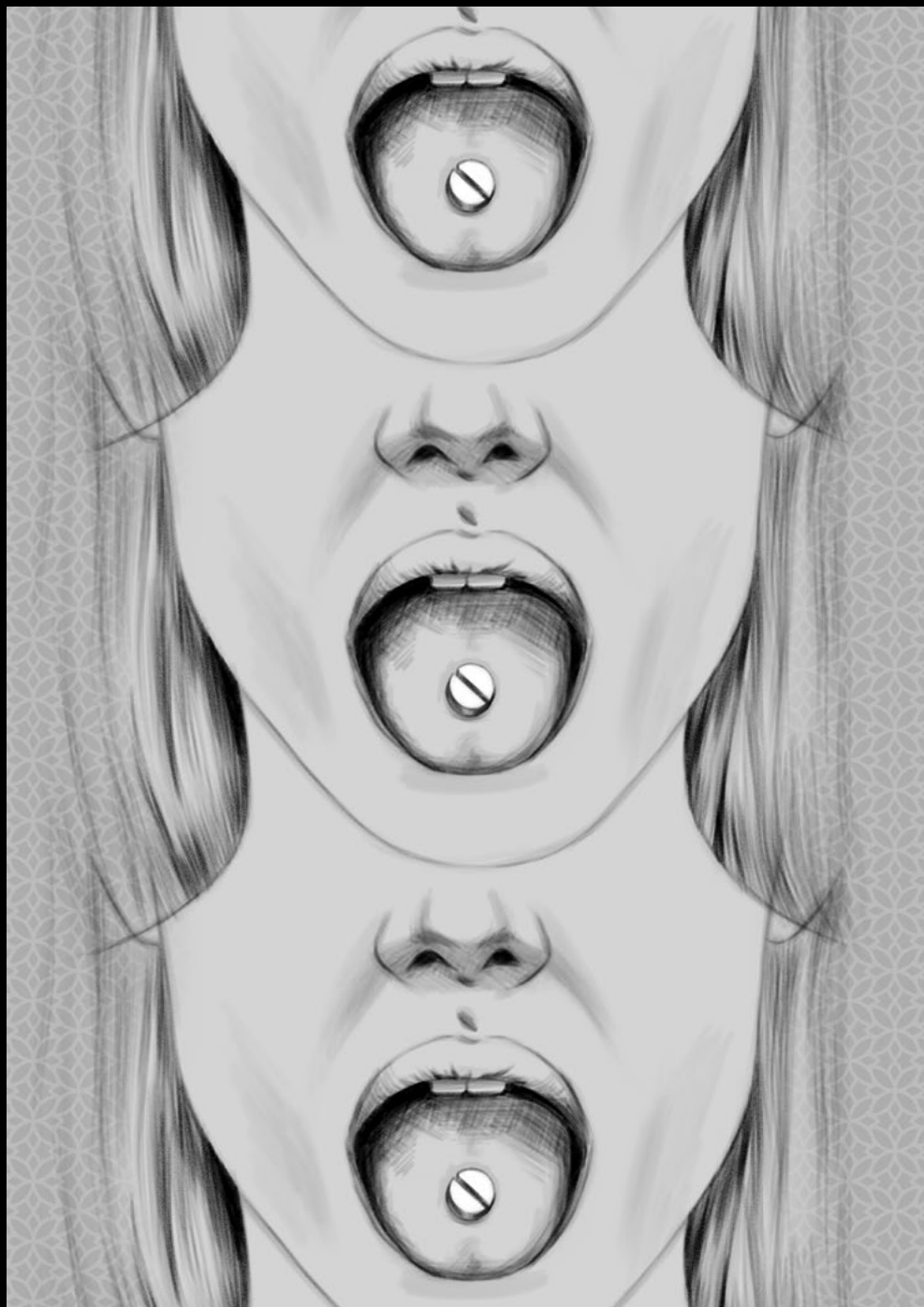


# SINNSSYKT

Tekster fra et brukerperspektiv



Av Gunn Helen Kristiansen

Redaktør Else Merete Thyness

© Moody Writers 2020

1. utgave, 1. opplag 2020

ISBN

Layout: Else Merete Thyness/Moody Writers

Brødtekst Minion Pro 11/14 pt

Papir:

Trykk: 07 Media

Illustrasjoner: Fride Emilie Darvik

[www.moodywriters.com](http://www.moodywriters.com)

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel. Boken er produsert i et miljøsertifisert trykkeri.

# Sinnssykt

Tekster fra et brukerperspektiv

*Gunn Helen Kristiansen*

# Forord

**I**alle sammenhenger som involverer brukerkunnskap og erfaringskompetanse handler det i prinsippet om brukermedvirkning. Som medvirker kan jeg velge om jeg skal «selge inn» erfaringen min som pasient i psykisk helsevern, som en unik og personlig spisskompetanse, eller om jeg skal være representant eller målbærer for en utvalgt pasientgruppe. Innen psykisk helse er det viktig, men ofte vanskelig, å skille de to rollene fra hverandre.

Som tekstforfatter og erfaringsformidler kan jeg skrive og holde foredrag om nesten hva jeg vil, med referanse til at det er min egen historie og mine personlige opplevelser jeg forteller om. Dersom jeg opplevde det slik, har det gyldighet for meg, og kanskje vil flere kunne kjenne seg igjen i min historie. Når jeg skal representere en gruppe pasienter; som da jeg var leder av Brukerrådet i min kommune, måtte jeg passe på å ikke bruke for mye tid på å fortelle om egne vonde opplevelser. Da var det viktig å forsøke å omgjøre egne opplevelser til kunnskap som kunne være til nytte i en større sammenheng.

I Brukerutvalgene i spesialisthelsetjenesten blir representantene rekruttert fra brukerorganisasjonene via Funksjonshemmedes Felles Organisasjon (FFO). Da jeg satt i Brukerutvalget i Vestre Viken Helse Foretak i en periode, var regelen der at medvirkere med forskjellig funksjonsnedsettelse skulle kunne representere for hverandre siden alle hadde erfaring som pasient. Jeg opplevde en betydelig frustrasjon ved at denne fellesrepresentasjonen ofte kunne gå på bekostning av den dyrkjøpte spisskompetansen pasienter fra rus og psykiatri har. Dette mener jeg er manglende respekt for den erfarte kunnskapen. Da jeg satt i Brukerutvalget representerte jeg en klinikk som var langt unna min kompetanse som pasient, og jeg opplevde denne tiden som ekskluderende og til dels meningsløs.

I forskingen derimot har jeg inntrykk av at forskerne aktivt leter opp folk med relevant erfaring. Da det skulle forskes på tvang ble lokallaget til Mental Helse kontaktet av forskeren som avtalte et møte for å rekruttere brukermedvirkere som selv hadde opplevd tvang. Lærings- og Mestringssenteret ble kontaktet da det skulle utvikles et web-basert verktøy for samhandling og bipolarforeningen ble kontaktet da det skulle forskes på Bipolar lidelse. For meg gir denne type rekruttering mening!

På det psykiske helsefeltet jobber det i dag en håndfull personer med personlig erfaring med rus og/eller psykiske helseplager. Imidlertid kan det herske en del forvirring rundt de begrepene som brukes om personer som er ansatt eller engasjert på bakgrunn av sin brukererfaring. Her er en liste over de begrepene som brukes: **Erfaringsformidler** er en person som kan holde foredrag eller formidle sin historie skriftlig på bakgrunn av sine erfaringer som bruker på psykisk helse feltet.

**Brukerrepresentant** er en person, med bakgrunn som bruker av helsetjenester, som sitter i et råd eller utvalg, som oftest rekruttert fra en brukerorganisasjon.

**Medarbeider** med brukererfaring er en person, som er i et ansettelseforhold og som i tillegg er eller har vært bruker av psykiske helsetjenester.

**Erfaringskonsulent** er en tjenesteyter på rus og psykisk helsefeltet, hvor kompetansekravet er personlig erfaring med rus og/eller psykiske helseplager, som pasient og/eller pårørende. Denne kompetansen skal anvendes i arbeidet og de oppgaver som tillegger stillingen.

**Recovery Pilot** er et utviklingsprogram for pasienter ved den private institusjonen Incita AS i Hurdal. Pilotene kan jobbe for kost og losji med forefallende arbeid, informasjon og markedsføring, undervisning og foredrag med mer.

**Endringsagenter** blir brukt om personer med egen erfaring, som ønsker å påvirke eller endre kunnskapsgrunnlaget i psykiatrien. Endringsagentene jobber ofte ut fra et ønske om en radikal endring i form av et paradigmeskifte.

**Medforsker** er en person med egenerfaring som bistår i forskningsarbeidet eller forsker parallelt med forskerne.

**Fri kritisk forsker** er en person, som ikke er tilknyttet en forskningsarena og som heller ikke tar betalt for det, arbeider ut fra egne hypoteser, behandlingsteorier eller forklaringsmodeller. Forsker er ikke en beskyttet tittel. Jeg velger som oftest å signere tekstene mine med erfaringsformidler og mine tidligere yrkesbenevnelser fra tiden som lærer og byggingeniør. Av og til kan jeg signere som leder av en brukerorganisasjon, råd eller utvalg, men da må dette være avklart på forhånd.

Asker 28/02-2020

*Gunn Hølen Kristiansen*

# Innhold

|                                                                                                                               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Aktivitet bedre enn tvang og medisiner</b><br><i>Ergoterapeuten 2008</i>                                                   | side 10 |
| <b>Definisjonsmakt</b><br><i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2010</i>                                                      | side 14 |
| <b>Er psykiske reaksjoner sykdom eller ressurs?</b><br><i>Søkelyset 2011</i>                                                  | side 20 |
| <b>Bipolar og psykotisk</b><br><i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2012</i>                                                 | side 26 |
| <b>Stress-sårbarhetsmodellen sett i lys av Newton, Descartes og Galilei</b><br><i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2012</i> | side 34 |
| <b>En annen sykdomsinnsikt</b><br><i>Søkelyset 2012</i>                                                                       | side 40 |
| <b>Å rette baker for smed</b><br><i>Søkelyset 2012</i>                                                                        | side 42 |
| <b>Behandling uten medisiner</b><br><i>Søkelyset 2013</i>                                                                     | side 44 |
| <b>Jokeren i psykisk helsevern</b><br><i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2013</i>                                          | side 48 |
| <b>Behandling av det bipolare talentet</b><br><i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2015</i>                                  | side 56 |
| <b>Samlokalisering av psykiatri og somatikk</b><br><i>Søkelyset 2015</i>                                                      | side 64 |
| <b>Hvor er hjelperne?</b><br><i>Psykobloggen 2016</i>                                                                         | side 68 |
| <b>Med håp om recovery</b><br><i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2016</i>                                                  | side 72 |
| <b>Perspektiver på medisiner</b><br><i>Dialog nr. 4 2016</i>                                                                  | side 80 |
| <b>Jeg tålte ikke fire tonn stress</b><br><i>Levd Liv 2016</i>                                                                | side 84 |
| <b>Fastlegen som portvakt</b><br><i>Budstikka 2017</i>                                                                        | side 96 |
| <b>To motstridende hypoteser</b><br><i>Psykobloggen 2017</i>                                                                  | side 98 |

|                                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Pille-psykiatrien</b>                                           | side 100 |
| <i>Psykobloggen 2017</i>                                           |          |
| <b>Uetisk forskning og tvilsom evidens</b>                         | side 104 |
| <i>Dagens Medisin 2017</i>                                         |          |
| <b>Hvordan skal folk finne lavterskeltilbudene i kommunen?</b>     | side 104 |
| <i>Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2017</i>     |          |
| <b>Psykiske reaksjoner er ikke arvelige</b>                        | side 106 |
| <i>Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid 2017</i>     |          |
| <b>Virkninger og bivirkninger</b>                                  | side 112 |
| <i>Psykobloggen 2018</i>                                           |          |
| <b>Kvinner med barseltraumer må ikke overlates til psykiatrien</b> | side 114 |
| <i>Sykepleien 2018</i>                                             |          |
| <b>Uten samtykkekompetanse</b>                                     | side 120 |
| <i>Dagens Medisin 2018</i>                                         |          |
| <b>Ikke samtykkekompetent</b>                                      | side 122 |
| <i>Dialog 2018</i>                                                 |          |
| <b>Ny hypotese utfordrer biopsykiatrien</b>                        | side 128 |
| <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2019</i>                     |          |
| <b>Ordet i min makt – skriving som utviklingsarbeid</b>            | side 134 |
| <i>Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket 2019</i>         |          |
| <b>Belastningsteori for psykisk helsearbeid</b>                    | side 146 |
| <i>Dagens Medisin 2019</i>                                         |          |
| <b>Etterord</b>                                                    | side 148 |

# Aktivitet bedre enn tvang og medisiner



Jeg er psykiatrisk pasient og utdannet brukerlærer i psykisk helse. Ved siden av uføretrygden jobber jeg som brukerrepresentant og informasjonsmedarbeider for Mental Helse i Asker og Bærum. Brukerlærere er en gruppe forelesere som gjennom brukerlærerskolen på Blakstad har gjennomgått ett års utdanning for å lære å formidle kunnskap om ulike psykiske helseplager til andre. Det unike med tilbudet er at foredragene/undervisningen er basert på egen erfaring med psykisk sykdom og møtet med behandlingsapparatet.

For en del år tilbake fikk jeg en psykisk lidelse som førte til at jeg måtte gi opp min jobb som lærer i offentlig skole. Jeg fikk en stemningslidelse som kjennetegnes av raske følelsesmessige svingninger. I situasjoner hvor folk flest feller en tåre, kan jeg stenge meg inne og gråte i bøtter og spann. At jeg gråter bak lukkede dører er ikke så plagsomt for andre, for det passer jeg for skams skyld på at ingen legger merke til. For meg er det toppene som er verst, for dem mestrer jeg ennå ikke. Når inspirasjonen kommer rullende, kommer de gjerne som en liten tsunami. Etter hvert har jeg lært meg gode teknikker for å kjenne igjen og varsle når bølgene kommer. Noen bølger er helt fine å surfe på, men innimellom kommer det dessverre en flodbølge som slår meg om kull. Jeg tror dette er prisen jeg må betale for min kreativitet og livsvilje.

En tsunami har jeg ingen mulighet til å mestre alene, så for å begrense skadene har jeg sørget for å knytte meg til en effektiv redningstjeneste. Hjelpekorps mitt er Divisjon psykisk helse, og når varselsignalene kommer, mobiliserer jeg dem alle sammen. Gjennom mange års prøving og feiling har teamet mitt kommet frem til



---

Artikkelen «Aktivitet bedre enn tvang og medisiner» ble første gang utgitt i Ergoterapeuten Nr. 5 2008. Utgiver: Norsk Ergoterapeutforbund.

skreddersydde strategier som fungerer bra for meg, men jeg blir stadig vekk overrasket over at mine smarteste kjerringråd og mestringsteknikker slett ikke fungerer for alle andre med psykiske lidelser. Vi er nå engang skrudd sammen på hver vår helt unike måte og dette grunnlaget har alle med seg selv når vi blir syke. Det er derfor viktig at pasientene i psykiatrien får individuell utredning og blir ansvarliggjort. Min visjon er at også psykiatriske pasienter skal få oppfølging og terapi etter pedagogiske prinsipper og metoder. For å lykkes med dette er det viktig at den psykisk syke ikke blir fremstilt som kronisk ustabil og farlig.

Ved en innleggelse på et psykiatrisk sykehus konsentrerer akuttbehandling seg stort sett om å få pasienten under kontroll. For å oppnå denne kontrollen brukes det ofte tvang og en autoritær tilnærming i form av innesperring og tvangsmedisinering. En pedagogisk tilnærming ville fokusere på å få pasienten til å finne tilbake kontrollen over sin egen psyke gjennom blant annet å gi mest mulig informasjon og også invitere pasienten til å ta beslutninger om egen behandling når dette er mulig. Jeg har selv opplevd mye tvang og noen ganger har det vært helt nødvendig, men jeg tror at mye av tvangsbruken kunne vært unngått med økt kunnskap både blant pasientene og personalet.

Så lenge vi er friske og såkalt «normale», er det naturlig å tenke på den syke som «gal» og noe vi må få beskyttelse for. Psykiatrien har lange tradisjoner i å sperre folk inne, uten lov og dom, straks de begynner å oppleves som en virkelig plage for omgivelsene. Grensene for hva den enkelte kan akseptere av avvikende adferd, er individuelle og noen ganger svært fleksible. Psykiatrien har lenge hatt tradisjon for å manipulere med den antatt sykes hjerne for å oppnå ønsket atferd. Dette ble først gjort gjennom å kutte over sentrale nerver i hjernen slik at pasienten ble sløv og rolig og ikke lenger en plage for omgivelsene. Dette ble betraktet som et så stort medisinsk fremskritt at han som oppfant metoden fikk Nobelprisen. Etter hvert har man forkastet lobotomi som metode og i stedet gått over til kjemisk manipulering for å oppnå ønsket adferd. I vår siviliserte og demokratiske del av verden kan det oppstå etiske dilemmaer i forbindelse med hvem det er som skal bestemme grensene for akseptabel adferd.

Hvilken behandling og støtte er det vi brukerne egentlig ønsker oss? Som brukerlærer med erfaringsbasert kunnskap i psykiatri har jeg en stor bekjentskapskrets og en unik innfallsvinkel til å belyse pasientenes ønsker om bedre og mer effektive behandlingsteorier. Det er de enkle virkemidlene som hjelper oss mest. Dialog og aktiv handling er gode verktøy som kan veilede pasientene tilbake igjen til virkeligheten når de har fått en psykisk reaksjon i form av en psykose eller depressiv reaksjon. «Hvorfor snakket de meg ikke ut av psykosen i stedet for å sløve meg ned med medisiner?» spurte en pasient. Svaret på det er kanskje at medisiner er langt billigere enn miljøpersonalet som tidligere hadde tid til å sitte ved sengen hennes og småprate, mens de strøk henne over hånden. På akuttavdelingene ved de psy-

kiatriske sykehusene blir personale erstattet med mer «virksomme» medisiner. Virksomme medisiner er medisiner som slår pasientene ut og gjør dem sløve og inaktive, mens personalet reduseres. Det er legene som bestemmer at medisinene er virksomme, ikke pasienten. Jeg mener at dette er en utvikling som er både uetisk og faglig uforsvarlig. En utvikling som paradoksalt nok har ført til at jeg som pasient ikke lenger kan forvente å få det jeg selv vurderer som forsvarlig behandling for min funksjonshemming.

I brukermiljøene har det lenge eksistert subkulturer som påstår at psykiske reaksjoner egentlig er et naturlig varslingsystem på at noe er forferdelig galt i samfunnet vårt. Hvis denne teorien er riktig, nytter det ikke å strupe varslingsystemet ved å sperre varslene inne eller medisinerer dem slik at de blir passive og ikke så brysomme for dem som fortsatt er vellykkede og ikke har møtt veggen ennå. Jeg mener vi må prøve å tolke hva det er varslene egentlig forsøker å formidle og så sette inn de tiltakene som virkelig hjelper pasienten videre og ut av vrangforestillinger og psykose. Gjennom en aktiv dialog kan miljøarbeiderne kanskje klare å få et hull på byllen i en fortrolig samtale, mens pasienten er våken og formidlingsvillig. Dersom pasientene medisineres til taushet, vil de samme psykiske reaksjonene trolig bare boble opp til overflaten igjen ved en senere anledning. Ofte er det slik at samtalen løsner i situasjoner hvor pasient og miljøarbeider løser en praktisk oppgave sammen eller går en tur. Vi har vel alle kjent på hvordan det blir lettere å samtale når man er sammen om et stykke arbeid eller en handling. Først når pasienten har begynt å åpne seg og snakke om problemet, er det mulig å sette i verk praktiske tiltak som kan føre til en løsning eller en lindring. Jeg mener det skal være fullt mulig å leve et godt liv med en psykisk funksjonshemming. Nøkkelen for meg har alltid vært raske reaksjoner i form av innleggelse på skjermet avsnitt på psykiatrisk sykehus. Med raske innleggelser og riktig behandling kan jeg skrives ut igjen etter en uke eller to. I snitt har jeg en episode årlig, og det kan jeg leve godt med forutsatt at jeg får den behandlingen jeg mener jeg har krav på.



**Diagnose: Bipolar lidning type 1**

*«-7 Bipolar lidning type 1 personen har hatt meir enn  
episode av depresjon, mani, hypomani eller blanda  
e, og ein av desse har vore mani.»*

**Signatur:**  
\_\_\_\_\_

# Definisjonsmakt



«Vi har en mistanke om at du lider av en alvorlig psykisk sykdom» sa legen til meg og hele min verden falt i grus. Fordi mine pårørende bekreftet at det var en opphopning av manisk-depressiv lidelse i familien, ble jeg også definert som syk. «Sykdommen skyldes en arvelig biologisk sårbarhet i hjernen din», sa legen og så ble det ikke gjort noen flere forsøk på å finne årsaker eller sammenhenger på hvorfor jeg var blitt syk. Jeg ble rett og slett definert som kronisk og uhelbredelig syk og resten av behandlingen skulle dreie seg om å overtale meg til å ta medisiner. «Men jeg føler meg ikke syk», svarte jeg trassig. «Jeg føler at det er miljøet jeg lever i, som er «sykt» og at jeg er en av dem som har arvet evnen til å reagere og finne på kreative løsninger.» Legen stirret alvorlig på meg. «Alle vi andre blir jo ikke syke. Du har en genetisk sårbarhet...» Jeg avbrøt han og startet på en lang forklaring om at jeg ikke betraktet mine psykiske reaksjoner som en sårbarhet, men mer som et talent. «Kanskje det er våre forfedres guder som har utpekt en del av oss til å være levende sensorer for godt og ondt her nede på jorden, og at de psykiske reaksjonene våre er rene nådegaver», sa jeg og fortsatte frekt «Kanskje jeg heller burde behandles som en klarsynt spåkone enn som en syk person.» Legen fortsatte å stirre på meg med en bekymret rynke i pannen, men han var ikke direkte avvisende heller.

Da jeg slapp ut fra sykehuset startet min personlige vendetta: Jeg skulle angripe en definisjon! «Jeg er ikke syk», gikk jeg rundt og sa. «Jeg er veldig, veldig frisk. Det er dere som er syke. Dere reagerer jo ikke på urettferdighet og emosjonelle belastninger sånn som jeg gjør. Er det ikke meningen at vi skal reagere med følelsene våre og forsøke å rette opp det som eventuelt er galt?» Det var mange som trodde på meg en god stund. Noen fulgte ivrig med på mine forskjellige prosjekter og tiltak, men etter hvert opplevde venner og familie gang på gang at jeg ble mer og mer oppkavet



---

*Esseyet «Definisjonsmakt» ble første gang utgitt i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2/2010. Utgiver: Universitetsforlaget.*

og manisk. Selv om de forsøkte alt de kunne med å jorde meg til bakken var det ikke alltid de klarte det og til slutt måtte de kjøre meg til sykehuset hvor jeg kunne få behandling for sårbarheten min.

Et av hovedprosjektene mine har alltid vært miljøvern. Helt i starten kunne et tegn på en kommende mani være at jeg begynte å se søppel overalt. Helt rasjonelt tror jeg ikke det i perioder av livet mitt hoper seg opp mer søppel enn ellers, det er vel heller sann at sansene mine åpner seg mer når jeg blir stresset. Jeg husker en gang jeg gikk på tur i en fase hvor jeg var utsatt for stort emosjonelt stress. Langs veien var det akkurat som om rusk og rask «sprang» i synet på meg. Det kunne det virke som om sigarettneiper og iskrepapir ble ekstra skarpt iaktatt av sansene mine og jeg fikk en nervøs uro i hele kroppen. Jeg begynte å føle sterkt på at jeg burde gjøre noe med det. Det første jeg tenkte var at jeg burde kontakte styret i blokka jeg bodde i for å arrangere en «Rusken-aksjon». Men på en eller annen måte må jeg ha forstått at det var urealistisk at borettslaget mitt skulle ha aksjoner hver gang jeg begynte å «se» søppel. Det ble til at jeg hentet en sekk og begynne å plukke søppel selv. Når søppelsekken var halvfull og det var pent og ryddig rundt der jeg ferdes til daglig, skulle man jo tro at problemet var løst, men sann er det altså ikke for en som har en bipolar lidelse. Da jeg åpnet døra og kikket inn i søppelboden, åpnet det seg et helt nytt problem; Hvor blir dette søppelet av? Jeg ble stående ubeslutsomt mens jeg for mitt indre øye så hvordan søppelsekken jeg nettopp hadde plukket ville bringes til søppelfyllingen sammen med alle de andre søppelsekkene og danne store søppelberg som barnebarna mine ville arve. Dette ble jo slett ikke riktig. Jeg hadde bare samlet søppel som lå jevnt fordelt utover og var nå i ferd med å sende «problemsekken» videre til neste instans. Løsningen hjernen min ganske kvikt kom opp med var kildesortering, og den som hadde ansvaret akkurat her og nå, det var meg. I borettslaget mitt var søppelbodene organisert som små enkeltstående treboder spredt rundt omkring mellom blokkene. De var ganske små og søte, akkurat som gammeldagse uthus. Søppelboden min hadde to konteinere; en for papir og en for alt mulig annet avfall så noe kildesortering var allerede organisert på den tiden. Dessuten stod det et par helt fine barneski stablet opp langs den ene veggen. Disse observasjonene inspirerte meg. Jeg lurte litt på om jeg skulle hive søppelposen min i konteineren for papir som en symbolsk protest på det jeg fra nå av betraktet som meningsløst forbruk, men jeg kom frem til at det bare ville gi søppelmannen et irriterende problem. Jeg var jo «den gode engel» her nede på jorden, og skulle jeg få til noen positive endringer så måtte det handles med velvilje og respekt. Jeg ble fylt av energi og løp inn etter klistremerker og et rødt sløyfebånd. Båndet brukte jeg til å knytte igjen sekken med og klistremerkene var gullstjerner som jeg klistret over hele den sorte søppel sekken før jeg la den pent opp i riktig konteiner. Da jeg skjønte at jeg ikke kom særlig videre på det praktiske planet der ute i boden, gikk jeg inn og forsøkte å få et overblikk over tidligere trinn i pro-

sessen fra nyttig vare og til søppel. Det var tusen ting å gripe fatt i: emballasje for eksempel. All frukten min lå i små likposer av plast. Jeg kom frem til at all plasten måtte sorteres ut for seg og satte i gang med dette. Jeg tok en vaskebøtte fra badet og laget organisk kompost i kjøkkenskapet. Planen var å grave kompostmassen ned i blomsterkassen på terrassen senere. Jeg satte meg ned og skrev brev til styret om ikke vi kunne sette av en av søppelbodene til «bytte-bod» hvor folk kunne sette inn det de ikke hadde bruk for lenger slik at det kunne komme andre til nytte. Det er mulig at jeg også foreslo at borettslaget kunne ha høner og kaniner i søppelbodene dersom vi klarte å motivere for gjenbruk og mindre avfall. Det ballet på seg med andre ord og etter en snau uke var jeg såpass manisk at jeg ble innlagt på psykiatrisk akuttavdeling. I journalen min står det ett eller annet om at jeg mente jeg var spesielt utpekt til å ta ansvar for hele jordas miljø og jeg ble tvangsmedisinert for å gi slipp på denne vrangforestillingen.

I stressede situasjoner kan mine bekymringer utløse en psykisk kjedereaksjon som fører til mental overbelastning i form av en mani hvor jeg både ser og hører unaturlige ting. Jeg tror grunnen til at jeg blir oppkavet og manisk skyldes at jeg tar ansvar og forsøker å løse abstrakte problemer som egentlig er for komplekse for meg fordi jeg mangler kunnskap om emnet. Jeg tror at dersom jeg unngår stress og tilegner meg ny lærdom vil jeg etter hvert ha større mulighet for å kunne mestre en mani eller enda bedre; kunne avverge den helt. Behandlerne på akuttavdelingen jeg ble innlagt på betraktet symptomene mine som vrangforestillinger og som en bekreftelse på at jeg allerede hadde en alvorlig og uhelbredelig sinnslidelse forårsaket av en biologisk feil i hjernen. Vi fikk en konflikt mellom to forskjellige virkelighetsoppfatninger. Legene ville gi meg medisiner som skulle «fikse» feilen, mens jeg ville ha hjelp til å analysere og tolke symptomene for å lære meg å mestre dem. Årsaken til at vi fikk en konflikt som endte med et tvangsvedtak skyldes trolig at psykiatrien ikke har tradisjon for å betrakte symptomene som en ressurs når det dreier seg om de alvorligste psykiske lidelsene.<sup>1,2</sup> «Pasienten er svært hektisk og rydder og romsterrer i alle rom», står det i journalen min. På en akuttavdeling fokuseres det som regel på å gi medisiner som demper symptomene og som sløver og passiviserer pasienten. Hvis pasienten ikke er enig i behandlingen, kan legene si at hun mangler sykdomsinnsikt og medisinene blir gitt med tvang og makt. Tenk om legene heller kunne definert meg som frisk? Eller rettere sagt litt for frisk. En naturlig tilnærming ville da kanskje være å forsøke å roe meg ned ved hjelp av samtale, et ullteppe og en kopp te, forsøke å motivere meg for å ta noe å sove på eller rett og slett prøve å veilede meg gjennom kildesorteringsmanien så skånsomt og omsorgsfullt som mulig. På psykiatriske sykehus blir det i dag gjort begge deler. Noen steder har de litt for stort fokus på medisiner, andre steder er de åpne for litt mer utradisjonelle metoder. Det er forskjellige holdninger, kulturer og definisjoner fra sted til sted. Noen dager tåler legene lite og andre dager tåler legene mye. Noen ganger er legene helt på tuppa

fordi enda en «psykiatrisk pasient» har begått et grufullt drap. Andre ganger kan det herske en rent munter og harmonisk stemning på avdelingen, særlig hvis noen har tatt initiativet til å steike vafler.

Som medlem av gruppa «psykiatrisk pasient» har jeg fått kjenne på kroppen hvilken enorm makt stigmatisering har. Pressen er flink til å være unyanserte når de skriver om pasienter innen psykisk helsevern. Alle blir skåret over en kam og omtalt som tikkende bomber og potensielle voldsutøvere. Det er vel et ørlite snev av realitet i det også. Til og med en fredselkende, nynnende, bollebakende husmor som meg kan bli voldsom på toppen av en mani. Særlig hvis jeg føler meg misforstått og urettferdig behandlet. Derfor er det helt avgjørende for meg at jeg kommer tidlig til behandling. Aller helst vil jeg at dørene til sykehuset skal åpne seg så snart jeg kjenner de aller første varselsignalene. Jeg mener det er viktig og riktig å konsentrere behandlingen om å forebygge og forsøke å avverge en mani mens jeg fortsatt er samarbeidsvillig. Da er det viktig å bli enige om hva vi skal samarbeide om. Psykiaterne mener at vi skal samarbeide om at jeg frivillig tar medisinerne som blir tilbudt meg i store doser, men jeg selv mener at vi må samarbeide om hvordan jeg skal komme meg gjennom en eventuell mani med så lite økning av medisindosene som overhodet mulig og med fullt fokus på andre terapeutiske metoder og samtale. Min mangeårige erfaring med bipolar lidelse har lært meg at det er mulig å komme seg helskinnet gjennom en mani hvis man får riktig veiledning med fokus på omsorg. Jeg kan bekrefte at samtale oftere virker som effektiv terapi i motsetning til neddoping og innesperring som heller kan provosere og gjøre meg så utrygg at manien eskalerer.<sup>3</sup> Hvis min subjektive opplevelse av behandlingen jeg får på akuttavdelingen er at behandlingen ikke hjelper, men tvert imot fører til at jeg føler at jeg får redusert min livskvalitet og psykiske helse, hva kan hensikten med behandlingen være da?<sup>4,5</sup>

Da jeg fikk diagnosen manisk-depressiv lidelse startet jakten på litteratur om sykdommen. Jeg var spesielt på utkikk etter forfattere som selv hadde denne lidelsen og som skrev om sine egne erfaringer. En av bøkene jeg fant var «Mitt urolige sinn», av Kay Redfield Jamieson, som selv er professor i psykiatri og manisk-depressiv. En av de store faglige utfordringene hun møter i sitt arbeid er spørsmålet om retten til å behandle. Etter å ha byttet jobb en gang gruet hun seg for å fortelle sjefen sin om sykdommen, men under samtalen strekker han hånden frem og legger den over hennes mens han sier: «Kjære Kay, jeg vet du har en manisk-depressiv sykdom. Hvis vi kvitter oss med alle manisk-depressive ved det medisinske fakultetet, ville vi ikke bare få et langt mindre fakultet, men det ville også bli langt kjedeligere.»<sup>6</sup> Det er et hav av forskjell mellom å bli betraktet som en kreativ ressurs og en «tikkende bombe». Det er også et hav av forskjell mellom å bli betraktet som å være gal og full av vrangforestillinger eller å være en svært sensitiv person med et eget «talent» for å finne på kreative løsningsforslag inne i hodet,

Søppelhistorien utviklet seg et skritt videre en gang jeg var på besøk hos søsteren min i Drammen. Jeg skulle kaste noe matavfall, og da jeg åpnet kjøkkenskapet oppdaget jeg at det stod to søppelbøtter der. En for organisk avfall og en for «annet». Jeg ble imponert. Ute på gårdsplassen var søppelet organisert på samme måte. I Drammen kommune hadde de satt kildesorteringen i system. Søsteren min viste meg hvordan hun kastet matrester i den ene bøtten, mens den andre var til annet avfall. Hun brettet melkekartonger, sorterte plast og avisapapir og leverte barnas gamle ski til loppemarked. Det pussige er at etter denne leksjonen hos min søster så har jeg ikke «sett» søppel mer. Det virker som om jeg har fått den lærdommen jeg trengte slik at «søppel-psykosen» ikke lenger har noe å fortelle meg. Siden jeg fikk kunnskap om en god måte å håndtere avfall på, blir ikke hjernen min lenger provosert når den registrerer søppel overalt. Problemet er løst og jeg kan fokusere på andre ting.

Alle mine psykiske problemer ble selvfølgelig ikke løst med den lærdommen jeg fikk om søppelhåndtering. Jeg kan fortsatt få tilløp til manier, men nå har jeg lært meg teknikker for å fange opp tidlige varselsignaler og forsøke å håndtere dem før de utvikler seg til alvorlige symptomer og manier. Som regel er det emosjonelt stress som trigger frem varselsignalene. Et tidlig varsel er mindre søvnbehov og økt energi, kribling eller uro. Dette fører i sin tur til ofte til grublerier om svært komplekse psykososiale problemstillinger. Nå har jeg lært meg at jeg ikke skal bli sittende å gruble, men at jeg må forsøke å bryte opp tankerekken med en aktiv handling. En veldig fin måte å bryte opp en håpløs tankerekke på er å kontakte andre mennesker og prate litt med disse om temaene jeg går og grubler på. Problemet med å kontakte andre mennesker i denne fasen er at de ganske fort vil oppdage at jeg er litt gira. Mine pårørende er særlig vare for stemningssvingningene mine. Så fort jeg blir litt ekstra hektisk eller ler litt for høyt har de alle antennene ute og vil gjerne få meg innlagt. For sikkerhets skyld. Kloge av skade som de jo er. I utgangspunktet er jeg enige med dem. En innleggelse, for å få hjelp til å avverge en mani, hadde vært det beste. Men problemet med en innleggelse er at jeg ikke har noen garanti for at psykiaterne vil samarbeide på mine premisser. Psykiaterne har lange tradisjoner for å tenke at min sinnslidelse er kronisk og uhelbredelig og at den skyldes en medfødt feil i hjernens biologi. Mine forsøk på å forklare hva det er jeg går rundt og grubler på kan i denne fasen lett oppfattes som om det ikke har noen rot i virkeligheten. Særlig hvis det er symptomer behandlerne er innstilt på å lete etter. Behandlere leter som regel etter en bekreftelse på at pasienten er syk ellers ville det jo være logisk å skrive pasienten ut igjen med en gang. Hvis legen finner mange nok varselsignaler og symptomer vil han kunne definere meg som manisk eller psykotisk siden det allerede står i journalen min at jeg lider av denne diagnosen. Dersom legen allerede har definert meg som manisk har jeg minimale muligheter til å overprøve han selv om jeg selv er fast bestemt på at jeg bare er litt hyper. Hvis legen mener jeg er

manisk eller psykotisk, øker han medisindosen, selv om jeg gråter og bønnfaller han om å la det være. Dersom jeg forsøker å fortelle om mine teorier om psykose og om de tiltakene jeg mener kan være en bedre hjelp for meg så kan legen si at jeg mangler sykdomsinnsikt og at mine utsikter til bedring vil bli svekket. Selv om jeg har kommet frivillig til behandling så kan legen når som helst fatte et vedtak om tvang. Jeg kan klage til kontrollkommisjonen, til fylkesmannen til statsråden og til kongen, men ingen ting kommer til å hjelpe. Makten ligger hos psykiaterne og de har en posisjon som gjør at de kan bruke tvang for å gjennomføre den behandlingen de selv har definert.

En ny retning innen forskningen på psykiatri feltet setter søkelys på miljøpåvirkninger i form av stressbelastninger som mulig årsak til utbrudd av psykiske lidelser.<sup>7</sup> Den nye forskningen gir en forståelse av psykiske reaksjoner som harmonerer mer med mine erfaringer og virkelighetsoppfatning. I den videre forskning og utvikling på psykiatrifeltet mener jeg det er viktig at pasientens subjektive opplevelser og erfaringer trekkes inn i alle ledd og vektlegges. Mitt håp er at erfaringskompetanse en dag blir likestilt med skolemedisinen og at vi får en debatt mellom likeverdige om hvem det er som skal ha fullmakt til å definere virkeligheten.

#### Noter

1 Axelsen, E. . (2009). Symptomet som ressurs. Oslo: Pax Forlag. ss. 15-19.

2 I psykisk helsevern er det slik at de alvorligste tilfellene (schizofreni og bipolar lidelse) skilles ut som en egen gruppe. Etter at pasienten først har havnet i denne gruppen, blir symptomene registrert som «tegn på galskap» og ikke som en bønn om veiledning og hjelp. Det er de samme spesialistene som har behandlingsansvaret som også har definert sykdomskategoriene for de to gruppene. Faren med denne praksisen er at vi kan få en selvoppyllende profeti, hvor det blir umulig for pasienten å bli helbredet fra sin diagnose.

3 I sammendraget i sin doktoravhandling skriver Toril Borch Terkelsen at i tradisjonell psykiatri blir «sykdomsinnsikt» forstått som at pasienten forstår og er villig til å ta antipsykotiske medisiner. Terkelsen, Toril Borch. «Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling». Avhandling for PhD. Universitetet i Bergen. 2010,

Borch Terkelsen at i tradisjonell psykiatri blir «sykdomsinnsikt» forstått som at pasienten forstår og er villig til å ta antipsykotiske medisiner. Terkelsen, Toril Borch. «Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling». Avhandling for PhD. Universitetet i Bergen. 2010,

4 Den offisielle målsetningen på psykiatrisk behandling er å hjelpe pasienten til et selvstendig liv, men behandlingsmetodene gir også mulighet for styring og kontroll av pasientenes tenke- og ytrings evne og autonomi.

5 Norvoll, R. (2007). Det lukkede rom. Avhandling for dr.

polit. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo.

6 Jamieson, I<. R. (1996). Mitt urolige sinn. Oslo: Hjem  
mets bokforlag, s. 204

7 Read, B, F. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model] of psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 4.

# Er psykiske reaksjoner sykdom eller ressurs?



## Innledning

Da jeg fikk diagnosen bipolar lidelse for 15 år siden, forsøkte psykiateren min å forklare meg at jeg hadde en nedarvet biologisk sårbarhet i hjernen. Jeg trodde henne ikke. Det jeg hadde erfart med mine kraftige psykiske reaksjoner opplevde jeg på ingen måte som sykt eller feil, jeg opplevde reaksjonene mine som mislykkede mestringsforsøk i forhold til psykososiale problemstillinger som hadde blitt for vanskelige.

Med økt krav om brukermedvirkning og økt bevissthet blant brukerne, viser det seg at stadig flere med egenerfaring innen psykiatri stiller et spørsmål ved om den etablerte sykdomsdefinisjonen kan være riktig. I de siste par årene kan det se ut som om vi har fått to markante fronter som står steilt mot hverandre med hver sin definisjon og sykdomsteori. På den ene siden står psykiaterne, med sin skolemedisinske definisjon av psykiske lidelser forstått som en sykdom i sinnet. På den andre siden av en dyp kløft av uforsonlig mistillit står en voksende gruppe med brukeraktivister med opplevelser fra psykiske belastninger forstått som reaksjonsevne.

## Medisinsk definisjon på bipolar lidelse

I WHO's internasjonale klassifiseringssystem ICD-10 er definisjonen på bipolar lidelse denne:

*«F30 Manisk episode: denne kategorien skal nyttast når personen har ein manisk eller hypoman episode, men aldri tidlegare har hatt mani, hypomani, depresjon*



---

*Artikkelen «Er psykiske reaksjoner sykdom eller ressurs?» ble første gang utgitt i Søkelyset Nr. 31 2011 Utgiver: Landsforeningen We shall overcome.*

*eller blanda episode. Dersom personen seinare får en slik episode, skal diagnosen verte endra til bipolar lidning».*

*«F31.0-7 Bipolar lidning type 1: personen har hatt meir enn ein episode av depresjon, mani, hypomani eller blanda episode, og ein av desse har vore mani.»*

I den engelske originalversjonen er sykdomskategoriene omtalt som bipolar disorder, det vil si biologisk feil eller mangel. I den norske oversettelsen har det engelske ordet blitt forstått som en biologisk sårbarhet og pasienten betraktes som syk dersom han eller hun får psykiske reaksjoner som ligger utenfor normal-grensesnittet.

Som vi ser av de to kategoriene over, blir bipolaritet betraktet som en kronisk lidelse dersom pasienten har hatt mer enn en episode. I behandlingen forsøker ikke legene å få pasienter med bipolar 1 diagnose over til Bipolar 2, som er en «lettere» variant av lidelsen. Det interessante ved sykdomsteorien er at den baserer seg på antakelsen ut fra observasjon av pasienter som allerede har fått lidelsen.

Det har hittil ikke vært noen tradisjon for å involvere pasienter med erfaringskompetanse i prosessene rundt det å utarbeide sykdomsdefinisjonen. Den gjeldende sykdomsdefinisjon er grunnleggende vitenskap for alle dem som behandler denne pasientgruppa.

### **Erfaringsbasert sykdomsforståelse**

La oss nå anta at den arbeidsgruppen som i sin tid laget definisjonen på bipolar lidelse var i god tro og gjorde så godt de kunne, i beste mening, men at de tok feil. Bipolar lidelse er ikke en sykdom forårsaket av en arvelig biologisk svikt, men en belastningsskade i hjernen som skyldes overfølsomhet og et velutviklet talent for kreativ tenking.

La oss foreta følgende tankeeksperiment: Noen av aktivistene på feil side av uforsonlighetens dype kløft påstår at mani og psykose er mestringsforsøk fra en kritisk overbelastet hjerne. Aktivistene påstår at psykosen er en informasjonskanal fra det underbevisste som pøser på med kreative løsningsforslag. Både gode og dårlige forslag, huler til bulter.

Aktivistene mener at det eksisterende behandlingstilbudet er unyansert og at behandlingen fort kan bli etisk kritikkverdig dersom man betrakter psykiske overreaksjoner som en sykdom. Aktivistene har mange slagord, alternative tanker og ideer. De er aggressive og sinte og det er svært vanskelig å forstå dem, men la oss anta at teorien deres er riktig: «Alvorlige psykiske lidelser må betraktes som «beinbrudd i sjelen».

### **Hvordan behandles en bipolar lidelse?**

Siden legene har definert bipolar lidelse type 1 som en kronisk og livslang sykdom som kjennetegnes av stadig tilbakevendende maniske og psykotiske episoder, har

de besluttet at behandlingen skal dreie seg om å forsøke å dempe eller avverge nye episoder eller ved å «slå psykosene tilbake» med medisiner dersom uhellet allerede har vært ute. Denne behandlingsstrategien har «god effekt» fordi medisiner fører til at følelsene blir avflatet og med et avstumpet følelsesliv vil pasientene ikke så lett få psykiske reaksjoner. Her er det viktig å legge merke til at det er legene som dokumenterer «gode» effekter av behandlingen. Pasientene blir ikke spurt.

Et «beinbrudd i sjelen» bør spejles med lærings- og mestringsstrategier. Pasienten kan humpe rundt på pille-krykkene i en periode, men så bør medisinerne reduseres slik at pasienten kan trene opp hjernemusklene igjen. I dag behandler legene symptomene. De spejler ikke, og pasienten blir syk. En tid etter at jeg selv hadde fått diagnosen bipolar lidelse type 1, spurte en medpasient meg om min behandler var psykolog eller om han var psykiater. «Det vet jeg ikke», svarte jeg, for jeg hadde ikke tenkt over at det var noen forskjell. «Hvis du har psykiater, er alt håp ute», kunne min medpasient fortelle.

Da jeg undersøkte saken viste det seg at jeg hadde fått en psykiater. En psykiater er en lege med tilleggsutdanning i psykiatri som kan skrive ut resept på legemidler. Dersom vi fortsatt følger tankeeksperimentet mitt fra forrige avsnitt så er altså en psykiater en lege, med en etterutdanning basert på feil teori, som kan skrive ut piller. Dersom en pasient har fått diagnosen alvorlig psykisk lidelse, enten i form av bipolar lidelse eller schizofreni, blir ansvaret for pasientens behandling overført til psykiatere.

### Definisjonskontroll

Psykiaterne har samlet seg på den ene siden av uforsonlighetens dype kløft og der har de rådslag om hvordan de kan beholde sin makt og posisjon. «Det er viktig at vi organiserer oss i en hierarkisk maktstruktur hvor psykiaterne får alle overlegeposisjonene», sier en og de andre nikker. «Det er viktig at vi dominerer forskning, utvikling og opplæring», sier en annen og alle nikker.

«Dernest er det viktig å knytte til seg lojale medarbeidere som kan dele ut pillene våre», sier en tredje og så blir det bestemt at alle de ufaglærte, empatiske og intuitive miljøarbeiderne skal byttes ut med pilletrillende blåøyde sykepleiere. På den andre siden av uforsonlighetens dype kløft vokser flokken med sinte pasienter og ropene, skrikene og lidelsene blir stadig større.

### Definisjonskonflikt

Jeg er bipolar. Jeg mener at min bipolaritet er et uttrykk for en tanketeknikk, kjennetegnet av dype og nyanserte følelser, som har kommet i ubalanse. Fordi jeg har denne overfølsomheten eller sensitiviteten, har jeg altså en forhøyet risiko for å reagere med psykisk ubalanse dersom jeg blir utsatt for større påkjenninger enn det jeg er trent til å mestre. Jeg mener at det i min helbredelsesprosess må fokuseres på

å forsøke å fjerne eventuelle belastninger samtidig som jeg må få mental styrketrening slik at jeg kan bli mer motstandskraftig i forhold til psykososiale påkjenninger. Jeg mener at hovedvekten i behandlingen av bipolar lidelse må ligge på læring og mestring, og at medisinene bare er krykker som skal hjelpe til på veien. Jeg står på feil side av uforsonlighetens dype kløft og lurte på hvordan jeg skal komme meg over til den andre siden, til dem som sitter på definisjonsmakten.

«Hva skal du dit etter?», er det en medpasient som spør.

«Jeg må jo fortelle dem at de tar feil», svarer jeg.

Psykiaterne klumper seg sammen og ser redde ut.

«Har du fasiten da?», roper en av dem over avgrunnen.

«Jeg har et løsningsforslag. Dersom det skal utarbeides en fasit må dere inkludere oss», roper jeg tilbake.

Psykiaterne snur ryggen til og klumper seg enda tettere sammen. Dersom jeg skal komme meg over dit må jeg først utdanne meg til lege og siden ta tilleggsutdanning i psykiatri. Jeg tviler på om jeg har tid til det. Kanskje jeg heller skal forsøke å legge en planke over avgrunnen og forsøke å balansere over?

«Jeg tror løsningen ligger i humanistiske fag, i religion, samfunnsvitenskap og filosofi. Vi må lære oss å samarbeide!» roper jeg til psykiateren.

Psykologene har ikke fasiten de heller. De gav meg opp da problemstillingene ble for komplekse og lempet ansvaret over til psykiaterne. Kulturen vår har blitt så belastende og så kompleks at psykologene ikke finner ut av den de heller.

«Jeg tror på et tverrfaglig samarbeid med fokus på erfaringskompetanse», sier jeg forklarende til aktivistene på min side av kløften.

«Det nytter ikke. De har jo allerede definert oss som syke», svarer de andre.

«Vi er ikke syke. Vi er varslere i en kultur som stadig oppleves som mer belastende for menneskene. Det kan ikke være riktig at hjernene våre skal modifiseres med kjemiske virkemidler for å få oss til å tilpasse oss en stadig sykere kultur. Det er kulturen som må fange opp varselsignalene våre og endre seg slik at den inkluderer og tar hensyn til oss som har arvet evnen til å reagere», sier jeg.

## **Avmakt**

Jeg synker ned på en stein og prøver å tenke klart; Ved å definere oss som syke har psykiaterne påført oss ekstra belastninger. Vi er en stigmatisert gruppe som utestenges fra mange viktige arenaer. De fleste av oss er utestengt fra arbeidslivet, og vi har dårlig økonomi. Det sosiale nettverket har begynt å rakne. For en ingeniør spiller det ingen rolle om belastningene kommer av biler eller båter, det er summen av belastningene som eventuelt vil få en konstruksjon til å bryte. Jeg tror det er sånn i psyken også. Noen belastninger kommer fra en vanskelig oppvekst, noen belastninger kommer fra mobbing på arbeidsplassen eller manglende forutsigbarhet



i hverdagen og mange ekstra belastninger kommer som en følge av at vi har blitt psykiatriske pasienter.

Det er belastninger og stress i forhold til sosiale relasjoner som får oss til å reagere psykisk. Dersom jeg får en manisk reaksjon en gang og alle belastningene vedvarer, er det logisk at jeg vil kunne få nye manier igjen og igjen. Jeg har forsøkt å spjelke beinbruddet i sjelen selv, men legene definerer meg som kronisk bipolar og forlanger at jeg følger et defensivt behandlingsopplegg som går ut på at jeg tar medisiner resten av livet. Hvis jeg slutter med pillene og psykiateren min oppdager det ved blodprøve, har hun sagt at hun må tvangsinnlegge meg. Medisinene hjelper en stund ved at de tar bort toppene og bunnene i følelsesregisteret mitt, men på lengre sikt omgjøres de til nye belastninger.

Jeg er bipolar. Tankemønstrene mine er basert på et belønningssystem av nyanserte og dype følelser. Når jeg mister kontakten med følelsene mine oppstår en ny psykologisk belastning. Uten det følelsesmessige belønningssystemet mister jeg motivasjon til aktiv handling, og da blir jeg deprimert og ser syk ut. Psykiaterne har låst meg fast i en livslang belastningssituasjon gjennom i utgangspunktet å definere meg som syk. De har tatt fra meg håpet ved å tviholde på sin definisjon. De bruker tvang og utestengelse som maktmiddel for å forhindre meg i å utforske en ny forståelse av psykiske reaksjoner. Jeg er rystet. Jeg ser ingen løsning på dette problemet så lenge psykiaterne nekter å samarbeide og inkludere oss med egenerfaring.

# Bipolar og psykotisk



Jeg har vært pasient i psykisk helsevern i 15 år. Før jeg møtte veggen, var jeg sunn og frisk på alle måter uten en eneste fraværsdag i mitt tidligere yrke som byggingingeniør. Min første innleggelse i psykisk helsevern kom som følge av en akutt psykose som slo ut etter en periode med store emosjonelle belastninger. Jeg ble innlagt på tvangsparagraf. Den gangen var jeg så stresset og forvirret at hadde noen spurt meg om jeg ville legges inn frivillig, så hadde jeg ikke kunnet forholde meg til spørsmålet. Etter å ha levd med en bipolar diagnose i noen år preget av gjentagende innleggelser på skjermet avdeling, ble det etter hvert et stort poeng for meg å oppnå frivillige innleggelser så tidlig som mulig. Min bipolaritet arter seg sånn at mesteparten av tiden er jeg helt normal, men om lag en gang i året kan det komme en reaksjon i form av en mani. Det er akkurat som om «noe» bygger seg opp og vil blåse ut. Jeg har aldri vært farlig for noen, men jeg innser at jeg nok kan oppleves som ganske plagsom.

## Psykotisk

I en av mine første psykoser kledde jeg meg naken og løp ut i hagen for å plukke epler. Fornuften hadde koplet seg ut, og jeg trodde jeg var reinkarnasjonen av Eva som hadde fått i oppdrag fra noen i det hinsidige om å rekonstruere syndefallsmyten. På den ene siden var jeg litt redd for at naboene skulle se meg, så en liten rest av fornuft hadde jeg bevart, men det var akkurat som om en overnaturlig kraft styrte min vilje, og jeg bare *måtte* løpe ut i hagen og smake på de forbudte eplene. Hagen vår har høye hekker og naboene var sikkert ikke hjemme, men dersom noen hadde sett meg løpe naken rundt, hadde det jo blitt skikkelig pinlig, ikke bare for meg,



---

*Artikkelen «Bipolar og psykotisk» ble første gang utgitt i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 01/2012. Utgiver: Universitetsforlaget.*

men for hele familien. På veien inn med eplene snublet jeg over sandalene mine, og da ble jeg helt fortvilet fordi dette bare kunne bety at jeg også måtte påta meg rollen som den gjenoppstående Jesus. Forvirret, fortvilet og oppløst fant min mann meg da han kom hjem, og jeg ble innlagt på akuttavdeling samme kveld.

### **Skjerming**

På akuttavdelingen er vinduer og dører låst, og jeg får raskt begrenset min tilgang på stimuli og inspirasjon. Den behandlingen jeg får kalles for «skjerming», og for meg gir det alltid god effekt å begrense tilgangen på tilfeldig stimuli som kan trigge min kreativitet sånn at jeg fortsetter oppover i manien. Når jeg er på vei opp i mani, skal jeg helst ikke ha full tilgang på telefon og Internett, aviser og nyheter bør begrenses, og ofte stripper de rommet mitt slik at jeg bare sitter igjen med en kladdebok og en kulepenn. For å få torpedotankene under kontroll hender det ofte at jeg synger eller leser regler, prøver å memorere gangetabellen eller skriver litt i kladdeboken min. Da er det viktig at personalet titter innom rommet mitt av og til og kommer med små oppmuntrende kommentarer. Etter bare noen dager på skjermet avsnitt er jeg som regel «på plass» i virkeligheten igjen og kan skrives ut. For meg kan det å bli manisk og psykotisk sammenliknes med å drømme i våken tilstand. Jo dypere jeg kommer inn i drømmen eller psykosen, jo vanskeligere er det å få vekket meg tilbake til virkeligheten igjen. Nettopp derfor er det et stort poeng for meg å komme tidlig i behandling slik at jeg blir profesjonelt ivaretatt og får hjelp til å forhindre at manien utvikler seg. Erfaringene mine har vist at det er mulig å stoppe eller avverge en mani eller i det minste begrense skadeomfanget av mine handlinger når jeg er på vei til å bli manisk.

### **Åpen retur**

Da jeg ble psykotisk for første gang, hadde jeg tre små barn under skolealder. Kanskje mest for barnas skyld fikk jeg en ordning som ble kalt «åpen retur». I praksis virket det slik at straks jeg kjente igjen symptomene på at en ny mani kanskje kunne være under oppseiling, kunne jeg gjøre en avtale med sykehuset om en frivillig innleggelse. Dette var en fin ordning for familien. Siden maniene mine utviklet seg svært fort, ble jeg innlagt med det samme, og barna mine slapp å oppleve en mamma som var forvirret og syk. Jeg har en hurtigsvingende bipolar lidelse, og ulempen med at jeg fort kan bli manisk, oppveies av den fordel den er at manien og psykosen like raskt lar seg behandle tilbake til det normale igjen. På sykehuset blir jeg som regel behandlet med omsorg og respekt av et fantastisk miljøpersonale som gjør alt som står i deres makt for å få meg stabil igjen. De utløsende årsakene til mine psykiske reaksjoner er like komplekse og sammensatte som det jeg selv er. En tanke eller følelse som bare hadde ført til en svak uro hos andre, kan sette i gang en karusell av tanker inne i mitt hode. På akuttavdelingen har jeg opplevd skjermings-

tiltak som har vært svært effektive. Det er takket være min første kontakt som tok seg tid til å forklare på en omsorgsfull måte og som fikk meg til å forstå hensikten, at jeg selv kan bidra aktivt i de tiltakene som får meg frisk igjen. Men jeg har også opplevd at skjerming har blitt brukt som kontroll i forsøk på å få meg til å godta et behandlingsopplegg jeg ikke har trodd på, og da virket det stikk mot sin hensikt. I korte trekk kan jeg konkludere med at den innsatsen empatiske og intuitive miljøarbeidere utfører, alltid virker positivt på min tilfriskning, men blir jeg møtt med tvang går jeg som regel helt i vranglås og manien eskalerer.

### Varselsignaler

Erfaringene mine som svingdørspasient har gitt meg et økt fokus på å gjenkjenne og registrere tidlige varselsignaler. Jeg har lært at noen få våkenetter med økt energi ganske sikkert betyr at en ny mani er under oppseiling. Jeg har faste avtaler annenhver uke med psykiatrisk sykepleier i hjemkommunen min, og sammen diskuterer vi hva jeg skal gjøre når slike symptomer begynner å melde seg.

Det skulle litt læring til, for mitt første innfall var å trekke meg unna folk, og da er det jo ingen som ser meg og kan hjelpe meg. Det første jeg måtte lære, var å overvinne telefonskrekken og med en gang melde fra til behandler på poliklinikk, psykiatrisk sykepleier eller mobilt psykiatrisk team om at «nå kommer det ei kule». Symptomene kommer ofte om natten, og da er alle kontorer stengt. Så hvis jeg våkner klokken fire på natten, full av energi og med stemmer i hodet, har jeg måttet lære meg til å sende en SMS til min psykiatriske sykepleier hvor det står «Jeg er litt gira». Etterpå må jeg ta sovemedisin, gå tilbake til sengen igjen og helst ikke skru på radio og tv. Neste morgen vet jeg at min psykiatriske sykepleier vil ringe til meg så fort kontoret åpner. Mitt problem har dermed begrenset seg til å komme meg gjennom natten uten at manien eskalerer. Noen ganger går det bra, andre ganger klarer jeg ikke å stoppe manien på egen hånd, og da må jeg legges inn.

### Effektiv behandling.

Med en rask innleggelse, hvor jeg kommer meg litt unna alle emosjonelle bindinger og nære relasjoner, viser det seg at jeg ganske fort blir stabil igjen. De låste dørene, skjermingen og alle begrensingene hjelper, men det er også en annen mystisk ting som hjelper, og det er samspillet med de andre pasientene.

På mitt psykiatriske sykehus er akuttavdelingene delt inn geografisk, og pasientene som havner på den samme avdelingen, har en vilkårlig miks av diagnoser. Det er ikke sånn at alle de med bipolar diagnose ligger på én avdeling, og de med schizofrenidiagnose på en annen. For at jeg skal komme meg helskinnet gjennom en mani, er det viktig for meg å få anledning til å «spille ut manien» litt. Det kan jeg gjøre ved hjelp av personalet og de andre pasientene. Vi får jo lov til å prate sammen.

Ute på gata kan jeg ikke gå bort til et fremmed menneske og si at jeg er Eva, alle menneskers stammor, uten at en smule utrygghet blir den naturlige reaksjonen. På akuttavdelingen, derimot, kan jeg sette meg ved fruktfatet og «lure» en intetanende mannlig medpasient til å ta en bit av et eple. Inne i mitt eget hode surrer kanskje den ene tankerekken etter den andre rundt temaet om syndefallet. En gang fant jeg for eksempel ut at jeg bare kunne spise halve eplet og at «Adam» måtte få resten slik at kunnskapen ble jevnt og rettferdig fordelt mellom mann og kvinne. Det er i og for seg ikke så farlig at teorier og tanker surrer litt rundt inne i hodet når en er på en skjermet avdeling. Det som er ubehagelig er å miste kontrollen helt over sine egne tanker og helt på toppen av manien ligger kanskje «den store angsten» og lurar.

For meg gjelder det selvfølgelig å holde tankene såpass i sjakk at jeg unngår at manien topper seg, med den vonde angsten det medfører. Men dersom angsten allikevel kommer, er det en klar fordel å være godt ivaretatt på en psykiatrisk avdeling. En svært frustrerende ting de gjorde på sykehuset før, var at de ville tvinge meg til å sove hele natten. Nattevaktene var skikkelig aggressive på at jeg skulle ta sterke og sløvende sovemedisiner. Så plasserte de seg i stoler foran dørene til rommene våre for å passe på at pasientene holdt seg i ro hele natten og ikke sto opp for å prate. Det har de sluttet med nå, og det er bra, for ofte ble jeg bare enda mer opprørt og manisk av å bli sløvet ned av svært sterke sovemedisiner.

Den gangen jeg trodde jeg var Eva, «sloss» jeg med slangen. Jeg hadde behov for å bekjempe mine egne indre demoner, og jeg mente jeg kunne trenge min tanks fulle kraft for å gjøre det. Nattevakten truet meg til å spise sovemedisiner, men jeg følte at de bare «frøs fast» den problemstillingen jeg balet med, og jeg kom meg ikke videre. Nå kan jeg faktisk få lov til å stå opp midt på natten og prate litt før nattevaktene pent ber meg om å gå og legge meg igjen. Den lille samtalen virker alltid beroligende.

### **Piller snakker ikke**

For meg tok det mange år å akseptere at jeg hadde en bipolar diagnose. Det har tatt like mange år å akseptere at jeg er avhengig av den skjermingen psykisk helsevern kan tilby, for å unngå at jeg dummer meg ut i en eventuell mani eller psykose. Men noen ganger lurar jeg på om medisinene har funnet sin optimale plass i behandlingsopplegget. En gang skrev en behandler i sitt svar på min klage at den medisinen jeg måtte ta, har dokumentert god terapeutisk effekt. Det fikk jeg ikke til å stemme. En pille kan vel ikke erstatte terapeuten? Piller snakker ikke. Det legen kanskje mente var at han kunne observere at pasientene ble roligere, og dermed kunne han selv konkludere med at behandlingen var god. Ingen hadde spurt meg om hva jeg følte eller mente.

### **Evas epler**

Den gangen personalet fant halvspiste epler rundt omkring på avdelingen, forsøkte de å grensesette meg ved vennlig å be meg om å spise hele eplet og ikke legge eple-skrotter igjen overalt. Jeg tror aldri de helt oppfattet at jeg delte med Adam. Noen av medpasientene mine oppfattet det kanskje, for inne på røykerommet kunne vi prate om «alt» uten at personalet fulgte med. Mange teorier og ville tankerekker har blitt testet ut på røykerommet. De fleste faller døde til jorden, men av og til lyser det opp et skikkelig gullkorn. Det er utrolig hva man kan finne ut i samtale med andre mennesker med den samme legningen. Veldig ofte har medpasienter lest opp et dikt for meg eller sunget en sang som får huden til å nuppe seg der inne på røykerommet. I døra til røykerommet er det et lite vindu. Personalet kikker ofte inn og passer på. Hvis det blir for mye skråll på avdelingen, eller noen begynner å kle av seg, blir pasienten vennlig, men bestemt geleidet tilbake til rommet sitt.

### Pillefri behandling

Min avtale om «åpen retur» fungerte fint i mange år, men en dag bestemte jeg meg for å prøve å bli medisinfri. Jeg mente jeg hadde klart å redusere noe av stresset, og jeg hadde jobbet bevisst med å herde følsomheten min. Men da jeg sluttet med medisiner, fikk jeg likevel en psykisk reaksjon. Jeg brukte de teknikkene jeg hadde lært, og ba om frivillig innleggelse med en gang det begynte å gå over styr. Jeg ble både manisk og psykotisk, men jeg kom meg til sykehuset på egen hånd og fikk en seng på den avdelingen jeg kjente så godt og hvor personalet kjente meg. Vi gjorde som vi pleide å gjøre, jeg virret rundt, snakket med alle og var litt utflytende. Personalet satte grenser, passet på meg og behandlet meg med respekt. Den eneste forskjellen var at nå nektet jeg å ta medisiner. I løpet av tre dager klarte jeg å ri manien av uten hjelp av en eneste pille.

### Uenig med behandler

I all behandling av alvorlige psykiske lidelser er bruk av medisiner sentral i behandlingsteorien. I min journal står det at jeg har en kjent bipolar lidelse. Denne diagnosen brukes som et «kodeord» når fagfolk kommuniserer. I kjølvannet av den første psykosen var jeg manisk flere ganger etter hverandre på kort tid. Da oppfylte jeg beskrivelsen for bipolar lidelse type 1, og en psykiater ga meg denne diagnosen. Det at jeg har en «kjent» bipolar lidelse, er trolig bare noe psykiaterne har funnet på for å styrke sin medisinfokuserte behandlingsteori. Forskere har ennå ikke funnet ut hva bipolar lidelse egentlig er. Den som kjenner min bipolare lidelse best etter å ha levd med den og forsøkt å mestre den i mange år, er kanskje jeg selv? Jeg befant meg altså på akuttavdelingen, men jeg hadde ridd manien av og jeg nektet å ta medisiner. Jeg ville skrives ut. Jeg mente jeg var «frisk», og jeg ville hjem. Erfaring hadde nettopp vist meg at det var mulig å komme seg helskinnet gjennom en mani uten piller. Erfaringene mine gjennom ti år med prøving og feiling hadde gitt meg

en egenopplevd sykdomsinnsikt og en behandlingsteori som ikke lenger inneholdt medikamentell behandling. Jeg nektet å svelge pillene jeg ble tilbudt, og opplevde for første gang hva det virkelig vil si å bli utsatt for tvang.

## **Tvang**

Tidligere hadde jeg noen ganger vært innlagt på tvangsparagraf og noen ganger frivillig, men jeg hadde ikke tenkt over at det var noen forskjell siden vi alltid hadde samarbeidet og personalet alltid hadde klart å overbevise meg om at medisiner var bra for meg. Jeg hadde gjort flere forsøk på å slutte med medisiner tidligere også, men det endte alltid med at jeg ble litt manisk, og så sa de at jeg måtte begynne å ta medisinene igjen.

Men denne gangen ble alt annerledes. Jeg var urokkelig bestemt på at all videre behandling skulle foregå pillefritt, og nå hadde jeg bevis for at det gikk an å komme seg helskinnet gjennom en mani også uten medisiner. Jeg hadde sykdomsinnsikt, og jeg hadde en strategi som gjorde pillene, med alle sine bivirkninger, overflødige. Avdelingens psykiater var ikke enig. Til min store overraskelse oppdaget jeg at han hadde fullmakt til å overprøve meg mot min vilje. Han fattet et tvangsvedtak som førte til at min frivillige innleggelse ble omgjort til tvang, og så ble jeg holdt fast i sengen mens de satte sprøyta med Cisordinol i baken på meg. Sprøyta ble satt av det samme personalet som jeg kort tid tidligere hadde hatt tillit til og stolt på, og som gjennom en årrekke hadde klart å finne frem til virksomme virkemidler sammen med meg, slik at jeg til slutt hadde lært meg hvordan jeg kunne mestre min lidelse uten pillene. Da de satte sprøyta, lå jeg stille i senga og gråt.

## **Uangripelig behandlingsteori**

Selvfølgelig sendte jeg inn en klage, men oppdaget bare med like stort sjokk og vantro at den fullmakten yrkesgruppa psykiatere har fått, er uangripelig. Min videre skjebne lå fullt og helt i denne yrkesgruppens hender, og de benyttet koden «kjent» bipolar lidelse når de kommuniserte med omverdenen om min klage på behandlingen. Kontrollkommisjonen og fylkeslegen stolte i blind tillit på at psykiaterne hadde rett, og jeg ble tvangsmedisinert over lang tid. Konsekvensen ble en to år lang massiv depresjon. I de to årene gjorde jeg ikke stort annet enn å ligge i sengen min og sove. Jeg la på meg 30 kilo og ble disponibel for sukkersyke og antakelig en rekke andre livsstilssykdommer som følge av inaktivitet og fedme.

## **Vendepunktet**

Etter to år under dyna ble jeg overtalt til å påta meg et styreverv som kasserer i lokallaget til Mental Helse. Hele det første året brukte jeg på å forsøke å forstå et enkelt regnskap med kvitteringer på småbeløp som bare skulle summeres. Regneferdighetene mine fra tiden som ingeniør var borte. Tidligere hadde jeg kunnet

beregne søyler og dekker i stål og betong med ligninger og brøk. Nå plundret jeg med kassalappene fra Kiwi. Men jeg holdt ut og ga ikke opp. De andre medlemmene var utrolig søte og inkluderende. De syntes jeg var flink, og det sa de stadig vekk til meg også.

Tvangsvedtaket gikk ut på dato. Jeg skiftet behandler og sammen ble vi enige om å trappe ned på medisinerne, men nå var jeg livredd for å bli innlagt igjen. Jeg knasket piller og oppsøkte ikke risikoaktiviteter. Summen av dette førte til at jeg i løpet av de neste tre årene ikke hadde noen innleggelser i psykisk helsevern. Behandlerne og eventuelle forskere som registrerer dette ut fra min journal, tenker vel at den behandlingen jeg fikk må ha vært svært effektiv siden jeg holdt meg utenfor sykehuset i en så lang sammenhengende periode. Men jeg vet at aldri har tanken på døden vært så nær som da. I den svarte, massive depresjonen jeg fikk som følge av tvangsmedisineringen, konsentrerte all min vilje seg kun om én tanke, nemlig det at jeg en dag skulle bli frisk nok til å fortelle min historie.

### Talent, ikke sykdom

De fleste tror at bipolar lidelse skyldes en arvelig sårbarhet som fører til at en sykdom utvikler seg, nesten som en kreftsvulst. Jeg har levd med en bipolar diagnose i 15 år, og jeg føler ikke at jeg har noen sykdom, men mer en kraftig reaksjonsevne. Jeg tror jeg har en bipolar *legning* som er beskrivende for hvordan det er typisk for meg å tenke, føle og reagere. I en periode mens barna var små, var jeg ekstra sårbar, og da ble jeg utsatt for så store traumer og stress at hjernen min ble overbelastet, og jeg reagerte med å bli psykotisk. Det var en reaktiv psykose, og jeg ble ganske fort stabil igjen, men ingen fokuserte på å fjerne stresset. Jeg fikk bare piller, og etter kort tid ble jeg skrevet ut fra sykehuset og sendt hjem til de samme belastningene som før. Jeg ble manisk igjen og da var det gjort, jeg fikk diagnosen. Min bipolare *lidelse* virker på mange måter som en selvoppfylgende profeti.

Mine erfaringer har overbevist meg om at mani og psykose er reaksjoner fra en overbelastet hjerne med et stort *talent* for å tenke abstrakt og kreativt. Dette *talentet* har jeg nok arvet, men noen sykdom opplever jeg ikke at det er. Tvert imot er jeg glad for mange av de erfaringene og den innsikten jeg har tilegnet meg mens jeg har vært manisk eller psykotisk. Jeg tror det er helt avgjørende at behandlere ikke sykeliggjør pasientene sine slik at de resignerer og tror at de ikke selv kan være med på å påvirke sin situasjon. Jeg mener å ha oppdaget at effektiv og god behandling av en bipolar legning må inneholde praktiske tiltak som kan være med på å fjerne belastende forhold. Sammen med min psykiatriske sykepleier i kommunen har jeg organisert en ansvarsgruppe som møtes jevnlig for å diskutere tiltak hvor jeg kan unngå store psykiske belastninger i min hverdag eller drøfte hvordan jeg best kan takle dem når de eventuelt kommer. Det er et poeng å passe på at ikke alt kommer på en gang. Av og til må jeg være streng med meg selv og avlyse spennende avtaler

for å rydde plass i almanakken til å hente meg inn igjen. Selv om jeg er i en kreativ lykkerus og føler meg som superwoman, bør jeg ikke tillate meg å fortsette å ri på den energibølgen helt til topps. Jeg må legge inn noen rolige dager innimellom hvor jeg kanskje kjeder meg litt.

Med et bevisst fokus på at min bipolaritet er et talent jeg kan være med på å påvirke og ikke en *sykdom* jeg er en hjelpeløs slave av, har jeg et fint utgangspunkt for å jobbe aktivt for å forsøke å balansere min kreative legning slik at jeg kan unngå de helt store bølgedalene. Det viser seg nemlig at jeg kan klare å jevne ut svingningene ved å veksle mellom dempende aktiviteter og aktiviteter som trigger og stimulerer meg. Jeg ønsker å knytte til meg fagpersoner som deler min oppfatning, og som vil jobbe sammen med meg om mål vi definerer i fellesskap. Det er når jeg ikke får god og omsorgsfull behandling, at min bipolaritet blir til en *lidelse*.

# Stress-sårbarhetsmodellen sett i lys av Newton, Descartes og Galilei



Som pasient med en alvorlig bipolar lidelse har jeg et helt unikt utgangspunkt for å forske på min egen «sykdom» og helbredelsesprosess. På individnivå er det ikke avgjørende for meg om mange andre personer har hatt positiv effekt av de medikamentene jeg blir tilbudt for å lindre min lidelse. Det jeg er opptatt av er om medisinene har positiv effekt også for meg. Inne i min kropp skal medikamentene samspille med min unike personlige legning om å påvirke signalstoffene i hjernen slik at jeg som individ ikke får psykiske reaksjoner som er uakseptable for meg selv eller andre. Personlig legning, talent og indre ressurser påvirker min evne til egenkraftmobilisering, og jeg er opptatt av at de medisinene jeg blir tilbudt, er med i dette samspillet. Mange behandlere mener at medisiner er et virkemiddel de skal bruke for å bekjempe mine psykiske symptomer. Selv ser jeg på symptomene mine som et varsel om at jeg ikke har oppnådd mestring, og medisinene betrakter jeg som en krykke jeg kan bruke på veien til å ta tilbake kontrollen selv.

Jeg mener at egenkraftmobilisering er en variabel som har et potensial for å utvikle seg hele livet, med eller uten korrigering av medisiner. Indre psykisk styrke betrakter jeg som en fleksibel ressurs som noen ganger ikke strekker til. For at medisinene skal ha en positiv effekt for akkurat meg, er det en fordel at medisinene blir gitt med mitt samtykke, at de er individuelt tilpasset, og at de til enhver tid blir gitt i riktig tilmålte doser. Dette er selvfølgelig en stor utfordring. Helt optimalt ønsker jeg å betrakte de medisinene jeg blir tilbudt, som en *variabel*. Noen ganger er de ytre påkjenningene større enn ellers, og da kan legen øke medisindosen eller legge til nye virkestoffer som for eksempel sikrer søvn. Egenkraftmobilisering og medisiner er altså to variabler som skal *virke sammen*. Teoretisk oppstilt blir dette



---

*Fortellingen «Stress-sårbarhetsmodellen sett i lys av Newton, Descartes og Galilei» ble første gang utgitt i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02/2012.*

---

*Utgiver: Universitetsforlaget.*

en likning med to ukjente. Men i tradisjonell behandling av bipolar lidelse type I blir medisiner brukt som en konstant hvor virkestoffet blir målt gjennom blodprøver. Dette mener jeg er en gammeldags sykdomsforståelse som for lengst burde vært utgått på dato. Dersom man bytter ut en av variablene i en likning med en konstant, vil ligningen «låse seg» og mister derved sitt fleksible potensiale.

Gjennom erfaring har fagfeltet kommet frem til en forståelse av at det er en sammenheng mellom ytre psykiske belastninger og en indre sårbarhet eller sensitivitet. Stress-sårbarhetsmodellen blir brukt av helsearbeidere, venner og familie, som intuitivt forsøker å avlaste pasienter i stressede situasjoner og motivere pasientene til å mobilisere enda mer av sin indre motstandskraft. I fysikken er det utviklet en regel for dette av Newton, Descartes og Galilei, og fra læreboka i videregående skole (Jerstad et al. 2009) er denne grunnregelen illustrert som en lillesøster som står på brystkassen til sin storebror; Lillesøsteren representerer en kraft  $F$  som virker nedover, og brystkassen til storebror mobiliserer en tilsvarende kraft  $F$  som virker oppover på føttene til lillesøsteren. «Et legeme som blir påvirket av en kraft fra et annet legeme, virker tilbake på dette legemet med en motsatt rettet kraft.» Kraft = motkraft. Jenta står i ro fordi summen av kreftene som virker på henne, er lik 0. Dersom brystkassen til storebror bryter sammen, vil ikke jenta lenger stå i ro, og vi får i tillegg kanskje se blod og beinpiper som stikker ut av huden. Dersom storebror blir utsatt for den fysiske kraften  $-F$ , må hans legeme klare å mobilisere en motkraft som tilsvarer  $+F$  for å holde seg stabil. Hvis brystkassen ikke klarer å mobilisere nok motkraft, får vi en bevegelse. Legemet kan gå i stykker. Jeg tror at denne fysiske naturloven som de store matematiske geniene har filosofert seg frem til, også kan forklare de kognitive kreftene som mobiliseres i stresssårbarhetsmodellen.

Mitt håp er at fremtidens forskning på psykisk helse-feltet i større grad vil foregå med fokus på individets talenter og ressurser. Stress-sårbarhetsmodellen sett i lys av Newton gir en åpning for mer avansert matematikk i tolking av psykisk sykdom på individnivå. Jeg vil gjennom et forenklet eksempel forsøke å vise hvordan Newton, Descartes og Galileis naturvitenskap kan brukes i tolking av psykisk lidelse: Summen av alle de ytre psykiske belastningene et menneske blir utsatt for, må oppveies av summen av alle de indre kreftene mennesket klarer å mobilisere. Ved stabilitet er summen av  $F$  lik null. Hvis ikke får vi en psykisk reaksjon. Et individs psykiske reaksjoner kan måles ved observasjon. Gråt, latter, hysterisk gråt, hysterisk latter, aggresjon, apati, forvirring, vrangforestillinger, stemmehøring, hallusinasjoner, paranoia. ICD-10 er et forsøk på å katalogisere alvorlige psykiske symptomer for å fastslå «sykdom». Legene har observert og laget en fasit for psykisk uhelse. Men psykiske reaksjoner er ikke en konstant med to streker under svaret, de er også en variabel. Dersom vi forstår psykiske reaksjoner som et resultat av stresset fra ytre psykososiale belastninger og mobilisering av indre psykisk motstandskraft, kan vi sette opp likningen. Jeg benytter en fiktiv måleenhet  $F$  siden psykososialt stress ikke

er målbart. (I fysikken benyttes betegnelsen N som er en kombinasjon av vekt og gravitasjon, utledet av Newton.)

Vi kan se for oss en ung mann med en oppvekst preget av mobbing og isolasjon. Som psykisk ballast utgjør dette kanskje -30F på stressbarometeret. Den unge mannen har nettopp gjennomgått et samlivsbrudd og mistet den daglige kontakten med barnet sitt, noe som utgjør ytterligere -60F i belastning. Den unge mannen klarer ikke å henge med på det høye tempoet på arbeidsplassen, -30F. Så blir mannen kastet ut fra leiligheten han bor i, og må bo midlertidig hos forskjellige kamerater -30F. Alle belastningene summeres i vårt regnestykke. Vi er nå oppe i -150F i ytre psykiske belastninger. Hvor mye kan et menneske tåle? Dette er selvfølgelig helt individuelt, men vi kan kanskje anta at det går en smertegrense ved -100F for folk som har en sensitiv legning. Dersom mange psykiske belastninger baller på seg, kan vi tenke at et strakstiltak som for eksempel. stabiliserer jobb- eller boligsituasjonen, kan bidra til å forhindre en alvorlig psykisk reaksjon. Og ved å holde et ekstra øye med de psykiske symptomene til den utsatte unge mannen og sammenlikne dem med fasit, kan vi få en pekepinn på hvor nært et sammenbrudd (eller sykdomsutbrudd) han eventuelt er. Taushet, tilbaketrekking, økt søvnbehov eller aggresjon, forvirring, tankespinn, vrangforestillinger og paranoia. Symptomene kan fortelle oss at en alvorlig psykisk *overbelastning* har funnet sted.

Ved tradisjonell sykehusbehandling av mani og psykose blir pasienter behandlet med medisiner og skjerming. Noen ganger blir skjermingen brukt til å «motive-re» pasienten til å ta medisiner frivillig. Medisinenes virkning går ut på å fjerne de alvorligste psykiske symptomene ved at pasientens sansesystem blir sløvet. For pasienter med store psykotiske plager kan dette være en meget god hjelp i akutt fase, men behandlerne på sykehuset tar ikke hensyn til belastningene og sender pasienten hjem, til de samme belastningene som før, med toalettmappen full av medisiner. Medikamenter har den bivirkningen at de i mange tilfeller også reduserer den helbredende kraften i variabelen egenkraftmobilisering. For pasienter med bipolar lidelse er det vanlig at det følger en depresjon etter en manisk episode. Jeg mener å ha erfart at antipsykotisk medisinerings gitt ved akuttbehandling har forsterket og forlenget den depressive perioden som kom i etterkant. Min teori er at noen bipolare pasienter med begynnende mani kan ha vel så gunstig helbredende effekt av å forsøke å stoppe manien ved hjelp av egenkraftmobilisering, istedenfor å bli medisinerert «for sikkerhets skyld». Min erfaring er at de maniske og depressive periodene kan utnyttes aktivt som en «ressurs» i forsøk på å balansere psyken gjennom naturlige mestrings teknikker.

Pasienter som har behov for langvarige og sammensatte tjenester, kan be om å få en individuell plan. En individuell plan er et utmerket verktøy til å kartlegge belastninger og lage mål som forsøker å fjerne eller begrense disse. I planarbeidet kan ansvarsgruppa også ha et bevisst forhold til å lage mål som på sikt bidrar til å utvikle

pasientens evne til å mobilisere motstandskraft. Dette gjøres intuitivt i planarbeidet i dag, men hverken hjelpere eller pasienter er bevisst på at det er Newtons lov de arbeider etter. Noen ganger blir individuell plan brukt til å kontrollere pasienten, hvor behandlere lager avtaler som forsikrer dem om at pasienten tar medisiner sine. Pasienter som blir behandlet for bipolar I, klager ofte over at følelsene deres er avflatet. Sett i lys av Newton kan forklaringen være at variabelen medisiner har «låst likningen», slik at de psykiske reaksjonene i fasiten blir tilnærmet lik 0. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt dette er en etisk forsvarlig måte å behandle mennesker på.

I forskningen på alvorlig psykisk lidelse er det nesten utelukkende utenfraperspektivet som dominerer. Det blir ansett som faglig uforsvarlig å trappe ned på medisiner selv om en trygg bolig og forutsigbar økonomi har lettet på belastningene. Pasienter som «forsker» på seg selv fra et annet perspektiv enn psykiaterne, får ofte høre at de mangler sykdomsinnsikt. På bakgrunn av min egen erfaring med mani og psykose tror jeg at pasienter med bipolar lidelse type I kan øve seg opp i å styrke sin psykiske sensitivitet/ sårbarhet gjennom læring og mestring. (Dette kan ta lang tid. Dersom pasienten har blitt syk pga. mobbing og utestengelse i en årrekke, vil det trolig ta år å bygge opp igjen tillit og sosiale ferdigheter. I mellomtiden kan variabelen medisiner være en god støtte.)

Da Galileo Galilei på 1600-tallet oppdaget at solen og ikke jorden var sentrum i solsystemet vårt, ble han lyst i bann av kirken og måtte trekke sin vitenskapelige oppdagelse tilbake. Ved å ta avstand fra sin egen forskning reddet han livet, men virkeligheten lot seg ikke skjule. I dag lærer alle skolebarn at solen står i sentrum og planetene kretser rundt den. Kirken har mistet sin maktposisjon, og naturvitenskapen har på mange måter overtatt den stillingen Gud hadde tidligere i historien. Som pasient i psykisk helsevern, helt nederst i hierarkiet, håper jeg at psykiaterne snart mister sin eksklusive definisjonsmakt, og at deres upresise vitenskap blir byttet ut med mer moderne sykdomsteorier utviklet i tett *samarbeid* med brukerne. Som pasient med en alvorlig psykisk lidelse føler jeg av og til at jeg er «lyst i bann» av psykiatere som vil opprettholde sin gammeldagse sykdomsforståelse når jeg forteller om mine egne opplevelser og erfaringer. Dette er hersketeknikker som ikke er vitenskapen verdig. Katalogisering av alvorlig psykisk sykdom er på ingen måte en «kjent» vitenskap. Det er en vitenskap definert av psykiatere ved håndsopprekning.

For fire år siden tok jeg examen philosophicum ved UiO. På pensum var det en tekst av Descartes, filosofen som tvilte seg frem til sannheten (Pedersen 2011). Descartes beskrev i sin tekst hvordan han holdt et voksstykke i hånden, men kunne tvile på om det var et ekte voksstykke eller en illusjon. Etter hvert tvilte han på om det var hans egen hånd han så, og om han i det hele tatt eksisterte. Kanskje var det en ond ånd som bare ville forlede ham til å tro på alt det han så? Jeg måtte legge vekk boken da jeg leste teksten den første gangen, for jeg kunne kjenne en dirrende uro i min egen psyke. For å avlede meg selv satte jeg på musikk og leste litt i et ukeblad.

Jeg hadde holdt på å bli psykotisk. Etter noen dager fant jeg frem pensumteksten igjen og leste den på nytt. Denne gangen gikk det bedre. Descartes brukte fornuften som verktøy og konkluderte med «Jeg tenker, altså er jeg», mens jeg måtte ta en pause fordi teksten trigget tankene mine. Etterpå har jeg filosofert mye over hvordan Descartes kunne tenke slike tanker uten å bli psykotisk.

I alle de årene jeg har levd med bipolardiagnosen, har jeg betraktet min arvelige «sårbarhet» som et talent. For litt siden spurte jeg en venn om han trodde det var en felles standard for hvordan mennesker tenker. Han hadde ikke reflektert noe særlig over det. «Da skal jeg forklare deg hvordan jeg tenker», sa jeg. Når jeg tenker, så kan jeg mane frem bildet av en person jeg kjenner inne i hodet, og så kan jeg «høre» hva denne personen vil si meg. Dersom jeg havner i en følelsesmessig konflikt, blir bildene tydeligere og stemmene klarere og mer intense i tankene mine. Inne i hodet prøver jeg å beskrive eller forutse hva forskjellige personer vil si eller gjøre som utfall av innspill jeg måtte ha. Jeg tenker i svært nyanserte dialoger, og jo bedre relasjon jeg har til personen inne i hodet, desto mer detaljert kan jeg gjengi tonefall og talesærheter inne i hodet. Ved å bruke denne tanketeknikken har jeg klart å tenke meg ut av mange konflikter uten at omverdenen har hatt noen formening om hva det er jeg går og grubler på. Min venn tenker ikke på denne måten i det hele tatt. Min venn «tar det som det faller seg», han har opplevd mange tøffe tak både i arbeid og privat, men han «står i det» og er aldri i nærheten av å reagere psykotisk. Min «sårbarhet» skyldes altså en velutviklet tanketeknikk for å unngå konflikt. Hvorfor har akkurat jeg fått denne «sårbarheten»? Evnen til å tenke i klar grafikk og med nyanserte stemmer er nok et talent jeg har arvet, men hvorfor har jeg utviklet denne spesielle teknikken? Jeg vokste opp som eldstemann i søskenflokk, både mamma og pappa var yrkesaktive, så jeg fikk alltid høre at jeg måtte være snill og flink. Jeg ble det. Jeg ble en «flink pike» som aldri havnet i konflikter med noen, men bare sørget for andres ve og vel. En vesentlig del av sårbarheten min består altså i at jeg manglet konflikthåndteringskompetanse. Hvis noen sårer meg, trekker jeg meg unna. I vår kultur blir hardhodede folk, som godt kan tåle konflikter, respektert og beundret. Den som bare er snill og god, blir oppfattet som litt dum, eller sykkelig og skjør. Vi lever i en kultur som oppmuntrer til forskning på legemidler som kan gjøre folk mer robuste mot stress. Men vil det virkelig tjene vår sivilisasjon totalt sett at folk blir mer robuste, hensynsløse og selvopptatte? Noen av oss er litt mer følsomme og sensitive enn alle de andre. Liv Ullmann sa det så fint da hun var passasjer hos en ironisk Otto Jespersen utkledd som taxisjåfør: «Du kan ikke snakke slik til meg, jeg er et følsomt menneske.» Noen av oss har en velutviklet evne til abstrakt, kreativ tenking. Dersom vi blir utsatt for store psykiske påkjenninger, er ikke psykosen en sykdom som blir løst ut, det er de indre mentale kreftene som mobiliserer. Ubehandlet kan det utvikle seg til en sykkelig tilstand, og overbehandling med medisiner kan konservere lidelsen.

Det er tid for å utfordre den biologiske sykdomsforståelsen. Dersom psykiaterne kunne gi fra seg sin maktposisjon i behandlingen av alvorlig sinnslidende pasienter og slippe andre faggrupper til, vil vi også i psykisk helsearbeid få oppleve at solen står i sentrum av universet.

---

Referanser

- Jerstad, P., Sletbak, B., & Grimenes, A.A. (2002). *Rom stoff tid* 2FY. Oslo: Cappelens Forlag.  
Pedersen, A. (red) (2011). *Exphil I: Filosofi og vitenskapshistorie*. Oslo: Unipub Forlag.

# En annen sykdomsinnsikt



I psykisk helsevern bruker legene ofte argumentet «pasienten mangler sykdomsinnsikt» når de iverksetter tvangsmedisinering. I vestlig medisinsk tradisjon betrakter fagfolk psykose som en sykdom i sjelen som kan bekjempes med medisiner, men mange av pasientene deres føler intuitivt at dette ikke er hele sannheten. Folk som har opplevd psykose mangler ikke alltid sykdomsinnsikt, de har kanskje en annen sykdomsinnsikt.

Mange pasienter synes ikke effekten av medisinene er positive nok til å veie opp for ubehaget ved bivirkningene. En gang ville jeg slutte helt med medisiner for bipolar lidelse på grunn av de farlige bivirkningene. Etter en tid fikk jeg en lettere manisk episode med innslag av psykose. Siden jeg var godt kjent på akuttavdelingen ved Blakstad psykiatriske sykehus, fikk jeg raskt en frivillig innleggelse der. Her nektet jeg å ta medisiner. Jeg mente at siden jeg hadde klart å «tenke meg syk», måtte det være mulig å «tenke seg frisk igjen».

Jeg hadde et ønske om å kjempe meg gjennom psykosen med mine tankers fulle kraft. Det ble en tøff kamp, med angst som krevde tett oppfølging fra pleierne. Etter tre dager blomstret psykosen av og jeg ble meg selv igjen. Helt uten medisiner. Da kom sprøyta og det frivillige oppholdet ble omgjort til tvang. Psykiateren påsto at mine utsikter til bedring ville svekkes dersom jeg ikke fikk medisiner. Ingen spurte meg om hvordan jeg selv følte det. Ingen sjekket om jeg fortsatt hadde innslag av mani eller psykose.

Jeg ble fortvilet og sjokkert. Bivirkninger gjorde meg slapp og tiltaksløs. Jeg sov 16 timer i døgnet og la på meg 20 kilo på kort tid. Jeg ble værende på lukket avdeling i tre måneder og etter utskrivelse måtte jeg møte opp ved sykehuset for å få satt



---

*Leserinnlegget «En annen sykdomsinnsikt» ble første gang utgitt i Søkelyset Nr. 33 2012 Utgiver: Landsforeningen We shall overcome.*

en sprøyte med antipsykotisk medisin. Legen sa at dersom jeg ikke møtte opp til avtalen ville han måtte tvangsinnlegge meg igjen. Sannheten var at jeg hadde bevist for meg selv at min egenkraftmobilisering i kombinasjon med skjerming hadde vært virksom og hadde god effekt helt uten medisiner. Jeg følte at tvangsmedisineringen i etterkant var et unødvendig overgrep, nesten som tortur.

Det gjenstår enda mye forskning før vi kan si at vi vet hva alvorlige psykiske lidelser egentlig er. Det finnes ikke vitenskapelige bevis for at psykose er en sykdom. Mange pasienter opplever psykosebildene som kreative mestringsforsøk fra en overbelastet hjerne. Dette er en annen sykdomsforståelse som medfører en ny måte å tenke helbredelsesprosess på. Med en sykdomsforståelse som betrakter psykose som et symptom på overbelastning er det viktig å komme så tidlig som mulig til en behandling som fokuserer på å forsøke å fjerne eller bearbeidet traumer og stress.

Belastningsteorien virker på denne måten: Tenk deg at du sitter i godstolen med bena på en krakk. Så kommer det et lite barn og setter seg på bena dine akkurat over kneleddet der du ikke har noen støtte. Etter en liten stund begynner du å få vondt i bena. Du lempet barnet ned på gulvet for å unngå et sammenbrudd i benstrukturen. Barnet er de psykiske belastningene du utsettes for og musklene og benstrukturen din symboliserer egenkraftmobiliseringen. Når belastningene blir for store må vi ha hjelp utenfra til å fjerne dem eller bearbeide dem.

Legene tenker at de vil vente å se om sykdommen utvikler seg, det blir som å vente på at det kommer et barn til og setter seg på bena dine. Belastningen øker og hvis bena knekker får du smertestillende til det gror vilkårlig sammen. Jeg har hatt mange hypomanier og psykoser og jeg mener det er legene som mangler sykdomsinnsikt. Jeg tror at folk med psykoselidelser egentlig bare er de folka som er mest psykisk sensitive.

Tenk om vi skulle sperre alle følsomme mennesker inne og tvangsmedisinere dem med smertestillende fordi de ikke var tøffe nok, istedenfor å spjelke og gi dem krykker. Da ville de jo virkelig blitt kronisk syke alle sammen. For å oppnå en riktig og balansert kunnskapsutvikling på psykisk helsefeltet er det viktig at pasientenes egne erfaringer blir verdsatt på lik linje med spesialistenes antagelser. Hvis vi med en annen sykdomsinnsikt har rett er psykose en mobilisering av indre kreative ressurser i et forsøk på å mestre for store psykososiale belastninger.

Når psykiatere hører denne sykdomsteorien blir de fortvilet og mener at vi snur alt på hodet. (Eller kanskje de er redd for å miste de fine jobbene sine?) Jeg har selv erfart at teorien min har blitt behandlet som en vrangforestilling eller bevis på manglende sykdomsinnsikt. Dette er i høyeste grad uetisk og umoralsk i forhold til en sannhetssøkende og objektiv forskning og fagutvikling på feltet. Jeg frykter at kunnskapsutviklingen i psykisk helsevern er i ferd med å stagnere nettopp fordi psykiaterne har sikret seg maktposisjon hvor de fører videre en tradisjon for å avvise pasientenes egen sykdomsinnsikt.

# Å rette baker for smed



Usikkerheten rundt tilregnelighetsspørsmålet i rettsaken etter 22. juli tyder på at spesialistene ikke har et diagnoseverktøy eller en sykdomsteori som er helt sikker. Tv-overføringene har vist oss hvor mye ressurser og fokus som går med til de farligste tilfellene. Aldri tidligere har vi hatt et så åpent innblikk i rettspsykiatri og utredning av diagnoser.

Kan det være slik at siden de farligste pasientene i psykisk helsevern beslaglegger så mye ressurser og fokus, så er det også dem som er premissleverandører for utredning og behandling av vanlige folk med alvorlige psykiske lidelser?

Anders Behring Breivik fikk først diagnosen paranoid schizofren. Etter at han «fikk være i fred» i fengsel i en periode, forsvant symptomene og de nye spesialistene erklærte ham for tilregnelig.

Dette er et tankekors for oss som kjemper for å få medisinfrie behandlingstilbud i det offentlige helsevesenet. Det er en god del psykiatriske pasienter i Norge i dag som hverken er sikker på om de har fått riktig utredning eller korrekt behandling.

På sykehusene blir ressursene satt inn på å fjerne psykosebilder og «vrangforestillinger» ved hjelp av medisiner. Det er lite fokus på pasientenes egen mestring og egenkraftmobilisering. Det er mye som tyder på at folk som har opplevd vold, psykisk vold, mobbing og traumer, kan få psykose symptomer som en direkte reaksjon på dette. Da er det skremmende å tenke på at den utredningen og behandlingen de får for sine psykiske plager kanskje er utviklet med tanke på å kontrollere de farligste kriminelle tilfellene. I en liten landsby i middelalderen en gang begikk smeden et drap.



---

*Leserinnlegget «å rette baker for smed» ble første gang utgitt i Søkelyset Nr. 34 2012 Utgiver: Landsforeningen We shall overcome.*

Siden det var to bakere og bare en smed i den lille landsbyen, bestemte dommeren at den ene bakeren skulle henges som straff for drapet. Det synes alle landsbyboerne var en meget passende straff.

Terroristen etter 22. juli har fått bygget en spesialleilighet i fengselet, hvor han blir servert mat og har det komfortabelt. Rettssaken og pressedekningen har trolig kostet millioner, men skulle noen av ofrene hans få alvorlige psykiske reaksjoner så er det ikke sikkert at kommunen de bor i kan tilby gratis psykologhjelp engang.

Jeg er sikker på at det er mange pasienter i psykisk helsevern som i dag lurere på om vi lever i et land som vektlegger en rettferdig behandling også for ofrene.

# Behandling uten medisiner



Det var Mette Ellingsdalen og WSO som gjorde meg oppmerksom på at det ikke er mulig å få tilbud om medikamentfri døgntilrettelagt behandling i psykiatrien i dag. Hvis du først blir innlagt, så må du ta imot piller, selv om det er omsorg og en samtalepartner du egentlig trenger. Medisinene som benyttes er omstridt, men det er psykiaterne som har definisjonsmakten, og de forholder seg til en vrangforestilling om at medisiner er det samme som god behandling for alle og enhver.

Dette stemmer ikke med virkeligheten. Stadig fler pasienter og pårørende har i de siste par årene stått frem og fortalt om bivirkninger som har ført til større psykiske belastninger enn de utfordringene som i sin tid utløste behovet for hjelp. Dette er verdifull ny kunnskap som brukerne selv har løftet frem og som tidligere ikke har blitt registrert.

Ledende forskere innrømmer nå at de ikke kjenner årsaken til psykiske lidelser. Fastlegene og psykiaterne kan bare lindre og redusere symptomene. Mange pasienter opplever ikke dette som god behandling, tvert imot, de blir svært frustrerte av å bli dopet ned fordi omgivelsene har et ønske om å gjøre dem roligere i en situasjon hvor de opplever kaos og krise. Andre pasienter opplever ikke engang symptomene sine som plagsomme. De får masse energi og blir euforiske i en egenkraftmobilisering som skal sette dem i stand til flukt eller kamp, men så har de kanskje et innslag av forvirring og dermed blir de innlagt.

Da dette skjedde med meg for første gang, fikk jeg «behandling» med Trilafon også kalt Trippafon fordi bena blir så rastløse og urolige at pasientene må vandre ustanselig opp og ned i korridorene som små ponnier.



---

*Innlegget «Behandling uten medisiner» ble første gang utgitt i Søkelyset Nr. 35 2013 Utgiver: Landsforeningen We shall overcome.*

I felleskatalogen står det at Trilafon skal gis ved Schizofreni, maniske og andre psykoser, som om psykose er det samme som en betent blindtarm og vidunder-medisinen virker positivt på alle, ung og gammel, mann eller kvinne uansett hvilke problemer eller traumer som utløste de psykiske reaksjonene. Da jeg uten videre fikk masse piller med en gang jeg ble innlagt, følte jeg intuitivt at dette ble helt feil. Jeg hadde jo alvorlige konflikter å ordne opp i.

I idretten er det stort fokus på doping. Vi er opptatt av at idrettsheltene våre skal seire over konkurrentene med ærlige midler. Det er forbundet med stor skam å bli avslørt for doping. Det er kjent at doping kan provosere frem psykosesyntomer. Det er forbudt å ruse seg med narkotika i Norge. Det er en kjent sak at rus kan utløse psykose. Hvis man utsetter kroppen sin for kjemikalier som påvirker hjernen, er det altså en viss fare for at man samtidig kan utløse en psykose. Hjernens aktivitet består av en rekke kjemiske prosesser, og forskerne vet ikke hva som er årsaken til alvorlige psykiske lidelser. Det innrømmer de selv.

Den første gangen jeg fikk Trilafon ble jeg bare enda mer forvirret, rastløs og redd. Tenk om det var de kjemiske prosessene som ble satt i gang kunstig i hjernen min som utløste det som senere skulle bli diagnosen bipolar lidelse? Legene hadde heller ikke den gangen en sikker vitenskapelig teori for hva de gjorde og medikamentell behandling må dermed forstås som et eksperiment psykiaterne selv dokumenter effekten av.

Jeg opplevde at medisinene gjorde meg verre, men ingen helsepersonell har forsøkt å dokumentere min versjon eller registrere de bivirkningene som faktisk oppsto. Min nærmeste pårørende har sagt at han ikke oppfattet noen symptomer hverken på mani eller depresjon før jeg kom i «behandling».

Min mistanke om at tidlig medikamentell behandling i noen tilfeller kan utløse, konservere og forsterke psykiske lidelser er så ubehagelig at utøvende helsepersonell som blir konfrontert med denne teorien velger å beskytte seg selv med fortrenging. Det kan jeg jo godt forstå, men tenk om jeg har rett. Tenk om det er slik at bare halvparten av pasientene har så stort symptomtrykk at de er glade for den midlertidige lindringen medisinene kan gi og at det bare er disse positive tilbakemeldingene som blir registrert? Jeg synes det er veldig betenkelig at pasienter, som har moderate symptomer, skal få akkurat den samme medisinen, når de ikke engang opplever symptomene sine som plagsomme.

Mange av de medisinene som benyttes i psykiatrien er utviklet og markedsført i USA, og der er det en helt annen kulturforståelse for psykiske problemer. Straks en person opplever en livskrise kan han oppsøke en

«shrink», som har kontor på hvert gatehjørne, og ingen venteliste. Hos terapeuten er hovedfokus samtale og problemløsning, men alle amerikanere elsker piller så medisinene inngår som en naturlig del av behandlingen. Siden pasienten kommer på sine egne ben til terapeuten, før problemene har vokst ham over hodet, kan

han være en likeverdig partner i utprøvingen av medikamenter og hvis han ikke er fornøyd kan han bytte terapeut. Er det under disse rammebetingelsene at medikamentets «positive effekt» har blitt dokumentert?

I Norge er vi veldig fordomsfulle og flau i forhold til psykiske problemer. For å få henvisning til en psykolog må du først ha time hos fastlegen. Det tar ofte tre uker før du kommer deg dit og psykologen har minst et halvt års venteliste. Psykologen kan ikke skrive ut medisiner, det må en lege eller psykiater gjøre. Før du får hjelp er det kanskje blitt akutt og du må legges inn på et psykiatrisk sykehus eller DPS.

Der har psykiateren det altfor travelt til å snakke med deg. Han ber andre om å observere symptomer på forverring, slik at han kan gjøre jobben sin, som er å skrive ut medisiner. Siden alle er redde for å gjøre noe galt, leter de etter syke tanker og vrangforestillinger som kan «behandles» bort med piller. Alle symptomer skal bort, også de friske kreative tankene. Det er jo også mye mer ressurskrevende å jobbe videre med dem.

Det fattes mange tvangsmedisineringsvedtak i Norge i dag fordi den travle psykiateren virkelig er overbevist om at du mangler sykdomsinnsikt og at dine utsikter til «bedring» vil bli svekket hvis du nekter å ta medisiner. Når du er sløv og rolig nok sendes du hjem igjen til ingenting. Alle dine venner og familie er yrkesaktive, terapeuten er ikke tilgjengelig og ingen har tid til å prate med deg eller hjelpe deg å finne praktiske løsninger på problemene. Du har fått stempelet «psykiatrisk pasient», noe som er en enorm belastning i forhold til arbeidslivet og dermed rakner ofte økonomien også. Det blir for mange et stort problem å skaffe seg et trygt sted å bo.

Det er for lite forskning og dokumentasjon som tar utgangspunkt i de kulturelle rammebetingelsene som gjelder for behandling og feilbehandling av alvorlige psykiske lidelser her hjemme. Dette har brukerne selv måttet ta tak i. En stadig voksende gruppe pasienter er kritiske til den utredningen og det behandlingstilbudet de har fått. De dokumenterer sin egen historie og deler den med andre gjennom blogger, medlemsblader og Facebook.

Det er mange som ønsker seg et medikamentfritt behandlingstilbud. Brukerorganisasjonene, WSO, Hvite Ørn, Mental Helse, Aurora og Lpp har gått sammen om et felles krav til myndighetene om å opprette medisinfrie behandlingstilbud. Gjennom å sette frem dette kravet har søkelyset blitt rettet mot kritikken av den behandlingen som er enerådende på feltet i dag og som veldig mange pasienter opplever som feilbehandling. De ansvarlige overlegene blir forskrekket når de hører om dette kravet og argumenterer med at piller er billig og alltid tilgjengelig, men dermed avslører de sitt eget sneversyn og flere vil få øynene opp for at kravet fra brukerorganisasjonene virkelig er berettiget. (Se intervju med Mette Ellingsdalen og overlege Ole Steen på [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no))

I Norge har vi ingen private klinikker eller alternative medisinfrie tilbud. Of-

fentlige helsekroner blir i dag brukt til kronifiserende feilbehandling av psykiske reaksjoner som var «normale» før og som familiens kloke koner kunne behandle hjemme med omsorg og tålmodighet. Folk ble friske før og de kan bli det nå også, men da må behandlingen fokusere på å finne en løsning på de konkrete problemene pasientene strever med. Det viser seg ofte at det var en følelse av tap eller sorg som utløste de første psykiske symptomene.

Sunt bondevett tilsier at medikamentell tvangsbehandling umulig kan være riktig i en sorgprosess, men sorg er en følelse som det tar lang tid å bearbeide, så da er det fristende å sykeliggjøre følelsene slik at billige piller kan utgjøre hele behandlingstilbudet. Mange pasienter får flere forskjellige medisiner som ingen egentlig vet virkningen av, men pasientene blir tilsynelatende rolige av dem. Sist jeg ble tvangsmedisinert med antipsykotisk medisin, skjønte jeg at det var forbundet med livsfare å protestere, så jeg forholdt meg rolig til jeg ble utskrevet. Da var jeg så redusert fysisk at jeg bare orket å gå fem skritt av gangen.

For å kunne støtte hverandre i en ønsket tilfriskningsprosess, har WSO bestemt seg for å etablere en selvorganisert selvhjelpsgruppe i Oslo for folk som ønsker å trappe ned medisiner. Vi håper og tror at vi som nettverksgruppe vil kunne stå sammen i krisesituasjoner og fungere som familie og gode naboer gjorde i gamle dager. Selvhjelpsgruppen kan også bli en arena for utveksling av dokumentasjon og kritikk av helsetjenester som åpenbart ikke fungerer.

Det er bare gjennom likeverd at sann vitenskap kan utvikles. Mer enn noen gang tror jeg at det er viktig at pasienter og pårørende nå løfter fram sin kunnskap og erfaring, for psykisk helsefeltet holder på å grave seg ned i en vitenskapelig vrangforestilling hvor mye av den medikamentelle behandlingen som gis slett ikke er til hjelp, men oppleves som en ekstra belastning.

# Jokeren i psykisk helsevern



Psykatri er en usikker vitenskap. Dette ble tydelig for hele det norske folk under rettssaken etter 22. juli. Da de sakkyndige ikke ble enige i tilregnelighetsspørsmålet, var det en sykdomshypotese de forholdt seg til. Det er et tankekors at rettsapparatet er utilgjengelig, for alle andre enn drapsmenn, til å få prøve sin tilregnelighet. Siden psykiatrifaget i så stor grad er basert på synsing og antakelser, er det nærliggende å anta at en stor andel borgere i dette landet i dag «soner» urettmessige dommer.

*Kunnskapen om årsaksfaktorer, sykdomsutvikling, sykdomsformende faktorer, biologiske forandringer og behandlingsrespons er begrenset ved mange psykiske lidelser. Det hersker også innen flere områder betydelig uenighet fagfolk imellom (Dahl, Eitinger, Malt, Retterstøl 1994).*

Det at schizofreni og alvorlig bipolar lidelse er en sykdom, er en hypotese som har fått fotfeste som et vitenskapelig fakta. Symptomer på forvirring, vrangforestillinger og hallusinasjoner omtales konsekvent som sykdom. I Norge er «spesialistene» på alvorlige psykiske lidelser leger som har tatt en tilleggsutdanning i psykiatri, slik at de blir psykiatere. En psykiater er således først og fremst en lege, som på bakgrunn av sin grunnkompetanse betrakter alvorlige psykiske reaksjoner som en kroppslig svakhet eller dysfunksjon som krever «behandling» med medikamenter. Den medikamentelle behandlingen er svært omstridt, men psykiaterne har posisjonert seg slik at de innehar de fleste nøkkelstillinger på psykisk helsefeltet og således har sykdomshypotesen blitt dominerende for forskning, den kliniske praksis og tilsynsordninger. Psykiaterne er selve jokeren i psykisk helsevern.



---

Artikkelen «Jokeren i psykisk helsevern» ble første gang utgitt i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 03/2013 (Volum 10). Utgiver: Universitetsforlaget.

## **Teorier om belastninger**

Jeg opplevde selv en alvorlig psykisk knekk mens jeg var barselkvinne. Årsaken var en konkret jobbrelatert konflikt. Ingen av behandlerne mine hadde fokus på problemløsning, og medisinerer ble valgt selv om jeg bare hadde moderate symptomer. *Etter* at medisineringen startet, akselererte symptomene. Bipolardiagnosen kom raskt på plass. Med utgangspunkt i min grunnkompetanse som bygningsingeniør har jeg solid realfaglig erfaring og er alltid fokusert på problemløsning etter teorier om at belastninger kan føre til sammenbrudd. Mitt møte med psykiatriens synsinger og antakelser ble et stort sjokk.

Fra mitt ståsted mener jeg å kunne hevde at den forskingsdesignen legemiddelindustrien bygger på, er svært naiv og medfører at resultatene blir villedende. Jeg oppfatter alvorlige psykiske reaksjoner som en naturlig konsekvens av *opplevelser* pasienten har vært utsatt for. Fra første dag har jeg stilt meg undrende til at problemløsningsteknikker synes å være fraværende i akuttpsykiatrien. Som pasient fikk jeg dessverre merke at min hypotese ble oppfattet som et alvorlig symptom på vrangforestilling og storhetstanker. Da jeg ved en innleggelse hadde med meg skriftlig dokumentasjon, fikk jeg virkelig bevis for det misligholdet mellom makt og avmakt som preger tvangsbehandling på en lukket avdeling (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse).

*Jeg hadde ikke forestilt meg at det kunne være mulig å bli tvangsbehandlet for sitt bidrag til et nytt og oppdatert kunnskapssyn.*

Med tanke på at særnorske rammebetingelser kan ha betydning for en villedende kunnskapsutvikling, har jeg skrevet flere kritiske artikler. Jeg mener å ha observert at den medikamentelle behandlingen pasientene får, svært ofte oppleves som feilbehandling. Denne teorien er det vanskelig å få faglig støtte for, da folk heller velger å slutte i psykiatrien enn å konfrontere de som innehar definisjonsmakten. Jeg frykter at en behandlingsstrategi basert på usikre og villedende vitenskapelige teorier, kan bidra til å utløse, forsterke og kronifisere alvorlige psykiske reaksjoner. Tilbakemeldinger fra pasientene viser at folk ofte opplever medikamentell behandling som et fryktelig overgrep. Jeg har selv erfart at depresjon og resignasjon ble mange ganger forsterket fordi jeg ble mistrodd og tvangsmedisinert da jeg forsøkte å forklare min egen sykdomsinnsikt. Jeg synes dette er alarmerende og svært uetisk.

## **Sykdomsperspektiv**

I mars 2013 fikk jeg avslag på en klage jeg hadde fremmet for Norsk pasientskadeerstatning (NPE), hvor jeg pekte på at jeg var blitt utsatt for alvorlig tvangsbehandling *etter* at behandlingsstedet var blitt gjort kjent med den nye hypotesen. I den over to år lange saksbehandlingen har NPE flere ganger henvist til mine over 28 innleggel-

ser i døgninstitusjon. I tradisjonell kvantitativ forskning er det vanlig å konkludere med alvorlig grad av sykdom på bakgrunn av høyt antall innleggelser. Sett ut fra et sykdomsperspektiv, og for eksempel sammenliknet med kreft, kan en antakelse om høy alvorlighetsgrad basert på 28 innleggelser virke rimelig. Men med hypotesen om at alvorlige psykiske reaksjoner skyldes overbelastning, kan mange innleggelser også føres som bevis for at legenes behandlingsstrategi har vært mislykket. Årsaken til belastningene jeg var utsatt for i barseltiden, ble gjort kjent for psykologspesialist og den kunne vært eliminert, men psykiaterne anbefalte i stedet tiltak som *øket* belastningene, og gav meg medisiner som sløvet den naturlige motstandskraften. I mitt tilfelle har psykiaterne åpenbart ikke hatt et tilstrekkelig tverrfaglig samarbeid med psykologer og miljøarbeidere til å forstå at pasientens psykiske reaksjoner var en direkte konsekvens av helt konkrete påkjenninger. Kanskje reaksjonene mine til og med var innenfor normalspekteret og ikke burde blitt korrigert med medisiner i det hele tatt. Da jeg ble innlagt på psykiatrisk sykehus for første gang, fantes det ikke medikamentfrie behandlingsforløp, og dette eksisterer fortsatt ikke 17 år senere. Jeg synes det er uforsvarlig og uforståelig at ingen involverte helsesøster.

### Medikamenter – eller omsorg og samtalepartnere?

Det var Mette Ellingsdalen i brukerorganisasjonen «We shall overcome» (WSO) som gjorde meg oppmerksom på at det ikke er mulig å få tilbud om medikamentfri døgnbehandling i psykiatrien i dag. Hvis du først blir innlagt, må du ta imot piller, selv om det er omsorg og en samtalepartner du egentlig trenger. Ledende norske forskere innrømmer nå at de ikke kjenner årsaken til alvorlige psykiske lidelser. De kan bare lindre og redusere symptomene (Uniforum 2013). Det er mye som taler for at tiden er inne for et paradigmeskifte. Brukerorganisasjonene; Mental Helse, Hvite Ørn, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP), Aurora og WSO, har sammen fremmet et krav om at det må opprettes medikamentfrie tilbud snarest. Psykiatrien må omorganiseres, fra et makt- og kunnskaps hierarki som jokerne kontrollerer med sin mangelfulle sykdomshypotese, til et mer tverrfaglig samarbeid hvor behandlingen tar utgangspunkt i pasientens nettverk og individuelle ressurser. Behandlingsstrategiene må ses i sammenheng med de traumer og belastninger pasienten har vært utsatt for. Medikamentell behandling må tilpasses hver enkelt pasient og ikke gis med tvang kontrollert med blodverdier. Psykiaterne vil etter den nye teorien ikke få mindre å gjøre og trenger ikke å frykte for arbeidsledighet. En psykiater sa en gang til meg at hvis jeg ville ta fra ham reseptblokken, så var det det samme som å ta skalpellen fra en kirurg. Han kunne ikke ta mer feil. Jeg ønsker å få dem til å bytte ut kjøttøkse med et presisjonsverktøy. Behandlingsprosesser basert på de nye vitenskapelige retningene vil gi psykiatrifaget den anerkjennelse og respekt de hittil har manglet. Det er flott hvis Norge kan lede an i en slik kunnskapsutvikling, og jeg mener det er helt vesentlig at min og andre psykoseerfareres

kunnskap fra nå av betraktes som gyldig evidens. Det er urimelig og tvers igjennom uetisk at psykiatere har blitt gitt anledning til å tvangsmedisinere målbærere for nye friske teorier med bakgrunn i en påstand om at pasienten mangler sykdomsinnsikt.

Innledningsvis i pensumboka i psykiatri fra 1994 går det klart frem at kunnskapsgrunnlaget for psykiske lidelser er begrenset, og at faglig uenighet forekommer. De stemningsstabiliserende medisinene som blir gitt ved bipolar lidelse, er omstridt og virker gjennom skadevirkning ved at følelsene amputeres. Når følelsesregisteret skrumpes, opplever jeg at de psykiske reaksjonene mine blir mer grumsete og jeg får en mer likegyldig og resignert holdning i forhold til de belastningene jeg blir utsatt for. I kombinasjon med de stemningsstabiliserende medikamentene får jeg en vedlikeholdsdose med en antipsykotisk medisin for å forhindre nye innleggelser. Behandlingen har altså ikke *helbredelse* som målsetting. Siden det er mye taushetsplikt forbundet med psykiatri, er en enkel måte å drive forskning på, å telle antall innleggelser.

Jeg har blitt fortalt at jeg må ta medisiner resten av livet. Jeg opplever ikke selv at psykosesymptomene mine er plagsomme. De forsvinner i løpet av noen dager hvis jeg får skjermet meg litt. Mange pasienter synes ikke medisinene har så god effekt at de oppveier ulempen med alle bivirkningene, men det er legen som bestemmer. På bakgrunn av kritiske tilbakemeldinger fra pasienter forutsetter jeg at psykiatere er kjent med at den medikamentelle behandlingen de utsetter pasientene sine for, kan ha svært uheldig effekt. I verste fall dødelig utgang. De negative tilbakemeldingene blir sjelden registrert av tilsynsmyndighetene som heller stoler på studier og forskning utført med store finanseringstilskudd fra legemiddelindustrien.

## **Å forlate sykdomsdesignen**

Den vanligste forskningsdesignen for utvikling av nye legemidler er en randomisert kontrollert studie som kan forklares på denne måten: Forskerne studerer to grupper med forsøkspersoner som har den samme diagnosen. De gir medisinen til den ene gruppen og sammenlikner med en kontrollgruppe som bare får juksemedisin. Etter et tidsintervall registrerer forskerne om personene i den første gruppen har hatt færre innleggelser.

Hvis man betrakter alvorlige psykiske reaksjoner som overbelastning, derimot, kan den nye hypotesen forklares slik: Mange familier har hytte på Geilo. Det snør og snør hele vinteren. Like før påske sier de i Dagsrevyen at nå er snødybden to meter på Geilo og alle som har hytte der, bør reise opp og måke taket. Det snør litt til, og de som ikke har vært på Geilo og måkt taket på hytta si, får sprekker og skader i takkonstruksjonen alle sammen som en konsekvens av at belastningen ble for stor.

Som vi ser av de to eksemplene, så er valg av hypotese helt avgjørende for om resultatet blir villedende eller veiledende. I sykdomsdesignen regner forskerne ut hvor mange prosent av personene i testgruppa som hadde nytte av medisinen og deretter

behandler de *alle* pasienter med det godkjente legemiddelet uten å spørre pasientene om de føler at de har nytte av det. I forhold til en individuell analyse er denne designen helt hårreisende, med mindre man ser helt bort fra det etiske perspektivet og samtidig forutsetter at alle med samme diagnosen er bosatt på Geilo. Ved å forlate sykdomstenkingen vil de fleste etter hvert forstå at fokuset må rettes mot problemløsning og behandlingen må ta utgangspunkt i at alvorlige psykiske reaksjoner egentlig er en form for egenkraftmobilisering som trenger *veiledning* utenfra. Har du hytte på Geilo, så hjelper det lite å spise Zyprexa; du må reise opp og ta et tak med snøskuffa. Du må først og fremst forsøke å få fjernet *belastningene*. Det er hardt arbeid, og det hadde vært så godt å få litt hjelp av doktorene, men sann som psykisk helsevern er organisert nå, så sløver psykiaterne deg bare ned slik at terskelen for å ta toget opp med snøskuffa blir mye høyere.

Psykiske belastninger kan ikke måles og veies nøyaktig slik som snødybden kan. Men spesialistene har laget en håndbok hvor de detaljert beskriver hvordan «sprekker og riss» kommer til syne etter hvert som pasienten nærmer seg et sammenbrudd. Denne registreringen har slett ikke vært bortkastet:

*Hypomani: Lidelse kjennetegnet ved vedvarende lett heving av stemningsleiet, økt energi og aktivitet, som regel en sterk opplevelse av velvære og fysisk og psykisk effektivitet. Økt omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet, økt seksuell energi og redusert søvnbehov er ofte til stede, men ikke i en slik grad at det fører til alvorlige vansker i arbeidet eller til sosial avvising. Irritabilitet, innbilskhet og brautende atferd/opptreden kan erstatte den mer vanlige euforiske utadvendthet. Forstyrrelsene i stemningsleie og atferd ledsages ikke av hallusinasjoner eller vrangforestillinger (F30.0, ICD-10).*

Hvem skulle ikke ønske å befinne seg i begynnelsen av et slikt stemningsleie? Det er jo mange mennesker som sier at de jobber best under stress. Men når *jeg* merker disse symptomene, vet jeg dessverre at det knaker i konstruksjonen. Hvis jeg ikke begrenser impulsinntrykkene mine nå, kan hjernen min begynne å overprodusere dopamin. Mine pårørende begynner å veksle blikk og lurar på om det ikke hadde vært greit med en innleggelse. Som regel gir jeg etter. På sykehuset øker de automatisk medisindosen fordi de tror at jeg holder på å innsykne. Når medisinerne begynner å virke, blir jeg sløv. Motløs. Resignert og tiltaksløs. Når de så sender meg hjem etter noen dager, lurar jeg på om livet egentlig er verd å leve.

En gang hørte jeg et foredrag av en mann som hadde den samme diagnosen som jeg. «Jeg har en sykdom», sa denne mannen. «Av og til blir jeg manisk. Jeg kan ikke noe for det. Det er ikke min skyld.» Jeg ble skikkelig betenkt da jeg hørte dette. Jeg mener jeg har en belastningsskade. Av og til kan også jeg bli manisk. Det er jo for å få hjelp at jeg ber om en frivillig innleggelse. Jeg mener det er viktig at jeg får tilbud om en behandling hvor målet er at jeg etter hvert skal bli i stand til å ta ansvar selv.

Brukerstyrt plass er selve gulroten i min behandlingsstrategi. Jeg ønsker å mestre hypoman fase med min tankes fulle kraft. Det er ikke helt tilfeldig at symptomene kommer. Av og til kan det nesten virke som om jeg er en trykkoker og at dopaminene samler seg i et lite lager, av og til kan en enkelt tanke sette i gang følelser som øker dopaminstrømmen. Jeg kan merke det helt tydelig. Tenk om behandlerne mine kunne *snakket* med meg mens jeg var i denne fasen. Tenk om vi kunne forsøkt å kartlegge noen av problemene? Tenk om denne kreative og løsningsorienterte fasen kunne utnyttes bedre til forsøk på mestring samtidig som et personale omsorgsfullt holdt et øye med meg?

*Mani uten psykotiske symptomer: Stemningsleiet er hevet slik at det ikke harmonerer med pasientens situasjon, og kan variere fra bekymringsløs jovialitet til nesten ukontrollerbar oppstemthet. Oppstemtheten ledsages av økt energi som fører til overaktivitet, taleflom og nedsatt søvnbehov. Oppmerksomheten kan ikke holdes fast, og personen lar seg lett distrahere. Selvfølelsen er ofte økt, med grandiositet og overdreven selvtillit. Tap av normale sosiale hemninger kan føre til atferd som er lettsindig, dumdristig eller upassende og utypisk for personen. (F.30.1, ICD-10).*

I manisk fase har jeg behov for søvn, enda tettere skjerming og samtalepartnere jeg kan stole på. Det er et paradoks at miljøarbeiderne på døgningstusjonene er en fantastisk støtte i denne fasen, mens jeg ofte opplever psykiaterne som en trussel. Det er fordi jeg vet at psykiaterne vil gi meg medisiner for å få bort symptomene. Jeg føler at de vil ta fra meg kontrollen i en fase hvor jeg selv mobiliserer for å få oversikt. Jeg løfter meg selv opp i ørnens perspektiv, med en selvtillit jeg ikke har til vanlig og er helt fri for alle hemninger. Det er nå jeg kan fortelle om tabuer og hemmeligheter jeg har fortrent.

*Mani med psykotiske symptomer: I tillegg til det kliniske bildet (beskrevet i forrige kategori) er vrangforestillinger (vanligvis grandiose) eller hallusinasjoner (vanligvis som stemmer som snakker direkte til pasienten) til stede, eller heving av stemningsleie, den overdrevne motoriske aktiviteten og tankeflukten så ekstrem at personen er uforståelig eller utilgjengelig for vanlig kommunikasjon (F.30.2, ICD-10).*

## **Et sjeldent talent**

I denne fasen har hjernen min begynt å produsere «drømmesyner». Av og til kan jeg høre stemmer som snakker vennlig til meg. Jeg har heldigvis lite angst og opplever denne tilstanden som et sjeldent talent. Noen ville kalle det en profetisk Gave. Jeg kan ha visjoner og åpenbaringer som strekker seg mange år frem eller tilbake i tid. Akkurat som i et sjakkspill kan jeg «se» situasjoner mange trekk framover og konversere med folk jeg kjenner, inne i hodet. Jeg kan mane frem situasjoner og forutse konsekvenser av tenkte handlinger. Det er nå jeg virkelig trenger oppegående mennesker rundt meg til å korrigere. Dette komplekse talentet medfører en for-

høyet risiko for at det kan utvikle seg til tankespinn hvis jeg ikke får veiledning. Jeg trenger å trene på å beherske dialogen, slik at jeg etter hvert kan gå inn for landing med noen av de fineste visjonene intakt i bagasjerommet. Denne fasen består altså ikke bare av hallusinasjoner og vrangforestillinger, men også av mange kreative, nesten geniale, løsningsforslag. Psykosefenomenet er av og til skremmende, men jeg vet at dersom jeg får blikkontakt med et annet menneske så er øynene og samtalen de landingslysene jeg behøver. Jeg er fascinert av fenomenet og skjønner ikke hvorfor min bipolare psykose blir behandlet på nøyaktig samme måte som en paranoid schizofren psykose full av angst og forvirring.

Ofte er det fint å kunne male eller la hendene arbeide med noe. Pillene gjør meg sløv. De ødelegger visjonene og bryter ned min egen indre motstandskraft. Den fine grafikken i drømmesynene blir tåkete og grumsete. Ved flere anledninger bråvåkner jeg tidlig om morgenen med «løsninger» helt klare og tydelige inne i hodet. Jeg tumler ut av rommet mitt, men personalet skjønner ingenting. Tungen min lystrer ikke. Jeg kan bare snøvle og rave rundt som en full mann. Medisinene konserverer lidelsen.

I idretten er det fokus på doping. Vi er opptatt av at idrettsheltene våre skal seire over konkurrentene med ærlige midler. Det er forbundet med stor skam å bli avslørt for doping. Det er kjent at doping kan provosere frem psykosesyntomer. Det er forbudt å ruse seg med narkotika i Norge. Vi kjenner til at rus kan utløse psykose. Hvis man utsetter kroppen sin for kjemikalier som påvirker hjernen, er det altså en viss fare for at man samtidig kan utløse en psykose. Hjernens aktivitet består av en rekke kjemiske prosesser, og forskerne har ikke funnet noen løsning. Tenk om de kjemiske prosessene, som blir satt i gang ved for tidlig medisinerings, kan være med på å provosere frem en psykoselidelse? Jeg trodde at spesialister på psykiske lidelser var kjent med dette dilemmaet, og at de tok med seg dette perspektivet i sine faglige vurderinger, men nå har jeg begynt å lure på om de i sin skråsikkerhet egentlig bløffer på en så overbevisende måte at de fører også seg selv bak lyset.

En gang familien min var på hytta, gikk overløpet på utedoen tett. Gutta fant frem et stålstag og begynte å stake gjennom et utvendig rør. Det var mye motstand i røret, men karene gav ikke opp. Jeg satt og strikket og passet mine egne saker, men jeg stusset litt over at det kunne være så mye motstand i helt vanlig dritt. Karene holdt på i nesten en time, før en av dem utbrøt: «Nå har vi snart et gjennomslag.» Oppmuntret av denne medgangen arbeidet de intenst videre og fikk til slutt hull på byllen. Etterpå viste det seg at de hadde staket hull gjennom fluenettingen, og fra den dagen av har vi vært plaget med horder av insekter i utedoen. Sånn føler jeg at legemiddelforskningen har blitt. Alle vil så gjerne finne schizofrenigenet, og så staker og staker de i håp om et snarlig gjennombrudd. Problemet er bare det at «gåten» er løst for lenge siden. Med litt aktiv hjelp til å ordne opp i praktiske problemer, så kan folk bli friske igjen nesten alle sammen. Ved riktig bruk kan

medisinene være fine å ha. De kan lindre lidelsestrykket og «fryse» situasjonen, til det slutter å snø.

---

**Referanser**

Dahl, A.A, Eitinger, L., Malt, U.F., & Retterstøl, N. (1994). Lærebok i psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. ICD-10.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hva er galt i psykiatrien? Hentet fra: [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no).

Uniforum (2013). Målet er å løse schizofrenigåten. Hentet fra: <http://www.uniforum.uio.no/nyheter/2013/01/maalet-er-aa-loese-schizofrenigaaten.html> TPH-2013-3.book Page 270 Tuesday, August 6, 2013 3:17 PM

# Behandling av det bipolare talentet



*Tenk om det er slik at jeg er normal, og at mine psykiske reaksjoner har en naturlig forklaring. Tenk om min psykiske «lidelse» er et kreativt helbredelsestalent, litt utenom det vanlige. Tenk om mine symptomer og reaksjoner kan betraktes som et forventet resultat av psykososial overbelastning. Da er den dominerende behandlingsstrategien gal.*

## Bipolar legning

Jeg liker å si at jeg har en bipolar legning. Dette gjør jeg fordi jeg ikke opplever mani, psykose og depresjon bare som en sykdom eller lidelse, men også som et helbredelsestalent. Jeg mener at jeg er født med et helt spesielt talent for de store følelsene. Jeg tror at jeg har en høysensitiv personlighet, og at denne sensitiviteten er en egenskap som gjør meg spesielt sårbar for store psykososiale belastninger og relasjonsstress. Det er de mest følsomme som reagerer først.

Følelsene mine kan best beskrives som en berg-og-dal-bane. Før jeg fikk bipolar-diagnosen, kunne de ta meg til de store euforiske høyder, men også til dyp fortvilelse og samvittighetskvaler. Det var da den følelsesmessige berg-og-dal-banen sprengte grensene for det normale, at bipolardiagnosen ble aktuell. På toppene kan det være litt ubehagelig. Det er når angsten, manien og psykosen slår inn, men når jeg er på vei opp, opplever jeg stort sett verden som fargerik og festlig. Hvis jeg blir manisk, forsvinner fornuften og jeg kan gjøre rare ting. Jeg blir rastløs og får utfartstrang. Da er det ikke noe problem å ta tog og buss ut på vilkårlige turer. Jeg henvender meg til fremmede mennesker, gir bort fine ting og kan shoppe vekk hele kreditten på kortet mitt. Jeg synes det er greit at noen tar vare på meg da, hjelper meg å sette grenser og



---

*Artikkelen «Behandling av det bipolare talentet» ble første gang utgitt i Tidskrift for psykisk helsearbeid 03/2015 Volum 12. Utgiver: Universitetsforlaget.*

støtter meg når jeg forsøker å mestre. Jeg har erfart at manien min kan blomstre av i løpet av fem dager dersom jeg får riktig hjelp. Det er nok fordi jeg har en bipolar legning med svært raske svingninger. Etter en manisk episode ligger det alltid en depresjon på lur. Det er akkurat som om energien i hjernen blir oppbrukt.

### **Individuell plan**

Jeg liker folk, og gode samtaler har fin effekt på meg. Sammen med min koordinator i kommunen har jeg laget en individuell plan med strategier for mestring som jeg og helperne mine skal bruke. I denne planen er nettverket mitt kartlagt, og alle har fått hverandres telefonnummer. På den måten kan de sende hverandre bekymringsmeldinger hvis de oppdager at jeg er litt for oppstemt. Jeg trenger at noen ser meg når jeg er i ferd med å miste kontakten med virkeligheten. En samtale kan hjelpe meg til å «forandre kursen» før jeg setter meg på et tog og begir meg ut i verden. For meg er det som regel bare deilig å være manisk. Jeg føler meg nesten guddommelig og får en berusende lykkefølelse. Fornuften tar seg en rusletur, og det er fristende å bare surfe videre på den maniske bølgen, men jeg kan sette meg selv i forlegenhet, og i etterkant kan det være svært vanskelig å forholde seg til ting jeg har sagt eller gjort.

### **Tiltak for mestring**

Åpen retur og brukerstyrt plass på DPS har vært viktige faktorer i min behandling. Skjerming, faste rutiner og begrenning av stimuli er virkemidler som får meg til å mobilisere egne mestringsressurser ved en mani. Det har vært godt å ha en avtale om brukerstyrt plass, slik at vi kunne komme tidlig i gang med de tiltakene som hjelper til med å bremse manien. Bare avtalen alene fikk meg til å senke skuldrene.

Et annet effektivt tiltak er damene i kommunens psykososiale team som regelmessig kommer hjem til meg. Takket være dem blir ikke depresjonene så dype og langvarige lenger. Sammen har vi også klart å bremse nye manier. Samtale får meg til å fokusere, og frykten for en innleggelse på akuttavdelingen kan få meg til å skjerpe meg. Siden min mani og psykose er en belastningsskade og ikke en sykdom, er det faktisk mulig å ta seg sammen. Også fra min behandler på poliklinikken får jeg tettere oppfølging når jeg kjenner på symptomer for at det kan komme en ny opptur.

### **Akuttbehandling**

Noen ganger klarer vi ikke å bremse manien. Fordi jeg har en alvorlig diagnose, blir jeg som regel raskt innlagt, siden jeg kan være til fare for meg selv. (Jeg har aldri vært til fare for andre.) Min opplevelse er at akuttavdelingen stort sett driver med brannslukking ved å medisinerer meg kraftig med antipsykotika. For å kunne «lokke frem fornuften» igjen er jeg helt avhengig av at miljøpersonale tar seg tid til å prate

med meg. Medisinene «fryser» problemstillingen jeg sliter med, og gjør meg sløv og umotivert.

*Antipsykotiske legemiddel blir gjerne omtalt som selve vilkåret for behandling av psykotiske lidelser. Behandling med antipsykotisk legemiddel blir betraktet som en forutsetning for annen behandling, for eksempel psykososiale tiltak (Trond F. Aarre).*

Dersom en betrakter psykosen som et helbredelsestalent, ville det kanskje være bedre å velge de psykososiale tiltakene først. I hvert fall de gangene pasienten bare har moderate symptomer. For meg blir det fryktelig feil å bli medisinert inn i en sløvhetstilstand, siden jeg responderer så godt på samtale og egenkraftmobilisering. Det er fint at helsepersonell er rolige og bestemte, men jeg må jo være våken og klar i hodet for å kunne nyttiggjøre meg de ressursene jeg har for mestring. Jeg har også opplevd at antipsykotisk medisin har forsterket og forlenget de depressive periodene som kommer i etterkant av maniene. Når jeg er deprimert, er jeg «stabil» nok til å være hjemme, da ligger jeg rolig i min egen seng og er ikke til plage for noen. Jeg tenker på de dumme tingene jeg gjorde da jeg var manisk, og vil ikke vise meg ute blant folk. En gang jeg var innlagt, fikk jeg en antipsykotisk medisin jeg ikke tålte. Jeg begynte å hallusinere, fikk angst og trodde at nattevakta var en djevel. En annen gang måtte jeg kutte ut lykkepillen fordi den førte meg rett opp i en mani kort tid etter at jeg begynte med den. Dette har gjort meg svært kritisk til medisiner.

### Svingdørpasient

Mine svingninger ble utløst av store ytre psykososiale utfordringer. Hjernen min gikk bananas og startet med å overprodusere kjemiske stoffer. Jeg ble akutt tvangsinnlagt og medisinert med enda flere kjemiske stoffer, noe som faktisk kan ha «dyttet meg over kanten» og utløst de bipolare svingningene som lå latent i min legning. Kanskje det bare var søvn jeg trengte den gangen. I utgangspunktet hadde jeg et lyst og positivt sinn. Det var først etter at jeg begynte med antipsykotisk vedlikeholdsmedisin (Zyprexa), at depresjonene ble mer dominerende, langvarige og dype. Det virket også som om denne medisinen på lang sikt forsterket berg-og-dal-bane-effekten. Psykosene ble verre, og når jeg så ble innlagt to–tre ganger i året, fikk jeg bare enda flere piller. Kanskje var det denne behandlingsstrategien som gjorde meg til svingdørpasient.

### Antipsykotiske medisiner

Effekten av antipsykotiske medikamenter er omdiskutert. Fagfolk mener å ha observert god kortsiktig effekt, men de vet lite om langtidsvirkningene. På noen av pakningsvedleggene står det at bivirkningene til medikamentet kan være rastløshet,

hallusinasjoner, angst eller oppstemthet (Abilify, Risperdal, Zyprexa). Tilbakefall kan altså være en effekt av legemiddelet og ikke av selve lidelsen. Dette er svært betenkelig, særlig siden antipsykotisk legemiddel ofte blir gitt mot pasientens vilje. Med utgangspunkt i mine tidlige erfaringer stiller jeg meg svært kritisk til anbefalingene om lang tids vedlikeholdsbehandling med antipsykotisk medisin ved bipolar lidelse. Jeg er ikke sikker på om nytten av legemidlene kan forsvare skadevirkningene av dem.

### **Motivasjon**

Jeg har allikevel tatt valget om å fjerne litt av toppene og bunnene i min mentale berg-og-dal-bane med en kombinasjon av tre stabilisatorer. De stemningsstabiliserende medisinene jeg tar, fører til en avflatning i følelsene, og de fysiske bivirkningene er ubehagelige. Jeg tenker at dette er et offer jeg må motiveres for. Veien frem til denne avgjørelsen har vært tung og tørefull, og jeg har vært utsatt for tvangsmedisinering med antipsykotiske medisiner som ikke hadde ønsket effekt, men som har påført meg vanskelig overvekt og diabetes. Legene som gav meg disse medikamentene, hadde en oppfatning om at de ikke virket som de skulle fordi jeg seponerte dem.

### **Medisinenes virkning**

Når man fjerner toppene og bunnene i følelsesregisteret sitt, vil det oppleves som en avflatning av følelsene. Dette er ikke en bivirkning slik jeg ser det, dette er den virkningen medisinene har. Følelsene mine er det viktigste jeg hadde, så man kan si at medisinene virker gjennom skadevirkning. Uten de heftige følelsene mister jeg en hel del energi, fremdrift og kreativitet, men jeg får tilbake trygghet og forutsigbarhet. I dag kan jeg være kreativ og produktiv på et visst nivå, men jeg får aldri vite hva jeg egentlig kunnet drevet det til hvis jeg fikk være umedisinert og litt crazy i et rausere samfunn. Jeg tør ikke ta sjansen. Hva om jeg hadde skåret av meg øret?

### **Ikke bare sykdom**

Jeg har valgt å betrakte bipolar lidelse som et talent. Med en riktig kombinasjon av medisiner, trygg bolig, forutsigbar økonomi, gode støttespillere og meningsfull sysselsetting har jeg håp om å kunne lære meg å *mestre* dette vanskelige talentet.

Jeg tror at vedvarende psykososiale *belastninger* kan føre til en kronifisering av en uheldig helsesituasjon. Derfor er det svært viktig å fokusere på problemløsning og traumebehandling, slik at noe av stresset kan fjernes. Sammen med min ansvarsgruppe har jeg kartlagt ressursene mine, satt meg nye mål og funnet praktiske løsninger som kan gjøre min hverdag mulig å mestre. Jeg opplever at min behandling er skreddersydd, og det er jeg takknemlig for. Dette gjør at jeg er motivert for å ta de medisinene som behandler anbefaler, selv om de begrenser følelsesregisteret mitt.

## Mestring av nye talenter

Det er ikke nok å bare ta medisiner og tro at man blir frisk. For meg har det vært viktig å øve opp nye talenter for å oppnå mestring. I arbeidslivet hadde jeg utviklet sosiale hemninger etter mange år på kontor med lite sosial omgang. Da jeg valgte å omskolere meg til lærer, var det en form for eksponeringsterapi. Jeg glemmer aldri hvor inkluderende og varme de andre lærerne var da jeg begynte som mat-telærer i barneskolen. Jeg likte å undervise barn, men da sommerferien kom, ble jeg manisk. Etter et par år som vikarlærer med hyppige sykemeldinger, måtte jeg kaste inn håndkleet og valgte å forlate skolen. De raske svingningene er på den ene siden en ressurs; jeg lander fort etter en mani. På den andre siden var det en stor utfordring at jeg kunne bli manisk bare i løpet av to-tre dager. Jeg valgte å søke om uføretrygd.

Det har vært en utfordring å skulle fylle dagene med noe meningsfullt. Jeg har deltatt i samtalegruppe og kunst- og uttrykksterapi og hatt stor glede av det. Jeg tror til og med at jeg har blitt friskere av det. I spesialisthelsetjenesten skjærer de ned på aktivitetene med den begrunnelsen at de der kun skal drive med behandling. Den medikamentelle «behandlingen» er kun symptomlindring. Tenk om ingen tar tak når pasienten er tilbake i kommunen? Asker kommune har hjulpet meg med startlån til en trivelig liten leilighet, og det førte i sin tur til at jeg fikk en trygg og forutsigbar hverdag. Det at jeg, til tross for en alvorlig sinnslidelse, kan bo i min egen leilighet, er selve fundamentet i min bedringsprosess.

## Skriving som terapi

I dag driver jeg litt med tegning og keramikk, men jeg liker best å skrive. Skrivningen har blitt min formidlingsform og terapi. Jeg har skrevet flere artikler fra brukerperspektivet. Noen ganger strømmer de fineste ord og setninger gjennom hodet, men jeg rekker ikke alltid å få festet dem til papiret. Da er det viktig å ikke bli frustrert. Jeg tror det er svært viktig å øve opp talentet sitt. Da jeg nettopp hadde fått diagnosen, kunne jeg sitte i timevis å bare tenke. Tankene var fine og noen ganger poetiske, men det kom ikke noe ut av det. Til slutt begynte tankene å gå i sirkel. Jeg tenkte de samme tankene om og om igjen.

Helt av meg selv måtte jeg finne ut at det var lurt å avbryte grublingen med aktive handlinger. Det hjalp. Jeg kunne strikke litt. Male eller gå en tur. Etter hvert fant jeg ut at det som hadde aller best effekt var å skrive. Ingen fortalte meg at dette kunne fungere som effektiv og god terapi for all min resultatløse grubling. Jeg startet med å skrive små fortellinger med fokus på psykisk helse, og da jeg fikk den første artikkelen på trykk, var det et skikkelig kick som på den ene siden gav en jublende følelse av mestring, men som på den andre siden utløste en prestasjonsangst som nesten førte meg opp i en ny mani. Dette dilemmaet ble diskutert i mitt behandlingsteam, hvor noen mente jeg burde legge skrivningen vekk siden den trigget meg

sånn. Jeg nektet og bestemte meg for å utfordre fenomenet gjennom å lære meg å mestre triggerne. Det tror jeg at jeg har lyktes med.

### Det bipolare talentet

For noen år siden var jeg prosjektleder for et skriveverksted om bipolar lidelse sett fra brukerperspektivet. Resultatet ble boka «Drøm i våken tilstand» (Kristiansen, Rydheim, Thyness, 2013), hvor syv kvinner forteller fra sine egne liv med bipolardiagnosen og psykose. Grunnen til at vi valgte å fokusere på psykose, er at det er forsket mye på schizofreni og psykose og svært lite på bipolar psykose. De to forvirringstilstandene blir behandlet med de samme antipsykotiske medisinene. I min historie i boka forteller jeg om hvordan en sykepleier «hentet meg ut» av forvirringstilstanden gjennom å appellere til morsinstinktet, den dypeste kraften i mitt sinn:

*Tankene plager meg i flere dager. De går fortsatt i sirkler. En av sykepleierne forsøker å føre en samtale med meg. «Hva heter barna dine?» sier hun plutselig. En kraft dypt innenfra får meg tilbake til et slags fokus. Jeg klarer å fortelle henne hva barna mine heter. «Hvor gamle er de?» fortsetter hun. Jeg klarer å svare på dette spørsmålet også. Torpedotankene slakker av på farten. «Går barna dine i barnehage?» Jeg prøver å fortelle om familiebarnehagen og mitt ansvar som arbeidsgiver og eier. Samtalen blir hakkete og rar, men dialogen hjelper meg til å få tilbake kontrollen over mine egne tanker. Plutselig ser sykepleieren medfølelse på meg og sier: «Du trenger bare å få hodet over vannet.» Det danner seg et bilde inne i hodet mitt. En forklaring. Jeg er under vann og kjemper med å komme meg opp til overflaten. Mens hun snakker rolig og medfølelse med meg, brister vannspeilet og jeg gisper etter luft. Tankene slutter å gå i endeløs sirkel. De begynner å pendle frem og tilbake, saktere, med en begynnelse og en slutt. Det er bedre. Jeg kan trå vannet nå og har fått hodet over. Jeg griper hendene til sykepleieren og sier: «Takk, takk, jeg skal aldri glemme deg så lenge jeg lever.» (Kristiansen et al., 2013)*

Mennesker med bipolardiagnosen er ofte kreative og fantasifulle. Ett av mine kreative «talenter» er evnen til å drømme i presis grafikk, med klare farger og lyd. Også i dagdrømmer og i psykosen benytter jeg denne egenskapen. Mine drømmer og psykosebilder er som oftest logiske og løsningsorienterte. Da sykepleieren forklarte meg at jeg måtte få hodet over vannet, gav hun meg akkurat den forklaringen jeg trengte for å danne et bilde inne i hodet som kunne få en slutt på tankekjøret.

### Arvelig talent

Jeg opplever at det er stort fokus på arv i fagmiljøene. Forskere jobber på spreng for å finne de genene som de antar disponerer for psykisk sykdom, og når diagnosen er satt, er det psykiaterne med sine medikamenter som dominerer behandlingen. Men

hvordan stiller det seg dersom vi antar at det er dette drømmetalentet i seg selv som utgjør sårbarheten? Vil ikke en slik antakelse måtte medføre store endringer innen forskningsdesign, forebygging, behandling og rehabilitering? Et talent er som oftest arvelig, men dersom vi ikke øver, vil vi heller ikke kunne utvikle og mestre talentet vårt. Et underutviklet talent kan kanskje medføre en ekstra sårbarhet eller frustrasjon hos folk som har psykiske utfordringer?

### Håp

Pasienter med diagnosen bipolar lidelse får ofte høre at de har en kronisk, uhelbredelig sykdom. Det kan ta håpet fra oss med det samme. Da jeg begynte å betrakte svingningene mine som et talent, fikk jeg håpet tilbake, men havnet i konflikt med behandlingsteorien. Jeg mener jeg har et visjonært og kreativt talent som jeg kan øve meg på å mestre hvis jeg får gode rammebetingelser. Behandlere tar som oftest utgangspunkt i at jeg har en sykdom i hjernen som må bekjempes med medisiner. Heldigvis jobber det mange empatiske og flinke folk i «miljøet» på akuttavdelingen og på DPS. Det er viktig at disse hjelperne har kunnskap om at psykosen ikke bare inneholder sykdomssymptomer, men også kan være et helbredelsesforsøk, med et fordekt billedspråk som kan gi tips om hva det er pasienten sliter med. «Ta bort hendene i nakken», skrek en psykotisk ung gutt som var innlagt på en behandlingstilstand. Personalet forsøkte alt for å trygge ham. Etter hvert kom det for en dag at han hadde vært seksuelt misbrukt som liten gutt. Han hadde fortrent dette, men minnet om overgrepene satt i kroppen og kom fram som hallusinasjoner (Axelsen, 2009).

### Medisinfrie behandlingsforløp

«Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp» ble startet av brukerorganisasjonene for å kjempe frem et medisinfritt tilbud i Norge. Brukerorganisasjonene sitter på masse erfaring om at det er mulig å bli helt frisk uten medikamenter. «Grunnbehandlingen bør være å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med,» står det i kampanjebrosjyren. Jeg ønsker meg et slikt «ri-av-stormen-hus» i kommunen. Det skulle være et lavterskeltilbud, hvor jeg kunne komme med dosetten min uten at noen straks økte dosen. Hvis jeg kunne være der i noen dager, fikk vi se om manien blomstret av. Hvis ikke kunne noen ringe etter en taxi som kjører meg til DPS eller akuttavdelingen på det psykiatriske sykehuset jeg tilhører.

### Behandling eller feilbehandling

I dag skjærer spesialisthelsetjenesten ned på stillinger som har med aktivitet å gjøre. Det er kommunene som skal ha ansvar for dette nå. Pasientene sendes raskere hjem enn før. Hvis jeg har rett i påstanden om at antipsykotiske medisiner forlenger og

forsterker depresjon hos folk med bipolar diagnosen, vil kommunen og de pårørende få en økt utfordring i tillegg til at en dyp depresjon kan være livstruende for den det gjelder. Det er flere med bipolar diagnosen enn schizofrenidiagnosen som er kritisk til den dominerende medikamentelle behandlingsstrategien. For mitt eget vedkommende mener jeg at jeg har blitt feilbehandlet med antipsykotisk medisin i en årrekke, og at det er dette som gjør bipolar legning til en lidelse.

---

Referanser

Axelsen, E.D. (2009). *Symptomet som ressurs*. Oslo: Pax forlag A/S.

Kristiansen, G., Rydheim, S., & Thyness, E. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt forlag.

Aarre, T. F. (2014). Antipsykotiske lækjemiddel – på tide å tenkje nytt. *Dialog*, 2, 6

# Samlokalisering psykiatri og somatikk – et skritt i feil retning?



En gang jeg var innlagt på akuttavdelingen på Blakstad psykiatriske sykehus, fikk jeg en visjon om at hele sykehuset burde jevnnes med jorden. Noen år senere begynte de politiske føringene for å slå sammen psykiatri og somatikk, og vi fikk et felles brukerråd i sykehuset. Det ble ikke så gunstig for oss fra psykiatrien. Etter hvert ble sykehusene organisert i store helseforetak. Nå ble brukerrepresentantene fra psykisk helsefeltet i enda større grad oversett.

I flere av de nye helseforetakene skal det bygges nye sykehus, hvor psykiatri er planlagt integrert i de store somatiske sykehusene. Ett av hovedargumentene for å samlokalisere psykiatri/somatikk har vært å fjerne stigmatiseringen av psykiatriske pasienter. Tanken er at pasientene kan kontakte sykehuset og bli «fikset» der enten de er fysisk eller psykisk syke. Jeg må si jeg er litt betenkt over en slik utvikling. Psykiske problemer må løses, ikke fikses med medisiner.

Da jeg fikk min visjon om at Blakstad sykehus burde jevnnes med jorden, var det bygningene jeg så inne i hodet. Men det hjelper ikke å rive ned og bygge nytt hvis sykdomsmodellen er feil. Blakstad psykiatriske sykehus ligger i et naturskjønt område, med kyststi og badestrand, blåveis, eplehage og jordbæråker like ved. Sykehuset hadde eget svømmebasseng og gymsal, men disse kan ikke brukes nå på grunn av manglende vedlikehold. Etter at føringene for en samlokalisering begynte er alle de flotte støttefunksjonene vi hadde på sykehusområdet blitt gradvis avviklet.

Slik som kafeer med arbeidstrening, rammeverksted, gartneri og «låven» med snekkerverksted og reparering av pc. Alle disse tiltakene var tiltak pasientene satte pris på og som jeg er overbevist om er viktige elementer i en bedringsprosess. For-



---

*Leserinnlegget «Samlokalisering psykiatri og somatikk – et skritt i feil retning?» ble første gang utgitt i Søkelyset nr 37 2015. Utgiver: Landsforeningen We shall overcome.*

klaringen ledelsen ved sykehuset gir på at disse positive tiltakene nå blir nedlagt, er at kommunen skal overta slike funksjoner.

En positiv utvikling, slik jeg ser det, er utbyggingen av distrikts psykiatriske sentra (DPS) med døgnplasser og brukerstyrte senger. Jeg har brukt det lokale DPS-et i Asker selv en rekke ganger og har vært meget godt fornøyd med det. Men noen ganger blir symptomtrykket for stort og da kan de ikke håndtere meg på DPS-nivå, så da sender de meg til Blakstad. Der får jeg en ekstra dose medisiner, bak låste dører, og så blir jeg sendt hjem igjen når jeg har blitt sløv nok. Dette er en fin måte å skape svingdørspasienter på. Nye kunder til psykiatrien!

Siden brukermedvirkningen etter min erfaring har blitt svekket etter sammenlåingen med somatikk, bestemte jeg meg for å foreta en uformell brukerundersøkelse. Her er noen av svarene jeg fikk på spørsmål om hva folk tenkte om samlokalisering somatikk/psykiatri:

*«En klinikk for mennesker som er plaget av hva som i dag karakteriseres som psykiske sykdommer, trenger et helt annet miljø enn et sykehus. De trenger et friskhus, et miljø som er preget av skjønnhet, et rolig miljø for samtaler og fysisk trening, for rekreasjon, ulike kreative virksomheter som musikk, kunst, fotografering, teater: Sentrum for virksomheten skal være psykoterapeutisk, psykososial og pedagogisk virksomhet. Et frisk-hus kan bygges som flere enetasjers atriumhus i en park. Dette er noe helt annet enn somatikkens nye fabrikker, se det nye sykehuset i Østfold som negativt eksempel. Disse er preget av stor hast, korte liggetider og kraftige virkemidler i et sterilt miljø. Her er ingen tid for recovery.»*

*«Tanken bak samlokalisering har vært å fjerne skillet mellom psykiatri og somatikk, blant annet for å hindre stigmatisering. Men selv har jeg kommet alvorlig i tvil. Hva er likheten mellom somatikk og psykiatri egentlig? Finnes det faktisk psykiske sykdommer, eller er hele begrepet en sosial konstruksjon? Er det egentlig psykiatri og medikasjon som skal til når noen lider av psykose? Jeg vet ikke, og innbiller meg heller ikke at jeg vet. Men spørsmålstegnene har blitt såpass mange at jeg undrer meg om lang tids innleggelse på psykiatrisk sengepost i det hele tatt hjelper noen. Og hvis det ikke gjør det, bør det vel heller ikke ha noen plass innen et moderne helsestell.»*

*«Sykehuset i Vestfold har jo alt under samme tak, eller nesten i hvert fall. Det er en tragisk plass der pasientene sitter på utstilling for alle som går, sykler eller kjører forbi. Det finnes ikke menneskelige hensyn og de fleste blir svingdørspasienter.»*

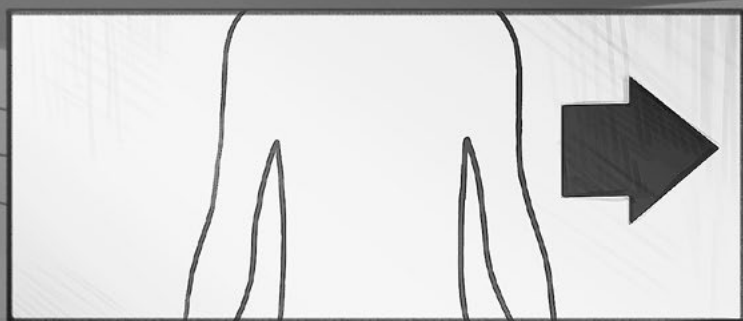
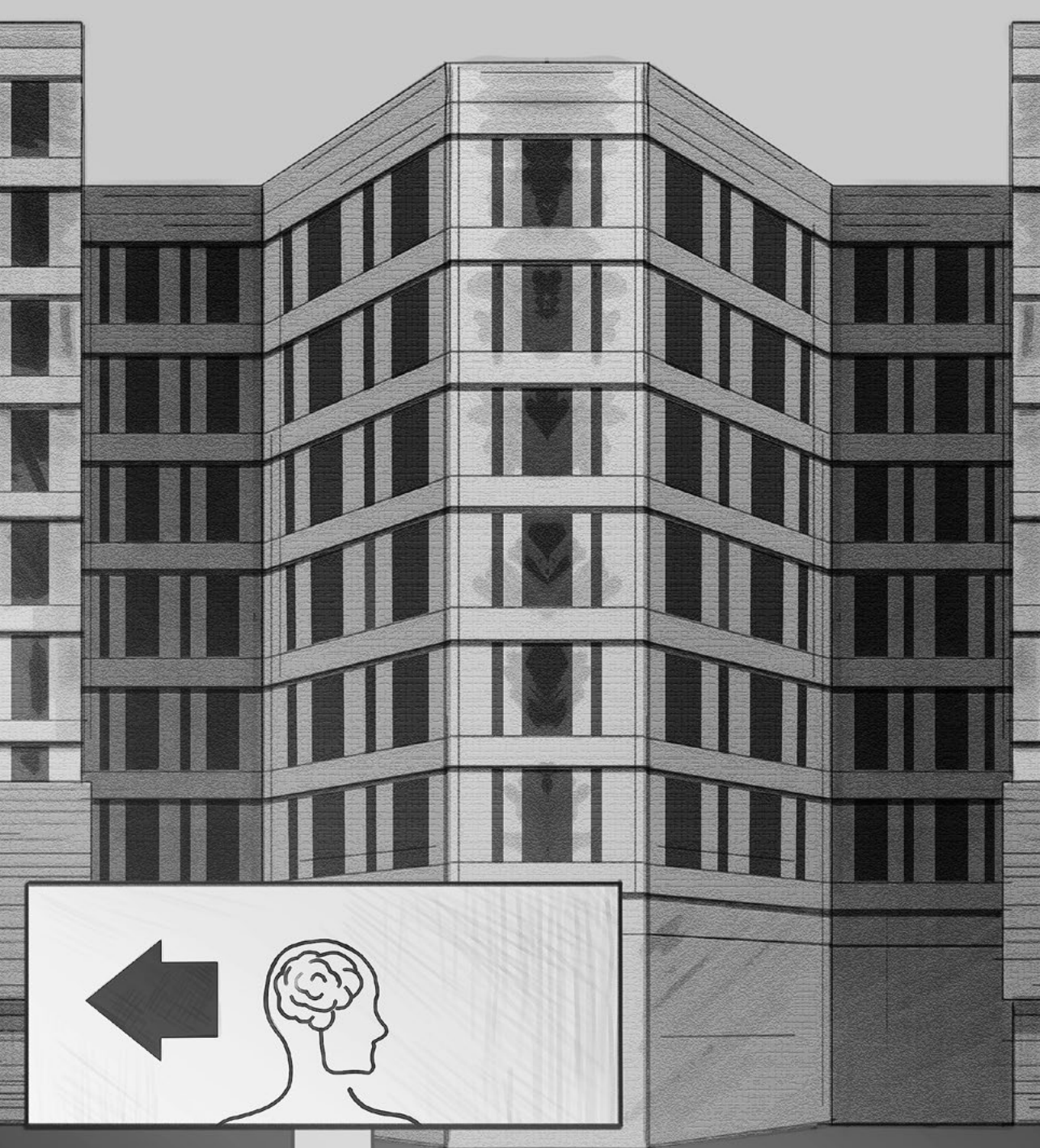
*«Mange pasienter med psykiske lidelser har blitt syke på grunn av ytre og/eller indre stress, eller blitt forverret ved stresseksponering. Å behandle pasienter med slike proble-*

*mer i et stressete sykehusmiljø er dårlig behandling. Pasienter som kommer inn med politieskorte, psykotiske, nakne, forgråtte, sinte osv. skal få slippe å møte nabokjerringa og være redd for sladder. Å være på utstilling er ikke ok. Tror ikke fordommene til psykisk sykdom blir mindre ved å la folk møte pasienter på sitt sykeste.»*

*«Jeg har dessverre null tro på at folkesnakket tar slutt om vi «viser frem» de sykeste av de syke for å bevise at det ikke skal være skambelagt å være psykisk syk. Når man er som mest sårbar, så bør samfunnet legge til rette for beskyttelse. Å unngå bruk av politi er ett tiltak, å ha egne institusjoner er ett annet tiltak. Det er viktigere at behandlingen er god enn å drive med antistigmatiserende arbeid i den delen av sykdomsfasen.»*  
*«Menneskeverd handler også om å slippe å oppleve paternalisering - at noen andre tar over et ansvar man selv ønsker å beholde.»*

*«Det er litt betenkelig når brukermedvirkningen i for eksempel akuttpsykiatrien blir ivare tatt av representanter med lettere og moderate plager, som aldri selv har vært innlagt. Skal de da på mine vegne få bestemme hvordan min fremtidige behandling skal bli? Med tanke på å bekjempe stigma.»*

Konklusjon; Personlig er jeg mot samlokalisering. Men jeg har jo også hatt en visjon om at de gamle asylene burde jevnnes med jorden så det blir vanskelig for meg å tale varmt for å bevare de gamle sykehusene slik de drives i dag, etter den medisinske sykdomsmodellen. Jeg er svært fornøyd med DPS utbyggingen hjemme i kommunene der hvor folk bor, men når folk blir for syke til å være på DPS må de kunne sendes til et «sted» hvor de kan få god behandling. Et slikt «sted» bør være et sted der folk kan ha håp om å bli friske. Jeg tror jeg justerer min visjon og mener at bygningene på Blakstad kan få stå. Sykehusområdet ved Oslo fjorden egner seg perfekt til et frisk-hus område. Det er den medisinske sykdomsmodellen som må erstattes med en humanistisk recovery modell.



# Hvor er hjelperne?



Ved første henvendelse til psykisk helsehjelp er det mange som opplever at det er vanskelig å etablere kontakt. Folk finner ikke frem. De fleste vet at de må gå til fastlegen for å få en henvisning til spesialist. Men kommer de for tidlig vil fastlegen høyst sannsynlig sende dem hjem igjen, med en resept. Ved stress og uro kan en kombinasjon av sykemelding og jobb ha positiv effekt. Hvis de har en god fastlege ber han dem komme tilbake innen en uke. Hjemme der de bor fortsetter de å leve så normalt som mulig. Enda vet de ingenting om tilbudene i kommunen. Det er ikke sikkert fastlegen vet det heller. Enten blir folk bedre etter en stund eller så kan de bli verre.

## Skremmende for mange

Med en kombinasjon av store psykiske påkjenninger og en viss arvelig disposisjon, kan tilstanden etter hvert bli svært alvorlig. Det finnes ingen eksakt vitenskap på området, men hvis fastlegen kjenner igjen noen av de tidlige symptomene på alvorlig psykisk sykdom, vil han henvise pasienten sin videre til spesialist som kan ordne med frivillig innleggelse, kartlegging og utredning. Men det er ofte lange ventelister. Hvis tiden går og pasienten i mellomtiden blir så syk at han mister grepet på virkeligheten, vil pårørende eller politiet måtte kjøre han til legevakta og derfra går turen gjerne rett inn på en akuttavdeling på psykiatrisk sykehus. Dersom pasienten da vurderes til å være så forvirret at han er til fare for seg selv eller andre eller at han ikke har samtykkekompetanse, blir han innlagt på tvangsparagraf.

*«For mange blir det første møtet med psykisk helsevern og tvang så skremmende at de reagerer med motstand og utagering. Når man nektes hjelp i en tidlig fase er det ingen som forstår at man blir dårligere fordi man ikke fikk hjelp tidnok. Det burde enhver psykiater vite» sier en pasient.*



---

*Innlegget «Hvor er hjelperne» ble første gang publisert 29.01 2016 på Psykobloggen publisert på Mental Helses nettside [www.mentalhelse.no](http://www.mentalhelse.no).*

## **Før tvang blir nødvendig**

Jeg mener at veien til tidlig innsats må gå gjennom kommunens hjelpeapparat. Det er i kommunen lavterskeltilbudene skal befinne seg. Det er hjemme i kommunen håpet er og det er der de praktiske løsningene finnes. På kommunalt nivå skal det drives helsearbeid med fokus på forebygging og rehabilitering og da ofte i samarbeid med NAV.

De fleste kommuner har et kontor for tjeneste tildeling og etter hvert skal alle kommuner overta mer av de oppgavene spesialisthelsetjenesten gjorde før. Det er viktig at alle landets borgere finner frem til disse tjenestene før de har blitt så syke at de må legges inn med tvang eller tar sitt eget liv.

## **Trenger gode hjelpere i kommunen**

I kommunen finnes det gjerne flere frivillige organisasjoner og møteplasser hvor både friske og syke kan omgås hverandre. Venner og pårørende bor kanskje i samme kommune eller pasienten kan skaffe nye venner og pårørende. Alt dette er viktige ressurser som kan bidra til tilfriskning på pasientens egne premisser. For å få det til å virke er det en viktig ting som må på plass. Tilgjengelighet. Det må finnes en kontakttelefon som det er mulig for alle å nå frem på. Fastlegene må ha informasjon om dette nummeret slik at veien videre ikke nødvendigvis må gå via en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Mange tror at en pille kan løse psykiske problemer. En pille fjerner bare symptomene og lindrer smerten. Det er pasienten som er ekspert i sitt eget liv, men noen ganger trenger vi gode hjelpere for å komme oss på beina igjen.

## **Recovery i kommunens tilbud**

Recovery er en behandlings-filosofi som tar utgangspunkt i at hjelperne virkelig har tro på at pasientene kan mestre livet sitt og bli bedre. Utgangspunktet er alltid der hvor pasienten er nå. Målet er det pasienten selv som definerer. En psykolog sa til pasienten sin at hun bare kunne hjelpe til med fem prosent resten måtte pasienten gjøre selv. Det kan ta lang tid og det forutsetter frivillighet og egeninnsats. Jeg mener at denne behandlingsfilosofien må gjennomsyre kommunens hjelpetilbud.

## **Viktig med tidlig og tilgjengelig hjelp**

Det er viktig at brukerne får rask og riktig hjelp, før symptomene blir for alvorlige. Det vil si at hun som kutter seg, men ikke dypt nok til å bli innlagt, skal få hjelp uten henvisninger og vedtak. Det er først da det blir et lavterskel tilbud. De kommunale tjenestene er ikke ferdig utviklet enda og vil ikke bli det heller med mindre alle forsøker å trekke i samme retning. Akkurat nå er selvskading et stort problem og disse pasientene blir fort kasteballer i behandlingssystemet fordi ingen ser helheten og ingenting henger sammen.

### **Individuell plan før diagnose**

I kommunen skal det finnes en koordinator som kan lage en Individuell behandlingsplan sammen med brukeren. Behandling på sykehuset er bare en liten bit i denne planen og da ofte forbundet med akutt krise, kanskje noe brukeren bør sette seg som mål å unngå. Behandlings-teamet eller ansvarsgruppen kan bestå av fastlege eller psykiater, en sykepleier, en sosionom og en psykolog. Hvis de kommer tidlig igang og alle bidrar regelmessig med en time eller to hver uke, blir dette behandlingsopplegget langt billigere og forhåpentligvis også langt mer effektivt enn om behandlingen utsettes til det foreligger en diagnose.

### **Lett tilgjengelig telefonnummer**

Tenk om det kunne blitt like naturlig å oppsøke kommunens psykiske hjelpearbeidere som å gå til tannlegen? De fleste ville nok synes det var naturlig å ringe først, men hvor lett er det å finne nummeret? I noen kommuner er hjelperne så utilgjengelige at pasientene først kommer i kontakt med dem etter å ha vært innlagt på psykiatrisk. Samtidig så vet vi at ved de fleste akutte henvendelser så har de psykiske plagene vedvart i noe tid. Så hvorfor fikk ikke pasienten hjelp før det ble krise? Kommunens kontakt telefon kommer ikke på banen av seg selv. Den må etterspørres.



# Med håp om recovery



## Recovery

Det engelske ordet *recovery* er vanskelig å oversette til norsk. Det nærmeste vi kommer er bedringsprosesser. Selve begrepet brukes på ulike måter, og som behandlingsfilosofi har den minst to innfallsvinkler. Personlig recovery er en unik prosess som tar utgangspunkt i pasientens/brukerens egne ressurser, verdier, mål og drømmer. Personlig recovery innebærer håp og muligheter til å vokse og utvikle seg på tross av begrensningene som de psykiske utfordringene representerer. Min forståelse er at recovery i praksis først og fremst handler om å endre fagfolks holdninger. I en recovery-orientert praksis er bruker og hjelper likeverdige (NAPHA, 2010). Min erfaring med recovery fra brukersiden er at filosofien har gitt meg helt nye muligheter til mestring, sysselsetting og sosialt samvær – de fleste på arenaer jeg kan være med på å etablere selv.

## Behandlerstyrte bedringsprosesser

Før samhandlingsreformen var det akuttpostene som definerte behandlingen av alvorlige psykiske sykdommer (St.meld. nr. 47 (2008–2009), 2009). Folk fikk ikke hjelp før det var akutt og stort sett dreide behandlingen seg da om å fjerne de symptomene som hadde bygget seg opp mens folk hadde måttet vente. Målsettingen med akuttbehandlingen var at pasienten raskest mulig skulle gjenvinne sosial funksjon og metoden var medisiner. Det var behandler som bestemte når målet var nådd, ut i fra samtale og observasjon. Overlegen visste best. Dette er kanskje i ferd med å endre seg nå. Kanskje ikke.

## Holdningsendring

Recovery-orientert helsearbeid tar utgangspunkt i pasienten selv og hans eller



---

*Artikkelen « Med håp om recovery » ble første gang utgitt i Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04/2016 (Volum 13). Utgiver: Universitetsforlaget.*

hennes egne ressurser. Veien til bedring starter der pasienten er nå, og målene er det pasienten selv som definerer, ikke behandlerne. Veien til personlig recovery kan bestå av mange delmål og er kanskje bare en urealistisk drøm eller visjon langt der fremme. Noen pasienter er så preget av sykdommen sin at de ikke lenger har noen håp og drømmer for fremtiden. Da handler personlig recovery om å endre den resignerte holdningen og skape en ny identitet som ikke bare er diagnosen. Dette var ikke noe problem for meg. Jeg hadde store drømmer og mer enn nok selvtillit, men jeg opplevde at behandlingen jeg fikk, hindret meg i å strekke meg etter drømmene mine.

## **Håp**

Da jeg fikk en bipolar diagnose, mistet jeg etter hvert psykologtimene og ble overført til en psykiater. Jeg ble fortalt at bipolar lidelse var en kronisk og livslang sykdom. Behandlingen dreide seg om at jeg skulle stabiliseres. Derfra var på en måte alt håp ute. Det var ingen som spurte meg om jeg hadde noen tanker om fremtiden. Ingen var opptatt av mine mål og ressurser. Behandlingen gikk ut på at jeg måtte ta medisiner og unngå stress. Dette opplevde jeg som veldig passiviserende og ikke minst frustrerende. Mitt mål var å sette spor etter meg. Helst like tydelig som Jesus. Siden min behandler kjente til at mange svært syke pasienter har vært overbevist om at de har vært Messias, var det bare symptomet han så – og ikke en visjon og en ressurs vi kunne jobbe videre med sammen.

Fra behandlers synsvinkel kan det se ut som om pillene har god effekt. Hjernens aktivitet består jo av en rekke kjemiske reaksjoner som kan dempes eller stimuleres med medikamenter, men jeg fikk ikke den effekten jeg ønsket meg. Jeg hadde bare negative opplevelser med den medisinske behandlingen. Skjerming, småprat og andre tiltak i miljøet opplevde jeg derimot at hadde positiv virkning. Ingen spurte meg noensinne om jeg var fornøyd eller misfornøyd med den behandlingen jeg fikk. Det var først da jeg kom i kontakt med den kommunale helsetjenesten hjemme i min kommune at jeg fikk et lite håp tilbake.

## **Målet for behandlingen**

Pasientens mål for behandlingen er ikke alltid det samme som behandlerens. I tilfriskningsprosessen bør det være rom for tilbakefall. Mange behandlere er veldig dominerende og bruker tvang for å nå sitt mål. Jeg mener tvang er en falitterklæring og noe vi absolutt må forsøke å unngå. Behandlingen handler om å få alvorlige psykiske sykdomsutbrudd under kontroll, og måleenheten er å redusere antall re-innleggelser.

Hjemme i kommunen fortsetter den veiledende behandlingen med at pasientene vedlikeholdsmediseres under oppsyn av fastlegen eller en psykiater. Min erfaring er at rammebetingelsene og målene for bedringsprosesser enn så lenge må tilpasse

seg denne praksisen. Pasientene må ta den medisinen legen bestemmer, hvis ikke risikerer de å bli behandlet med tvang. Recovery-filosofien har nok fortsatt noen utfordringer i spesialisthelsetjenesten. Men de kommunale hjelperne kan starte opp med recovery-filosofien i sin praktiske hverdag. Det handler om å ha en positiv innstilling og tro på at det nytter. Det gjelder å være aktiv og oppfinnsom; de kan for eksempel starte med å spørre brukeren om han har et tilfredsstillende sted å bo. Videre kan de kartlegge om pasienten har dårlig livskvalitet, er deprimert eller har begynt å drikke.

### Pasienten i sentrum

Det er jeg som er eksperten på meg. Jeg trenger bare litt hjelp og støtte av og til for å finne meg selv igjen. Recovery på det personlige planet handler om at jeg som pasient må tenke mindre på de hindringer og begrensinger som følger med det å ha en alvorlig psykisk lidelse og samle fokuset om å utnytte mine egne ressurser og muligheter. Hjelperne skal egentlig bare støtte og oppmuntre meg langs den veien jeg velger å gå, og mange ganger gjør de heldigvis det. Et tydelig vendepunkt var da jeg fikk Individuell mestringsplan med faste behandlingsmøter fire ganger i året og en koordinator i kommunen som var psykiatrisk sykepleier. Deltakerne i behandlingsteamet eller ansvarsgruppen som noen kaller det, var det jeg selv som valgte ut. Møtene ble først ledet av koordinator, men etter hvert kunne jeg overta selv. Jeg fikk sitte i førersetet hele tiden mens jeg var «frisk», og vi lagde en kriseplan og en ønskebehandlingsplan for de gangene jeg ble «syk». Til å begynne med ville jeg ikke ha med en pårørende, men etter en stund inviterte jeg min gamle far med i gruppa. Det var et sjakktrekk. Pappa ble satt opp som min nærmeste pårørende, og i ansvarsgruppemøtene ble han kjent med og trygg på de fagfolkene jeg hadde rundt meg. Han fikk en liste med navn og telefonnummer knyttet til personer han hadde møtt og pratet med. Dette gjorde at han som pårørende kunne senke skuldrene overfor meg og mine manier fordi han visste han kunne ringe til noen i stedet for å måtte ta meg med til legevakta i en oppløst tilstand. Individuell plan var det første virksomme skrittet i retning av recovery, og det går nesten ikke an å snakke om personlig recovery uten å samtidig nevne Individuell Mestringsplan som verktøy. Men selvfølgelig finnes det fallgruver også. En pasient sa det slik; «Det er ikke lett å sette seg selv i førersetet, når legen sitter der allerede».

### Mestring

Mestring er en viktig bestanddel i recovery-arbeidet. En bruker ble spurt om hvordan hun hadde det nå, og svaret var at hun hadde angst fordi hun var invitert til brorens bryllup i Bergen om tre uker. Hun ville veldig gjerne delta, men det å ta fly var helt utelukket. Sammen med sin hjelper bestilte hun togbillett med sovekupé på hjemveien. Det neste hun skulle gjøre, var å kjøpe ny kjole, sko, strømper og gave.

Hjelper brukte av sin egen fritid på å bli med for å se på kjoler. Hun kjørte sin egen bil og passet på at kjolen ikke ble for dyr. Etterpå støttet hun brukeren videre på innkjøpsrunden med oppmuntrende sms og et par telefonsamtaler. Bruker ordnet med resten av innkjøpene selv og etter det kunne hun senke skuldrene litt for Vestlandsturen. Turen ble svært vellykket. Brukeren opplevde mestring og nådde sitt mål. Uten hjelpers støtte og oppmuntring kunne turen blitt stressende, vilkårlig og kaotisk og lett endt med en innleggelse når hun kom hjem igjen. Av og til trenger man et puff ut av komfortsonen, og av og til gir det stor gevinst at hjelper strekker seg litt utover rammene og den tilmålte tiden. Et mål som kan virke lite og ubetydelig for dem som er friske, kan mange ganger være en kraftanstrengelse for en som sliter.

### **Recovery i praksis**

For å oppnå recovery-orienterte praksiser er det som før nevnt en del holdninger som må endres. Av og til møter jeg fagfolk som antar at jeg har veldig lav selvfølelse som en del av mitt sykdomsbilde. Det må jeg le litt av, for et av mine personlighetstrekk er en solid overdose innadvendt selvtilit. I en manisk episode forsterker denne egenskapen seg og blir litt uspiselig. Jeg får grandiose tanker. Overlegen kalte det «å syke inn» da jeg full av energi og kreativitet kom susende inn på posten i gudinnemodus. Jeg fikk sterke antipsykotiske medisiner for å bli kvitt de symptomene som for meg nesten bare opplevdes berikende og positive. Resultatet av tvangsbehandlingen var en tilstand av total likegyldighet og en flere måneder lang svart depresjon. Dette er den biomedisinske behandlingsmodellens kritiske konfliktpunkt. Behandlere var overbevist om at det beste de kunne gjøre for meg, var å fjerne alle symptomene mine. Jeg tror at den positive energien og de grandiose tankene kan utnyttes i en bedringsprosess. Jeg hadde for eksempel en diffus idé om at det var svært viktig at jeg forsøkte å skrive ned mest mulig i dagboken min. På akuttavdelingen var det derfor viktig for meg at jeg fikk beholde papir og blyant når de «strippet rommet» som et av tiltakene i skjermingen. Med minst mulig stimuli rundt meg kunne jeg sitte på rommet i skjermingstiden og fylle det ene A4-arket etter det andre fra kopimaskinen, med håndskrift og små tegninger. Akkurat dette var helt avgjørende for meg, men det er ikke sikkert det virker på alle. Enhver har sin egen interesse og ressurs. Jeg fikk vite om en kvinne som lenge hadde vært tvangsinnlagt. En dag begynte hun å brodere på sengetøyet for å ha noe meningsfullt å gjøre (Nitter, 2012). En annen pasient konsentrerte seg om Rubiks kube. Meningsfulle aktiviteter er viktig, også når pasientene er svært syke.

Ingen steder i behandlingkjeden har jeg fått inntrykk av at noen har hatt troen på at en mani eller psykose kunne utnyttes på noen som helst positiv måte. Det kan den kanskje ikke heller akkurat der og da, men jeg har erfart at mani kan blomstre av helt av seg selv, og etterpå er det veldig fascinerende å lese i skribleriene.

En annen ting jeg har erfart, er at det har vært mening i å utøve fysiske aktiviteter mens jeg har kjempet med symptomene. Det å kunne svømme i bassenget inne på sykehusområdet var en fin fysisk aktivitet som gav meg akkurat passe motstand. Det å trække på en ergometersykel var heller ikke så dumt. For meg var det et stort behov for å kunne bruke opp overskuddsenergien i manien. Jeg satte i gang med en søknadsprosess om å få plassert en ergometersykel på lukket avdeling der jeg mente behovet var størst. Sykkelen kom på plass, den, men etter en stund forsvant den igjen. Svømmetilbudet forsvant også. Bassenget måtte stenges på grunn av manglende vedlikehold. Tiltak som har vært til svært god hjelp for meg og andre i akuttbehandling, har blitt borte uten at pasientene er blitt spurt eller vært med på noen som helst form for evaluering.

Heldigvis har jeg en støttekontakt som også er ergoterapeut. Hun tar meg med på alle mulige aktiviteter når jeg er utskrevet. En gang hun besøkte meg på avdelingen, spurte hun om jeg hadde strikketøy. Jeg hadde ikke det siden strikkepinner ikke er tillatt på skjermet avsnitt. Hun ble helt forferdet og mente at jeg kunne bli gal av å bare sitte med hendene i fanget dagen lang. Gal var jeg jo allerede, så det lo vi litt av, men hun dro ut og kjøpte garn og den største plast-heklenålen jeg har sett.

### Profesjonskamp

Det å finne en anledning til å arbeide recovery-orientert handler også om en profesjonskamp. Ergoterapeutenes fagområde opplever jeg som veldig recovery-orientert. Støttekontakten min har gitt meg mange eksempler på det. Ergoterapeuten kan komme inn på rommet til en dypt deprimert pasient og med utgangspunkt i pasientens dagsform forsiktig finne ut av hva hun orker i dag. Kanskje vil hun bare gre håret eller lakkere neglene, og da gjør de det. Sammen. Kanskje var det denne lille hendelsen som gjorde størst inntrykk, knyttet en verdifull relasjon og som pasienten tok med seg videre og senere refererte til som et vendepunkt. Som en følge av omstillinger har mitt Helseforetak erstattet ergoterapeutene med sykepleiere på akuttpostene. Sykepleiere kan dele ut piller og sette sprøyter. Dette er nok billigere behandling enn svømming og andre aktiviteter, men jeg tror ikke effekten har blitt noe særlig bedre. Det er mye galgenhumor blant brukerne om dette. Det vi ler mest av, er at det kan virke som om økonomene har overtatt kontrollen fullstendig.

### Innovasjon

Behandling etter recovery-tankegangen tar utgangspunkt i troen på at brukeren kan bli bedre gjennom å få støtte til å ta i bruk egne ressurser. Kanskje blir han ikke helt symptomfri, men han kan definere hva som er en god hverdag for seg og så øve på å mestre den selv om han har en alvorlig psykisk lidelse. Folk med alvorlige psykiske lidelser blir ikke bedre av medisiner alene. Pasientene stabiliseres bare, og så sendes

de raskere hjem. Dersom det ikke er etablert gode nok tjenester i kommunen, risikerer stadig fler å bli svingdørspasienter.

En recovery-innovasjon har best rammebetingelse i kommunen. I henhold til samhandlingsreformen skal kommunene overta mange av de oppgavene spesialisthelsetjenesten hadde før. Kommunene skal ha ansvar for forebygging og rehabilitering. Dersom kommunene klarer å få til en god recovery-orientert forebyggende praksis, vil dette kanskje kunne avverge mange av innleggelsene. Jeg vil oppfordre pasient- og pårørendeorganisasjoner til å etterspørre gode og virksomme tjenester på kommunalt nivå slik at folk kan få hjelp tidlig og helst unngå å bli innlagt på psykiatrisk sykehus eller DPS. Dette forutsetter tilgjengelighet ved at det eksisterer et telefonnummer eller en skranke man kan henvende seg til uten henvisning og vedtak, og at det etableres flere virksomme lavterskeltilbud i kommunen. Ingen av delene er på plass i alle kommuner i dag, og det vil kreve aktiv brukermedvirkning, riktige politiske beslutninger, øremerkede overføringer fra staten og innsatsvilje for å få gjennomført det.

## **Recovery i Asker**

Tilfeldigvis bor jeg i Asker kommune, og det var hit de kom for to år siden, forskere og professorer fra Høgskolen i Buskerud, med Marit Borg og Bengt Karlsson i spissen. Brukere og ansatte hadde fått invitasjon til Recovery-verksted på en nøytral arena i Frivillighetens hus. Ikke visste vi hva dette skulle handle om, og kanskje visste ikke professorene det helt heller. Grunntanken var genial; å skape en felles møteplass for brukere, pårørende, hjelpere og forskere. På Recovery-verkstedet er alle likeverdige deltakere. Jeg var spent på hva som kunne komme ut av dette, og da vi gikk i grupper, la jeg merke til at professoren hadde med seg en helt blank kladdebok. Ingen forhåndsnotater. Ingen prosessplan. Hun ville vite hva vi hadde lyst til å fokusere på. Hva vi ville prioritere å gjøre i Asker. Jeg tror det var den tomme kladdeboken som gjorde dypest inntrykk. Det innledende foredraget husker jeg ingenting av, men det at vi kunne foreslå ting som omhyggelig ble notert i kladdeboken og senere drøftet og diskutert i diverse arbeidsgrupper, det var noe nytt. I løpet av de to årene vi har holdt på, er alle forslagene fra den første kvelden gjennomført, og nye ideer kommer stadig til. Recovery-verkstedene arrangeres tre timer en kveld i måneden. Det er enkel servering med kaffe, te og frukt. Mellom hver samling kan deltakerne jobbe i mindre grupper, med å bidra til web-siden, lage veiledere og etablere Fontenehus. Som regel jobber brukere, pårørende og ansatte sammen i arbeidsgruppene. Slik blir skillet mellom bruker og ansatt visket ut. Brukere bidrar med like verdifull kompetanse som de som er ansatt i kommunen. Alt arbeidet er frivillig, og det meste er på fritiden. Det er laget to nyttige trykksaker på Recovery-verkstedet som kan lastes ned fra hjemmesiden. Den ene inneholder råd og tips i møte med NAV, og den andre om hva som er lurt å tenke på i møte med nye

hjelpere. Disse heftene kan være nyttige både for brukeren og den som skal hjelpe (Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016).

### Venneklubben

En av de kanskje viktigste knapp-skytingene i Recovery-verkstedet er «Recovery venneklubb i Asker». Det er en lukket Facebook-gruppe bare for brukere og med flere likemanns- koordinatorer som tar initiativ til kino, kafébesøk og ut på tur. Det arrangeres noe i snitt en gang i uka, og selv om deltakerne ikke alltid er så mange på hvert treff, tror jeg det er viktig å skape noen slike sosiale møteplasser. Jeg har funnet nye venninner i denne gruppa. Flotte damer som jeg er trygg på og som jeg trives sammen med. Praten går lettere nå. I vennegruppa kan man begynne med å bli med på gratis kino. (Der behøver man jo ikke å prate så mye.) Etter hvert blir det kanskje til å delta på kafé, en time eller to. Småprat er en veldig viktig kunst. Det går an å øve seg opp under trygge rammer og med samtaleemner som kanskje ikke er like aktuelle overalt ellers. Dessuten er det fint å slippe det vanlige spørsmålet om hva du jobber med.

### KRON

Etter hvert ble det aktuelt å etablere et nettverk med flere kommuner som viste interesse for å jobbe recovery-orientert. Kommunalt recovery-orientert nettverk (KRON) var navnet nettverket fikk, og vi møtes rundt omkring i landet to ganger i året. Samlingene er organisert som et arbeidsseminar med diskusjoner i plenum og i grupper. Erfaringsutveksling og informasjon er noe av det viktigste vi får ut av samlingene. NAPHA er en viktig deltaker i nettverket, og det er fremmet forslag om at de kunne ha en oversikt med kontaklinformasjon under temaet recovery på sin hjemmeside. Andre aktuelle tema som blir diskutert, er om nettverket skal arrangere en nasjonal konferanse, hvem som skal søke om tilskudd til kompetanseheving og innovasjon og om hvordan recovery-filosofien kan forankres i ledelsen.

### Brukeransettelser

Et viktig virkemiddel for å oppnå endring er ansettelse av medarbeidere med tidligere pasient- og brukererfaring (Weber & Frahm Jensen, 2016). I stillingsannonsen kan det for eksempel fremheves at arbeidsgiver legger positivt vekt på søkere med dobbeltkompetanse. Jeg mener ikke at det skal være noe krav om helsefaglig bakgrunn alltid. Tenk hvor virkningsfull en tidligere bilmekaniker eller snekker kan bli for de mannlige brukerne på et dagsenter. Kanskje skal recovery også handle om å våge å tenke litt utenfor boksen.

I pilot-prosjektet har Høgskolen i Buskerud arbeidsgiveransvar, og prosjektleder er sosionom med dobbeltkompetanse. Det jobber flere med-forskere med opplevd kompetanse og erfaring med psykisk uhelse på høyskolen. Det at tidligere brukere

og pasienter er med på å lage rammebetingelser og formulere forskningsspørsmålene tror jeg litt etter litt vil bevege skuta i den retningen vi alle drømmer om, alle vi som har troen på recovery.

---

#### Referanser

- Høgskolen i Sørøst-Norge (2016). *Recoveryverksteder*. Hentet fra [www.recoveryverksteder.no](http://www.recoveryverksteder.no).
- NAPHA (2010). *Recovery*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>.
- Nitter, I. E. (2012). *Den bipolare veien til balanse*. Rakkestad: Gjølstad forlag.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id65>.
- Weber, A. K., & Frahm Jensen, M. J. (2016). *Brukeransettelser. Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2016/03/H%C3%A5ndbok-for-erfaringskonsulenter.pdf>.

# Hvordan skal folk finne lavterskeltilbudene i kommunen?



*Jeg mener at veien til tidlig innsats må gå gjennom kommunens hjelpeapparat, men kontaktinformasjon og opplysning om hjelpetilbudene som finnes virker ofte lite tilgjengelig.*

Ved første henvendelse til psykisk helsehjelp er det mange som opplever at det er vanskelig å etablere kontakt. Folk finner ikke frem. De fleste vet at de må gå til fastlegen for å få en henvisning til spesialist. Men kommer de for tidlig vil fastlegen høyst sannsynlig sende dem hjem igjen, med en resept. Ved stress og uro kan en kombinasjon av sykemelding og jobb ha positiv effekt. Hvis de har en god fastlege ber han dem komme tilbake innen en uke. Hjemme der de bor fortsetter de å leve så normalt som mulig. Enda vet de ingenting om tilbudene i kommunen. Det er ikke sikkert fastlegen vet det heller. Enten blir folk bedre etter en stund eller så kan de bli verre.

## Skremmende for mange

Med en kombinasjon av store psykiske påkjenninger og en viss arvelig disposisjon, kan tilstanden etter hvert bli svært alvorlig. Det finnes ingen eksakt vitenskap på området, men hvis fastlegen kjenner igjen noen av de tidlige symptomene på alvorlig psykisk sykdom, vil han henvise pasienten sin videre til spesialist som kan ordne med frivillig innleggelse, kartlegging og utredning. Men det er ofte lange ventelister. Hvis tiden går og pasienten i mellomtiden blir så syk at han mister grepet på virkeligheten, vil pårørende eller politiet måtte kjøre han til legevakta og derfra går turen gjerne rett inn på en akuttavdeling på psykiatrisk sykehus. Dersom pasienten



---

*Debattinnlegget «Hvordan skal folk finne lavterskeltilbudene i kommunen» ble første gang publisert 27. 05. 2016 på nettsiden til NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.*

da vurderes til å være så forvirret at han er til fare for seg selv eller andre eller at han ikke har samtykkekompetanse, blir han innlagt på tvangsparagraf.

*«For mange blir det første møtet med psykisk helsevern og tvang så skremmende at de reagerer med motstand og utagering. Når man nektes hjelp i en tidlig fase er det ingen som forstår at man blir dårligere fordi man ikke fikk hjelp tidsnok. Det burde enhver psykiater vite» sier en pasient.*

### **Før tvang blir nødvendig**

Jeg mener at veien til tidlig innsats må gå gjennom kommunens hjelpeapparat. Det er i kommunen lavterskeltilbudene skal befinne seg. Det er hjemme i kommunen håpet er og det er der de praktiske løsningene finnes. På kommunalt nivå skal det drives helsearbeid med fokus på forebygging og rehabilitering og da ofte i samarbeid med NAV. De fleste kommuner har et kontor for tjeneste tildeling og etter hvert skal alle kommuner overta mer av de oppgavene spesialisthelsetjenesten gjorde før. Det er viktig at alle landets borgere finner frem til disse tjenestene før de har blitt så syke at de må legges inn med tvang eller tar sitt eget liv.

### **Trenger gode hjelpere i kommunen**

I kommunen finnes det gjerne flere frivillige organisasjoner og møteplasser hvor både friske og syke kan omgås hverandre. Venner og pårørende bor kanskje i samme kommune eller pasienten kan skaffe nye venner og pårørende. Alt dette er viktige ressurser som kan bidra til tilfriskning på pasientens egne premisser. For å få det til å virke er det en viktige ting som må på plass. Tilgjengelighet. Det må finnes en kontaktttelefon som det er mulig for alle å nå frem på. Fastlegene må ha informasjon om dette nummeret slik at veien videre ikke nødvendigvis må gå via en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Mange tror at en pille kan løse psykiske problemer. En pille fjerner bare symptomene og lindrer smerten. Det er pasienten som er ekspert i sitt eget liv, men noen ganger trenger vi gode hjelpere for å komme oss på beina igjen.

### **Recovery i kommunens tilbud**

Recovery er en behandlings-filosofi som tar utgangspunkt i at hjelperne virkelig har tro på at pasientene kan mestre livet sitt og bli bedre. Utgangspunktet er alltid der hvor pasienten er nå. Målet er det pasienten selv som definerer. En psykolog sa til pasienten sin at hun bare kunne hjelpe til med 5 prosent, resten måtte pasienten gjøre selv. Det kan ta lang tid og det forutsetter frivillighet og egeninnsats. Jeg mener at denne behandlingsfilosofien må gjennomsyre kommunens hjelpetilbud.

# Perspektiver på medisiner



Ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse blir psykofarmaka ofte gitt uten pasientens samtykke med begrunnelse i at pasienten var for syk til å forstå sitt eget beste. Dette er et stort etisk ansvar for behandlere og medisineringen er ikke alltid forsvarlig. Leger og psykiatere har makt og posisjon til å påføre pasientene sine alvorlige skadevirkninger mot pasientenes egen vilje. Det er ikke bestandig virkning veier opp mot bivirkning.

Jeg har fått et inntrykk av at det er mye usikkerhet rundt medisineringen i psykiatrien. Symptomtrykket hos den enkelte pasient kan variere mye. Høyde, vekt, kjønn og alder spiller også inn. Det kan være svært vanskelig å finne den rette medisinen. Psykiatri er en krevende vitenskap. Det finnes også andre virkemidler enn medisiner når noen er i affekt eller lei seg. Noen ganger kan det være riktig å la pasienten få «stå i det» en stund, før man kommer løpende med pillene. La først pasienten få en brødiskive, tørre klær og en seng å sove i. Det kan være fint for pasienten å lytte til musikk eller bare sitte stille og høre på noen andre prate. Skulle ikke det like gjerne bidra til å gjenopprette den kjemiske ubalansen i hjernen? Det er den bio-medisinske modellen som utgjør fundamentet for nesten all behandling i psykisk helse. Behandlingsteorien springer ut fra en oppfattelse om at alvorlige psykiske lidelser er en arvelig hjernesykdom. Denne teorien har heldigvis etter hvert utviklet seg i retning av en kombinasjon av en medisinsk og en psykososial forståelsesmodell. De fleste er i dag klar over at miljøet har stor betydning. Når de psykiske reaksjonene trigges av miljø og kultur kan det være greit å plassere pasienten i et annet mer beskyttende miljø for en stund. Ett miljø som oppleves som trygt og ivaretagende. Dersom hjelperne straks kommer løpende med medisiner er det ikke sikkert pasienten blir tryggere av det. Alvorlige psykiske lidelser blir ofte



---

Artikkelen «Perspektiver på medisiner» ble første gang utgitt i Dialog nr 4 2016. Utgiver: Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser.

sammenliknet med kreft. Behandlingen går først og fremst ut på å slå symptomene tilbake. Legene forsøker å fikse hjernen ved å tilsette kroppen flere kjemikalier i form av sprøyter eller piller. Hva om denne teorien er gal? Hjernene har en egen evne til å reparere seg selv. Noen medisiner ødelegger denne egenskapen.

Det er mange som tror at medikamenter er det samme som effektiv og god behandling mot psykoselidelser. Det er det ikke. Medisinene kan bare fjerne symptomene og lindre den psykiske smerten. Medisinene tar bort symptomene, stemmene og hallusinasjonene, men de reparerer ikke. Psykiaterne på de fleste akuttavdelinger har som metode å starte behandlingen med en kartleggingssamtale. Dersom pasienten er springende i talen og ikke gir blikk kontakt, starter eller øker legene automatisk medisineringen for å stabilisere pasienten. Først når pasienten er stabil nok, etter legens objektive mening, kan terapien komme i gang. I praksis vil det si at først når pasienten kan hilse pent og snakke sammenhengende, vil han få en samtale. Jeg vet at en samtale med utgangspunkt i her og nå-situasjonen kan få hjernen til å virke normalt igjen, selv om pasienten opplever som psykotisk.

Den etablerte medisinske behandlingsmodellen forutsetter nesten ikke noe bidrag fra pasienten selv. Her er det store lokale forskjeller mellom helseforetakene. Jeg har hatt tankekjør selv mange ganger og et spørsmål om hvordan jeg hadde det kunne lett føre til springene assosiasjoner og umotivert latter. Aldri var det noen som ba meg om å roe ned og forsøke å telle til femti. Det kunne nemlig vært en fin øvelse i et forsøk på å få hjernen til å fungere. Den etablerte behandlingsmodellen med alle sine veiledere er kanskje ikke like hensiktsmessig for pasientene som den er for hjelperne.

Vorst av alt synes jeg egentlig er den virkningene medikamentene har. Jeg har aldri hatt som mål å bli samlet eller stabil så fort som mulig. Målet mitt var å bli frisk igjen uansett hvor lang tid det tok. Antipsykotisk medisin virker gjennom å hindre eller dempe dopaminstrømmen i hjernen. En virkning av mindre dopaminstrøm i hjernen kan føre til at noen pasienter blir svært deprimerte. Jeg har erfart det selv og jeg tenker nok at det kommer av min bipolare legning som kjennetegnes av raske svingninger opp til høyt stemningsleie og som alltid etterfølges av en svart depresjon. Jeg opplevde at de antipsykotiske vedlikeholdsmedisinene som skulle hindre mani og psykose tvert i mot fremkalte nye episoder, mens depresjonen som alltid kom i etterkant ble mye dypere og langvarig. På akuttposten og på DPS døgnpost økte de alltid medisindosen eller gav meg nye kombinasjoner av antipsykotisk medisin når jeg ble innlagt. Ofte ble de gitt med tvang både i og utenfor sykehus. Til slutt hadde jeg fire akutte innleggelser i året.

Det hender av og til at pasienter tar sitt eget liv. Det er en svært alvorlig bivirkning at pasienten dør for egen hånd, men da heter det som regel at det var sykdommen som var årsaken. Kanskje mistet pasientene håpet fordi de ble fortalt at de hadde en kronisk og livslang sykdom som de måtte ta medisiner for resten av livet.

Jeg har vært inne i mitt eget hode i akkurat den tilstanden. Jeg ville også bare dø. Ikke fordi jeg trodde jeg aldri ville bli frisk igjen, men fordi behandlerne tok fra meg håpet om å bli det. Medisinene laget en helvetestilstand inne i hodet mitt, mye verre enn stemmene og hallusinasjonene. Medisinene fikk meg aldri til å føle meg bedre, men det er riktig at de forholdsvis raskt førte til at jeg ble så samlet og stabil at legene kunne sende meg hjem igjen som en zombie. Hjem til den svarte depresjonen. På det verste lå jeg under dyna i tre måneder. Det var bare med nød og neppe jeg klarte å slepe meg ut for å handle litt mat. Det var bare på dagsenteret de oppdaget at noe var galt. De ringte og spurte om hvorfor jeg ikke kom.

Det er de antipsykotiske medisinene som ødelegger mine naturlige evner til egenkraftmobilisering. De indre ressursene jeg kunne ha brukt til å bli frisk av meg selv, ble overstyrt og lammet av medisinene. Jeg er av den oppfatning at psykosen betyr noe. «Naturen er smart, den vet hva den gjør, når den gir oss syns- og hørsel hallusinasjoner », som min venninne Inger Emilie Nitter sier i sine foredrag. Hun har gjennomlevd fire psykoser og har vært medisinfri i 17 år.

Behandling av psykiske helseproblemer starter hos fastlegen. Ved lettere plager som angst og depresjon, kan fastlegen skrive ut antidepressiva og valium. I mer alvorlige tilfelle får pasienten en henvisning til spesialist, for kartlegging og utredning av en eventuell diagnose. Det er diagnosen som utløser behandling, sykemelding og eventuelle andre tiltak på NAV og tjenester i kommunen. Selv om vi nå vet at miljø har mye å si, er det lite så langt som tyder på at vi vil få med et fokus på recovery og salutogenese som forebyggende tiltak. Diagnosen styrer all behandling og all behandling involverer piller. Sløvet av medisiner må pasientene finne ut av de andre tilbudene selv. Når jeg har klaget på medisineringen min før, har jeg ofte blitt møtt med det argumentet at mange andre er så fornøyd. På et seminar snakket jeg med en av dem som var så fornøyd. Han hadde en schizofrenidiagnose og han tok en kombinasjon av de to medikamentene jeg nylig hadde sluttet med. Zyprexa og Risperdal. De medisinene virket veldig godt på han, men ikke på meg. Jeg tåler dem rett og slett ikke, men så har jo jeg en helt annen diagnose også da.

Da jeg etter lang tid fikk anledning til å trappet ned vedlikeholdsdosen med de antipsykotiske medisinene, ble jeg helt kvitt maniene og psykosen. Depresjonene er heller ikke så dype og langvarige som før. Jeg måtte skifte behandler mange ganger før jeg fant en som var modig nok til å samarbeide om dette. Familien min sier at jeg ikke er til å kjenne igjen. Jeg ler mye mer enn før, er kreativ og utadvendt og jeg orker mer. Jeg tar fortsatt medisiner. En kombinasjon av to stemningsstabiliserende holder meg på matta. Det er helt opplagt at den medisin-kombinasjonen jeg fikk før ikke var hensiktsmessig, allikevel ble klagen min avvist i pasientskadenemda.

En standardisering av behandlingstilbudene for psykisk uhelse går i retning av at pasientene først må være utredet og diagnostisert før de kan få et tilbud. Etter min mening vil dette bety en svært farlig utvikling. Utredningen skjer i spesialisthelse-

tjenesten og det er dit fastlegen sender dem. Det er også der medisineringen starter. Jeg mener og har alltid ment at dette er en uheldig start på behandlingen. Når alle leter etter en diagnose, er det lett å finne symptomer som er til forveksling lik en. Noen medisiner har den egenskapen at de kan forsterke eller fremkalle symptomer på den diagnosen de skal virke mot. Let heller etter pasientens ressurser og etabler tilbud med medisinfri behandling. Min soleklare holdning er at man ikke skal forsøke å finne feil og symptomer som passer på en diagnose. Jeg synes heller alle skulle prøve å lytte til den lille forskremte lille kanarifuglen som sitter inne i pasientens hode og prøver å fortelle hva det er hun strever med i sitt miljø. Kanskje er det bare mange praktiske problemer som har ført til uro, engstelse og vrangforestillinger.

# Jeg tålte ikke fire tonn stress



*Årsaken til alvorlige psykiske reaksjoner kan ha sitt utspring i traumer eller psykososial overbelastning. Stress-sårbarhets teorien forklarer at personer som har en arvelig sårbarhet, av biologisk eller psykologisk natur, kan bli psykisk syke hvis de blir utsatt for mye stress. Jeg foretrekker ord som følsomhet eller sensitivitet fremfor sårbarhet og jeg forsøker å unngå å bruke betegnelsen «sykdom» om psykiske reaksjoner som ligger utenfor normalen.*

## Sensitiv personlighet

Jeg har alltid vært en svært sensitiv person, et følelsesmenneske. Barndommen min var problemfri og beskyttet, men nettopp derfor lærte jeg ikke å ta imot kritikk eller håndtere konflikter som voksen. Jeg bare gikk min vei, eller gikk inn i meg selv med det vonde. Enkelte ganger kunne jeg låse meg selv inne på badet når jeg hadde kranget med mannen min og jeg ble veldig stresset når han fulgte etter for å lukke prosessen. Min sensitivitet er kanskje genetisk, men på den andre siden var den også som en slags musikalitet, et eget gehør for andres stemning og humør. Jeg lot meg styre av følelsene. Dersom jeg skulle ta et valg, var det følelsene jeg brukte som verktøy. Ikke fornuften. Stort sett var jeg lykkelig og glad, men hvis jeg ble lei meg kunne det vare i flere dager. Jeg var en «flink pike» som alltid sa ja og som fant glede og mening i å gjøre det behagelig for andre. Følelsene mine var det viktigste jeg hadde. Det jeg satte mest pris på.

## Sammenbruddet

Jeg var 35 år og min lille familie hadde nettopp flyttet til et gammelt hus på et nytt og ukjent sted, da problemene begynte å tårne seg opp. Inntil da hadde jeg vært



---

*Bokkapittelet «Jeg tålte ikke fire tonn stress» ble første gang publisert i antologien Levd Liv som ble lansert 27. 10. 2016. Utgiver: Erfaringskompetanse.*

frisk som en fisk både fysisk og psykisk, så jeg forsto ikke at ensomheten, fortvilelsen og uroen jeg følte kunne føre til et sammenbrudd. Jeg visste heller ikke at jeg muligens var ekstra utsatt på grunn av min høysensitive legning. Den utløsende årsaken til sammenbruddet var den psykiske belastningen jeg fikk da jeg ble overtallig i jobben jeg hadde hatt i tolv år. Vi hadde fått tre flotte gutter i rask rekkefølge, og jeg var hjemme i barselpermisjon da jeg fikk beskjeden. Sjøkket jeg fikk kunne jeg godt vært foruten, men jeg takket ja til sluttpakke med karriererådgivning og brukte resten av barseltiden til å etablere familiebarnehage i sokkeletasjen på huset. Da barselpermisjonen var over, kunne jeg levere barna til de to assistentene vi hadde ansatt og reise avsted på jobbsøk. Jeg var godt i gang med dette arbeidet da jeg i et par dager måtte vikariere i barnehagen, da en av assistentene sluttet. Plutselig fikk jeg beskjed fra arbeidsgiver om at sluttpakken var trukket tilbake fordi jeg nå var i jobb. Sjøkket jeg fikk et halvt år tidligere, kom tilbake som en rekyl. Jeg følte meg så krenket. I huset vårt var det åtte barn og en ung barnehageassistent. Jeg kunne ikke betro meg til henne så jeg trakk meg inn i meg selv og begynte å gruble. Da mannen min kom hjem tror jeg egentlig ikke han oppdaget at noe var galt. Ikke da. Det ble først kritisk da jeg begynte å blande inn skyld og skam i tankekaoset. Jeg var utsatt for fire tonn stress og fant ingen løsning. Etter en ukes grubling og mangel på søvn, begynte jeg å miste kontakten med virkeligheten.

Sammenbruddet skjedde en natt da jeg hallusinerte og hørte stemmer. Neste morgen virret jeg rundt, og sa merkelige ting til mannen min. Alle bekymringer hadde forsvunnet som dugg for solen og jeg følte meg guddommelig, oppstemt og fri. Mannen min dro ikke på jobb den dagen, men tok meg med til bedriftslegen. Derfra ble vi sendt videre til psykiatrisk poliklinikk. Jeg husker jeg forsøkte å forklare den situasjonen jeg var havnet i. «Jeg har tre veivalg» sa jeg. «Jeg kan søke ny jobb, men da får jeg så lite tid med barna. Jeg kan omskolere meg til yrkesfaglærer, men vi har egentlig ikke råd til at jeg går på skole. Eller jeg kan bli hjemmeværende husmor en stund, men da glemmer jeg fagkunnskapen min.» Det var svært vanskelig å forklare dette, så jeg ba om penn og papir og tegnet et organisasjonskart med meg selv øverst. Psykiateren så bekymret på meg. Neste dag ble jeg innlagt på akuttavdelingen på Blakstad psykiatriske sykehus. I journalen står det at jeg hadde en reaktiv psykose. Dette er nå 20 år siden.

## **Behandling av symptomer på psykose**

Det vanligste et familiemedlem gjør når han eller hun har mistanke om symptomer på psykose hos en av sine kjære, er å kontakte fastlegen eller legevakta. Derfra går veien som regel videre til psykiatrisk sykehus eller distrikt psykiatrisk senter (DPS). Det er dette som er spesialisthelsetjenesten. Når en person begynner å bli psykotisk er et av symptomene at fornuften kopler seg ut. Man mister grepet på virkeligheten og er helt avhengig av at andre ordner opp. Psykoser kan inneholde mye angst som

ofte fører til uro og utagering, men de færreste utgjør en fare for andre. Jeg var så forvirret at jeg ikke kunne ta vare på meg selv, derfor ble jeg innlagt med det samme. På tvangsparagraf. Jeg befant meg i en positiv, fredelig og innadvendt tilstand, og jeg hadde bare moderate symptomer. Dessuten kom jeg tidlig til behandling. Jeg husker jeg tenkte at det var fint å få profesjonell hjelp, for jeg regnet med å bli frisk igjen. På akuttavdelingen ble jeg behandlet med antipsykotisk medisin og sovetabletter. Etter tre uker ble jeg sendt hjem igjen med toalettmappen full av piller. Først da jeg var hjemme igjen, kom jeg i kontakt med det kommunale psykiske helsetilbudet. Jeg skulle ønske det hadde vært omvendt.

### Lars and the Real Girl

Det er en film fra 2007 som heter «Lars and the Real Girl» som alle innen psykisk helse burde se. Filmen handler om en sympatisk og forsiktig ung mann som bor i et hus han har overtatt etter foreldrene som er døde. Lars bor i ei lita bygd hvor alle kjenner alle. Han jobber på kontor og har gode kollegaer. En dag kommer broren tilbake til bygda med sin gravide kone. Lars overlater huset til dem, og flytter selv ut i hybelen i garasjen. Broren og kona bekymrer seg mer og mer for Lars. Han er så tilbaketrukket og alene. Men en dag ringer Lars på døren og forteller at han har funnet seg en kjæreste på internett. Han spør om de ikke kan invitere dem på kaffe. Broren og kona blir glade, kanskje særlig kona. Men når Lars kommer med kjæresten, viser det seg at hun er en dukke i full størrelse. Lars presenterer henne som Bianca og plasserer henne i sofaen. Han er høflig og varsom når han snakker til Bianca. Broren og kona sitter som saltstøtter under hele måltidet. Når Lars og Bianca har gått, bryter fortvilelsen ut. Broren mener de må få han innlagt. Kona er ikke enig. Til slutt bestemmer de seg for å lure med seg Lars til den lokale legen under påskudd om at det er Bianca som er syk. Dette lykkes de med og legen, en meget klok og empatisk dame, starter behandlingen av Bianca som jo er selve symbolet på hva det er Lars sliter med. Mens Bianca hviler ut etter behandlingen, snakker legen med Lars. Det kommer frem at moren til Lars døde i barsel da hun fødte han. Lars har vokst opp med det traumet at han var skyld i morens død. Han er redd han kan forårsake en kjærestes død hvis han gjør henne gravid. Nå er svigerinnen gravid og han er engstelig og usikker fordi han er glad i henne.

Bianca trenger langvarig behandling. En time i uka og det går vinter og vår. Men hun trenger også å komme seg ut litt. Hele bygda engasjerer seg, med svigerinnen i spissen. Bianca trilles i rullestol hit og dit. Lars kommer nølende etter. Så blir Bianca akutt og alvorlig syk. Bianca er symptomet og det er Lars som bestemmer handlingen. Bianca blir hentet med sykebil, innlagt, men skrevet ut igjen etter noen dager. Nå ligger hun for døden hjemme. Bygdas kloke koner stiller opp med strikketøy og gryterett. «Hva gjør dere her? sier Lars.» «Vi bare sitter sammen med deg» er svaret. Bianca kvikner litt til, men så til slutt lar Lars henne dø. Symptomet begraves

med verdighet. I begravelsen strekker en jente fra jobben hånden frem og klemmer forsiktig hånden til Lars. Han avviser henne ikke.

### **Symptomet som ressurs**

I historien om Lars og Bianca, benytter legen en terapiform hvor bedringen skjer ved at hun anerkjenner symptomene Lars strever med. Hun tar utgangspunkt i disse for å bevege Lars i den retningen han ønsker, men ikke kan gå alene. Legen etablerer en trygg relasjon med Lars og behandlingen tar så lang tid som han trenger. Da jeg tegnet et situasjonskart, med meg selv øverst, ble dette symptomet tolket som sykdom. Storhetstanker. En annen tolking kunne vært at jeg hadde behov for å ta kontrollen tilbake. «Jeg blir forfulgt av små menn» sa jeg til psykiateren. Siden han lette etter symptomer på sykdom, fant han det han lette etter. Paranoia. Det jeg egentlig hadde ment å si var at jeg følte at det var en ussel og smålig handling å si meg opp mens jeg var i barselpermisjon. Jeg snakket om tre valgmuligheter. Det ble tolket som forvirring. Psykiateren var egentlig ikke interessert i årsakene til min alvorlige psykiske reaksjon. Han satte ikke symptomene i sammenheng med årsak og gjorde heller ingen forsøk på å tolke dem for å gjøre individuelle tilpasninger i behandlingen.

Et nyttig virkemiddel i kampen om å ta tilbake kontrollen hadde vært om jeg straks hadde fått hjelp til å kontakte en advokat. I stedet ble jeg sløvet ned av sterke medisiner bak låste dører. Anledningen til å ta et oppgjør med arbeidsgiver gikk fra meg. Behandlingen føltes som et overgrep og skulle etter hvert utgjøre et enda større traume enn de utløsende faktorene. Da jeg omsider fikk prate med psykologen på avdelingen, kom vi så vidt innpå hvor krenket jeg hadde følt meg, hvor sliten jeg var etter flytting og oppussing og at tre barselpermisjoner hadde bidratt til at jeg ikke hadde så mye nettverk og venner. «Få det ut» sa psykologen, «Det hjelper å lette på trykket». Hun forsto hvor innadvendt jeg var. Men det var den kloke sykepleieren som satt ved sengen min dag etter dag som hjalp meg med å nøste opp i de tre vanskelige valgene. Hun viste interesse og empati, men jeg tror egentlig ingen forsto at jeg var blitt syk av skvisen mellom morsrollen og karrieren. Jeg husker jeg reagerte på at det ikke var noen plan i behandlingen, jeg følte at den var nokså tilfeldig og fragmentert. Da jeg fikk reise hjem var jeg stabil og rolig, men tankene var grøtete og rare.

### **Sykdomsteorien**

Symptomatiske væremåter er forsøkt ordnet i de psykiatriske diagnosekategoriene som utgjør håndboka til psykiaterne. (ICD-10) Storhetstanker, forvirring og følelsen av å bli forfulgt er beskrevet der. Dette blir sett på som vrangforestillinger og hallusinasjoner og tolket som symptomer på at en alvorlig sykdom holder på å utvikle seg i hjernen. Behandlingen retter seg som oftest først inn på å bekjempe

symptomene med medisiner. Ikke sjelden blir psykoselidelser sammenliknet med kreft. Det anses som uheldig hvis det går lang tid før en person får behandling for psykose. Særlig gjelder dette unge mennesker.

### Den andre forklaringsmodellen

Det finnes et alternativ til sykdomsmodellen. Dette alternativet går ut på at alvorlige psykiske reaksjoner er en naturlig respons på psykososial overbelastning eller ubearbejdede traumer. Psykosesymptomene, i sin første fase, er et mestringsforsøk som kan bidra til tilfriskning dersom pasienten får rask og riktig hjelp. De rare tingene pasientene sier eller gjør kan gi verdifulle hint om hvilke traumer og problemer pasienten trenger hjelp til å løse. Dersom disse tingene blir omsorgsfullt registrert, kan behandlere forsiktig tilnærme seg dette materialet når pasienten er klar for det.

### Kritikk av behandling med legemidler

I behandling av pasienter med symptomer på psykose er det vanlig å gi antipsykotiske medisiner for å stabilisere. Gjennom observasjon og samtale kan behandlere bedømme om pasienten har blitt roligere og klar for terapi. Kortidsvirkningen av antipsykotisk medisin oppfattes (av legene) å være svært effektiv, men det er gjort få undersøkelser av langtidsvirkningene. Pasienter som klager på alvorlige bivirkninger over tid, som kraftig vektøkning og diabetes, blir ikke hørt. Psykisk sykdom er et innarbeidet begrep. Den som dominerer behandlingen er som regel en psykiater. En psykiater er en lege, som har tatt en tilleggsutdanning i psykiatri, men han er først og fremst lege med en kroppslig forståelse av symptomer. Psykiateren vil tolke forvirring og hallusinasjoner som en sykdom i hjernen. Det er det som er faget hans.

En overbelastet hjerne er en hjerne i kjemisk ubalanse. Psykiateren forsøker å gjenopprette balanse ved å tilføre enda flere kjemikalier i form av medisiner. Dette er etter min mening et svært risikofylt og tilfeldig prosjekt. Jeg opplevde at tankekjøret ble verre en stund, før jeg kom i en tilstand der behandler oppfattet meg som roligere. Det er bare pasienten selv som kan evaluere effekten av behandlingen, men det skjer nesten aldri at hun blir spurt. På den akuttavdelingen jeg var på dominerte psykiaterne, og sykepleierne var deres høyre hånd siden de kunne dele ut piller og sette sprøyter. Psykologen slapp liksom ikke helt til. Det kunne være svært traumatisk å sitte innesperret i flere dager å vente på neste samtale. Ikke var det hver dag jeg fikk slippe ut i frisk luft heller. Heldigvis var miljøarbeiderne kloke, reflekterte og empatiske medmennesker som det var lett å knytte gode relasjoner til. Det var nok tross alt de som gjorde den mest virkningsfulle jobben. Det jeg trengte mest da jeg slet med psykotiske symptomer, var at folk satt og småpratet med meg om vanlige dagligdagse ting. Ikke minst hadde jeg stort utbytte av å snakke med de andre pasientene på avdelingen.

## **Andre virkemidler**

Det folk forteller at har gitt dem best effekt i behandlingen er medmenneskelighet, fleksibilitet og personlig tilpassede tiltak. Da jeg ble innlagt på Blakstad den første gangen, ble jeg straks «slått ut» av medisiner. Søvn og ro er en viktig del av behandlingen, men jeg følte meg dopet ned. Jeg skulle ønske at behandlere på avdelingen hadde tatt seg bedre tid og kartlagt de belastningene jeg hadde vært utsatt for. Siden det var så vanskelig for meg å snakke selv, måtte de ha spurt pårørende og notert i journalen det de fikk vite. I arbeidet med å bli frisk, skulle jeg ønske jeg fikk hjelp til å fjerne noen av belastningene og at jeg fikk bruke ressursene mine mer. De tre vanskelige valgene handlet om tillært fornuft og forventninger. Jeg var mentalt innstilt på å ta min del av forsørgeransvaret, men biologien gav andre signaler etter at jeg ble mor. For å kunne respondere bedre i samtaler og reflektere rundt problemene, skulle jeg ønske jeg ikke hadde vært så sløvet ned av medisiner hele tiden. Siden det var min første innleggelse i psykiatrien og at den var på tvangsparagraf, synes jeg at det burde være en regel som sa at en advokat eller pasientombud burde involveres for å bistå meg i forhold til å få oversikt over mine rettigheter. Dersom jeg hadde fått forhandlet frem en løsning med arbeidsgiver, tror jeg at stoltheten og selvsikkerheten min hadde kommet tilbake. Det skjedde ikke, og omstendighetene rundt oppsigelsen har begravet seg som et traume i underbevisstheten som stadig kommer til overflaten i drømmer hvor jeg ikke strekker til.

## **Nye teorier krever nye metoder**

Selv forskere på psykisk helsefeltet sier at de ikke kjenner årsaken til psykiske lidelser. De kan behandle symptomene, men ikke selve «sykdommen». Gjennom å betrakte psykiske reaksjoner som en sykdom, tror jeg det er stor fare for at mange vil bli feilbehandlet. Antipsykotiske medisiner kan «piske i gang» tankekaos og hallusinasjoner hos enkelte pasienter. Ved behandling av psykose er som regel medisiner førstevalget, terapien kommer senere. Tanken er at stabilisering må til før pasienten kan ha nytte av terapien. Gjennom å se på behandlingen med nye øyne, må det utvikles nye metoder for tilfriskning, med vekt på at pasienten skal mobilisere sine egne indre krefter. Når en pasient har moderate symptomer på psykose, er dette kanskje det aller beste tidspunktet å starte terapien på. Terapiens mål kan ikke være å nå frem til en løsning terapeuten har bestemt, men må ta utgangspunkt i pasientens tilstand for øyeblikket. Terapeuten må kanskje starte med å si «Kan du telle til ti» og ikke «Hva er det som plager deg?»

Det er et kjent fenomen at folk med symptomer på psykose ofte innbiller seg at de er Gud eller Jesus. Dette blir betraktet som en vrangforestilling og et sykdomstegn som skal medisineres bort. Da jeg var i denne tilstanden opplevde jeg den som en ressurs. Med riktig hjelp og veiledning kunne det vært et utgangspunkt for en bedringsprosess på mine premisser. Jeg hadde hevet meg selv opp i helikopterper-

spektiv for å ta et overblikk over situasjonen. Jeg husker jeg var i stand til å reflektere over om jeg var Gud eller Jesus, men forkastet dette fordi jeg var kvinne. Jeg følte meg guddommelig, men jeg trengte en kvinnelig rollemodell. Valget falt på Venus og Hera i romersk og gresk mytologi. Morgudinnene. Min psykiske utfordring besto jo i hvordan jeg skulle takle morsrollen. Men disse tankene foregikk inne i mitt hode og jeg var ikke i stand til å fortelle om dem. Problemet mitt var at tankene gikk rundt i sirkel. Ressursen besto i at jeg hadde kreativiteten, energien og motivasjonen til en gudinne. Det jeg virkelig trengte var noen som kunne småprate med meg til hun tilfeldigvis trykket på den knappen som fikk tankene mine til å slutte å gå i sirkel.

### Pakkeforløp

Sykehusstrukturen er under utvikling og endring, slik at befolkningen kan tilbys en mer effektiv tjeneste. Men jeg kan ikke se mange fordeler med å få på plass en psykisk diagnose så raskt som mulig. Risikoen for å gjøre feil må være stor jo raskere en diagnose kommer på plass. En alvorlig diagnose vil dessuten kunne være veiledende for standard medikamentell behandling, som i verste fall vil sementere diagnosen og frata pasienten muligheten til å bli frisk ved hjelp av egne ressurser. Selv fikk jeg diagnosen Bipolar 1 etter ganske kort tid og nokså tilfeldig utredning. Det føltes som en dødsdom da jeg fikk høre at det var en livslang og kronisk lidelse. Da diagnosen var satt, mistet jeg timene hos psykolog. Jeg fikk oppfølging hos psykiater på poliklinikk, men hovedfokus var alltid om jeg tok medisinerne mine som jeg skulle. Det var ikke alltid jeg gjorde det ettersom jeg gjennomskuet at behandlingens formål ikke var å gjøre meg så frisk som mulig, men å holde meg under kontroll. Medisineringen gjorde meg aldri friskere. Jeg ble svingdørspasient. Dersom det skal innføres pakkeforløp i psykisk helsearbeid, håper jeg at kommunehelsetjenesten får en fremtredende og veiledende rolle og at man ikke glemmer at det tar tid å bli frisk. Behandling etter en effektiv sykdoms-modell vil bare skape svingdørspasienter og nye klienter til spesialisthelsetjenesten.

### En ny pille

Som de fleste med bipolar diagnosen fikk jeg stemningsstabiliserende medikamenter. De virket ikke på meg, så da en ny antipsykotisk medisin kom på markedet, ble jeg satt på den. Den nye pillen het Zyprexa. Vi skulle på sommerferie til Danmark det året med Løveparken og Legoland. Ungene hoppet og spratt, mens jeg slepte meg rundt og bare hadde lyst til å sove. Jeg hadde ingen triste tanker så jeg forsto ikke hva som var galt. Det var det psykiateren som forklarte meg da vi var kommet hjem: Jeg hadde hatt min første dype depresjon. Siden jeg har en stemningslidelse virket det som om det var helt naturlig, at det var en del av sykdommen. Men dette var nytt for meg, jeg hadde aldri vært deprimert før.

Jeg fortsatte å ta pillen, men nå begynte det virkelig å svinge. Maniene ble hyppigere og depresjonene dypere og langvarige. Da jeg klagde ble pillen byttet ut med en annen som hadde akkurat samme negative virkning. Fra da av var det depresjonene som dominerte sykdomsbildet. Det kunne nesten virke som om den antipsykotiske medisinen presset humøret nedover. Jeg bestemte meg for å gi opp arbeidslivet og søkte om uføretrygd. Søknaden gikk rett gjennom uten spørsmål av noe slag.

## **Feilbehandling**

Pasienter med stort symptomtrykk, mye angst og forvirring sier ofte at de er glad for den medikamentelle behandlingen de fikk. Noen sier også at behandlingen reddet livet deres. Dette argumentet har jeg blitt møtt med av helsepersonell når jeg hevder at jeg har blitt feilbehandlet. Det at Per og Pål responderer godt på en type medisin, betyr ikke nødvendigvis at Kari gjør det samme. Det kan godt hende at Kari ikke tåler den medisinen. Noen pasienter sier at medisinen de fikk forsterket tankekjøret og fremprovoserte angst og hallusinasjoner. Det er sånn antipsykotisk medisin virker på meg. Allikevel har jeg måttet ta den, fordi legen min bestemte at jeg skulle tvangsmediseres. For et par år siden byttet jeg behandler og trappet forsiktig ut den antipsykotiske medisinen samtidig som vi trappet opp de stemningsstabiliserende medisinerne. Etter denne endringen har jeg ikke hatt ett eneste tilbakefall, og depresjonene har også blitt mildere. Det er frustrerende å tenke på at jeg i mange år har vært feilbehandlet.

## **Tanker om bedringsprosesser**

Jeg mener jeg var utsatt for fire tonn stress og at jeg bare hadde tre tonn indre motkraft å mobilisere. Det betyr at jeg ble utsatt for ett tonn overbelastning. Da skulle jeg hatt skreddersydd behandling tilsvarende ett tonn. Fokuset burde være å forsøke å fjerne noen av belastningene jeg hadde vært utsatt for og samtidig styrke personligheten min gjennom gruppeterapi og mestringskurs. En standard pakke med antipsykotiske medisiner gjorde bare vondt verre. Kanskje sovemedisin, samtale, kurs og noen praktiske tiltak kunne gjort meg helt frisk? Jeg hadde nytte av samtale med psykologen mens jeg var innlagt. Innadvendt som jeg var, hadde jeg svært vanskelig for å åpne meg. Det tok tid. Etter noen samtaler, fortalte jeg en liten flik av en hemmelighet for å teste om jeg kunne stole på henne. Så ventet jeg spent på neste samtale, men siden terapien hos psykologen var i utakt med resten av behandlingen, ble jeg skrevet ut i mellomtiden.

Utskrivingen fra akuttavdelingen på sykehuset utløste et vedtak om ukentlig hjemmebesøk fra kommunens psykososiale team. I en skjermet del av huset satt vi to og pratet, mens ungene lekte og lo i familiebarnehagen. Det er sånn behandlingen min burde startet, tenker jeg. Kunne ikke noen fra kommunen kommet

hjem til meg med en gang vi hadde vært på poliklinikken? Det kunne gjerne være en erfaringskonsulent, en person som selv hadde erfaring fra behandling i psykisk helse. Mitt største handicap var jo at jeg ikke snakket ut om ting. Jeg måtte lære meg å småprate. Etterpå har jeg erfart at enkle samtaler om helt dagligdagse ting kan bremse tankekjør. Dette er en tilnærming som jeg responderer godt på, men det gjelder ikke for alle. En ung mann fortalte meg at han ikke orket mer prat, han ville heller gå på tur.

### Ny psykiatri

I løpet av de seneste årene har vi opplevd en stadig økende kritikk av pille-psykiatrien. Det å løse psykiske problemer med medisiner alene er ikke lenger forbilledlig. Nye metoder og tiltak ønskes velkommen. Brukerorganisasjonene har sett seg lei på all overdiagnostisering, feilbehandling og overbehandling. De har reist et felles krav til helsemyndighetene om at det må opprettes mulighet for medisinfri behandling ved alle landets helseforetak. Det gir løfte om at medisinerer ikke lenger er et førstevalg, at pasienten får sitte i sentrum omgitt av et behandlingsteam bestående av tverrfaglige, likeverdige aktører. Det er mange, særlig ungdom, som tror at det finnes en magisk pille som kan kurere deres smerte og lidelse. Slik er det dessverre ikke. Det å bli så frisk som mulig krever hardt arbeid og det handler mye om aksept, læring og mestring. Det tar tid å bli frisk igjen etter en psykisk smell.

### Tidlig hjelp ved psykiske reaksjoner

I de siste årene har helseforetakene bygget ut distriktpsykiatriske senter i kommunene der hvor folk bor. Det er mye bedre å komme dit i en taxi i dagslys, enn å måtte vente til symptomtrykket er så stort at en åker inn på skjermet avsnitt på sykehus med politieskorte. Det blir sterkt oppfordret til å ta kontakt med helsevesenet tidlig. Kreftbehandling har gjort store fremskritt, og kommer legene tidlig til, kan de hjelpe mange til å bli helt friske. Men psykiske reaksjoner er ikke som kreft. Det finnes ikke to tilfeller som er like. Alle har ulike ressurser å mobilisere og belastningene er heller ikke like store. Når det gjelder det psykiske helsefeltet er det like viktig å søke hjelp tidlig, men min anbefaling er å forsøke å få etablert kontakt i et kommunalt lavterskeltilbud først. Gjerne med fastlegen som en del av behandlingsteamet. Dersom behandlingen starter mens pasienten blir boende hjemme, har en bedre tilgang til nettverk og ressurser og kan kanskje unngå tilfeldig akuttbehandling med sterke medisiner. En sykemelding kan være til hjelp. Kommunens helsearbeidere har oversikt over mange kurs og tiltak som kan være nyttige i en mestrings- og tilfriskningsfase. Det er heller ikke dumt å ta kontakt med en bruker- eller pårørendeorganisasjon lokalt. Det kan være mye god hjelp å få fra selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid. Forebygging og rehabilitering skal foregå i kommunen, der hvor folk har nettverket og ressursene sine. Dette er jo en

veldig logisk teori, men i praksis er det fortsatt sann at akuttpsykiatri er spennende og prioritert, mens kommunene sliter med å få midler til å etablere sine lavterskel-tilbud.

### **Aksept**

Den første tiden etter at jeg fikk diagnosen, brukte jeg på å fortrenge den. Riktignok utløste en så alvorlig diagnose langtids sykemelding, slik at jeg kunne glemme plikten med jobbsøking en stund. Jeg var hjemme hele dagen, lekte litt med ungene, men ble desperat av å være så sløv. Det liksom suste i hodet hele tiden. Da våren kom, kontaktet jeg NAV og søkte om yrkesrettet attføring. Jeg kom inn på praktisk-pedagogisk utdanning, og startet med utdanningen, samtidig som jeg sluttet med alle pillene. Teorien min gikk ut på at miljøskiftet skulle reparere min ødelagte psyke. Det virket i stor grad. Jeg ble frisk og glad igjen, men i lengden kunne jeg ikke klare det alene. Ingen i min behandlingskrets trodde på at jeg kunne bli helt frisk, og da jeg fikk tilbakefall etter halvannet år var, det samme runddans inn på akuttavdelingen igjen. Til slutt måtte jeg akseptere at jeg hadde fått en alvorlig diagnose. Jeg vet ikke om den er kronisk eller om det er slik at med annerledes behandling så kunne jeg blitt frisk. Men jeg skjønnte at tiden ikke var moden for meg, så jeg bestemte meg for å forsøke å følge legens anbefalinger.

### **Mestringsstrategier**

Da jeg hadde fullført lærerutdanningen, jobbet jeg i skolen som mattelærer i noen få år. Jeg tok medisiner, men frisk ble jeg ikke. Når sommerferien kom, fikk jeg alltid tilbakefall, og måtte legges inn på akuttavdelingen igjen. Det var da jeg oppdaget at gangetabellen kunne brukes som mestringsstrategi i forhold til tankekjør. Jeg memorerte tabellene og skrev svarene ned på ark. På den måten kunne jeg lokke frem fornuften igjen, for fornuften er det første som forsvinner i mani og psykose. En annen ting jeg hadde stor nytte av, var å synge salmer og barnesanger. Dessuten likte jeg så godt å ha et håndarbeid. Da venninnen min fikk høre at vi ikke hadde lov til å ha strikkepinner på skjermet avsnitt, dro hun ut og kjøpte tykt garn og heklenål til meg. For som hun sa, «Man kan jo bli gal av å sitte uvirksom med hendene i fanget hele dagen.» Det tror jeg hun har rett i.

### **Familien min**

De fem første årene som psykisk syk lå jeg ganske høyt i stemningsleiet. Jeg hadde masse energi og var vel hypoman stort sett hele tiden. Familiebarnehagen hadde jeg avviklet, og da jeg fikk vikariat i skolen, skulle barna fraktes hit og dit til barnehage og SFO. Snart levde jeg det samme stressende livet som før, med full jobb og tidsklemme. Det kunne ikke gå bra. Det kunne virke som om det første sammenbruddet hadde revet bort et beskyttende «slør» fra psyken. Nå var veien mye

kortere til nye maniske episoder. Jeg ble innlagt gang på gang og mannen min måtte ta omsorgen for barna alene i lange perioder. Han leverte om morgenen, men kunne ikke klare å jobbe full tid og samtidig rekke å hente barna før klokken fem. Hjemmehjelpen kunne bare vaske klær og koke poteter, så hun ble sagt opp igjen med det samme, for det kunne han like gjerne gjøre selv. For at mannen min skulle kunne klare å beholde huset og forsørge barna, måtte han jobbe fulle dager og passe på karrieren sin. Løsningen ble å ansette en ung pike i nabolaget til å hente de to minste i barnehagen, som heldigvis bare lå hundre meter fra hjemmet vårt. Eldste-mann gikk på skole flere kilometer unna. En dag skolebussen ikke gikk, ringte de fra SFO og ba foreldrene hente barna sine selv. Mannen min satt i et viktig møte, så han ringte farmor og ba henne komme. Farmor tok seg fri så fort hun kunne, men det var lang kø den dagen. Da hun omsider kom frem til skolen satt det en liten seksåring i brøytekannten i mørket og gråt. Episoder som dette fikk hjertet mitt til å briste. Jeg ønsket så inderlig å være en god mamma. Ekteskapet tålte ikke alle mine psykiske utfordringer. Vi ble skilt, og mannen min fikk hovedomsorgen for ungene. Det var det eneste fornuftige. Jeg kjøpte en liten leilighet i skolekretsen og kunne være sammen med barna i gode perioder. I de mest depressive fasene lå jeg for det meste under dyna og sov, uten å plage noen. Når maniene kom, var det ut og inn av sykehuset. Jeg ville at barna bare skulle oppleve meg i gode perioder og en tradisjonell besøksordning var aldri aktuell, allikevel visste de at jeg var like i nærheten.

### Aktiv med foreningsarbeid

Ikke lenge etter at jeg hadde oppgitt arbeidslivet, tok lokallaget til Mental Helse kontakt med meg og ville ha meg med som kasserer i styret. Det takket jeg ja til, og en helt ny verden av aktiviteter åpnet seg. Snart var jeg med i brukerrådet og fikk delta på spennende kurs og møter rundt omkring. Jeg fikk nye venner og et nytt fag å fordype meg i. Psykisk helse sett fra brukersiden er helt annerledes enn fagforståelsen. Mens jeg var opptatt av å lære meg å mestre opp og nedturene mine som om de var et naturlig talent, gikk behandlingen ut på å nøytralisere følelsene mine med medisiner og tiltak hvor jeg kort og godt ble frarådet å delta på ting som kunne trigge en ny episode. Mitt mål var mestring. Målet til de som behandlet meg var å bekjempe det de trodde var en sykdom. Jeg forsto at her hadde jeg en jobb å gjøre, og at jeg kunne bruke min pedagogiske utdanning for å gjøre den. En periode var jeg brukerrepresentant i brukerutvalget til et helseforetak. Det føltes helt bortkastet. Fordi jeg var for sen til å rekke opp hånda, fikk jeg ingen oppdrag i klinikk for psykisk helse og rus. Men Kvinne og Barn-klinikken var ledig så da tok jeg den. Jeg lærte mye av de flotte og effektive jordmødrene, men min kompetanse er som mangeårig bruker av det psykiske helsefeltet. Min spisskompetanse er egenerfaring fra depresjon, mani og psykose. Det føltes derfor helt meningsløst for meg å sitte i et

utvalg som ikke nyttiggjorde seg denne kompetansen. Da jeg sluttet i brukerutvalget, ble jeg desto mer aktiv i kommunen.

### **Psykisk helse i fremtiden**

Det har vært en fryd og en glede å få ta del i det spennende utviklingsarbeidet som har pågått i Asker kommune i de seneste årene. Jeg er overbevist om at det er kommunene som har det beste utgangspunktet for utvikling av virksomme tjenester for tilfriskning og forebygging av psykiske helseutfordringer. Dreiningen mot kommunene er allerede i gang, og den er politisk ønsket. Det som etter min mening er helt avgjørende for å lykkes er at sykdomsmodellen ikke følger med som nissen på lasset. De som skal jobbe med psykisk helse i kommunen må ha troen på at pasientene har potensiale for å kunne bli bedre.

---

#### **Referanser**

Axelsen, Eva Dalsgaard, 2009, «*Symptomet som ressurs*», s 9

Kristiansen, Rydheim og Thyness, 2013, «*Drøm i våken tilstand*», s 25-49

Rådet for psykisk helse, brosjyren «*Fakta om psykose*».

# Fastlegen som portvakt



Når folk har behov for hjelp for sine psykiske utfordringer i Asker og Bærum er det viktig å kontakte fastlegen så tidlig som mulig. Det er ikke sikkert at alle fastlegene kan så mye om psykisk helse, men de kan henvise folk videre i behandlingssystemet. Det er to muligheter for videre behandling. Det ene tilbudet er det kommunen som har ansvaret for og det andre tilbudet er det spesialisthelsetjenesten ved Blakstad psykiatriske sykehus og distriktpsykiatrisk senter (DPS) som har ansvaret for. Det kan lønne seg å be om å få starte med behandlingen på kommunalt nivå, mens pasienten fortsatt bor hjemme. Derfor er det helt avgjørende at fastlegene vet litt om de tilbudene som finnes i sin kommune.

Psykisk uhelse er flaut og skambelagt. Hvis plagene eskalerer og fastlegen kjenner igjen noen av de tidlige symptomene på alvorlig psykisk sykdom, vil han henvise videre til en spesialist som kan ordne med en frivillig innleggelse for kartlegging og utredning. Det er nok mange som ønsker seg en rask time hos en spesialist, men spesialistens oppgave er å identifisere sykdom. Dersom pasienten får satt en diagnose, er det nesten umulig å bli kvitt den igjen. Som regel er det også lange ventelister i spesialisthelsetjenesten. Hvis tiden går og pasienten i mellomtiden blir så syk at han mister grepet på virkeligheten, eller ønsker å ta sitt eget liv, vil pårørende eller politiet måtte kjøre han til legevakta og derfra går turen gjerne rett inn på en akuttavdelingene på Blakstad.

Veien til tidlig innsats bør gå gjennom kommunens hjelpeapparat. Det er i kommunen lavterskeltilbudene skal etableres. Det er hjemme i kommunen håpet er og det er der de praktiske løsningene finnes. På kommunalt nivå kan det drives helse-



---

*Innlegget «Fastlegen som portvakt» ble første gang publisert 20.02 2017 i Budstikka. Utgiver: Asker og Bærums Budstikke ASA*

arbeid med fokus på forebygging og rehabilitering og da ofte i samarbeid med nav. I Asker er det en egen skranke på nav for tjenestetildeling. Etter hvert skal kommunen overta mer av de oppgavene spesialisthelsetjenesten gjorde før. Derfor er det viktig at fastlegen eller pasienten selv finner frem til disse tjenestene før pasienten har blitt så syk at han må legges inn med tvang eller tar sitt eget liv.

I Asker og Bærum finnes det mange frivillige organisasjoner og møteplasser hvor både friske og syke kan omgås hverandre. Venner og pårørende bor kanskje i samme kommune eller pasienten kan skaffe nye venner og pårørende. Alt dette er viktige ressurser som kan bidra til tilfriskning på pasientens egne premisser. For å få startet med en virksom behandling er det en viktige ting som må på plass. Kommunikasjonslinjen mellom fastlegen og kommunens gode hjelpere. Det behandlingsteamet som bør opprettes rundt hver nye pasient, kan kanskje bestå av fastlegen, en psykiatrisk sykepleier, en sosionom og en psykolog. Hvis hjelperne kommer tidlig til og alle bidrar regelmessig med en time eller to hver uke, blir dette behandlingsopplegget langt billigere og forhåpentligvis også langt mer effektivt enn om behandlingen forutsetter en alvorlig psykiatrisk diagnose.

Det er mange fastleger som i dag er fortvilet over at de har havnet i en situasjon hvor de rekrutterer svingdørspasienter til spesialisthelsetjenesten. Nå bygges det psykiske helsetilbudet ut i kommunene og brukermedvirkningen skal bidra til at pasientene får rett hjelp til riktig tid, før det blir kaos og krise.

# To motstridende hypoteser



*Vi trenger mer forskning på alternative behandlingsmetoder.*

Psykisk helse- og Rusfeltet har fusjonert. På kommunalt nivå førte dette til at jeg fikk anledning til å bli kjent med mange flotte nye kollegaer på forskjellige bruker-medvirker arenaer. Menneskene jeg møtte fra rusfeltet var veldig skolerte. Det virket som om tjenestene og ikke minst brukerorganisasjonene har hatt en positiv tilnærming til disse folka. Hva kan psykisk helse lære av dem? Det tok ikke lang tid før følgende spørsmål dukket opp; «Når man blir innlagt på kombi rus/psykiatri, hvorfor blir man da tungt medisineret under de seks første observasjonsukene?» Noen ganger er det sånn at man blir litt snøblind på egen arena. Da er det flott at friske øyne rettes direkte mot kjernen av et problem og formulerer det kritiske spørsmålet. Det er denne problemstillingen jeg vil forsøke sette ord på her.

Det er ikke alle pasienter i psykisk helsevern som får medisiner, men det er mange, og tendensen øker. Jeg og mange med meg, tror svaret er at psykisk helsearbeid er dominert av legevitenskapen. Mange kritiske røster har sagt at vi må forlate den bio-medisinske sykdomsmodellen, men det er ikke sikkert at alle skjønner hvorfor. Det er heller ikke sikkert at alle vet hva sykdomsmodellen er. Nye kollegaer kommer til oss og vil vite hva som er bakgrunnen for en merkelig praksis. Det er vel på grunn av tro. Legene tror på det de gjør. De vet ikke, men de har en veldig sterk tro.

*Legevitenskapens hypotese var opprinnelig at utviklingen av en hjernesykdom kunne stoppes med medisiner. Nå har denne hypotesen utviklet seg til en myte eller overtro om at alle psykiske problemer kan kureres med en pille.*

På psykisk helsefeltet er det sånn at legene innehar alle de viktigste nøkkelfunksjonene. Utdanningen og legevitenskapen er dypt forankret i den bio-medisinske fagforståelsen. Fra legevitenskapen kommer tolkingen om at hjernen må være angrepet



---

*Innlegget «To motstridende hypoteser» ble første gang publisert 18.05 2017 på Psykobloggen publisert på Mental Helses nettside [www.mentalhelse.no](http://www.mentalhelse.no).*

av en sykdom, når folk begynner å få for sterke psykiske reaksjoner. En hypotese er bare en usikker teori eller gjetning (en antagelse som enda ikke er undersøkt nærmere) om sammenhenger som lar seg teste empirisk. Det er stort sett leger som tester hypotesen og forsvarer vitenskapen. (Bukken og havresekken altså.)

Legenes hypotese har ledet til en behandlingsteori for alvorlige psykiske lidelser, som går ut på å «slukke brannen i hjernen med medikamenter». Siden det er legevitenskapen som dominerer på dette feltet, har det også vært en stor utfordring å skaffe til veie evidens for alternative behandlingsmetoder. For eksempel medisinfri behandling. Mesteparten av bevilgningene til forskning går til prestisje prosjekter hvor det forskes på gener og andre ting som foregår inni hjernens bio-masse.

*Det finnes en hypotese til, som sier at feilmedisinering og overmedisinering, kan utløse, forsterke og kronifisere psykisk sykdom fordi psykosen egentlig er hjernens eget immunforsvar. Akkurat som ved feber forsøker den å kurere en mental virusinfeksjon.*

Dette er en fersk hypotese utviklet av psykose-erfarerne selv. Denne hypotesen retter et spesielt kritisk søkelys mot de antipsykotiske medikamentene som blir benyttet fra første innleggingsdag. For noen pasienter oppleves det som å kaste bensin på bålet. Andre igjen sier de har hatt nytte av medisinen. Vi vet ikke hvor mange pasienter som tilhører de forskjellige gruppene, men i teorien går det an å se for seg en normalfordelingskurve tilsvarende Gausskalaen som det ofte vises til ved karaktersetting i skolen. Noen stryker til eksamen, de fleste befinner seg i det middelmådige området og noen får toppkarakter i alle fag. Et eksempel på verdifisering av myten legevitenskapen arbeider etter er at siden legene har oppdaget at noen får toppkarakter og er fornøyd, så gir de virkemiddelet i samme dose til alle pasientene. ( I skolen får alle elevene nøyaktig samme undervisning, men der er metoden etterprøvbart ved at elevene testes.)

Fellesaksjonen for medisinfri behandling er en spydspiss i arbeidet med å endre behandlingspraksis. Det er heldigvis ikke så stor prosentandel av befolkningen som opplever psykose, men det er her senteret for diskursen befinner seg. Orkanens øye så å si. Hvem skal trekke linjen mellom det som er normalt og galskapen? Det er det en lege som avgjør. Hvis en pasient oppsøker fastlegen på grunn av en livskrise, vil fastlegen av og til henvise videre til en spesialist som også er lege. Det er sjelden noen andre tiltak å henvise til. Spesialisten tror kanskje han ser tidlige tegn på psykose og legger pasienten inn til observasjon på en sengepost. Der vil pasienten få medisiner av overlegen fra første dag for å «slå» sykdommen tilbake. Det blir noen ganger som å dunke seg selv i hodet med en hammer å søke hjelp i psykisk helsevern. I kaos og krise kan mange naturlige reaksjoner forsterkes. Da er det viktig å vite at det finnes en alternativ hypotese som sier at dette er som forventet ved store psykososiale påkjenninger.

# Pille-psykiatrien



*Folk flest går rundt og tror at medisiner er den beste hjelpen mot psykiske lidelser. Det tror ikke jeg.*

Jeg tror at dersom pasienter føler at medisinene hjelper, da har det kanskje gått for langt og at han eller hun burde fått et tilbud mye før. Piller løser ingen problemer. Medisiner kan bare fjerne symptomer, smerte og ubehag. For en gruppe pasienter kan medisiner allikevel oppleves som en god krykke å støtte seg på et stykke på veien til bedring. Det skyldes kanskje litt placebo og ganske mye smertelindring. Generelt sett viser det seg at pille psykiatrien passiviserer og har ganske mange alvorlige fysiske og psykiske bivirkninger.

De av pasientene som hadde stort symptomtrykk med mye angst og smerte før de fikk en diagnose eller en innleggelse, er trolig blant dem som er mest fornøyd med medisiner, men av og til kan det være slik at pasienter virker fornøyd med medisinene fordi alternativet er så mye verre. Jeg er en slik pasient og jeg vet at en brå seponering kan føre til et tilbakefall med akutt innleggelse på tvangsparagraf med ny opptrapping av medisiner. Gjerne flere slag piller i nye kombinasjoner. Dette vil oppleves mye verre for meg, derfor er jeg «fornøyd» med de pillene jeg velger å ta frivillig hjemme hos meg selv. Jeg tar pillene til tross for at jeg ikke tror på dem.

Min utfordring til psykisk helsevern går stort sett ut på at jeg mener innsatsen bør settes inn på et tidligere tidspunkt og da helst uten øking av medisiner de to-tre første dagene. Dette mener jeg særlig gjelder for pasienter med en psykoselidelse. Grunnen til at jeg mener det er basert på egen erfaring. For noen virker den antipsykotiske medisinen mot sin hensikt. Den blir som å kaste bensin på bålet. Jeg mener selvfølgelig ikke å nekte mine medpasienter «livsviktig medisin». Min mål-



---

*Innlegget «Pille-psykiatrien» ble første gang publisert 18.05 2017 på Psykobloggen publisert på Mental Helses nettside [www.mentalhelse.no](http://www.mentalhelse.no).*

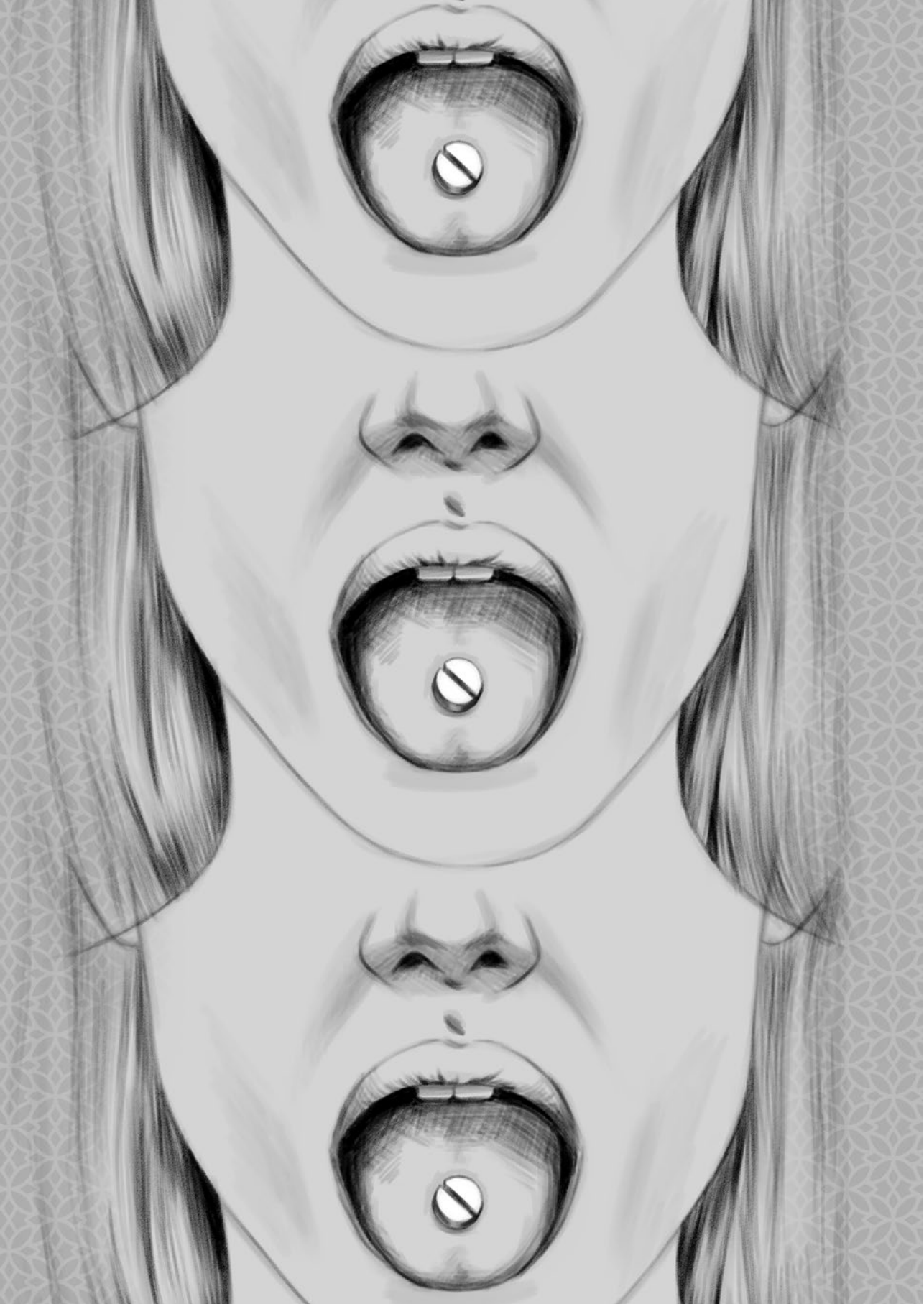
setting er å opplyse om at den samme medisinen kan ha livsfarlig effekt for andre. Det er ikke bare de fysiske konsekvensene som kan medføre livsfare, men også der pasienter opplever en avmaktssituasjon og blir fratatt alt håp om å bli friske igjen. Dette kan føre til selvdrap.

Gruppen alvorlige psykiske lidelser kan deles inn i tre; de som er fornøyd med den medikamentelle behandlingen, de som ikke er fornøyd og de som ikke vet hva de skal mene. De som ikke er fornøyd og de som ikke vet, får medisiner allikevel fordi den første gruppen er fornøyd og fordi «forskning viser» at pasientene blir bedre av å ta medisiner. Denne «forskningen» er jeg svært kritisk til. Jeg mener det er etisk uforsvarlig å gi medisin med potensiell livsfarlig effekt til alle sammen, med begrunnelse i at noen er fornøyd. Særlig siden ingen har tatt seg bryet med å undersøke hvor mange som er fornøyd, hvor mange som tar skade og hvor mange som ikke vet. Dette er «vitenskap» eller mangel på sådan, som ikke hører hjemme i en opplyst og sivilisert verden. I tillegg mener jeg det er feil å tro at psykiske reaksjoner er sykdom som skal behandles ut fra det samme kunnskapsgrunnlaget som gjelder ellers i somatikken. Dette gir ikke mening for en som har kjent på psykiske utfordringer i sjela si sjøl.

De alvorligste psykiske lidelsene regnes for å være psykoselidelsene. Psykosen er et fenomen som pasientene kan gli inn og ut av. Det er flere som mener at psykosen er en oppvåkning eller et varsel om at alt ikke står helt bra til i den moderne kulturen. En psykose kan også være en reaksjon på fortrenge traumer, en skadet relasjon eller andre ytre psykososiale påkjenninger. Psykiske reaksjoner kan ikke arves. Det er bare måten det reageres på som er arvelig. De fleste psykoser har potensiale til å gå over av seg selv og jeg frykter at denne selvrestaurerende egenskapen vil gå tapt ved unødvendig bruk av antipsykotiske medisiner.

Psykosen beskrives mange steder som en forvirringstilstand og i de fleste tilfellene vil ikke de psykoseutsatte kvalifisere til en innleggelse i spesialisthelsetjenesten før symptomtrykket har bygget seg tilstrekkelig opp. Siden en forvirringstilstand stort sett er det samme som å ha mistet sin samtykke kompetanse blir disse pasientene til slutt svært ofte tvangsinnlagt og tvangsmedisinert. Dette betrakter jeg som en gorgisk knute. Et ønske om å få et medisinfritt behandlingsalternativ i akutt fase, kan bli svært problematisk for den gruppen som ønsker det mest og som etter min mening har mest å tjene på det.

Jeg tror ikke psyken kan repareres med medisiner. En utenforstående «spesialist» bør derfor ikke gi seg i kast med å korrigere folks tanker og følelser med kjemikalier. Særlig ikke mot pasientens vilje. Tvangsmedisinering er uetisk og bør for enhver pris unngås. Følelsene våre er opprinnelig helt normale, men når pille psykiatrien har fått anledning til å manipulere med dem, vil følelsene etter to-tre psykotiske episoder ikke gi noen mening lenger. I journalen kan det stå at de påfølgende psykosene ikke hadde noen utløsende årsak. For meg er det helt innlysende at de



påfølgende psykosene da var medisin indisert. Jeg er sikker på at medisiner konserverer lidelsen, slik at psykosene fortsetter å dukke opp nå og da. Jeg ser på antipsykotisk vedlikeholds medisin på samme måte som å skylle male pensler i ett vannglass. Først litt rød farge, så litt blått, grønt og gult. Hvilken farge har vannet fått da? Brungrumset. Ingen ser lenger hva som var årsaken til det opprinnelige problemet og senere psykotiske episoder kan dukke opp når som helst uten å gi mening.

Jeg tror at medisinfri førstegangsbehandling kan gi god prognose for tilfriskning. De mystiske psykiske symptomene kan være underbevissthetens forsøk på å påkalle oppmerksomheten til en omsorgsfull og empatisk person. Slik var behandlingen i gamle dager. Det finnes mange dyktige helsefagarbeidere, men de kommer dessverre litt i skyggen av « pille-spesialistene». Min aller største frykt er ikke det at vi står ovenfor en psykiatrisk epidemi. Jeg tror heller vi står ovenfor en systematisk feiltolking av helt normale psykiske reaksjoner. Konsekvensen er at ingen blir friske. En fortvilet dame sa følgende til meg; «Kan de virkelig kalle det behandling når målet ikke er at vi skal bli friske, men at behandlingen består i å overtale oss til å ta vedlikeholds medisiner livet ut?»

# Uetisk forskning og tvilsom evidens



*Sett fra et brukerperspektiv må jeg spørre om hvorfor nesten 70 prosent av pasientene åpenbart ikke opplever god effekt av medisinene. Tallet skulle være høyt nok til å forsvare et krav om medisinfri behandling.*

Under etablering av medisinfrie behandlingstilbud på feltet psykisk helse har sentrale fagfolk uttrykt bekymring for at det mangler evidens for at medisinfri behandling virker. En av årsakene til at det ikke foreligger noe særlig forskning på dette, kan være at forskningsspørsmålene ikke har hatt riktig fokus. Siden medisiner nesten alltid er førstevalget ved mistanke om psykisk sykdom, er det ingen medisinfrie pasienter å forske på.

I et innlegg i Aftenposten (13. juni 2016) skriver psykiater Jan Ivar Røssberg at det er uetisk ikke å medisinere syke pasienter, samtidig som han er kritisk til at det ikke eksisterer evidensbasert kunnskap om umedisinerte pasienter (1). I en blogg i Dagens Medisin reflekterer president Tor Levin Hofgaard i Norsk Psykologforening over dette.

*Etisk forsvarlig?* Legevitenskapen har som mål å kurere fysiske sykdommer, men er det etisk forsvarlig å benytte den samme kunnskapen for å kurere sjelen? Psykofarmaka er det nesten umulig å skaffe ekte kunnskap om, allikevel benyttes disse preparatene flittig. Hypotesen ved mistanke om psykose går ut på at antipsykotiske medisiner skal beskytte pasientene mot en videre utvikling av det man antar er en sykdom.

Mange pasienter kan fortelle om stikk motsatt effekt. Medisinene førte til at alt ble mye verre. Det mange ikke vet, er at de antipsykotiske medikamentene kan ut-



---

*Kronikken «Uetisk forskning og tvilsom evidens» ble første gang publisert 21.05 2017 på nettsiden [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no). Utgiver: Bonnier Business Press AB.*

løse eller forsterke hallusinasjoner. Med andre ord har mange psykiatriske pasienter fått medikamenter som kan utløse psykotiske reaksjoner, samtidig som de har blitt utredet eller blitt behandlet for en psykose lidelse.

*Forverring.* En andel av disse pasientene har dermed trolig fått medisintulte hallusinasjoner som i sin tur bekreftet mistanken om alvorlig psykisk sykdom. Utredningen har foregått mens pasienten har vært innlagt, med begrenset tilgang til hverdagslige ressurser, venner og familie.

Dette har mange pasienter blitt svært provosert av. Uro og affekt er symptomer på forverret tilstand, og pasientene tilføres da enda mer medisin, eller flere medisiner i kombinasjon, inntil behandlere mener de har blitt roligere. Da har evnen til å tenke klart, blitt forstyrret, men pasientene ser rolige ut utenpå. Denne strategien kan umulig medføre troverdig evidens.

*Medisinfritt.* Det er pasienter og pårørende som nå krever et medisinfritt behandlingstilbud. Teorien ved medisinfri behandling handler om å utnytte hjernens egen evne til selvrestaurering. Tilfriskning forutsetter at pasientene får omsorg og støtte utenfra til å finne sin individuelle vei til heling.

Den grunnleggende forskjellen mellom de to teoriene er at i legevitenskapen betraktes psykiske reaksjoner som sykdom, mens den motsatte teorien ser på psykiske reaksjoner som hjernens forsøk på å reparere seg selv. Det at noen utenfra skal «hjelpet til» i tilfriskningsprosessen med å fylle på med kjemiske stoffer, kan i verste fall ødelegge liv. De fleste behandlere lever med den forestillingen at antipsykotiske medisiner har terapeutisk effekt. Det stemmer ikke. Medisiner kan bare fjerne symptomene og lindre smerten.

*Verktøyet.* Det er pasientenes erfaring som bør brukes som måleinstrument i jakten på gyldig kunnskap. Hjernen er ikke et sykt organ som kan fikses på utenfra på samme måte som lunger, lever eller blindtarm.

Psykiaterne innehar den dominerende posisjonen og måleverktøyet deres er egen observasjon fra utenfra perspektivet, samt å telle antallet reinnleggelser. Medisinerte pasienter er satt ut av stand til å forklare seg nettopp på grunn av de sløvende medisinene. Nå skal det sies at en andel pasienter har god nytte av antipsykotiske medisiner, men behandlerne vet ikke på forhånd hvem – eller hvor mange.

*Alarmerende.* I mine observasjoner fra brukerperspektivet må jeg stort sett forholde meg til størrelser som «noen», «flere», «mange» og så videre, men ved å tenke litt annerledes, fremkommer det allikevel svært alarmerende tall.

I en studie fant forskerne ut at to tredeler av pasientene motsatte seg medikamentell behandling. Problemet forskerne fokuserte på, var hvordan man skulle bedre pasientenes samarbeidsvilje. Sett fra et brukerperspektiv er ønsket heller å spørre om hvorfor nesten 70 prosent av pasientene åpenbart ikke opplevde god effekt av medisinen. Dersom tallet er representativt, skulle det være evidens god nok til å forsvare et krav om medisinfri behandling.

# Psykiske reaksjoner er ikke arvelige



*Tidligere har jeg betraktet de forskjellige forståelsesmodellene for psykisk sykdom som en slags faghistorisk utvikling, men nå har jeg lært noe nytt som jeg tror er veldig viktig. Alle sykdomsmodellene hører hjemme i et felles univers. Når beslutningstakere, behandlere, terapeuter og andre hjelpere kjenner alle sykdomsmodellene, kan de veksle mellom å bruke den ene eller den andre modellen i behandlingen i stedet for å henge seg opp i bare en av dem.*

Psykologi må være et av verdens vanskeligste fag fordi det handler om noe usynlig som skjer mellom mennesker og inne i den enkeltes hode. Av og til oppstår det konflikter og traumatiske hendelser som kan føre til at folk reagerer kraftigere enn til vanlig, men det er helt normalt. En liten gruppe mennesker har reaksjoner som hittil har blitt betraktet som psykisk sykdom. Dette er interessant. Hva er det som gjør noen psykiske reaksjoner til sykdom?

Det er kanskje naturlig å starte med en forståelsesmodell som handler om arv. Logisk sett er det neppe mulig å arve en psykisk reaksjon. Derfor må det en faktor til med i bildet. Enten en miljøpåvirkning eller en biologisk forutsetning som er genetisk overførbart. De fleste støtter seg til en sykdomsmodell som inneholder en kombinasjon av arv og miljø. Stress-sårbarhetsteorien forklarer psykisk sykdom som reaksjoner fremprovosert av hendelser i miljøet. Vi vet også at mangel på stimuli, kjærlighet og omsorg er den mest effektive av alle miljømessige faktorer når det gjelder å fremkalle psykisk sykdom. Folk blir fullstendig apatiske av det. På den andre siden kan en ulykke eller tapssituasjon piske i gang mange sterke følelser. Gråt



---

*Debattinnlegget «Psykiske reaksjoner er ikke arvelige» ble første gang publisert 29. 08. 2017 på nettsiden til NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.*

og hysteri er psykiske reaksjoner som vil påkalle oppmerksomhet fra andre. Med trost og omtanke går det meste over. Siden det er en tydelig forbindelse mellom en hendelse/fravær av hendelse og en psykisk reaksjon, kan psykiske reaksjoner umulig være arvelig. Det som eventuelt kan være arvelig er selve *evnen* til å reagere og *måten* det reageres på. Dette kan ikke regnes som en *sykdom*. Ikke i første omgang i alle fall.

### **Snakk om det som er vanskelig**

Mange ekstraordinære psykiske reaksjoner ble i tidligere tider akseptert som profetier eller varsler om en samfunnsutvikling som var på feil kurs. I dag betraktes de samme psykologiske fenomenene som sikre tegn på galskap. Ved å definere spesielle psykiske reaksjoner som sykdom, blir folk som før ble friske ved hjelp av venner og familie, i dag tildelt en passiv rolle som pasient. I tillegg blir pasienten bærer av all skyld siden de fleste tror at sykdommen er «arvelig». Relasjonsbygging og forsøk på relasjons reparering burde være ett høyt prioritert tiltak for pasienter med plagsomme psykiske symptomer, men dette blir ofte neglisjert. Av og til kunne det vært tilstrekkelig med en oppfordring til en av pasientens pårørende om å komme sammen mer og snakke ut om vanskelige ting. Det er ikke sikkert helsefagarbeidere trenger påta seg jobben med å organisere alt. Det er ikke riktig at ingen andre er å laste. Det miljøet stress-sårbarhetsmodellen handler om består stort sett av mennesker.

Spesialistenes sykdoms forståelse er ofte avgjørende for hvor effektiv den videre behandling vil bli. Nettopp derfor er det viktig at de klarer å forholde seg til mer enn en behandlingsmodell. Basert på egen erfaring tror jeg at psykisk uhelse bygger seg opp. Når den utsatte personen har nådd bristepunktet er begeret for sorger og bekymringer fullt. Da er det helt normalt at det kommer en reaksjon. Noen vil reagere med angst, andre med aggresjon. Noen ganske få reagerer med psykose. Måten vi reagerer på er det arven som bestemmer. Jeg betrakter ikke den arvelige reaksjonsevnen som en sårbarhet. Heller ikke er det en dysfunksjon eller en sykdom. Ikke enda. Men det kan den fort bli dersom de som har disposisjonen ikke får den riktige hjelpen. Jeg snakker ikke om adekvat medikamentell hjelp, men om en individuell medmenneskelig tilnærming. Til tross for at symptomene kan være like, er alle mennesker forskjellige og responderer på ulike stimuli. Symptomene er ikke en sykdom. De er tegn på at noe er galt i miljøet eller at gamle traumer trenger opp til overflaten og «ber om» å bli bearbeidet.

### **Arv eller ikke?**

Arv er en sykdomsmodell som *kan* være hensiktsmessig å bruke ved kartlegging og utredning av alvorlige psykiske lidelser. Nesten alle behandlere spør en førstegangs pasient om det er en eller flere av slektningene som har en psykisk sykdom. Det er

særlig to hovedgrupper som forbindes med arv; schizofreni og bipolar. Jeg kan se en fordel ved å kartlegge en eventuell familiær opphopning av den ene lidelsen for å kunne utelukke den andre. Eller for å slå fast at det ikke er noen i familien som har hatt sykdommen før, men den videre kartlegging og utredning kan fort bli en fallgrube for pasienten hvis det viser seg at han har en slektning med en diagnose. Da kan behandler og personale bli villedet til å lete etter tegn som matcher diagnosen i stedet for å sette i verk tiltak som kan fremme tilfriskning. Siden kartlegging og utredning nesten alltid skjer samtidig som pasienten blir medisinerert, frykter jeg at det er mange pasienter som blir loset rett inn i en diagnose-bås det er umulig å komme ut av igjen.

Dersom også hjelperne i kommunen har en forståelse av alvorlige psykiske lidelser som en sykdom som er arvet fra mor eller far og som det ikke er så mye å gjøre med, da kan den videre behandlingen også bli veldig passiv og medisinfokusert. Selv opplevde jeg aldri mani og psykose som en *sykdom* som utviklet seg i hjernen min. Min opplevelse var mange emosjonelle belastninger i miljøet førte til en psykisk respons som løp løpsk og som fikk næring av alle medisinene. Alle foreldre har en gang løpt etter barnet sitt på full fart mot en fare. Barnet løper bare fortere og fortere jo nærmere du haler innpå. Da det skjedde med meg skjønnte jeg at jeg ikke ville klare å innhente ungen. Så jeg stoppet og begynte å bruke stemmen. Jeg skrek og lokket om hverandre. Ungen stoppet, snudde seg og kom tilbake. Slik er det med psykiske reaksjoner også. Legene løper etter pasientene med piller og sprøyter og da er det ikke rart at reaksjonene eskalerer for noen.

### Positivt å være aktiv

Jeg tror ikke noen kan bli friske av passivitet og medisinerer. Det blir helt feil å benytte de samme sykdomsmodellene for psykiske utfordringer som for fysiske. Legene er vant til å behandle pasientene sine mens de ligger i en seng. Slik behandler man ikke psyken. Den mentale helsa er mye mer kompleks og sammensatt enn som så. Ved all sykdom er den indre kraften og viljen til å bli frisk svært viktig. I psykisk helsevern tar ikke spesialistene alltid hensyn til dette. Det er en økende gruppe pasienter som slett ikke vil ha medisiner, men slik tjenestene er utformet og slik spesialistene tolker psykiske reaksjoner må de stort sett ta medisiner likevel. Det mest skremmende ved denne behandlingsmodellen er at folk som har alvorlige psykiske symptomer aldri kan bli friske. De blir fortalt at de må ta medisiner livet ut, men medisinene gjør dem ikke friske.

Et av de viktigste bidragene til bedring tror jeg er venner. Det å skape gode arenaer for å møtes er veldig viktig. Det å etablere gode møteplasser koster alltid litt penger, det trengs hyggelig personale og noen muligheter for sysselsetting. Det er hjemme i kommunen at tilfriskning skal skje. Ingen blir friske av å sitte passivt i sofaen hjemme hos seg selv. Jeg har selv opplevd depresjoner som gjorde det helt

umulig for meg å komme meg ut for å delta på de tilbudene som var etablert i min kommune. Da fikk jeg vedtak om kommunal transport. En minibuss hentet meg på trappa klokka ni og sammen med flere andre reiste jeg bygda rundt før jeg ble levert på trappa til mitt Aktivitetshus. Slik holdt vi på ett år eller så, inntil jeg var godt ute av den tunge depresjonen. Så lang tid kan det ta, men det hadde god og varig effekt. Jeg har faktisk ikke vært fullt så deprimert siden. Moralen er; alle psykiske reaksjoner er «normale» reaksjoner på en eller flere hendelser i miljøet. Reaksjonen kan være stor eller liten og jeg tror den er proporsjonal med mengden av påkjenninger som har hopet seg opp. Det er ingen ting som tyder på at psykiske reaksjoner er sykdom, men det kan ta lang tid å oppnå bedring på den naturlige måten.

# Virkninger og bivirkninger



*Min eneste mulighet for å kunne leve et noenlunde godt liv er å knaske så mange piller som skal til for å holde meg utenfor institusjonen. Dette er ikke den løsningen jeg selv ville valgt. Det er et kompromiss.*

I hele julen har jeg fått skryt av familien fordi jeg har takket nei til kaker, sjokolade og brus. Familien min heier på meg fordi de tror jeg prøver å slanke meg og jeg har ikke hjerte til å fortelle dem sannheten. At jeg holder på å utvikle diabetes som en bivirkning til medisiner jeg har vegret meg for å ta i over tjue år. Egentlig tror jeg at det er et tegn på sterk helse at jeg ikke har fått diabetes før. Mine behandlere har alltid trukket familien min aktivt inn i behandlingen for å få dem til å passe på at jeg tar den medisinen som jeg selv mener bare gjør vondt verre. Medikamentene setter meg i en tilstand av sløvhets og kraftløshet, samtidig som de fører til omfattende vektøkning og diabetes. I min familie er det bare jeg som er stor, men legene rister beklagende på hodet og forklarer at dette er noe jeg må regne med. Fedme og diabetes er altså en bivirkning til en behandling som jeg mener ikke virker og som jeg selv aldri har trodd på eller vært motivert for.

Alle maser om at det er viktig at jeg trimmer regelmessig. Av og til kommer jeg ut av sløvhetsstilstanden og blir kreativ og energisk. Da er jeg motivert for å bevege meg mer, men siden dette også kan oppfattes som et tegn på tilbakefall, blir jeg som regel raskt innlagt i psykiatrien. Der dobler de dosen og plasserer meg i en stol, bak låste dører. Behandling på lukket sengepost består stort sett av medisiner, passivitet og isolasjon. Når jeg så er blitt rolig nok, sender de meg hjem igjen. Etter en slik episode følger det alltid en depresjon. Den depressive perioden varer mye lenger og



---

*Innlegget «Virkninger og bivirkninger» ble første gang publisert 17.01 2018 på Psykobloggen publisert på Mental Helses nettside [www.mentalhelse.no](http://www.mentalhelse.no).*

er mye vanskeligere for meg enn den kreative fasen. Oppturene mine er alltid lyse og positive med mye energi. Jeg lider ikke så hvorfor dobler de dosen når det er nok å låse døren? Hvorfor blir ikke behandlingen min på sykehusene lagt slik til rette at det er mulig å trene eller gjøre andre kreative ting mens jeg er til behandling der? Jeg vil ikke ha den sløvende medisinen. Jeg vil være klar i toppen og øve meg på å mestre livet mitt.

Det er lenge siden jeg oppdaget at antipsykotisk medisin ikke har gunstig effekt på meg. Det oppleves som å «kaste bensin på bålet». En moderat mani får næring av antipsykotisk medisin og så bærer det rett opp i psykose. Dette har spesialistene vanskelig for å forstå. De vil helst tro det er «sykdommen» som utvikler seg. Det er nok derfor de dobler dosen. Resultatet er at alle mine naturlige tilfriskningsressurser blir overstyrt av medisintilførte psykoser. Mine protester renner ut i sanden. Medisinene også har den virkningen at den lammer talen. Det å forsøke å protestere på medisinenes opplevde virkning fører ofte direkte til et tvangsvedtak, så det anbefaler jeg ingen. Vent alltid med å protestere til etter utskrivelsen. Det heter seg at frivillighet alltid skal være prøvd før tvangsmedisinering, men det betyr bare at helsepersonell skal ha forsøkt å overtale pasienten til å ta medisinen frivillig. Det er ikke mulig å slippe unna, men piller er tross alt bedre enn tvangsmedisinering med sprøyte. Noen medisiner er laget som skum som oppløses i munnen, slik at det ikke er mulig å spytte den ut i kaffekoppen. Etter min mening er nesten all medikamentell behandling av psykiske reaksjoner kritikkverdig og må i de fleste tilfeller betraktes som uetisk helsehjelp.

Det er ingen som noen gang har spurt meg om hvordan jeg opplever at medisinenene virker på min unike personlighet. Det er ikke bivirkningene jeg er mest redd for. Det er den virkningen medisinenene har og er ment til å ha som uroer meg mest. Jeg har aldri ønsket meg den. Medisinenes virkning er således en trist historie. Min opplevelse er at den antipsykotiske medisinen i sin tid bidro til å utløse lidelsen min. Medisinene gav næring til det som ble tolket som en alvorlig psykisk sinnslidelse. Jeg hadde en annen teori. Alle klageinstanser, helsepersonell og folk flest er innstilt på at det spesialistene gjør er riktig. Til tross for at kunnskapsgrunnlaget i psykiatrien er svakt, har det vist seg å være umulig å få medhold i klager på behandling jeg selv opplevde som feilbehandling. Som pasient har jeg nemlig ikke samtykkekompetanse etter at medisinen jeg må ta med eller uten tvang har utløst en ny psykose. Jeg har selvfølgelig aldri gitt mitt samtykke til en så ulogisk og etisk uforsvarlig medisinsk tolking og behandling som den som tilbys meg i psykiatrien i dag. Min eneste mulighet for å kunne leve et noenlunde godt liv er å knaske så mange piller som skal til for å holde meg utenfor institusjonen. Dette er ikke den løsningen jeg selv ville valgt. Det er et kompromiss. Jeg må sette muligheten til å bli frisk til side og godta farlig overvekt og diabetes som bivirkninger av en behandling som bare har vært et hinder for meg i å benytte mine egne ressurser, håp og motivasjon for å oppnå bedring.

# Kvinner med barseltraumer må ikke overlates til psykiatrien



*Oppfølgingen av den nybakte morens mentale helse er helt tilfeldig.*

Gravide, barselkvinner og alenemødre med små barn er i en livsfase hvor de er ekstra sårbare for psykiske påkjenninger. Kanskje har likestillingen den baksiden at denne kvinnespesifikke sårbarheten er noe vi helst ikke snakker om. Hvis det inntreffer en krise, er det langt fra sikkert at barselkvinnen har folk rundt seg med den rette kompetansen.

## Omsorg ved barsel

I tusenvis av år har omsorgen i forbindelse med fødsel og tiden etterpå vært kvinners domene. Ektemannen har blitt kastet ut av føderommet, og fødselshjelperne var jordmor, nabokoner eller andre kvinnelige slektninger. Da mennene overtok kvinners posisjon som fødselshjelpere, ble den fødende lagt på rygg for at legen skulle få bedre oversikt. Uten hjelp fra tyngdekraften ble fødselen vanskeligere.

I dag blir nesten hele barselomsorgen i tiden etter fødselen ivaretatt av ektemannen siden mor og barn som regel blir sendt svært raskt hjem fra sykehuset. Moderne legevitenskap har heldigvis lyktes i å redusere dødeligheten for kvinnene, men oppfølgingen av den nybakte morens mentale helse er helt tilfeldig.

## Psykiske reaksjoner i barseltiden

Den mest kjente psykiske reaksjonen etter en fødsel er «ammetåka». Når hormonene raser i kroppen, er det ikke uvanlig at den nybakte moren tar til tårene for den minste lille ting.



---

*Innspillet «Kvinner med barseltraumer må ikke overlates til psykiatrien» ble første gang publisert 27.02 2018 i Sykepleien. Utgiver: Norsk Sykepleierforbund.*

Årsaken til at hun ikke er helt seg selv, er et av naturens mange under: Evolusjonen har ordnet det slik at en nybakt mor setter sine egne behov til side til fordel for babyen. Nyfødte barn er hjelpeløse og skrøpelige. De skal ha næring og omsorg hver fjerde time hele døgnet gjennom. Det er ikke hensiktsmessig at mor tenker på seg selv eller karrieren akkurat da. Når barnet blir større og mer robust, glir ammetåka over.

Før tok folk flest hensyn til at kvinner var ekstra sårbare i den første tiden etter nedkomsten. De skulle hvile mye og få nok søvn. I dag er det fort gjort å glemme dette. Det hviler et stort forventningspress på barselkvinnene, fra samfunn, familie og venner, om at de må komme seg raskt tilbake i jobb igjen, og at de skal se bra ut.

Mange kvinner legger dessuten et stort press på seg selv fordi de ikke har den kunnskapen som tidligere ble overført fra kvinne til kvinne, om mentale reaksjoner som kan oppstå i barseltiden.

For noen er barseltiden en tid med begrenset mulighet for meningsfull sosial aktivitet. Passivitet og fravær av samme stimuli som før kan være en årsak til barsel-depresjon. For andre igjen kan egne og andres forventninger føre til usikkerhet, uro, angst og reaksjoner som kan forveksles med psykose.

### **Sensitiv personlighet**

Det er de følsomme som merker trøkket først. Kvinner som grubler mye alene og ellers har et rikt og nyansert følelsesliv, er trolig litt mer utsatt ved store psykiske belastninger. Barndommen former mange unge kvinner til «flinke piker», som alltid sier ja og strekker seg mot perfektjonisme.

Skole og barnehage er positive og bekreftende. Når voksenlivet treffer med alle dets krav og forventninger, er det kanskje ikke så rart om de mest følsomme jentene får trøbbel med den mentale helsa.

En fødsel er i seg selv en stor påkjenning, både fysisk og psykisk. Noen kvinner har en liten sosial skrekk fra før, og i barseltiden kan det for noen oppleves behagelig å trekke seg tilbake og isolere seg.

Derfor er helsestasjonenes organisering av barselgrupper et smart tiltak. Flere kvinner i samme situasjon kan finne mye støtte og glede i å komme sammen. Noen er ekstra heldige med barselgruppen sin og holder sammen opp gjennom hele barnets skoletid og kanskje enda lenger.

Barselgrupper kan være god forebygging og bidra til styrking av mødrenes mentale helse, men det er ikke alle som bor slik til at det er flere med barnevogn i nabolaget. I de tilfellene må helsesøster være ekstra oppmerksom og kreativ.

### **Liten tue kan velte stort lass**

Psykiske belastninger kan komme fra flere forskjellige hold. Gamle hendelser kan ha ligget og murret i bevisstheten en stund. Hvis nye bekymringer kommer til, kan

de legge seg oppå hverandre til alt en dag kanskje raser sammen på grunn av den siste lille hendelsen eller spydige bemerkningen.

Det er ikke uvanlig at par går gjennom store omveltninger i livet når det første barnet kommer. Aldri har det vært så viktig for kvinnen å ha en sterk relasjon til sin partner som da.

En feil veldig mange kvinner gjør i denne fasen, er at de forventer at mannen skal være en omsorgsperson på samme nivå som venninnene eller henne selv. Hun vet kanskje ikke at det ikke er like naturlig for alle menn å være så empatiske, intuitive og omsorgsfulle som det kvinner ofte er.

Empati kan til en viss grad læres, og forventningene må kommuniseres. For mannen kan det å skifte takstein eller legge parkett være hans måte å vise omsorg på. Han kan være full av testosteron etter å ha blitt pappa, og nå vil han gjøre det fint for mor og barn.

I den første fasen kan det derfor lett oppstå misforståelser og sviktende kommunikasjon. Noen obligatoriske timer med parterapi, organisert gjennom helsestasjonen, vil trolig ha stor nytteverdi for par som nettopp har blitt foreldre.

Det er neppe noe annet som utgjør en like stor risiko for barselkvinnens mentale helse som en svak relasjon til partneren. Hvis paret ikke er klar over at det kan være forskjell på måter menn og kvinner tenker og reagerer på, kan hun begynne å føle seg neglisjert og begynne å bebreide partneren for å ikke være mer til stede. Kanskje vil han oppfatte dette som ufortjent mas og i verste fall forlate henne – først mentalt og etter hvert kanskje også fysisk. Da er ikke krisa langt unna.

### Når krisa er et faktum

Dersom vedvarende psykisk stress og bekymringer utløser en alvorlig psykisk reaksjon for barselkvinnen, er det fastlegen eller legevakta som overtar omsorgsfunksjonen, ikke jordmor eller helsesøster. Hos fastlegen vil hun kunne få en henvisning videre til en spesialist dersom reaksjonen er alvorlig. Spesialisten vil også være lege, men med tilleggstudanning i psykiatri.

Dette er et svakt punkt i den mentale barselomsorgen. Spesialisten vil nemlig lete etter tegn og symptomer som kan hjelpe han med å bestemme hvilken diagnosegruppe kvinnen hører inn under. En diagnose kan for eksempel være en depressiv reaksjon, angst eller tidlige tegn på psykose. Det er den diagnosen legen finner, som utløser rettigheter til behandling, til ytelser fra Nav og liknende.

All behandling og diagnostisering i psykiatrien foregår etter gruppeprinsippet, og jeg tviler på at spesialistene har nok kunnskap om barselkvinnens mentale helse. Det at mor og barn blir atskilt, kan i seg selv være nok til at symptomene vil akse-lerere, og kvinnen vil trolig motta en medikamentell behandling som har vist seg gunstig for den gruppen medikamentene er forsket frem på – som regel menn.

Jeg skulle helst sett at det ikke var nødvendig med en psykiatrisk diagnose for å

få hjelp til å behandle traumer som kan oppstå i de første par årene etter en fødsel. De offentlige helsetjenestene kunne vært organisert slik at kvinnene fikk hjelp så tidlig som mulig på det stedet som egner seg best, nemlig helsestasjonen.

Jeg har selv vært gjennom en mental krise i barseltiden. I stedet for en behandling som opplevdes som trygg og god, ble også jeg skilt fra babyen og innlagt på akuttavdelingen på et vanlig psykiatrisk sykehus.

Det ble en svært traumatisk opplevelse. Jeg var sjokkert og redd da jeg ble låst inne og proppet full av medisiner. Behandlingen opplevde jeg som helt uten mål og mening. På grunn av medisinene var jeg i dårligere forfatning da jeg ble skrevet ut, enn det jeg hadde vært da jeg ble skrevet inn.

### **Behandling av et barseltraume**

På akuttpostene er det vanlig å starte all behandling med medisiner. Alt som kan minne om psykose, blir behandlet som psykose. Et barseltraume kan lett forveksles med en psykose. Da jeg selv ble innlagt, hadde jeg moderate symptomer, men fikk de samme hestedosene med antipsykotisk medisin som alle de andre pasientene. Dette forsto jeg intuitivt måtte være feil.

Jeg tror at psykiske reaksjoner i barseltiden stort sett ligger innenfor et normalspekter for kvinner som nylig har født, og at det er uheldig å behandle disse reaksjonene medikamentelt. Jeg ble selv behandlet som en diagnose helt uten hensyn til at jeg var nybakt mor. Legene lette etter symptomer som kunne bekrefte sinnslidelse, og gjorde ingen forsøk på å kartlegge de ressursene jeg hadde som kunne hjelpe meg å bli frisk igjen. For eksempel tett samvær med barna mine.

Jeg er overbevist om at jeg ble feilbehandlet. I den senere tid har det også gått opp for meg at jeg ikke er alene om å ha denne vonde erfaringen. Kvinner som får en alvorlig psykisk reaksjon i barseltiden, vil kunne risikere å bli skilt fra babyen sin og bli systematisk feilbehandlet på en institusjon. For det finnes ikke noe alternativ.

### **Behandlingsforløp**

Ved mistanke om alvorlig psykisk sykdom blir pasientene som regel innlagt til observasjon i spesialisthelsetjenesten, samtidig som de får medikamentell behandling. Flere av de medikamentene som benyttes, kan utløse de symptomene de egentlig skal beskytte mot. Flinke psykologer havner i skyggen av legespesialistene, som nesten aldri møter pasientene annet enn på det aller sykeste.

Min erfaring er at medisinene gjorde meg verre. Jeg er overbevist om at min psykiske reaksjon ville ha gått over av seg selv med helt vanlig omsorg og søvn. Uten noen grundig undersøkelse ble jeg satt på sterke medisiner. Medikamentene hadde flere alvorlige bivirkninger, og jeg begynte umiddelbart å legge på meg. Medisinene førte til fastfrysing av det problemet som hadde oppstått, og konservering av det som snart skulle bli diagnostisert som en kronisk og livslang sinnslidelse.

## **Tilfriskning krever handling**

Det meste av innholdet i min «behandling» etter utskrivelsen gikk ut på å overtale meg til å ta medisiner. Jeg strittet imot og klarte aldri å akseptere det som en logisk metode. Jeg mente det var best å være klar i tankene når jeg skulle tenke meg frisk, men jeg fikk ikke lov til å forsøke. Medisinene sløvet meg ned, og jeg følte meg bare dopet.

De beste virkemidlene på veien til tilfriskning fant jeg i de praktiske tiltakene hjemme i kommunen. Det var mange gode tilbud som kunne legges til rette mens jeg var hjemme i permisjon. Jeg skulle ønske behandlingen min hadde startet der, som forebygging i kommunen i form av et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og helsestasjonen. Alle nybakte mammaer går jo jevnlig til kontroll med babyen sin. Det kunne vært flettet inn et par timer med psykolog av og til, mens noen andre passet på babyene.

Jeg fortalte aldri helsesøster om mine egne problemer. Da de begynte å hope seg opp, var jeg i alle fall for skamfull og fortvilet til å si noe. Jeg holdt på fasaden så godt jeg kunne, men jeg tror min sykdomshistorie hadde fått et mye lykkeligere utfall dersom problemene mine hadde blitt håndtert av kvinner med kunnskap om graviditet og fødsel.

## **Kunnskapskonflikt**

Medisiner løser ingen problemer, men de kan være gode krykker å støtte seg på i en vanskelig periode. For noen. Jeg følte at jeg hadde ressurser nok til ikke å trenge de krykkene.

Psykiaterne og overlegene var bare menn den gangen. De fortalte familien min at hjernen min ville bli ødelagt for alltid hvis jeg ikke tok den antipsykotiske medisinen. Jeg var overbevist om at de tok feil.

Det jeg egentlig hadde behov for, var at noen kunne hjelpe meg med å løse de praktiske problemene jeg hadde viklet meg inn i, og som førte til at jeg mistet nattesøvn. Det ville umiddelbart ha løftet flere tonn med stress og bekymringer fra mine skuldre.

Videre opplevde jeg det som en stor belastning å være atskilt fra mine barn. Atskillelsen tilførte meg noen ekstra tonn med stress og bekymringer.

Jeg hadde behov for medfølelse, omsorg og faste rutiner, og det synes jeg nok at jeg fikk på akuttavdelingen, men i sum bidro opplegget på sykehuset til at jeg følte meg ytterligere krenket og traumatisert, til tross for at miljøpersonalet gjorde en prima innsats. Godt faglig helsearbeid ble overskygget av meningsløs medisinerings.

## **Behandling av barselkvinner før**

Før i tiden ble gravide og barselkvinner betraktet som litt nevrotiske alle sammen, og det var helt normalt om de fikk en hysterisk reaksjon. Alle visste at de måtte være

forsiktige med å utsette kvinnen for unødvendig bekymring i denne sårbare perioden. Barselkvinnen ble behandlet hjemme hos seg selv, ved at andre kvinner kom til og overtok ansvaret for henne, babyen, husholdningen og eldre søsken.

Vi som har opplevd diffuse psykiske symptomer i forbindelse med graviditet eller barsel, kunne rett og slett hatt mye bedre nytte av en «husmorvikar» som kom hjem til oss på morgenen og ble værende store deler av dagen.

Dette hadde selvfølgelig blitt mye billigere enn å legge oss inn på en døgnbemannet avdeling på psykiatrisk sykehus. Etter kort tid ville vi helt sikkert kommet til hektene igjen vi også, slik kvinner gjorde etter en fødsel før.

Tragisk nok har jeg møtt mange kvinner som kan fortelle at de debuterte som pasienter i psykiatrien kort tid etter en fødsel. Der fikk de bare piller og en diagnose. De kom seg aldri ut av psykiatriens klør igjen.

### **Bedring uten medisiner**

Med bakgrunn i egen erfaring vil jeg påstå at psykisk sykdom ikke alene har en arvelig årsak. Psykisk sykdom oppstår når normale reaksjoner på overbelastning ikke har blitt korrekt behandlet eller forsøkt behandlet i det hele tatt. Med korrekt behandling mener jeg ikke medisiner, men praktiske tiltak og terapi. De miljømessige årsakene til psykisk sykdom er mye mer omfattende enn en eventuell arvelig sårbarhet.

Alle helseforetak skal nå ha etablert enheter for behandling uten medisiner. Jeg mener at dersom det er nødvendig å behandle barseltraumer med en sykehusinnleggelse, så skal det i hvert fall skje på en medisinfri avdeling, hvor det legges til rette for at kvinnen kan ha barnet mest mulig hos seg.

Kartlegging, utredning og diagnostisering med tanke på alvorlig sinnslidelse burde være helt unødvendig. Det er min erfaring at barseltraumer er en tilstand som stort sett vil gå over av seg selv, såfremt barselkvinnen blir møtt med helt vanlig stell, pleie og omsorg.

# Uten samtykkekompetanse



*Folk kan bli friske når de slipper å kaste bort tid på å bli stabilisert med medisiner først.*

Psykose er et fenomen med en forklaringsmodell som splitter fagfeltet. Hittil har majoriteten stort sett betraktet psykose som en sykdom, men stadig flere slutter seg til at psykosen i sin naturlige form også kan være ett uttrykk for hjernens eget immunforsvar ved store psykososiale påkjenninger. Immunforsvaret har, hos noen, den fantastiske egenskapen at det kan gi slipp på fornuften. Jeg tillater meg å mene at psykosefenomenet kan fungere som et hensiktsmessig og helbredende fenomen. Men den vanligste forklaringen på psykose er at de psykoseutsatte bærer med seg en sårbarhet – eller har en arvelig disposisjon som kan løse ut sykdom under massivt stress.

*Fornuft er tillært.* Skam er tillært og ofte påført i barndommen. Lover og regler er en oppfinnelse som ikke alltid virker til fellesskapets beste. Logisk tenking må læres. I psykosens naturlige tilstand kan den det gjelder, oppføre seg lettsindig og skamløst.

Flere netter uten søvn med resultatløs grubling og magisk tenking fikk fornuften til å ta seg en rusletur for mitt vedkommende. Jeg pratet i ett sett om alt på en gang og var ganske slitsom, så det var helt åpenbart at jeg hadde nådd bristepunktet. Tilstanden var alvorlig og kan best beskrives som en forvirringstilstand med uro, lettere paranoia og vrangforestillinger.

*Uten samtykkekompetanse.* De offentlige helsetjenestene i Norge er organisert på en slik måte at det er nødvendig med en diagnose for å kunne få behandling. Hvis fornuften allerede har forlatt åstedet, er det ensbetydende med at den personen det



---

*Kronikken «Uten samtykkekompetanse» ble første gang publisert 02.09 2018 på nettsiden [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no). Utgiver: Bonnier Business Press AB.*

gjelder, ikke lenger har samtykkekompetanse. Det hadde ikke jeg. Jeg forstår det slik at når hjernen min er i sitt siste desperate helbredelsesforsøk, så kan noen andre bestemme at jeg ikke har sykdomsinnsikt – og heller ikke vet mitt eget beste. Derfor må det offentlige helsevesenet gripe inn og sørge for mitt ve og vel, mens familien min står lamslått tilbake – utestengt av låste dører og taushetsplikt.

Så langt er det nesten greit. Jeg er enig i at det ikke er heldig, kanskje ikke engang forsvarlig at folk virrer rundt på egenhånd når de er fri for fornuft. Men med manglende samtykkekompetanse kan den medikamentelle behandlingen starte enten pasienten vil det eller ikke.

*Uten mening.* På bakgrunn av denne litt provoserende påstanden har jeg lest meg opp på forskning- og behandlingsdesign for legemidler, slik at jeg om mulig kunne få den kompetansen jeg så åpenbart manglet.

Det eneste jeg fant, er at den modellen som ligger til grunn for forskning og utvikling av legemidler på psykisk helsefeltet ikke gir noen som helst mening. På meg virker det som om legemiddelprodusentene bare uten videre har kopiert den modellen som gjelder for somatiske sykdommer. For meg som har ekte naturfaglig bakgrunn, virker ikke de kvantitative, randomiserte dobbeltblinde studiene særlig betryggende – til tross for at de er basert på ting som kan telles og fremstilles i søyler og kakediagram.

*Kartlegging viktigst.* Det er diagnosene som utløser penger i sykehusets regnskap. Når det gjelder somatikken, er dette til å forstå, men i psykiatrien kan verdifull tid gå tapt når prioriteringen er å finne en diagnose på bekostning av terapi og problemløsning med helbredende effekt.

Jeg hevder av egen erfaring at psykiske reaksjoner ikke er sykdom. Ikke i første omgang. Psykiske reaksjoner har en årsak. Derfor mener jeg at det viktigste hestetiltaket i behandlingen er å kartlegge årsakene – og forsøke å gjøre noe med dem. Denne strategien er det flere som har fått øynene opp for og behandlingsmetoden har vist seg å være effektiv. Folk kan bli friske når de slipper å kaste bort tid på å bli stabilisert med medisiner først.

*Innsikt?* «De fleste pasienter har god terapeutisk effekt av medisinen», var det en overlege som sa. Dette er en påstand. «De fleste» er ikke et tall, «god» kan ha vært basert på utenfra-observasjon, og piller kan ikke drive med terapi på egenhånd. Så kanskje det var overlegen som selv manglet sykdomsinnsikt.

Det er mange pasienter som intuitivt motsetter seg medisiner. Hvis de ikke har samtykkekompetanse, blir de medisineret allikevel. Det er et paradoks at fornuftens fravær er en forutsetning for tilfriskning i henhold til den nye teorien, samtidig som det kvalifiserer til tvangsmedisinering etter den eksisterende behandlingsmetoden. Det kan ikke bety noe annet enn at de to hypotesene er på kollisjonskurs.

Dersom den nye modellen skulle vise seg å ha gyldighet, vil de bestemmelsene vi i dag må forholde oss til i tvangsmedisineringsaker, miste all troverdighet.

# Ikke samtykkekompetent



**P**sykose er et *fenomen* med en *forklaringsmodell* som splitter fagfeltet. Hittil har majoriteten stort sett betraktet psykose som en sykdom som utvikler seg i hjernen, men det er stadig flere som slutter seg til at psykosen, i sin naturlige form, også kan være en overbelastet hjernes immunforsvar.

## Psykose er et fenomen

Hos en gruppe mennesker vil psykosefenomenet gi slipp på tillært fornuft og skam, slik at hjelperne kan komme lettere til årsaken. Jeg tillater meg derfor å mene at psykosefenomenet kan fungere som en hensiktsmessig og helbredende ressurs.

Psykose er et fenomen som også har den evnen at den kan gå over av seg selv. På samme måte som angst, hysteri og depresjon går over. Dette betyr at psykosen kan forklares med to motstridende hypoteser. Den gamle hypotesen forklarer psykose som en sykdom. Den er arvet fra enten mor eller far, og må bekjempes med medisiner. Den andre hypotesen går ut på at psykosen er et risikofylt fenomen som kan bidra til helbredelse, forutsatt at pasienten får riktig støtte av noen utenfra.

## Hvorfor får noen psykose?

De fleste støtter seg i dag til stresssårbarhetsmodellen. Ut fra denne teorien bærer de mest utsatte med seg en arvelig sårbarhet eller sensitivitet. Det må i tillegg en eller flere negative miljøfaktorer til, for å utløse symptomene. Slike miljøfaktorer kan være mange og sammensatte. Det kan være psykiske påkjenninger som bygger seg opp over tid, eller kortvarig massivt stress som i en bilulykke eller livskrise.

### *Hypotese 1:*

Dersom mennesker med en arvelig disposisjon blir utsatt for mye stress, kan en sykdom i hjernen få sitt gjennombrudd.



---

Artikkelen «Ikke samtykkekompetent» ble første gang publisert i Dialog nr 4 2018: Utgiver: Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser.

*Hypotese 2:* Teoretisk sett kan alle mennesker få psykose forutsatt at belastningene overskrider personens egen evne til å mobilisere indre styrke. Psykosefenomenet oppstår når en person har nådd sitt individuelle bristepunkt.

### **Psykosens funksjon**

Fornuft er tillært. Skam er tillært og ofte påført i barndommen. Lover og regler er en oppfinnelse som ikke alltid virker til individets og fellesskapets beste. Logisk tenking må læres. Det som synes å være fornuftig i en kultur, trenger ikke nødvendigvis å bli oppfattet som fornuftig i en annen.

Flere netter uten søvn, med resultatløs grubling og magisk tenking i en livskrise, fikk fornuften til å ta seg en rusletur for mitt vedkommende. Etter noen dager med mye emosjonelt stress begynte jeg å prate i ett sett om alt på en gang, og var ganske slitsom. Det var åpenbart for alle at jeg hadde nådd mitt bristepunkt. Tilstanden var alvorlig og kan best beskrives som en forvirringstilstand med uro, lettere paranoia og visjonære vrangforestillinger. Da psykosen var et faktum, var ikke min nærmeste pårørende i tvil. Han trengte ikke noen diagnosehåndbok for å forstå at han måtte handle.

*Psykosens første hensiktsmessige funksjon er således å alarmere andre. Jeg var ikke i stand til å ta vare på meg selv, langt mindre mine tre små barn.*

Menneskene er et flokkdyr, og flokken vil reagere når de treffer på en psykotisk person. Det vanligste er å ringe politiet, eller å ta den psykotiske med til fastlegen eller legevakta. En person med tidlige tegn på psykose har allerede gitt slipp på tillært fornuft og går nå på autopilot. Det er fornuftens fravær som kjennetegner psykosen. Det er en fantastisk egenskap og en viktig bidragsyter for å kunne oppnå tilfriskning, forutsatt at hjelperne vet hva de bør gjøre. Dette fenomenet opplevde jeg ikke som sykdom, men som ressurs.

En psykotisk person er som regel ikke farlig. Det er jo med sin egen smadrede personlighet at den psykotiske roter rundt. Psykosens funksjon i mitt tilfelle var å påkalle hjelp utenfra, slik at vi sammen kunne begynne å pusle sammen en ny og mer hensiktsmessig form for fornuft. En ny logikk for meg å leve videre med.

### **Uten samtykke**

De offentlige helsetjenestene i Norge er organisert på en slik måte at det er nødvendig med en diagnose for å få rett til behandling. En mistanke om psykose vil åpne alle dører, men hvis fornuften allerede har forlatt åstedet, er det ensbetydende med at hovedpersonen ikke lenger har samtykkekompetanse når det gjelder egen behandling.

Da hjernen min var i sitt siste desperate helbredelsesforsøk, kunne en psykiater

ut fra observasjon og samtale bestemme at jeg ikke hadde samtykkekompetanse. Det offentlige helsevesen måtte gripe inn og sørge for mitt ve og vel. Jeg ble innlagt på tvangsvedtak på en akuttpost. Så langt er det nesten greit. Jeg er enig i at det ikke er heldig, kanskje ikke engang forsvarlig, at folk virrer rundt på egenhånd når de er fri for fornuft. Men hva er det egentlig jeg ikke har kompetanse til å samtykke i?

### Ingen mening

På bakgrunn av det jeg tolker som en påstand, har jeg lest meg opp på forskning- og behandlingsdesign for legemidler, i håp om å kunne tilegne meg den kompetansen legen mente at jeg manglet.

Det eneste jeg fant var at den modellen som ligger til grunn for forskning og utvikling av legemidler på psykisk helsefeltet, ikke gir noen som helst mening. For meg virker det som om legemiddelprodusentene bare uten videre har kopiert den modellen som gjelder for somatiske sykdommer. For meg som har naturfaglig bakgrunn, virker ikke de kvantitative, randomiserte studiene særlig betryggende, til tross for at de er basert på data som kan telles og fremstilles i søyler og kakediagram.

### Diagnose

Det er diagnosene som utløser retten til behandling og gir penger i kassa til sykehuset. Når det gjelder somatikken er dette til å forstå, men i psykisk helsevern kan verdifull tid gå tapt når prioriteringen er å lete etter en fremtidig diagnose som symptomene ennå ikke har stivnet i, på bekostning av terapi og problemløsning med helbredende effekt.

Før i tiden hadde man erfaring med at psykosesyntomer kunne gå over av seg selv med omsorgsfull pleie, eller at de var fullt mulig å leve med. For andre kunne psykosen dessverre utvikle seg slik at personen virket som besatt av onde ånder. Det kan sikkert være krevende å skille de to gruppene fra hverandre, og når spesialistene skal kartlegge en ny pasient må de også sortere ut de pasientene som har en fysisk årsak til psykosesyntomene. Det kan være psykisk utviklingshemning, rusutløst psykose, allergier og lignende.

### Problemløsning

På bakgrunn av egen erfaring mener jeg at psykose ikke er sykdom. Ikke i første omgang. Det er en grunn til at Gud eller evolusjonen skilte mennesket fra dyra og ga oss evnen til å reagere fysisk og mentalt. Psykiske reaksjoner har alltid en årsak. Jeg tror det viktigste tiltaket i alminnelig psykisk helsearbeid er å forsøke å kartlegge årsakene først – og så fokusere på å gjøre noe med dem. Denne strategien er det flere som har fått øynene opp for, og behandling bestående av praktisk problemløsning har vist seg svært effektiv. Folk kan bli friske når de slipper å kaste bort tid på å bli stabilisert med medisiner først.

## **Ny innsikt**

Det er mange pasienter som intuitivt motsetter seg medisinerer. Selv hadde jeg ikke helsefaglig bakgrunn, og i mitt hode kunne jeg ikke få den medikamentelle behandlingsteorien til å stemme i det hele tatt. Jeg mente jeg hadde vært utsatt for et psykisk sammenbrudd med moderate symptomer og jeg var innstilt på å reise meg igjen med egne krefter.

Uten mitt samtykke ble jeg medisinerer, selv om jeg protesterte. Det var akkurat som om alle trodde at medisinerne skulle ha en helbredende kraft. Det var ingen som ville vite hva jeg mente, enda det bare var jeg som kunne merke hvilken effekt medikamentene hadde.

*Jeg tror at fravær av fornuft er en egenskap som kan bidra til tilfriskning for de fleste med psykose, forutsatt at de får være klare i hodet. Mye av det jeg hadde lært i den kulturen jeg var vokst opp i stemte ikke lenger. Psyken ble utsatt for mye forvirring og stress pga. forhold jeg ikke fant en forklaring på. Det var det som var årsaken til sammenbruddet mitt.*

Det var miljøpersonalet som hadde oppgaven med å lokke fornuften min tilbake igjen. De møtte meg med respekt og aksept for den jeg var og tilstanden jeg befant meg i. Jeg ble behandlet med vennlighet og omsorg. Med bakgrunn i lang erfaring, intuisjon og innlevelse gjorde de en fantastisk jobb. De forsøkte å oppnå kontakt med personen bak det tomme blikket.

Bit for bit kom fornuften ruslende tilbake. Personalet tok meg med på turer på sykehusområdet, og de ga meg noe å pusle med når jeg spurte etter et håndarbeid. Det var den mellommenneskelige behandlingen som hadde god effekt. Ikke pillene.

## **Medisinering av psyken**

Medisinerne fjerner ikke bare symptomene. De reduserer også tilfriskningsressursene. En pille kan ikke vite om de dopaminreseptorene den skal blokkere er for de sunne tankene eller for de vrange. Dette skjønnte jeg intuitivt allerede etter tre dager og spyttet pillene ut i blomsterpottene. Snakke kunne jeg ikke, for medisinen hadde lammet talen. Ikke var jeg plaget av symptomer heller, ikke før medisinen begynte å virke. I utgangspunktet var jeg villig til å «stå i det», for jeg hadde trua og den er en sterk placebo. Men dersom andre har heftigere symptomer og mye angst, kan jeg godt forstå at de spør etter medisiner som kan lindre.

«De fleste pasienter har god terapeutisk effekt av medisinen», var det en overlege som sa. Dette er en påstand. «De fleste» er ikke et tall, «god» kan ha vært basert på utenfra observasjon og piller kan vel ikke drive med terapi på egenhånd. Så kanskje overlegen ikke var helt samtykkekompetent han heller.

## Behandling etter gruppeprinsippet

Folk som skal behandles for mistanke om psykose bør betraktes i et videre spekter. De fleste husker normalfordelingskurven fra studietiden, hvor noen få skulle få karakteren særdeles godt, noen flere meget godt, de fleste godt, noen færre nokså godt og til slutt noen få lite godt. Den kurven skulle jeg likt å se brukt i psykiatrien. Jeg tror på samme måte at noen få trenger medisiner og tvang for å redde livet, noen flere er fornøyd med å stå fast på medisiner, de fleste trenger medisiner bare i en kort periode, noen færre trenger ikke medisiner i det hele tatt og noen blir åpenbart feildiagnostisert og feilbehandlet, og skulle overhode ikke vært i psykiatrien.

*Schizofreni og bipolar lidelse er to av de mest kjente psykoselidelsene. Symptomene ved psykose er de samme. Spesialistene behandler alle pasientene med de samme antipsykotiske medisinene.*

En venn av meg er veldig fornøyd med å stå på en fast, lav vedlikeholdsdose med antipsykotisk medisin. Legene hadde brukt litt tid på å komme frem til riktig medikament og dose. Jeg har negativ erfaring med det samme legemiddelet. Det var tilfeldigvis den første medisinen jeg ble introdusert for da jeg havnet i psykisk helsevern. Av en eller annen grunn tåler jeg ikke antipsykotisk medisin i det hele tatt. Jeg påstår at det var medisinen som ga meg et lite puff inn i en alvorlig psykiatrisk diagnose. Antipsykotisk medisin har den virkningen at den hos noen kan utløse de symptomene den skal beskytte mot. Min venn og jeg har ikke samme diagnose. Så hvorfor bruke tid på å utrede en diagnose når alle allikevel får de samme medisinene?

## Legekunst

Mitt ønske for fremtiden er at det igjen skal bli en kunst å behandle pasienter med tidlige tegn på psykose. Målet for behandlingen må være at pasientene skal oppnå bedring. For noen pasienter vil det ta lang tid, for andre kan psykosen gå over i løpet av en uke og aldri vende tilbake. Folk er folk og folk er forskjellige, med sine individuelle ressurser og behov. Familien må involveres i behandlingen der det er hensiktsmessig. Psykiater og psykolog må være likeverdige. Det må etableres *behandlingsteam* rundt pasientene og pasienten må få vite hvem de er. Folk må ha lov til å reservere seg mot medisiner de føler ikke er til hjelp i deres tilfriskning. Legene skal ikke ha anledning til å drive med medikamentell adferdsregulering.

Fordelen med å ha en lege eller psykiater med på laget, er at legeprofesjonen inviterer til respekt og myndighet i større grad enn de fleste andre yrkesgrupper i helsesektoren. Legene er gjerne ikke redde for å ta vanskelige beslutninger. Det er bare så synd at de må forholde seg til et kunnskapsgrunnlag jeg har mistanke om ikke kan være riktig.



# Ny hypotese utfordrer biopsykiatrien



## Piller til besvær

Det er ikke alle som vet at piller ikke løser noen problemer. Medisinene kan bare bedøve psykisk smerte og fjerne ubehag. Piller alene har heller ingen terapeutisk effekt, selv om det ofte snakkes om et terapeutisk vindu i forbindelse med målinger av pasientenes blodverdier. Ingen kan oppnå varig bedring av å bare sitte passivt i en sofa og vente på at blodverdiene skal bli høye nok. For en spesiell gruppe pasienter kan medikamentell støtte allikevel oppleves som god hjelp, men det gjelder nok helst for den spesifikke gruppen medisinen er forsket frem på.

Dessverre er det også mange pasienter som opplever at medisinen ikke har ønsket effekt. Antipsykotisk medisin kan for eksempel virke motsatt av det den var ment for noen ganger. I stedet for å gi beskyttelse mot utvikling av psykose, kan medisinen for noen gi næring til tankekjør og utløse enda flere symptomer. Psykiaterne sier selv at det er umulig for dem å forutsi hvilke av pasientene som kan komme til å reagere negativt. Legene må bare prøve seg frem ut fra den forståelsesmodellen de har å forholde seg til.

*Jeg hadde vært på DPS en stund da Jasmin ble innlagt. Hun var ung og svært vakker. Det måtte være hennes første innleggelse, for når psykesøster kom med pillebrettet, så hun opp med klart blikk og sa med fast stemme at hun ikke skulle ha medisiner. Vi andre pasientene stirret skrekkslagne på henne. Hun trodde hun kunne si nei takk til medisinerne. Visste hun ikke at det ville bli mye verre hvis hun nektet? Flere pleiere kom til og førte henne bort. Overtalelsen foregikk utenfor de andre pasientenes rekkevidde. Så var jeg borte noen dager på perm, og da jeg så henne igjen på stua, var hun blitt mye verre. Øynene hennes vrent seg bakover, hun skalv i bena og klarte ikke å sitte rolig. Hun svarer ikke når jeg forsøker å få kontakt, men ler umotivert av sine egne indre tanker. Under pilleutdelingen hører*



---

Artikkelen «Ny hypotese utfordrer biopsykiatrien ble første gang utgitt i Tidskrift for psykisk helsearbeid 02/2019 (Volum 16). Utgiver: Universitetsforlaget.

*jeg tilfeldigvis navnet på medisinen de gir henne. Akkurat den medisinen har også jeg svært dårlig erfaring med. Pillen tok meg fra et noenlunde greit stemningsleie og førte meg rett inn i angsten, med hallusinasjoner og vrangforestillinger, bare i løpet av et par dager. Jeg valgte å rømme fra behandlingsstedet og kutte ut medisinen med en gang, og etter noen dager på gjesterommet til en venninne var jeg tilbake til normalen igjen. Litt «høy» kanskje, men ikke hallusinert. Jeg tror jeg vet hvordan Jasmin har det nå. Ingen snakker til henne, det ville ikke nyttet heller. De som er ansatt her må bare tro på forklaringen om at det er sykdommen som har forverret seg. Ellers er det jo ikke til å holde ut. Jeg hvisker til en sykepleier at de må si fra til behandleren hennes. Neste dag er Jasmin borte. Taushetsplikten gjør det umulig for meg å finne ut hva som har skjedd med henne. Hun ble vel for «syk» for åpen post.*

## Psykisk sykdom

Den tradisjonelle forståelsesmodellen for alvorlige psykiske lidelser tar utgangspunkt i en antakelse om at hjernen er et organ som på lik linje med kroppens andre organer kan bli angrepet av sykdom. Nesten alt psykisk helsearbeid er organisert ut fra sykdomstenkingen selv om de fleste i dag er åpne for nyere teorier. Det som skiller de alvorlige tilfellene fra lettere psykiske plager, er *psykosen*. Psykose beskrives vanligvis med at hjernens kjemi er kommet i ubalanse, og behandlingstiltakene handler stort sett om å forsøke å få hjernen tilbake i balanse igjen ved å tilføre medisiner med antipsykotisk effekt. Behandlerne forsøker å «slukke brannen» i hjernen ved å «slå sykdommen tilbake» med medisiner. For de fleste pasienter vil det bety at psykiateren forsøker å kvele psykosen i starten slik at det ikke skal utvikle seg til en mye alvorligere tilstand, men en psykoseerfarer sa til meg at det føltes som om behandleren puttet en sokk i munnen på henne da hun var kvalm og bare ville spy. Hun som beskrev behandlingen slik, var bipolar, akkurat som jeg.

Psykiatri er ingen eksakt vitenskap. Innen psykisk helse er det mange teorier, men det er sykdomstenkingen som dominerer i de offentlige tjenestene. Jeg tillater meg å mene at sykdomsmodellen er basert på et for svakt kunnskapsgrunnlag og at psykoseerfarernes kunnskap fra innsiden utgjør en kunnskap som kan fylle de hvite flekkene i spesialistenes blindsoner.

## Arv og miljø

Stress-sårbarhets-modellen er en teori av nyere dato som forklarer utbrudd av psykisk sykdom som en kombinasjon av stresspåkjenning fra miljøet rundt pasienten i kombinasjon med en viss arvelig sårbarhet. Dersom vi ser bort fra teorien om sykdom, kan psykiske reaksjoner forklares på følgende måte:

*Alle kan få psykose, og alle har sin individuelle smertegrense. Den individuelle grensen for når det begynner å briste, er når en person begynner å reagere med de symptomene som kjennetegner psykosen som fenomen.*

Da er det viktig å få riktig hjelp fort. Jasmin kom raskt til behandling, og det gjorde jeg også den første gangen jeg møtte psykiatrien, men hvorfor virket den medikamentelle behandlingen så negativt på oss?

### Ny forklaringsmodell

En forklaring kan være at psykose ikke er en sykdom slik legevitenskapen hittil har ment. Jeg holder muligheten åpen for at det fortsatt er mange psykiatere som behandler symptomene på det de tror er en sykdom og ikke hele pasienten med alle hans eller hennes ressurser. Psykosemedisinene er testet ut på en homogen gruppe som kanskje hadde ca. 50 prosent arvelig disposisjon og 50 prosent negativ miljøpåvirkning da de nådde bristepunktet. Kan det forholde seg slik at Jasmin og jeg ikke faller naturlig inn under denne gruppen, selv om vi har de samme symptomene som det testdeltakerne hadde? Kanskje hadde Jasmin og jeg så mange sensitive og kreative ressurser at det til sammen utgjorde en form for sårbarhet. Jeg har møtt mange helsefagarbeidere som har blitt imponert over ressursene mine, både de mentale og de sosiale, men psykiatrien har ikke lyktes i å ta disse ressursene i bruk. Det har jeg måttet gjøre selv. Kanskje er det her feilen ligger. Nye pasienter med symptomer som kan likne litt på psykose, vil risikere å bli behandlet med en godkjent antipsykotisk medisin utviklet på en testgruppe med et mye større symptomtrykk. Disse pasientene får liten mulighet til å benytte seg av egen tilfriskningsevne, for medisinene gis med det samme. I noen helseforetak vil ikke pasientene få noe annet tilbud enn medisiner før blodverdiene deres tilfredsstiller det kravet helsevesenet har satt. Først da kan det bli aktuelt med samtaleterapi. Til tross for negativ virkning kan pasienten risikere å bli overtalt til å fortsette å ta medisinen hun ikke tåler, fordi mange i helsevesenet tror fullt og fast på at pillene har helbredende kraft.

Det er ikke bevis for at psykiske reaksjoner er sykdom. Tvert imot. Jeg opplever at det heller handler om reaksjonsevne. Til en meget høy pris. For når de mest følsomme av oss reagerer på ondskap i miljøet, bør ikke behandlingen bestå av enda et overgrep. Behandlingen vår bør i hovedsak bestå av omtanke og praktisk tilrettelegging, ikke medisinering med piller vi slett ikke tåler.

### Hjernen er et unikt organ

Siden folk kommer i alle varianter, vil jeg forsøke å beskrive en annen virkelighet. I det følgende eksempel kan vi forestille oss at stress-sårbarhets-forholdet også kan forekomme i 20/80 eller 70/30 og nær sagt alle mulige andre forholdstall. Det er trolig like mange variasjoner av forholdstallet arv/miljø som det er mennesker på kloden med en utløst psykose. Dette er det selvfølgelig helt håpløst for legene å forholde seg til gjennom en utvendig observasjon. Derfor blir alle som krysser sitt individuelle bristepunkt behandlet etter felleskatalogen. En aktuell videreutvikling av stress-sårbarhets-modellen er å betrakte hjernen som et unikt organ som har res-

surser til å restaurere seg selv. I den nye hypotesen betraktes ikke psykosefenomenet som sykdom, men som ressurs. I alle fall i første omgang. Det individuelle bristepunktet for førstegangspasienter må være et helt sentralt utgangspunkt for behandlingen. Bristepunkt-hypotesen tar utgangspunkt i at alle psykiske reaksjoner har en årsak og at kartlegging av årsak og ressurs må settes i sammenheng og inngå som viktige elementer i behandlingen. Den dårlige legen spør bare om pasienten hører stemmer og haker ut for sykdom dersom pasienten svarer ja. Den gode legen følger opp med spørsmål om hva stemmene sier. Det stemmene sier kan være en pekepinn om hvor en bør begynne å lete seg frem til årsaken til problemet, og det bør alle som jobber med psykosepasienter være opptatt av. For det er psykosens hensikt å avdekke årsaker som er for skambelagte til å snakke åpent om ellers. Mange dårlige leger har forspilt pasientens muligheter til å bli frisk ved å overse dette.

Aktiv problemløsning er helt avgjørende for at pasienten skal oppnå tilfriskning. En logisk konklusjon er derfor at førstegangspasienter med en liten prosent arvelig disposisjon og som utsatt for mye stress har reagert med uro og forvirring, ikke vil ha særlig nytte av antipsykotisk medisin. Den reflekterte lege vil starte opp med samtale og problemløsning med det samme for denne pasientgruppen. På dette stadiet bør ikke spørsmålet være om pasienten er samlet nok til å ha nytte av vanlig tradisjonell terapi. Bestillingen fra oss som har opplevd psykose og hadde ressurser nok til å komme gjennom, er at det må utvikles helt nye teknikker som kan få hjernen til å fungere normalt igjen av seg selv.

## **Bipolar legning**

Jeg har lang erfaring i å leve med en ufrivillig bipolar diagnose. Behandleren min sier det er vanskelig å behandle bipolar 1, med mani og psykose, og ekstra vanskelig blir det når det er snakk om raske svingninger slik som jeg har. Forsøk på medikamentell behandling av bipolar 1 er trolig like utfordrende som alkymi. Det er kjent at over halvparten av pasientene med denne bipolardiagnosen er misfornøyde med medisineringsen, og jeg tror det kanskje er fordi de intuitivt føler at også tilfriskningsressursene deres blir bedøvet når de må svelge piller som er utviklet for sinte unge menn med en helt annen diagnose. Antipsykotisk medisin har den egenskapen at den kan bidra til å trykke pasienter med bipolar legning for langt ned på stemningsskalaen. Til dyp og langvarig depresjon. Antidepressiva har motsatt effekt og kan føre pasienten rett opp i mani igjen. Dette vet jeg, for jeg har opplevd det selv. For meg kan litt for aktiv medikamentell behandling beskrives som å sitte på en svinghuske med ett pilleglass i hver ende som gir meg en ekstra liten dytt. Farten øker, og før jeg vet ordet av det har jeg en rapid cycling bipolar disorder. Det jeg egentlig hadde mest behov for i starten, var tid, samtale, mindfulness og musikk. Jeg tror legene undervurderer betydningen av musikk. Jeg tror også at bipolar er en legning, ikke en sykdom. Vi som er født med for store tanker, for dype sinn, for sensi-

tive følelser, for mye empati, for mye kreativitet, iver og energi, vi har ikke noen feil i genene, men det er klart at den genetiske arven vi bærer på, i seg selv innebærer en viss sårbarhet. Til sammen vil disse egenskapene utgjøre en personlighet med en viss ømhet for sterke miljømessige inntrykk. Hvis det så brister, tar det lang tid å komme til hektene igjen, og noen vil selvfølgelig finne god støtte i medisiner. Andre blir bare provosert og har ingen motivasjon til å ta piller som de føler ødelegger alt det fine genene har gitt oss.

### Selvhelbredende ressurs

Bipolar er en stemningslidelse, og den skiller seg fra schizofreni ved at den har den ressursen i seg at det *alltid* følger en depressiv fase etter en manisk episode, og når kroppen har ladet seg opp over lengre tid nede i depresjonen, er den klar for en ny mani. Med andre ord kan depresjonen som følger etter en mani virke som et blylodd som trekker manien naturlig ned. Det behandlingen av bipolar burde fokusere mer på, er å lære pasientene mestring. Det å klusse med den naturlige finmekanikken gir i beste fall noen i diagnosegruppen en krykke å støtte seg på, men på bekostning av de som ikke ønsker den medikamentelle behandlingen og som kanskje kunne klart seg helt fint uten. Medisinen har alltid hatt lav terskel for å ofre et ukjent antall pasienter for at et ukjent antall skal få det bedre.

### Reaksjoner på miljø

Jeg antar at folk med lav arvelig disposisjon som blir utsatt for så mye miljøstress at de reagerer med symptomene på psykose, egentlig har det beste utgangspunktet for tilfriskning. Men de risikerer å bli svingdørspasienter som alle de andre, fordi diagnosehåndboka blir brukt feil. Det er vel for eksempel ingen grunn til å tro at krigsveteraner har større genetisk disposisjon for psykisk sykdom enn folk flest. Siden mange unge soldater som har deltatt aktivt i krigshandlinger får en psykisk reaksjon når de kommer hjem, vil jeg jo tro at det er miljøpåkjenningen fra krigen som er den grunnleggende årsaken til de psykiske plagene og ikke genene. Sannsynligvis har miljøpåvirkning mye større betydning enn det vi hittil har trodd. Så start der, da, med å kartlegge påkjenninger i miljøet, og ikke let etter bevis på et fenomen som tross alt har den evnen i seg at det kan gå over av seg selv. For å avslutte tankerekken kan det til og med se ut som om de pasientene som hadde det beste utgangspunktet til å komme seg gjennom psykosen uten medisiner, er de pasientene psykiatrien sliter mest med å behandle. Det stemmer nok at psykiske lidelser kan utvikle seg til en sykdomsliknende tilstand, men det tror jeg er fordi det opprinnelige problemet aldri ble forsøkt løst.

---

#### Referanser

<https://www.uniforum.uio.no/nyheter/2013/01/maalet-er-aa-loese-schizofrenigaaten.html>

MEDISINER  
GAL?

POOLAR  
SINNSYK

DIAGNOSE



# Ordet i min makt – skrijving som utviklingsarbeid



## Erfaringsformidling

Mitt første oppdrag som formidler var et innlegg som bruker i en referansegruppe som skulle foreslå retningslinjene for behandling av bipolar lidelse. Oppdraget var å fortelle om skjerming på et møte i Helsedirektoratet. Jeg hadde både positiv og negativ erfaring med å bli skjermet og kunne greit klare å skrive ned poengene og bygge opp en tekst slik at den ga mening. Utfordringen lå i å skulle fremføre den. Jeg gruet meg, leste gjennom manus flere ganger og tok tiden med stoppeklokke. Da dagen for møtet kom, skulle vi først være sammen i plenum og så gå i grupper. Plenumssalen var middels stor og full av folk. De forskjellige innleggene kom som perler på en snor, og da det ble min tur, gikk jeg med skjelvende ben opp på podiet med arket mitt. I det lille lyset på talerstolen leste jeg opp det jeg hadde skrevet, ord for ord. Jeg var så nervøs at det eneste jeg klarte å fokusere på, var at stemmen måtte bære. Alle ordene jeg hadde bestemt meg for å si, sto i riktig orden på arket. Jeg hadde brukt masse tid på å formulere dem, så nå var det bare om gjøre å lese opp i passelig tempo. Hendene skalv, og jeg fikk ikke med meg hva jeg selv sa, men stemmen bar. Ordene trillet fint ut av munnen min og ut i løse luften.

Under gruppearbeidet etterpå satt jeg ved siden av en kjent professor og lærebokforfatter i psykiatri. Jeg spurte om hvilken litteratur fra brukersiden arbeidsgruppen hadde å støtte seg til. Professoren ristet beklagende på hodet og sa at slike tekster nesten ikke eksisterte. Jeg ble skrekkslagen da jeg hørte det. Skulle de lage retningslinjer for behandling av bipolar lidelse uten litteratur fra brukernes ståsted? Dette var så merkelig at jeg bestemte meg for å begynne å skrive. Jeg ønsket å fylle



---

*Bokkapittelet «Ordet i min makt» ble første gang publisert 26.02 2019 som en del av boken: Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket. Utgiver: Abstrakt Forlag A/S.*

ut de hvite flekkene som åpenbart eksisterte på feltet. Fortellinger fra innsiden, om det fagfeltet har betraktet som sykdom: en ny sjanger i litteraturen. Tekstene kan best beskrives som *biografisk sakprosa*. Jeg kaller meg ikke forfatter, men erfaringsformidler. Jeg ville rette søkelyset på at mani og psykose er tilstander der forvirring og vrangforestillinger også kan gi mening. Min erfaring er at slike tilstander ikke kun er sykdom og lidelse, men også en kilde til selvutvikling.

### **Hvorfor medisiner egentlig?**

Jeg er svært kritisk til medikamentell behandling av mine tanker og følelser og mener at egne ressurser, omsorg og pleie trumfer all medikamentell inngripen. Mange pasienter og pårørende har samme innstilling, og når vi formidler våre erfaringer, vokser det frem en annerledes forståelse av psykiske lidelser: symptomer som respons på livshendelser.

I retningslinjene for behandling av bipolar lidelse står det at mindre enn halvparten av pasientene er motivert for å ta medisiner. Hvorfor det mon tro? Det at så mange vegrer seg mot medisiner, bør forstås som en intuitiv protest mot noe som ikke føles bra.

### **Fra yrkesaktiv småbarnsmor til psykiatrisk pasient**

Den første forklaringsmodellen for psykiske lidelser jeg stiftet bekjentskap med, var at mine moderate symptomer kom av en defekt i hjernen, arvet fra mor eller far. Jeg var småbarnsmor og bygningsingeniør da jeg ble rammet av en forvirringstilstand som kunne minne om psykose. Symptomene kom som reaksjon på oppsigelse med mye emosjonelt stress kort tid etter at mitt tredje barn ble født. Det bare ballet på seg. Med det samme jeg ble fanget opp av psykiatrien, ble det notert i min journal at jeg hadde en tante med manisk-depressiv diagnose, det som nå kalles bipolar diagnose. Kartlegging og utredning tok mindre enn et halvt år før jeg fikk den samme. Det er nesten ikke til å tro at jeg kunne gå fra å være en robust og frisk småbarnsmor, til å bli diagnostisert som alvorlig sinnslidende på så kort tid. Legene som behandlet meg, hadde bare symptombrillene på. De gjorde ingen forsøk på å nyttiggjøre seg av ressursene mine i behandlingen. Symptomene ble bare brukt til å fastslå sykdom. Ikke til å forklare reaksjonene. Da overlegen fortalte at jeg hadde en kronisk og livslang sinnslidelse, løp jeg til rommet mitt og gråt. Det kom ingen for å trøste meg. Til slutt satte jeg meg bare opp i sengen og erklærte for meg selv at ekspertene tok feil. Ikke bare i mitt tilfelle, men for alle som får en alvorlig psykiatrisk diagnose. Psykiske reaksjoner på sterke hendelser kan umulig være en sykdom, sa stemmen inne i hodet mitt. Det var logikken som snakket. Ingeniørens logikk.

Etter at bipolar diagnose var fastslått, besto behandlingen for det meste i å fortelle meg hvor viktig det var å ta medisinerne regelmessig. Resten av livet. Dette oppfattet jeg som om alt håp ble tatt fra meg. Heldigvis hadde jeg fortsatt stemmen

inne i hodet som fortalte meg at dette var feil. Logikkens stemme var klar og tydelig, den overdøvet alt sykehuset forsøkte å innbille meg om at hjernen min var angrepet av sykdom. Jeg tror stemmen inne i hodet reddet livet mitt den gangen. Under hele utredningen hadde de gitt meg medisiner som skulle virke mot den sinnslidelsen de utredet meg for. Da kan jo ikke utredning bli objektiv. Jeg tror at medikamentene bidro til å forsterke problemet ved å *medisinere* meg inn i en kronisk og fastlåst tilstand. Jeg opplevde å bli tatt ut av samfunnet, skilt fra barna mine og resten av familien, og havnet utenfor arbeidslivet på grunn av noen litt for heftige, men forbigående psykiske reaksjoner.

### Feilbehandling

Da jeg kom hjem etter den første innleggelsen, forsøkte jeg å mestre utfordringene alene med medisinerne jeg var satt på. Men jeg lyktes ikke å gjenfinne min mentale helse hjemme på sofaen. To ganger fikk jeg tilbakefall hvor mine pårørende var raske til å kjøre meg til legevakta, for de trodde jo at sykdommen hadde forverret seg. Det bar rett inn på akuttavdelingen med tvangsvedtak og full dose av antipsykotisk medisinering.

Det er umulig å bli frisk på den måten. Behandlerne ble irriterte, og jeg mistet nesten motet. Vi trakk ikke i samme retning. Mine pårørende hørte på legene og ikke på meg. Jeg tålte ikke at noen utenfra skulle fikse og regulere mitt følsomme sinn. Piller har jeg aldri hatt tillit til, heller ikke at det er helbredende å være passiv. Medikamentene lammet taleevnen så jeg ikke klarte å argumentere for synspunktene mine. Sett i lys av psykiatriens grunnleggende teorier tror de fleste at bipolar lidelse er en sykdom som utvikler seg i hjernen, nesten som kreft. Dette stemmer ikke med min opplevelse. Jeg trodde jeg kunne bli frisk og ønsket å delta aktivt i behandlingen. Jeg hadde en annen teori om hva som var nødvendig for å løse problemene mine. Jeg forventet at vi skulle skape bedring sammen, og at det innebar også å gjøre praktiske ting på avdelingen, som å lage mat eller være på et keramikkverksted. Men det var mye prating og lite aktivitet. I løpet av de tre første innleggelsene ble det verken gjort forsøk på problemløsnings- eller mestringstrening. Ikke rart at symptomene festet seg.

### Øvelse gjør mester

Det er mange fordommer blant folk. Også blant pasientene og dem som jobber med de store hvite feltene i kunnskapens blindsoner. Siden det koster mange krefter å holde foredrag, begynte jeg å skrive om erfaringene. Ord festet til papir blir stående så mye lenger. Noen ganger er det slik at man kan legge teksten bort en stund. I ti år kanskje, og så en vakker dag er teksten endelig aktuell fordi flere har skiftet mening. Da jeg hadde bestemt meg for å begynne å skrive, lette jeg etter litteratur som kunne utvikle det litterære talentet jeg følte jeg hadde. Det var en utfordring å finne ut av

det på egenhånd, men heldigvis var bibliotekarene alltid søte og hjelpsomme. Når man skal begynne på den reisen det er å lære å skrive, kan det være lurt å se hvordan kjente forfattere bruker sin fortellerstemme. Skriving er et håndverk. *Øvelse gjør mester* sto det på leseboka mi i barneskolen. Det ble mitt motto for de neste årene. For det skulle ta flere år å få ordet i min makt. Jeg har alltid likt å lese og startet nok så tilfeldig med Ingvar Ambjørnsen og Amalie Skram. Jeg leste, fant gjenkjennelse og forsøkte å kopiere. Motivasjon og pågangsmot er avgjørende for en prosess som ikke bare handler om å skrive, men også om selvutvikling og mestring med mål om tilfriskning.

### **Kunnskap som terapi**

I ren desperasjon søkte jeg NAV om omskolering for å slippe unna psykiatriens passive og innholdsløse dager. Et par måneder senere begynte jeg på praktisk-pedagogisk utdanning med en ekstra modul i norsk. Etter å ha fullført utdanningen ville jeg være kvalifisert til å undervise i videregående skole. Særlig norskkurset ble en fin utfordring for meg. Ikke for lett, men heller ikke for vanskelig. Litt etter litt ble ordforrådet og formuleringene mine bedre, og da det omsider løsnet, følte jeg det første streifet av triumf på lenge.

Jeg strøk til eksamen. Det var en rar opplevelse. Jeg følte ikke nederlag i det hele tatt. Det var ikke viktig for meg å oppfylle andres krav til kvalitet og karakterer, for jeg følte at jeg hadde tatt et kvantesprang i min individuelle utvikling. Jeg fikk etter hvert gode tilbakemeldinger fra venner og familie om at det jeg skrev, var bra, men det viktigste var at jeg kunne glede meg over egen utvikling. Jeg lærte masse nytt i løpet av skoleåret og tilegnet meg kunnskap i en helt ny disiplin. Tanker består av ord, og når det blir rot i tankene, er det gunstig å trene opp språket. Gevinsten var merkelig etter bare ett år på skolebenken, selv om den ikke kom til syne på vitnemålet. Det at jeg hadde bommet på en oppgave om Ibsens samlede verker på eksamen, betydde ingenting. Utgangspunktet mitt hadde egentlig vært elendig. Så å si rett fra akutt sengepost til lærerhøyskole. Så for min egen del mente jeg at jeg absolutt hadde bestått. Et halvt år senere tok jeg eksamen på nytt, og da fikk jeg det til. Fra null til hundre på halvannet år. Den beste bonusen var at jeg ikke hadde flere innleggelser i denne perioden. Jeg mestret og følte mestring.

### **Bedring er en aktiv prosess**

I utgangspunktet følte jeg at jeg hadde gode sjanser til å bli helt frisk, men siden ressursene mine ble oversett og behandlingen opplevd som feilaktig, ble jeg mye verre. At legene klarte å overbevise alle mine pårørende om at jeg hadde en sinnslidelse, gjorde ikke saken bedre. Skammen ble plassert hos meg og meg alene. Familien trodde på psykiatriens beskrivelse av sykdommen som svakhet og en medfødt defekt i hjernen, noe jeg opplevde som vranglære og løst funderte påstander. Det ble

en lidelse å vite at livet mitt ble ødelagt den dagen jeg fikk den alvorlige psykiatriske diagnosen. Enda verre er det når jeg tenker på at barndommen til mine tre små gutter også i stor grad ble ødelagt fordi sykehusets behandling motvirket mulighetene mine til å bli frisk.

## **Mening i hverdagen**

Det ble viktig å finne ny meningsfull sysselsetting da jeg som følge av diagnosen falt ut av mitt tidligere arbeidsliv. Jeg jobbet et par år som lærer, men påkjenningen ved å stå i 100 prosent stilling vippet meg av pinnen igjen og igjen. Da jeg valgte å satse på frivillighetsarbeid og skulle begynne med styrearbeid i Mental Helse lokalt, ble jeg tvunget til å akseptere bipolar-diagnosen på en ny måte. Tidligere hadde jeg avvist og fortrenget at det kunne dreie seg om sykdom eller galskap i det hele tatt. All min energi hadde gått ut på å kave med å bli frisk. Nå var tiden inne for å formulere min egen forklaring. Dessuten ville jeg definere et annet utgangspunkt for meg selv. Ikke ved å resignere, for det kommer jeg aldri til å gjøre, men for å redde det som var igjen av mitt eget selvilde. Jeg kom frem til min egen teori og kan akseptere at jeg har en sensitivitet som ikke helt passer inn. Omtrent samtidig med at jeg grublet på dette, ble stress-sårbarhets-modellen lansert. Den støttet opp under det jeg alltid har tenkt: at alvorlige psykiske reaksjoner kommer av for store ytre miljøpåkjenninger. Men utlegningene av stress-sårbarhets-modellen fortsatte imidlertid med å forklare reaksjonene i hjernen som sykdom basert på en arvelig disposisjon eller en biologisk betinget sårbarhet til fortrenghet for miljøfaktorene.

Det er flere forhold i vår kultur som ikke er direkte helsefremmende, og kravet til å prestere i arbeidslivet er ett av dem. Det var i tillegg et stort slag for meg å bli overtallig i den fasen av livet da jeg var mest sårbar. Det å ikke få bearbeidet tapet av min arbeidstilknytning skikkelig, var ille. Jeg hadde dessuten født tre barn i rask rekkefølge. En time med psykolog en gang i uken var for lite. Min psykiske «lidelse» valgte jeg å betrakte som en spire til noe jeg kunne bruke positivt, men som jeg ikke hadde funnet helt ut av ennå. Samtidig tror jeg ganske sikkert at jeg har en bipolar legning. Den saken er grei. Mine tanker kan være høye som fjell, med store visjoner og en uvanlig evne til å se langt frem. Dessverre finner jeg sjelden andre som forstår disse tankene, og som jeg kan kommunisere med, bortsett fra når jeg møter andre psykoseerfarere. Store tanker blir lett oppfattet som «vrangforestillinger» og «sykdom» hvis man har en diagnose. Denne misforståelsen er min største sårbarhet. Tankene mine vil jeg ikke at noen utenfra skal komme og fikse på. Jeg ville lære å mestre visjonene. For å få til det måtte jeg skaffe meg ny kunnskap i filosofi, historie og religion. Dette var fag som ikke inngår naturlig i ingeniørens utdanning og hverdagsliv, så da jeg gikk inn i dette ukjente terrenget, var det kanskje ikke rart at jeg ikke følte fast grunn under føttene.

## Inkludert i brukerbevegelsen

Som brukermedvirker i psykisk helsearbeid åpnet mange dører seg. Kurs og nye verv ledet meg inn i meningsfulle aktiviteter. Jeg fikk fornyet interesse for psykologi og ikke minst ide-historie. I brukerorganisasjonene lærte jeg mer enn noen andre steder jeg har vært, om konflikthåndtering og behandling av medmennesker. I brukermiljøene fant jeg noe av det jeg hadde savnet tidligere: et fagfelt som appellerte til meg, og som jeg fikk være med på å utvikle, nemlig erfaringsformidling.

Meningsfull sysselsetting betyr alt for meg, og jeg melder meg gjerne til oppgaver jeg liker. Mitt første større skriftlige arbeid startet med at jeg skrev et biografisk dagboknotat. Først for hånd, på gule lapper og løse ark, men etter hvert bestemte jeg meg for å bearbeide tekstene til et bokmanus. Jeg var langtidssykemeldt og hadde behov for noe å stå opp til. Hver dag satte jeg meg til datamaskinen etter at barna var sendt til skole og barnehage. Jeg skrev om den siste jobben jeg hadde forsøkt meg på som lærer, og hva oppholdene på sykehuset hadde gjort med meg. Skrivingen «tok» meg. Jeg hadde lite erfaring med skriving fra før. I yrkeslivet hadde jeg arbeidet med tall i alle år, så i utgangspunktet var jeg ikke særlig trent for skrivearbeidet, men jeg syntes jeg hadde et viktig *tema* å formidle. Noen ganger har jeg lest bøker av forfattere som er supre til å skrive, men hvor boka allikevel oppleves som kjedelig, fordi den er konstruert og mangler nerve. Med meg var det omvendt. Jeg kunne ikke skrive, men hadde ett heftig tema jeg ønsket å fortelle om. Av og til kunne teksten min minne om en thriller. Med litt for svak formidlingsevne som utgangspunkt satte jeg uansett bare i gang. Det gikk ikke så fort i starten. Avsnittene ble korte. Setningene likeså. Dagboknotater var allikevel en fin trening. Jeg skrev om små og store hendelser i hverdagen, og arkene fyltes sakte opp. En venninne oppmuntret meg og fortalte at skriving kanskje bare er ti prosent talent og masse, masse øving. Når jeg sto fast, kunne jeg si til meg selv: *Skriv det akkurat som det er*. Og så gjorde jeg det til tross for skam og angst for å være illojal, som er svært sterke følelser hos meg. På forholdsvis kort tid hadde jeg ferdig et rå-manus som jeg ikke torde vise til noen annen enn behandleren min på sykehuset. Jeg lagde en pen liten perm og leverte teksten med skamrøde kinn. Det sto ting i det manuset som jeg aldri kunne si høyt. Hensikten med å levere teksten til en psykiater sto helt klart for meg: Jeg håpet han ville forstå at jeg ikke var gal, og at mine psykiske reaksjoner hadde en konkret årsak. Responsen uteble.

## Facebook og sosiale medier

Til tross for at evnen til å skrive lå latent, var jeg nok i utgangspunktet temmelig ordknapp for å si det mildt. Ordløs og arbeidsløs skulle jeg forsøke å reise meg igjen etter et nederlag som på mange måter var større enn den utløsende årsaken til selve sammenbruddet. Det å bli adskilt fra barna og innlagt på en akutt sengepost på et hundre år gammelt asyl er en traumatisk opplevelse i seg selv. Men nå var jeg

blitt bevisst på at det var det skrevne ord som skulle hjelpe meg å få selvrespekten tilbake. Tilfeldigvis var min skriftlige oppvåkning sammenfallende med et mektig samfunnsmessig fenomen. På Facebook og i andre sosiale medier begynte folk å skrive om hvordan de opplevde behandlingen de hadde vært utsatt for i psykiatrien. Noen pasienter gikk så langt at de la ut journalen sin til lesing på nettet. Dette var et fenomen som fikk innvirkning på psykiatrien. Den åpenheten pasienter viste i sosiale medier, virket som et brekkjern under taushetsplikten psykiatrien hadde dekket seg bak i alle år. En ung pasient ble irettesatt av personalet for sin åpenhet på en offentlig blogg og minnet på at hun hadde taushetsplikt. Da lo hun høyt og svarte: *Å nei, det er dere som har taushetsplikt. Ikke jeg!* Det at pasientene så muligheten til å fortelle sin historie, førte til viktige endringer og større åpenhet rundt behandlingen av alvorlige psykiske lidelser. Pasientene hadde med det skrevne ord oppnådd autoritet. Brukerinvolvering måtte tas på større alvor i helsetjenestene. På den tiden hadde jeg vært pasient i psykiatrien i over ti år og omfavnet sosiale medier som formidlingskanal.

### En annen forståelse av psykiske lidelser

Da min behandler satte meg på Zyprexa, økte antallet innleggelser – det ble flere innleggelser i året. Miljøpersonalet passet alltid omhyggelig på meg mens jeg var innlagt. De var fagfolk som kunne sine ting. Jeg fikk en varm seng, faste rutiner, regelmessige måltider og de fantastiske små helsebringende samtaler. Alt i alt var de veldig «på» og «her og nå», og jeg ble mer samlet. Men når medisinerne ble delt ut morgen og kveld, følte jeg at jeg ble satt to skritt tilbake. Hver eneste gang. Heller ikke nå fikk jeg hjelp til praktiske problemer og ble stående på stedet hvil og slure i ren frustrasjon.

Problemene mine denne gangen hadde i utgangspunktet handlet om økonomi, et sted å bo, jobb, samliv. Jeg hadde ingen komplekse og sammensatte psykiske plager, bare praktiske utfordringer som tårnet seg opp, særlig etter at jeg hadde havnet i psykiatrien. Det var sider ved hjelpeapparatet som hindret meg i å bli frisk. Etter en stund skrev jeg en kritisk rapport om alt jeg hadde erfart, og tok et kraftig oppgjør med sykehuskulturen. Ved neste innleggelse hadde jeg med meg en kopi til overlegen, men da ble jeg utsatt for så mye tvang og overmedisinering at jeg nesten trodde jeg skulle sette livet til. Heldigvis var jeg klar nok i hodet til å forstå at jeg måtte spytte ut halvparten av pillene. Nok til å overleve, men ikke alt, de måtte få de måleresultatene de var ute etter, på blodprøvene. I rapporten hadde jeg forfektet en annerledes og svært utfordrende hypotese som ikke handlet om sykdom, men om reaksjonsevne. Det var første gangen jeg utfordret psykiatriens kunnskapsgrunnlag. Senere har det blitt flere kritiske artikler og innlegg i tidsskrift, fagblader og på nettet. Det var etter denne hendelsen det gikk opp for meg at jeg aldri måtte klage, protestere eller legge frem nye hypoteser mens jeg var innlagt. Det ville bare bli opp-

fattet som vrangforestillinger. Pennen som virkemiddel for å ta til motmæle måtte jeg bruke på annen måte.

### **Å gjenerobre det skrevne ord**

Til tross for at jeg fra første stund visste hva jeg trengte, fikk jeg det ikke. Men medisiner fikk jeg nok av, og fravær av riktige og medisinfrie behandlingstiltak gjorde meg til svingdørspasient. Under etterutdanningen hadde jeg ingen innleggelser, de kom da jeg begynte i jobbstresset igjen. Antipsykotisk medisin ga næring til episodene og fikk manien til å akselerere. Jeg har prøvd de fleste sortene og kan konkludere med at jeg ikke tåler dem.

Før hver innleggelse passet jeg på å få med en notatblokk med stive permer. Den skrev jeg flittig i. Når jeg hadde tankekjør, var det en fin metode til å slakke av på farten. Mye av det jeg skrev, var bare tull, men metoden var nyttig. Glemte jeg notatboka hjemme, ba jeg bare om blanke ark fra kopimaskinen. Det handlet om å skrive akkurat det jeg tenkte samtidig som tankene strømmet på. Leser jeg gjennom dette senere, ser jeg jo at det ikke akkurat står noe revolusjonerende der, men selve skriveprosessen var fordelaktig. Skrivningen demper tankekjøret slik tegning, miniatur-fargelegging eller andre aktiviteter kan gjøre. I mani og psykose løper tankene av og til løpsk. Noen ganger kan det oppleves som om tankene tenker seg selv, noe som kan være ubehagelig. Kanskje var det en fiks idé eller et snev av en vrangforestilling å skrive alt jeg tenkte, men den 'vrangforestillingen' hjalp meg. På vei ned fra hjernen og ut gjennom hånden som holder i pennen, ble tankene tvunget til å bremse farten. Tankene mine består for det meste av ord, og ord lar seg feste på papir. Noen ganger er det nesten magisk og kan bli fin poesi, særlig når jeg står midt i tankekjøret.

### **Diagnose til besvær**

Jeg har lest med kritisk interesse i legenes diagnosehåndbok. Det som står om bipolar lidelse, er en nøktern beskrivelse av en lidelse som endrer seg. Tilstanden kan tilta i styrke eller flate ut og dabbe av. Fenomenet er beskrevet fra observatørens perspektiv. En lege som tror han observerer en sykdom, vil først avgjøre hvilken «sykdom» det dreier seg om, for så gi en pille eller to for å bremse negativ utvikling. Så kommer legen kanskje tilbake etter en uke for å se om «sykdommen» har forverret seg.

De fleste av mine innleggelser oppfyller beskrivelsen i diagnosehåndboka om hypomani og noen ganger det maniske fenomenet. Men jeg tror bestemt jeg har ressurser og motivasjon nok til at hjernen min kan finne veien tilbake til stabilitet uten medisiner. Antipsykotisk medisin gir næring til manien hos meg, og derfor blir jeg psykotisk. Legene tror meg ikke, så det blir min opplevelse mot deres påstander. Når medisinerne ikke virker slik de forventer, får jeg mer. Ofte flere slag samtidig.

Tilsynelatende har medisinen effekt etter en stund. Og da sender de meg hjem igjen til den bunken ubetalte regninger som brakte meg inn på sykehuset, i tillegg til noen nye inkassokrav. Da blir jeg liggende utslått på sofaen i den dype depresjonen som alltid følger etter en medisinerer mani. Depresjonen kan vare i flere måneder før følelsene igjen skyter fart rett opp i en ny episode. Jeg skjønner det kan være vanskelig å regulere en bipolar lidelse når medisinerer er det eneste virkemiddelet. Tiltak som hadde involvert familien min i større grad, og fordelt litt av ansvaret, ville muligens ha løst mine psykiske utfordringer allerede i starten.

### Stabilt sinn

I løpet av femten år med både formell og uformell tvangsbehandling med antipsykotisk medisin hadde jeg nesten ingen normale perioder. Det var enten mani eller depresjon. Da jeg hadde passert tretti innleggelser på akuttpost, sluttet jeg å telle. I løpet av denne tiden ble det mange klager til kontrollkommisjonen og Fylkeslegen. I brevene fra sykehuset står det at jeg har en kjent bipolar lidelse, og at jeg har mange innleggelser. Dette er ord som demonstrerer mye makt. En kjent bipolar lidelse betyr ikke noe annet enn at en overlege en gang har bestemt at jeg skal ha den diagnosen. Bipolar lidelse er ikke på noen som helst måte et «kjent» vitenskapelig begrep. Det er en antagelse som blir forsterket av en påstand fra en person med mye autoritet og anerkjennelse. En slik person har en gang i mitt liv kommet frem til at jeg hadde denne lidelsen, og jeg fikk behandling jeg aldri skulle hatt.

Dette minner meg om mobbing satt i system, ikke effektiv helsehjelp. For meg er *flere enn tretti innleggelser* et solid bevis på en behandling som ikke har lyktes. Heldigvis fikk jeg omsider en ny behandler. Han kuttet ut alle de antipsykotiske schizofrenimedisinene jeg gikk på, og skrev i min kriseplan at jeg ikke tåler dem. Det tok mer enn to år å kutte ut og erstatte medikamentene med stemningsstabiliserende tabletter. Etter medisinskiftet hadde jeg en lang stabil periode, men så gikk det galt igjen. Tre gode år er allikevel lenge nok til å styrke min opplevelse av at behandling med antipsykotisk medisin virket mot sin hensikt. De stemningsstabiliserende medisinenes føles bedre, for jeg slipper tvangsinnleggelsene, men jeg er ikke tilfreds med at de virker gjennom å ødelegge de fine følelsene mine.

### Fra gule lapper til bokprosjekt

Som formidler står jeg stadig i forhold til min egen historie. Jeg kan fortelle hva som foregår inne i mitt hode, men jeg kan ikke forestille meg hva som foregår inne i andres. Allikevel er det en viktig ting som skiller meg fra spesialistene som jobber på sykehuset. Jeg har trolig flere venner med schizofreni og bipolar diagnose enn de har. Venner som spesialistene bare treffer når de er skikkelig dårlige og ikke kan gjøre rede for seg. Jeg treffer dem i dagliglivet der vi gjør forskjellige ting sammen. Inne i mitt hode har hypomani, mani og psykose aldri dreid seg om sykdom, men

om reaksjoner proporsjonalt med belastninger i livet.

Noen av disse forholdene kan vi som pasienter være med å påvirke. Da min venninne og kollega Siv Helen Rydheim tok kontakt og foreslo at vi skulle samle flere skribenter til et bokprosjekt om bipolar lidelse, ble jeg straks interessert. Boka skulle handle om hvordan det oppleves å være i mani og gi en beskrivelse av psykosefenomenet. Vi rekrutterte flere skrivende personer med bipolar lidelse. Det tok tre år å få boka ferdig, og da alle hadde levert sitt kapittel til forlaget, fikk jeg en mestringsboost som førte meg rett opp i eufori. Av omgivelsene tolket som symptomer på mani med påfølgende innleggelse på akutt sengepost. Da vi skulle evaluere episoden, sa min psykiatriske sykepleier at jeg måtte kutte ut skrivingen. Det mente mine pårørende også. Det har ikke akkurat vært gøy for dem heller. Men jeg satte foten ned. Jeg har svelget mange kameler i løpet av min tid, men skrivingen kunne jeg ikke gi slipp på. Den hadde blitt min lidenskap og mening i livet, men jeg skjønnte at skulle jeg fortsette å skrive, måtte jeg lage meg noen strategier for å lære meg å mestre flytsonen bedre. Å legge inn pauser imellom skriveøktene er en god strategi. Anne B. Ragde skriver på seg magesår. Jeg har på samme måte erfart at jeg kan skrive meg inn i mani.

### **Triggere eller mestringszone**

Flytsonen der kreativitet og energi strømmer på, er samtidig en sone som kan trigge meg. Jeg kan ikke holde på for lenge av gangen med skrivingen. Da glemmer jeg tid og sted og får ikke i meg mat engang. Samtidig gir kreativiteten og energien en berusende følelse av noe som kan likne på mestring. Det er vanskelig å rive seg løs, og jeg vil bare jage på.

Løsningen ble å sette på vekkeklokka rett og slett. To timer skriveøkt og så en pause. Struktur er viktig. Dette med skrivingen er selvfølgelig en individuell sak. En annen person med samme mentale utfordringer liker kanskje å samle på fri-merker eller spille dataspill. Jeg synes det er viktig at folk blir oppmuntret til å gjøre det de liker, men hvis det fører til at de blir syke av det, bør de lære noen strategier for mestring og legge lista lavere. Jeg kan ikke kutte ut det jeg elsker. Men jeg kan få mine pårørende til å godta et par tilbakefall mens jeg øver på å mestre. Ofte må man bare prøve, feile og famle seg frem. Min erfaring er dessuten at hvis man har blitt tvangsbehandlet på aller mest nedverdiggende vis, så er man kanskje litt mer oppmerksom neste gang man står ovenfor en trigger. Det er ikke sant at psykisk sykdom er noe vi ikke kan noe for og heller ikke kan gjøre noe med. Prosjektet mitt gikk nå i alle fall ut på å lære meg å mestre skrivetalentet mitt uten å miste bakke-kontakten. Etter mye øving tror jeg at jeg mestrer skrivingen nå, men det er nok fortsatt et varselssignal hvis jeg skriver dikt på Facebook midt på natten. Siv Helen og jeg kom i mål med bokprosjektet vårt. Det var det vel ikke så mange som trodde. På boklanseringen til boka *Drøm i våken tilstand* var alle medforfatterne samlet

på Litteraturhuset, og jeg holdt ett av mine sjeldne innlegg. Alt gikk strålende den dagen. Boklanseringen var en fest, og det føltes som en triumf å stå der med blomster i favnen og den ferdige boken i hånden.

### Arbeidsløs, men ikke motløs

Da jeg valgte å gå hundre prosent inn for brukermedvirkning, var det med tanke på å endre min situasjon og sannsynlige fremtid. Uføretrygd var den mest forutsigbare løsningen. En tilrettelagt deltidsstilling som mattelærer kunne gått bra, men svært lite var tilrettelagt på den tiden, og jeg orket ikke å møte flere nederlag. Endelig kom diagnosen til nytte. Søknaden gikk gjennom uten spørsmål av noe slag. Herfra måtte jeg skape min egen arbeidsdag, og det var skrivingen som gav meg mot og styrke. Som uføretrygdet fikk jeg en frihet jeg aldri hadde hatt, men jeg hadde for lite penger til å kunne nyte friheten fullt ut de første årene. Det første jeg måtte lære meg, var å stå flere trinn lenger nede på den sosiale rangstigen. Det tok tid å lære det, og det tok tid å venne seg til å være utestengt. Fra mitt absolutte utenforskap skulle jeg forsøke å forandre verden, eller psykiatrien i det minste. Vi ble ikke akkurat tatt på alvor, vi som var havnet i den posisjonen. Men etter hvert tror jeg både den ene og den andre erfaringsformidleren har høstet anerkjennelse på sin arena. Det sies at kunnskap er makt. Den levde erfaringskunnskapen har en helt annen gyldighet enn den observerte. Bokstavelig talt.

Det psykiske helsefeltet har gitt grobunn for *flere* brukerorganisasjoner og pårørende foreninger. Disse har i stor grad engasjert seg i kritikk mot psykiatrien, og de definerer ofte behandlingsmetodene som overgrep. Kritikken fra pårørende og pasienter blir stående i skarp kontrast til budskapet fra behandlere som mener at de redder liv. Noen pasienter er fornøyde, og noen er det ikke. Jeg tror jeg vet hvorfor mange ikke er særlig fornøyd og det er frustrerende å ikke nå frem med dette budskapet til dem som har makt. Ut fra kunnskapen jeg har med mitt eget prøvde sinn, virker den tradisjonelle medikamentelle behandlingsstrategien ikke like godt på alle. Ingen i behandlingsapparatet har noen gang spurt meg om hva jeg selv mener om den behandlingen jeg har fått. Erfaringene og opplevelsene mine har jeg måttet presse på dem i etterkant av en behandling jeg opplever som mislykket. Dette er ett av de alvorligste forholdene i psykiatrien i dag. Kampen om *opplevd* kunnskap blir således en asymmetrisk maktkamp, hvor det er observasjonsmakten som bestemmer. Det er som kjent ikke alltid den sterkeste har rett!

I forbindelse med boklanseringen møtte jeg Tor-Johan Ekeland for første gang. Forleggeren vår hadde invitert flere foredragsholdere til lanseringen, og Tor-Johan var en av dem. Det føltes nesten uvirkelig å endelig ha funnet et ståsted på en arena hvor vi i utgangspunktet egentlig følte at vi ikke hørte hjemme. Neste dag publiserte Morgenbladet en kronikk av Tor-Johan med tittelen «Kampen om kunnskapen », hvor mange av synspunktene våre fant gjenklang. Det var svimlende oppløftende

for oss bidragsytere til boka å få bekreftelse på at vi hadde fagpersoner på vår side av kunnskapskløften. Etter hvert har det blitt stadig fler og da særlig i de forskningsmiljøene som har hatt kontakt med brukerne og involvert dem i sin forskning. Det er en økende trend at mastergradsstudenter tar kontakt med brukermiljøene for å rekruttere folk til sine intervjuer. En ellers tørr og kjedelig fagrapport kan fort bli spisset og krydret av sitater fra dem som har merket trøkket i sjela si sjøl.

### **Psykisk helsefeltet fortjener et nytt grunnsyn**

I dag holder jeg skrivekurs selv. Det er en måte å benytte utdanningen min på. Kursene er i regi av brukerorganisasjonene, og elevene er på alle kunnskapsnivå. Slik kan jeg gi noe av både min erfaringskunnskap og skrivekunnskap videre. Det er gjennom språket vi gjør oss forstått i samspill med andre. Språket er også med på å forme tankene våre. Når det er rot i tankene, har jeg erfart at mindfulness og skriving som terapi kan føre til varig bedring. Det har vært min vei. Skriving er rehabilitering for meg – og oppreising. Som virkemiddel har kanskje ikke det skrevne ord fra dem som har vært brukere av psykisk helsetjeneste, ledet til de helt store omveltingene på dette feltet ennå, men folk har visjoner om et paradigmeskifte. Det grunnsynet som råder i psykiatrien i dag, fortjener en avløsning. Sannheten kan være et mektig våpen. Når makta får krampe, kan sannheten ta over. Når den tid kommer, kan vi fiske opp skriftene våre fra skuffer og arkivskap. Så blir det kanskje endelig slik at ord vil rokke ved konstruerte sannheter som ikke lenger har gyldighet. Jeg tror vi går spennende tider i møte!

---

#### Referanser

- Kristiansen, G.H., Rydheim, S.H., og Thyness, E.M. (Red.). (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Skjeldal, E. et. al.: «*Levd Liv*» (2016). [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)
- Kristiansen, G.H. (2007). *Hva er galt i psykiatrien*. Rapport 2007. [www.psykehuset.no](http://www.psykehuset.no)
- Rydheim, S.H. (2007) *Kjærligheten spør ikke, den bare er*. Bodø: Licentia Forlag.
- Ekland, T.J. Kampen om kunnskapen. *Morgenbladet*. 13. Juni 2013. Grunnlagsproblemer.

# Belastningsteori for psykisk helsearbeid



*Hvorfor skulle ikke belastningsteori ha like stor gyldighet i en overbelastet hjerne som for en overbelastet bygningskonstruksjon? Fysikkens lover er universelle.*

Teorien om mental overbelastning er ikke ny. Den forklarer alvorlige psykiske symptomer med at en person har vært utsatt for større mental påkjenning enn vedkommende på det gitte tidspunktet var i stand til å bære. Fravær av avlastning i en psykisk krevende situasjon kan således føre til et sammenbrudd i hjernens evne til å tenke rasjonelt – og dermed resultere i en forvirringstilstand. Noen vil få hallusinasjoner og vrangforestillinger som en naturlig konsekvens av overbelastningen, men for de fleste vil tilstanden kunne gli over av seg selv.

*Balanse?* Da legene fikk ansvaret for «de gale» for to hundre år siden, ble det nye faget nokså tilfeldig en del av legevitenskapen. Kunnskapsgrunnlaget for psykiatrien kom etter hvert til å bli en antakelse om at alvorlige psykiske reaksjoner kom av en arvelig sykdom i hjernen. Dette er i dag en omdiskutert hypotese som mange mener har klar logisk brist. Forvirring og heftige følelser kan ikke arves. Det er evnen til å bearbeide sanseinntrykk som eventuelt er arvelig. Altså ikke en sykdom, men en egenskap. Mennesker som får gjentatte psykiske reaksjoner utenfor det «normale», betraktes i dag som sinnslidende. Forklaringen legene gir, er at hjernen deres har kommet i kjemisk ubalanse. Behandlingen går derfor først og fremst ut på å forsøke å regulere hjernens kjemi med medikamenter som antas å ha antipsykotisk effekt.

*Medikamenter.* Den skarpeste kritikken av medikamentell behandling går ut på at det må være etisk uforsvarlig med kjemisk inngripen så lenge det ikke foreligger sikkert bevis for at psykiske reaksjoner virkelig skyldes sykdom. Ingen har hittil



---

*Innlegget «Belastningsteori for psykisk helsearbeid» ble første gang publisert 27.02 2019 på nettsiden [www.dagensmedisin.no](http://www.dagensmedisin.no).*

---

*Utgiver: Bonnier Business Press AB. 64*

klart å påvise de genene som antas å være bærere av hjernesykdommen. Det eneste forskere har klart å finne sammenhengen mellom, er gener for kreativitet, intelligens og litterær begavelse hos folk som har en bipolar legning. Dette styrker teorien om at det er det mentale potensialet i seg selv som utgjør sårbarheten. Medikamentell inngripen vil ikke bare blokkere for visjoner og vrangforestillinger, de vil også blokkere de friske tankebanene da pillene ikke kan oppdage forskjellen.

*Belastningsteori.* Psykiatrien trenger desperat ett nytt og sterkere, tverrfaglig, kunnskapsfundament. Ettersom legevitenskapen åpenbart ikke har en god nok forklaring, finner jeg det naturlig å ta utgangspunkt mitt i eget fag. For hvorfor skulle ikke belastningsteori ha like stor gyldighet i en overbelastet hjerne som for en overbelastet bygningskonstruksjon? Fysikkens lover er universelle. Belastningsteori handler om det stikk motsatte av sykdomsteori. Forklaringsmodellen sier at hjernen er i stabil tilstand så lenge ikke summen av alle negative sanseinntrykk overskrider summen av de motkreftene personen er i stand til å mobilisere. Det vil si at så lenge en person klarer å mobilisere motstandskraft nok til å takle alle omgivelsenes mange krav og stresspåkjenninger, vil hjernens tenkeevne holde seg på et stabilt nivå. Et eventuelt sammenbrudd er en grenseoverskridelse, ikke et sykdomsutbrudd.

*Overbelastning.* En overbelastet hjerne er således en hjerne med akutt behov for avlastning. Noen utenfra må bistå. Ikke nødvendigvis med å tilføre hjernen enda mer kjemikalier, men med praktiske tiltak som kan løse opp i noen av problemene. Pasienten må få ro og hvile, og det må utarbeides en langsiktig behandlingsplan som inneholder individuell støtte til selvstyrketrening. Viktigst av alt er det å betrakte et psykisk sammenbrudd som en forbigående tilstand, et fenomen som har den kraften i seg at det vil gå over. I motsetning til en sammenrast konstruksjon har hjernen god kapasitet til naturlig egenrestaurering.

I en forklaringsmodell som er basert på belastningsteori, er det virkningen mellom de ytre påkjenningene og den indre mobiliseringen av motstandskraft som er det vesentlige. Det er differansen som avgjør symptomenes styrke og klientens hjelpebehov. En pasient som har hatt en vanskelig oppvekst og slitt med mye angst og depresjon hele livet, vil sannsynligvis ha et større hjelpebehov enn en person som har møtt veggen på jobb den siste tiden.

*Tenkningen.* Symptomene i et sammenbrudd er til forveksling like – og alle vil i dag få antipsykotisk medisin som første behandlingstiltak. For pasienter med stort symptomtrykk er dette kanskje hensiktsmessig, men for trolig minst like mange kan medisinen utløse flere symptomer og gi næring til den lidelsen medisinen skulle beskytte mot. Overbehandling og overdiagnostisering er et omfattende problem som trolig har sin forklaring i at det er sykdomstenkningen som dominerer fagfeltet. Mange steder er det først når pasientene regnes som stabilisert av medisiner, at annen terapi kommer på banen. Da kan pasientens egne tilfriskningsressurser allerede være blokkert.

## Etterord



Jeg ble kjent med Gunn Helen Kristiansen i 2002. På det tidspunktet var jeg alene med tre barn, og lønnen min dekket simpelthen ikke alle utgiftene. Derfor søkte jeg jobb som støttekontakt og ble tildelt 16 timer i måneden. Spenningen var stor ved det første møtet, men det tok ikke lang tid før vi fant ut at vi hadde mye til felles.

De første årene gikk vi mange turer, og mens vi trasket rundt Semsvannet diskuterte vi det som opptok oss særlig på den tiden: gudinner og feminisme. Gunn Helen som har en bipolar lidelse, mente at sykdommen ble utløst fordi hun ble sagt opp på jobben kort tid etter at hun hadde født sitt tredje barn. Denne doble belastningen førte til at en demning brast i sinnet, og før hun visste ordet av det befant hun seg på akuttavdelingen på Blakstad sykehus. Etter hennes mening ville hun ikke blitt syk hvis samfunnet hadde tatt mer hensyn til den sårbare situasjonen hun befant seg i som nybakt mor. Videre mente hun at dersom hun ikke hadde blitt pumpet full av medisiner ved sykdomsutbruddet, men i stedet ble gitt hvile og hjelp til å håndtere tre små barn og en aggressiv arbeidsgiver, ville hun blitt frisk igjen. Vi var enige om at feminisme ikke kun skal defineres som retten til å være småbarnsmor og samtidig stå i full jobb, men også at man som kvinne bør behandles mer skånsomt i visse perioder.

Vi oppdaget også at vi begge likte å strikke. Aktivitetene våre utvidet seg dermed til å variere mellom turer ute i naturen og hyggelige innekvelder med te og garn. Ja, slik gikk tiden. Gunn Helen virket i grunnen like frisk som meg, selv om idyllen innimellom ble avbrutt av manier og sykehusinnleggelser. Heldigvis varte de psykotiske episodene kort, høyst en uke eller to, og så var Gunn Helen tilbake som seg selv. Men det var et stort skjær i sjøen. Så og si hver gang hun ble innlagt på sykehus, økte de medisindosen hennes. Dette likte hun dårlig. Dermed oppdaget vi en tredje aktivitet vi hadde felles. Vi var skrivende mennesker begge to.

Gunn Helen tok nemlig pennen fatt. Med vidd og kampmot begynte hun å dokumentere hvordan hun ble behandlet, og hun argumenterte for hvordan hun ville bli behandlet. Artikkelen ble tatt inn i en rad av forskjellige tidsskrifter.

### **Brukermedvirkning på full frammarsj**

I denne perioden gjorde brukermdevirkning og recovery for alvor sitt inntog i helsevesenet. Gunn Helen, som cirka 95 prosent av tiden er mer oppegående enn

de aller fleste jeg kjenner, ble raskt en «superbruker». Hun ble invitert inn i en rekke råd og utvalg og var stadig å finne på konferanser og møter. Og hun fortsatte å skrive, strikke og filosofere over kvinne- og menneskeverd. Sakte, men sikkert ble hun en stemme folk lyttet til, både blant brukere av helsetjenester og helsearbeidere.

Det som ofte slår meg med Gunn Helen er hennes utforskertrang. Hun ser ikke etter problemer eller hindringer, men muligheter. Dukker det opp et nytt tilbud, som da Fontenehuset startet i Asker i 2016, tenker hun straks at dette kan være interessant, og uansett vil jeg sikkert møte noen trivelige mennesker. På denne måten utvider hun ikke bare nettverket sitt, men også kunnskapen. Noe som igjen har påvirket det hun skriver. Hun vet at hun ikke bare skriver for seg selv, men for mange andre.

Dette utkrystalliserte seg i bokprosjektet «Døm i våken tilstand». Gunn Helen hadde sett seg lei på at det meste av psykoseforskningen handlet om mennesker med schizofreni. Hun ønsket å utvide kunnskapsgrunnlaget om mennesker med bipolare lidelser og deres psykoseerfaringer. Ikke med utgangspunkt i at psykoser er skremmende, hemmende og farlige, men hva du kan lære av dem. Hun søkte og fikk penger fra Extrastiftelsen. Deretter inviterte hun aktuelle artikkelforfattere på seminar slik at de kunne lære å skrive et bokkapitel. Resultatet ble en bok som alle kan være stolte av, og som ble anmeldt i Legeforeningens tidsskrift med overskriften: *Tankevekkende om psykose*.

Skriving har blitt Gunn Helens rehabilitering. Gjennom sitt forfatterskap har hun ikke bare ytret sine meninger, men også fått stor respekt. Hun er et menneske med ordet i sin makt. Hvem ønsker ikke å være det?

## Samtykkekompetanse

I de siste tiårene har pasientens rett til å være med på å ta avgjørelser blitt en viktig del av verdiene i helsetjenesten. Vektleggingen av pasientens selvbestemmesle ble startet med borgerrettighetsforkjempere og pasientorganisasjoner på 1960-tallet i USA, og den ble en del av Norges helselovgivning gjennom pasientrettighetsloven som ble vedtatt i 1999. Respekten for pasientens autonomi har kommet tydeligere fram, og ideen om at fagfolk vet best har måttet vike for prinsippet om at pasienten har krav på informasjon og å bli lyttet til.

Men – dersom det bedømmes at pasienten ikke er i stand til å utøve sin selvbestemmelse, åpnes det opp for bruk av tvang i psykisk helsevern. Dette er temaer Gunn Helen har adressert flere ganger. Som hun selv skriver: *Jeg er enig i at det ikke er heldig, kanskje ikke engang forsvarlig, at folk virrer rundt på egenhånd når de er fri for fornuft*. Men hun mener også at psykose er et uttrykk for hjernens eget immunforsvar ved store psykososiale påkjenninger. Ved å gi slipp på fornuften forsøker hjernen å helbrede seg selv. For henne er det ikke logisk at man først leter etter en diagnose for så å iverksette medisiner. I stedet mener hun at det viktigste

hastetiltaket i behandlingen er å kartlegge årsakene til psykosen – og forsøke å gjøre noe med dem. Hun mener at problemløsning og terapi kan ha en helbredende effekt ved siden av skjerming, respekt og aksept i et skjermet miljø. Uten medisiner er det større mulighet for å bli frisk – hvis det er målet. Hennes teorier, basert på erfaring, er interessante å lese.

### **Kunnskapsbasert praksis**

Kunnskapsbasert praksis har også vokst fram i disse årene jeg har kjent Gunn Helen. Kunnskapsbasert praksis handler om å integrere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap når man tar faglige avgjørelser. Hvis vi skal tilby god hjelp må vi med andre ord lytte til brukerens innsikt og erfaring og forsøke å forstå hvilke ønsker og mål de har for sin egen behandling.

Denne boken inneholder de fleste artiklene Gunn Helen har skrevet siden 2012. I alle disse årene har hun stått på barrikadene og kjempet for et bedre behandlingstilbud for mennesker med psykisk uhelse og hun har krevet og krever at de skal bli sett på som medmennesker med medbestemmelsesrett. Artiklene er sterke, opplysende, innsiktsfulle og meningsbærende. De er et godt valg hvis du søker kunnskap om hvordan det oppleves å være bruker av helsevesenets tilbud for mennesker med psykisk uhelse.

Else Merete Thyness

*Redaktør*





**Gunn Helen Kristiansen** er tidligere bygningsingeniør og lærer. I de siste årene har hun blitt kjent som en verdifull erfaringsformidler for psykisk helse og er aktiv i utvalg som Akuttnettverket, et nettverk som arbeider for å initiere og koordinere prosjekter og virksomhet innen fagutvikling, evaluering, forskning, kunnskaps-spredning og kvalitetsforbedring i akuttpsykiatrien. Hun har også vært leder for AURORA – støtteforening for mennesker med psykisk helseproblemer.

Gunn Helen Kristiansen er først og fremst en kunnskapsformidler med innsikt og erfaring fra brukerperspektivet. Hun var prosjektleder, redaktør og bidragsyter til boka «Drøm i våken tilstand», som ble utgitt på Abstrakt forlag i 2013. Hun har også skrevet en rekke artikler for blant annet Dagens Medisin, Tidsskrift for psykisk helsearbeid (TPH), Dialog (SEPREP), Søkelyset og Mental Helse. Denne boken er en samling av hennes mange bidrag.