OVERGREP

EIN KONSEKVENS AV MANGEL PÅ RELASJONAR

Mange opplever at dei blir utsette for overgrep i psykisk helsevern, av behandlarar og hjelpeapparat. Kva er det som gjer at vanlege menneske med gode intensjonar blir oppfatta som overgriparar? Er det måla og haldningane i systemet det er noko gale med?

AV OTTO VEVATNE

PSYKIATRI

KVIFOR SKJER DET OVERGREP i psykiatrien og i det psykiske helsevernet? Det er ikkje slik at alle som arbeider med psykisk helsevern, gjer overgrep, men det som er interessant, er at det faktisk skjer. Mange som har søkt hjelp, har opplevd å bli krenkte av både behandlarar og system, noko dei truleg minst av alt venta seg då dei kom inn.

FNs menneskerettar seier i artikkel 5 at ingen må utsetjast for vanærande behandling, det vil seia at alle har krav på å bli møtte med vørdnad, og i artikkel 12 at ingen må utsetjast for vilkårleg innblanding i privatliv, familie, heim og korrespondanse, eller for åtak på ære og omdømme. Alle har rett til vern etter lova mot slik innblanding.

Når mennesket drøymer om livet, har det til alle tider og i alle kulturar vore draumen om paradiset. Dette paradiset er alltid fylt av eit sorglaust tilvære fritt for psykisk og fysisk smerte. Der er alt ordna av «systemet», og individet treng ikkje uroe seg for noko. Det kan vera i himmelriket, det kommunistiske samfunnet eller Huxleys «Vedunderlege nye verd». Sistnemnde er eit teknokratisk samfunn bygd på eit naturvitskapleg livssyn, der alle blir skapte i reagensrøyr for å fylle rolla si i samfunnet og ingen kjenner på noko vondt. Alt blir objektivisert, og alle er framandgjorde for seg sjølve for å hindre djupe kjensler.

Holocaust, gulag og lobotomien var ikkje berre resultat av vonde menneske, men menneske som ville vera med på å skapa den gode verda. Problemet var at dei ikkje var einige om korleis den gode verda skulle sjå ut, og at dei som hadde makta, gjorde dette med å definere visse grupper som ikkje-menneske, uønskte i paradiset og den gode verda.

Det psykiske helsevernet er ei innretning som har som mål å hjelpe menneske som av ein eller annan grunn er ulykkelege og fortvila. Dei som til tider slit med å skapa seg eit meiningsfullt liv. I presse og i bøker står tidlegare pasientar og pårørande fram og fortel at dei som pasientar i det psykiske helsevernet har vorte utsette for alvorlege overgrep. I fjor haust fekk psykisk helsevern også kritiske merknader frå Riksrevisjonen, som til dømes viser at det kan vera heilt tilfeldig kva hjelp og behandling ein får, alt etter kvar ein bur i landet.

Det interessante er då om det finst tiltak som kan redusere faren for overgrep, og kva det er ein gjer som eventuelt aukar faren for overgrep.

TOTALITÆR MAKT OG ETIKK

Noko av det som kjenneteiknar samfunnsinstitusjonar der brukarar blir utsette for overgrep, er ei tilnærma totalitær makt, mangelen på nære relasjonar, ein teori om mennesket der ein definerer brukarane som grunnleggjande annleis enn dei tilsette, og mangelen på vedtekne etiske køyrereglar.

Psykiatrien har fleire av desse kjenneteikna: Den tilnærma totalitære makta, at pasienten blir definert som annleis og diagnostisert og ein biologisk teori for menneskeleg åtferd der trua på at behandlinga er uavhengig av dei

Psykiatrien har fleire av desse kjenneteikna: Den tilnærma totalitære makta, at pasienten blir definert som annleis og diagnostisert og ein biologisk teori for menneskeleg åtferd der trua på at behandlinga er uavhengig av dei relasjonane pasientane har.

relasjonane pasientane har. Åge Wifstad skreiv for nokre år sidan ei doktoravhandling om historia til psykiatrien, der han peikte på den sterke naturvitskaplege og biologiske tradisjonen i psykiatrien, ein tradisjon der mellommenneskelege forhold blir sett på som nær utan verknad for den psykiske helsa. (Wifstad, 1997)

Spesialistane i psykiatrien har reint juridisk meir makt enn dei tilsette på barneheimsinstitusjonane hadde over barna som vart plasserte i barneheimar på 1950-,60- og 70-talet. Vi hugsar alle kva for katastrofale følgjer vanstellet fekk for barna som budde der i kortare eller lengre periodar.

Gro Hillestad Thue peiker i boka si *Overgrep* på korleis dei tilsette i psykiatrien kan utøve makt over pasientane både i og utanfor institusjonane. Spørsmåla til dei som jobbar i psykiatri og psykisk helsevern, er viktige:

Kan dei tilsette i psykiatrien leva med at ei stor gruppe pasientar oppfattar at dei får umenneskeleg behandling?

Kan dei tilsette i psykiatrien leva med historiene som kjem fram i artiklar og bøker, utan at det fører til intern debatt om behandlingsopplegga, og forståinga av det å vera menneske?

Kor lenge skal psykiatrien stikke hovudet i sanden og lata som om overgrepa ikkje skjer?

Når skal vi få eit psykisk helsevern som har eit meir nyansert syn på mennesket, og der det er eit ufråvikeleg krav at menneskerettane også skal gjelde for psykiatriske pasientar?

KVA ER OMSORG?

I denne samanhengen kan omgrepet omsorg vera eit godt utgangspunkt for diskusjonen, fordi det i all behandling finst eit vesentleg element av omsorg. Dei som søkjer hjelp, på eiga hand eller via pårørande, vender seg til eit anna menneske for å få hjelp. Ein reknar med at den som yter hjelpa, skal svara på appellen frå dei som søkjer etter hjelp.

Eg skal i denne samanhengen ta eksempel frå to ulike behandlingstradisjonar som begge hjelper menneske som har alvorlege problem med å takle livet, – nemleg psykisk helsevern og kollektiva i rusomsorga. Det som kanskje tydelegast skil desse tradisjonane, er som vi skal sjå, synet deira på mennesket, den som søkjer hjelp.

Desse ulike haldningane har også etiske konsekvensar. Kva som er rett eller urett, endrar seg etter kva for menneskesyn som ligg til grunn for omsorg og terapi. Ettersom synet på menneske med psykiske lidingar innanfor psykisk helsevern (ikkje nødvendigvis blant folk flest) for det meste stadig er biologisk, naturvitskapleg, blir også åtferda til dei tilsette prega av det.

I forteljinga om den miskunnsame samaritanen møter vi ein som altruistisk hjelper eit medmenneske i nød. Han spør ikkje om den hjelpetrengjande er fattig eller rik, «jøde eller grekar». Den nødlidande var eit medmenneske med bruk for hjelp og omsorg, eit menneske som ein tilfeldig forbipasserande forbarma seg over. Denne vilkårslause kjærleiken har prototypen sin frå mor/barn-relasjonen, der den eine er avhengig av den andre for å kunne overleva. Han er også prototypen på grunnelementet i den gode relasjonen. Hovudpersonen, samaritanaren, prøver å forstå, «lytte» seg til det som den andre har bruk for, sjå situasjonen til den andre, og handlar ut frå det han meiner den andre treng. Det vesentlege her er relasjonen til den andre, samspelet om ei felles problemstilling, og behovet som den overfalne har for hjelp.

DIAGNOSE VERSUS DIALOG

I psykisk helsevern er behandlinga/omsorga først og fremst basert på at ein definerer problemet i diagnostiske kategoriar. Det er for å prøve å få ei objektiv oversikt over problema til pasienten. Diagnosen blir fastsett etter kriterium som ein nasjonalt og internasjonalt har vorte einige om. Det vil seia at dersom eit menneske presenterer ei viss mengd symptom eller livsytringar, så er diagnosen grei. Det viser at om eit menneske for eksempel fortel om søvnvanskar, sorg, motløyse, tiltaksløyse og låg sjølvkjensle, så er personen deprimert. Kva grunn han har for desse kjenslene, er mindre viktig.

Fagfolk har vorte samde om å kalle dette for depresjon. Dei objektive kriteria er det avgje-

rande, og ein meiner at det er mogeleg å stille objektive kriterium for diagnosen. Då er diagnosen sann, i samsvar med dette synet. Pasienten er definert som sjuk. Det er ein metode for diagnostisering som er henta frå sjukdommar som gjeld kroppen. Tanken er at ein gjennom denne diagnostiseringa kan gje ei meir adekvat medikamentell/biologisk handsaming. Det er viktig at det er eksperten aleine som definerer problemet. Dei eksistensielle og mellommenneskelege faktorane, også relasjonen mellom terapeut og pasient, blir ikkje tilkjende noka vesentleg vekt for behandlinga. Eg er her oppteken av konsekvensane av at relasjonen mellom pasient og behandlar ikkje blir tilkjend vesentleg vekt for behandlinga av psykiske lidingar.

Omsorg inneber alltid ein relasjon og ein dialog. I den sokratiske innstillinga til dialogen ligg det å la seg engasjere i problema til dei andre, og hovudmålsetjinga er å få fram dei etiske problemstillingane. Omsorg er ei etisk handling fordi ho føreset at den eine tek del i livet til «den andre». Ei etisk handling er alltid ein del av ein relasjon til eit anna levande vesen. Vi kan ikkje etisk ta stilling til ting eller ein gjenstand (Wolf, 1997). Etikk føreset at ein kan velja mellom å vera vond eller god. Ein kan ikkje vera vond eller god mot ein stein. Ein kan ikkje velja å vera vond eller god utan at ein er i ein relasjon, men det kan koma mykje vondskap av å vurdere dei andre som ting, og innrette seg byråkratisk til medmenneska sine. (Jf. Baumans analyse av holocaust.)

UT MED ETIKKEN

Ein dialog føreset, ifølgje Skjervheim, at ein har ei meiningsutveksling, der ein ikkje tek utsegner og meiningsytringar frå den andre som fakta eller endelege svar. Straks ein vurderer utsegner eller livsytringar frå den andre som fakta, og ikkje som innspel i ei meiningsutveksling, har ein stansa dialogen. Livsytringane til den andre, det vil seia pasienten, blir då objektive som det skulle gjelde ein ting.

Dersom den andre berre blir eit objekt, har ein heller ikkje lenger nokon etiske plikter andsynes han/henne. Det er innvendinga frå Wolf (i tradisjonen etter Goethe og Løgstrup) mot å bruke naturvitskaplege metodar for å forklare mellommenneskelege problemstillingar. Problemet med naturvitskapen er at ein alltid må ha eller laga måleapparatet før ein kan måle noko som helst. Naturvitskapen må gjera fenomena om til ting for å kunne seia noko om dei.

Denne defineringa av naturen omkring oss har gjeve oss ei eventyrleg industriell utvikling. Men denne framgangsmåten er eit alvorleg problem for dei mellommenneskelege fenomena. For straks du gjer fenomenet om til ein ting, har du drepe det (Wolf 1997).

Det mellommenneskelege engasjementet i dialogen stansar opp når ein gjer fenomenet om til fakta, f.eks. ein diagnose. Ein slik framgangsmåte aukar distansen til pasienten, og dermed endrar ein dei etiske køyrereglane sine. Det alvorlege med det er at ein då blir meir byråkrat enn medmenneske, og då kan ein audmjuke pasienten utan å få dårleg samvit. Dei som ein ikkje har ein relasjon til, er lettare å handsame utan vørdnad og respekt (jf. Baumann).

Det mellommenneskelege engasjementet i dialogen stansar opp når ein gjer fenomenet om til fakta, f.eks. ein diagnose. Ein slik framgangsmåte aukar distansen til pasienten, og dermed endrar ein dei etiske køyrereglane sine. Det alvorlege med det er at ein då blir meir byråkrat enn medmenneske, og då kan ein audmjuke pasienten utan å få dårleg samvit.

Det vesentlege problemet med framgangsmåten er at dersom ein vurderer ein ting/gjenstand feil, har det ingen ting å seia for gjenstanden. Dersom ein til dømes knuser gjenstanden, har det ikkje noko å seia for gjenstanden sjølv. Derimot kan feilvurderingane vare i psykisk helsevern få alvorlege konsekvensar for eit menneske.

Å bli teken imot som eit kasus er audmjukande. Det gjev ingen vørdnad, og ein er fråteken eigedomsretten til sitt eige liv. Det er dette Kierkegaard viser til når han i «Kjærlighetens gjerninger» seier at «sin Neste ser en kun med lukket øye» (Kierkegaard Ibn. 12, 1978, s. 72), altså når ein ikkje lèt seg påverke av om den andre er slik eller slik, men ser den andre som eit medmenneske på lik line med seg sjølv.

I boka si *Sykepleieskolens etikk*, som kom ut i 1930, stiller Elisabeth Hagemann opp viktige vilkår for utviklinga av sjukepleiareleven mot ei moden, omsorgsfull kvinne. Ho skriv også at omsorga er avhengig av menneska i relasjonen. Etikken hos Hagemann er ikkje ein fagdisiplin, men ei livshaldning som ytrar

seg gjennom alt vi tenkjer, seier og gjer (Hagemann, 1930). Ho meiner at omsorg aldri kan bli eit handverk, fordi dei kjærlege gjerningane er eit mål i seg sjølv, i relasjonen til pasienten. Det er eit mål i seg sjølv å vera eit godt menneske. Omsorg er ein viktig del av stellet fordi det har ein lækjande verknad på pasienten. Å møte gode menneske og bli behandla med vørdnad er livgjevande anten ein lir eller ikkje.

SENSITIV OMSORG

Psykologen Karsten Hundeide har arbeidd med og forska på barnesoldatar i Afrika, og på kva som skal til for å få desse psykisk skadeskotne barna og ungdommane attende til normalt liv. Han er oppteken av det han kallar sensitiv omsorg, der mottakaren/pasienten blir ein aktiv medskapar i den omsorga som han/ho tek imot. Det blir dermed ein dynamisk og dialogisk prosess. Heller ikkje for Hundeide kan omsorg «reduserast til statiske oppskrifter for 'kva ein skal gjera når...'» Han seier at «sensitiv omsorg krev difor at sjølve omsorgshandlinga blir justert slik at kvaliteten og meininga blir i samsvar med omsorgsytringa eller omsorgsappellen frå barnet» (Hundeide, 2004). Relasjonen er det vesentlege.

Det er ei objektivisering som trekkjer opp ei usynleg grense mellom «han» og «oss» som omsorgspersonar. Ein treng ikkje sjå eller høyre han/henne. Ein kan oppføre seg som om vedkomande ikkje eksisterer, som om han/ho er luft.

Den sensitive omsorga har utgangspunktet sitt i den primære omsorgssyklusen, altså forholdet mellom mor og barn. Det er ein relasjon som normalt er prega av direkte reaksjonar på ulike livsytringar. Sidan omsorg er ein prosess der dialogen er viktig, oppfattar omsorgspersonen pasienten sin som eit forståeleg vesen. Det viser at terapeuten/omsorgsgjevaren heile tida skal prøve å tolke meining inn i handlingane til pasienten.

Dette var den store oppdaginga til Freud for drygt hundre år sidan. Han forstod at alle handlingar hadde ei meining for den som handla, om enn ikkje alltid like innlysande. Han fann med andre ord at alle menneskelege livsuttrykk hadde ei meining for det mennesket som uttrykte det, medvete eller umedvete. Det viste at symptoma hos eit menneske med psykiske problem hadde ei meining eller ein funksjon. Symptoma vart sedde på som eit symbolsk språk. Det var det å forstå dette språket, meir enn det å forklare menneskeleg åtferd, som vart vesentleg.

I dialogen søkjer vi heile tida etter meiningar eller føremål, ønske og kjensler i dei ytringane vi møter frå den andre, dvs. pasienten, og svarar i tråd med dei tolkingane vi gjer i den samanhengen.

Omsorgsprosessen kan stansast med at vi definerer den andre, pasienten, som uforståeleg eller ikkje tilrekneleg og hans lidingsuttrykk berre som kriterium i eit diagnostisk system. Det er ei objektivisering som trekkjer opp ei usynleg grense mellom «han» og «oss» som omsorgspersonar. Ein treng ikkje sjå eller høyre han/henne. Ein kan oppføre seg som om vedkomande ikkje eksisterer, som om han/ho er luft. Pasienten blir frårøva subjektiviteten sin. Det kan føre til at han/ho blir frårøva retten til å bli forstått og sett på som eit medmenneske med evne til å kjenne, ønskje og tenkje som andre menneske. Ein blir frårøva vørdnaden.

Då kan overgrepet bli det neste som skjer.

STRAFF OG IKKJE-MENNESKE

I boka *Asylet* (2002) framstiller Ingunn Øye, tidlegare klient i det psykiske helsevernet og no sosionom, opplevingane sine som pasient ved Gaustad sjukehus. Det er ei sterk skildring av korleis ho opplevde å bli objektivisert. Eg merka meg at då nestoren i norsk psykiatri, Einar Kringlen, omtala boka i Dag og Tid, tok han systematisk for seg alle artiklane i boka og kommenterte dei etter tur. Han «gløymde» likevel å kommentere artikkelen til Ingunn Øye. For med tanke på temaet vårt, frå omsorg til overgrep, er det kanskje den mest interessante artikkelen, den artikkelen som seier mest om omsorg og overgrep frå innsida. Om ho er representativ for pasientane ved Gaustad, er ikkje interessant i denne samanhengen. Det som er interessant, er om det ho fortel kan gje oss større forståing for kva det er som gjer overgrep mogeleg. For det er ingen som mistenkjer dei tilsette i psykisk helsevern for ikkje å ha gode intensjonar med det dei gjer. Men overgrep skjer, det les vi om i aviser, det ser vi på fjernsyn, og pasientar og pårørande skriv bøker og fortel om det.

Artikkelen til Øye er full av overgrepsskildringar, av straff og trugsmål, men også ei skildring av omsorg. Det siste vart svært verdifullt for henne. Ho opplevde for første gong å bli møtt som eit medmenneske, ikkje berre som eit kasus, ein diagnose.

Øye fortel om redsla og fortvilinga si, og reaksjonane frå dei tilsette på kjensleutbrota hennar i denne samanhengen. Hennar appell om hjelp er ikkje alltid like audmjuk, sosialt gjennomtenkt eller spesielt vennleg, men det kan ein heller ikkje seia om reaksjonane frå dei tilsette, eller konsekvensane av ytringane hennar, slik ho opplevde det. Konsekvensar som dei tilsette hadde makt til å setja i verk. I ein relasjon mellom terapeut/omsorgsperson og pasient/klient har begge alltid eit ansvar for det samspelet som utviklar seg, men dei fleste av oss vil meine at behandlaren har eit særskilt ansvar, eit ansvar han får betalt for å ha.

Øye karakteriserer pleiarane som ikkje-menneske, nærmast som umenneskelege individ som kastar pasientane nakne inn på isolat, eller aukar medisindosen om ho gjev uttrykk for si indre smerte eller fortel om biverknader av medisinane. Det interessante her er kva det fortel om relasjonen mellom pleiaren/behandlaren og pasienten. Ho oppfattar ikkje behandlarane som medmenneske som vil henne vel. Dei straffar, trugar og overser henne. Ho er som luft, som ein ting, og det endar med at det blir viktig for henne å ikkje vise smerta si, den smerta ho vart innlagd for å få hjelp med. På avdelinga gjeld det for henne å ikkje fortelja om korleis ho har det, eller korleis ho opplever livssituasjonen sin. For det kan føre til det ho oppfattar som represaliar frå personalet. Ho har ingen tillit til at personalet er i stand til å møte smerta hennar, og ho får stadig stadfesta at så er tilfelle. Det vesentlege her er korleis pasienten opplever relasjonen til dei tilsette.

«Kvar dag under legevisitten ber eg om å bli skriven ut. Like ofte svarar overlegen at det blir ikkje aktuelt enno. Når då? spør eg ut i lufta. Då har dei alt gått forbi meg.»

Denne kjensla av ikkje å bli sedd eller høyrd, ikkje å bli oppfatta som ein person, eit sjølvstendig individ som det er verdt å samtale med, eller som kan tenkjast å ha meiningsfulle innspel om sin eigen livssituasjon, er gjennomgåande i artikkelen hennar. «Du har ei svært alvorleg personlegdomsforstyrring.» «Det er ikkje rom for motseiingar eller diskusjon.» Diagnostiseringa står i vegen for ein meiningsfull relasjon.

Forholdet mellom pasient og behandlar blir ein relasjon mellom ikkje-menneske. Det er ingen dialog mellom likeverdige, for begge har gjort den andre om til ting. Ho framstiller tilstanden som ein krig om kven som skal definere kva som er best for henne.

Ho opplever seg ikkje godkjend som eit verdig, sjølvstendig menneske som det er verdt å spela på lag med. Øye fortel om ein maktarroganse som får oss til å stanse opp og undre på om det er mogeleg. Vi undrar oss over at denne typen forteljingar ikkje fører til hissige diskusjonar internt i psykisk helsevern, mellom fagfolk og blant politikarar på fjernsyn, slik overgrep i barnevernet blir diskuterte. Det er eit under, men makta er sannsynlegvis meir total i psykiatrien enn i barnevernet. I barnevernet finst det ingen diagnosar som ein kan gøyme vurderingane sine bak. For å seia med Hans Skjervheim: «Den som mest raffinert objektiviserer den andre, er herre» (Skjervheim 1976, s. 58).

Innanfor kollektivtradisjonen er det ei heilt anna tilnærming. Her lever ein med pasientane/elevane, og pleiaren ser først og fremst på seg sjølv som eit medmenneske. Dei tilsette bur på staden og inviterer unge menneske med problem til å leva saman med dei. Eleven blir definert av samfunnet som eit menneske som har vanskar med å takle livet sitt utan rusmiddel, og her har ein ingen tradisjon for tradisjonelle diagnostiske kategoriar.

Eleven blir sedd på som ein lærling i det å leva livet sitt. Livet er eit tema for undring og diskusjon, der eleven og den vaksne omsorgspersonen har ei felles utfordring i å finne gode løysingar for livssituasjonen til eleven. Ein viktig del av terapien er å vera deltakar i livet til andre – med profesjonell nærleik, men utan ein mellomliggjande diagnose. Menneskesynet er ikkje-biologisk. Ein har ein forståingsmodell

der ein meiner at menneskeleg utvikling skjer i samspel med andre, og der biologien speler ei underordna rolle. Difor blir relasjonen det berande elementet i terapien, og diagnosen har difor mindre eller ingen verdi.

Resultata som kollektiva kan vise til, er mykje betre enn det dei psykiske helseverna kan vise til. Tore Andersen skreiv i 2002 ein rapport på oppdrag av det norske Barne- og familiedepartementet, og Statens institutionsstyrelse og CUS i Sverige. Han gjekk gjennom det meste av forskinga som er utført i Norden og internationalt om behandling av unge menneske i institusjonar. Der går det fram at ruskollektiva kan vise til tydeleg betre resultat enn institusjonane innanfor psykisk helsevern. Rapporten syner også at dess meir tiltaka er prega av nære relasjonar, dess betre går det med ungdommane etter at tiltaka er avslutta.

ÆRLEGE RELASJONAR VERKAR

I psykisk helsevern blir det å setja ein diagnose sett på som ei av dei viktigaste oppgåvene for terapeutane. Då har ein funne ut kva som feilar den andre. Diagnosen i seg sjølv kunne vore eit innspel i oppgåva med å klarleggje saka, men blir som oftast brukt (jf. Øye over) til å objektivisere og halde pasienten på avstand, og til å hindre at brukaren blir eit subjekt i sitt eige liv. Relasjonen til pasientane blir ikkje vurdert som vesentleg, det er medikamenta som skal lækje.

Å skapa ein ærleg og profesjonell nær relasjon er ei terapeutisk handling som har ei lækjands kraft i seg sjølv, fordi ærlegdom og nærleik i ein relasjon om ei sams sak skaper likeverd og aksept.

Det veit ein ikkje stemmer. På Schizofrenidagane i Stavanger i 2008 la til dømes Jaaikku Seikkulla fram forsking som viste at dersom ein hjelpte folk med dei alvorlegaste diagnosane ved bruk av pasientens nære relasjonar, var effekten svært god. I Finland og Sverige (Johan Culberg i Stockholm) behandla ein to tredelar av dei psykotiske pasientane utan å bruke psykofarmaka. Fem år etter var 19 prosent av desse pasientane uføretrygda. For pasientar som vart behandla etter tradisjonell psykiatrisk metode med psykofarmaka, var det tilsvarande talet 62 prosent. Det vil seia at med den relasjonsorienterte terapien hadde pasienten tre gonger så stor sjanse for å bli det ein vil kalle frisk og ein vanleg skattebetalar på line med dei fleste andre i samfunnet (Seikkulla 2008).

Alle som har arbeidd med menneske, veit og har erfart at når ein som omsorgsperson engasjerer seg i klienten, endrar relasjonen seg. Når ein som behandlar blir engasjert i den andre, får relasjonen ein verdi i seg sjølv. Pasienten blir ein person ein undrar seg saman med, og der begge gjennom denne undringa kan lære noko om livet og om det å vera menneske. Å skapa ein ærleg og profesjonell nær relasjon er ei terapeutisk handling som har ei lækjande kraft i seg sjølv, fordi ærlegdom og nærleik i ein relasjon om ei sams sak skaper likeverd og aksept. Dette skaper eit likeverdig forhold som gjev ei oppleving av vørdnad for begge.

Menneske blir friskare av å elske og å oppleva seg elska. Den tysk-amerikanske psykologen Erik H. Erikson karakteriserer den grunnleggjande kjensla av å kjenne seg elska som grunnmuren for fortruleg samspel mellom menneske. Denne grunnmuren skildrar også Hundeide i den primære omsorgssyklusen innanfor sona for intimitet, sona for intimitet som vi ser i våre nære relasjonar.

Dei nære relasjonane stadfestar at verda kan vera god, og at eg er verd å bli elska. Opplevinga av å vera verd å elske er ei godkjenning på at ein kan stole på seg sjølv og sine eigne evner i samspelet med omverda. (Erikson 1968).

Det er relasjonane mellom pasient og behandlar som er avgjerande for eit godt resultat i all terapi. Det viser ei omfattande psykoterapiforsking (Norcross 2002). I boka som John C. Norcross er redaktør for, har ein gått gjennom det meste av psykoterapiforskinga som er gjord i USA og resten av verda dei siste 40 åra. Det forskinga viser, er at relasjonen mellom terapeut og pasient er det vesentlege i all psykoterapeutisk behandling. Norcross estimerer verdien av relasjonen til hovudtyngda av det som verkar i psykoterapi. Metoden eller medisineringa står for ca. 15 %.

Dette veit det psykiske helsevesenet, men dei tek ikkje stilling til det. Dei har som strutsen stukke hovudet i sanden og skriv ut antidepressiva.

NATURLEG OMSORG OG PROFESJONELL HJELP

Karsten Hundeide hevdar at den profesjonelle hjelparen sjeldan har eit direkte forhold til klienten sin, slik det er omtalt i den primære omsorgssyklusen og innanfor den intime sona, det vil seia i mor-barn-forholdet og i forholdet til våre nærmaste familien. Å vera profesjonell har tradisjonelt vore nettopp å unngå å få eit slikt nært forhold. Det er noko ein blir frårådd fordi ei for stor vektlegging av eigne kjensler kan forstyrre samtalen. Det kan sjølvsagt ha mykje for seg, men ein kan også tapa mykje med den profesjonelle distanseringa, dersom ho blir for stor. Terapeuten kan då lett oppfattast og oppfatte seg sjølv som byråkrat, ein som ser den andre berre som ein diagnostisk kategori, der kjenslene og lidingsuttrykka til pasienten berre blir ei godkjenning på definisjonane til behandlaren av pasienten. Pasienten får ei kjensle av aldri å nå fram med bodskapen sin, eller å bli forstått på det han/ho prøver å formidle av smerte eller glede. (Jf. Øye over.)

Pasienten har vorte objektivisert til ein ting som ein ikkje har etiske plikter i forhold til. Det er i denne situasjonen overgrepa skjer.

Det var det same som skjedde i barneheimsinstitusjonane som vart granska for nokre år sidan. Det alvorlegaste for barna var at ingen syntest å bry seg om dei som individ. Dei vart vurderte som ein del av ei gruppe, med minimalt av nære personlege relasjonar. Det vart ein katastrofe for barna.

I eit samandrag kan ein seia at den sterke vekta som det psykiske helsevernet har lagt på diagnosar og biologi, fører til ei urovekkjande sterk vektlegging av teknokratiske tiltak, anten det er psykofarmaka eller såkalla evidensbaserte prosedyrar. Mangelen på relasjonar mellom behandlarer og pasientar på grunn av ein gruppebasert diagnostikk fører til at ein stadig oftare ser i aviser og bøker at pasientar og pårørande protesterer mot den behandlinga som dei blir utsette for.

Media presenterer stadig forteljingar som folk flest har vanskeleg for å tru er sanne.

Sanninga er kanskje snarare at desse forteljingane viser konsekvensane av det biologiske diagnostiske synssettet som dominerer psykisk helsevern i dag. Innanfor det psykiske helsevernet er det overraskande lite søkjelys på relasjonar og det ein liker å kalle brukarmedverknad. Som ei kvinn sa på tv: «Tenk om noen hadde spurt meg om korleis eg hadde det.» Det var tydeleg utenkjeleg for dei tilsette. Dei visste jo diagnosen, og då var alt anna uinteressant, også korleis pasienten hadde det.

Den grunnleggjande intensjonen med menneskerettane – om retten for alle menneske til å bli tekne imot som individ med respekt for autoriteten til kvar enkelt – synest ikkje å gjelde i psykisk helsevern. Som pasient har ein fått redusert retten sin til å meine noko om kva som er best for ein sjølv. Altfor mange opplever seg ikkje sett som individ, men berre som medlemer av ei (diagnose)gruppe, diagnostiserte og «umyndiggjorde» som menneske. Det er dei totalitære haldningane i dette som er problemet. Ein reknar med at pasientane skal akseptere desse haldningane frå dei tilsette, og dei fleste pasientane vågar ikkje å protestere. Dei tilsette meiner at den medikamentelle behandlinga skal skapa den nødvendige endringa. Relasjonen til terapeuten blir sett på som uvesentleg, trass i at omfattande forsking gjennom 40 år viser at det er relasjonen mellom behandlar og pasient som er det avgjerande når ein skal lækje psykiske lidingar.

LITTERATUR

Bauman, Zygmunt: *Postmodern etikk.* Göteborg: Daidalos 1996.

Erikson, Erik Homburger: *Barnet och samhället.* Stockholm: Natur och Kultur 1975.

Hundeide, Karsten: «Omsorg og overgrep i og utenfor sonen for intimitet». I: Nafstad, Hilde Eileen (red.): *Det omsorgsfulle mennesket.* Gyldendal 2004.

Kierkegaard, Søren: *Samlede Værker*, bind 12, *Kjerlighedens gjerninger*, 1848. Gyldendal 1978.

Norcross, John C.: *Psychotherapy and Relationchip that Works.* Oxford 2002.

Skjervheim, Hans: *Deltakar og tilskodar og andre essays.* Tanum Norli 1976.

Steen, Torvald (red.): *Asylet. Gaustad sykehus 150 år.* Aschehoug 2005.

Thue, Gro Hillestad: *Overgrep. Søkelys på psykiatrien.* Abstrakt forlag 2008.

Wolf, Jacob: *Etikken og universet.* Anis 1997.

Wifstad, Åge: *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri.* Oslo: Tano Aschehoug 1997.

Seikkulla, J.: *Åpen dialog øker familiens ressurser i psykotiske kriser.* Føredrag 7.11.2008 på Schizofrenidagene 2008.