

Nærmere dialogen?

Ragnfrid Kogstad

Eystein Victor Våpenstads svar til oss i januarnummeret av Tidsskriftet har en annen tone enn kronikken i Aftenposten 8. november i fjor. Noe av polemikken er borte, og det er flere nyanser i argumentasjonen. Dette er tillitsvekkende. Men han svarer ikke på våre utfordringer om å reflektere rundt konsekvensene av å operere med diagnoser som uttrykk for kroniske tilstander, betydningen av å formidle håp, og det manglende vitenskapelige belegget for dagens dominerende myte om manglende selvinnsikt hos personer diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse. Aftenpostens kronikk 8. november i fjor angikk disse temaene.

Når det gjelder en diskusjon rundt hva som er til brukernes eller pasientenes beste, hva det vil si å hjelpe andre til å ta i bruk sine egne selvhelbredende krefter, og hvordan brukervedvirkning best kan ivaretas, er det lett å ende opp med å fortelle hverandre selvfølgeligheter, som at vi «må heller ikke glemme at brukerne også er en heterogen gruppe med heterogene behov». Eventuelt beveger vi oss på et presisjonsnivå der alle kan være enige, som for eksempel i utsagnet om at det er behandleren som må beholde sluttansvaret for den psykiske helsetjenesten, eller det om at en terapirelasjon er en relasjon der begge ikke har like mye makt, og at slik må det være. På et slikt abstraksjonsnivå er det vanskelig å få tak i hva de ulike posisjonene handler om. Samtidig passer disse utsagnene for en idealtilstand: En virkelighet der terapeuten alltid er veloverveid, innsiktsfull og har god dømmekraft, og hvor vi har vitenskapelig og tverrfaglig konsensus om hva slags hjelp som er den beste.

Men slik er ikke virkeligheten. Ser vi på pasienthistoriene i det psykiske helsevernet, er tragediene like mange som solskinnshistoriene. Livslang kronifisering og stadige retraumatiseringer er resultatene for mange etter møtet med dette hjelpeapparatet. Andre, med samme utgangspunkt, kan ha møtt andre mennesker, andre faglige forståelser, andre terapeutiske tilnærminger og kommet styrket gjennom krisen. Det er på denne bakgrunnen vi problematiserer maktforhold, hevder at brukerstemmen må bli hørt på alle nivåer, og ser at brukervedvirkning er en vei til kvalitetssikring og endring av det psykiske helsevernet.

Heldigvis har vi mange gode eksempler på at en slik tilnærming gir resultater. Terapeuter som tar i bruk pasientens egen teori om hva som vil skape endring, stoler på pasientens selvhelbredende krefter og gjør pasienten til helten i helbredelseshistoriene, kan også vise til sensasjonelle resultater.

På den annen side har vi ingen holdbar forskning som viser at tvang på noen måte gir behandlingsgevinster. Ved fare for eget og andres liv er makt, eller nødrett, selvsagt berettiget, men man bør ikke blande kortene og hevde at tvangen førte til bedring. Tvang er krenkende. Den kan føre til underkastelse og aksept av behandlingsregimet, men den bidrar ikke til å fange opp den lille livsgnist som trengs for å gjenvinne selvtillit, kraft og livsmot.