne fra hverandre fordi jeg fikk treffe dem og danne meg et bilde av dem. Enkelte ganger behandlerne at det ikke var noen vits i at jeg ble med fordi de ikke kunne ta meg med innenfor allikevel. Jeg bad likevel om å få sitte på i bilen. Huset, nabolaget og omgivelsene ga meg likevel en referanse som jeg kunne hekte på navnet til brukeren og kunne senere spørre etter "hun som bodde på veien til Pieve".

Foruten journalene var det et annet og kanskje viktigere skriftlig hjelpemiddel. På skrivebordet lå det bestandig en stor dagbok hvor alle utførte konsultasjoner, besøk, uttrykninger, innleggelses o.l. ble notert. Framtidige avtaler ble også skrevet inn her fordi den fungerte som en slags kalender med en halv side for hvert skift, morgen og kveld. Korte notater om hvordan besøkene hadde forløpt, beskjeder eller viktige opplysninger ville også bli notert her. Ofte kunne man lese her som i rapportbøkene i så mange psykiatriske institusjoner, et navn og kommentaren "intet spesielt". Språket var ellers preget av en muntlig og økonomisk form, så knapp at utenforstående ikke kunne finne særlig mening i det.

Viktige meldinger, f.eks. ekstraordinære møter, avtaler og tidsfrister kunne bli skrevet opp på tavla - da ville alle se det. En lang periode stod det følgende setning der: "Giorgio bør bevare sin ære". Giorgio hadde sagt dette i en samtale med en av psykiaterne, Pedro, som skrev det opp på tavla slik at han skulle huske det. Pedro minnet han flere ganger om det ved å peke på tavla. Veldig forenklet handlet dette om å forstå at en innvilgelse av samværsrett til datteren (via domstolen) hang sammen med hvordan Giorgio oppførte seg.

Mitt generelle inntrykk av SIM er at senteret i veldig stor grad har lagret sin kompetanse og erfaringer i de enkelte behandlernes hukommelse og at utvekslingen av denne kunnskapen hovedsaklig skjer muntlig. Dette gjelder både små praktiske detaljer og grunnleggende forståelser. SIM betraktet som et "samfunn" er ikke skriftløst, men i stor grad basert på muntlighet. Antatte fordeler ved dette er at man kan ha mer dynamiske eller dialektiske tilnærminger til problemene og mindre skjematiske. Kunnskapen er ikke "fastfrosset" i nedskrevne tekster, men mer plastisk i møte med nye erfaringer. Kvalitative vurderinger, nyanser og aspekter formidles lettere i muntlig form og man er sikrere på at budskapet blir tolket riktig. Innvendingene er også mange. Hvordan skal man sikre seg mot subjektive feilvurderinger fra enkelte behandlere når deres vurderinger og kriterier for dem ikke nedskrives? Hvordan skal man kunne gardere seg mot "historieforvrengning" når så lite nedskrives, men bare "huskes"? Krav om objektivitet og at behandlingsopplegget skal være tilgjengelig for innsyn og kritikk, er vanskelig å møte med et slikt opplegg.

²⁶ Lomholdt, A.(1986): s.11(rapport)

²⁷ Albæk, J.(1987): s.58 (dsi-rapport)

6.11 Kunnskap og makt

Den fleksible og personlige arbeidstilen virket på mange måter svært riktig i et såpass ukontrollert arbeidsfelt som senteret opererte i. Men den krever et stort arbeid når det gjelder å utarbeide grunnleggende fellesforståelser. Dette blir antakelig spesielt vanskelig når kunnskap skal overføres til en ny generasjon. Intuitive forståelser og valg må da begrunnes, og det blir større behov for å nedskrive deler av den muntlige kunnskapen som ellers forsvinner med bærerene av den. Dette reiser også spørsmål om makt og grunnlag for kritikk.

'De gamle', og særlig de to psykiaterne som hadde kommet fra galehuset, refererte til svært ofte til den "historiske arven". Når disse referansene ble gjort midt i en diskusjon om daglige problemer, kunne det sette ting i perspektiv, gi en videre mening. Men samtidig var det ikke til å unngå at 'de gamle' på denne måten også satte premisser for diskusjonen og ga en ekstra legitimitet til sitt synspunkt som det var vanskelig å opponere mot.

En av 'de nye' påpekte dette under ett av de mange møtene på 'kontoret'. Claudio viste til de spesielle erfaringene som reformene i Arezzo hadde gitt ham. En av sykepleierne innvendte straks at "dette kunne samtidig benyttes som et våpen". Hvor effektivt dette våpenet kunne være, fikk jeg tidlig demonstrert, da jeg var med Claudio på et møte mellom fagforeningene innen helsesektoren. Det var et heftig munnhoggeri mellom noen av representantene på møtet om et relativt bagatellmessig spørsmål. Claudio tok til orde og trakk med det samme noen tråder tilbake til reformtiden i Arezzo. Han snakket seg ganske varm om den tidens store allmøter der det kom til folk fra byen, studenter, politikere og arbeidere... Han husket enkelte personligheter fra den tiden og anekdoter. I møtesalen var det blitt fullstendig stille.

"Erfaringen fra Arezzo" kan være et maktinstrument overfor 'de nye'. Den kan brukes til å forsvare seg mot kritikk ved å betegne kritikken som "typisk for galehuset" e.l., og til å gi tyngde til egen kritikk. "Erfaringen fra Arezzo" er i denne sammenhengen ikke noen egentlig 'modell', men et grunnlag for meningsdannelse: Et legitimt grunnlag for å skille - klassifisere. 'De nye' må godta at de aldri selv kan få "erfaringen fra Arezzo", og at de må lære av 'de gamle'. Dette skaper et hierarki over kunnskap og makt. 'De gamles' hegemoni i senteret bygger ikke på en bestemt modell eller klassifikasjon, men på anerkjennelsen av deres klassifikatoriske evner.

6.12 Oppsummering

Det nye psykiatriske tilbudet er, som jeg har forsøkt å vise, i stor grad utformet med sikte på å 'negere' galehuset. De nye strukturene er mer integrert i byen og andre offentlige tilbud, det er lagt vekt på større fleksibilitet, frivillighet og personlige tilpasninger av tilbudet. Det er nedlagt en sterk motstand mot institusjonaliseringstendenser: En egen psykiatrisk avdeling er for eksempel uønsket, selv om dette kunne forenklet og rasjonalisert behandlingen av innlagte. Hovedprinsippene for denne 'negasjonen' av galehuset synes å være å bringe de psykiatriske pasientene og den psykiatriske behandlingen inn i felleskapet, ved integrasjon og tidsbegrensning av utelukkelsen (integrasjon og midlertidighet).

Siden dette har ført til en oppløsning og tvil om gamle klassifikatoriske grenser, har det oppstått mange vanskelige situasjoner. Behovet for grenser og behovet for klassifikasjon er fortsatt tilstede, men de må defineres på nytt innenfor nye strukturer. Relasjonene mellom behandlerne og brukerne er fortsatt preget av maktforskjell og klassifikatoriske skiller, men innenfor en helt ny struktur. Bare det faktum at brukeren

også kan gå hjem etter konsultasjonen og ha et privatliv, gir helt andre proporsjoner til den avmaktfølelsen han kan ha overfor psykiateren. Ellers har jeg også påpekt at det hele tiden er en vanskelig balansegang mellom forskjellige grader av klassifikasjon.

Grensene i SIM virker langt mer mobile og fleksible enn galehusets 'murer'. De er mer midlertidige og foranderlige, noe som kan skyldes den måten det psykiatriske tilbudet er strukturert på; - mangelen på en fastlagt og finordnet organisasjon av arbeidet, mangelen på en fysisk struktur ('institusjonen') der pasientkategoriene adskilles og isoleres og mangelen på en systematisk nedskrivning av diagnoser og "sykdoms-forløp". Innvendingen kan være at makthierarki og maktovergrep i en slik uformell organisasjon, ofte blir mer usynlige enn i en formell.

Likevel vil jeg understreke at psykiatrien gjennom denne reformen har fått redusert sine maktmidler totalt sett og at brukerne av de nye tilbudene gjennomgående, på godt og ondt, nyter større frihet og større samfunnsdeltakelse enn tidligere. Virkeliggjørelsen av lov 180 var ikke bare avhengig av psykiatriens og helse/sosialtilbudenes interne omstrukturering, men i høy grad av hvordan samfunnet tok i mot både disse tjenestene og pasientene. Behandlingsoppleggene og oppfølgingsprogrammene betyr ikke lenger bare en bearbeiding av individets psykiske spenninger eller relasjonene mellom behandlere og pasienter innenfor avdelingen. Samspillet mellom brukeren og nærmiljøet, mellom behandlingsprosjektet og samfunnet er nå minst like viktig. Der hvor den ytre galehusmuren tidligere lagde et brudd, er det nå en svært essensiell relasjon - en relasjon som fortsatt trenger behandling.

7 DET UTFLYTTEDE GALEHUSET

"Gjerdet og porten er å forstå som "distanserende" midler som betegner en særlig status (verdiget). Antikkens og middelalderens bymurer var heller ikke betinget av forsvarshensyn alene, men var symbol for "civitas", for det kollektivet de omfattet i motsetning til den ville natur utenfor. Bymuren stod som uttrykk for rett, sikkerhet og orden."¹

Sansepolcros bymur er forlengst overskredet av byen selv. De som bor innenfor murene tar den likefullt som utgangspunkt når de for spøk kaller dem som bor utenfor for "bønder". De to hovedportene er de vanligste referansepunktene, slik at det meste enten skjer ved 'Porta Romana' eller 'Porta Fiorentina', om ikke ved det sentrale torget midt mellom dem. Der stod tidligere byens eneste tårn, som byens beboere meget godt minnes at tyskerne av en eller annen grunn sprengte før de trakk seg ut under den annen verdenskrig. Byen som er en typisk toscansk "borgby", kalles like ofte bare 'il Burgo' og dialekten likeledes for 'burghese'.

"Borgbyen" kan stå som en metafor for det 'samfunnet' som de psykiatriske pasientene ble utskrevet til og som de nye brukerne skulle holdes innenfor. Metaforen billedliggjør ikke bare det "siviliserte" samfunn - det middelalderske "civitas", men også bymuren som en symbolsk grense for samfunnet. Forvisningen til galehuset var ikke en utelukkelse i egentlig forstand - galehuset tilhørte jo også samfunnet. Men denne forvisningen innebar så mange fornektelser i forhold til dette samfunnet (se kapittel 2) at det likevel er meningsfylt å snakke om samfunnet og galehuset som to adskilte ting.

Douglas vektlegger kroppsmetaforer som måter å begrepsfeste samfunn på. Hennes begreper kan etter min mening overføres på 'byer' - og andre fysiske strukturer som rommer samfunn. Jeg har tidligere forsøkt å vise hvordan galehusets arkitektur også ble en metafor for en sosial og symbolsk struktur ('murene'). Douglas benytter seg av et begrepsmessig skille mellom to slags 'grenser'; - 'external boundaries' og 'internal lines'². Den ytre grensen kan betraktes som beskyttelse av hele systemet mot ytre press, samtidig som den bevarer den indre konformiteten. Bymuren er en metafor for denne yttergrensen og fungerer gjennom å *innlemme* eller *utvise* potensielle medlemmer, og avvise inntrengere. Slike ytre 'murer' kan gjenfinnes på ulike nivåer, hver gang vi avgrensner en sosial enhet. Familiehusholdet, landsbyen og nasjonen, representerer slike enheter på ulike nivåer.

Innenfor yttermuren finner vi imidlertid indre grenser som ikke har som funksjon å inkludere/ekskludere, men *regulere*. De indre grensene har kan også ha konkrete murer som symbolske representasjoner - for eksempel mellom husene/leilighetene/rommene. Det er forholdet mellom samfunnsmedlemmene som reguleres av de indre grensene, som kan betraktes som det moralske systemet og inneholder regler, rettigheter og forpliktelser.

Den prinsipielle forskjellen mellom ytre og indre 'grenser', er vesentlig i forhold til spørsmålet om en integrasjon av de psykiatriske pasientene. Byen er nødt til, på en eller annen måte, å forholde seg til de psykiatriske pasientene/brukerne så lenge de er innenfor. Men det kan reises krav om ny utelukkelse av dem i form av *forvisning* (tvangsinnleggelse, tvangsforflytning, utkastning fra bolig etc.) Personer med psykiatriske lidelser kan også utelukkes innenfor bymuren ved at de *usynliggjøres*. Dette siste uttrykkes paradoksalt nok ved effektivt fravær av de regulerende indre grensene.

¹ Norberg-Schultz, C.(1967)

² Douglas, M.(1966): s.122&129

Betydningen av dette er mangel av sosiale relasjoner, samhandlinger og reaksjoner. De indre grensene er å betrakte som betingelser for relasjoner - ikke hindringer.

Sosial integrasjon av psykiatriske pasienter innebærer ofte en forhandling med deres sosiale omgivelsene om begge disse to formene for grenser - om medlemskap og relasjoner.

7.1 Forhandling om medlemskap

A. Umberto

Avvikende adferd eller 'galskap' kan føre til krav om eksklusjon av et samfunnsmedlem. Den mest totale formen for utelukkelse av en person er tvangsinnleggelsen - den tvangsinnlagte er da plassert utenfor den ytre 'muren'. Som jeg nevnte i innledningen til dette kapitlet, kan vi også på lavere nivåer gjenfinne 'yttermurene', rundt mindre sosiale enheter.

Når for eksempel et offentlig tilbud avviser en psykiatrisk pasient, kan dette være et uttrykk for en generell utdefinering av psykiatriske pasienter som gruppe fra dette felleskapet. Senterets brukere kan være mer eller mindre integrert i samfunnet, mer eller mindre deltakere. Integrasjon kan også betraktes som en rekke medlemskap som tilsammen utgjør et fullstendig medlemskap. Dette er noe som det ofte forhandles om.

Det at hvert enkelt medlemskap i tillegg kan bygge på forskjellige betingelser - ikke alle medlemmer er likeverdige, skal jeg komme tilbake til senere.

En dag var det kommet meldinger fra landsbyen Pontella om at *Umberto* hadde begynt å oppføre seg påfallende igjen. SIM, som er mentalhelse-senter for hele Tiberdalen, har nesten daglig kontakt med det lokale helse- og sosialkontoret og gamlehjemmet i Pontella, der Umberto pleier å spise lunsj. Det viste seg at han hadde forlatt byen og reist på en av sine beryktede "turer" igjen. Noen hadde ihvertfall sett ham på torget ved den tiden ekspressbussen pleier å ankomme, og senere var han ikke å oppspore. En sykepleier fra SIM lette både i leiligheten hans, på stambaren og i forretningen hvor han pleier å handle. På gamlehjemmet hvor han får spise lunsj, hadde de ikke sett ham den dagen. Pensjonistene som han pleier å dele bord med var ellers ikke spesielt meddelsomme, slik at sykepleieren fikk mistanke om at de ikke ønsket å "sladre" på ham³.

Umberto var egentlig ikke en mentalpasient. Han hadde ingen "karriere" bak seg og ble heller ikke sett på som "mentalt syk" eller "pasient" på mentalhelsesenteret. En av legene sa til meg at han sannsynligvis led av presenilitet. Likevel hadde Umberto flere ganger vært i kontakt med SIM og hadde derfor sitt eget kort i arkivet.

Det var på sine gamle dager at Umberto foretok seg en del ting som fikk andre til å ringe etter SIM. Behandlerne rykket ut, men behøvde aldri å ty til tvangsmidler. Umberto ble tilbudt medisin, men hadde alltid avslått. SIM mente at det var sosialkontoret som burde ha ansvaret for ham. For det var åpenbart for både SIM og Umbertos naboer at han trengte noe tilsyn og omsorg. Helse- og sosialkontoret ønsket imidlertid ikke å ta ansvaret når Umberto gjorde noe som var "på kanten", da var han ikke "deres". Hva gjorde Umberto?

Umberto levde vanligvis rolig i en leilighet i en nabolandsby til Sansepolcro. Leiligheten var bestandig et stort kaos av rot og skitt. Vinduene stod åpne sommer som vinter, og døren var aldri låst. Han sov gjerne fullt påkledd og var ikke så nøye med

³ De refererte hendelsene i denne beretningen var jeg selv direkte vitne til.

hygiene. Av og til fikk han en rastløshet over seg. Da fylte han gjerne kjøleskapet med matvarer som ble liggende og råtne fordi han lot til å glemme dem i neste sekund. Han brød seg heller ikke om at han gjorde i buksene og kunne komme til å stinke ganske ille etterhvert. I slike perioder fikk han ofte lyst til å reise, hvilket han da også gjorde. Han dro da til større byer som Arezzo, Firenze eller Roma, tok inn på fine hotellerom, spiste flotte middager og gikk skikkelig på fylla. I følge ham selv, manglet han heller ikke damer.

Han gjorde ikke noe som var kriminelt. To solide pensjoner ga ham økonomisk handlefrihet til å være periodevis storkar. Men han vakte mye oppmerksomhet og ikke minst ubehag, når han ankom som en verdensmann i hatt og lys sommerdress. Stilige gevanter som desverre viste seg å være flekkete og stinke av gammel urin. Denne livstilen brøt ikke bare tvert med vanlige normer, men ble av leger betegnet som direkte farlig for ham selv. Han hadde ved siden av sin høye alder, en svært alarmerende almenntilstand. Samtidig lot han til å tåle mer enn "normale" mennesker, tross sin ene kvarte lunge og et ekstremt blodtrykk.

Det gikk to dager før vi hørte mer fra Umberto. Da hadde han blitt innlagt på et privat hospital. Noen hadde funnet han omsegnet på gaten om natten og varslet ambulanse som brakte han til nærmeste klinikk. Helsemyndighetene i Tiberdalen ville få han hjem igjen, men ville ikke sende ambulanse, da de mente at han ikke var "deres pasient". Av samme grunn ville de ikke sende noen av hjemmesykepleierne heller. Diagnosen fra hospitalet lød på hjertesvikt og fysisk kollaps, - ingen direkte påvisbare psykiske forstyrrelser. Pasienten ønsket selv å komme hjem igjen.

I SIM ble denne saken gjenstand for lange diskusjoner. De fleste mente at Umberto ikke var SIMs ansvar, men helse- og sosialkontorets. Mange erklærte seg enig med senterets eldste sykepleier Nadia, som advarte mot å "ta med seg galehuset utenfor". På den andre siden ble det også framholdt at senterets linje var "antibyråkratisk", de som en gang hadde kommet i kontakt med senteret skulle ikke avvises uten at de helt sikkert fikk hjelp andre steder. En av de yngre psykiaterne, Pedro, var den som gikk lengst i å betegne Umbertos psykiske tilstand som unormal: - *synes ikke helt sunn i hodet, eller så har han en svært egen oppfatning av verden.* Pedro tenkte likevel ikke bare på Umbertos behov når han argumenterte for en inngripen fra SIM. Dersom Umberto forulykket på sin Romatur, fryktet han at senteret ville bli holdt ansvarlig og beskyldt for å ha "overlatt en pasient til seg selv"⁴.

Resultatet ble at en sykepleier fra senteret og en hjemmesykepleier dro sammen ned til Roma i senterets bil, for å hente Umberto⁵. SIM mente at de slik ville trekke helse- og sosialkontoret mer inn i Umbertos situasjon og avpsykiatrisere innblandingen fra SIM.

Umberto viste glede da han ble hentet av de to sykepleierne som han kjente fra før. Det var imidlertid så vidt han fikk utskrivning, fordi vakthavende lege mente han var døden nær, etter å ha sjekket hans fysiske tilstand. Det hjalp ikke at Marco (SIM) forklarte at dette faktisk var Umbertos "normale" tilstand, han måtte underskrive at han tok over ansvaret og love at Umberto måtte på det somatiske sykehuset i Sansepolcro. Legen fryktet at han kunne bli trukket til ansvar for utskrivningen dersom noe hendte med Umberto. Marco hadde ikke lyst til å gjøre vendereis uten å ha fullført ærendet. Det var lang vei, og den legen som hadde vakt da SIM ringte, hadde jo sagt at det var ok. Men alt ble mer alvorlig når det ble snakk om å undertegne papirer. Marco som

⁴ En av de vanligste kritikkene mot psykiatireformen fra 1978, er at pasientene ble overlatt til seg selv når de psykiatriske sykehusene ble nedlagt. Den lokale pressen ville sannsynligvis også ha laget et sensasjonspreget oppslag i et slikt tilfelle.

⁵ Jeg var selv med på denne turen.

heller ikke ønsket å skrive under på ansvaret for at Umberto dro hjem og kanskje tok fatt på de samme utskeielsene igjen, lovet å ta ham til sykehuset i Sansepolcro.

Da dette kom opp i bilen på veien hjemover, ville ikke Umberto høre tale om det. Han ville slett ikke innlegges den samme kvelden. Først måtte han hjem et ærend, så kunne han ta bussen til Sansepolcro morgenen etter. Diskusjonen pågikk ganske lenge, men Umberto var urokkelig. Tilsist sa Marco at hvis han ikke frivillig gikk med på dette, så "*visste han selv hva som ville skje ... , da ville det bli forordnet en TSO (tvangsinnleggelse) for ham.*" Umberto svarte ikke på dette, men gjentok at han "*var sin egen herre og gjorde som han ville selv.*" Marco kjørte imidlertid rett til sykehuset, og Umberto gikk lydig med inn, uten at det ble vekslet flere ord om saken. Sykehuslegen som hadde tatt i mot ham, leste det bekymrede brevet fra hospitalet og blåste av det: - *dette er ingenting for Umberto! Men vi får holde ham her et par dager for sikkerhets skyld.*

Hjemmesykepleieren som hadde fulgt med på turen var hele tiden nokså passivt tilstede og blandet seg ikke inn. Marco kjente Umberto godt fra tidligere, så det virket umiddelbart naturlig. I SIM har denne hendelsen imidlertid blitt tolket som uheldig i ettertid; - de skulle ikke gått inn i denne situasjonen. Men de har trukket fram som en positiv følge av måten det ble håndtert på, at den nevnte hjemmesykepleieren senere har engasjert seg mer i forhold til Umberto.

- SIM og de øvrige helse- og sosialtjenestene

Dette eksempelet belyser en generell problematikk som kan sees fra to sider. For det første er det en grensedragnings mellom SIM på den ene siden og andre offentlige instanser på den andre om ansvarsforhold og arbeidsdeling. For det andre er det en forhandling om Umbertos medlemskap blant 'de normale' - om han skal ha de samme rettigheter og friheter som andre samfunnsmedlemmer normalt har.

Umberto representerte et stadig tilbakevendende og ubehagelig problem for SIM, ikke ved sin blotte framtoning, eller ved kravene han stilte. Det var mer dette at han 'egentlig' ikke skulle vært SIMs ansvar og at det ble opplevd som et psykiatiserende overgrep å ha med ham å gjøre. Men ingen andre vil ta over ansvaret, og folk flest synes også å mene at dette er SIMs oppgave. Denne oppfatningen ble så styrket hver gang SIM fikk med Umberto å gjøre. Uansett hva SIM gjorde så ble det galt på en eller annen måte, og forventningene til at de skulle gjøre noe, var så klare at det kunne få juridiske konsekvenser.

Slike situasjoner har fellestrekk med det som i jussen kalles 'presedens': Enkelte domsavgjørelser har en virkning utover det konkrete domstilfellet ved at de danner prinsipper for senere tolkning og lovanvendelse. Praksis er en viktig faktor også i jussen fordi lovene alltid krever tolkning og nytolkning. Når SIM rykket ut for å ta seg av Umberto, var dette en handling som også fikk mening utover selve akten. Helse- og sosialkontoret i landsbyen kunne vise til slike handlinger for å underbygge sin oppfatning om at han var en psykiatrisk pasient og ikke under deres ansvar. Dersom SIM ikke foretok seg noe, var sjansene store for at folkemeningen i landsbyen ville dømme SIM for å "overlate pasientene til seg selv". SIM forhandlet derfor med Helse- og sosialkontoret for å få dem til å sende med en sykepleier, slik at de 'symbolsk' sett delte på ansvaret. SIMs strategi var å gradvis overføre hele ansvaret til dem. SIM måtte imidlertid gi seg på å få en ambulanse, men bruke senterets bil istedet.

Hvordan handlet denne situasjonen om muligheten av å gjenreise 'galehuset' utenfor?

Å gjenreise 'galehuset', mener jeg handler om å gjenreise galehusets 'murer' (se kapittel 2). Dette innebærer en samfunnsmessig utelukkelse av enkeltindivider pga. deres befatning med psykiatrien. Forskjellsbehandlingen må bygge på en klassifisering av brukerne som annerledes enn andre borgere, selv når de presenterer de samme kravene, behovene eller handlingene. I Umbertos tilfelle kan man tolke generelle oppfatninger om at han er "SIM sin" som en slik 'mur' som utelukker ham fra andre gamle (og andre senile). Når helse- og sosialkontoret på hjemstedet i praksis nekter å stille opp for Umberto med samme begrunnelse - "*han er ikke vår*" - kan vi på nytt øyne en 'mur'. Tydeligst kommer den vel imidlertid til syne når legen ved klinikken i Roma umyndiggjør Umberto ved å i praksis "tvinge" SIMs sykepleier til å legge ham inn - frivillig eller ufrivillig.

Klinikken i Roma, helse- og sosialkontoret, folk i nærmiljøet til Umberto, og muligens - potensielt - pressen, er alle med på å trekke en *ny 'bymur'* mellom SIM og det øvrige samfunn. Det vil si, *SIM forhandler* med dem om denne grensen når de diskuterer ansvars- og kompetanseområder. Forhandlingene er ofte indirekte, fordi de kan dreie seg om hvordan en situasjon skal tolkes - konsekvensene av en bestemt tolkning er ofte gitt på forhånd. De grensene som samfunnet kan trekke opp rundt personer som er i kontakt med psykiatrien, kan godt inneholde de samme egenskapene som galehusmuren hadde. Vi kan betrakte grensen slik vi betraktet muren, i en fysisk, sosial og symbolsk dimensjon.

SIM gir uttrykk for at de ikke ønsker en 'yttermur' mellom seg og samfunnet forøvrig, slik at brukerne blir plassert enten på den ene eller annen side. De viser til at i galehusets dager så hadde pasientene sine egne frisører og skomakere innenfor galehuset. Hvorfor kunne de ikke få gå til de samme frisørene som folk utenfor galehuset? Likedan spør de om hvorfor brukerne i dag henvises til SIM når de har sosiale problemer eller somatiske plager.

B. Renato

Det hadde allerede, en uke tidligere, kommet et brev fra ordføreren i Botolino som hovedsaklig tok opp situasjonen til en annen bruker, men også nevnte Renato. Ordføreren viste til at moren hans var syk og at grenda de bodde i ville bli helt forlatt i vintermånedene. Hun har ønsket å bli overført til et gamlehjem i Botolino. Renato har imidlertid motsatt seg fullstendig å flytte fra Montebotolino⁶.

Psykiateren Roberto forklarte det slik at Renato antakelig heller ikke ville at moren skulle på gamlehjem. Det var ikke så lenge siden faren døde. Renato og mora bodde nå alene sammen i ei lita fjellgrend utenfor Botolino, der stadig flere av naboene har flyttet og omgjort husene til sommerhus - en utvikling som Renato mislikte sterkt. Denne sterke stedstilknytningen hindret ikke Renato i å være interessert i verden utenfor. Stadig dro han ut på lange reiser, til andre land og verdensdeler. Før han ble dårlig arbeidet han som sjåfør, nå mottok han uføretrygd på grunn av sine psykiske problemer. Roberto beskrev Renato som en kjempe, høy og kraftig og med "Pavarottistemme". Det var ikke rart at han kunne vekke litt engstelse rundt seg ved sin blotte framtoning. Renato har vært innlagt på avdelingen for urolige på galehuset (se kapittel 2). Det var rykter som tydet på at det var endel krangler mellom ham og mora, men mora benekter hele tiden overfor andre at det er noe problem.

⁶ Hendelsene i denne beretningen er blitt fortalt meg av flere av behandlerne, blant annet dem som var til stede. Renato ble senere diskutert i senteret mens jeg var der, fordi ordføreren også senere skrev til SIM angående spørsmålet om morens gamlehjems plass.

Denne augustdagen hadde imidlertid ordføreren selv ringt ned til SIM. Han hadde angivelig fått beskjed om at Renato hadde kastet mora ut av huset, kastet en vannbeholder etter henne og deretter truet andre folk med kniv. Sykepleieren som først tok telefonen, spurte ordføreren om hvordan han kunne stå og ringe til SIM dersom Renato gikk rundt og stakk folk i det selvsamme øyeblikk. Lederen for SIM tok over telefonen og sa da at det naturlige var å sende politiet for å vurdere og eventuelt gripe inn i situasjonen. Men de skulle også sende noen fra SIM.

Ordføreren tilkalte da politiet som pågrep Renato hjemme i det han forlot huset med en koffert og en stresskoffert inneholdende klær, reiseeffekter og 20 millioner lire (bortimot 100.000 kroner). Han hadde da sagt til politibetjentene at han skulle til Rimini på ferie, og at han "hadde penger nok".

Roberto og senterets leder møtte Renato på politistasjonen. Han var da svært avvisende og sa at han ikke ville snakke med SIM. Her bør det innskytes at Renato stort sett har avvist kontakt og et terapeutisk opplegg med SIM. Botolino ligger i utkanten av distriktet og grenser mot regionene Marches og Emilia Romagna. Renato har gått til en privatpraktiserende psykiater tilknyttet en universitetsklinikk i Imola og fått sine medisiner av ham. Når han nå stod overfor de to representantene fra SIM ville han ikke ha noe med dem å gjøre. Han sa at han skulle på ferie og at han slett ikke stod til ansvar for noen. Hva slags medisiner han tok hadde de heller ikke noe med, mente han, synlig opphisset over måten han ble behandlet på. Politisjefen hadde da sprukket og kjeftet tilbake at "nå fikk det være nok", hvis han ikke ville samarbeide så puttet de ham i fengsel. Han ble da rolig og spak. Senterets leder sa da at de ville undersøke hvordan det forholdt seg hjemme og ba politiet om å holde på ham så lenge.

På veien til hjemstedet til Renato, stoppet de og spurte seg fram på et pensjonat "*uten at det ble sagt noe spesielt i Renatos disfavør*". Da de møtte mora, virket hun helt rolig. Hun bar ikke synlige tegn på mishandling og huset var i orden. Til Roberto og senterets leder sa hun at det ikke var noen problemer av noe slag og at "*Renato må få noen dager på ferie, slik han stadig gjør, uten at det hender noe spesielt*".

Roberto mente at ordføreren hadde valgt ut denne dagen helt vilkårlig for å gjøre noe med Renato - på bakgrunn av ryktene om det konfliktfylte forholdet mellom mor og sønn. De dro tilbake til ordføreren og sa at de ikke så noen grunn til å holde Renato tilbake, men ønsket at ordføreren skulle inkalle til et møte mellom SIM, ordfører og Renatos mor. For det var tydeligvis svært motstridende oppfatninger som trengte en forklaring.

- Psykiatriens avgrensning mot politiet

Dette eksempelet viser etter min mening en situasjon hvor det er strid om selve fortolkningen. SIM mener at ordføreren i dette tilfelle primært ønsker en bestemt reaksjon fra SIM og derfor "skaper" en situasjon som kan tvinge SIM til et undertrykkende inngrep overfor Renato. SIMs reaksjonsmåte fra første stund røpte en viss mistenksomhet overfor ordføreren. De stilte spørsmålsteget ved at han ringte til dem og ikke til politiet når det angivelig dreide seg om "en person som stakk folk med kniv". Han måtte åpenbart tenke seg at den naturlige reaksjonsmåten fra SIM i en slik situasjon, måtte være å tvangsinnlegge Renato.

Vi vet ikke hva ordføreren da hadde foretatt seg overfor mora, men ingen i SIM ville blitt forundret om hun da hadde kommet på et gamlehjem før Renato ble utskrevet. SIM markerte imidlertid holdningen at : - blir noen truet med kniv, er det en sak for politiet og ikke for SIM. Hverken politiet eller SIM kunne imidlertid verifisere

opplysningene ordføreren hadde gitt på telefonen. Tolkningen ble en annen enn ordføreren, Renato fikk reise til Rimini og SIM bad om et "oppklaringsmøte". Det er sannsynlig at ordføreren selv opplevde situasjonen til Renato og mora som vanskelig og påtrengende, at det ble ventet av ham at han gjorde noe. I dette tilfellet kunne det vært snakk om å fjerne problemet rent "fysisk", ved å tvangsinnlegge Renato på et psykiatrisk grunnlag, eller eventuelt arrestere ham. Det ble imidlertid ikke funnet hverken psykiatrisk eller juridisk grunnlag for slike reaksjoner - hverken for "galehusmuren" eller "fengselsmuren". Situasjonen ble samtidig en anledning for SIM å trekke opp grensen for sitt virkefelt og markere at de ikke ønsket å bli brukt som et redskap for sosial kontroll.

Dette eksempelet kan tolkes som en nesten "klassisk" versjon av forholdene rundt en tvangsinnleggelse, der de pårørendes sikkerhet og de offentlige myndighetenes uro representerer samfunnets krav til psykiateren. Det finnes mange flere eksempler på slike situasjoner, men det er ikke slik at SIM alltid argumenterer mot frihetsinnskrenkende tiltak mot personer som er truende for omgivelsene. SIM understreker derimot viktigheten av en annen avgrensning mellom sine arbeidsoppgaver og ordensmaktens, enn den som juridisk var forordnet før 1978.

Disse to eksemplene med Umberto og Renato viser begge en form for grenseforhandlinger, der det på forskjellige nivåer handler om å definere både brukerens og psykiatriens plass innenfor samfunnet. For psykiatrien er det en forhandling om 'indre grenser' - relasjonen til andre offentlige etater og det øvrige samfunnet. For brukeren er det her snakk om 'ytre murer' - trusselen om forvisning/avvisning.

7.2 Utelukkelse ved 'usynliggjøring'

Bernardo

Tilfellet med Renato er langt fra det eneste eksempelet på at SIM direkte har bedt folk å ringe politiet istedenfor til dem. SIM argumenterer for at for mye toleranse, på sett og vis, er like galt som autoritære overreaksjoner overfor psykiatriske pasienter/brukere. Det neste eksempelet vil forhåpentlig belyse denne problemstillingen.

En dag kom det en telefon til SIM med beskjed om at "*Bernardo* laget trøbbel i Pisano" ('faceva casino'). Mannen som ringte var en venn av Bernardo, foruten at han var kommunal leder for sosialutvalget i byen og tidligere ordfører. Han beskrev Bernardos handlinger som "*utillatelige handlinger overfor Pisano*" og at han ville påkalle oppmerksomhet. Han hadde sittet i en bar og spilt kort sammen med en fetter, da han hadde blitt opphisset og begynt å kaste ting i lokalet. Før dette hadde han i lengre tid vist aggressiv og provokativ oppførsel ute i byen.

Bernardo var en av "gjengangerne" i SIM, men også en av de noe yngre brukerne (i 40-årene) som de hadde hjulpet ut i arbeid igjen. Han har blitt diagnostisert som manisk-depressiv, og behandlerne i SIM bruker også denne betegnelsen når de omtaler ham. Han hadde arbeidet den siste tiden som kommunalt ansatt gartner i hjembyen Pisano, der han flyttet inn hos sin far. Tidligere har han jobbet i Firenze som servitør. Han hadde flere innleggelse bak seg, både frivillige og ufrivillige. Nylig hadde han også vært innlagt i Firenze hvor søsteren hans bor.

Psykiateren Pedro dro til Pisano umiddelbart og fant Bernardo. Han overtalte ham til å ta medisin og bli med til sykehuset for en frivillig innleggelse. Etter noen dager

som frivillig pasient ble Bernardo imidlertid så urolig at SIM fikk ham overført på tvangsparagraf. Denne innleggelsen ble i følge behandlerne temmelig voldsom, og det ble brukt mye medisiner. Behandlerne sa at Bernardo følte seg omnipotent (allmektig), noe som ofte følger med psykotiske tilstander - særlig maniske. Han hadde snakket om at han var herre i Tiberdalen og skulle selge hele dalen for 22 milliarder lire. Det oppstod stadig konfliktsituasjoner på rommet hvor han ble holdt skjermert under konstant oppsyn av to sykepleiere.

Pedro og senterets leder forklarte meg hvordan de tolket Bernardos situasjon. De tolket hans omnipotente fantasier i lys av hvordan hans rolle hadde blitt i Pisano. Han hadde stadig vist provokativ oppførsel i den siste tiden, og ved to tilfeller slått andre personer. Dette møtte imidlertid ingen reaksjoner. De syntes også at en annen historie var "symptomatisk for Bernardos forhold til landsbyen". Det gikk vide rykter om at han kurtiserte ei jente på 16-17 år. Han skrev kjærlighetsbrev til henne og fulgte etter henne i gatene. Folk i byen var engstelige, men ingen sa noe til Bernardo. Denne jenta var nå likevel 19 år og dessuten forlovet med en politibetjent. Så hvorfor sa ikke hun eller han i fra til Bernardo, at hun ikke var interessert?, spurte senterets leder. I SIM ble folk i landsbyen oppfattet som altfor unnvikende og i mange tilfeller for tolerante overfor Bernardo. De reagerte ikke naturlig på det han foretok seg, og SIM trodde at dette desverre bekreftet Bernardos følelse av å være "verdens hersker" ('signore del mundo'). Når Bernardo ble innlagt oppfattet han dette som noe mellom ham og SIM på en måte slik at landsbyen nesten ble redusert til et "instrument" - noe han kunne manipulere SIM med.

Da Bernardo etterhvert ble bedre og bedre, arbeidet SIM i kulissene for å få kommunen, Pisano, til å skaffe ham en ny jobb. Pisano stilte seg åpen til å ansette ham i en skolekantine, han hadde jo erfaring fra servitøryrket. Skoleledelsen nølte en stund, fordi de ikke følte seg helt trygge på å la Bernardo arbeide blant barn. De ga imidlertid etter, uten at jeg vet hva som var avgjørende for utfallet. SIM passet deretter på at alle forhandlinger og avtaler mellom Bernardo og arbeidsgiver foregikk direkte mellom partene. Etter å ha satt prosessen i gang, ønsket SIM å unngå en rolle som kommunikasjonskanal. De uttrykte frykt for at Bernardo ellers kunne 'overføre' relasjonen mellom ham og SIM til arbeidsforholdet.

- Når de indre grensene mangler

Det kunne av og til virke som SIMs forestillinger om den "manipulerende brukeren" ble strukket svært langt. Likevel er det også noe besnærende med dette bildet av brukeren som går rundt og åpent fornærmer folk i landsbyen og ikke møter noen reaksjoner før psykiateren kommer kjørende. SIM blir tvunget inn i en rolle som grensesetter overfor Bernardo, og galehusmuren spøker i bakgrunnen. Det er forståelig at det da blir vanskelig å holde fast for Bernardo at hans handlinger mot andre hører til en annen virkelighet enn relasjonen til SIM. Det er også forståelig at reaksjonsmønstre som kan være typiske for relasjoner mellom psykiater-pasient ('overføring' m.m.), da kan blande seg inn i de andre relasjonene. Om det var slik eller ikke - i SIM tenkte man på denne måten.

Bernardos eksempel illustrerer en annen form for utelukkelse enn den som Umberto og Renato risikerte. Men i begge tilfeller kan det tolkes dithen at samfunnet setter unormale grenser for dem - i det ene tilfellet ved overreaksjon og i det andre ved underreaksjon. Mens Umberto ble 'lukket ute', ble Bernardo ikke helt 'lukket inne'. Selv om Bernardo var akseptert innenfor den ytre 'muren', ble han ikke riktig fanget opp av

de indre relasjonene - det moralske felleskapet. Hans utelukkelse skjedde ikke ved forvisning, men *usynliggjørelse*. De (indre) grensene som vanligvis danner basis for å sosiale relasjoner ble ikke gjeldende for ham. Dette viser ikke bare til problemer med å få til den sosiale integrasjonen i praksis, men også at likegyldighet kan være en like effektiv måte å utelukke noen på som mer autoritære reaksjoner.

Psykiateren Carlos Manuali i Perugia setter det kanskje noe på spissen, når han uttaler at: "*Vårt problem er at folk ofte er villige til å tolerere; toleransen forutsetter at du allerede betrakter personen som syk og dermed er du allerede segregerende.*"⁷ Poenget for Manuali er at når folk først reagerer, selv om det er negativt, så finnes det en mulighet for en sosial bearbeidelse og læring. Det går an å ta opp problemene, arrangere møter o.l. Overfor likegyldigheten, som godt kan kalles en repressiv toleranse, er slike prosesser vanskelig å tvinge fram.

SIM var under press av ytre forventninger, interesser og muligens juridisk bindende forpliktelser, til ikke å "overlate pasientene til seg selv". Det var med en følelse av at de nå bragte med seg 'galehuset' ut i samfunnet, at de i praksis godtok at ansvaret for brukernes handlinger og sikkerhet hvilte på dem og ikke de institusjonene som sikret og kontrollerte de andre borgerne. På bakgrunn av dette må vi forstå det slik at SIM fortsatt ønsket en klar avgrensning mellom seg og samfunnet forøvrig for å unngå 'psykiatisering' (se kapittel 5 om dette). Brukerne skulle imidlertid ikke avgrenses fra andre samfunnsmedlemmer på noen måte. Det faktum at de var brukere i SIM, måtte ikke influere relasjonene til andre instanser. 'Psykiatisering' kan også betraktes som en overføring av de indre grensene som gjelder innenfor SIM/psykiatrien til andre sosiale enheter slik at relasjonene der blir 'psykiatisert'.

Jeg har nå drøftet integrasjon av psykiatiske pasienter med fokus på forhandling om medlemskap. Diskusjonen må betraktes som en sterkt forenklet framstilling av et komplisert saksfelt. Siktemålet har imidlertid vært å antyde hvordan 'utelukkelse' - i total forstand - fortsatt er et aktuelt spørsmål. Forvisning i form av tvangsinnleggelse er fortsatt et sterkt redusert, men fortsatt mulig middel for sosial kontroll. Videre hevder jeg at man kan snakke om delvis 'utelukkelse' ved at almenne tilbud eller tjenester nektes en. Men det finnes også en annen form for 'utelukkelse' - 'usynliggjøringen'.

Det er som tidligere nevnt også andre sider ved integreringen enn spørsmål om medlemskap eller ikke. Å skulle 'lukke inn' de psykiatiske pasientene i "civitas", reiser ikke bare spørsmål om enten-eller, men også *hvordan*. Hvordan passer de indre 'grensene' for brukerne av de psykiatiske tjenestene?, og omvendt? Klarer eks-pasientene og de nye brukerne å tilpasse seg samfunnet? Etter Demokratisk Psykiatri målsetninger skulle også samfunnet tilpasse seg de psykiatiske pasientene. Konkret gjelder det tilgang på bolig, arbeid og moralske felleskap - men også hva slags relasjoner dette innebærer.

⁷ Skårderud, F.(1984): s.133

7.3 De indre grensene, eller medlemskapsbetingelsene -

Giovanni

Giovanni var bedre integrert enn de fleste andre eks-pasientene fra Arezzo når det gjaldt bolig og sysselsetting. Han er et eksempel på hvordan disse utfordringene kan finne praktiske løsninger som er individuelt tilpasset. De største vanskelighetene har imidlertid knyttet seg til hans sosiale tilpasning, eller også motsatt; naboenes tilpasning til ham.

Giovanni følte seg ikke selv som et fullverdig medlem av samfunnet, noe følgende episode kan vitne om: Jeg og Pedro hadde besøkt Giovanni fordi jeg skulle reise hjem til Norge og ønsket å ta farvel med ham. I det jeg skal gå, nekter han til min forundring å ta meg i hånden. Han gir meg imidlertid en forklaring:

*"Jeg er et godt menneske, men ikke anerkjent som det. Derfor gir jeg ikke hånden til noen - jeg vil ikke kompromittere noen. Et og annet toskeskap har jeg gjort, og fått betale dyrt. De ga meg 4 måneder på Monte Lupo. For dette som jeg har gjort, er det tilstrekkelig å gå etter en dame på veien for at de skal stenge meg inne på nytt."*⁸

Foreldrene og en bror til Giovanni bodde oppe i fjellen i nærheten av Botolino. De var bønder og Giovanni vokste opp med gårdsarbeid, gjeting og skogsdrift. Da han ble eldre tok han seg arbeid andre steder som tømmerhugger. Senere giftet han seg og emigrerte til Frankrike hvor det på den tiden var godt om arbeid i industrien. Han fikk en sønn med henne, før ekteskapet gikk i oppløsning og Giovanni ble dårlig. Omstendighetene rundt dette er fortsatt uklare. Giovanni vendte hjem igjen og ble innlagt på det psykiatriske sykehuset i Arezzo for psykotiske forstyrrelser. Han ble utskrevet igjen, men ble to ganger innlagt på kriminalasylet Montelupo som ligger innenfor regionen Toscana. Derfra ble han overført til det psykiatriske sykehuset, hvor han var innlagt fram til utskrivelsen i 1980. Han led hele tiden av psykotiske vrangforestillinger. Det har virket som oppholdene ved Montelupo har hatt en traumatisk virkning. Denne institusjonen var ledet av en munk som siden har tatt bolig i Giovanni fantasier som en slags 'forfølger' ('persecutore'). Han har selv fortalt at han ble mishandlet under disse innleggelsene, og han nærte en voldsom mistenksomhet og aggresjon mot munkene. 'Forfølgeren' hans ble også tillagt overnaturlige evner og kunne få skylden for ting han ikke mestret eller en dårlig natt.

Giovanni overførte denne mistenksomheten på meg i begynnelsen fordi jeg fortalte ham (uvitende om hans fantasier) at jeg losjerte på cappuccinerklosteret i byen. Han snakket da bare om Montelupo og disse forestillingene hver gang han så meg, men mest holdt han seg langt unna. Da jeg en dag møtte ham med en bandasje over det ene øyet (pga. en betennelse), skiftet han totalt holdning til meg. Han smilte bredt og sa: *"De har gjort deg vondt, munkene!"*.

Giovanni har hatt et nesten tilsvarende forhold til kvinner og sicilianere (!), og det har åpenbart sammenheng med at hans eks-kone som forlot ham i Frankrike, var sicilianer. Psykiateren G., som er sicilianer, og de kvinnelige sykepleierne har gradvis opparbeidet seg en betinget tillit hos Giovanni etter mange års kontakt. I følge behandlerne i SIM hadde Giovanni gjort store framskritt i retning av større tillit til og

⁸ Monte Lupo er et kriminalasyl i Firenze. Kriminalasylene er ikke omfattet av reformen, men var lite benyttet. Under mitt feltarbeid var det kun en fra Tiberdalen som var på kriminalasyl (drapsak).

bedre kontakt med andre mennesker. Han svingte fort mellom å være realitetsorientert og tilstede i en samtale, til å bli opptatt av psykotiske og paranoide forestillinger. Likevel greidde han å fungere ute i samfunnet. Han bodde alene litt utenfor Sansepolcro og brukte en moped for å komme seg til byen for å handle o.l. Om sommeren hadde han sesongarbeid i skogen for kommunen.

Ellers levde han av pensjonen og holdt en masse husdyr hjemme hos seg. Giovanni drømte om å få seg et lite gårdsbruk oppe i fjellene, og hadde sett seg ut et som var nedlagt. SIM som støttet Giovanni i planene om en ny bolig, mente at det huset han hadde tenkt seg, ikke var noen god løsning. Det lå veldig isolert til og langt fra Sansepolcro. De fryktet at han da ville bli altfor isolert og henfalle i fantasiverdenen sin. Det var imidlertid noen planer på gang om å bygge på eiendommen til familien hans.

De første årene etter utskrivelsen i 1980 hadde Giovanni bodd sammen foreldrene. Det hadde gått bra en stund, men etterhvert begynte Giovanni å komme i konflikt med resten av familien, særlig moren og søsteren. Han ble innlagt igjen ved det psykiatriske sykehuset i Arezzo (dette var før 1981). SIM fikk ordnet det slik at Giovanni etter en tid kunne flytte inn i det huset han nå bodde i - en nedlagt grendeskole. Han fikk lov til å låne en engteig ved siden av huset og anskaffet seg geiter. Husveggene var omkranset av duebur, tett i tett, og i hagen hadde han to schæfere. To hjemmehjelpere (de ønsket ikke å gå alene) kom regelmessig for å hjelpe ham i huset.

Dette fungerte tilfredstillende, etter SIMs mening. Giovanni har aldri frivillig tatt medisiner, men har hatt en jevn kontakt med senteret. Han stakk ofte innom SIM, og de var med og hjalp ham med forskjellige praktiske ting. En psykiater og en sykepleier tilbrakte f.eks. en hel ettermiddag til å hjelpe ham med å lage en ny innhegning til geitene hans. Når SIM hadde ærend i Botolino, pleide han ofte å benytte anledningen til og få skyss slik at han kunne besøke foreldrene. Kontakten med foreldrene ble av SIM beskrevet som god etter at han hadde flyttet for seg selv. Kona og sønnen hadde han imidlertid mistet kontakten med. SIM arbeidet en god del med å prøve og oppspore sønnen som Giovanni var meget opptatt av.

Giovanni har imidlertid hatt en del konflikter med naboene. De har hevdet at han har kastet søppel i elva, ødelagt en vannledning og sluppet geitene løs i andres hager etc. Giovanni som er en temperamentsfull herre, ble svært opphisset over disse anklagene, særlig overfor den nærmeste naboen som klagde på geitene. Denne naboen som dessuten er tunghørt, ble meget redd da Giovanni kjeffet en gang tilbake til ham. Han forstod ikke hva Giovanni sa, men følte seg truet. Naboene har også hatt kontakter innenfor kommuneledelsen som de har gått til med sine ankemål. SIM har imidlertid også hatt gode forbindelser der og gjort sin fortolkning av situasjonen godt kjent. SIM mente at anklagene mot og frykten for Giovanni var overdrevne, og lot til å få gjennomslag hos de lokale myndighetene som ikke ba om tiltak.

Giovanni har to ganger blitt dømt til opphold i kriminalasyll. Den ene gangen hadde vært foranlediget av følgende episode: Giovanni hadde kommet kjørende på sin moped i Botolino. Han bodde hos foreldrene på den tiden. To lokale betjenter hadde funnet på å stanse ham for å foreta en teknisk kontroll. I stedet for å stanse på signal, ga Giovanni full gass og forsøkte å kjøre fra dem. De opptok jakten og kunne snart presse ham inn til siden. Giovanni grep da en spade, hoppet ut i grøften og satte seg fysisk til motverge mot betjentene som sprang på ham. I ettertid har Giovanni sagt at han ble provosert av betjentene som kjente ham og kunne avlagt ham besøk hjemme når som helst dersom de ville ham noe. Han satte seg til motverge fordi han ble redd dem når de presset ham inn i veikanten.

Den andre episoden vitner om et spent forhold mellom Giovanni og de lokale myndighetene. Giovanni var da 'beboer' i den åpneste av de to gjenværende avdelingene på det psykiatriske sykehuset. Han skal ha kjørt til Botolino på mopeden sin tidlig en morgen. Med ei øks maltrakterte han så hovedinngangsdøren på landsbyens kirke og politistasjon. Sistnevnte sted ble han temmelig hurtig tatt i varetekt.

Giovanni ble omtalt som en 'galning', også i senteret hvor de enda til sa at han var 'un matto duro' (en 'hard galning'). Den plassen han hadde fått i samfunnet var det stadig kontroverser om og selv var han heller ingen diplomat. Han var på nippet til å få en tredje innleggelse ved kriminalasylet, da han kort tid etter utskrivelsen sendte direktøren et rasende brev, fullt av beskyldninger og trusler. Senterets leder hadde da måttet skrive til direktøren og overbevise ham om at det ikke ville være hensiktsmessig å kreve Giovanni tvangsinnlagt. SIM har i en rekke situasjoner måttet bruke sin kløkt og sine kontakter for å forsvare det de oppfatter som Giovannis rettigheter.

Prosjektet om å flytte tilbake til Botolino møter også motstand og mange subtile utspill. Ordføreren sa til SIM i 1988 at den tomten de hadde sett seg ut, lå på eiendommen til Giovannis familie og at de ville komme til å sette seg i mot de. Dette var ikke SIM enige i, og de mente at ordføreren i denne saken bare trenerte saksgangen. Huset Giovanni bodde i var i såpass dårlig forfatning at det burde pusses opp. Giovanni var imidlertid svært lite interessert i dette, fordi han da fryktet at sjansene for å få det andre huset ville bli mindre. Slike utspill og tautrekninger om praktiske spørsmål var typiske, og SIM ville ofte hevde at det lå bakenforliggende motiver.

Ved siden av å arbeide fram løsninger for den enkelte brukeren, slik som i Giovannis tilfelle, arbeider behandlerne også med disse spørsmålene på et generelt plan. Rehabilitering eller forebyggende arbeid for å holde brukere i sine nærmiljøer, innebærer alltid spørsmål om bolig, arbeid/økonomisk underhold og moralske felleskap. Jeg skal gå litt nærmere inn på hvert enkelt av disse punktene.

- Boliger

Boligspørsmålet er på mange måter den første og mest fundamentale utfordringen for en reform som skal tilbakeføre og integrere tidligere institusjonaliserte pasienter. Giovanni hadde som sagt fått bruke en kommunal bygning som bolig. Andre brukere og forhenværende psykiatriske pasienter har også blitt skaffet husvære på ulike vis ved SIMs hjelp. De har greid å vinne gehør for at kommunale utleieleiligheter også har blitt tilgodesett brukerne av SIM. I følge senterets leder, så har dette vært et stort problem helt siden de begynte tømningen av det psykiatriske sykehuset. Da de gjorde en liten undersøkelse i 1976 av utskrivningsmulighetene, fant de ut at bare 5% av pasientene hadde et hjem/bolig å skrives ut til. De hadde opplevd det som å "stange mot en mur". Samtidig var det generelt en befolknings-økning i provinsen. Da det på denne bakgrunn ble igangsatt en offentlig boligbygging ('case popolare'), ble det enklere å skaffe bolig også til pasientene. Problemene har imidlertid vært større i de mindre distriktene hvor boligbyggingen har hatt mindre omfang. Det har tatt lengre tid i Tiberdalen.

Siden de i Arezzo har brukt slike leiligheter til å lage bofelleskap, har stiftelsen for disse boligene måttet endre på reglene sine for å tilpasse seg disse nye behovene. De psykiatriske pasientene har blitt innrømmet rett til slike leiligheter ved at der blitt klassifisert som "boligløse".

- Arbeidsmarkedet

Arbeid er et annet hovedproblem for de tidligere pasientene. Dette måtte i utgangspunktet settes relative målsetninger for hver enkelt eks-pasient eller bruker. Det var ikke noen målsetting at for eksempel Giovanni skulle få en helårs stilling istedenfor de tre månedene han nå jobbet. Han hadde i sin tidligere yrkeskarriere opparbeidet seg en viss pensjon på normal måte, som ble supplert med noe sosial støtte. Det er forholdsvis vanlig å pensjonere seg langt tidligere i Italia enn Norge, og ikke spesielt unormalt for en 56-åring. Giovannis mål var å kunne drive med gårdsdrift. Dette ville han kunne realisere i Botolino. Et slikt arbeid trivdes han med, så SIM anså dette som en realistisk og egnet målsetting.

I rehabiliteringen av tidligere institusjonaliserte psykiatriske pasienter, handler det på ett nivå om et samfunns toleranse eller absorberingsevne overfor dem. I praksis er problemene svært konkrete, selv om mer kulturelt betingede (holdninger, fordommer etc.) motforestillinger godt kan formidles via konstruerte praktiske problemer. SIM syntes å tenke at ordføreren konstruerte praktiske hindringer istedenfor å si det han mente, at han ikke ønsket at Giovanni skulle flytte tilbake. Det norske ordtaket om at "der det er hjerterom, er det husrom", uttrykker noe lignende.

De praktiske problemene er likevel reelle nok i seg selv. Den sosiale strukturen som et samfunn har utviklet, kan i seg selv yte motstand mot, begrense og muliggjøre rehabiliteringen. Som jeg har vært inne på, spiller boligmassens omfang i forhold til befolkningen en viktig rolle, og sammensetning og fordeling av den er også slike objektive forhold. Det samme kan også sies om produksjonssystemet og arbeidsmarkedet. Det største problemet har nok vært å tilbakeføre pasientene til en normal rolle i produksjonslivet.

Tiberdalen led på samme tid under ettervirkningene av jordbruksrasjonaliseringen i 50-60 årene og industriasjonaliseringen i 70-80 årene. Tiberdalen, som har Sansepolcro som et industrielt senter, opplevde en kraftig økning av arbeidsledigheten utover 80-årene.

Demokratisk Psykiatri har som tidligere nevnt, tatt bestemt avstand fra å opprette 'vernede bedrifter' eller 'arbeidstreningststeder'. Som redskaper for arbeidsmessig rehabilitering, har de istedet benyttet seg av mellomformer som 'beskyttede stillinger' og kooperativer.

Giovanni arbeid var en slik 'beskyttet stilling', i likhet med Bernardos. Det offentlige har vært mest imøtekommende her. De ansatte inngår da en kontrakt der arbeidstiden og oppgavene kan tilpasses individuelt, og sosialvesenet betaler endel av lønna. Det finnes også ordninger som skal sikre integrering av "handikappede" innenfor private bedrifter over en viss størrelse (bla. gjennom et EF-fond). Disse ordningene er det stort sett fysisk funksjonshemmede som har nytt godt av. Psykiatrien har kjempet for at disse stillingene også skulle kunne nyttes til rehabilitering av psykiatriske pasienter/brukere. De har fått gjennomslag for dette ved at loven har blitt reformulert slik at den *differensierer* mellom psykisk og fysisk funksjonshemming⁹. I dette tilfellet hadde altså psykiatrien skaffet sine brukere en særrettighet med funksjonshemming på grunnlag av psykiatriske lidelser som kriterium.

De 'beskyttede stillingene' i det private næringslivet har imidlertid stort sett blitt en "papierreform", ihvertfall i Tiberdalen. Bedriftene overser loven og betaler heller boten

⁹ Som jeg har nevnt før, er det ikke i Italia noe klart skille mellom psykiatri og HVPU. De gamle psykiatriske sykehusene og tildels også de nye mentalhelsesentrene har også i dag arbeidsoppgaver og ansvar innenfor det vi forstår som HVPU. De nye 'sosiالسentrene' er imidlertid tenkt som et tilbud for funksjonshemmede. Et slikt finnes også i Sansepolcro.

istedenfor. Noen brukere har likevel skaffet seg jobber innenfor privat sektor, men da har de ofte brukt egne, gjerne familiære, forbindelser.

Kooperativene drives som stiftelser og er selvstyrte. De sysselsetter mange psykisk og fysisk funksjonshemmede, men også personer med langvarige psykiatriske lidelser. Velvillig innstilte kommuner er ofte en viktig forutsetning for at de får arbeidsoppgaver nok. Kooperativer av typen rengjøringsbyråer, er de mest vanlige.

Flertallet av de utskrevne langtidspasientene i Tiberdalen var som vi har sett avhengig av trygd og stønader. For de eldre var ikke dette så unaturlig, men det var også flere yngre og relativt arbeidsføre som normalt skulle ha vært i en jobb. Selv om disse ble tilbudt mindre jobber innenfor kommunesektoren, så var det langt fram til en full yrkesmessig rehabilitering. Så i likhet med boligspørsmålet, kan man godt si at SIM også her stanget hodet mot en "mur".

- *Moralske fellesskap*

Moralske fellesskap er strukturer som ikke like lett lar seg planlegge og styre politisk. Delvis kan de bearbeides gjennom generelle holdningskampanjer som går på å øke forståelsen og toleranser for mennesker som har psykiatriske problemer. Delvis går det an å arbeide med utgangspunkt i integreringen av konkrete personer og deres aktuelle problemer. Begge deler har blitt gjort i Arezzo-provinsen. Men under feltarbeidet mitt var kanskje holdningskampanjenes tid forbi. I forhold til den enkelte bruker, ble det imidlertid som 'casene' viser, jobbet mye i forhold til de sosiale omgivelsene.

Det er i denne sammenheng interessant å merke seg hvordan lokale politikere er involvert i dette konkrete arbeidet. Demokratisk Psykiatri har tidligere ment at utelukkelsen av psykiatriske pasienter var en politisk handling. Dette er nå formelt nedfelt i lovbestemmelsen om at ordføreren må undertegne tvangsinnleggelse.

I eksempelet med Giovanni kan vi se hvordan hans livssituasjon kan behandles helhetlig på et relativt høyt politisk-administrativt nivå. Eksempelet viser riktignok til en ordfører som i følge SIM, motarbeidet Giovanni på visse punkter. Likevel, den situasjonen som Giovanni allerede hadde oppnådd i Sansepolcro, var i seg selv resultat av en rekke kommunale innrømmelser.

Det viktigste grunnlaget for en innlemmelse i det moralske fellesskapet, er likevel en utvikling av eller gjenopptakelse av nære emosjonelle relasjoner. Det moralske fellesskapet kan også sies å hvile på mange små fellesskap - *familiene*. Den italienske 'familismo' er et velkjent begrep¹⁰. Familien er en sentral verdi og en sentral sosial enhet i det italienske samfunnet. Dette forholdet bør imidlertid ikke ukritisk overspilles. Italia er i en kontinuerlig endringsprosess og de regionale forskjellene, ikke minst mellom nord og syd, er meget store. I forhold til spørsmålet om sosial integrasjon av psykiatriske pasienter/brukere, er det imidlertid viktig å slå fast to ting:

1. En meget stor del av de institusjonaliserte pasientene hadde mistet all kontakt med slektninger. For en god del hjemmeboende brukere var det dessuten slik at SIM betraktet det at de fortsatt bodde hjemme, som et hinder for terapeutiske målsettinger.
2. Familiesituasjonen var i dette området i en utviklingsprosess i retning av flere kjernefamilier, flytting til mindre byleiligheter og utbygging av gamle hjem. I Tiberdalen,

¹⁰ Se f.eks. Di Totas () 'Sør-Italia' på s.81 og Italiautgaven av Time-Lifes serie 'Verdens land og folk' (1986), s.24 om familiesolidaritetsfølelsen og utviklingen i retning av kjernefamilier.

og spesielt i det industrialiserte Sansepolcro, var andelen av utearbeidende kvinner svært høyt og barnetallet lavt.

En vellykket integrasjon av den psykiatriske pasienten/brukeren kunne derfor ikke være avhengig av familien alene.

Familiens *vilje* til å ta seg av et medlem med en psykiatrisk lidelse, kan muligens ha vært større her enn i andre samfunn (f.eks. det norske), men det hjelper lite så lenge *de strukturelle forutsetningene* endrer seg. Tiberdalen ligner i mange henseender mer på nordeuropeiske samfunn, enn Italias sydregioner.

Familier som i utgangspunktet hadde stilt seg negative til å beholde eller gjenoppta et familiemedlem med alvorlige psykiske problemer, kunne derimot ofte vende om og bli en verdifull ressurs og samarbeidspartner til SIM i integrasjonsbestrebelsene. Det avgjørende syntes i mange tilfeller å være spørsmålet; - blir vi stående alene med problemene våre, eller ikke. Dette blir stående for meg som et mer avgjørende kriterium, enn "den italienske familiefølelsen". Psykiatrien må, til tross for 'psykiatriseringsfaren', også ut i samfunnet. Det er behov for både en vilje til å ta dette ansvaret som "garantister", og et utviklet effektivt støtteapparat.

Nære emosjonelle relasjoner, er imidlertid ikke forbeholdt familien. Her blir det bare plass til en antydning av noe som antakelig er et omfattende tema. Men det er viktig å understreke følgende: I de relativt mer "vellykkede" eksemplene på integrasjon, så har gjerne én spesielt nær relasjon vært tilsynelatende vært av vesentlig betydning. Det er behandlerne i SIM som har understreket dette for meg i forbindelse med omtalen av enkelte brukere. Relasjonen forklares som et følelsesmessig engasjement overfor noen ('essere emozionato di uno'). Denne relasjonen er ikke bygget på forpliktelse (f.eks. slektsbånd), og den innebærer ofte en meget stor grad av involvering. Slike forhold er som regel et slags assymmetrisk beskytterforhold, og er ikke å betrakte som vennskap mellom to likestilte personer. Forholdet minner derfor om de mer instrumentelle, men slett ikke følelseskalde, 'patron-klient' relasjonene som er alment utbredt i Italia¹¹.

7.4 Oppsummering

SIM opplever fortsatt at galehuset truer med å gjenoppstå - denne gang uten sine synlige murer. Sosial praksis kan fremdeles utelukke psykiatriske pasienter/brukere som gruppe. Det er derfor viktig for de nye psykiatriske tjenestene å arbeide for brukernes rettigheter og fortsatte medlemskap. Paradoksalt nok innebærer dette at SIM må trekke en skarp grense for sin virksomhet og motsette seg press om å overta ansvar fra andre instanser. Dette gjelder dekking av brukernes behov som ikke kan eller bør defineres som psykiatriske (f.eks. bolig, sysselsetting, legetjenester).

Integrasjon av de tidligere psykiatriske pasientene og de nye brukerne av de psykiatriske tjenestene, dreier seg selvsagt ikke bare om medlemskap eller ikke. For det første kan utelukkelse også være delvis, i forhold til enkelte tilbud eller sosiale sammenhenger. For det andre spiller *betingelsene* for medlemskap en vesentlig rolle. Sosial integrasjon krever et kontinuerlig arbeid med relasjoner. Det dreier seg om rettigheter, praktisk tilrettelegging, sikkerhetsrutiner og kommunikasjon. I Tiberdalen

¹¹ Peristiany (1976) skriver i introduksjonen til 'Mediterranean Family Structures' om 'Gudfar-institusjonen' ('compadrazgo') som er utbredt i den katolske verdenen: "*Indeed, compadrazgo, linking inferior to superior, peasant to rich citizen, agricultural worker to landowner, may be used to provide non-equals with the possibility of collaborating within a context of equality. Compadrazgo is, thus at the very core of many Mediterranean systems of patronage.*" s.19-20

finnes det mange eksempler på at integrasjon ikke bare handler om å hjelpe en pasient til å tilpasse seg til samfunnet, men at strukturer i samfunnet også kan tilpasse seg en brukergruppe med psykiatriske lidelser. Et eksempel på dette er omfortolkningen av loven om beskyttede stillinger til også å gjelde for personer med psykiske problemer.

Dette rører ved det som Douglas kaller indre 'grenser' i samfunnet. Samtidig innebærer det imidlertid en ny klassifikasjon av psykiatriske pasienter som sådan. Dette vil alltid være noe motsetningsfullt, fordi en kollektiv klassifisering av senterets brukere som 'annerledes' tenderer mot det gamle skillet mellom 'de gale' og 'de normale'. Jeg vil imidlertid understreke at lite tyder på at dette skillet kan bli så fundamentalt som det har vært tidligere. Dessuten har ikke alltid de nye klassifikatoriske skillene, som tidligere, ensidig resultert i tap av rettigheter. De har ofte vært med til å legitimere nye særrettigheter.

I en viss forstand kan vi si at galehuset også finnes ute i samfunnet. I folks forestillinger og i sosial praksis kan vi fortsatt finne tegn på en måte å klassifisere mennesker med psykiatriske lidelser som minner om galehusets. Til en viss grad er denne klassifiseringen også berettiget, fordi de fortsatt oppfører seg som psykiatriske pasienter, som annerledes. Her må det fortsatt arbeides videre med relasjonene mellom brukere og omgivelser spesielt, og strukturer i samfunnet som kan forårsake ny utelukkelse, generelt. Den prosessen som jeg i forrige kapittel kalte for 'negeringen' av galehuset, må med andre ord fortsette i forhold til det 'utflyttede' galehuset. Men dette "galehuset" har, til tross for sine klassifikatoriske evner, på langt nær den samme rigiditeten og makten som galehuset i Arezzo.

8 "TERRITORIELLE MODELLER" OG TERAPEUTISKE METAFORER

8.1 Kunnskapens metaforiske natur

Helt siden Basaglias tid har reformpsykiaterne fryktet at de en dag skulle bli stående med en ny 'modell' som var like fastlåst som den tradisjonelle psykiatriens. Dette hadde, som jeg tidligere har nevnt, ikke bare sammenheng med at "modelltenkningen" ble oppfattet som lite terapeutisk. Ideologikritikken som Demokratisk Psykiatri forfektet, innebar en avstandstagen til alle 'modeller' fordi de var 'ideologiske' - redskaper for makt. Metaforiske uttrykk for ulike behandlingsfilosofier, kan imidlertid også sees som en slags 'modeller'.

Metaforer trenger selvsagt ikke alltid å være like omfattende, ha like mange referanser, være like flertydige. '*Demokratisk Psykiatri*' har vært navnet på en bevegelse, stundom et mål, men jeg har aldri sett det brukt i noen grad på reformens resultater. Det har i stedet vært en motstand mot å gi noe meningsfullt navn på den nye praksisen fordi dette kunne "kanonisere" den til en nye 'modell'. Men noe nytt er da faktisk blitt utviklet, og for å beholde det som noe udefinert og ikke-permanent, har man likegodt kalt det for det 'diffuse systemet'. Etter min mening understreker dette betydningen av og det kraftfulle ved 'navnsetting' som sådan. Denne metaforen skal jeg vende tilbake til i siste kapittel.

Det finnes imidlertid også andre måter å forholde seg til dette fenomenet på - ikke ved å tilintetgjøre metaforene, men å anerkjenne og utnytte dem. Selv om dette kanskje ikke like ofte uttales, tror jeg at en mer pragmatisk og nytteorientert tilnærming til *metaforenes kraft*, er ganske utbredt, dersom man går dette 'diffuse systemet' nærmere etter i sømmene.

De metaforene som utøverne av den nye psykiatrien bevisst eller ubevisst trekker på, referer til allerede eksisterende 'modeller' for hvordan de psykiske lidelsene og behovene kan forstås og møtes. Jeg vil altså hevde at den nye psykiatrien slett ikke er fri for 'modeller', den paradigmatisk enerådende 'Modellen' er det imidlertid vanskeligere å påvise.

En forhenværende Arezzo-psykiater, Vieri Marzi, formulerer det i en artikkel slik: "*Den metaforiske natur ved enhver psykologisk kunnskap, synes i dag å utgjøre den progressive og teoretisk samlende hypotesen. Skal man unngå å reformere psykiatriske paradigmer som gjenreiser de gamle modellene, er det denne hypotesen man bør arbeide etter.*"¹

Marzi forfekter her en variant av Thomas Kuhns hypotese om de vitenskapelige paradigmeskifter² og lar også metaforen få en mulig paradigmatisk funksjon: "*Enhver psykologisk kunnskap er en metafor for en senere kunnskap*"³ Dette er en beskrivelse av utviklinger der den ene skoleretningen avløser den andre, og når dette skjer kan den gamle omtales (avsløres) som en metafor. Marzi appellerer til en pragmatisk innstilling. Man må kunne betrakte alle psykologiske teorier som effektive idiomer for fenomener som man ikke kan si noe absolutt sant om. Dette kan tolkes slik at det finnes mange 'modeller' som representerer virkeligheten. Det at ingen av dem er virkeligheten, men

¹ Marzi, V.(1987): s. 201 - min oversettelse

² Kuhn, T.(1962): kap. 10

³ Marzi, V.(1987): s. 202 - min oversettelse

representasjoner, er ingen avsløring. Slike representasjonelle modeller kan likevel brukes til å bevege virkeligheten, de kan være "klinisk effektive".

Torrey har et lignende relativistisk standpunkt i boka 'Witchdoctors and Psychiatrists'. Som tittelen antyder, sammenligner han psykiatere med trollmenn og shamaner og mener at gode terapeuter har noen grunnleggende egenskaper til felles og at slike terapeuter sannsynligvis finnes i alle kulturer. I betegnelsen 'terapeut' inkluderer han alle slags profesjoner som steller med den menneskelige psyken, også leger, psykologer, prester etc.

De grunnleggende komponentene i alle former for "psykoterapeutiske forhold" er, i følge Torrey, et felles verdensbilde⁴, terapeutens menneskelige kvaliteter, klientens forventninger til terapeuten og klientens voksende følelse av mestring. Dette første, at terapeuten og klienten deler verdensbilde, er viktig for at de skal kunne kommunisere og at navnsettingsprosessen under terapien skal kunne bli meningsfull. Torrey snakker altså om 'navnsetting' og unngår dermed å si noe om den forståelsen klienten erverver seg av sin situasjon, er absolutt sann eller riktig. Ulike kulturer har ulike meningssystemer og ulike måter å fortolke virkeligheten på. Mens Marzi foreslår å erstatte reformbevegelsens "modell-angst" med "modell-relativisme", argumenterer Torrey for at trollmenn og psykiatere nok representerer ulike "skoler", men de er like gode terapeuter. Tross sine forskjeller, alle 'modellene' "gjør noe av den samme jobben".

Det som Torrey dveler lite ved, er de sidene ved det terapeutiske forholdet som har med ideologi og makt å gjøre - terapeutens funksjon i sitt eget samfunn. Dette er spørsmål som naturlig dukker opp når man skal behandle ulike *terapeutiske praksiser* innenfor det samme samfunnet. Marzi snakker om de ulike skoleretningene, men innenfor en lokal kultur som Tiberdalen er de viktigste kontrastene mellom de offisielle skolene - det utdannede helsepersonellet og prestene, og de magiske helbrederne. Alle disse tre klassene av terapeuter har, slik jeg ser det, sine egne underordnede meningssystemer. Jeg tar også med prestene som pga. deres sjelesørger- og skriftefunksjoner har en tradisjonell og institusjonalisert kontakt med en stor del av befolkningens mentale tilstand.

Når jeg omtaler skolemedisinen, religionen og magien som lokale *meningssystemer*, mener jeg ikke at de er helt uavhengige av hverandre, fullstendig utskiftbare, eller like sterke. Selv om skolemedisinen og den katolske religionen har fått en *lokal utforming* av lokale utøvere, tilhører de mer universelle og mektigere meningssystemer. Men lokalt tilbyr de alle noe avvikende verdensbilder og kan tolke begivenheter og fenomener forskjellig, *innenfor et felles doméne*. Meningssystemene kan sammenlignes på grunnlag av sine funksjoner som sikkerhetssystem og tegnsystem. Jeg skal komme mer utdypende inn på disse begrepene etterhvert.

Klientene til disse ulike terapeutiske tjenestene kan tilhøre ulike subkulturelle grupperinger i samfunnet, men det kan ofte være en stor overlapping. Svært ofte prøver "klientene" alle i tur og orden, eller også samtidig. Det gir dem flere mulige valgstrategier i en kritisk situasjon. I mange tilfeller kan det f.eks. være slik; Greier ikke legen å gjøre pasienten frisk, så er det vanskeligere å avfeie eller la være å tro på bestemoren som anbefaler en viss trollmann.

Jeg ønsker å vise noe mer av den kulturelle konteksten de psykiatriske tjenestene er plassert i - ute i 'territoret'. Ved å belyse andre "terapeutiske meningssystemer", håper jeg å vise hvordan en kobling mellom kunnskap og makt

⁴ Hvor felles dette verdensbildet egentlig er, mener jeg kan diskuteres. Men jeg forstår Torrey (1986) dithen, at det må være en slags plattform for en felles forståelse av klientens problemer. Det må være en viss kommunikasjon og forventningene må til en viss grad kunne bli innfridd av terapeuten, for at terapien skal være effektiv.

også er en vanlig og kanskje nødvendig ingrediens i terapeutiske forhold som bygger på symbolske virkemidler.

8.2 Tiberdalens tradisjonelle "terapeutiske" modeller

Tiberdalen hadde, etter min mening, etablerte "modeller" og praksiser plassert i distriktet som kunne møte befolkningens *psykiske behov*. Disse 'modellene' hadde røtter i den lokale kulturen og solide tradisjoner i samfunnet. SIM måtte finne sin plass gjennom en tilpasning til eller konkurranse med disse "territorielle modellene" og deres tilhørende meningsystemer. De "territorielle modellene" har selv stått i et innbyrdes konkurranseforhold, i det minste der hvor de i praksis har overlappet hverandre. På samme tid, vil jeg hevde, har de utviklet grunnleggende likhetstrekk i sin "*terapeutiske*" praksis.

De relevante modellene for Tiberdalen er familielegens tilpasning av skolemedisinen, katolisismens helgendyrkelse og skriftemålet, og de folkelige magiske forestillingene som sterkest kommer til uttrykk hos de magiske utøvernes tjenester.

Katolisismen og skriftefaren

Aretinerne er i likhet med det meste av Italia preget av den katolske troen. De religiøse symbolene er dypt forankret i det symbolske universet og danner felles kollektive referanser, enten man er troende eller ateist. De religiøse ritualene og årets merkedager angår også alle og gir derfor den lokale kulturen en sentral akse. Karneval, fastetid, fetetirsdag, påske og jul - alle slike høytider markeres med egne fester, spesielle tradisjoner og matskikker. Provinsen har også sine spesielle religiøse tradisjoner som ikke følger liturgien, men som den lokale kirken har godtatt. En gang i året går også prestene rundt i menighetene sine og skvetter hellig vann i alle husene og leser velsignelsen. I Monterchi, en av kommunene i Tiberdalen, leder en prest årlig en eldgammel tradisjonell prosesjon for å velsigne markene. Folk i provinsen går fortsatt til skrifting, om ikke så ofte som tidligere, og i kirkene brennes det stadig hvite lys på alterne med håp om helgenenes forbønn. Den sterke helgendyrkelsen er også et av eksemplene på en folkelig religiøs tradisjon.

Ved de kirkene og klostrene som er under beskyttelse av spesielle helgener er det ekstra mange besøkende rundt høytidsdagene. Enkelte steder legges det inn bilder eller amuletter til personer som man ber helgenen om å gå i forbønn for. Helgendyrkelsen er betydelig i denne provinsen og ulike helgener regnes som beskyttere for mennesker i forskjellige livssituasjoner, med forskjellige sykdommer og plager etc. I dette gamle jordbruksområdet er det knyttet særlig mange religiøse forestillinger til helgenenes beskyttelse av *fruktbarheten*, i den grad at enkelte helgensteder og madonnaikoner er blitt gjenstand for egne kulter. Den italienske antropologen Vittorio Dini, ved universitetet i Siena og Arezzo, har dokumentert dette utførlig i boka *'Il potere delle antiche madri'* ('De fortidige mødrenes makt'). Hans studier er foretatt i Arezzoprovinsen og mye av materialet stammer fra Sansepolcro og Tiberdalen. Hans analyse av de synkretistiske fenomenene trekker linjer fra etruskernes og romernes rituelle praksis og gudelære og fram til i dag.

"Fra den folkelige kulturens side, noe den lokale presten kjenner utmerket godt til, pleier man å påkalle Maria og også andre hellige figurer som med samme innflytelse hører til

sikkerhetsnett. Dette gjøres særlig ved graviditet, fødsel og barselsperioder. «Majesteter», helgenene for vannløpene, vadestedene, gatene, veikryssene, markene, trærne, steinene, grottene osv., fortsetter å bevege seg i et utstrakt befolkningslag av bondeherkomst - skjønt urbanisert. Disse kreftene griper inn mot feber, sterilitet og infeksjoner, og utvikler alltid en relevant påvirkning i de troendes sikkerhetssystemer.»⁵

Det religiøse systemet tilbyr derfor et innviklet og nyansert sikkerhetssystem ('sistema di sicurezza') som kan ha en ganske fundamental betydning for enkeltmennesker som har vært mindre forsynt med livets goder. Denne betegnelsen fokuserer mer på en dimensjon eller funksjon ved religionen; - hvordan eksistensielle kriser, sykdom, død, sult, usikkerhet etc. forstås og håndteres.

Også innenfor den offisielle liturgien er den mystiske tradisjonen, som i større grad lever innenfor katolisismen enn protestantismen, mer åpen for en direkte kontakt med den åndelige verdenen. Den rike materielle kulturen som vi finner i den katolske kirken og som protestantene i sin tid tok avstand fra, muliggjør en forbindelse med det hellige uavhengig av prestene. På helgenstedene kneler de troende foran alteret, helgenbildet, krusifikset eller relikviene, en og en uavhengig av preken eller liturgi. I ethvert hjem hvor man ikke er erklærte ateister, vil man også finne et lite husalter med et madonnabilde eller Jesuskrusifiks, noen lys og gjerne et bønnekjede. Jeg har også latt meg overraske litt når jeg har gått inn i en kirke sammen med italienske venner og merket den lynraske og automatiske bevegelsen, i det en hånd dyppes i viefonten og tegner korset foran jomfruen og barnet.

Prestene har likevel en betydningsfull rolle som sjelesørgere og skriftefedre. Denne rollens likheter med psykoanalytikeren har ofte blitt bemerket. Mange har framhevet de mentalhygieniske kvalitetene ved katolisismens krav om at du ihvertfall én gang i året må gå å skrifte og følge skriftefarens pålagte botsøvelser for å rense din sjel.

I Sansepolcro hadde det seg slik at jeg losjerte i et cappuccinerkloster der bestyreren, eller prioren var en viktig og mye brukt skriftefar i egnen. Dette hadde antakelig sammenheng med hans vide kontakter og samfunnsengasjement forøvrig som kapellan på sykehuset, lærer og speiderleder. I tillegg drev klosteret et gutteinternat for yrkesskolen og hadde åpent en sosial kantine ('mensa')⁶ for landsbyen.

Prioren var også kjent for sin åpne og folkelige omgangsform med folk fra de lavere samfunnslag. Han snakket samme dialekt som kirkelyden og sverget like hjertelig som arbeiderne i kantina ved den hellige Maria, når han etter middagen tapte et slag kort med dem.

På søndagene og i høytidene innfant det seg alltid en god del mennesker som ville snakke med prioren. De kom for å skrifte. Men skriftemålene skjedde sjelden i klosterkapellets skriftestol, fortalte prioren til meg. Det kunne i prinsippet foregå hvor som helst, en gang endatil i bilen, sa han. Jeg hadde problemer med å forestille meg et skriftemål i priorens hvite Panda (Fiat), men husket også hva en av sykepleierne i SIM hadde fortalt at de hadde sett på sykehuset. Som kapellan hadde prioren mottatt et ønske om skriftemål fra en av pasientene som lå på dobbeltrom. Prioren hadde da på en meget praktisk måte gitt ham syndenes forlatelse under fire øyne inne på toalettet. Langt vanligere var det likevel at skriftemålet foregikk inne på kontoret, på en gjestestol med prioren sittende bak et skrivebord dekket med regnskapsbøker og protokoller.

⁵ Dini, V.(1980): s.121 - min oversettelse

⁶ 'Mensa' brukes idag om det vi kaller 'kantina', men betegner egentlig selve måltidet eller bordet og ikke lokalitetene. 'Mensa' kan også bety 'alter' - bordet med de hellige sakramentene eller nadverden.

Før skriftemålet er folk ofte anspente og forknytte, så prioren som mente at nesten alle opplever det som en forløsning og frigjørelse å få skriftet. Han mente at skriftesituasjonen aldri ledsages av slike følelser som skam og forlegenhet, men at folk ofte foretrekker å gå til munkene fordi de i større grad er løsrevet fra stedets sosiale bånd. Munkene skifter jo blant annet navn for å markere at de bryter over de familiære båndene til fordel for klosterbrorskapet. Det er også en regel om at de ikke skal bli mer enn 3 år i samme kloster, av fare for å "gro fast" og binde seg for mye til stedet - dvs. det jordiske livet. Denne regelen hadde imidlertid ikke blitt etterfulgt i dette cappuccinerklosteret og prioren hadde vært der i hele 18 år.

Priorens forutsetninger som skriftefar og sjelesørger lå ikke alene i hans klerikale posisjon og ferdigheter. Han kjente sitt samfunn inngående gjennom sin delaktighet i det og demonstrerte også daglig at han behersket lokalsamfunnets tale- og væremåter. Under middagene i klosterets kantine var det ofte mye høylytt spøk og elegant ordkløveri, og man verdsatte et godt svar. Noen av arbeiderne som pleide å spise der hadde et spøkefullt forhold til prioren, og gymnasrektoren som også losjerte i klosteret gikk ikke av veien for en liten dispuTT over bordene. Klosterkantina var et høyst levende stykke virkelighet, der munkene og landsbybefolkningen må kunne sies å bekrefte det Torrey kaller "a shared worldview".

Torrey hevder, som nevnt, at et felles verdensbilde er en av de grunnleggende forutsetningene for terapeutiske forhold - hvori han inkluderer forholdet mellom menighetsmedlemmet og skriftefaren. Videre argumenterer Torrey for betydningen av at terapeuter besitter visse personlige egenskaper - egenskaper som er beundret i deres egen kultur. Det utslagsgivende, sier Torrey, synes å være at terapeuten evner å etablere en varm, innlevende og understøttende relasjon med klienten. Han antyder at den terapeutiske verdien av selve avhengigheten i forholdet henger sammen med samfunnets verdisystem. Det italienske samfunnet er ellers kjent for sin tradisjonelt positive anerkjennelse av patron-klientforholdets avhengighetsrelasjon. Avhengighet i terapeut-klient forhold skulle derfor ikke være i konflikt med det dominerende verdisystemet.

De anti-autoritære målene til bevegelsen 'Demokratisk Psykiatri' har utfordret dette maktforholdet i lege-pasient relasjonen og gitt argumenter for et mer symmetrisk og gjensidig forhold. Forholdet mellom skriftefaren og bæreren av skriftemålet er en "terapeutisk" relasjon som ligger likevel utenfor debatten som reformbevegelsen reiste.

Prioren var gjennom sitt klosterløfte avskåret materielt og familiært fra å øve innflytelse i samfunnet. Hans makt som skriftefar vis å vis andre var, etter min oppfatning, i første rekke av symbolsk karakter. Dette gjelder i noen mindre grad også de ordinære prestene, som ikke har avstått sin sivile identitet, men lovet sølibatet. I tidligere tider da kirken selv hadde utstrakt fysisk makt i samfunnet og maktmidler, var likheten mellom de kirkelige myndigheter, ordensmakten og landherren svært stor - eller de var identiske. Kirken har vært en mektig godseier og ofte en tyrannisk ordensmakt (inkvisisjonen).

Skriftemålet er ingen juridisk plikt, men en tungtveiende etisk forpliktelse. Valg av skriftefar er frivillig, men selve skriftemålet er det ikke. Skriftemålet som en sosial institusjon etablerer og opprettholder derfor maktrelasjoner mer på et strukturelt nivå, enn på et mellom-menneskelig. Jeg mener med dette at det ikke så meget handler om den konkrete relasjonen mellom de involverte personene som de generelle relasjonstypene som den stadfestede ideologien legitimerer. Det er en symbolsk orden som først og fremst gjenskapes. At dette også bidrar til en bestemt sosial orden, mener jeg er nokså innlysende, samtidig som denne sosiale ordenen ikke kan sies å være et

direkte utkomme av den symbolske. Sagt med andre ord; Den katolske religionen er en legitimerende faktor for den sosiale orden i Italia. Dette er imidlertid en annen diskusjon.

Katolisismens sterke stilling i dagens sekulariserte Italia - omenn mindre sekularisert enn Norge - er betinget av sin egen evne til å legitimere seg selv. Den ville være vanskelig å forsvare, dersom katolisismen og dens talsmenn selv var upåvirkelige. Prioren kan tjene som et bilde på dette poenget. Hans omgang med arbeiderne inkluderte at han talte deres språk med direkteheten, den folkelige humoren og de grove glosene på kjøpet. Prioren holdt ikke preken i kantina, men bannet heller ikke i kirken. Disse to ulike situasjonene og de tilhørende fysiske avdelinger i klosteret, krever ulike opptredener fra priorens side. Han mestret dem begge på en måte slik at han, i mine øyne, også overførte noe mellom dem.

Priorens makt er i weberiansk forstand en samling av såvel karismatisk makt fra kantina og tradisjonell makt fra religionen. Muligens er det innslag også av Webers tredje legitimitetsform ved priorens bruk av sitt tjenestekontor som skriftestol. Kontoret med sine rekvisitter ga assosiasjoner til den byråkratiske makten, selv om den kanskje var mer symbolsk tilstede enn reelt.

Selv om den aktuelle situasjonen og de aktuelle omgivelsene bestemmer hvilke symbolske elementer som åpent er tilstede, tror jeg likefullt at det flyter sammen med mer fordekte elementer i den mellom-menneskelige relasjonen. Priorens fleksible holdning til sine funksjoner styrker, etter min oppfatning, hans rolles mangesidighet (multipleks versus unipleks). Folk i Sansepolcro kjente ham som både prior, kapellan, skriftefar, skolelærer, prest og en 'folkelig' samtalepartner i kantina.

Skriftemålet betraktes som en renselse av sjelen. Det blir regnet som god skikk å skrifte i påsken. Da blir også husene rensset, først med vann og såpe, deretter med vievann ('acqua lustralis') og prestens velsignelse ('benedizione'). Skriftemålets ideelle positur er knelende, halvknelende eller sittende med senket hode. Skriftestolens utforming framtvinger denne posituren direkte fordi man må bøye seg for å kunne snakke gjennom luken. Den legemlige og mentale holdningen uttrykker ydmykhet ('pietà') overfor Gud. Gjennom skriftemålet bekjenner man sine synder som har tynget og urenet sjelen. Velsignelsen og de pålagte botsøvelsene vil rense sjelen.

Prioren la vekt på denne ydmykheten som noe av det viktigste i skriftemålet, og han forklarte med også at munkeløftet ga en større garanti for diskresjon. Skriftestolen og den perforerte døren i luken syntes å være overflødige fordi funksjonene likevel var *internalisert* i personene. De grunnleggende prinsippene er likevel de samme; skriftemålbærerens ydmykhet og skriftefarens diskresjon danner rammene. Skriftebarnet får gjennom bekjennelsens blottstilling av sin egen person overfor Gud - ikke menneskers dom, renselsen gjennom skriftefarens ord og botsøvelsene etterpå. Det bør også understrekes at skriftefarens skal forholde seg helt fri for moralske domfellelser.

Det er en likhet her til lege-pasient forholdet. Pasienten blottstiller seg uten den bluferdighet og skam som han ville følt overfor en annen person. Dette er betinget av pasientens tillit til legens profesjonalitet og diskresjon. Deretter er det legen som helt autoritativt fastsetter diagnosen, men han gjør det som en forvalter av den medisinske vitenskapen. Pasientens situasjon blir *betegnet* av legens ord. Skriftefarens stiller ikke noen diagnose, men ordene hans etter bekjennelsen bekrefter at han har hørt hva det er som har blitt bekjent og kuren han foreskriver er minst like sikker som legens.

Dersom skriftemålet sammenlignes med psykoanalysen, er det også noen strukturelle likhetstrekk som er interessante å understreke. Følgende står i en bok om

skriftemålet av Martin L. Smith SSKE, riktignok en episkopal prest, men boka omhandler temaet generelt⁷:

*"There would be no eye-contact with the minister of the sacrament. Some people still find this helpful. The kneeling posture and formality emphasize the objectivity of the sacramental action; ..."*⁸

Smith legger til at dette er på vei bort, at det nå er vanligere å sitte i samme stilling og å se på hverandre, - i det minste inntil selve syndeforlatingen.

Den klassiske psykoanalytiske situasjons to særtrekk er; 1. sofaen som medfører analysandens liggende positur, og 2. analytikerens stol som er plassert slik at han kan sitte og at direkte øyekontakt eller andre likhetstrekk med vanlige samtaler forhindres. Disse strukturelle rammene har vært med på å distansere akkurat denne samhandlingen fra andre samhandlinger, i skriftemålet til en klart *hellig* sammenheng. Når det gjelder psykoanalysen så er den gjenstand for spesielle regler som nærmer seg en helliggjøring. Den må være absolutt uforstyrret og krever total diskresjon fra analytikerens side. Forestillingene som dette meningssystemet selv danner om "prosessen", er en gjennomtrengning av mentale barrierer og utløsning av (drifts-) energier som bare psykoanalytikeren vet å takle på en terapeutisk måte. Dersom andre diletanter begynte å tukle med disse tingene, kunne de komme til å slippe løs ukontrollerte og destruktive krefter.

Skriftemålet ligner også på psykoterapiene i innhold - hvilke problemer som tas opp til behandling, eller forløsning. Jeg tror at de fleste katolske prester ville si seg enige med Smith når han forklarer det slik:

*"You may be asked whether there are particular things in your confession about which you would like some counsel. The priest may discuss with you certain appropriate expressions of your repentance, such as asking others for their forgiveness, or making amends in certain cases to those you have wronged, The priest may offer you the opportunity to discuss at some future time, in the same condition of absolute confidentiality, matters in the confession which seem to call for extended counseling."*⁹

Skriftemålet gir anledning til å ta opp skyld, anger og "synder" som i de fleste tilfeller kan oversettes som brudd på sosiale normer eller de gjeldende etiske reglene. Både mellommenneskelige forhold og psykiske tilstander som resultater av disse, blir satt inn i en sammenheng og bearbeides i en slik prosess. Trolig kunne svært mange av bekjennelsene like gjerne settes inn i en psykoanalytisk ramme. Når det gjelder enkeltmenneskets forhold til Gud og de konflikter som oppleves med dette, skal vi kanskje være litt forsiktige med å bedrive en hardhendt reduksjonisme, men noe kan helt sikkert uttrykkes som eksistensielle konflikter som psykoterapeutene også har terminologi for.

Det er ikke meningen her å si at psykoanalytikeren og skriftefaren gjør akkurat det samme, eller er gjensidig utskiftbare, men vise til strukturelle og innholdsmessige likheter og overlappende områder i deres virksomhet.

⁷ Denne boka var den eneste som tok opp emnet i utvalget til St. Olavs Bokhandel i Oslo, og den er også skrevet for katolikker.

⁸ Smith, M.L. SSJE (1986): s. 104

⁹ Smith, M.L. SSJE (1986): s. 105

Skolemedisinen og familielegene

De offentlige medisinske tjenestene i Tiberdalen var knyttet til tre hovedtilbud; familielegeordningen, de lokale helse- og sosialsentraene med sykestue og hjemmesykepleiere, og det somatiske sykehuset i Sansepolcro.

Familielegen og hospitalet var de tilbudene som har mest tradisjon i ryggen. Familielegens relasjon til pasienten minner, som før nevnt, om skriftefarens. Jeg skal forsøke å beskrive noen av de karakteristiske trekkene ved legen som sosial person og skolemedisinen som et meningssystem.

Den folkelige medisinen, troen på 'healere' og de magiske fore-stillingene om de samme fenomenene som medisinen forklarer, står i et motsetningsforhold til medisinen. Likefullt låner de begge meninger fra hverandre. Men dette skal jeg komme mere inn på siden.

Den italienske familielegen har alltid vært og er fortsatt en høyt rangert og respektert sosial person. Som en lærd person og et kultivert menneske ('di alta cultura'), har familielegene tilhørt lokalsamfunnets øverste sosiale skikt sammen med de formuende, de geistlige og andre høye embedsmenn. Legen har med andre ord vært en representant for den hegemoniske kulturen og folket har bestandig parallelt holdt ved like sine subkulturelle medisinske forståelser og behandlere.

Legen er ikke en transformert heksedoktor, snarere en transformert munk. Den medisinske vitenskapen skilte i Italia lag med kloster-medisinen i senmiddelalderen. Cosmacini omtaler skolemedisinens inntreden slik:

"Den offisielle, ortodokse, lærde medisinen må faktisk gjøre regning med "den andre medisinen" som ikke gjør bruk av vitenskapelige utlegninger, som blander seg med magi og kjetterske forestillinger og som blander seg med sjarlateners og dilletanters snakk. Skolemedisinens presteskap ('i canoni della medicina dotta' - min innrykning) avviser dem den posisjon i de medisinske utøvernes hierarki som de selv har dannet seg."¹⁰

Jeg siterer ikke Cosmacini alene for å underbygge min måte å plassere skolemedisinen på kulturelt og historisk. Cosmacini bruker også religiøse metaforer når han omtaler medisinen og dens utøvere.

De katolske munkene helbredet på grunnlag av gudegitte kunnskaper - 'donum Dei' - og barmhjertighet - 'caritas'- og lot det være opp til pasientens egen økonomiske evne og samvittighet å gi Gud et offer tilbake. Skolemedisinerne måtte imidlertid som yrkesutøvere med vitenskapelig begavelse - 'donum scientiae' - kreve betaling for sine tjenester. Cosmacini ser her en parallell til den nye merkantilistiske ideologien i samfunnet ellers.

Utviklingen av legeprofesjonen kan studeres i lys av en mer spesialisert arbeidsdeling og utviklingen av en sekularisert vitenskap utenfor kirkens direkte kontroll. Skillet mellom medisin og det som i dag regnes som 'magi', 'okkultisme' eller 'kvakksalveri', har aldri vært fastlagt eller konsekvent opprettholdt. Under renessansens Italia var ikke 'magi' noe som stod i et uforenlig forhold til medisinen. Enkelte av legekunstens forfedre i Italia ga også ut bøker om magi og naturmedisin. Derimot virker det som det alltid har eksistert en polarisering mellom to leirer av medisinske utøvere: Autoriserte, offisielle utøvere på den ene siden, og "lave" omstreifende "sjarlataner" på

¹⁰ Cosmacini, G.(1987): s. 45 - min oversettelse

den andre. Slik har også uttrykket oppstått, om at det finnes "rike leger for de rike, og fattige leger for de fattige".

Men selv om det er strukturelle likheter mellom medisinen og religionens domøner, representerer også betalingen et nytt element i relasjonen mellom terapeuten og klienten. Dette med *betaling* versus *offer* har alltid vært et ambivalent spørsmål innenfor medisinsk praksis i bred forstand. Klosterordnene sluttet ikke med sine vederlagsfrie helsemessige eller sosiale tjenester, samtidig som de hele tiden har krevd betaling for urteekstraktene de har solgt og fortsatt selger. I sykehusene er det den dag i dag vanlig å se små altere med offerskåler på avdelingene. Dagens italienske velferdsordning sikrer formelt sett alle italienerne gratis lege og sykehusopphold, mens de privatpraktiserende legene selvsagt vet å ta seg betalt. Blant representantene for den såkalte "andre medisinen" varierer dette mye. Tendensen er klart i retning av honorarordninger for dem som utfører mer tekniske tjenester eller gir materielle produkter - urter, medisiner amuletter o.l. Trollmenn eller spesielle medier som formidler kontakt til åndeverdenen eller helgener og bruker sine spirituelle krefter, er mer tilbøyelige til ydmykt å avslå direkte betaling, men henvise til en frivillig donasjon istedet.

Tambiah¹¹ hevder noe av det samme som Cosmacini, når han sier at vitenskapens historie også er de magiske og okkulte ideenes historie, og omvendt. Mange vitenskapelige oppdagelser kan i følge Tambiah faktisk ha vært utenkelige uten visse forutgående spekulative og magiske ideer. Cosmacini sier om "den andre medisinen", at den er det jordsmonn (humus) skolemedisinen er vokst ut av.

Legene skal også ha blitt tilskrevet mer makt av folket, enn f.eks. kirurgene og deres forgjengere i profesjonen, barbererne¹². I motsetning til kirurgenes mekaniske operasjoner som bygde på kunnskaper om den døde kroppens anatomi, manipulerte legene den levende organismens prosesser, dens flytende og sirkulerende bestanddeler, kroppsvæskene¹³. Pasientene tilla derfor legene ofte magiske evner fordi de opererer på et usynlig plan for lekfolk og på grunnlag av en utilgjengelig og kontrollert kunnskap.

Helsesystemet i Tiberdalen var relativt godt utbygd (i såvel italiensk som norsk målestokk), og var ment å sikre alle innbyggerne helsetjenester gratis og nært til bostedet. Familielegene, som minnet om norske distriktsleger, fikk i alminnelighet en svært stor variasjon av lidelser og problemer å hankses med. Enkelte pasienter ble henvist til spesialister i de større byene i regionen, eller det ble rekvirert innleggelse på sykehuset i Sansepolcro. Men bredden i hva slags organiske, psykiske, eller til og med sosiale problemer disse legene møtte, særlig i utkantstrøkene, var meget stor.

I SIM fikk jeg vite at familielegene ofte behandlet psykiatriske symptomer alene, eller med støtte fra psykiaterne. Historier om enkeltmennesker som kommer for å få medisin mot et gitt problem og blir sittende og prate med den forståelsesfulle familielegen om helt andre personlige ting, hvorpå symptomene fordufter uten at pasienten nevner dem mere, verserer like mye her som blant norske almenntjenere.

Familielegene kan ha en preventiv funksjon i forhold til psykiatriske lidelser, fordi de ofte står pasientene nærmere enn f.eks. psykiaterne. De møter ofte problemene og bekymringene mens de er små og almenne, og de møter dem som sådan. I mange

¹¹ Tambiah, S.J. (1990): s. 24

¹² Barbererne, særlig de som var tilknyttet klosterne og klippet og barberte munkene, utførte også blodlatinger og mindre kirurgiske operasjoner. Barbererne rekrutterte også mange til den magiske praksisen da de hadde hånd om menneskelige avfallsprodukter som er vanlige ingredienser i magiske resepter. Et italiensk ordspråk lyder slik: *Dottore vecchio, barbiere giovane* (Gamle doktorer var barberere som unge).

¹³ Cosmacini, G.(1987): s. 47

familier, hvis ikke de fleste, vil de føle det mer naturlig å spørre sin faste lege, som de kjenner, til råds om sin egen eller en pårørendes psykiske tilstand, før de gikk til psykiatrien. Slik kan de også i mange tilfeller unngå den stigmatiseringen som vanligvis følger av at et problem blir 'psykiatrisk'. Innvendingen som kan stilles, er om disse legene er kompetente nok til å mestre slike lidelser, eller om de ensidig vil ty til medisiner. Utfra mitt møte med noen av disse legene og kjennskap til hvordan de har håndtert slike situasjoner, har jeg ikke grunnlag til å tro annet enn at de fungerte meget positivt i så måte.

Legene må på bakgrunn av disse funksjonene og oppgavene, og de forventningene som stilles til dem, sies å ha en svært betydningsfull posisjon når det gjelder å garantere og forsikre innbyggernes ve og vel. De er betydningsfulle for den almenne trykghetsfølelsen.

Familielegen, kan opptre både på sitt legekantor og i pasientens hjem. Konsultasjonen eller visitten kan altså ha forskjellige omgivelser, men inneholder noen forutsigbare handlinger og rekvisitter. Først pasientens utlegning av problemet, dernest undersøkelsen med de klassiske hjelpemidlene; stetoskopet, blodtrykksmåleren og termometeret. Pasienten utleverer nå sin kropp til legen, kler av seg uten blygsel (i hvertfall forventes det) og lystrer legens kommando. Diagnosen stilles og nøyaktige anmodninger om hva pasienten må gjøre framover. Legen gir medisin, eller foreskriver den og henviser til apoteket eller en sykepleier. Legens ord blir i regelen mottatt med stor andektighet og tåler en sammenligning med skriftefarens velsignelse og befalinger. Man diskuterer ikke med legen.

Cosmacini underbygger bildet av landsbygdas "familieleger" som mer menneskelige og deltakende i sin tilnærming til de syke, enn tilfellet er med deres kollegaer ved sykehusene og de vitenskapelige instituttene.

Det bør nevnes her at Cosmacinis hovedfokus i sin historieskrivning, er forholdet mellom de to tendensene i italiensk medisin; den '*antropologiske*' og den '*teknologiske*' medisinen. 'Antropologisk' i den forstand at den forholder seg mer helhetlig til den syke, den sosiale konteksten og den subjektive virkeligheten til de enkelte menneskene. 'Teknologisk' i den forstand at den fastholder sin vitenskapelige og politiske nøytralitet i samme grad som at den betrakter pasientens subjektive opplevelser som uvesentlige for en diagnostering på grunnlag av en generell sykdomslære og objektive, observerbare symptomer. Et eksempel på en triumf for den teknologiske tendensen, var når røntgenstrålene gjorde det mulig å fastslå diagnosen på grunnlag av to minutter foran apparatet, mens man tidligere kanskje måtte høre pasienten snakke i to timer.

Det er en historisk kontinuitet i den 'antropologiske' tendensen, mener Cosmacini, mellom middelalderens klosterhospitaller, de magiske helbrederne, den sosialistiske legebevegelsen¹⁴ og familielegene i distriktet: "*Den dyrebare arven vedlikeholdes uendret på disse stedene, rede for en eventuell ny etablering av de sosiale verdier.*"¹⁵

Disse to tendensene bør ikke betraktes som rendyrkede i noen form, men samtidig tilstedeværende hos forskjellige utøvere. Jeg har allerede nevnt legens instrumenter, som en del av konsultasjonens rituale. Dette er selvsagt en utenforståendes fortolkning av det som foregår. Instrumentene er imidlertid med på å objektivisere observasjonen av pasienten, symptomene eller *tegnene* på sykdom blir registrert mer uavhengig av pasienten. Cosmacini ser stetoskopet og

¹⁴ Spesielt i Milano distriktet rundt århundreskiftet. De oppsøkte fattigkvarterene i de moderne industrisentraene og argumenterte samtidig politisk for sosiale omveltninger - åpenbart en inspirasjonskilde for Franco Basaglia og hans 'Demokratisk Psykiatri'.

¹⁵ Cosmacini, G.(1987): s.429 - min oversettelse

røntgenapparatets forgjenger, 'kryptoskopet', som elementer i samme tendens til en teknologisering av lege-pasient relasjonen. Stetoskopet og kryptoskopet blir uttrykk for det Cosmacini kaller "lo sguardo medico". Det gir ikke full mening å oversette dette til "legens granskende blick", da 'sguardo' betyr noe i retning av beregnende, fult, ikke-deltakende og nærmest fiendtlig blick, i motsetning til det poetiske blikket; 'il guardo'. Instrumentene tillater legen å både lytte til og se pasientens kropp innvendig - å *gjennomskue*.

Familielegens tilnærming har elementer av både den 'antropologiske' og den 'teknologiske' tendensen. Konsultasjonen eller hjemmebesøket har, etter min mening, elementer av både deltakelse og menneskelig støtte, og fremmedgjøring og maktutøvelse. Legeundersøkelsen kan tolkes både rituelt og som maktutøvelse, og jeg velger å betrakte den som begge deler samtidig.

Det som gjør familielegene mer like (enn sykehuslegene) representantene for "den andre medisinen", er ikke først og fremst at de er mindre "teknologiske". Et innslag av en fremmedgjørende (for klienten) "teknologi" er trolig en forutsetning for 'magi' og kan også påvises hos de magiske utøverne. Dette skal jeg komme tilbake til etterpå. Familielegene må imidlertid kunne betraktes som overveiende "mer antropologiske" enn sykehuslegene, men samtidig også "teknologiske". De vil imidlertid ofte ha en kulturell tilpasning til den subkulturelle virkeligheten, som gjør dem både mer deltakende og mer anerkjente fra befolkningens side. Denne tilpasningen er et resultat av at de er utplassert i og delvis prisgitt lokalmiljøets kulturelle kontekst - den samme som magikerne opererer i. Familielegene står klienten *nærmere*, ikke bare fysisk, men også sosialt og kulturelt.

Den magiske verdenen og de magiske utøverne

Jeg har allerede trukket sammenligninger innbyrdes mellom den katolske religionen og medisinen, og fra dem til de magiske ideene og praksisene. Alle tre er de systemiske sammenhenger av ideer om hvordan verden henger sammen, om krefter i og utenfor mennesket og har til felles at de forklarer menneskelige krisesituasjoner. Religion og medisinsk vitenskap har greid å leve side om side og å akseptere hverandres virksomhet, selv om de overlapper hverandre og stundom tilbyr ulike fortolkninger av samme fenomener. I forhold til magi og magiske utøvere av ymse slag, er holdningen imidlertid fiendtlig, selv om enkelte ideer, ritualer eller teknikker kan ha store likhetstrekk med de førstnevnte meningsystemene.

Innenfor den katolske religionen finnes rikelig med materielle representasjoner, relikvier, individuelle og kollektive ritualer og helgenkultuser som er vanskelig å definatorisk skille fra magi - ihvertfall med forklaringer som at magiske handlinger retter seg mot konkrete, praktiske mål, mens religionen er mer abstrakt, hinsides det jordiske liv med sitt siktemål. I følge Tambiah er denne måten å skille mellom magi og religion på, først og fremst et resultat av reformasjonen og protestantenes avstandstaken fra katolisismen. Informantene mine var likevel ikke i tvil om hvem som i Tiberdalen var magiske utøvere og hvem som var kirkens menn. Dette til tross for at de også anså visse geistlige og bestemte ritualer for å ha magiske innslag (tillegg til det religiøse).

Det er også viktig å presisere at betegnelsene trollmann/kvinne ('stregone'/'strega'), heks ('fattuchiere/a') eller magiker ('mago/a') oftere blir brukt av andre, enn dem selv. De omtaler seg selv som spåmenn ('chiromante' - spår i hånden, 'cartomante' - spår i kort), sannsigere eller synske ('chiaroveggente'), eller som utøvere av diverse underlige teknikker som spenner fra håndspåleggelse og magnetisme til parapsykologi og hypnose. Jeg kommer i utgangspunktet ikke til å bruke betegnelsen trollmann om andre enn dem som gjør bruk av de tradisjonelle forestillingene om 'det onde øyet' og at man kan bli utsatt for 'hekseri' ('fattuccherie', 'malie'). Utover trollmenn/kvinner, regner jeg til de magiske utøverne også de som opererer med forestillinger om at de kan manipulere åndelige krefter utenfor mennesket, og som benytter teknikker og ritualer som ikke er godkjent av kirken eller den moderne vitenskapen.

Både kirken og legestanden tok resolutt avstand fra magiske forestillinger og de forskjellige utøverne, trollmenn, sannsigere, "virtuoser", hekser og helbredere. Det fantes imidlertid prester som tilbød tjenester som de selv ikke kalte 'magiske', men som andre oppfattet i grenselandet eller klart innenfor de magiske praksisene. 'Den vernianske presten' som holdt til i et kloster ikke altfor langt unna Tiberdalen, var et eksempel på en prest som var 'synsk' og i stand til å gi mirakuløse helbredelser. Selv om kirken offisielt tar avstand fra det, utfører fortsatt mange katolske prester djevelutdrivelser - dette forekom også i Tiberdalen.

Legestanden er mer konsekvent anti-magiske, og dersom en lege skulle tilby tjenester som grenset mot det okkulte, ville sannsynligvis hans egne kolleger sørge for at han mistet sin autorisasjon. Likhetstrekkene mellom leger og magikere ligger mer i de strukturelle trekkene ved terapien og den terapeutiske relasjonen, enn i selve meningsinnholdet som formidles.

Det er likevel interessant at alle de alment kjente magiske helbredere i Tiberdalen og nærmeste omkrets, var utstyrt med offisielle autorisasjoner som tillot dem å tilby sine tjenester som spåkoner, sannsigere, håndspåleggere og parapsykologer.

De var registrert i kommunale registre og gitt fullmakter til å praktisere på anviste steder.

Italiensk lov forbyr omstreifende kvakksalvere - "sjarlataner og diletanter", men den praktiseres ikke strengt. Stedfaste praktikere av ymse slag er det imidlertid mer uklar lovgivning for. Offentlighetens ambivalente holdning til dette fenomenet har ofte gitt seg utslag i en enten-eller holdning; enten så blir de underkastet en relativ kontroll, innført i et register og utstyrt med autorisasjon, eller så har de blitt totalt forbudt. En italiensk student, Arnaldi, som har studert og kartlagt de "magiske behovene" i provinsen, bemerker dette i sin avhandling¹⁶. Hun antyder at det for de aktuelle utøverne i Provinsen Arezzo, som omfatter Tiberdalen, kan være snakk om en kombinasjon av myndighetenes kontrollbehov og utøvernes legitimitetsbehov.

Jeg mener at det er et viktig poeng å understreke at når vi ser etter likhetstrekk, så må *ikke* den magiske praksisen i aktuell utgave, betraktes som mer opprinnelig og autentisk enn religiøs og medisinsk praksis. Som magi er en uløselig del av de sistnevntes historie, har magien også sin historie der den like mye har lånt kunnskap, mening og legitimitet fra de hegemoniske meningssystemene. Tiberdalens og provinsens mest kjente trollmann, trollmannen i Anghiari, er et godt eksempel på dette.

Det lyktes meg aldri å få snakke direkte med ham. Han lot til å være en opptatt mann og hans kone tok alltid telefonen. Hun sa at det ikke lot seg gjøre å få en avtale med ham før etter et par måneder pga. pågangen, men at han tok imot uten forhåndsavtale på tirsdagene dersom det ble tid. Denne trollmannen var altså like utilgjengelig som den mest anerkjente medisinske spesialist kunne vært det, og tok imot konsultasjoner to ganger i uken, innenfor bestemte klokkeslett, fortrinnsvis etter forhåndsavtale. Han tok ikke mot folk i sitt eget hjem, men hadde et kontor ('studio') til formålet i den samme grenda (ligger langt utenfor landsbyen Anghiari). Jeg tilbragte en hel formiddag på trollmannens venteværelse, i håp om at jeg kunne få snakke med ham mot slutten av dagen. Det var imidlertid altfor mange klienter med avtalt time, til at jeg kunne ha noen sjanse til det. Venterommet var likevel i seg selv interessant nok.

Det første som slo meg, var hvor likt dette venterommet var alle andre venterom jeg hadde sett, både i Italia og i Norge. Det var lite og ble raskt for trangt for de 10-15 personene som hele tiden satt der, selv om noen kom og noen gikk. Klientene skilte seg heller ikke ut fra de man ellers kunne vente å finne i et hvilket som helst venterom. Kvinner og menn i varierende aldre, noen voksne som hadde barn eller ungdommer med seg, noen gikk kledd i mer bondske og enkle klær, noen gikk kledd i moderne moteriktige plagg. De satt og kikket i bunken med ukeblader, stirret i luften, eller snakket dagligdags sammen. Det virket som om trollmannen hadde lagt større vekt på de formelle legekontoraktige omgivelsene og formalitetene rundt selve konsultasjonen, enn hva prioren og de psykiatriske behandlerne gjorde. Jeg tolker det dithen at disse ytre omstendighetene er med på å gi trollmannens praksis legitimitet og respekt.

Trollmannen ga av og til medisin i form av et hvitt pulver, ble de sagt. Den viktigste teknikken var imidlertid måten han mobiliserte spirituelle krefter gjennom å lese fra sin nedarvede hellige bok¹⁷ og framsi mystiske formularer mens han holdt klientens hånd. Han var kjent for å kunne oppdage forhekning ('fattucherie', 'malie'), gjendrive det og selv forhekse andre. I autorisasjonen hans stod han imidlertid oppført som spåmann med tillatelse til "vitenskapelig håndavlesning" og lesning av hellige tekster. Når han leste fra den berømte boken som alltid skulle ligge oppslått, gjorde han det med en messende stemme.

¹⁶ Arnaldi, G.(1987) (avhandling ved universitetet i Sienas fakultet i Arezzo)

¹⁷ I følge Arnaldi "Libro del Comando"

Jeg hadde selv tilbragt noen timer på et venterom utenfor kontoret til øyespesialisten på sykehuset i Sansepolcro. En forskjell i klientenes oppførsel, som jeg bet meg merke i, var at på trollmannens venterom, snakket ingen om de plagene de søkte hjelp for. Det virket like lite naturlig som om de ventende brukerne i SIM skulle innlede samtaler seg i mellom om sine psykiske plager¹⁸, eller om menighetsmedlemmene som ventet på prioren i klosterkorridoren om søndagsformiddagene skulle dele med hverandre det som naget dem i sjelen.

Arnaldi intervjuet ikke trollmannen i Anghiari, men derimot en rekke andre magiske utøvere i området¹⁹. Det hun finner som fellestrekk for dem, er en stor grad av imøtekommenhet, tilgjengelighet og elskverdighet. De nyter tillit for sin diskresjon og de dømmer aldri noen moralsk, på grunnlag av det de betror under konsultasjonene. Problemene blir satt inn i en sammenheng som er en felles referanse for det vi kan kalle en bondekultur med særegne magisk-religiøse forestillinger - en subkultur innenfor den hegemoniske. Det begrepet som Arnaldi benytter, i likhet med de Martino og Dini²⁰, er '*sikkerhetssystem*' (omtalt i begynnelsen av dette kapittelet). Dette "systemet" innbefatter mer enn "kriseløsninger", kan det med rette innvendes. Men benevnelsen er spesielt hensiktsmessig, kanskje, når det dreier seg om moderne mennesker som betrakter de magiske utøverne som et av flere alternativer å ty til i en kritisk situasjon.

Blant de kritiske omstendighetene som hyppigst resulterte i en konsultasjon var; helseproblemer, samlivskonflikter, fødselsvansker, problemer med utviklingen og oppdragelsen av barna, kjærlighets-problemer, arbeidsproblemer o.l. Årsaksforklaringene kunne variere fra hekseri (forhekselser og 'det onde øyet') til teorier om energiunderskudd og magnetisme. Alle de magiske utøverne som Arnaldi snakket med var sterkt religiøse og oppfattet sin egen virksomhet som helt i tråd med den katolske religionen - mange klaget også over dagens mangel på åndelighet og respekt for de tradisjonelle verdiene.

Det lot til at de fleste også forestilte seg sykdom og ulykker innenfor et magisk univers der de åndelige kreftene kunne gripe direkte inn i menneskenes liv og kunne selv manipuleres av de magiske utøverne. Dette ville de imidlertid ikke alltid snakke om i det første intervjuet, men la da kanskje vekt på den "vitenskapelige" siden ved teknikkene, eller satte det inn i en mer alminnelig godtatt religiøs sammenheng.

Noen særlig "yrkessolidaritet" mellom de magiske utøverne var det ikke. Det var en tendens til at de ikke anerkjente hverandre, men brukte de samme skjellsordene om dem som prester og leger alltid har gjort; "svindlere" og "sjarlataner". Dette behovet for å ta avstand fra andre magiske utøvere og dermed øke sin egen legitimitet, er sikkert påvirket av at de har snakket med en representant fra det vitenskapelige miljøet. Men det peker også på det som jeg allerede har hevdet, at denne subkulturelle virkeligheten de opererer innenfor ikke ligger utenfor den hegemoniske kulturen. En av de magiske helbrederne, Romanelli, som muligens var ekstra pragmatisk innstilt, lot ikke til å tro bokstavelig på forestillingene om hekseri;

¹⁸ Enkelte av gjengangerne i senteret kunne nok være tilbøyelige til dette. Men det gjaldt særlig dem som bare kom til forhåndsavtalte timer med behandlerne, at de forholdt seg tause og passive inntil tiden deres var kommet. De satte seg ute i venteværelset, eller ble stående i korridoren, mens de "faste" brukerne, som var under mer kontinuerlig oppfølging, oftest gikk rett inn på Kontoret og henvendte seg til dem som var der.

¹⁹ 'Området' er her definert som såpass nært at de er kjent og blir oppsøkt av folk i Arezzo-provinsen (Tiberdalen inkludert). 'Området' er her definert som såpass nært at de er kjent og blir oppsøkt av folk i Arezzo-provinsen (Tiberdalen inkludert).

²⁰ DeMartino, E. (1973) og Dini, V. (1980)

"Dersom du tror på hekseri (malie), kan du gjøre det så mye du vil. Det er en del av din frihet og jeg fortsetter å gi deg illusjonen. Men hvis du er ung, snakker vi på en realistisk måte, jeg forsøker å få deg til å overkomme den situasjonen du befinner seg i."²¹

Det Arnaldi fikk ut av intervjuene med både utøvere og klienter, samt en konsultasjon som hun overvar, var at de rådene som magikerne og sannsigerne ga sine klienter mest av alt kan beskrives som sunt folkevett. De kunne si: - ikke sitt og vent på at noen andre skal komme og rake kastanjene ut av ilden for deg!; eller: - slutt med å være redd frykten! Evnen de hadde til å gi folk forsikringer, trygghet og tro på bedring og framgang, kan være noe av hemmeligheten til deres suksess blant klientene og påståtte effektivitet²².

Arnaldi snakker om både sosiale og psykiske problemer, og psykosomatiske lidelser. Når det gjaldt de rent organiske lidelsene, så kunne noe tilskrives placeboeffekter og noe ren innbilning. Men man kunne vel ikke se helt bort i fra at noen av urtemedisinene også kunne ha en helbredende virkning. Akkurat dette skal jeg imidlertid ikke gi meg hen til å spekulere på her. Et forhold, som både jeg selv har fått informasjon om, og som Arnaldi skriver, er at disse utøverne også henviste folk til leger eller godtok en parallell behandling.

I likhet med familielegene, kan de magiske utøvernes praksis betraktes som en kombinasjon av deltakende og distanserende tilnæringsmåter; lytte til klientene, gi situasjonen en definisjon, veiledning og magiske teknikker.

Skriftefaren, familielegen og trollmannen - magiske tilsvær på de 'psykiske behovene'?

De tre skisserte meningssystemene overlapper hverandre på et viktig område; - de gir alle terapeutiske svar på det som kan kalles 'psykiske behov' i befolkningen. Vel vitende om at de også dekker andre, kanskje mer spesialiserte områder, vil jeg her fokusere på det området hvor de noe forenklet kan sies å utgjøre gjensidig alternative modeller.

Selv om den forutgående beskrivelsen av det skolemedisinske, det religiøse og det magiske meningssystemet gir en viss forståelse av hvilke 'psykiske behov' som dekkes, er dette et *problematisk begrep*. 'Psykiske behov' vil her omfatte langt mer enn de psykiatriske behovene som den tradisjonelle psykiatrien anerkjenner på grunnlag av sine sykdomskategorier. Det kan like gjerne dreie seg om kollektive behov som individuelle, og det er vanskelig å operere med klare grenser mellom intrapsykiske og sosiale konflikter. Begrepet jeg har valgt er derfor mer en empirisk "sekkebetegnelse", enn et analytisk, og som dekker klientenes *antatte* behov *utover* dem som løses ved en fysisk inngripen fra terapeutens side. Det er altså behovet for en beroligende samtale og ikke den livreddende blindtarmoperasjonen. De psykiske behovene, er de utfordringene som terapeuten må løse ved å "*gjøre ting med tegn*". Dette skal jeg komme tilbake til.

Tilnærmingen som jeg her legger meg på, bygger på det jeg vil kalle den "deMartinianske og gramscianske tradisjonen" i italiensk antropologi. De 'subalterne' gruppenes kulturer studeres innenfor en sosialpsykologisk og politisk tolkningsramme. Begrepet 'sikkerhetssystem' som f.eks. Dini bruker, blir da nesten utskiftbart med 'subkultur' når fokuset først er lagt på de terapeutiske funksjonene. De psykiske

²¹ Arnaldi, G.(1987): s.145 - min oversettelse. Hun siterer her håndspåleggeren Silvano Romanelli i Arezzo, en utøver som mottar sine klienter midt i Arezzo sentrum og deler navnetavle med medisinske spesialister og advokater. Romanelli har hatt flere av SIM's brukere som klienter.

²² Arnaldi skriver at de selv og klientene deres oppgir helbredelses-/løsningsprosenten var mellom 70 og 90%. (s.257)

behovene er i denne tradisjonen først og fremst kollektive og forankret i universelle eller samfunnsspesifikke forhold; Livsfasekriser, sykdom, død, fødsel, epidemier, kriger, sosiale spenninger etc. 'Sikkerhetssystemene' hjelper individene og gruppene å håndtere angst og usikkerhet forbundet med disse krisene. De Martino snakker om eksistensielle avmaktsituasjoner som finner psykologiske løsninger ved at enkeltindividene får en ny bekreftelse på deres tilstedeværelse i verden²³. Disse refortolkningene av virkeligheten er det i de Martinos "Magiske verden" shamanene eller trollmennene som utfører, og de er effektive ved at de tilbakefører til individene en slags kontroll med omgivelsene. I Dinis beskrivelser av fruktbarhetskulturer og beskyttende helgenskikkelser i Arezzoprovinsen, er fokuset lagt på et meningssystem som gir enkeltindividene anledning til å forsikre seg gjennom rituelle praksiser. I Arnaldis avhandling om "magiske behov" i samme område, er fokuset igjen vendt mot de magiske utøverne, men ikke lenger som hovedpersoner i de kollektive ritualene som de Martino beskriver.

De Martino la i begynnelsen mest vekt på de folkelige subkulturenes terapeutiske egenskaper. Gramscis analyse pekte imidlertid på to parallelle tendenser; en tendens som virket konserverende for de samme maktforholdene som underordnet og kontrollerte subkulturene innenfor storsamfunnet, og en motstandstendens²⁴. Det vokste fram en debatt om den politiske funksjonen til denne 'ideologien', og senere analyser har balansert mellom de to betoningene - den terapeutiske og den politiske²⁵.

Meningssystemene som jeg har beskrevet, er framstilt med vekt på deres funksjon som 'sikkerhetssystemer'. Jeg vil i analytisk hensikt betrakte dem som 'tegnsystemer' når jeg fokuserer på deres *magiske* aspekter:

*"Magic is an inventory of practices for doing things with signs. It is based on a belief in some sort of direct relation or sometimes even fusion between sign and thing, between word and referent. The signs are effective, and the effectiveness is based upon social conventions, upon intersubjectively constructed codifications."*²⁶

Sørhaug følger her Tambiahs råd om å overkomme den vanlige dualistiske tenkningen om magi som delt opp i en symbolsk eller språklig dimensjon og en teknologisk dimensjon. Resultatet ville ellers bli at magi ble betraktet som "mislykket vitenskap", men psykologisk effektiv. Tambiah argumenterer med Wittgenstein at språket også er en del av handlingenes verden og at hver 'livsform' er sitt eget 'språkspill'²⁷. Magi og vitenskap har det til felles at de begge er effektive innenfor sin verden, og graden av "teknologisk effektivitet" må relateres til de kravene disse forskjellige verdenene stiller.

Det magiske språket kjennetegnes nettopp ved sin effektivitet. Burkes (referert av Tambiah) sammenligning mellom magi og retorikk belyser magiens virkemåte som et tegnsystem. Retorikk er kunsten å bruke ord til å bevege andres handlinger og holdninger. Magi benytter symboler til å påvirke vesener som er tenkt å respondere på slike symboler, en "primitiv retorikk" med andre ord²⁸. En tilnærming til både magi og vitenskap som betrakter dem som tegnsystemer, fokuserer på deres dobbeltsidige funksjon. De gir både en forståelse av verden, og de kan være et redskap til forandre

²³ De Martino, E.(1973)

²⁴ Gramsci, A.(1978)

²⁵ Holm, B.(1980): s.43

²⁶ Sørhaug, H.C.(1990): s. 4

²⁷ Tambiah, S.J.(1990): s.88. Han referer til Wittgensteins (1967) 'Philosophical Investigations'.

²⁸ Tambiah, S.J.(1990): s.82

den ved å manipulere med tegnene. De magiske og de vitenskapelige forestillingene, gir begge en 'modell for' og en 'modell av'²⁹.

Tambiahs måte å "vri seg unna" et gammelt problem på, den nevnte dualismen mellom "teknologisk" og "psykologisk" effektivitet, er ved å vise til oversettelsesproblemet. Det er vitenskapen, et annet 'språkspill', som dømmer magien som en feiltakelse. Tambiahs forslag innebærer imidlertid en annen dualisme; - det er to grunnleggende orienteringer mot verden som man kan finne alle steder samtidig - en årsaksmessig ('causal') og en deltakende. Graden av dem varierer imidlertid, da det er faktiske forskjeller i ulike kulturers tenkemåter. Den årsaksmessige er den som hos oss ideelt sett representeres av vitenskapen og den deltakende er det samme som den magiske hos Malinowski eller den mystiske hos Lévy-Bruhl.

Men, det vitenskapelige miljøet har også, som alle sosiale grupper, sine magiske forestillinger og ritualer. Tegnene i vår egen hverdag kan vi ikke distansere oss fra, på den måten som når vi snakker om astrologiske himmellegemer. Der er vi selv deltakere. Dette skillet mellom vitenskapelig og hverdagslig tenkning må oppfattes som et historisk produkt. Astrologiens forgjenger, astronomien hadde (og har fremdeles) en tegnforståelse som ligger nærmere den magiske. Alt har en mening og alle ting er tegn.

Det er dette premisset Sørhaug bygger på når han hevder at sosiale livsverdener alltid er magisk konstituert³⁰. Sørhaug poengterer også at vitenskapen betrakter tegnene som rene 'representasjoner', mens det innenfor den magiske forståelsen er en sterkere forbindelse mellom tegn og ting.

Retorikk, som også må omfatte kommunikative handlinger, er et eksempel som ligner på magi fordi tegnene benyttes som en ressurs. De blir retorikere/magikere de som har innsikt i og evne til å manipulere dette tegnsystemet slik at det framkaller endringer i den ytre verden. Magiske verdener er kún magiske, dvs. effektive, for dem som lever innenfor dem og tror på dem. Selv om vi umiddelbart vil forstå retorikk og magi som adskilte fenomener, kan skillelinjen mellom dem være vanskelig å fastsette analytisk.

Den prinsipielle forskjellen i et analytisk perspektiv, kan vi si ligger i hvilken grad retorikeren/magikeren har distanse til og gjennomskuer sin egen tegnmanipulasjon - i hvilken grad tegnene er "gjennomsiktige". Magikeren vil i større grad operere med "ugjennomsiktige" tegn, være mindre distansert og mer deltakende. Men vi kan innvende at også vitenskapens menn opererer med tegn som er "ugjennomsiktige" for dem, at enhver kunnskap er grunnlagt i noen aksiomatiske og "ugjennomsiktige" tegn (paradigmet). Likedan, er det ikke sikkert at alle magikere faktisk tror på alt hva de selv forteller klientene (jfr. Romanelli, tidligere i dette kapitlet). Det er av denne grunn bedre å snakke om *magiske aspekter*, og søke etter dem både hos magikere, retorikere, vitenskapsmenn, prester osv.

Skriftemålsbærerne, pilgrimene, pasientene og de som har blitt utsatt for hekseri lever innenfor slike 'magiske' verdener og oppsøker 'magiske' eksperter - skriftefedre, leger, trollmenn osv. Deres verdener er magiske fordi de er dannet ved en forbindelse mellom et tegnsystem og deres egen livsverden. Om de er mer magiske enn andres tegnsystemer, så skulle det skyldes, etter Tambiahs teori, at de er mer orientert mot *deltaking*. Når vitenskapsmenn inntar roller som 'magiske' eksperter, og vi vet aldri akkurat når de gjør det, snakker de om saker som angår oss vanlige dødelige mennesker. De beroliger oss i vår frykt for radioaktiv stråling, eller de mobiliserer til handling ved å mane fram kjernekrigens dommedagstrussel.

²⁹ Geertz, C.(1974) - se forøvrig innledningskapitlet.

³⁰ Sørhaug, H.C.(1990): s. 3

Eksperten, enten han er vitenskapsmann eller trollmann, klarer alltid å distansere sin egen delaktighet *tilstrekkelig* til at han kan være den som finner/konstruerer forklaringer og setter navn på problemene for andre. De lager orden i kaos ved å aktivisere, refortolke og gjenopplive 'magiske' tegnsystemer. Likedan kan de sette verden i bevegelse ved å manipulere de samme systemene. Ekspertens "overtak" ligger i evnen eller makten til å objektivisere klientens subjektive opplevelser - den tidligere omtalte "teknologiske" tilnærmingen. Dette er trekk som jeg seinere vil vise at man kan gjenkjenne også hos de psykiatriske behandlerne.

Et moderne samfunn vil sjeldent ha en enhetlig og konsistent 'kultur'. Vi kan derfor heller ikke forvente at det bare finnes ett tegnsystem. I prinsippet må vi forvente å finne en oppsplitting i flere tegnsystemer som følger blant annet sosial klasse, kjønn og geografiske skillelinjer. Samtidig kan ikke disse tegnsystemene betraktes som helt adskilte. De vil ha felles grunnelementer og komplementære tilpasninger til hverandre som er dannet gjennom en felles historisk utvikling. Forholdet mellom ulike tegnsystemer er samtidig et maktforhold. Til tross for sine magiske aspekter er skriftefarens og familielegens modeller 'av' og 'for' både mektigere, mer legitime og mer universelle, enn trollmannens. Dette maktforholdet kan vi forstå bedre i lys av en bredere kulturell endringsprosess.

8.3 Kulturell endring i Tiberdalen

Til sist vil jeg se litt på spenningsforhold mellom tegnsystemer og sosial praksis som følge av historiske endringer i Tiberdalen.

Motsigelser i tegnsystemet, i den grad at de virkelig skaper alvorlige problemer, kan forklares på to måter; Enten ved å peke på motsigelsen som en latent mulighet, eller ved å peke på en historisk endring som har aktualisert den.

Problemene som har oppstått mellom det mange kaller en norsk "likhetsideologi" og en økende innvandring fra samfunn som er svært ulike det norske, gir eksempel på dette. Så lenge det norske samfunnet var mer homogent, behøvde ikke 'toleranse' og 'krav til likhet' stå i et motsigelsesforhold. Tvert i mot så kunne dette oppfattes som samme sak; å tolerere andre er å unne dem de samme rettigheter og forpliktelser som meg selv. Når nordmenn så konfronteres med etnisiteter som er svært ulike dem selv (religion, samfunnsbakgrunn etc.), blir det som var tolerant plutselig intolerant (for innvandrerne). Rettighetene og forpliktelsene skifter valør fra å være "like" til å bli "norske" og tegnsystemet kommer i konflikt med seg selv.

Tiberdalen har etter 1. verdenskrig gjennomgått svære omveltninger i retning av industrialisering og modernisering. Det har fra gammelt av vært en stor kulturell avstand mellom by og land - mellom en liten urban elite i den største landsbyen, Sansepolcro, og de mindre landsbyene og spredte gårdsbrukene. Utvikling og utbredelse av et moderne skole- og helsesystem og de kulturelle konfliktene som gjerne følger med moderniseringen, er fortsatt aktuelle temaer. I de mest avsidesliggende grendene oppe i Appenninene har lærerne fortsatt problemer med å overtale foreldrene til å sende barna på skolen. Staten har problemer med å garantere alle innbyggerne skolegang og helse, og befolkningen har problemer med å fullt ut stole på de nye tilbudene fra storsamfunnets side. Ambivalens er vel det riktige uttrykket for hvordan befolkningen ofte stiller seg.

Foreldrene til en liten gutt på en av grendeskolene, godtok den obligatoriske skolen, så lenge det ikke gikk utover arbeidet på småbruket. Det var en selvfølge for dem at Marco av og til "skulket" noen dager for å være gjeter. Trolig var han også meget dyktig til dette. Men det illustrerer noe av konflikten mellom to forskjellige

virkelighetsforståelser, at lærerne på skolen ville ha ham erklært psykisk tilbakestående. Psykologen i SIM, som ble tilkalt i denne anledningen, valgte en annen tolkning og foretrakk at skolen "dumpet" ham ned en klasse, framfor å stemple ham som åndsvak³¹.

Marco gjorde svært dårlig i fag som matematikk og grammatikk, og lå etter de andre i det hele tatt, i skriftlige fag. Den innholdsmessige delen av stilene var imidlertid avansert i forhold til resten, likeså hans muntlige framstillingsevner. Når han fortalte om følelsesmessige forhold og skildret opplevelser, virket han mer moden enn sine kamerater, innrømmet lærerne. I de sportslige aktivitetene og leken i friminuttene var han også utviklet for alderen og ble alltid tatt ut først når de skulle velge lag. Likevel stod Marco i fare for å bli en taper og det er selvsagt ikke bare skolens skyld. For hva slags yrke skulle Marco ha i framtiden, dersom han ikke greide skolen? Småbruket til foreldrene var basert på en driftsform som er i ferd med å dø ut i Italia der det er utviklet et høyteknologisk jordbruk tilpasset markedet i EF.

I Sansepolcro - Tiberdalens bysentrum - var også den største delen av innbyggerne barn eller barnebarn av bønder som enten arbeidet på markene rundt landsbyen eller som har flyttet inn fra distriktene. De fleste innbyggerne, bortsett fra en mindre gruppe forretningshavere og bedriftseiere, hadde derfor en bondebakgrunn.

Den kulturelle blandingen dette medfører, kan gi seg forskjellige uttrykk. Bli et av barna syke og legen konsulteres uten at dette hjelper, er det stor sannsynlighet for at en bestemor eller tante i familien vil insistere på å oppsøke en av de magiske helbrederne eller et helgensted, eller selv tilberede en urtemedisin. Byen Sansepolcro som betrakter de fra landsbygden som "bondske" - gammeldagse, litt dumme, gjerrige, udannede og grove - er samtidig *landsbyen* Sansepolcro som får husene velsignet i påsken, setter kors med liljebud i markene etter såingen for å fremme veksten og legger mynter i skålen under 'Madonna del latte' slik at de trygt kan die spebarna sine. De hegemoniske og subkulturelle tegnsystemene lever side om side, innenfor samme samfunn, samme landsby, samme familie og samme individ. For den enkelte representerer de ofte ulike strategier, valgmuligheter.

I løpet av det siste tiåret har Tiberdalen blitt rammet av en stor arbeidsledighet. Tiberdalen har mye industri, blant annet ble pasta-fabrikken Buitoni startet her. Den samme strukturomleggingen som skjer i andre europeiske land rammer også Italia. Arbeidsplassene i industrien eksporteres til land i den tredje verden med billigere arbeidskraft. De sosiale konsekvensene av dette, samt de mer langsiktige virkningene av dette århundrets urbanisering, har sannsynligvis forsterket de kulturelle konfliktene og også gjenopplivet det Dini kaller "tradisjonelle sikkerhetssystemer" - de magiske tegnsystemene (tegnforståelsene). Dersom dette er riktig kan det kanskje sammenlignes med situasjonen til italienere som har emigrert til utlandet, f.eks. USA.

I en italiensk antologi med tittelen 'Magi- tegn og konflikt' ('Magia - segno e conflitto') skriver en artikkelforfatter, Rudolf Schenda, om tendensen blant utenlandsitalienere til å vende seg mot tradisjonelle magiske helbredere. Han knytter denne tendensen til "magisk adferd" til sosiale konflikter og fremmedgjøring av enkeltgrupper eller individer³².

Schenda mener at årsaken til at så mange i dag søker hjelp hos magiske utøvere, kan ligge i en grunnleggende mangel ved det offisielle helsevesenet. Det Schenda peker på er den byråkratiske og teknifiserte relasjonen mellom legen og pasienten - "deprivatiseringen", og kommunikasjonsproblemene som skyldes klasseforskjell, akademisk språk og fagsjargong, og en rasjonell, emosjonelt distansert

³¹ Jeg var selv tilstede under dette besøket i skolen.

³² Schenda, R.()

tilnærming fra legens side - "fremmedgjørelsessyndromet"³³. Schendas beskrivelse av helsevesenet ligner på den jeg tidligere har gitt skolemedisinen, selv om jeg velger å holde familielegene i en slags mellomposisjon. Han gir også en karakteristik av "helbrederen" som ligner på Torreys "terapeuter":

Helbredere har følgende kjennetegn:

- kjent for sin "ærlighet"
- vanligvis fra stedet
- man kjenner familien, miljøet, språket
- måten å tenke og snakke på stemmer overens med klientenes
- arbeider på det ønskede irrasjonelle og emosjonelle planet
- sårer ikke bluferdighetsfølelsen
- lover uten skrupler helbredelse

Helbrederne gir altså noe folk trenger og som helsevesenet ikke fullt ut tilfredstiller, de før omtalte 'psykiske behovene'. Det som er interessant er at Schendas kritiske beskrivelse av helsevesenet, og for den saks skyld også Cosmacinis, minner veldig mye om kritikken Basaglia reiste mot institusjonspsykiatrien.

Både Schenda og Cosmacini tegner en skala der den vitenskapelige medisinen er i den ene enden av et kontinuum hvor de magiske utøverne befinner seg i den andre, en skala som går fra den rasjonelle, distanserte til den deltakende, magiske tilnærmingen. Det kan være problematisk å plassere disse utøverne og deres form for praksis i hver sin ende på en slik måte, utfra min tidligere drøfting av magi. Vitenskap er også magi! Imidlertid kan vi stille spørsmålet om *hvorhen* vitenskapen er *magisk*, og hvorhen den kanskje den kanskje har makt, men savner en folkelig tillit og legitimitet. Jeg mener at dette dreier seg om det som Torrey omtaler som "a shared worldview" (jfr. tidligere drøftinger). Stilt overfor de samme klientene som oppsøker trollmenn, er det trolig på grunn av deres kjennskap til og deltakelse i den samme subkulturen, at familielegene oppnår tilsvarende tiltro og forventninger. Familielegen er, ved siden av den nye 'utplasserte' psykiateren, den representanten for den moderne vitenskapen som i praksis er mest magisk for flertallet av pasientene.

Jeg har i de forutgående sidene allerede beskrevet tre mulige modeller som den nye psykiatriske praksisen kan sammenligne seg med; Skriftefaren, familielegen og trollmannen. Disse tre kan, etter min mening, plasseres over på den "magiske" siden av skalaen.

Med utgangspunkt i drøftinger jeg har gjort tidligere, vil jeg nå gå nærmere inn på hva det er behandlerne i SIM *gjør med tegn*, og søke etter magiske aspekter ved deres praksis.

³³ Schenda, R.(): s. 131

9 MEDISINSK SYNKRETISME - SAMFUNNSPSYKIATRI OG FOLKEMEDISIN

På bakgrunn av forrige kapittel, kan vi se flere grunner til at et SIM ville komme til å ligne på de eksisterende "territorielle modellene" for terapeutiske relasjoner. Den generelle kulturelle endringsprosessen i Tiberdalen, det kulturelle mangfoldet som delvis er en følge av denne, og den terapeutiske effektiviteten som disse modellene antakelig hadde, tilsier dette. Som jeg har nevnt, er forholdet mellom kunnskap og makt et vanskelig spørsmål, da det synes som om de på et visst nivå er i stand til å smelte sammen - det 'magiske' nivået.

9.1 *Psykiateren i SIM - 'Il dottore'*

Teamarbeidet var det som ble ansett som den grunnleggende arbeidsformen i mentalhelsesenteret. Tverrfaglighet var også et honnørord selv om det var bare psykiatere og sykepleiere som virkelig arbeidet tett sammen, og i noe mindre grad også psykologene. En av psykiaterne var formell leder, selv om det ble understreket gang på gang at alle avgjørelser ble diskutert demokratisk og fattet av alle.

Til en viss grad stemte nok denne beskrivelsen også med virkeligheten. Alle deltok i diskusjonene om behandlingen og brukerne og erfaringstyngde og utdanningsmessig kompetanse lot til å bety nokså mye. I forhold til galehuset, slik jeg hadde fått det beskrevet, måtte senteret virkelig fortone seg egalitært.

Jeg fikk likevel et voksende inntrykk av at psykiaternes posisjon vis à vis de andre var klart dominerende. Det var også markerte forskjeller mellom de to erfarne psykiaterne og de to aspirantene. Disse skillene hindret ikke meningsutveksling og uttrykk for avvikende meninger, men strukturerte til en viss grad diskusjonene og måten de ble avsluttet på. Senterets leder kunne ofte forholde seg nokså taus mens en sak ble diskutert, for så å, når han endelig tok ordet, lage en slags oppsummering av de ulike hensynene og en konklusjon. Dermed satte han ofte punktum. Den andre av de erfarne psykiaterne, Claudio, var en mer temperamentsfull og karismatisk type som ofte gikk ut i åpen konflikt med lederen. I slike tilfeller kunne diskusjonene vare lenge og dele senteret i to fraksjoner. Men sykepleierne stod sjelden særlig lenge alene mot psykiaterne i en diskusjon.

Psykiaterne hadde de sentrale rollene også i brukernes øyne. I hvertfall var det svært mange av dem som i første omgang henvendte seg til eller spurte etter 'il dottore' ('doktor'). Det var også mange situasjoner, der en bruker stod overfor et valg, at det var av største viktighet å få høre psykiaterens mening. Dette til tross for at sykepleierne kunne si akkurat det samme. Som jeg har nevnt tidligere var det også psykiaterne, i egenskap av sin legeutdannelse, som hadde beslutningsmyndighet og ansvar for medisiner og eventuelle tvangstiltak.

Det er ikke nødvendig for psykiateren selv å aktivt gå inn for å skape seg denne rollen. Brukerne opptrer med klare forventninger og uttrykker dem i måten de signaliserer sin respekt og ydmyke ventende holdning når de bærer fram sine problemer for psykiateren. Psykiateren er 'il dottore', en benevnelse og tiltaleform som ikke skiller ham fra andre leger. Men han er også en imøtekommende og forståelsesfull 'dottore' og ligner derfor på de mer fortrolige familielegene, enn sykehuslegene og spesialistene. Mange av brukerne inntar infantile posisjoner overfor psykiateren, dvs. at de spiller ut ting som de regner med at han vil gi dem en moralsk eller "ansvarlig"

reaksjon på. De legger også ofte vanskelige avgjørelser i hendene på psykiateren, fordi de vil at han skal velge for dem. Nedenfor følger et eksempel på dette:

9.2 *Giorgios konsultasjon angående Padova-turen*

En lørdag ettermiddag kom Giorgio innom senteret og sa at han skulle dra til Padova på søndag. De tilstedeværende behandlerne sa til ham at de ikke syntest det var noen god idé og viste til at han virket noe ubalansert og opphisset. Han hadde blitt forbannet samme morgen i SIM, vært svært høyrøstet og travet rundt.

Han holdt nå standhaftig på sin bestemmelse, men virket samtidig som om han var nokså avhengig av å få reaksjoner på det. De sinte utfallene ble etterfulgt av en spørrende mine, og han var meget oppmerksom hver gang noen åpnet munnen for å si noe til ham. Han var det jeg vil kalle "utprøvende".

En av sykepleierne som jeg tidligere i uka har sett møte Giorgios sorg på en svært troverdig og omtenksom måte, gikk inn i diskusjonen og sa at hun visste hvorfor Giorgio ville til Padova. Det var fordi det var en helgen i kirken der, st. Antonio¹, og at han ville legge ned et bilde av datteren der. Hun sa at dersom det fantes en Gud, så trodde hun at han var alle steder, også i Burgo, og at det ville ikke skje noe dersom Giorgio ikke dro til Padova.

Psykiateren Claudio var mer konfronterende og sa at SIM var fullstendig uenige i hans valg. Giorgio endte opp med å si at han ville vente på senterets leder og høre hans råd.

Da lederen kom, sa han, og understrekte at det kun var et råd, at han mente at Giorgio trengte 2 netters god søvn før han tok en slik tur. Han tok ham på skulderen da han sa det med en rolig og jovial stemme. Så sa han at Giorgio imidlertid fikk gjøre akkurat hva han ville. Han ventet ihvertfall å se ham på senteret mandag klokka 8. Giorgio begynte straks å diskutere med ham også og ville ikke gi seg. Samtidig var han lite fornøyd med at han kunne "gjøre som han ville". Hans siste ord var imidlertid, om jeg forsto ham riktig, at han sannsynligvis kom til å reise.

Giorgio dro til Padova og møtte ikke opp mandagen. Dette ble imidlertid ikke tatt opp etterpå, eller gjort noen sak ut av. At behandlerne gikk inn i ulike roller overfor Giorgio, ulike grader av deltakelse, ble heller ikke oppfattet som problematisk. Tvert i mot regnes dette som en styrke, at de ulike behandlerne kan opptre i forskjellige roller utfra sine personlige forskjeller og ressurser.

Det som likevel er viktig å merke seg her, er hvordan Giorgio i siste instans avventet lederens uttalelse som den mest betydningsfulle. Lederen møtte bare halvveis Giorgios forventning til ham. Han ga ham sitt råd, et klapp på skulderen og en menneskelig nærhet, men presiserte samtidig at Giorgio var en voksen person som selv kunne ta sine avgjørelser. Han gikk ikke helt inn i den farsrollen som Giorgio syntes å ville plassere ham i. Han uttalte seg heller ikke med trollmannens overbevisende skråsikkerhet eller skriftefarens vilje til å forløse og berolige.

9.3 *Den terapeutiske samtalen - 'il colloquio'*

Vanligvis er det brukeren som starter samtalen og legger fram det som er vanskelig for ham. Psykiateren lytter lenge, gir bekreftende utsagn og stiller utdypende spørsmål.

¹ I følge Dini så er st. Antonio i dette området tillagt en spesiell beskyttende funksjon overfor barna og dyrene, men også helgenene og andre hellige og ydmyke personer. Det er vanlig å be st. Antonio om ta barna i forbønn når de lider av barnesykdommer.

Ut fra dette vil han komme med en slags konstatering og gi råd. Det kan være at han vil forsøke å få brukeren med på å diskutere målene og at disse fastsettes under enighet. Psykiaterens ord kan likevel forekomme gåtefulle for brukeren, da psykiateren hele tiden forsøker å lete etter en mening bak ordene, en sammenheng som brukeren selv ikke har oppdaget. Dessuten er psykiateren vanskelig å vite hvor man har. Noen ganger reagerer han på en måte, kanskje moralsk, mens han andre ganger inntar en nesten likegyldig holdning.

Psykiateren vil begrunne sin måte å forholde seg på til brukeren som et bevisst valg ut fra hvilken 'situasjon' brukeren befinner seg i, og ut fra sitt kjennskap til 'overføringsmekanismer'. Brukerens 'situasjon' vil i denne sammenhengen ha med hvor langt de er kommet i et behandlings-opplegg, om han er i en akutt krise, om de er i en kontaktskapende fase osv. I en innledende fase vil psykiateren bestrebe seg på å skape et best mulig kontaktgrunnlag, og vil være mindre redd for å "binde" brukeren til senteret.

Senere, alt etter som hvordan brukeren forholder seg, kan det være nødvendig å tvinge brukeren til å bli mer selvstendig og uavhengig av senteret. Dette tidspunktet er det bestandig psykiateren eller teamet som bestemmer.

Mange av brukerne blir svært følelsesmessig knyttet til behandlerne i SIM, og kan komme for å søke råd og støtte for helt bagatellmessige ting. (Oppfattet som "bagatellmessig" av behandlerne, men ikke nødvendigvis av brukeren) I slike tilfeller kan behandlerne si at "det er vi som er x's venner og familie", og de vil ofte tolke det som en 'overføring' av et behov og en type relasjoner på dem. Slik 'overføring' er en kjent del av den psykoanalytiske teoribakgrunnen som de som psykiatere har utdannelse i.

Det kan være "terapeutisk riktig" å godta slik 'overføring', under forutsetning av at man kjenner til hva det er som foregår, og i enkelte tilfeller også gjøre en såkalt 'motoverføring' - gi brukeren en respons som svarer til f.eks. "den strenge faren". I en terapeutisk kontakt med en stor grad av 'overføring', blir det holdt som meget viktig at behandlerne, når behandlingen nærmer seg slutten, løser opp avhengighetsforholdet på en forsvarlig og ivaretakende måte. Siden de fleste 'overføringene' blir tolket som overførte familierelasjoner, er det nærliggende å sammenligne denne fasen med barnet som forlater hjemmet for "å stå på egne bein". Overfor noen brukere har behandlerne i SIM imidlertid inngått varige følelsesmessige kontakter som de ikke definerer som 'overføring' på samme måten. Disse kontaktene er da vel så mye private som profesjonelle, og de gjelder stort sett enkelte av de gamle pasientene fra galehuset.

Med utgangspunkt i Giorgio kan vi finne flere eksempler på ulike tilnærminger som i ulik grad inneholder 'motoverføring', knyttet til ulike faser i behandlingsforløpet eller spesielle situasjoner:

Claudio forteller om en slik situasjon en julaften, mens Giorgios mor ligger på sykehus med en alvorlig sykdom. Det hadde først virket som om han ville mestre denne følelsesmessig vanskelige situasjonen; hans første jul alene. I senteret var de blitt enige om å strekke seg langt for å gi ham støtte. Han hadde først sagt at han skulle komme gjennom høytiden alene og ville møte opp i senteret den 28de. Like før de skulle gå hjem klokka åtte på julekvelden, dukket han imidlertid opp meget opphisset. Han hadde drukket og snakket usammenhengende. Behandlerne oppfattet ham som paranoid. Han avslo tanken på medisiner eller innleggelse, men gjorde isteden mystiske bevegelser med hendene, "nesten et magisk rituale". De klarte ikke å roe ham ned, og situasjonen tegnet til å bli dramatisk.

På dette tidspunktet bestemmer de seg for å bruke "det siste kortet", den eldste av de kvinnelige sykepleierne. Hun var en myndig dame som også lignet litt på moren til Giorgio. Hun forholdt seg nå, i følge Claudio, til Giorgio som om hun var moren hans. Sinnet hennes var meget troverdig, da hun skjelte ham ut og ba ham ta seg sammen. Sykepleierens markerte aldersforskjell i forhold til de andre, og det at hun snakket en lokal dialekt som ligger nært opptil Giorgios, må ha forsterket inntrykket. Giorgio ble da mer samlet, begynte å ta til fornuften igjen og snakket mindre om forfølgelsesideene.

De ga ham oppfølging i julehelgen, blant annet gjennom å sitte hjemme hos ham selve julekvelden. "Krisen" syntes å gli over. Claudio oppsummerer denne hendelsen med å si at det i visse tilfeller er hensiktsmessig å gå inn i en mer personifisert relasjon til en bruker. Når en av behandlerne får et spesielt forhold til en bruker er det likevel viktig at de andre også får ta del i det, at det kan diskuteres åpent. I prinsippet skal alle kunne gå inn i en situasjon der en bruker er i krise, uavhengig om en bestemt behandler er til stede eller ikke².

I de tilfellene der psykiateren starter samtalen, er det gjerne noe han ønsker å konfrontere brukeren med. Det dreier seg som regel om brukers adferd overfor andre i bestemte situasjoner og som psykiateren enten vil prøve å korrigere, eller bruke som eksempel til å forklare noe han har pekt på tidligere. En psykiater i SIM vil nesten bestandig vite svært mye om brukernes privatliv - mer enn de får rede på på profesjonelt vis. Dette er en konsekvens av en samfunnspsykiatrisk opplegg. Faren for en "psykiatrisk imperialisme", en ubegrunnet og uheldig innblanding i privatsfærene, er åpenbart tilstede. For å holde en viss avstand til brukeren og gi ham et visst vern om sin integritet, hender det at psykiateren later som han vet mindre enn han gjør. Han kan unnlate å nevne ting om brukeren som han har overhørt på en bar, eller som han har fått vite av naboene.

Psykiaterens overlegenhet overfor brukeren har flere kilder. Han har som nevnt ofte meget stor kunnskap om brukeren, dels gjennom kanaler som brukeren ikke selv har kontroll over. Brukeren forventes dessuten å utlevere seg uten skrupler til psykiateren, særlig slike ting som er vanskelige og kaotiske for brukeren selv. Det er en del av opplegget, at psykiateren er den som skal forsøke å lage system i kaoset og synteser av de motstridende følelsene. Brukeren er derfor "avkledd" overfor psykiateren. Overfor psykiaterens bestrebelse på å "ordne" på brukers kaotiske følelsesliv og oppfattelse av verden, forventes det ydmykhet. Dette er psykiaterens fag - og ingen innenfor den psykiatriske omsorgen synes å sette pris på "hobbypsykologer", dvs. folk som stiller sine egne diagnoser og analyserer seg selv. Det er ikke ydmykhet overfor psykiateren dette i første rekke defineres som, men ydmykhet overfor faget - dette er kompliserte og farlige ting. Psykiateren bruker sin kunnskap og sine personlige evner ("man lærer ikke å bli en god psykiater på skolen") til å "gjennomskue" brukeren, se hans "egentlige" motiver og hva han "egentlig" holder på med.

² Attenasio, L.(1988): s.42

9.4 Medisinen - 'la terapia'

- den sosiale funksjonen ved medisingivningen

"Terapien" er i SIM vanligvis *ikke* en betegnelse på behandlingsopplegget overfor en person eller 'prosjektet' de har sammen. 'La terapia' kan som på norsk bety 'behandlingen', men brukes i Tiberdalen normalt om *medisinene*. Medisinen fastsettes som sagt av psykiateren og utdeles vanligvis av en sykepleier. Senterets offisielle syn på medisiner er at det ikke er disse som gjør brukerne friske, men at de gjør dem tilgjengelige for den virkelige behandlingen - setter dem istand til å fungere på et slikt nivå at de kan arbeide med sine grunnleggende problemer. Denne holdningen kommer ofte til uttrykk på en slik måte at medisiner er nødvendige og dersom psykiateren har foreskrevet medisin, så bør brukeren følge dette. Da Giorgio en dag sa at han ville slutte med medisiner fordi han ikke ble bedre av dem, svarte en av psykiaterne, Pedro, følgende; "Akkurat som et brukket bein trenger gips for å lege seg selv, trenger du medisinen."

Medisinen har en sentral plass både i de enkelte terapeutiske forholdene hver for seg, og i senterets arbeidsrytme. Flertallet av brukerne går på medisiner, selv om det for manges vedkommende er snakk om beskjedne doser, gjerne beroligende midler eller noe mot søvnløshet. De farmakologiske produktene har utvilsomt sterke fysiologiske virkninger, og jeg tviler heller ikke på at 'antidepressiva', antipsykotiske midler, muskelavspennende medisiner osv. har virkninger som samsvarer noenlunde med det som er oppgitt.

Likevel er det klart, og dette er også erkjent av de mer medisinsk orienterte psykiaterne, at virkningen er svært avhengig av pasientens forventninger - 'placebo-effekten'. Pasientenes egne forventninger, sammen med psykiaterens informasjon, er med på å skape effekten av medisinen. 'Placebo-effekten' har ikke bare med konkrete legemidler å gjøre, men opptrer også i tilknytning til det helhetlige behandlingsopplegget og andre terapeutiske handlinger. Medisinen inngår sammen med terapeutiske teknikker og forventede, rutinemessige handlinger, i "det psykiatriske tegnsystemet".

Medisinen har en rekke sosiale og symbolske funksjoner. Resepten eller den direkte medisingivningen representerer en "doktorrespons" og fastslår at dette er et "terapeutisk forhold", eller som de sier i SIM; at en person er "fulgt opp" ('seguita'). I tillegg til å gi brukeren følelsen av å "være under behandling", så bekrefter hver medisindose det behandlingmessige inngrepet. En bruker blir ikke nødvendigvis registrert i arkivet etter en enkelt konsultasjon i senteret. Men dersom det foreskrives medisin, skjer dette automatisk.

Det må også fastsettes hva slags symptom/lidelse det er medisinalterapien skal lindre - m.a.o. en slags diagnose. Som jeg har vært inne på tidligere, så er de ulike medikamentene klassifisert i forhold til en tradisjonell sykdomsfortegnelse (etiologi). Man kan derfor til en viss grad si at medisinbruken bidrar til å klassifisere pasientene.

Når mange brukere selv ber om å få medisin, så er det utfra en forventning om at den er effektiv. Men medisingivningene kan også ha en beroligende effekt på brukeren, fordi den bekrefter den terapeutiske relasjonen, selve terapien og til en viss grad at psykiateren har lokalisert problemet. Alt som har med medisiner å gjøre får dessuten et preg av effektivitet, rutine, sikkerhet og samtidig gåtefullhet. Psykiaterne og sykepleierne får jo her vist hva de er utdannet til og virker meget profesjonelle når de

henter fram flasker og pipetter og blander sammen de uklare væskene med de lange latinske navnene.

Behandlerne har også flere ganger understreket at det å holde på den terapeutiske kontakten har en verdi i seg selv. For flere av brukerne som er relativt uavhengige og velfungerende, eller som er nesten fullstendig rehabiliterte, har kontakten med SIM sannsynligvis en forebyggende effekt. Forebyggende både når det gjelder å avverge nye kriser, og å sette inn tiltak før de bygger seg opp. Mitt inntrykk, etter å gjentatte ganger ha fulgt sykepleiere og psykiatere ut på "runden", er at medisinerne ofte fungerer som et greit "påskudd" til å avlegge et besøk og samtidig konstatere at alt står bra til. Enkelte av brukerne er lite meddelsomme og noen synes å være litt sjenerte i forhold til kontakten med SIM. For disse brukerne kan selve medisinalutdelingen være en konkret handling som skaper kontakt og som gir behandlerne informasjon selv om oppmerksomheten er rettet mot den praktiske overleveringen. Relasjonen til behandlerne fra SIM blir da også mer lik en alminnelig lege-pasient forhold og mindre flaut.

Når det gjelder f.eks. Giovanni (se kapittel 7), som ikke bruker medisiner, så skjer det meste av kontakten med SIM via andre konkrete handlinger. De hjelper ham med små ting i huset, ordner på geiteinnhegningen, gir ham skyss til motorsagforhandleren i Anghiari osv.

Det er en av brukerne som hadde en svært marginal, men viktig, kontakt med SIM. På de faste rundene kjører de alltid innom hjemmet hans for å levere den nye medisinen og hente inn de tomme plastreagensrørene. Siden Dionigio aldri pleier å være hjemme på den tiden, setter de rørene inn bak vindusskodden ved siden av inngangsdøren. Dette foregår to ganger i uka og Dionigio får stadig bekreftet at SIM "er der", selv om han normalt aldri møter dem mer enn en gang i måneden. SIM får på sin side bekreftet Dionigios "eksistens" gjennom de tomme rørene som de henter tilbake fra vindusposten. Da de engang fant de forrige plastrørene like fulle og uavhentede, slo de straks alarm og gikk igang med undersøkelser. Det viste seg Dionigio denne gang bare hadde vært bortreist noen dager.

Medikamentene gir et utgangspunkt for en viss organisering av kontakten mellom behandlere og brukere. Til en viss grad vil jeg også hevde at medisinen er et *bærende* mellomledd for at det finnes en *frivillig* kontakt overhodet. Dette gir de involverte mange fordeler. SIM's personale og brukere gjenfinner hverandre i kjente roller som leger, sykepleiere og pasienter, og samhandlingen blir mer lik medisinsk behandling slik f.eks. familielegene utfører den. Denne "utkleddingen" gir psykiatrien også et mindre dramatisk og mystisk uttrykk, når teamets biler kommer inn i bydeler og nabolag for å treffe sine brukere.

Disse utrykningsrundene som i de aller fleste tilfellene er knyttet til medisinalutdeling/regulering, er et av hovedelementene i SIM's 'sikkerhetssystem'. Det er en sosial praksis som opprettholdes ved at begge parter, behandlere og brukere, frivillig oppfyller sin del av en inngått avtale. Den er meget dynamisk og kan justeres og tilpasses løpende, samtidig som den også kan avbrytes. Brukeren kan uten videre avslutte sin kontakt, selv om han må regne med forsøk på overtalelse fra SIM's side.

SIM kan også gå over til å benytte tvangstiltak, men da i henhold til den forholdsvis restriktive nye tvangsparagrafen. Overfor en stor del brukere som bor i egne hjem, alene eller sammen med familie/ pårørende, kan SIM gjennom denne ordningen ha et visst tilsyn og kontroll med brukerne uten at det er basert på institusjonell isolering og tvang.

Medisinalutdelingen kunne også være med på å legge premissene for *hva slags* avtale brukeren hadde med senteret. Behandlerne hevdet at de bevisst foretok

vurderinger av brukernes behov og "sykdomsinnsikt" (opplevelse av sine egne lidelser) før de lagde slike avtaler. Ofte var det vanlig at de ba nye brukere om å komme til senteret for å hente sine medisiner selv. Dersom SIM anså det slik at brukeren selv i liten grad ville erkjenne alvoret i sine problemer, kunne dette bli et poeng, at brukeren frivillig kom til dem. De gjorde det til et mål på en slik selverkjennelse. Brukeren bekreftet da, fra sin side, den terapeutiske relasjonen. Inne i senteret ville f.eks. en 'omnipotent' (som føler seg allmektig) bruker føle seg mindre sterk enn i sitt eget hjem, og være mer mottakelig for behandlernes opplegg. Valget av omgivelser rundt den terapeutiske kontakten, ble altså ansett som viktig. Det var altså ikke alltid at SIM foretrakk brukerens hjem som slike omgivelser.

Medisin som kan svelges i form av væske eller tableter kunne brukeren godt ta selv. Til en viss grad kunne han også få tildelt for flere dager av gangen og selv distribuere inntaket. Dette ga brukeren relativt stor frihet. De som klarte seg godt på egenhånd, eller som var i ferd med å avvikle kontakten med SIM, hadde ofte slike ordninger. Men for dem med høyere doser, var det vanlig at de fikk utdelt hver dose av behandlerne. Disse var også ofte langt mer avhengige av medikamentet, av at de fikk det regelmessig og til rett tid.

Sprøyter ble også benyttet. Utenom akutte situasjoner, der det enten var snakk om tvungen medisinerings eller ekstra stort behov for at virkningen ville bli hurtig og effektiv, ble sprøyter normalt bare brukt til depot-medisin. Ved depot-medisinerings lagres stoffet i kroppen i lengre tid, slik at det kan være tilstrekkelig å sette sprøyten med en måneds mellomrom. Dette krever ikke så hyppig kontakt med SIM, men gjør brukeren mer avhengig av stoffet. Virkningen er permanent tilstede over lang tid uavhengig av gode og dårligere perioder. Denne formen ble oftest benyttet overfor brukere som bodde langt unna og som klarte lengre perioder uten kontakt. Amelia, som omtales nedenfor, var en av disse. Hun fikk i tillegg medisinen utdelt ved det lokale helse- og sosialkontoret, mens søsteren hennes satte sprøytene for henne.

- Medisinens og de vitenskapelige teknikkenes 'magiske' funksjon

Det er ikke bare medisinerne som maner fram bildet av "doktoren på hjemmebesøk". Legeveska er som regel med og pasientene framlegger ofte fysiske symptomer for teamet, hvorpå en av psykiaterne eller også sykepleierne utfører "legeundersøkelseritualen". Jeg mener ikke at de ulike undersøkelsene ikke har noe som helst for seg. Tvert i mot, tror jeg at de ofte gjør mer enn hva de gir seg ut for å gjøre, særlig når det gjelder "pasienter" med overveiende psykiske plager. Et besøk som jeg var med på hos en av "de gamle" brukerne, dvs. eks-pasient fra galehuset, kan illustrere hva jeg mener:

Amelia ble nesten borte bak strikkesøyet med de grove strikkespinnene. Hun var bitte lita, tettbygd og med kraftige hender. Ansiktstrekkene var markerte og litt grove. Jeg besøkte henne sammen med teamet fra mentalhelsesenteret i Sansepolcro som dekker en sektor i Arezzo-provinsen. Et lite blick på leiligheten avslørte ikke noen spesielle forskjeller fra andre middelaldrende damers smak på landsbygda. Stua ble dominert av et svært tungt spisestuebord og stoler, veggene var forsynt med den vanlige blandingen av familiebilder, religiøse motiver og krusifikser. Ei søster av henne bodde i nabolaget og var ofte på besøk hos henne. Hun hadde også et godt forhold til naboene. Strikkingen ga et kjærkomment tilskudd til trygden da hun hadde en vid kundekrets. Mentalhelsearbeiderne besøkte henne kún en gang i måneden og ga henne samtidig depotmedisinen.

Denne gangen virket hun engstelig og snakket om blodtrykket. Kunne de ikke måle det for henne? Sykepleierne pakket rutinert fram utstyret og ba henne myndig om å brette opp ermet. Et høytidelig alvor preget stemningen. Amelia lystret lydig og virket allerede mer avslappet. Den lille trykkmåleren viste ingenting unormalt, men prosedyren ble gjentatt enda en gang "for å være helt sikre". Etterpå går samtalen rundt temaet døden og dødsangst. Hun tenkte en del på det, sa hun, tiltross for at hun ikke er mer enn 55 år.

Selv den mest "vitenskapelige og objektive" delen av denne visitten, blodtrykkmålingen, syntest å ha en åpenbar effekt tilbake på "pasienten". Stemningen i rommet under selve målingen var annerledes enn både før og etter, samtidig som det virket på meg som om Amelia ble roligere etterpå. Behandlerne ga etterpå uttrykk for at denne målingen var helt unødvendig fra et medisinsk synspunkt, men likevel gikk man altså med på "spillet".

Når jeg betrakter hele seansen under ett, så er det nettopp denne tekniske handlingen som understreker "det vitenskapelige" som jeg vil hevde er den mest 'magiske'. En handling der behandlerne "gjør ting med tegn". Undersøkelsens rituelle preg ble forsterket av at rollene syntes å blir forandret mens den pågikk. Før og etter samtalte de med Amelia om "gamle dager" da de alle var på galehuset enda, og Amelia omtalte overlegen Pirella som en felles bekjent av dem alle. Da sykepleieren strammet reimene rundt armen hennes og hun engstelig skottet bort på måleren, virket hun derimot totalt i behandlernes makt, som om skjebnen ville avtegne seg på den lille viseren i manometeret.

Medisinske teknikker og medisinene i seg selv kan på mange måter sammenlignes med magiske teknikker og remedier. De forventes å registrere eller være virksomme overfor, noe som er "inne i" pasienten. Selve legingen av sykdommen er en usynlig handling i pasientens indre, mens resultatene viser seg ved at sykdomstegnene, symptomene, forsvinner. Det magiske ved legens handlinger forsterkes nettopp ved at han arbeider med *usynlige agenter*, medisinen, og påvirker *usynlige prosesser*, de fysiologiske inne i pasienten. Cosmacini påpekte at legen stelte med de flytende og sirkulerende væskene i kroppen, mer enn de faste tingene. Legen kunne derfor vente høyere aktelse enn kirurgen med sine anatomiske inngrep. Dette har antakelig forandret seg. Jeg tenker på nåtidens heltedyrkelse av kirurgene som "handlingsmenneskene" og "livredderne" på moderne sykehus.

Likevel er de magiske sidene ved almenlegens medikamentelle påvirkning av kroppsprosessene fortsatt aktuelle. Det er ingen grunn til å tro at en magisk forståelse av deler av legens arbeid skulle være mindre til stede hos psykiatriske pasienter. Jeg tror tvert i mot at SIM's brukere, mer enn noen andre i et lege-pasient forhold, oppfatter psykiateren og delvis sykepleieren som noe i nærheten av *magiske utøvere*. Ikke så og forstå at de ville finne på å gjøre en slik sammenligning selv. Dette forholdet uttrykkes mest tydelig i den forventning de har til psykiaterens evne til å "gjennomskue", til å "gjøre mirakler" og til "medisinens mystiske krefter" - både destruktive og velgjørende. Medisinens potensielt dødelige virkning vendes til en helbredende i hendene på psykiateren eller sykepleieren.

Nå er det et tema som ofte nevnes som problematisk innenfor psykoterapeutisk inspirerte debatter, at pasientene venter seg altfor mye av terapeutene og i for liten grad ser betydningen av sin egen aktivitet. Terapeutene hevder ofte at pasientene "vil være pasienter", altså passive mottakere av behandling "som om de var innlagt for en blindtarm-operasjon". Likevel kan det innvendes at det nettopp er denne holdningen fra pasientenes side - dvs. den nesten totale underkastelsen overfor terapeuten, fysisk og

mentalt - som gir terapeuten *makt* til å helbrede. I hvertfall dersom terapeuten stort sett er henvist til å "gjøre ting med tegn" for å gjøre noe med pasienten.

Det er mulig at det ikke er distinksjonen 'aktiv/passiv' som er den viktigste i lege-pasient rollen, men 'mektig/avmektig'. Pasienten kan godt aktiviseres i sin egen behandling og slik hjelpe til med å lege seg selv, men det må alltid skje etter legens råd. I et psykoanalytisk forhold etter klassisk mønster er terapeuten rolle meget passiv, mens pasienten eller analysanden er den som hele tiden snakker og reagerer. Terapeuten har *kontrollen*, han kan avbryte sekvensen, styre inn og ut av bestemte temaer osv., og han har *fortolkningen*, han ser "det egentlige" bak ordene og hjelper analysanden fram mot de "riktige" erkjennelsene.

I SIM tilbys det ikke noen psykoanalyse. Det meste av omgangen med brukerne skjer med flere personer tilstede, og i enesamtalene er det ingen sofaer eller systematisk bruk av 'den assosiative metode'³. Den psykoanalytiske teorien har imidlertid et bredt nedslagsfelt blant reformpsykiaterne i den generelle forståelsen av psykiske lidelser og psykodynamiske prosesser. I SIM's behandlingssyn, er den psykoanalytiske teorien et viktig element - og samtidig et *mystisk* element. Psykoanalysen er en "mystisk" teori fordi dens forklaringsmodell opererer med meget sterke skjulte krefter i mennesket. Disse kreftene er både destruktive og konstruktive, såkalt "dødsdrift" og "seksualdrift". Psykiateren må i likhet med medisinen krefter, kunne kontrollere og sette i bevegelse disse emosjonelle energiene. Slippes de løs av en ukyndig, kan det ende med tragedier. Medisinen er en del av psykiaterens "motkraft" sammen med hans personlige, "virtuose", evner - som *tegnmanipulator*. Siden teorien setter et klart skille mellom det overflatiske og det underliggende, blir oppgaven å fortolke tegnene desto mer sentralt. Psykiateren leser de ytre tegnene der andre kanskje ikke ser dem, og finner forbindelser til underliggende og mer "egentlige" konflikter og intensjoner som virker uforståelige for lekmannen. Psykoanalysen har lansert en egen personlighetsteori som i grove trekk har påvirket generelle kulturelle oppfatninger av hvordan vi i de vestlige samfunnene forstår oss selv. Den italienske semiotikeren Umberto Eco har sagt at vi alle er "freudianere".

Den psykoanalytisk inspirerte tegnfortolkningen kan da også drives svært langt. Moderne kunstkritikks jakt etter "fallos-symboler" er et kjent eksempel på hva mange synes er å gå over streken. Men det lar seg altså gjøre, innenfor det psykoanalytiske - eller for den saks skyld det psykiatriske - tegnsystemet, å danne seg en verden der alle ting blir gitt en skjult betydning, der alle ting er 'tegn' for usynlige, underliggende krefter. Det psykiatriske og det magiske verdensbildet har mye til felles, for å si det litt forsiktig.

Jeg har forløpig nevnt endel generelle trekk ved en samfunnspsykiatrisk praksis av denne type. Trekk som passer inn tegnsystem-modellen vår for en sammenligning med magisk og religiøs praksis. Det er i tillegg enkelte faktorer som ytterligere kan forsterke *den magiske siden ved behandlernes praksis*. En av dem er behandlernes tilsynelatende pragmatiske holdning overfor å innkassere symbolske effekter på tradisjonelle medisinske teknikker. Grunnlaget for denne innstillingen kan ligge i Basaglias prinsipp om å ta utgangspunkt i den subjektive opplevelsen. Hvis man følger denne linjen, må man kanskje medgi at selv fargen på pillen kan være et 'tegn'.

En av de yngre kvinnelige brukerne kom en dag for å klage på den nye medisinen. Men hun hadde da ikke fått noen annen medisin enn den vanlige, sa en forbauset behandler

³ 'Den assosiative metode' er kjernen i den kliniske psykoanalysen og betegner situasjonen der analysanden assosierer fritt ut fra noen stikkord. Den liggende stillingen på sofaen er ment å hjelpe tankestrømmen og impulsene til mest mulig uhindret å dukke opp i bevisstheten.

i SIM. Jo, hun var vant til at pillene var rosa, men nå hadde hun fått blå istedenfor. Psykiateren argumenterte omstendelig for at medisinen var nøyaktig den samme. Samme fabrikk, samme kjemiske sammensetning og samme dose. Det var bare fargetilsetningen og innpakningen som var annerledes. Dette gjorde lite inntrykk på brukeren som jo hadde prøvd den nye pillen i noen dager og var kommet til at den ikke virket like godt. Hun ba om å få igjen av de rosa pillene.

Nå kunne en mere brysk psykiater godt ha skåret av diskusjonen og sagt at hun værsgod fikk ta det hun fikk. Det vil si, han kunne ihvertfall ha sagt det dersom han var overbevist om at medisinen "virkning" utelukkende skyldtes pillens kjemiske formel. Psykiateren gjorde i dette tilfellet noe annet. Han sa "nåvel, ...", eller noe i den dur, og lovet brukeren at han skulle gjøre sitt beste for å få tak i de rosa pillene. Han trodde imidlertid at det kunne bli vanskelig, da de rosa sannsynligvis var gått ut av produksjon. Etter å ha ringt opp flere av de lokale apotekene, kom han over et ikke ubetydelig restparti som han sikret seg med tanke på den den "fargebevisste" brukeren. Det var tilstrekkelig til en lang tids forbruk for henne.

Fornøyd over å ha fått tilbake den "gode" medisinen igjen, kunne brukeren konstatere at hun straks ble meget bedre. Hun klagde ikke på medisinen igjen, og var "bra" en lang periode etterpå.

I SIM var det en rådende holdning som går ut på at brukerne, og særlig de med lettere psykiske problemer (ikke psykotiske), synes å tro for mye på "pillene". Underforstått var meningen den at det å komme ut av sine problemer som oftest medførte hardt arbeid med seg selv, grunnleggende forandringer i sine mellommenneskelige forhold og en slags indre vekst ('crescita'). Medisinen var som nevnt bare en "støttegips", veien til et bedre liv, måtte brukeren selv gå. Medisinen var likevel et middel som ikke bare hadde fysiologiske effekter. Brukt bevisst kunne den brukes til å organisere både tid og sted for kontakt mellom behandlere og brukere, og også maktforhold i denne kontakten.

Det kan også antydes ett ytterligere forhold ved medisinen i SIM som kanskje har forsterket deres 'magiske' betydning.

9.5 Reagensrørene og de tradisjonelle vannkultusene

En liten detalj som jeg umiddelbart hang meg opp i, var det faktum at nesten all medisin ble gitt i *flytende* form⁴. Den ble gjort ferdig av sykepleierne før runden, eller før brukerne begynte å komme på senteret. Dosene ble sugd opp med en pipett og sluppet ned i plastreagensrør som ble gitt direkte til brukerne. På rundene lå det flere bunter av rør som var sammentapet (ett rør for hver dose) på dashbordet i utrykningsbilen.

Jeg fikk ikke noe helt klart svar på hvorfor de så konsekvent benyttet medisin i flytende form framfor piller. En av behandlerne svarte at "brukerne ønsket det slik". Hva som nå enn var årsaken til dette, så kunne jeg i det minste ane en interessant parallell til lokale *folkemedisinske* forestillinger om rensende og helbredende *vann*.

Tidligere har jeg vært inne på kirkens bruk av hellig vann, 'acqua lustralis' eller vievann. Dette er imidlertid forbundet med renselse i en åndelig forstand. Torrey nevner også bruken av vann i renselses- og helbredelsessammenhenger. Dette er åpenbart et krysskulturelt svært utbredt symbolsk virkemiddel:

⁴ Jeg har fra min egen erfaring med norsk psykiatri og geriatri registrert en viss bruk av medisiner i væskeform, men i langt mindre grad enn det jeg ble vitne til her.

"Symbolism constitutes another form of suggestion. Water or another liquid is almost universally used in symbolic cleansing rituals, purifying the body of the causes of the mental disturbances."⁵

Tiberdalen var i tillegg et område hvor det fantes særlige subkulturelle forestillinger om vannets magiske krefter. I følge Dini, og også egne data, så lever det den dag i dag flere gamle vannkultuser knyttet til bestemte vannkilder i området. Disse kultusene kan i følge Dini spores helt tilbake til førkristen tid, til den etruskiske og romerske kulturen. Vannpostene, kildene, bekkene og elvene renner fortsatt på de samme stedene. I bondefolkningen har disse naturelementene bevart sin plass i en i et magisk-religiøst trossystem, som primært dyrket fruktbarheten. Disse forestillingene kan sammen med endel andre ritualer sees som en del av den katolske synkretismen.

Tiberdalen er et "*magisk territorium*". Sett med øynene til Dinis informanter, er det et geografisk landskap som er rikt forsynt med hellige vannveier og vannkilder med spesielle egenskaper knyttet til vannet. Ved mange av kildene har bøndene bygget inn madonna-ikoner i den lille muren som vannet springer ut fra. Noen kilder som tradisjonelt er tilegnet bestemte egenskaper er blitt bygget inn i kirker. Forskjellige forhold i grunnen gjør at de ulike 'vannene' ofte har merkbare karakteristika som farge, lukt eller smak.

Avhengig av hvilken sykdom eller lidelse det var, kunne innbyggerne i Tiberdalen gå til bestemte kilder og hente helsegivende vann. Dette gjøres også, om enn i mindre utstrekning, i dag. Endog brønnen i klosteret ble av enkelte holdt for å inneholde vann med spesielle egenskaper, slik at folk kunne bringe med seg en tom vannflaske på vei til søndagsmessen.

Vannkultene i Tiberdalen gir grunnlag for å stille spørsmål om ikke også reagensrørene som SIM to ganger ukentlig bringer ut i området uttrykker en slags kontinuitet. Er det forbindelser mellom de ikonsmykkede kildenes helbredende vann og de effektive væskene som sykepleierne gir til brukerne?

Spørsmålet lar seg ikke besvare med mine data og blir følgelig noe spekulativt, selv om det er interessant. Det jeg likevel kan hevde, er at det er åpenbare likhetstrekk og en symbolsk parallell i disse to medisinske systemenes viktigste agent - den potente væsken. Jeg mener derfor at det i den lokale kulturen ligger en ekstra kulturell forutsetning for å gi medisinen den sentrale og 'magiske' rollen som de har i SIM's praksis.

9.6 Medisinsk synkretisme

SIM's terapeutiske praksis ligner på andre etablerte praksiser som tradisjonelt har vist seg å være terapeutisk effektive. Det tegnsystemet som SIM arbeider utifra, er sammenlignbart med de andre tegnsystemene ved at det gjør det mulig å navngi, fortolke og refortolke sosiale fenomener og subjektive opplevelser. Tegnsystemene er 'magiske' fordi de har en sterkere tilknytning til disse fenomenene enn som rene representasjoner. Til en viss grad er tegnene fenomenene. SIM utnytter denne ressursen etter min mening terapeutisk, uten at jeg tror dette er noe spesielt nytt.

Behandlerne har en felles plattform - en forståelsesramme - som de et stykke på vei deler med brukerne, men som de selv er "ekspertene" på. SIM's tegnsystem er i likhet med f.eks. de lokale trollmennene sitt "løst i kantene" og lite definert. Denne *diffusiteten* gjør det samtidig mer fleksibelt og mer virksomt. Det er lettere å få til ting

⁵ Torrey, E.F.(1986): s. 90

med tegnene når de ikke er helt faste og kjente størrelser, definerte begreper. Dette forutsetter naturligvis at man fortsatt tror på dem. SIM kan ha hatt nytte av at de har etablert en praksis og et tegnsystem som allerede hadde forbilder ute i territoriet. Jeg tror også at det har spilt en viss rolle i etableringen i denne konteksten, at SIM hadde *effektive medisiner*. Utover den symbolske effekten som jeg har påpekt, tror jeg at erfaringer som SIM's brukere har gjort seg med de moderne medisinene i sammenligning med f.eks. det magiske pulveret til trollmannen i Anghiari, har styrket SIM's posisjon. Med 'effektivt' mener jeg her selvsagt ikke 'helbredende', men at noe er objektivt virksomt eller har symbolsk kraft.

Den nye psykiatriske praksisen er 'magisk' fordi den arbeider "empirisk" framfor 'rasjonalistisk'. Det vil si at den forsøker seg fram utfra den kjennskap som opparbeides overfor det konkrete problemet, mer enn generell vitenskap. Det er viktigere at en metode gir resultater, enn at man vet hvordan den virker eller at den virker på en bestemt måte. Praksisen er mer "deltakende", i Tambiahs forstand, ved at forholdet til brukeren forstås som en del av den sosiale verdenen og virkelighetsfortolkningene i seg selv påvirker denne virkeligheten. SIM's tilnærming kan også betegnes med det Cosmacini kaller "antropologisk", fordi de forsøker å danne seg bilder utifra en slags helhet - 'den totale livssituasjonen til brukeren' etc. Endelig er den også subjektivistisk orientert mot den opplevde virkeligheten til brukeren, og følger ikke så strengt et vitenskapelig og objektivt realitetsprinsipp.

Psykiaterne i SIM både ligner og etterligner skriftefaren, familielegen og trollmannen. Men det er kanskje riktigere å understreke at de alle arbeider utfra noen prinsipper som er felles, uten å tilskrive noen av dem større originalitet enn andre. Det kan være slik at disse prinsippene er uungåelige dersom man skal imøtekomme det jeg har betegnet som de 'psykiske behovene'. Prinsippene er som følger:

- Unormale eller problematiske mentale tilstander forårsakes av at det finnes usynlige prosesser og konflikter inne i menneskene.
- Disse konfliktene kan betegnes som motstridende krefter.
- Åndelige besettelser, diabolske fristelser eller underbevisste impulser (ikke fra 'jeg'-et) som tar form av tvangshandlinger eller psykotiske fantasier, er eksempler på slike krefter som overmannen viljen. Disse forestillingene gjør det mulig å lage et skille mellom den 'egentlige' personen ('jeg'-et, det rene mennesket, den ubesatte) og den som er under påvirkning av en 'agent' som opererer i det indre.
- På bakgrunn av dette skillet kan man også omfortolke handlinger og plassere ansvar utenfor det handlende individet.
- Skillet gjør det legitimt å betrakte enkeltindividet som et offer for et større system, begivenheter og krefter som overgår det enkelte mennesket.
- Skillet fører også til en betraktning om at enkeltindivider som f.eks. er 'besatt' ikke kan løse problemene selv, ikke alltid vet eller handler til sitt eget beste.
- Det er derfor behov og en legitim plass for en 'terapeut' som både ekspert på å forstå dette "større systemet", som kan gi problemene navn og handle i forhold til dem.
- Slik handling skjer også ved hjelp av "usynlige agenter" på måter som er mystiske, dvs. som vi ikke umiddelbart kan forstå.
- Terapeuten kjennetegnes ofte ved sin evne til å "gjennomskue", dvs. se noe som er innvendig eller usynlig for andre mennesker.
- Terapeuten besitter en blanding av rent personlige egenskaper og tilegnede kunnskaper.

SIM bygger sin praksis på et nytt fundament i 'Demokratisk Psykiatri' skrifter og prinsipper. Likefullt kan tradisjonene gjenkjennes i det nye, men det er "territorielle tradisjoner" snarere enn galehusets. SIM's praksis har, etter min mening, *synkretistiske* trekk.

Det som også er interessant å bemerke, er at de 'magiske' trekkene ved SIM's praksis ikke synes å stå i motsetning til Basaglias ideer om en "demokratisk" psykiatri. Ideene om å ta utgangspunkt i hele mennesket, omgivelsene og den subjektive opplevelsen, samt orienteringen mot den praktiske lærdommen og resultatene, rimer i hovedtrekk godt med den terapeutiske utøvelsen som jeg har beskrevet her.

Maktforholdet i den terapeutiske relasjonen, forblir et vanskelig tema. Basaglias idealer virker vanskelig realiserbare fullt ut. Dette skyldes nok ikke bare det kjente "spriket mellom idealer og realiteter", eller at brukernes *forventninger* stadig gjenskaper den assymetriske relasjonen. På bakgrunn av en forståelse av tegnsystemer og terapeutisk praksis som 'tegn-handlinger', må spørsmålet om 'terapi' ikke krever et ulikt forhold mellom 'eksperten' og 'klienten' stilles på nytt.

Betyr dette at Basaglias maktkritikk var feilslått? Jeg mener ikke at den behøver å ha vært det. Trolig dreier dette seg om ulike former for makt og ulike sammenhenger. Utenfor galehuset har ikke psykiaterens makt over brukeren og psykiaterens fortolkning av virkeligheten den samme totalitære gyldighet. Behandlingen er avgrenset i tid og rom, og terapisituasjonens virkelighet er i prinsippet sidestilt med andre virkeligheter. SIM har, som jeg tidligere har vært inne på, demonstrert at den fysiske og sosiale konteksten rundt dette maktforholdet - den psykiatriske behandlingen, spiller en avgjørende rolle.

10 FRA GALEHUSET TIL "DET KOMPLEKSE"

10.1 Det "diffuse" systemet

Jeg har i denne oppgaven sett på nedbyggingen av galehuset som en nedbygging av et klassifikasjonssystem. Nedbrytningen av ett klassifikasjonssystem, skulle man tro måtte føre over i et annet. Dette synes logisk, selv om dette nye ikke var planlagt på forhånd. Hva slags klassifikasjonssystem ville 'negasjonen' av 'galehuset' komme til å bli? Var det slik at et klassifikasjonssystem simpelthen ble utskiftet med et annet som i praksis inntok de samme funksjonene?

Jeg har allerede forsøkt å antyde at en ny klassifikatorisk praksis har vokst fram samtidig med etableringen av en ny lokalisering og organisering av de psykiatriske tjenestene. Det kan påvises nye klassifikatoriske skiller, både på et symbolsk og sosialt plan. Likevel kan ikke dette nye klassifikasjonssystemet helt sammenlignes med 'galehuset'. I forhold til 'galehuset', er den nye psykiatrien for lite mektig, for lite konsistent og for sammensatt. De monumentale bygningene er borte for Tiberdalens del og psykiatrien har flyttet inn i en leilighet. Dette faktum antyder et fundamentalt skifte av målestokk. 'Small is beautiful' - ikke bare når det gjelder hus og organisasjoner, men også den teoretiske overbyggingen.

Omleggingen av de psykiatriske tjenestene i Tiberdalen har ikke bare innebåret en ny måte å betrakte den psykiatriske pasienten eller brukeren på. I forlengelsen av det nye fokuset på brukerens omgivelser, har det sosiale landskapet blitt begrepsfestet som 'territoriet'. Denne "ukjente størrelsen" som de psykiatriske tilbudene nå skal betjene, er ikke ensbetydende med den katalogiserte brukergruppen, de gamle langtidspasientene fra galehuset eller dem som legevakten og politiet nå og da skiller ut fra sine respektive kasus. Territoriet er per definisjon "uklassifisert" - det må stadig oppdages. Behandlerne i SIM kaller det derfor '*det komplekse*' ('la complessità').

Innholdet i begrepet 'det komplekse', forstår vi bedre dersom vi sammenligner to forskjellige utgangspunkt for klassifikasjon: 1. I avdelingen er alle pasientene samlet, isolert fra sin sosiale sammenheng og fastholdt på et sted hvor behandlerne til enhver tid har full oversikt; 2. Territoriet der brukerne bor spredt, i hver sine forskjellige sosiale nettverk, og med full mulighet til å bevege seg andre steder. Her kan behandlerne, alene eller i mindre grupper, bare besøke brukeren. Behandleren må delvis opptre på andres premisser, og innenfor en sammenheng som behandleren ikke er en privilegert fortolker av.

Etiketten som ble gitt den nye praksisen som vokste fram ga ikke noen lysende klar visjon av den. De kalte de nye tjenestene for '*det diffuse systemet*' - svaret på det 'diffuse behovet' i territoriet.

Etter min mening representerer dette også et metaforisk brudd med fortiden. 'Galehus'-metaforen formidlet en klar og sterk mening, den ble et bilde på noe. Galehuset laget et bilde på mentale lidelser og psykiatri, ved å låne metaforisk mening fra andre bilder - andre murer og rom som utelukker og sperrer inne. Metaforer blir metaforer ved at de lager slike forbindelser mellom ulike meningskontekster. Det er også vanlig når man skal benevne noe nytt, at navnet spiller på analogier til gamle og kjente fenomener, at navnet i seg selv vekker assosiasjoner, ofte i form av bilder. Som jeg har vist tidligere, er slike metaforiske budskap særlig effektive når de formidles gjennom materielle symboler (ikke-verbale), ikke minst gjennom arkitekturen.

Galehusets arkitektur, eller fysiske representasjoner, formidlet noe i retning av det motsatte av hva 'Demokratisk Psykiatri' stod for. Men mens galehuset på denne måten hadde et meget klart og sterkt uttrykk med sine murer, porter og gitre, så kan

ikke den samme uttrykksfullheten gjenfinnes i SIM's arkitektur. Det er svært vanskelig å skulle hevde at noe *mangler* symbolske budskap. Likevel, mener jeg at SIM ikke har laget noen ny helhetlig metafor slik som 'galehuset'. Behandlerne i SIM må derfor fortsatt ty til historiene om 'galehuset' når de skal forklare hva SIM er.

SIM avga altså ikke noe bilde i synlig forstand, slik galehuset gjorde. Den nye psykiatrien dannet ikke noen bygningsmessig og organisatorisk enhet slik galehuset gjorde. På et lavere nivå, innenfor bygården og innenfor den totale helseadministrasjonen, utgjorde selvsagt også SIM en egen enhet, men den var mest synlig innenfra. SIM hadde ingen egen fasade. SIMs lokaler, tjenester og bevegelser løste seg opp i byen - på en slik måte at identitet og grenser forsvant ut av syne. Det er nettopp ordene "løste seg opp i byen" som allikevel på en paradoksal måte "billedliggjør" essensen i dette nye systemet - prosessen der samfunnet tar opp i seg igjen det som det hadde utstøtt og forvist til galehuset. I det minste kan det betraktes på denne måten fra de "revolusjonære" behandlernes side. 'Bildet' reflekterer ikke noe håndfast resultat, men en prosess - 'forandringen'.

Det italienske verbet og adjektivet 'diffuso' betyr både 'oppløst' og 'uklart' på norsk. Som verb ('diffundire' - perf. part.: 'diffuso') henspeiler det mer på forandringsprosessen og det som var forut for den. Adjektivisk ('difuso') blir det noe som er fristende å kalle en "ikke-metafor" - et bilde på det som ikke lar seg avbilde, som ikke er billedlig. Det 'diffuse' er i en viss forstand noe som er meningsløst i seg selv, selv om metaforen ikke er det. Men straks man sier om noe at det er meningsløst, så har man gitt det en mening som 'meningsløst'.

I mindre målestokk er imidlertid både lidelsene og de psykiatriske tjenestene synlige - enda mer enn tidligere kanskje, for dem det angår direkte. Enhetene er blitt mindre og mer sammenlignbare med andre enheter i samfunnet. Galehuset hadde gitt et motbilde til samfunnet, ved at det var et slags samfunn for seg selv. Nå er det omdannet til et ambulatorium som kan minne om en blanding av et landsens legekantor og et advokatkontor, et "familiehus" og sivilkledde utrykningsteam som kan møte hjemmehjelpen eller hjemmesykepleieren på dørterskelen til de samme brukerne/pasientene. I det somatiske sykhuset og på gatene, eller rundt i distriktet, vil man kunne treffe på "de gale", men som regel en av gangen - aldri som noen "ghetto av gale".

Psykiatrien og galskapen er blitt, vil jeg hevde, mer synlig, selv om den fortsatt omgir seg med en viss aura av mystikk. Som jeg har nevnt i forrige kapittel er likevel ikke psykiatriens virksomhet lenger omgitt av flere hemmelighetsfulle slør enn familielegen, skriftefaren og trollmannen. Det som ikke lenger er synlig, er psykiatrien og galskapen samlet som en totalitet med klare konturer. Galehusmuren - den ytre - er for bestandig borte.

Som jeg forhåpentlig har vist, kan svært mye av reformpsykiaternes tankegods trekkes ut av denne metaforen om 'det diffuse'. Den er imidlertid ikke så umiddelbar og tilgjengelig som 'galehuset' i sitt synlige uttrykk. 'Det diffuse systemet' er, som metafor, en mer språklig konstruksjon enn en visuell. Den er ikke av samme slag som f.eks. 'den nedrevne muren' som møtte 'galehus'-metaforen på samme nivå. Det kan virke som den nye metaforen tvertimot er ment å 'negere' dette metaforiske nivået; 'Det diffuse systemet' er en slags ny psykiatri uten monumentale fasader, oppskriftsmessige modeller, og uten metaforer. Det 'diffuse' er et logisk utkomme av de tidligere kritikkene av 'modellene' (referert til i forutgående kapitler).

Denne "negasjonen av (den psykiatriske) metaforen" vil etter min oppfatning, likevel være mer for behandlerne selv enn for "folk flest". Andre samfunnsmedlemmer har til tross for eksistensen av galehuset og forestillingene om det, også levd i

nærkontakt med de psykiske lidelsene og konsekvensene. De har som psykiatriske pasienter eller pårørende også kjent til det fra *innsiden*. Med det 'diffuse systemet' har denne kontakten blitt utvidet og for enkelte blitt mer intens enn før. Enkeltmenneskene skulle da i første rekke komme i kontakt med deler av de psykiatriske tjenestene, ikke systemet som en helhet.

Jeg har argumentert for i forrige kapittel at det fantes en rekke kjente bilder som kunne gi mening til det "diffuse" slik det presenterte seg selv for befolkningen i territoriet. SIM's manglende vilje til å gi et klart bilde av seg selv, kunne resultere i at 'det diffuse' ble erstattet med brukernes og andre *folks bilder av SIM*. Ute i "territoriet" og blant SIM's brukergrupper eksisterte det etablerte modeller som kunne minne om den nye psykiatriske praksisen. Symbolsk sett, har kanskje 'galehuset' blitt skiftet ut med en kombinasjon av familielegen, skriftefaren og trollmannen.

10.2 Omklassifiseringen av 'galskapen'

Psykiatireformen er også uttrykk for et nytt syn på hva mentale lidelser og psykiatriske pasienter er, i det minste fra reformtilhengernes side. Med utgangspunkt i Tiberdalen, er jeg ikke i tvil om at dette generelt har betydd en markant forbedring i livskvalitet for denne gruppen som helhet.

Den psykiatriske behandlingen er blitt mere human og tilskriver pasienten mere verdighet og rett til å være annerledes. Men det er også en tendens til en 'humanisering' av selve 'galskapen'. Det psykiatriske sykehusets medisinske modell hadde en tilnærming til lidelsenes symptomer som om de var ytre tegn på en indre, organisk, individuell sykdom. Galskapen ble derfor isolert for at den skulle kunne bli studert og klassifisert i sin 'rene' tilstand uten ytre forstyrrelser. Demokratisk Psykiatri hadde ikke et syn på de mentale lidelsene som noe 'rent' - som et naturvitenskapelig fenomen. Deres fokus ble rettet mot omgivelsene og de sosiale relasjonene til den mentalt forstyrrede. Galskapens uttrykk ble oppfattet som et 'språk' som det prinsipielt sett skulle kunne gå an å fortolke. Denne holdningen har, slik den også har blitt anvendt i Tiberdalen, i mange tilfeller bidratt til en 'menneskeliggjøring' av de psykiatriske pasientenes absurde og skremmende utbrudd.

I hvilken grad dette også har forandret befolkningens syn på mentale lidelser generelt, kan jeg ikke si noe sikkert om på bakgrunn av mitt eget materiale. Det finnes likevel klare indikasjoner på en økt forståelse og toleranse, både i enkeltbrukeres livshistorier og i måten beboerne i Familiehuset etterhvert har funnet en plass i byen. Mitt inntrykk er at befolkningen stort sett hadde et avslappet og udramatisk forhold til reformen. Likegyldighet er trolig et alvorligere problem enn overreaksjoner på avvikende adferd. Forestillingene om de sinnslidende som farlige og ute av stand til å leve utenfor murene, må i det minste kunne sies å være kraftig dempet. Forestillingene om galehuset som uegnet og middelaldersk, var imidlertid meget utbredte. Reformprosessen både forut for loven i 1978 og etterpå, har ikke gått upåaktet hen. Men den virkelig store radikale "kulturelle transformasjonen" som Demokratisk Psykiatri har snakket om, er ikke fullendt. Behandlerne i SIM mener også selv at det har vært en bevegelse i den generelle folkemeningen, men at de langt fra kan si seg fornøyd.

Fortolkningen og forståelsen av galskapens uttrykk - "symptomspråket" - som sosiale og kulturelle fenomener med røtter i pasientenes eget samfunn, er et interessant emne for framtidige studier. Et annet interessant spørsmål er om dette "symptomspråket" i seg selv forandres som følge av en slik omlegging som fant sted i Tiberdalen. SIM's behandlere har gjort seg endel betraktninger etter mange års erfaringer med poliklinisk behandling, oppfølging i hjemmene og "telt-senteret" -

opplegget rundt tvangsinnleggelse på somatiske sykehusavdelinger. De mener faktisk at den nye konteksten for såvel krisehåndtering og mer langsiktig behandling, også har påvirket de mentale lidelsenes karakter; omfanget av voldsom, provoserende og absurd adferd er mindre; krisene er mer kortvarige og oppleves mindre traumatiske enn før; de typiske "karrierene" som pasientene utviklet i galehuset kan ikke lenger påvises like klart. Dersom behandlerne har rett i dette, er dette i seg selv meget oppsiktsvekkende. Å foreta en vitenskapelig sammenligning byr imidlertid på store metodiske utfordringer med hensyn til å fastsette de sammenlignbare enhetene.

10.3 Fra pedagogikk til politikk

Det ville være feilaktig å framstille den psykiatriske omleggingen som et skifte av behandlingssyn og tilbud, uten å peke på den endrede rettssituasjonen til de psykiatriske pasientene. Sosial integrasjon er ikke bare et behandlingsmål, men en *rettighet*. Den politiske dimensjonen ved denne reformen, er kanskje den viktigste forskjellen fra lignende omlegginger i andre land.

Likevel er det mulig å innvende mot vektleggingen av integrasjon, at dette kan bety et enda større press på pasienten for å tilpasse seg samfunnet. Etter min mening, er dette bare delvis riktig. Forutsatt at man overhodet anser en rehabilitering til samfunnet (eller unngå institusjonalisering i første omgang), så blir spørsmålet om hvor og *hvordan* det skal arbeides mot dette, viktigere. De "moderne" valgalternativene er etter min oppfatning en avdeling av typen "*det terapeutiske samfunn*" og *pasientens eget nærmiljø*. Samfunnet utenfor er ikke alltid like terapeutisk, hevdes det. Men hva så?, når det likevel er her pasienten skal integreres. Forskjellen på å arbeide med pasientens relasjoner i en avdeling og ute i samfunnet er kanskje mer fundamental enn hva mange har tenkt på.

Hensikten med å lage et "terapeutisk samfunn" i en psykiatrisk avdeling, er å lage et sosialt miljø hvor pasientenes og personalets samhandling, kommunikasjon og reaksjoner gjøres til gjenstand for diskusjon og refleksjon¹. Målet er å fremme "sosial mestring" hos pasientene. Oppholdet i avdelingen betraktes som en treningssituasjon - altså et pedagogisk opplegg som skal forberede pasienten på livet utenfor. Pasientens tilpasning til avdelingsmiljøet er ikke den endelige målsetningen. Men avdelingens regler og sanksjoner konstrueres slik at de ligner på dem som gjelder i samfunnet - for å få det mest mulig realistisk. "Terapeutiske samfunn" blir derfor ofte svært "moralistiske", fordi de tar utgangspunkt i en slags normativ idealmodell for samfunnet. Denne modellen må være fast fordi den jo er en pedagogisk modell - en representasjon av samfunnet som pasientene kan "øve" seg på.

Man kan tenke seg et lignende opplegg for å arbeide med pasientens sosiale ferdigheter og hans sosiale relasjoner når han er integrert i et lokalmiljø. Reaksjoner og konflikter kan tas opp og bearbeides også her, men mulighetene til det er trolig mer begrenset utenfor avdelingens kontrollerte miljø. Hovedforskjellen ligger etter min mening likevel ikke her. Lokalmiljøet er i motsetning til det "terapeutiske samfunnet" et *virkelig* miljø - ikke en 'modell'. Den behøver derfor ikke være like fast og rigid som en modell - den trenger ikke å fungere som noen universell referanse. Dersom pasienten klarer å tilpasse seg og fungere innenfor sitt nærmiljø, så blir det et mindre viktig om han ville klart det samme i et hvilket som helst sosialt miljø. Det blir også det samme, om det i realiteten er lokalmiljøet som først og fremst tilpasser seg ham. Pasient og lokalmiljø må tilpasse seg hverandre, det er hovedsaken.

¹ Skårderud, F.(1984): s.87

I dette gjensidige tilpasningsopplegget, blir også det politiske aspektet mer synlig. Graden av tilpasning kan betraktes i forhold til spørsmål om makt og avmakt. Urimelige krav om tilpasning kan tas opp og gjøres politiske på en måte som er utenkelig i en avdeling. En reaksjon mot urimelige sanksjoner i avdelingen kan alltid møtes med at sanksjonen ikke er uttrykk for personalets vilje, men et realistisk uttrykk for hvordan det er i samfunnet. I nærmiljøet vil pasienten stå ansikt til ansikt overfor en flik av dette samfunnet, og resultatet kan også være at denne virkeligheten forandrer seg.

10.4 Den usynlige muren

Det mest kritiske spørsmålet i forhold til en slik samfunnspsykiatrisk reform, gjelder faren for *usynliggjøring*. Jeg har, i likhet med andre observatører², ikke fått inntrykk av at dette problemet er spesielt stort i Arezzo. I andre italienske byer, som for eksempel Roma, er dette imidlertid høyst aktuelt.

Roma har fått et nytt innsalg av uteliggere i form av utskrevne psykiatriske pasienter som har fått sin frihet, men lite annet. Disse nye "byoriginalene" blir ikke lenger reagert på og tatt i tvangsmessig forvaring, men snarere møtt med skuldertrekk av byens befolkning som synes å ha vennet seg til dem.

*"Den "gamle med rosene", fortauspoeten ... En urban utrustning som stadig er mer vanlig på Stazione Termini og via del Corso."*³

De blir altså ikke møtt med direkte undertrykkende aksjoner fra samfunnets side, men simpelthen overlatt til seg selv og sin egen skjebne. Usynliggjøringen kan etter min mening altså skje uten de fysiske murene eller de bortgjemte asylene på landet. De usynlige murene som har dannet seg i mange storbyer, kan være en vel så effektiv måte å gjemme problemene på.

Det er mange forutsetninger som må oppfylles for at en nedleggelse av psykiatriske døgninstitusjoner virkelig skal føre til en reell innlemming i samfunnet for de psykiatriske pasientene. Studiet av reformen i Arezzo har fått meg til å legge spesielt stor vekt på tre faktorer: 1. En lovgivning som både gir psykiatriske pasienter rettsikkerhet, virker til å hindre bruk av tvang og som fastslår pasientenes *rettigheter* som samfunnsdeltakere. 2. Budsjettmessig oppfølging som sikrer at de nødvendige tjenestene kan utvikles og drives i tilstrekkelig monn. 3. En behandlergruppe som motiveres og trenes til å arbeide resultatorientert på tvers av gamle administrative og faglige kompetanse- og ansvarsområder.

Det kunne helt sikkert nevnes mange andre i tillegg. Et annet overordnet moment, er at de psykiatriske tjenestene må tilpasses lokale forhold. Jeg nevnte problemene i Roma ovenfor. Det er lett å forklare dette med at det er en stor by osv. Et blikk på Trieste, som er en by på størrelse med Oslo, tilsier likevel ikke at store byer ikke kan ha samfunnspsykiatriske tjenester. Men Trieste har i samsvar med sine karakteristika utviklet en egen utforming av reformen som på mange områder skiller seg fra Arezzo sin.

² Skårderud, F.(1984): s.184

³ Nicolini, R.(1988) i L'Unità 13/5-88

10.5 De nye 'murene'

I tidligere kapitler har jeg kommet inn på de nye 'murene'. Brukernes integrasjon er svært varierende. Hvor mye av dette som skyldes deres spesielle problemer og hvor mye som skyldes fordommer, intoleranse eller frykt, er ikke godt å si. Som jeg var inne på ovenfor, er sosial integrasjon i prinsippet en gjensidig tilpasning. Det er derfor en glidende overgang mellom den politiske viljen til å tolerere og det individuelle mestringsnivået.

De nye 'murene' er imidlertid ikke lenger like permanente, entydige og totale. Jeg har vist at det finnes både slingringsmonn og forhandlingsrom. En viss grad av klassifisering av psykiatriske pasienter, enten de kaller seg brukere eller noe annet, vil trolig alltid finne sted. Problemene oppstår antakelig når klassifiseringssystemene blir store, altomfattende og totalitære. Jeg mener at denne psykiatrireformen har vist at det å "klassifisere mindre" betyr å gjøre klassifiseringssystemene mindre og mer heterogene. Hva slags relasjoner 'murene' innebærer, synes også like viktig som at de finnes. En altfor stor vekt på den symbolske klassifiseringen, kan hindre en sosial forståelse av problemet og en forståelse av problemets kompleksitet⁴. Det er etter min mening ikke nok å påvise nye 'murer' - en oppfattelse av de psykiatriske pasientene som annerledes. Spørsmålet er hvilke sosiale konsekvenser dette har.

Jeg antar imidlertid at et sammenfall mellom symbolske, sosiale og fysiske 'murer' alltid vil være til skade for psykiatriske pasienter, fordi dette innebærer en total utelukkelse eller tilsidesettelse av dem. Det prinsipielle, er her *ikke* en eventuell undertrykkelse eller negativ diskriminering av psykiatriske pasienter, men løsrivelsen fra den sosiale og kulturelle konteksten som deres problemer har oppstått innenfor. Om ikke lidelsene i seg selv skyldes et samspill med omgivelsene, så har de i det minste en felles utviklingshistorie og, hvis man skal håpe på "helbredelse", en felles framtid.

Det er først når vi ser på utelukkelsen som en form for 'tilsidesettelse', at vi bedre forstår at diskriminerende praksis også kan ha positivt fortegn. Galehusets likhet med spedalskehuset (se kapittel 3), er en analogi som mange umiddelbart forstår. Hva innebærer det dersom vi tilsidesetter 'galskapen' på en positiv måte, mer i retning av en helliggjørelse og ikke avsky? I kapittel 5 trakk jeg en sammenligning mellom den motkulturelle bevegelsen og pangolinkulten hos Lele (se kapittel 1.4). Bortsett fra at dette sikkert hadde en viktig historisk "murbrekkende" funksjon, så mener jeg at endel av de idealiserende holdningene til de psykiatriske pasientene og 'galskapen' kan ha vært uheldig for dem. Jeg deler derfor Sedgwicks kritikk her, om at en del av den anti-psykiatriske bevegelsen internasjonalt, har tatt for lett på de faktiske lidelsene og behovene hos de psykiatriske pasientene⁵. Enten 'de gale' blir gjort til "spedalske" eller moderne "pangoliner", så bærer den overdrevent symbolske tilnærmingen til dem en grunnleggende blindhet for dem som konkrete personer. At psykiatridebatten nå har stilnet av i den italienske opinionen, kan derfor også være et positivt tegn, ihvertfall på steder hvor reformen likevel i stor grad har blitt satt ut i livet.

⁴ Foucault har blitt kritisert for å være altfor "estetiserende" i sin beskrivelse av galskapens historie. Se Erik Falkums forord i Foucault, M (1973).

⁵ Sedgwick, P. (1982): kapittel 7. Jeg har tidligere (kap.5) reservert meg mot endel av Sedgewicks kritikk mot bla. den italienske psykiatribevegelsen, som jeg mener at i hovedsak ikke benektet de psykiske lidelsene som sådan.

LITTERATURLISTE

- Albæk, Jens : Italiensk psykiatri. Introduksjon til psykiatireformen.
Beskrivelse av en studietur til Torino, Arezzo og Rom.
Dansk Sygehus Institutt, DSI-rapport 87.04, København 1987
- Angeloni, Giancarlo : Basaglia, riformatore di alto profilo.
'L'Unita' 13.5.1988.
- Amministrazione provinciale di Arezzo (red.): I Tetti Rossi.
Mazzotta, Milano 1978
- Arnaldi, Gabriella : Bisogni magici nell'area aretina.
(avhandling) Tesi di Laurea, Università degli studi di Siena, Facoltà
di Magistero, Corso di Laurea in Materie Letterarie,
Arezzo 1987
- Attenasio, L., Bondioli, C., m.fl.: Arezzo: Attuazione della
riforma sanitaria ed attualità della lotta antiistituzionale.(art. s.78-93) Crepet, P.& De
Salvia, D.(red.): Psichiatria senza manicomio.
- Epidemiologia critica della riforma.
Feltrinelli, Milano 1982
- Attenasio, Luigi & Filippi, Gisella : Una storia non solo nostra upublisert manus, Arezzo
1988.
- Barthes, Roland : Mythologies
Paladin Books, Glasgow 1989 (1957 orig.)
- Basaglia, Franca O. (art.): Critica delle istituzioni e modelli familiari. fogli di informazione
117/118 - 1986, s.61-69.
- Basaglia, Franca O. (art.): Italy's aborted Psychiatric Reform. International Journal of
Mental Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.9-21.
- Basaglia, Franco & Basaglia, Franca O.(red.): Crimini di pace
Eunadi, Torino 1975
- Basaglia, Franco (art.): What is psychiatry?
International Journal of Mental Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.42-69.
- Basaglia, Franco: 'Ned med den institutionella psykiatrin'
Bokförlaget PAN/Norstedts, St.h. 1971 (1968 orig.)
- Bennett, D. H. (art.): The Changing Pattern of Mental Health Care in Trieste. International
Journal of Mental Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.70-92.
- Benevelli, Luigi (art.): 'Medicina di comunità'. L'approccio antropologico a pratiche di salute
nella società contemporanea. fogli di informazione 117/118 - 1986, s. 49-61.
Firenze.

- Bourdieu, Pierre : *Distinction. A social critique of the judgement of taste.*
Routledge & Kegan Paul, London 1984 (orig. 1979)
- Bourdieu, Pierre : *Outline of a Theory of Practice.*
Cambridge University Press, Cambridge 1977 (orig. 1972)
- Carrino, Luciano (art.): *Changing psychiatry. Aspects of the the Italian experience.* *International Journal of Mental Health* vol. 14, 1-2 - 1985, s.105-124.
- Castelfranchi, Cristiano : *Psichiatria: medicina o scienza cognitiva.* Salemi, Claudio (red.): *Dalla psichiatri alla salute mentale.* Salemi, Roma 1987
- Cooper, David : *Psychiatry and Anti-Psychiatry*
Tavistock, London 1967
- Cosmacini, Giorgio : *Storia della medicina e della sanità in Italia* Laterza, Bari 1987
- Crepet, Paolo (art.): *La salute mentale verso il ventunesimo secolo.* Salemi, Claudio (red.): *Dalla psichiatri alla salute mentale.* Salemi, Roma 1987
- Crepet, Paolo e De Salvia, Domenico (red.): *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma.* Feltrinelli, Milano 1982
- Crepet, Paolo, Pirella A. (art.): *The transformation of psychiatric care in Italy: Methodological premises, current status, and future prospects.* *International Journal of Mental Health* vol. 14, 1-2 - 1985, s.155-183.
- De Martino, Ernesto : *Il mondo magico.*
Universale scientifica Boringhieri, Torino 1973
- Di Tota, Mia Finrud : *Sør-Italia. En europeisk koloni.* Universitetsforlaget, Oslo (utgivelsesår ikke oppgitt)
- Dini, Vittorio : *Il potere delle antiche madri. Fecondità e culti delle acque nella cultura subalterna toscana.*
Serie di antropologia di Boringhieri, Torino 1980
- Douglas, Mary : *Purity and Danger.*
Ark Paperbacks, London 1966.
- Douglas, Mary : *Self-Evidence. i 'Implicit Meanings'* 1975
- Eliasson, Rosmari : *Den nye psykiatrin i korseld*
Prisma, Stockholm 1979
- Ericsson, Kjersti : *Den tvetydige omsorgen. Sinnsykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel.*
Universitetsforlaget, Oslo 1974

- Foucault, Michel: Galskapens historie
Gyldendal (Gyldendals Kjempefakler), Gjøvik 1973 (orig. 1961)
- Foucault, Michel: Discipline and Punish
Peregrine Books, London 1987 (1975 orig.)
- Foucault, Michel: La casa della follia.
Basaglia, F & Basaglia, F.O.(red.): Crimini di pace
Eunadi, Torino 1975
- Geertz, Clifford : Religion as a Cultural System , 1974 Grunnfagskompendium, Institutt
for sosialantropologi, Oslo (1989)
- Goffman, Ervin : Totala institusjoner. Fyra essäer om anstaltlivets sociala villkor. Rabén
Sjögren 1983. (1961 orig.)
- Goffman, Ervin : Stigma
Gyldendal, København 1975
- Gramsci, Antonio : Selections from Prison Notebooks.
Lawrence and Wishart, London 1978
- Hagaskolans psykiatriutbildning 1977, Stockholm: Arezzo-projektet. (grupperapport)
Hagaskolan, Stockholm 1977
- Harries, Birgitte (rapport) : Rapport over min studiereise til Arezzo (Italien) fra den 31.5.83
- 10.6.83
Utlevert som stensil i SIM, Sansepolcro-AR. (har ikke opplysninger om hvilket
arbeidsted/studiested Harries er tilknyttet, eller hvor denne rapporten er
tilgjengelig)
- Haugsgjerd, Svein : Grunnlaget for en ny psykiatri.
Pax, Oslo 1986.
- Haugsgjerd Svein, Engelstad F. : Seks samtaler om psykiatri. (Alvis, Serra, Tranchina,
CHassuet-Smirgel, Stierlin, Irigaray, Leclaire, Lorenzer)
Pax, Oslo 1976.
- Heradstveit, D.&Bjørge, T.: Politisk retorikk i et kommunikasjonsteoretisk perspektiv
NUPI-rapport, Oslo 1986
- Heradstveit, D. & Bjørge, T.: Politisk kommunikasjon - Introduksjon til semiotikk og
retorikk
TANO, Oslo 1987
- Hochmann, Jacques (art.): Psychiatric deinstitutionalizing in Italy: A neighbours
viewpoint. International Journal of Mental
Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.184-194.
- Hollingshead, August B., Redlich, Fredrick C. : Social class and mental illness: A
community study
Chapman & Hall, Ltd., London 1958

- Holm, Bent : Den omvendte verden. Dario Fo og den folkelige fantasi. DRAMA, Viborg 1980
- Jones, Maxwell : The Therapeutic Community
Basic Books, N.Y. 1953
- Kiev, Ari (red.): Magic, Faith and Healing.
Macmillan Publishing Co., Ltd., London 1974 (1964 orig.)
- Kuhn, Thomas (1962): The structure of Scientific Revolutions University of Chicago Press, Chicago 1962
- Laing, Ronald D. & Cooper, David (Sartre): Reason and Violence. London 1964.
- Laing, Ronald D.: Det spaltede selv
Rhodos, København 1970
- Leach, E.: LÉVI-STRAUSS
Aschehoug, Oslo 1970
- Leach, Edmund R. : Anthropological aspects of language: animal categories and verbal abuse. (art.)
Lessa, William A. & Vogt, Evon Z. (red.): Reader in Comparative Religion. An Anthropological Approach.(3dje utg.)Harper&Row Publ. N.Y. 1979 (orig. 1964 i en antologi)
- Lewis, Gilbert : A lesson from Leviticus: Leprosy
Man, vol. 22, nr. 4, 1987
Royal Anthropological Institute,
- Littlewood, Ronald (art.): Social Anthropology in Relation to Psychiatry. British Journal of Psychiatry 146 - 1985, s.552-554.
- Llobera, Joseph R. (art.): 'Fieldwork in Southwestern Europe'. Anthropological Panacea or Epistemological Straitjacket? critique of anthropology vol.6, 2-1986, s.25-33.
- Lomholdt, Alissa : Rejsebrev fra Norditalien - 8 forrygende dage i oktober 1986. (rapport)
Århus 1986 (jeg har fått den i SIM, Sansepolcro-AR, Italia)
- Løchen, Yngvar : Ideer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Universitetsforlaget, Oslo 1976.
- Marcuse, Herbert : Det endimensjonale mennesket
1967
- Marzi, V.; Arghentieri, C.; Lischi, O.: Metafora e pratica dei servizi psichiatrici.
Salemi, Claudio (red.): Dalla psichiatri alla salute mentale. Salemi, Roma 1987
- Mathiesen, Thomas : Idelologi og motstand.

Pax, Oslo 1979

Minard, Michel (art.): Sector psychiatry in France - Democratic Psychiatry in Italy. A propos of a meeting ... International Journal of Mental Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.139-148.

Mollica, Richard F. (art.): From Antonio Gramsci to Franco Basaglia: The theory and practice of the Italian reform. International Journal of Mental Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.22-41.

Moore, Gillian (red.) : Italia
Time-Lives serie; Verdens land og folk.
Time-Life Books B.V., Amsterdam 1986

Mosher, Loren R., Burti, Lorenzo : Community Mental Health.
Principles and Practice.
W.W. Norton&Co., London 1989

Nicolini, Renato: Quell'attrezzatura urbano che ha nome e cognome. L'Unità, Roma 13/5 1988

Njaa, Bjørg (avh.): Samfunnspsykiatri - Friggjøring eller undertrykkelse?
Universitetet i Oslo 1983.

Norberg-Schulz, Christian: Intensjoner i arkitekturen Universitetsforlaget, Oslo 1967

Paparo F., Bacigalupi M. (art.): The Italian psychiatric experience.
Further considerations. International Journal of Mental Health vol. 14, 1-2 - 1985, s.93-104.

Peristiany, J.G. (red.) : Mediterranean Family Structures.
Cambridge University Press, Cambridge 1976

Pirella, A.: The Arezzo experience.
- stensil som jeg har fått i det internasjonale senteret RESEAU i Trieste 1988.

Rotelli, Franco (art.): 'Il superamento dei manicomi' - una casa per lavorare
fogli di informazione 117/118 - 1986, s.69-74. Firenze.

Salemi, Claudio (red.): Dalla psichiatria alla salute mentale.
Salemi, Roma 1987

Scheff, Thomas J.: Being Mentally Ill: Sociological Theory.
Chicago 1975

Scheff, Thomas J. (red.) : Labelling Madness.
New Jersey 1975

- Schenda, Rudolf : *Magia, malattia e conflitto nella società industriale. La magia - segno e conflitto.*(antologi),
Uomo & Cultura - Testi, Palermo (utgivelsesår ikke oppgitt)
- Schmidt, Lars-Henrik, Kristensen, Jens Erik : *Lys, luft og renlighed. Den moderne socialhygiejnes fødsel.*
Akademisk Forlag, Viborg 1986
- Sedgwick, Peter : *Psycho Politics.*
Pluto Press, London 1982.
- Skårderud, Finn : *Farvel til institusjonen.*
Gyldendal, Oslo 1984.
- Smith, Martin L. SSJE : *Reconciliation. Preparing for confession.* A.R.Mowbray & Co. Ltd., Oxford 1986
- Sørhaug, Hans Chr. : *Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus. Makt, gjensidighet og ansvar.*
Universitetet i Oslo 1982.
- Sørhaug, Hans Chr. : *The Magic of Boudaries. AIDS, medical knowledge and the world of drugs.*
(Stensil), Work Research Institute (WRI), Oslo 1990
- Tambiah, Stanley Jeyaraja : *Magic, science, religion, and the scope of rationality.*
Cambridge University Press, Cambridge 1990
- Torrey, Edwin Fuller : *Witchdoctors and Psychiatrists. The Common Roots of Psychotherapy and Its Future.*
Harper & Row, New York 1986
- Trebinciani, Mariuccia e Toresini, Lorenzo (art.): 'I servizi territoriali costano meno del manicomio'. *Ricerca comparativa sulla spesa p psichiatrica dekke quattro provincie del Friuli-Venezia Giulia.* fogli di informazione 111/112/113 - 1985, s.1-13. Firenze.
- Turminello, Guisepe e de Girolamo, Giovanni (art.): *Psichiatria italiana e riforma nella letteratura internazionale.*
fogli di informazione 120 - 86, s.1-36. Firenze 1986
- Turner, Victor : *Dramas, Fields, and Metaphors. Symbolic Action in Human Society*
Cornell University Press, N.Y. 1974
- Turner, Victor : *A Ndembu Doctor in Practice* (art.) Kiev,
Ari (red.): *Magic, Faith and Healing.*
Macmillan Publishing Co., Ltd., London 1974 (1964 orig.)
- Wittgenstein, Ludwig : *Philosophical Investigations.*
Blacwell, Oxford 1967

