

# Innenfraperspektivet mangler

Det er lite interesse for indre tilstander og psykologiske prosesser ved psykiatriske institusjoner, skriver Åsne Tveito, som selv har erfart hvordan det er å være pasient i dagens psykisk helsevern.

TEKST

Åsne Tveito

PUBLISERT 3. mai 2017

---

## PSYKISK HELSEVERN

JEG HAR LENGE fulgt med i debatten om forskning på schizofreni, psykoser og depressive/maniske lidelser. Det er en gjennomgående utvikling at disse lidelsene blir forsøkt kurert med psykofarmaka, og at storparten av forskningsprosjektene er biologisk orientert.

Psykiater Paul Møller skriver i Aftenposten 27. januar i år at «psykens og psykosens viktigste ytring, selve opplevelsen, forskes det nesten ikke på». Forskingen på schizofreni og psykose er i dyp krise, hevder Møller. Det er mest attraktivt for forskere med hjernen som kan måles, veies og avbildes eksakt og detaljert. Psyken, derimot, er subjektiv, flytende og abstrakt, og derfor langt mer krevende å forske på, hevder Møller.

Møller omtaler psykoser og schizofreni, men det samme gjelder etter min oppfatning også depresjon, angst og mani. Spesielt innenfor de psykiatriske institusjonene har jeg inntrykk av at det mangler forsøk på individuell dybdeforståelse. Det vitenskapelige innenfraperspektivet må fram i lyset igjen og bli hovedfokus både for forskning og behandling.

Mine egne erfaringer som privatpraktiserende psykolog samsvarer langt på vei med disse beskrivelsene. Imidlertid kommer de sterkeste opplevelsene fra mine egne erfaringer som alvorlig deprimert med innleggelse på psykiatrisk institusjon for kort tid siden. En side ved dette er at psykiske lidelser fortsatt er stigmatisert, og jeg har av den grunn vært i tvil om å stå fram og formidle disse erfaringene. Det er også mye fordommer og uvitenhet som preger dette feltet. Men jeg vil gjerne få fram at psykiske lidelser bør omtales på linje med fysiske, og at alle kan rammes av en psykisk lidelse.

Jeg har omfattende erfaring med egenerapi, men ble likevel i en periode nylig mer og mer alvorlig deprimert.

Innleggelsen innebar behandling med ECT, mye bruk av psykofarmaka og «miljøterapi». Behandlingen innebar ikke samtaler om min indre tilstand og psykologiske prosesser, men handlet om enkle ytre gjøremål: spise, gå småturer, høytlesning fra avis, spille spill, se tv, etc. Det var absolutt ingen tilbud om jevnlig psykologsamtaler eller forsøk på «dypdykk» i de psykologiske prosessene jeg gjennomgikk. Behandlingen virket teknisk. Pasienter ble trillet inn og ut til ECT-behandling som om de var deler på en maskin som skulle repareres. Jeg følte behov for å protestere på noe av dette, men tenkte at det kunne være farlig, og at jeg kunne miste noen av de fysiske behandlingsmulighetene.

Et annet spørsmål er hva slags bivirkninger eller skadevirkninger denne typen behandling kan gi på lengre sikt. Kan for eksempel terskelen for tilbakefall bli lavere? Kan man bli avhengig av ECT-vedlikeholdsbehandling livet ut? Her er det mange ubesvarte spørsmål og relativt lite forskning. Mitt inntrykk er at ECT-behandling blir brukt i stadig økende grad på norske sykehus.

Jeg bygger på mitt eget møte med psykisk helsevern, og vet ikke om mine opplevelser er representative, men velger å formidle dette i håp om å skape en større og åpnere debatt om dette vanskelige temaet: psykologisk behandling sett opp mot behandling med psykofarmaka og ECT. Vi psykologer må engasjere oss mer i denne problemstillingen, ellers tar biokjemien over hele feltet.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 5, 2017, side 486*

**TEKST**

**Åsne Tveito**, privatpraktiserende psykolog