

Fra Trieste til Stockholm

– fra journalistik til doktorafhandling



Der går en rød tråd gennem den fransk fødte, svenske psykolog Alain Topor's godt tyveårige professionelle virke. Engagementet i de sindslidendes forhold og den overbevisning, at ikke kun en bedre psykiatrisk behandling, men også, måske først og fremmest, at et bedre socialt hverdagsliv og livsvilkår i almenhed er forudsætningen for at mennesker der har haft det dårligt, kan få det bedre.

Topor's skrivende udvikling, er en udvikling fra det journalistiske til det videnskabelige. Fra rejsejournalistikens sansenære rapporter til samfundsvidenskabens empirisk funderede konklusioner og teoridannelser. I 1985 udgav han således Trieste-bogen "Mentalvård i frihet", den 14. november 2001 fremlægges doktordisputatsen "Återhämtning från svåra psykiska störningar" i Stockholm.

Community mental health-udbygningen i Trieste er fortsat på Alain Topor's rejseplan, omend fremtrædende knapt så blomstrende i sin sprogdragt som i de revolutionære dage i 60'ernes slutning og videre frem gennem 70'erne. Hvor den italienske anti-institutionsbevægelse under Franco Basaglia's ledelse førte sig frem under parolen "La Liberta e terapeutica" ("Friheden er terapeutisk"). Topor har om nogen på de nordiske breddegrader fulgt den i historisk og global sammenhæng bemærkelsesværdige italienske omstil-

lingsproces, som fulgte i kølvandet på det italienske parlaments nye lov i 1978, som ganske enkelt beordrede de psykiatriske anstalter nedlagt med den begrundelse at de i sig selv var sygdomsfremkaldende.

Topor's kontakt til samfundspsykiatrien i Trieste har været kontinuerlig og personlig. Som et parallelspejl til hans virke i Stockholm, er det i øvrigt interessant at bemærke, at en af hovedkræfterne bag Trieste-arbejdskooperativerne Fabio Pittuco er ansat i den stockholmske "Psykiatrin Södra" (se interviewet med Pittuco i Social Kritik nr.24 med temaet "Udenfor psykiatrien – psykiatrien udenfor"). I det hele taget er der bemærkelsesværdige sydeuropæiske indslag i denne del af den stockholmske psykiatri. Topor's nærmeste kollega og chef på overlægefronten er således portugiseren Filipe Costa.

Med den svenske socialpsykolog Johan Asplund's nøglebegreber om "det sociale livs elementære former", social responsivitet og social responsløshed, har Topor stået bag en række bemærkelsesværdige social responsivitet-initiativer indenfor det psykiatriske felt.

Nedlæggelsen af det store gamle Beckomberga psykiatriske hospital i Stockholm frisatte i 1993 nogle økonomiske midler, som bl.a. førte til oprettelsen af en afdeling for "Paramedicinsk Forskning" med Topor som leder. En betegnelse som imidlertid ikke bekom ham godt og som var misvisende i forhold til det humanistiske og samfundsvidenskabelige udviklings- og forskningsarbejde han som psykolog stod i spidsen for de kommende år under det nye navn "Forsknings- og Utvecklingsenheden" til-

knyttet Västra Stockholms psykiatriske sektor.

Nogle af Alain Topor's egne titler på publikationer fra FoU-enheden vidner om hans forskningsinteresse i det sociale livs former, gerne på brugernes banehalvdel: "På patientens planhalva – socialt psykiatrisk behandlingsarbejde med långtidsvårdade patienter i deras hem" (1996), "Hemtjänsten, kunskap och erfarenheter – lirkandets (lokkeriets) svåra konst" (1995), osv. Også andre forfatteres rapporter fra FoU-enheden har sigende titler som "Bättre livsvillkor? De medicinskt färdigbehandlade fyra år efter Psykiatrireformen", "Från patientens perspektiv – Psykiatrin, sjukdomen och livet", "Vardagen som psykiatrisk behandling" osv.

På lære- og metodebogsområdet har Topor bl.a. udgivet "Socialpsykiatrin i utveckling – Kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn. Fallet Enskede-Skarpnäcks Psykiatriska Sektor" (1993) og "Psykiatri i socialtjänsten" (red., 1996).

Alain Topor har for nylig startet en ny forsknings- og udviklingsenhed op i samarbejde med den karismatiske overlæge Filipe Costa under Stockholms läns landsting, "Psykiatrin Södra". Derudover er Topor medstifter af og deltager i forskellige nye netværk, som har samlet sig om "recovery"-begrebet og den empiriske kendsgerning at adskillige mennesker med svære psykiske lidelser kommer sig. Og ikke som myten ellers hævder det lever et liv som "kronikere".

Blandt de netværk Topor deltager i, kan nævnes Nordic Recovery Research Group som blev dannet på en verdenskonference om "psykosocial rehabilitering" i Rotterdam for et par år siden (sammen med tre norske psykiatrimed-

arbejdere fra en brugerinddragende afdeling i Oslo) og International Recovery Research Group Multicenter Study med deltagere fra bl.a. Oslo, Trieste og Birmingham. I WHO-regi, med sæde i Geneve, er der endvidere et fagligt netværk som beskæftiger sig med "af-institutionalisering".

Som det fremgår af interviewet med Alain Topor på de følgende sider, har hans "recovery"-forskningsinteresse fået den svenske betegnelse "återhämtning".

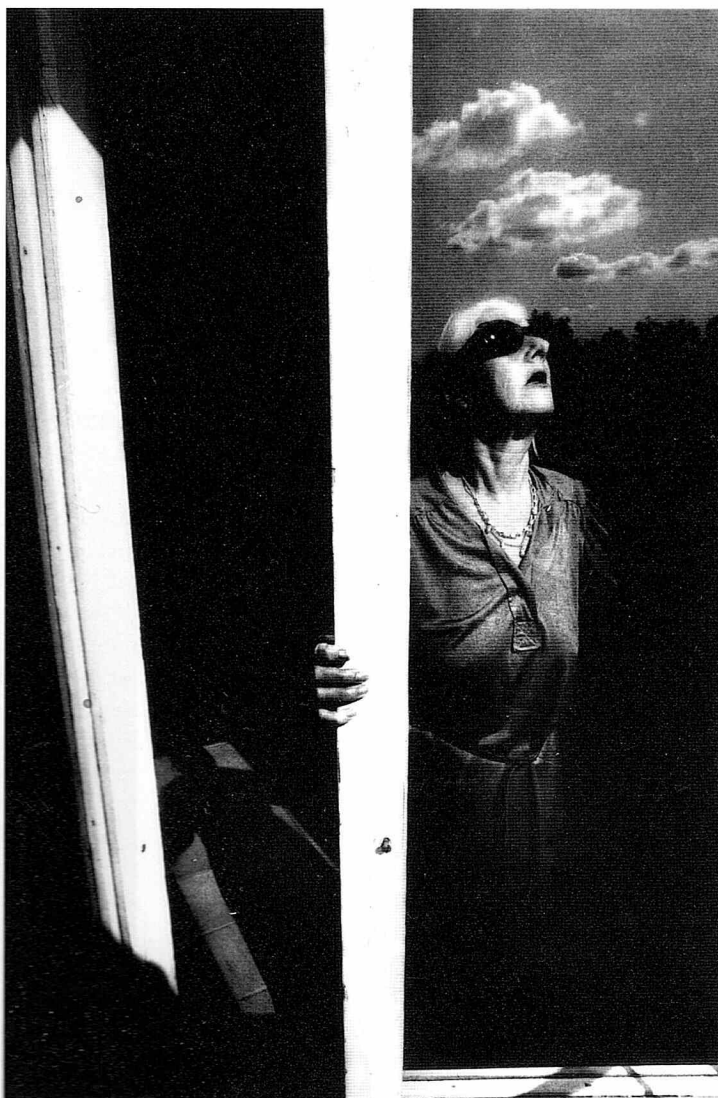
Forskningen er elementært spændende og indeholder som en af sine konklusioner det glædelige budskab, at selv mennesker med svære psykiske lidelser kan "komme sig". Hvis vi skal forsøge at fordanske det svenske "att återhämta sig".

At genvinde sit fodfæste i livet ovenpå svære psykiske sammenbrud er imidlertid ikke noget der bare sker af sig selv som en spontan helbredelse sendt fra himlen. Hvilke forhold der ligger bag "recovery", handler interviewet også om. Som forsker har Topor valgt at gøre sig så naiv og så lidt fortolkende som muligt, at lytte og forstå hvad patienterne siger snarere end at fortolke hvad de har sagt. Han vidste på forhånd, at man kunne komme sig efter en psykisk lidelse. Men han vidste ikke hvordan.

Stockholm, oktober 2001.

– Alain Topor, din doktordisputats har titlen "Återhämtning från svåra psykiska störningar". "Återhämtning" – eller det engelske "recovery" – er svært at oversætte til dansk. I svensk-dansk ordbogen oversættes "återhämtning" ved "genrejsning", "genoprettelse", "genopbygning, "genvindelse af kræfterne", "og "leven op igen". Jeg tror den mest mundrette oversættelse vil være "at komme sig". Og det er altså din forsknings hovedresultat. At selv efter svære psykiske forstyrrelser, f.eks. en sygdom som skizofreni, kan man komme sig?

– Ja. Et af mine udgangspunkter har været det paradoks i forskningslitteraturen, at en mængde litteratur vedvarende har bekræftet den forestilling, at svært psykisk forstyrrede patien-



ter er kronikere. Samtidig med at man på den anden side også har kunnet læse ud af forskningslitteraturen, at $\frac{2}{3}$ af patienter selv med diagnosen skizofreni er "recovered".

Det er et paradoks, eftersom alle indenfor psykiatrien mere og mere hylder forskningen. Og her peger forskningen selv på, at mange "kommer sig". Alligevel fortsætter man indenfor psykiatrien med at betragte eksempelvis skizofreni som en kronisk lidelse.

Dette paradoks har været mit og mine kollegaers udgangspunkt. Vi har undret os over at lægerne udelukkende taler om "behandling" og at de ikke interesserer sig for, at mange af patienterne får det bedre af andre grunde end deres behandling.

– Vil det sige, at man i Sverige – eller andre steder for den sags skyld – i princippet ikke kan få en raskmelding, hvis man først er blevet diagnosticeret eksempelvis som skizofren?

– Jeg tror ikke at nogen vil udstede en sådan raskmelding. Fordi vi jo har det interessante begreb "tilbagefald", når det er psykiatrien det gælder. Hvorimod, hvis du er forkølet i dag og er rask om en uge, og så bliver forkølet igen til næste år, så er der ingen der vil tale om det, som at du har fået et tilbagefald i din forkølelse.

Hvorimod hvis du er i krise nu, og diagnosticeres som skizofren, og du så 32 år senere (det er et eksempel jeg har fra Kraepelin!) får en ny krise, så siger Kraepelin at vedkommende har fået et tilbagefald. Og altså har været skizofren hele tiden. På den baggrund er der ingen skizofrene, der kan raskmeldes.

I øvrigt findes der ingen ritualer omkring sindslidende, der er kommet sig. Når en sindslidende kommer hjem fra det psykiatriske hospital, er der ingen der fejrer vedkommende. Venner, naboer osv. står ikke parate og siger, hvor skønt at du nu er rask igen! Hvis du derimod har brækket benet og kommer hjem med det i gips, så kommer folk og skriver deres navne på gipsen, der findes velkomst og ritualer. Men når det gælder sindslidende er det modsat, der venter man kun på "tilbagefaldet". Hvilket er det medicinske budskab. At psykiatrien ikke kan helbrede folk, men kun sørge for at der bliver længere mellem tilbagefaldene.

Rent faktisk findes der ikke et ord i psykiatri-

en, som dækker over mennesker som har "återhämtad" sig. Selv ord som "bruger" eller det amerikanske "survivor" ("psykiatrioverlever") dækker over måder at lade sig definere på, som er bestemt af forholdet til psykiatrien. Ikke engang brugerbegrebet åbner op for, at det at være i forbindelse med psykiatrien kan være noget forhenværende og overstået. Og at man nu altså er noget andet. Det er lidt lissom med alkoholikerne i Anonyme Alkoholikere. Man ikke kun er, men forbliver alkoholiker livet ud, uanset man ikke rører en dråbe alkohol og altså indenfor denne logik er "ædru alkoholiker".

Denne begrebstilknytning til den psykiatriske sygdomsopfattelse er udtryk for mangel på håb. Der findes ingen som formidler håb til mennesker med svære psykiske lidelser.

"Recovery"

– Der findes en engelsk doktordisputats indenfor "recovery"-området, "Managing the Contradiction of Recovery from severe Mental Illness". Din egen disputats er baseret på 16 interviews med patienter, som er kommet sig. Men du er ikke mødt op for at indhente data, der skal bekræfte en bestemt teori. Ved hjælp af en bevidst naiv indstilling, i form af den "Grounded Theory" afledte kvalitative metode, har du interesseret dig for, hvad disse mennesker selv anfører som forklaring på, at de har fået det bedre. Men hvordan får du egentlig defineret disse begreber?

– Begrebet "recovery" (ordbogens oversættelse: bedring, helbredelse) er vældig svært at oversætte. Til forskel fra "cure" eller det svenske "bot", som er begreber der udtrykker at man gør noget *med* nogen, så er "recovery" et ord der inkluderer at personen også gør noget med sig selv. En vigtig skelnen for mig, som er opstået ud fra de resultater jeg har fået i mine interviews. "Recovery" er også mere vidtgående end "rehabilitation", der som oftest er centreret omkring nogle kortlagte funktionsområder, hvor individet ikke fungerer. Man kan så efterfølgende sætte ind med træningsprogrammer og rehabilitering. Igen, man kan rehabiliteere nogen, eller deres "funktioner", uden at det i videre forstand inkluderer menneskets forhold til sig selv. Man kan ikke på samme måde "återhämta" eller "recover" nogen. Heller

ikke selv om der nu i USA skyder "recovery programs" op, hvor det hele udvikler sig til parametre, teknikker, målemetoder osv.

Alle som vi interviewede, havde på deres egen måde fundet en mening med det, som var hændt dem og som hændte dem. De havde fundet et svar på, hvorfor det engang var begyndt at gå dem dårligt, hvorfor de havde det så dårligt i så forbandet lang tid. Og hvordan det kunne være, at det begyndte at gå dem bedre.

Det kunne for så vidt være en hvilken som helst "mening", de havde fundet frem til som forklaring, bare den var nogenlunde godkendt i samfundet og i relation til andre mennesker. Noget kunne være psykodynamisk erfaret, noget medicinsk, noget åndeligt. Og så noget i de interviewedes fortællinger, som jeg kalder interaktionelt. Det er de dele af beretningerne, som har været indbefattet af *mindst* institutionel støtte. Spontane relationer og social responsivitet mellem mennesker.

Ingen kan siges at have en rendyrket form for system i deres beretninger. Men hvis den enkelte kan finde mening og forståelse i sin livsberetning, kan denne mening få sandhedens kraft. Altså en anden form for sandhed end i den evidensbaserede medicinforskning. Når beretningen udvikler sig tilstrækkeligt syntetiserende, er det det samme som at finde mening i sit liv. Det bliver en sandhed med en kraft, som den enkelte tror på. Og som derfor fungerer.

Det andet som er vældig tydeligt ud fra de interviewede personer, er noget som også de gamle familierapeuter har peget på. At noget af det som vi behandlere og udenforstående opfatter som et problem, ofte var et løsningsforsøg fra deres side. Det vil sige, at noget som vi har brugt meget arbejde på at løse som problem eller gøre noget ved, har været den enkeltes egne løsningsforsøg. Som måske ikke er lykkedes, men som alligevel har fungeret nogenlunde ud fra de forudsætninger den enkelte har levet under. Set ud fra denne præmis, har det psykiatriske personale indimellem fremstået som noget vældigt truende for patienten.

Der optræder hallucinationer i flere af mine interviews. Eksempelvis en kvinde der beretter om en frygtelig hallucination, som hun har haft. Både syns- og hørehallucinationer i for-

bindelse med noget hun kaldte for "ligmanden". Altså døden. Vi talte om hvor frygteligt det kunne være med sådanne hallucinationer. Men i interviewet siger hun også, "ved du hvad, indimellem kunne jeg selv fremkalde ham. Når jeg var meget ensom, så var det bedre at have ham dér foran mig. Jeg begyndte at tale med ham, og han svarede mig. Så vi gik og talte sammen, altså ikke sådan at jeg brugte munden."

På det tidspunkt hvor hun fortæller dette, har hun ikke haft disse hallucinationer i to-tre år. Og hun siger til mig: "Søde du, fortæl ikke dem på den psykiatriske modtagelse det jeg lige har fortalt dig, om at jeg ikke hører "ligmanden" længere. For indimellem når jeg henvender mig på den psykiatriske modtagelse, så siger jeg at nu har jeg hørt ham igen, selv om jeg ikke har. Og så vil de godt tage sig af mig."

Altså, for at få kontakt med det psykiatriske personale, skal man kunne opvise dårligdomme eller symptomer, ellers kan man ikke få kontakt. Pointen ud fra vores interviewmateriale er, at uanset hvor frygteligt det kan være, kan hallucinationer være bedre end den totale ensomhed.

Individet forsøger altså selv at håndtere sin situation. Ikke med "coping strategies", det er bare et kunstigt psykiatrisk begreb, men man forsøger at klare livet som også du og jeg gør det. Forskellen er, at de står overfor betydeligt større besværligheder end du og jeg.

"The Self", individet, findes der hele tiden. Sammen med andre betydningsfulde, altså at være mellem mennesker som tror på noget, når man selv i perioder ikke gør det. Her er det afgørende, at også nogle blandt personalet prøver at bryde med de regler, som findes på de psykiatriske arbejdspladser. Der skal være nogen der signalerer til dig, at du er vigtigere end institutionen.

En "betydningsfuld anden" er én der signalerer, at han eller hun er parat til at løbe en risiko, fordi "jeg synes om dig". Den risiko kan være så stor, at den truer den professionelle position. Tit vil der ske noget udviklingsmæssigt, når nogle fra personalet overskrider deres professionelle rammer. Men selvfølgelig ikke hver gang.

I de beretninger jeg og mine kollegaer har indsamlet, er der flere eksempler, hvor personale er blevet "betydningsfulde andre". I en



sådan grad, at man kan tale om et begreb som "den professionelle ven". Den professionelle er ikke patientens ven, men er i relationen *som* en ven.

Sådanne nuanceringer i interviewene er fantastiske, for de interviewede ved godt at den professionelle ikke er en ven, men *som* en ven. Og at der ikke er tale om den traditionelle professionelle relation, men om noget nyt og anderledes som er blevet skabt. Det nye er relationen, som rækker ud over patient-behandler rollerne. Der er nu tale om en relation mellem to personer, den ene med store problemer og den anden med ressourcer og betydeligt færre problemer. Personlig hjælp kan altså opstå indenfor traditionelle psykiatriske institutionsrammer.

Lige netop dette forhold, har jeg haft store diskussioner og besværligheder med i forholdet til mine italienske venner. De dele af mit interviewmateriale, hvor patienter beretter om at "recovery" også kan tage sin begyndelse indenfor den psykiatriske institutions mure, er for dem ideologisk set umuligt. Deres udgangspunkt er jo, at det psykiatriske hospital som institution er så dårligt, at man helst ikke må have nogle fund i sin forskning som peger på, at også noget positivt kan finde sted der.

Men der er altså mennesker i mit materiale som beretter, at der er hændt dem uhørt væsentlige ting på afdelingerne med henblik på deres "återhæmning".

Sådanne menneskelige og interaktionelle forhold er afgørende for en persons "återhæmt-

ning”. Men det er selvfølgelig også vigtigt med de materielle vilkår. Penge, bolig osv.

I bogen “Samfundspsykiatri” anvender den amerikanske psykiater Loren Mosher i øvrigt det nordiske begreb “smörgåsbord”. Eftersom der ikke findes én bestemt vej til “återhämtning” eller én bestemt måde at komme sig på. Eftersom vi professionelle ikke kan sige, at hvis man bare anvender den metode eller den teknik, så vil alle komme sig, så må det være vores pligtskyldighed at tilbyde et vældig bredt sammensat “smörgåsbord”, hvor patienterne i større udstrækning kan finde det som passer dem. Det kan være noget, der er midlertidigt passende, eller det kan være noget mere livsvarigt.

“Både-og”

– Det centrale i min afhandling er et begreb om “både-og”. De interviewede (“psykisk stødda”) beskriver hele tiden sig selv som “både-og”. Både enormt lidende men også samtidigt styrende i deres liv. Der er ikke tale om “enten-eller”, som det ellers altid reduceres til. De mennesker der har kendt og hjulpet dem, betragter ikke kun dem de hjælper, men også sig selv som “både-og”.

I Sverige siger man indenfor “Socialtjänsten”, at her arbejder vi med det raske. I psykiatrien siger de, at her arbejder vi med det syge. En mærkværdig spaltning, for i begge tilfælde arbejdes der jo med ét menneske. Og et menneske er altid både rask og syg, det er ikke enten-eller. Det med at man indenfor det sociale område arbejder med det raske og indenfor psykiatrien med det syge, er nogle forenklede og kunstige slagord. Hvis en sindslidende vil være sammen med dig, som ansat i det sociale felt, må vedkommende jo som konsekvens skjule væsentlige sider ved sig selv.

“Både-og”-tænkning giver plads for det komplekse og sammensatte. Og det er noget andet end psykiatriens manglende formåen, hvad angår det at arbejde med det hele menneskes kompleksitet. Indenfor den socialpsykiatriske praksis er det af afgørende betydning, at denne “både-og”-tænkning slår igennem.

Samarbejde

– Jeg har hele tiden sagt og ment, at vi i psyki-

atrien skal samarbejde med “Socialtjänsten” om de psykiatriske patienter. Men så snart et sådant samarbejde er kommet i stand, har der i 90% af tilfældene været tale om, at psykiatrien har dikteret vilkårene for den sociale indsats. Her i psykiatrien beskæftiger vi os med “behandling”, i socialektoren yder de “service og støtte”. Psykiatrien sætter sig på det hele.

Mens psykiatrien har professorer, sprog, forskning osv., har socialpsykiatrien ikke en selvstændig platform eller organisation indenfor det sociale område, hvor viden og erfaringer kan samles og hvorfra der kan udgå forskning og teoretisering. Først når en sådan organisation er dannet, kan vi som en mere jævnbyrdig part samarbejde med psykiatrien. Som det er nu, er der tale om underkastelse og ikke samarbejde. I øvrigt er jeg hvad disse spørgsmål angår meget inspireret af den danske model med et Videnscenter for Socialpsykiatri. Noget vi mangler i Sverige.

– *Kan man sige, at psykiatrien har en eller anden form for “black box” hvad angår patienter der kommer sig? Vi kan jo også tage ubehandlede skizofrene som eksempel på nogen der holder op med at være skizofrene uden at have været i behandling. Så er psykiatriens svar på dette forhold for det meste, at der har været tale om “spontane helbredelser”.*

Heroverfor siger du vel på en måde, at lissom der ikke forekommer jomfrufødsler, forekommer der heller ikke spontane helbredelser. Hvorved jo forstås noget som sker “af sig selv” eller noget som sker uden ydre påvirkninger. Ifølge din forskning vil der altid være gået noget forud, noget der har været i spil interaktionelt set.

– Psykiatrien er en primitiv videnskab, og mange psykiatere er frygteligt dårlige til at forske. Dette må man erindre sig. Psykiatrien er et meget mærkeligt videnskabeligt felt.

Hvis man ser på den psykiatriske forskning, f.eks. når noget forklares som “spontant”, så kan man jo spørge, hvad det er, der ikke er spontant. Eksempelvis er det meget mærkeligt, at ved en angiveligt “uhelbredelig sygdom” som skizofreni er der ifølge forskningen 1/3 som kommer kommer sig helt. En kronisk sygdom hvor 1/3 af patienterne “spontant” helbredes, kan vel ikke være kronisk?



For det andet, er det meget interessant at finde ud af, *hvad* er det, der er spontant. Og hvorfor har man ikke forsket i disse spontane processer, som helbreder 1/3 af patienterne? Det burde da være interessant.

Når man læser forskningsrapporter, så opdager man en ting. Det, der defineres som værende ikke-spontant i den psykiatriske litteratur, det man forsker i, udelukkende er det lægerne og evt. psykoterapeuterne gør. Alt andet er spontant!

Det spontane for den psykiatriske forskning består i det individet selv gør, hvad andre faggrupper gør, hvad familien gør osv. Alle disse ting lægges ind i kategorien "spontan". Hvilket minder mig om en metafor: en mand leder en nat efter sine nøgler under en gadelygte. En anden mand kommer forbi og begynder at hjælpe ham med at lede. Efter et stykke tid,

spørger han: "Var det her du tabte nøglen?" "Nej", lyder svaret, "det var derovre i den mørke gyde. Men der er det jo så mørkt at man ikke kan finde nogetsomhelst."

Altså, sådan er psykiatriforskningen faktisk idag. På en måde fornægter de socialt liv. Hvilket vi kan se meget tydeligt i det faktum, at både mine egne erfaringer og andres forskning peger på, at de indsatser som det sociale område står for, fører til "återhåntning" i *mindst* lige så stor udstrækning som psykiatriens indsatser. I den psykiatriske forståelse kan dette imidlertid slet ikke tænkes, eftersom det sociale område ikke beskæftiger sig med den behandling, de forsker i. Og kun behandling kan jo føre til behandlingseffekt. Allerede i dette udgangspunkt er der indbygget en nedvurdering af det sociale områdes indsatser.

Mærkeligt nok kan man se lidt af det samme

hos en meget kendt og respekteret alternativ terapeut som Barbro Sandin. Hun tog en af hendes mest kendte patienter hjem til sig. Det var ikke noget sexuel forhold, men han boede i hendes hjem. Og han "recovered". Men om betydningen af det at han boede hos hende, skriver hun ikke noget i sin bog. Og den praksis, der fulgte med at han flyttede hjem til hende, kan vi andre ikke lære noget af, fordi den ikke er beskrevet.

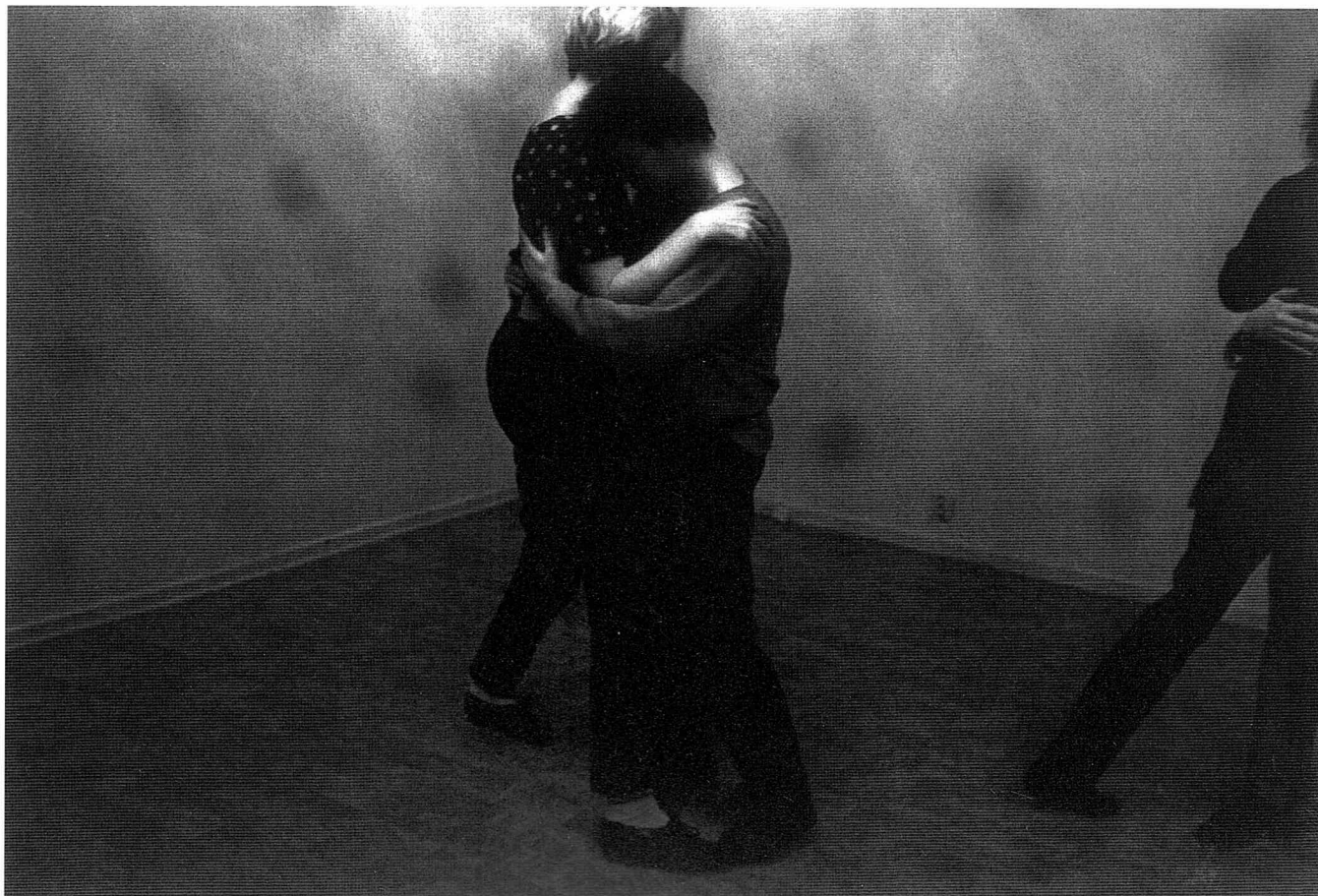
Ind under gulvtæppet?

– Jeg tror ikke på at min doktordisputats vil blive betragtet som "forskning" i det psykiatriske samfund. At have interviewet 16 mennesker med "svåra psykiska störningar" som

hævder at de er helbredte, giver dårlige odds for at blive videnskabeligt anerkendt. At spørgsmålene så tilmed er udviklet i samtaleform og ikke som et forud struktureret spørgeskema, som er sendt ud til 5.232 patienter, gør ikke sagen bedre.

Nej, min forskning kan meget let fejles ind under gulvtæppet. Forhåbentlig vil nogen kunne bruge den som et værktøj til at gøre noget. Og det er egentlig også det, der interesserer mig mest. Blandt psykiaterne vil der kun være få, som vil finde det spændende.

Men min afhandling peger altså klart på, at det arbejde der allerede udføres indenfor socialpsykiatrien er vigtigt. Men faktisk også, at der i selve den psykiatriske praksis – kendt for sin distance, neutralitet osv. – berettes om at



personalet er kommet tættere på patienterne. Og i mange tilfælde har gjort ting, som de egentlig ikke må gøre. Der forekommer brud på reglerne i psykiatriens institutionelle praksis, som jeg fremstiller i afhandlingen som et centralt element for det at komme sig.

Pointen i det jeg skriver, og som jeg da er lidt stolt over, er at jeg ikke siger at folk – personalet – burde gøre det ene eller det andet. Det interessante er, at personaler rundt omkring allerede gør noget. Og det noget er ofte noget, som de ikke burde gøre ifølge arbejdsreglerne. Så pointen er altså, at der findes lærdom som vi ikke kan tilegne os, fordi den bygger på en aktuel praksis, som officielt ikke forekommer.

I stedet for at "opdage" denne eksisterende praksis, taler man hele tiden i psykiatrien om at vi skal indføre noget andet end det vi allerede gør. Nye metoder, nye teknikker osv.

Mere konkret er jeg af den overbevisning, at modsætningen mellem naturvidenskab og samfundsvidenskab ofte er kunstigt opstillet. De to videnskabsformer har meget at give hinanden.

I mit interviewmateriale hverken kan eller vil interviewpersonerne isolere medicinen som kemi og medicinering som relation. I deres beretninger handler det mest om at få den rigtige medicin i den rigtige dosering på den ene side. Men også at få den givet på den rigtige facon.

Hele placeboforskningen handler jo også om dette. Det trivielle ved naturvidenskaben i dens nuværende fremtræden, den psykofarmakologiske forskning, er at man betragter placebo som noget uvæsentligt eller ligefrem forstyrrende. I stedet for at se placebo som en del af den psykiatriske behandlingspraksis, som bør integreres.

Modsætningerne burde ikke være der. Men den psykofarmakologiske forskning er domineret af medicinalindustriens interesser. Og de har ingen interesse i at åbne deres forskning for samfundsvidenskaberne.