

Gaustad sykehus - gjennom en ansatts øyne

TEKST

Halvor Nordeng

PUBLISERT 1. februar 2005

PSY
KOL
OGI



Kunstterapi er et behandlingsopplegg på Gaustad sykehus for mennesker med spiseforstyrrelser. Gjennom maling, tegning og kunstnerisk uttrykk skal anoreksi, bulemi og overspising/tvangsspising behandles. Ung kvinne maler bilde som symboliserer byggeklosser i et nytt liv.

Foto: Scanpix 2001.

For en som har opplevd Gaustad som student og ansatt gjennom mange år, er Gunvald Hermundstads to artikler i januarnummeret av Tidsskriftet, om asyl og dets grunnlegger Herman Wedel Major, meget interessant lesning. Ideene bak Gaustad asyl viser hvordan synet på sinnslidelsene og behandling er knyttet til kultur, økonomi og sosiale betingelser i et samfunn på et gitt tidspunkt. Major var preget av opplysningstidens filosofer, som mente at mennesket var godt og hadde utviklingsmuligheter bare betingelsene ble lagt til rette. Overtro og uvitenhet skulle erstattes med fornuft. Dette førte til anstrengelser for å hjelpe og utvikle mennesker med psykiske lidelser og funksjonshemninger som døvhet. Den første offentlige døveskole ble grunnlagt i Paris like etter den franske revolusjonen.

Da Gaustad sto ferdig i 1855, var plassering og utforming preget også av romantikkens ideer. Asylet måtte ligge utenfor den urolige byens destruktive påvirkning. Det landlige Gaustad-området var rolig og vakkert med lys og luft, og en vakker park ble plantet. Trærne går vi under den dag i dag. Landlivets stillhet skulle roe ned den sinnssykes opphissete nervesystem. Ro og stillhet har siden vært en viktig ingrediens i behandlingen av mennesker med psykose. Man mente at noe av den sinnssykes plager kunne være forårsaket av overdrivelser og eksesser. For mye onani, for mye dans, for mye urolig aktivitet kunne virke negativt på sinnets balanse. Såkalt moralsk behandling var den beste medisin, og den ligner mye på det vi i dag ville kalle miljøterapi, sosial læring og ADL.

En annen moderne side med Majors tenkning var synet på familiekonflikter som sykdomsoppretholdende. Ved å løfte den syke ut av familien, kunne den syke unngå familiens vrede og opphisselse. Symptomene skapte negative reaksjoner i nettverket. I systemisk tenkning, Expressed Emotion-tenkningen og psykoedukasjon ser en også en sammenheng mellom nettverk og symptom om enn på en annen måte, der man forsøker å hjelpe uten å fjerne personen i pasient-rollen fra sitt nettverk.

En annen idé som har holdt seg er det å bruke pasientgruppen som en positiv påvirkningskultur og sosial læringsarena for nye pasienter. Viderekomne pasienter skulle fungere som rollemodeller. Dette er ideer som vi ser i bruk fortsatt i dagavdelinger, i terapeutiske miljøer for rusmisbrukere og den populære ideen om likemannsarbeid ved funksjonshemming og kronisk sykdom.

Ivaretakelse eller utstøtning

De psykiatriske sykehusenes funksjon og plassering kan sees på fra flere vink-ler. Ett perspektiv er å betrakte denne oppbyggingen som den beste muligheten å ta vare på lidende mennesker på, mennesker som ellers ville kunne forkomme i mangel på annet tilbud. Et annet perspektiv er å se det hele som en sosial utstøtelsesprosess fra fellesskapet. Et begrepsmessig skille ble skapt mellom oss friske og de syke. Skam og plage kunne reduseres ved å forvise den syke bort til et fjernere sted. Det lokalbaserte psykiske helsevern kan oppfattes som et forsøk på å bevare pasientens plass i det sosiale systemet. Plassen blir trangere eller helt borte hvis pasienten flyttes ut. Men her på huset finnes fortsatt noen som mener at de sykeste trenger beskyttelse fra en hard verden i et asyl.

Romantikken betraktet følelser som fundamentale funksjoner hos mennesket. En bygning skulle også fremkalle en bestemt følelse. Tenk på Carl Larsons Sundborn med sitt lyse, fargerike (og idylliserende?) interiør. Arkitekt Schirmer som tegnet Gaustad var nok også bevisst det følelsesmessige inntrykk. Folk som besøker oss kommenterer ofte spontant arkitekturen. Det er to ulike hovedreaksjoner. Noen sier at husene virker skumle, alvorlige og triste. Andre sier tvert i mot at bygningene er imponerende, vakre og solide. Schirmers kombinasjon av trekk fra ulike stiltyper kan nok skape forskjellige følelser hos mennesker med ulik personlighet og holdning.

Jeg husker min egen reaksjon fra studietiden. Bygningskomplekset virket stort, men fremsto som strengt ordnet og logisk navnet. Nederst lå AK, altså den første siden på kvinnesiden. Så kom BK hvor jeg siden kom til å jobbe i mange år. Disse navnene ble beholdt inntil for noen år siden da bygningene fikk nummernavn. Sykehuset har også endret navn ved at det i dag er en del av Klinikk for psykisk helse, som igjen er en del av Aker universitetssykehus HF. Navn og dermed identitet har endret seg.

Hermundstad peker på at sykehuset til dels var klassesdelt. De dannede bodde i AM og AK. Vi som i dag jobber i disse to bygningene kan fortsatt nyte godt av store lyse stuer med peis og utsikt til en vanstelt hage og fjorden. Bakover i anlegget lå avdelinger for voldsomme, rasende og urenlige pasienter. Bygningsstrukturen var et hierarki hvor man kunne bevege seg fram og tilbake alt etter grad av akseptabel atferd, og oppnå goder og privilegier. Denne hierarkiske tankegangen er også andre steder, for eksempel i rus og kriminalomsorg.

Major var både taktiker og strateg og en entusiastisk talsmann for de sykes sak, egenskaper som fortsatt driver utviklingen i helse-Norge. Han var sikkert genuint optimistisk, men tenkte vel også at det var viktig å påpeke nytten av de store investeringer som Gaustad må ha betydd i fattig-Norge. Flertallet av pasientene skulle helbredes i løpet av måneder. Hans etterkommere ble tvunget til en helt annen nøkternhet. Behandlingsoptimisme måtte vike for behandlingspessimisme. Disse svingningene er gått igjen i psykisk helsevern. Vi ser også i dag hvordan nye behandlingsfilosofier markedsføres som lovende. Er disse bølgene og nyhetene av optimisme nødvendig for å holde moralen oppe hos personalet? Er det ent middel for å få støtte til nye tiltak, skaffe seg oppmerksomhet eller fremstå som aktive ledere?

Analysen av gamle journaler viser at beskrivelse av symptomer og atferd, diagnostikk og kategorisering ble satt i sentrum for oppmerksomheten. Pasientenes egne opplevelser, forventninger og tenkning så ut til å bety mindre. Jeg tror vi er blitt litt flinkere til å vektlegge disse psykologiske faktorene i dag. Etter den kognitive revolusjon legger en vekt på pasientens forventning, årsaksattribusjon og tankeinnhold. Disse psykologiske faktorene oppfattes som å ha viktig prognostisk og terapeutisk verdi.

Skadelige innleggelse

Hermundstad skriver at behandlernes overoptimisme og sykehusenes prestisje kan ha ført til unødvendige eller skadelige innleggelse. Vi kan ha lært noe av det ved at vi i dag forsøker å løse vanskene der hvor pasienten er i sitt lokale miljø. En får mest mulig være i sin sosiale rolle i skole, arbeid og familie. Den polikliniske behandlingen forstyrrer minst mulig pasienten i sin sosiale rolle.

Å bli innlagt i sykehus over lengre tid kan gjøre at nisjen lukkes og det blir vanskelig å komme tilbake. Å lære å bo på sykehus er jo også en sosialiseringprosess. Man avlærer i noen grad tidligere ferdigheter og lærer seg nye. Det legges derfor stadig større vekt på at nødvendig opphold her ikke skal bli for lange og at ingen skal ha sykehuset som bolig.

Vi er sikkert fortsatt i stor grad påvirket av tidsånd, økonomi og sosiale forhold. Men kritiske historiske gjennomganger gir oss mulighet for å diskutere fordeler og ulemper ved tidligere tiders tilbud og forsøke å bruke resultatene til å skape et mer menneskevennlig og effektivt psykisk helsevern.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 2, 2005, side 130-131

TEKST

Halvor Nordeng