

Vi trenger motkulturer

Over altfor lang tid har det vært forskrevet for mye, og for mange ulike medisiner. Et mer mangfoldig behandlingstilbud kan være nødvendig, og motkulturer trengs i medikamentfrie avdelinger.

Publisert: 2016-10-03 09:06 Skrevet av: Petter Lohne

*Innlegg: **Petter Lohne**, spesialist i klinisk psykologi, Ullevaal Stadion, Oslo*

FRA 1982 til -96 var jeg psykolog ved et medikamentfritt behandlingstilbud ved daværende Gaustad Psykiatriske Sykehus. I diskusjonen om medikamentfrie døgntilbud i psykisk helsevern vil jeg bidra med min erfaring.

Institusjonen het Veksthuset og var et såkalt terapeutisk samfunn der fellesskapet blant pasientene – og pasientenes ressurser mer enn psykopatologi – ble vektlagt. Fagpersonell med spesialistkompetanse ville være med på gi et fullverdig behandlingstilbud for mennesker som hadde alvorlige vansker med, eller avhengighet, av rusmidler.

FRIVILLIGHET. Behandlingsmodellen var basert på frivillighet. Metodene var i hovedsak hentet fra miljøterapeutisk teori og psykodynamisk orientert psykoterapitenking. Behandlingstiden var fra ett til halvannet år, men kunne ofte forlenges, ut ifra problemenes karakter og dybde. Ofte trengtes flere forsøk, altså flere innleggelseser med ulike forløp, der vekten i behandlingen ble lagt på ulike tilnærminger, tilpasset den enkelte.

Før innleggelse var det oftest svært vanskelig å avklare hva slags psykisk lidelse pasienten hadde. Det kunne være sårbarhet for psykotisk utvikling, alvorlig personlighetsproblematikk, betydelige, ofte pågående traumer, eller et rusproblem som først og fremst trengte en mer diagnostisk avklaring. Oftest kunne vi se kombinasjoner av disse problemområdene, og det var mer alminnelig enn ikke at diagnosene for hver enkelt pasient varierte over tid og etter situasjonen pasienten befant seg i.

OMSTRIDT. Behandlingsmodellen hadde gode resultater og fungerte bra for mange. Det ble skrevet en bok om behandlingstilbudet som inspirerte lignende behandlingstiltak i Norge. Tiltaket var for øvrig omstridt innen psykisk helsevern og i rusbehandlingsfeltet. Debattene dreide seg blant annet om at bruken av psykofarmaka var fraværende eller svært lav på selve døgnavdelingen, og noen fagfolk hevdet at resultatene slett ikke var gode.

Det kan innvendes at pasientene ved Veksthuset hadde rusproblemer felles, og at medikamentfrihet derfor var en nødvendighet for å skape et miljø for avrusing. I dag er det klargjort at rus i svært mange tilfeller er med på å forårsake og opprettholde psykotiske tilstander og annen alvorlig psykisk lidelse. Vi erfarer hyppig såkalt komorbiditet mellom rusavhengighet og alvorlig psykisk lidelse i klinikken.

Svært ofte tar det lang tid å avklare hvilken rolle rus eller rusavhengighet spiller i pasientens lidelse. Mange vil i sykdomsforløpet gå gjennom ulike faser når det gjelder sitt forhold til rus og medikamenter, og vil tidvis ønske eller avvise medikamentell behandling.

SMIDIGHET. Skal vi prinsipielt avvise medikamentfri døgntilrettelagt behandling for mennesker som har, eller har hatt, en psykosedagnose og som trenger døgntilrettelagt behandling? Dette var en forutsetning for tilbudet ved Veksthuset, og jeg mener det var en styrke at det var lagt til en avdeling innen et ordinært psykiatrisk sykehus. Dermed var det forholdsvis enkelt å få til samarbeid med fagfolk som arbeidet ved andre avdelinger. Og dersom enkeltpasienter trengte opphold ved en mer ordinær psykiatrisk avdeling underveis i behandlingen, kunne det gå smidig for seg.

Det var mange eksempler på dette i de årene vi arbeidet på stedet. Vi hadde også en konsulterende allmennlege, og i perioder en spesialist i psykiatri tilknyttet avdelingen som pasientene benyttet, når vår egen kapasitet var for liten på feltet. Det var kontinuerlig dialoger med denne legen, som hadde «kontortid», og ofte ga slike samtaler indikasjoner på større eller mindre behov for psykofarmaka, særlig etter endt behandling og over i den sårbare etterverntiden.

MOTSTAND. Jeg ser av debatten, blant annet i Dagens Medisin, at en del fagpersonell i psykiatri nå går temmelig prinsipielt ut imot medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern. Det er kanskje nødvendig å tenke grundigere igjennom forslagene om å etablere et mer mangfoldig behandlingstilbud enn vi har i dag.

Medikamenter som benyttes blant annet ved psykose, kan i mange tilfelle forhindre et mer aktivt og innsiktsorientert arbeid for å komme videre i livet for mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

MOTKULTURER. Min erfaring fra Veksthuset, og erfaringer jeg har gjort ved andre psykiatriske avdelinger, tilsier at psykofarmaka ofte overforbrukes. En annen erfaring er at toleransen blant fagpersonell overfor de symptomene pasienter med psykose eller andre alvorlige psykiske lidelser, fremviser, er altfor liten.

Det er vanskelig å se så mye lidelse også for vel utdannede psykiatere og psykologer, og derfor er det lett å dempe lidelsen for mye. For mye og for mange ulike medisiner kan medvirke til «kronifisering».

Derfor trengs det motkulturer, som kan skapes i medikamentfrie avdelinger. Mitt håp er at spesialister i klinisk psykologi og psykiatri kan ha en åpen og samhandlende holdning til slike tiltak. Og aller best hadde det vært om erfarne psykologer og leger i feltet kunne inspirere til og lede medisinfrie behandlingstiltak.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Kronikk og debatt, Dagens Medisin 15/2016