Tanker om retspsykiatri

Tekster for trodsige og raske patienter

af **Glenn Hansson,** *ateist*

Glenn Borgen Hansson

Tanker om retspsykiatri

Tekster for trodsige og raske patienter

Kahrius

Tanker om retspsykiatri
1. udgave, 1. oplag

Copyright © 2015 Glenn Borgen Hansson
Udgivet af kahrius.dk Forlagsaktieselskab

ISBN 978-87-7153-096-4

Bogen er sat med Times New Roman og Verdana

Printed in Denmark 2015

Forord

Hvis du som ny patient tror at dit ophold i retspsykiatrien nok skal gå godt, så har du allerede tabt det første slag om din egen sjæl og overlevelse. Da mængden af tvang der vil blive gennemført imod patienten vil afhænge af hvor meget patienten ved om retspsykiatri, så kan det kun være en fordel hvis du som patient læser denne bog. Mængden af tvang vil nok aldrig gå ned fordi personalet bruger mindre tvang, men fordi patienten bliver bedre til at forsvare sig imod tvangen. Hvis du virkelig gerne vil lære at forstå retspsykiatri, så kommer du nok til at læse denne bog mere end een gang, da det er et meget kompliceret emne. Det er dog et emne som er til at forstå, men det vil kræve noget af læseren at komme til at forstå det. Når du har læst denne bog, skulle du gerne føle en form for genkendelse når du som patient oplever noget i din afdeling. Bogen skulle gerne give dig en følelse af forudsigelighed i din daglige gang i afdelingen. Denne forudsigelighed vil give dig ro, så du får mere overskud til at tage kampen op imod overlægens og personalets ejendommelige idéer om hvordan du skal behandles eller laves om. For mig personligt er det lige som at spille skak. Det handler om hele tiden at kunne forudse overlægens næste træk og vide hvordan man som patient skal forholde sig til overlægens træk allerede inden han foretager trækket. Det giver også en følelse af magt. Man skal huske på at overlæger og personale gør alt hvad de kan for at holde retspsykiatrien hemmelig. Hvis man spørger personaler i retspsykiatrien om hvorfor den er så hemmelig som den er, så får man ofte det svar, at det er for at beskytte patienterne. Det har bare en meget uheldig bivirkning, nemlig at retspsykiatrien ikke er til at forstå for almindelige mennesker, for de har jo ikke nogen viden om retspsykiatrien, så de kan danne sig en sund og fri mening. Retspsykiatrien i Danmark er efter min mening alt for hemmelig, og det er mit mål med disse tekster, at give et indblik i hvad det er man går og prøver på at holde hemmeligt. Al information om psykiatri skal læses med en kritisk sans, og du bør derfor også læse denne bog med en kritisk sans. Jeg er ikke bange for kritik, for uanset hvordan man vender og drejer det, så vil du som læser blive klogere af det jeg skriver, ikke nødvendigvis fordi at du tror at det jeg skriver er sandt, men du har jo også muligheden for at tage afstand til det jeg skriver. Det handler om at finde ud af hvad psykiatrien er og hvad den ikke er. Jeg håber at du vil være med til at sprede viden om retspsykiatrien til andre borgere, patienter og pårørende. Visse emner kommer jeg ind på mere end en gang, men fra forskellige vinkler for at få det hele med. Jeg opfordrer hermed læseren til at undersøge det jeg fortæller om i denne

bog. En særlig tak til alle de ansatte i den danske retspsykiatri, som har behandlet mig dårligt. Uden disse mennesker var jeg aldrig blevet sur nok til at skrive denne bog.

Nykøbing Sjælland, juni 2015

Glenn Borgen Hansson, ateist

Indholdsfortegnelse

Tekster jeg synes er vigtige at læse og forstå, er fremhævet med fed skrift

5 år i helvede 15
Abilify (Aripiprazola) 16
Abnorm tænkning 17
Adfærds-fortolkning 18
Adfærds-vejledning....20
Af børn skal man høre sandheden....21
Afdelings-stress....21
AMPS-test....21
Angsten skal have et sted at bo 24
Aparte adfærd....25
At falde i staver 26
At gå ned på værelset 27
At gøre noget godt!.... 29
At hilse 29
At høre mellem linjerne 30
At kede sig 31
At sidde i et hjørne 32
At tale med sig selv! 33
At vende en tanke på hovedet 35
At være i nuet....35
At være normal eller at spille normal 36
Bag åbne døre... 37
Barnum-effekt 39
Baselinien....40
Behandling - hvem bliver først rask....42
Behandling - samtaleforbud....42
Behandling af samvittighed 43
Behandling uden behandling....44
Behandlings-idioti....44
Behandlingsansvar 45
Behandlingsophør 45
Behandlingsvarighed....47
Behandlingsvarighed og kvalitet....49
Besøg af vagtlægen 49
Bevidstheds-medicin....51

Bio-feedback! 52
Bivirkninger - opdeling 53
Bizar 54
Blue-printing 56
Bløde ting med tøj på? 57
BVC evaluering af patienten 58
Bøjning af virkeligheden 58
Catch-22 i retspsykiatrien 59
Chimpanser i psykiatrien! 61
CYP-test 63
DSM-5 64
David Rosenhan og hans forsøg: ”being sane in insane places”. 67
De spiser patienternes mad 68
Deeskalering 69
Del og hersk 71
Den bedre løsning 73
Den Frie Vilje - Psykiatriloven 74
Den gode gerning! 76
Den gyldne regel (the golden rule) 76
Den skjulte angst 76
Den store konspiration 78
Der er intet du kan gøre 79
Det er din egen skyld 79
Det handikappede verdensbillede 80
Det ikke-selvopfyldende profeti kontra straffelovens §68 81
Det kan vente 81
Det selv-opfyldende profeti 82
Det store billede 83
Det store stempel 84
Det umuliges kunst 84
Detaljer - Nej tak! 84
Diagnose-kriterier 85
Diagnose-undvigelse 87
Diagnostisering - Diagnosegaranti 87
Diagnostisering - Mennesker i et bur! 90
Diagnostisering - Nye forklaringer 91
Diagnostisering - psykosens grænser 93
Diagnostisering i retspsykiatrien 94
Diagnostiserings-metoder i psykiatrien 96
Dialog 98

Dissimulering (1. del) 99
Dissimulering - (2. del) 101
Distance mellem psykiater og patient 102
Dokumentation 103
Du bliver slået ihjel 104
Du er for tyk 104
Du lider 105
Du skal til møde 106
Dumhedstilstanden 106
Mig 107
Dumme Patienter 108
Efter besøget 109
Empati - At hjælpe andre 109
En prop i hullet 111
En start uden slutning 113
En strategi for nedbrydning af retspsykiatriens tankegang (fantasier): 114
En tur i det fri 115
Fejl: Type 1 og Type 2 116
Fejl i psykiatrien - 1 del 117
Flagrende blik 117
Florence Nightingale 119
Flugtøkonomi 120
For sent til mødet 120
Forandringens vej - Den evige forandring af normalen 121
Forandringens vej - Jeg er ny-normal 122
Forandringens vej - Jeg er ny-normal på flere områder 123
Forandringens vej - Normal 123
Forandringens vej - Normale mennesker er dobbelt-moralske 124
Forandringens vej - Normale menneskers tanker om de unormale 124
Forandringens vej - Normalen er ikke det bedste 126
Forandringens vej - Normales forsvar af det normale 126
Forandringens vej - Normalens kamp imod det unormale 127
Forandringens vej - Normalisering? 127
Foreningen for bedre retspsykiatri 128
Foreningsliv! 131
Forkert medicin 132
Formålet med retspsykiatri 133
Formålsløs adfærd 133
Forpint 135
Fortolkningsproblemer i retspsykiatrien 136

Forudsigelighed....136
Forventnings-piller....137
Frem og tilbage er lige langt....139
Frihedsberøvelse....139
Frihedsberøvelsens effekt....140
Fundamental attribution error....141
Fællessang i retspsykiatrien? - NEJ TAK!....142
Følelsen af ro....143
Følelser og/eller fornuft....144
Genoptagelse af dom....145
Gevinst ved adfærd....146
Glenn Hansson....147
Gode mennesker kan gøre onde ting....147
Gruppeterapi i retspsykiatrien....149
Gælder ikke de tykke....150
Hallucinationer....150
Hastigheds-bestemmelse....153
HCR-20 Farlighedsvurdering af patient....154
Helbred personalet....155
Hemmelig behandling....156
Hemmelig Retspsykiatri....158
Henvisning til tradition....159
Her er ingen fejl - køleskabet....159
Her er ingen fejl - natmusik....160
Her er ingen fejl - post....161
Hilser du på overlægen?....161
Hjernefunktioner: Mønster-genkending....162
Hjernevask!....163
Hjertestop....166
Hovedpine....166
Hurrraaaa - medicinen virker....166
Hurtigt væk....169
Husk at dække bord....170
Hvad andre tænker....171
Hvad er størst....173
Hvad har du på?....174
Hvad koster jeg?....174
Hvad skal du lave i dag?....176
Hvad skal patienten tro....177
Hvem er hurtigst....177

Hvis' medicin? 179
Hvor blev de psykisk lidende af? 179
Hvor hurtigt reagerer du? 181
Hvor længe er retspsykiatriske patienter syge? 182
Hvor skal kampen stå? 183
Hypotesen om den retfærdige verden - 1 del 185
Hævn eller hva'? 187
Høflige patienter 188
Ikke modtagelig for behandling 190
Illusionen om den forkerte medicin 190
Illusionen om lethed 192
Illusionen om overblik 193
Indicier 193
Institutionalisering (1. del) 196
Intelligens 200
Intelligens kontra alder 200
Intelligens og psykisk lidelse 201
Intet samarbejde 202
Irrationalitet - 1. del 202
Irrationalitet - 2. del 205
Isolering af mennesker 208
Jeg er ikke skizofren 209
Jeg er øksemorder 211
Jeg hader dig - jeg har brug for dig 212
Jeg kommer aldrig ud 216
Jeg sukker ikke 217
Jeg vil ikke være syg 217
Jeg vil ud 218
Jeg vil være med 219
Journal-bemærkninger 219
Journaler - når personalet fejler 229
Kampen om virkeligheden - 1. del 231
Kampen om virkeligheden - 2. del 232
Kampen om virkeligheden - 3. del 233
Kan du lide musik? - 1 del 235
Kan du lide musik? - 2 del 236
Kan man stole på patienter? - 1. del 236
Kausalitet 237
Kedsomhed er en sygdom 243
Kemisk ubalance i hjernen 244

Klagevejledning 245
Klarsyn 247
Kognitiv belastning 249
Kom ind! 251
Kom ud af tvangsmedicineringen 251
Kommunikation med sig selv 252
Kompliance i retspsykiatrien 255
Koncentration om egne tanker 255
Konference-regel 257
Konkret tænkning 257
Kontra-faktuel tænkning 261
Kontra-intuitiv viden 271
Kontrol-kursus for patienter 272
Kriminalitet og psykisk lidelse 273
Kriminalitets-forebyggelse 276
Kun den ene vej.... 277
Kunsten at tale (skrive) til hinanden 278
Kværulant-forrykthed (paranoia querulatoria) 278
Kørekort 280
Langtidsmedicinering? 280
Lidt at tænke over 282
Lidt historie om hygiejne 282
Logik - evner og opgaver 283
Lugtfri petroleum 286
Luk døren 286
Lys og psyke 288
Lyt ved dørene! 290
Læs dig ud af medicinen 291
Magt og ikke-magt 291
MAGT OVER ANDRE 292
Mangelfuldt notat 295
Manglende symptomer 296
Medicin - kritik eller ej 296
Medicin - Pludselig død 298
Medicin kontra terapi/samtale 299
Medicin mod hørelsen 300
Medicin på Amerikansk 301
Medicinsk adfærdsændring 302
Medicinsk behandling af medicin-skræk 303
Mediemanipulation 304

Mentalundersøgelsen 305
Mere medicin til de uoplyste 312
Min verden 313
Min egen indlæggelse 315
Mine 4 krav til min overlæge 315
Minimally counterintuitive worlds 316
Mit ene øre 320
Morgenmødet 321
Motion er sundt 321
Motion er sygeligt 323
Mønstergenkending 324
Må, må ikke 326
Negative symptomer og selvskade 327
Neologisme 328
'Normal' er ikke noget vi lægger mærke til 329
Normale mordere! 329
Nye personaler 330
Når behandleren vælger 331
Når magten tager overhånd 334
Objektivitet 335
Objektivt psykisk 336
Off-label brug af medicin - Samarbejdspiller 337
Opmærksomhed 338
Opretholdelse af illusionen 339
Overlægefejl - 1 del 341
Overlæger 341
Overlæger og Bivirkninger 342
Overlægetitlen 343
Oversigt over Regionernes dokumentportaler 343
Pas på hvad du spiser 344
Patienten anvender egen (privat) logik 344
Patienten er muligvis autist 346
Patienten er observerende 347
Patienten har ikke brug for mig (snøft!) 348
Patienten har indsigt 348
Patienten magter det ikke 350
Patienten og miljøet (omgivelserne) 351
Patienten snakker med sig selv 353
Patienten tænker sort/hvidt 354
Patientens værelse er kun lettere rodet 354

Patienter ud af bagdøren 355
Patienterne får forskellige ting at vide 357
Patienternes gensidige udvikling 358
Patienters sociale adfærd på en lukket retspsykiatrisk afdeling - 1. del .360
Patienters sociale adfærd på en lukket retspsykiatrisk afdeling - 2. del .362
Patienters udtalelser er ikke noget værd 364
Personale-alarmer 364
Personalets dødelighed.....365
Personalets illusion om egen styrke 366
Personaleudtalelse - Freudian slip 367
Personaleudtalelse - Nærigrøv! 367
Personalevilkår.....367
Pillens effekt 1 del.....368
Placebo-snak? 369
Plejeplan.....370
Pludselig tyk syndromet.....373
Privat 375
Privat logik.....377
Propper i ørerne.....380
Pseudofilosoferen 381
Psykiateren 382
Psykiatrien dør indefra 383
Psykiatriens to forskellige modeller 384
Psykisk sygdom 395
Psykose! Hvad er det? - 1. del 400
Punktlighed, før og nu.....401
Pænt farvel 401
Rationalisering 402
Religions-behandling 402
Retsinformation.dk.....403
Retspsykiatrisk sygeliggørelse 404
Retspsykiatrisk Økonomi 405
Retspsykiatriske afdelinger i Danmark - generelt.....408
Retspsykiatriske afdelinger i Danmark 408
Rollemodeller.....412
Royale Patienter 412
Sammenhold i afdelingen 413
Samtale med en overlæge 414
Samtale-planlægning.....416
Selv guder har grænser.....416

Selvtillid kontra vrangforestilling 417
Shampoo og bivirkninger 419
Sjov 420
Skal vi danse sammen 420
Skrub i seng 421
Smil til fotografen 421
Små og store ting 421
Sovemedicin fjernede søvnen 422
Spil-teori i retspsykiatrien 423
Stabilitet 426
Standard-patienten 427
Stockholm-syndrom 1 del 428
Storhedsvanvid 430
Straf af person som er uegnet til straf 431
Straf eller medicin 432
Straffeattesten 434
Styringsoplevelser 435
Stå fast 436
Støj er magt - Sko 436
Støj og stress 437
Suggestion 438
Sund fornuft (common sense) 440
Sund kost 440
Svage patienter 441
Svarer du på spørgsmål? 442
Syge og raske 443
Sygelig detaljeflugt 444
Sygelig konkrethed 449
Symptomer der understøtter diagnosen 451
Symptomer og tegn på psykisk lidelse 452
Symptomfattig lidelse 454
Sørøverhistorier 455
Søvnforstyrrelser 455
Tankelæsende patienter 456
Tanker af privat karakter 457
Test af medicin 458
The concorde fallacy 459
Thi kendes for ret... 460
Tid er helbredende 461
Til sidste mand 462

Tilpasningsevne er en psykisk lidelse 462
Tiltrækning af hinanden 463
Tomme øjne 465
Tradition kontra empirisk viden 466
Tvang - er behandlingen tvang? 467
Tvang eller ej 468
Tvang på afdelingen 469
Tøj i den retspsykiatriske afdeling 469
Udenlandsk viden om skizofreni 470
Udgangscirkulæret 472
Udtrykte tanker og følelser 473
Undgå lateral-tænkning under indlæggelse 474
Undgå personalekontakt 475
Usammenhængende tale 475
Utilfreds eller utilfreds 476
Vagter i retspsykiatrien 478
Velkommen til Slagelse 478
Velkommen til virkeligheden 480
Ventetid er ikke til at vente i - 1 del 480
Vi bestemmer - 1. del 481
Vi måler lige dit blodtryk! 482
Viden 483
Viden er magt 483
Vig fra mig 485
Virkeligheden er farlig 485
Voldelighed og medicin 486
Vrangforestilling (delusion) - 1 del 486
Vrangforestillingens kontinuum 488
Vurdering af en ny personale 489
Øh! udskrivning? 490
Øjenkontakt (Mødet mellem patient og overlæge) 491
Øjenkontakt (Mødet mellem personale og patient) - 2. del 492
Åbne retspsykiatriske afdelinger - NEJ TAK! 493
Årsag og virkning 496

5 år i helvede

Somatikken

Når man bygger almindelige somatiske sygehuse, som har til formål at behandle folk med fx brok, tarmlidelser, brækkede ben osv, så har man den holdning, at sygehusene ikke skal være for behageligt indrettede. Grunden til denne holdning er simpel. Det skal ikke være behageligt at være indlagt. Grunden til at det ikke skal være behagelig er, at patienten ikke skal have lyst til at blive indlagt igen. Grunden til at man har denne holdning, er for at forhindre at patienter spiller syge og efterfølgende bliver indlagt, blot fordi de føler sig ensomme og derfor har brug for kontakt. Det er jo spild af penge at have en patient indlagt til omkring 2.500 kroner pr dag, blot fordi patienten keder sig, eller har brug for opmærksomhed. Strategien har en vis effekt, jeg ved dog ikke hvor stor effekten er. Grunden til at der er en effekt, er fordi, at patienten jo er fri til at forlade hospitalet når patienten har lyst, og jo før patienten har lyst til at komme hjem, jo bedre.

Retspsykiatrien

Man har til min store overraskelse den holdning, at denne grundtanke nu også skal indføres i retspsykiatrien. Jeg har endnu ikke været i det nye psykiatri-hospital i Slagelse, så jeg ved ikke hvordan det føles at være det, men jeg frygter da det værste. Man vil altså indrette hospitalet på en sådan måde, at det kan opfylde sin funktion som hospital, men samtidig skal det heller ikke være alt for behageligt at være indlagt. Igen er holdningen den, at det er for at give patienterne en lyst til at ville udskrives og komme hjem. MEN! Det giver et meget stort problem, og det vil ikke medføre hurtigere udskrivninger af patienterne. På de normale sygehuse er patienterne jo indlagt frivilligt, og patienterne kan forlade hospitalet, når de har lyst. Denne frihed har retspsykiatriske patienter jo ikke. Lad os antage at strategien virker og patienterne for lyst til at komme hjem, fordi det ikke er behageligt at være indlagt. Problemet er bare at patienterne jo er indlagt med tvang, og patienterne på ingen måde selv kan vælge hvornår de vil udskrives. Der opstår derfor en situation hvor patienterne får lyst til at blive udskrevet, samtidig med at patienterne ikke har nogen mulighed for at lade sig udskrive netop fordi det er overlægen og statsanklageren der bestemmer hvornår patienterne skal udskrives. Patienten er frataget muligheden for at forlade hospitalet, men skal så gå rundt under hele sin indlæggelse med et indre ønske om at ville udskrives. Dette medfører ikke flere udskrivelser. Det medfører blot en større frustration hos patienten. At gøre hospitalerne mindre indbydende medfører blot en ringere livskvalitet for patienterne, da

patienterne ikke er frie til at forlade hospitalet når de har lyst. En gennemsnits indlæggelse i retspsykiatrien er i øjeblikket på ca 5 år. Patienterne skal altså gå rundt i 5 år og være triste. Min egen holdning til hospitaler er ellers at de er til for at hjælpe patienterne, men det er tilsyneladende ikke tilfældet inden for retspsykiatrien. På Kofoedsminde og de retspsykiatriske afdelinger i Risskov har man den holdning at opholdet skal føles så hjemligt som muligt. På disse afdelinger laver patienterne derfor mad sammen hver dag. På det nye sygehus i Slagelse, er der ikke engang køkkener i afdelingerne. Hvis vi skal lave noget i et køkken i Slagelse, så er vi nødt til at forlade afdelingen og gå ned af hovedgangen til et fælleskøkken. Uff....

Abilify (Aripiprazola)

Som patient er det vigtigt at man følger med i sin egen behandling, så man kan sikre sig imod fejl. Hvis du spiser medicin og du får taget blodprøver for at finde ud af hvor meget medicin du har i blodet (serum-værdi), så er det vigtigt at du beder om svar på blodprøven, så du selv kan se om du får for meget eller for lidt medicin. Lad mig bruge lægemidlet Abilify (Aripiprazola) som et godt eksempel, da jeg selv har fået denne medicin. Lad mig starte med de informationer jeg kan udlede af blandt andet analysefortegnelsen og indlægssedlen for Abilify:

Lægemidlets navn:	Abilify
Virksomt stof:	Aripiprazola
Dosering:	0 - 30 mg/døgn
Optimal effekt:	10 - 15 mg/døgn (større doser, giver ikke større effekt)
Standardpatient:	15 mg/døgn --> 770 nmol/L
Terapeutisk interval:	300 - 1700 nmol/L
Optimalt interval:	450 - 900 nmol/L
Min måleværdi:	Den 16-08-2013 var serumværdien for min blodprøve: 1.542 nmol/l

Min måleværdi: (1.542 / 900) = 171% i forhold til højest gavnlige effekt

Måleusikkerhed ved 1542 nmol/L: +/- 153 nmol/L

Mit interval: (1542-153) til (1542+153) ---> 1389 til 1695 nmol/L (beregnet)

Forklaring til ovenstående informationer
Selve lægemidlet hedder Abilify, og det virksomme stof der er i pillen hedder Aripiprazola. Det fremgår af indlægssedlen til Abilify at man må indtage 0 - 30 mg/døgn. Det har dog vist sig at det mest optimale er at spise 10 - 15 mg/døgn. En gennemsnitsmåling på alle de patienter der har fået målt deres serum-værdi på laboratoriet viser at en person gennemsnitligt har en værdi på 770 nmol/L hvis personen spiser 15 mg/døgn. Hvis man har en serumværdi, som er mindre end 300 nmol/L så har stoffet ikke nogen virkning, og hvis man har en serumværdi, som er større end 1.700 nmol/L, så er stoffet giftigt. Undersøgelser har dog vist at det mest optimale er serumværdier i intervallet 450-900 nmol/L. Jeg har brugt min egen serumværdi for den 16-08-2013 som et eksempel. Serumværdien for denne dag var således 1.542 nmol/L. Da højest gavnlige serumværdi er 900 nmol/L, så er jeg således blevet overmedicineret med 71%. Da usikkerheden ved 1.542 er ca +/- 153 nmol/L, så giver det et interval på 1.389 - 1695 nmol/L. Jeg kan således ved 1.542 nmol/L risikere at mængden af Abilify i mit blod er lige på grænsen til at være giftigt. Der findes meget mere information om Abilify, end det jeg har skrevet her. Du kan finde det på internettet.

Du kan selv slå din medicin op på: www.analysefortegnelsen.dk

Abnorm tænkning

Abnorm betyder blot at noget afviger kraftigt fra det normale. De fleste mennesker har en bias, når de læser ordene *abnorm tænkning*. De fleste tror at abnorm tænkning er fordi at en person har dårligere tænkning en et normalt menneske, men det er ikke korrekt. Ordet *Abnorm* betyder blot at noget ikke ligger i det normale område. Da der både ligger et område over det normale og et område under det normale område, så er det forkert automatisk at tro at der hver gang er tale om noget der ligger under det normale. Albert Einstein havde også abnorme tanker, men de var ikke dårligere end

normale menneskers tanker. Hans tanker lå over det normale område, derfor havde Albert Einstein en abnorm tænkemåde. Når man bruger ordene abnorm tænkning, så er det ikke muligt at se om en person har bedre eller dårligere tanker end et normalt menneske. *Abnorm tænkning* angiver blot at en person har en tænkning som ikke ligger inde i det normale område. Hvis man ønsker at være specifik, og man ønsker at udtrykke at personen ligger over eller under det normale område, så skal man IKKE bruge *abnorm tænkning*, til beskrivelse af personens tænkning, for så er der stor chance for at ordene bliver misforstået. Hvis en person har en tænkning som ligger under det normale, så skal du skrive netop det. At personens tænkning ligger under det normale. På samme måde. Hvis personen har en tænkning som ligger over det normale, så skal du også skrive netop dette. At personen har en tænkning, der ligger over det normale. Grunden til at de normale mennesker har en bias på dette område skyldes det faktum, at de normale mennesker ønsker at vise omverden, at den bedste tilstand der findes, er den normale, men dette er ikke korrekt. Der findes jo både et område over og under det normale. De normale kan bare ikke holde tanken ud, om at der skulle være nogle mennesker, som er klogere end dem selv (de normale). Hver gang en normal oplever en andet menneske, med tanker som den normale ikke kan forstå, så må det jo være fordi det andet menneske er ringere end det normale menneske. Der er sker en forherligelse af det normale. Men der er tale om en vrangforestilling, som de normale er fælles om at have om alle de mennesker som her en *abnorm tankegang*. Det er således dårlig sprogbrug at bruge *abnorm tænkning* om en patients tanker i udtalelser om patienten eller i patientens journal.

Adfærds-fortolkning

Indledning

En patients adfærd kan som udgangspunkt fortolkes på to måder: Den første måde er at se alt hvad patienten gør som et tegn på psykisk lidelse. Den anden måde er at se patientens adfærd som noget ganske normalt. Der findes mange former for adfærd, som lige umiddelbart godt kunne se ud som tegn på psykisk lidelse, men som oftest ikke er det. Det er mit indtryk, at de fleste personaler har lært noget om adfærd, som kunne være tegn på psykisk lidelse. Det er dog også mit indtryk at personalet ikke har lært at se forskel på adfærd som kunne være tegn på psykisk lidelse og adfærd som bare ligner tegn på psykisk lidelse. Hvis man som personale ikke er i stand til at se denne forskel, så vil alt for meget adfærd blive registreret i patien-

tens journal som et tegn på psykisk lidelse. Alt for mange mennesker bliver betragtet som mennesker med en psykisk lidelse, alene af den grund at personalet ikke er i stand til at fortolke patienternes adfærd korrekt. Alt for meget adfærd bliver skrevet ned i patienternes journalen som tegn på psykisk lidelse, alene fordi personalet ikke kan se forskel, eller muligvis fordi de ikke tør skrive patienternes adfærd ned som normal adfærd. Patienten er jo indlagt fordi man mener at patienten har en psykisk lidelse, og så nytter det jo ikke noget at personalet hele tiden skriver i journalen at patienten ikke fejler noget. Jeg vil gerne komme med 3 eksempler på adfærd som kan blive fortolket forskelligt og skrevet i et notat i patientens journal, og som vil have store følger for patienten:

Eksempel 1 - at falde i staver

Beskrivelse af adfærden som tegn på psykisk lidelse:
"Patienten sidder og stirrer tomt ud i luften" eller *"patienten sidder og observerer omgivelserne"* eller *"patienten sidder og kører rundt med øjnene"*. Det kunne da godt lyde som om at patienten fejler noget, eller hva?

Beskrivelse af adfærden uden tegn på psykisk lidelse:
"Patienten falder i staver ved bordet". Det er ganske normalt at falde i staver. Alle mennesker falder i staver i ny og næ, og der er ingen tegn på psykisk lidelse.

Eksempel 2 - at kede sig

Beskrivelse af adfærden som tegn på psykisk lidelse:
"Patienten gynger ofte længe i gyngestolen af gangen, muligvis tegn på OCD". Uha, tænker man vel straks, den patient fejler da vidst nok noget.

Beskrivelse af adfærden uden tegn på psykisk lidelse:
"Patienten keder sig i afdelingen og gynger ofte i gyngestolen". Her er absolut ingen tegn på psykisk lidelse. Patienten keder sig - ganske enkelt.

Eksempel 3 - at tale med sig selv

Dette eksempel er lidt anderledes, for forskellen ligger ikke i hvordan man skriver notatet, men derimod i hvordan man LÆSER notatet. Mange personaler der oplever en patient der taler med sig selv, får ofte (desværre) den

tanke at patienten nok lider af skizofreni og skriver derfor et notat i journalen som beskriver at patienten taler med sig selv. Der er dog flere problemer med den tanke. At tale med sig selv er IKKE et tegn på skizofreni, og det er heller ikke et diagnose-kriterium når man skal stille diagnosen skizofreni. Det er mit indtryk at mange patienter har fået diagnosen skizofreni på baggrund af en adfærd, som faktisk ikke er skizofren, og det er trist.

Beskrivelse af adfærden som tegn på psykisk lidelse:
"Patienten er observeret talende med sig selv"

Beskrivelse af adfærden uden tegn på psykisk lidelse:
"Patienten er observeret talende med sig selv"

Min journal:
De ovenstående 3 eksempler er fra min egen journal. Der står også følgende i min plejeplan af 26-09-2015: *"...Der skal arbejdes på dagligt at observere pt. for eventuelle reaktioner, der kan skyldes manglende antipsykotisk medicin..."*. Det lyder nærmest som en opfordring fra overlægen til personalet, hvori han beder personalet om at registrere alle former for adfærd som tegn på psykisk lidelse, således at det kan dokumenteres at patienten virkelig har en psykisk lidelse.

Adfærds-vejledning

Når man som ny patient kommer til en lukket retpsykiatrisk afdeling for første gang, så kunne det jo egentlig være rart at vide, hvordan personalet forventer du skal opfører dig. Problemet er at der på de forskellige afdelinger har udviklet sig forskellige personale-kulturer overfor patienterne. Det som er normal adfærd på den ene afdeling, er sandelig ikke normal adfærd på den anden afdeling. Hvis du som patient derfor skal lære at opføre dig som et normalt menneske, så er du ganske enkelt nødt til at finde ud af hvilken adfærd, der bliver betraget som normal på den afdeling hvor du nu er blevet indlagt. Jeg har selv prøvet på at være indlagt på en afdeling, hvor man beskrev mig som en person med visse symptomer. Da jeg så blev flyttet over til en anden afdeling, så bliver disse sygelige symptomer pludselig væk. Havde jeg så ændret mig? Nej, jeg havde bare flyttet afdeling. Du skal som patient derfor ikke blive forskrækket hvis du flytter afdeling, og visse af dine symptomer forsvinder og andre dukker op. Det er ikke dig der har ændret sig, det er bare dine omgivelser.

Af børn skal man høre sandheden

Af børn og fulde mennesker, skal man høre sandheden

Måske skulle denne sætning også gælde for retspsykiatriske patienter. Jeg har oplevet patienter som var i stand til at gengive virkeligheden med utrolig stor præcision, som var så voldsom virkelighedsnær, at personalet nærmest er gået i total benægtelse overfor det udtalte og som straks har overbevist sig selv om at det patienten siger ikke er virkeligheden, men bare noget patienten siger fordi patienten er psykotisk.

Afdelings-stress

Nu er det sådan at jeg betragter mig selv som rimelig robust overfor stress. Det betyder dog ikke, at jeg ikke lægger mærke til når der opstår stressede situationer, jeg lader mig bare ikke gå så let på af stressfulde situationer. Skulle jeg komme i en stresset situation, så handler jeg så jeg kan komme ud af den igen. Nu er jeg dog tvangsindlagt patient, så jeg er på en afdeling hvor jeg SKAL være. Her oplever jeg forskellige niveauer af stress i løbet af ugen. På hverdage mellem klokken 8.00 og kl 15.00 oplever jeg den højeste stress i afdelingen. Det skyldes at jeg går ud til morgenmad kl 8.00 og derved bevæger mig ud i afdelingen. I perioden frem til klokken 15.00 er der utroligt meget personale på arbejdet. Personalet bruger enormt meget tid på ting, som de mener patienterne skal lave. Som patient er man derfor nærmest jaget vildt i periode fra kl 8.00 til kl 15.00. Efter kl 15.00 går næsten alle personaler hjem, og der er nu kun nogle enkelte personaler tilbage på afdelingen. Fra kl 15.00 til kl 23.00, er der kun lidt stress i afdelingen, men dog stadig alt for meget. Når klokken bliver 23.00, så er jeg gået i seng. Når det så bliver weekend, så er der kun en lille smule stress i løbet af lørdagen og søndagen. Mandag morgen starter det hele om igen. Er det bare mig, eller har andre patienter det mon på samme måde?

AMPS-test

Indledning
AMPS er en forkortelse for Assessment of Motor and Process Skills. Det er som regel en ergoterapeut, der står for en AMPS-test af en person. Formålet

med testen er at vurdere personens motoriske og procesmæssige færdigheder. Personen skal udføre 2 eller 3 opgaver mens de bliver overvåget af en tester. Du kan læse mere på nedenstående link.

Bemærkninger til mit eget test-resultat
Testen af mig blev foretaget den 8. april 2011. Læg mærke til at det ikke fremgår af testen, hvor lang tid jeg var om at lave kagen og frugtsalaten. Det fremgår af testen af jeg er fortrolig med opgaverne. Det er dog første gang i mit liv at jeg laver frugtsalat. Jeg mener dog godt at jeg kan lave frugtsalat selv om jeg aldrig har lavet det før. Jeg har enkelte gange tidligere i mit liv lavet kage af færdigblandet mix. Det fremgår ikke af test-resultatet at jeg laver opgaverne i et køkken hvor jeg aldrig før har været. Da opgaven starter ved jeg således ikke hvor tingene står i køkkenet. Det er utroligt normalt inden for disse områder, at man kikker på personen men af en eller anden grund glemmer at beskrive omgivelserne (Se: Fundamental attribution error). Mine omgivelser var nye for mig, da jeg aldrig havde lavet noget i køkkenet før. Hvis man som udgangspunkt antager at testen er korrekt, så er jeg meget bekymret. Ca 10 måneder tidligere havde jeg et problem med min bil (VW Golf type 2). Det viste sig at min gearkasse var gået i stykker. Jeg valgte derfor at skifte gearkassen i min bil inde i min egen garage. Jeg skiftede gearkassen helt alene om uden nogen form for hjælp. Jeg mener selv at en sådan opgave kræver godt overblik og gode motoriske evner. Der er mange ting der kan gå galt når man skifter en gearkasse alene og det kræver derfor at man er meget forsigtig. 10 måneder efter at jeg skiftede en gearkasse i min bil alene, er jeg så til en test der viser at jeg nærmest er farlig at have i et køkken samt at jeg trænger til hjælp for ikke at miste mine dårlige evner helt. Hvis testen er korrekt, så har jeg kun een konklusion:

> *Det er yderst skadeligt for en persons evner at blive indlagt på en retspsykiatrisk afdeling*

En anden mulighed er at testen tager fejl. Det har også nogle store implikationer. Måske har jeg stadig mine evner i behold, men det vil jo ikke se godt ud hvis man har indlagt en person med gode evner. Det er derfor praktisk at lave en rapport med et meget negativ billede af mine motoriske evner. Det giver arbejde til en masse mennesker og jeg skal bruge tid på at sige til personalet at jeg er tilfreds min mine evner. Jeg har forhørt mig hos andre patienter om deres test-resultat, og det har ikke lykkedes mig at finde een eneste person som har løst opgaven godt nok. Jeg kender endda til en

kok som også fik lavet en AMPS-test i et køkken hvor han skulle lave en svær ret. Hans testresultat blev meget dårligt, hvilket jo egentlig er sjovt, hans uddannelse taget i betragtning. Et af kritik punkterne i testen var at han lod mange af dørene til skabene stå åbne mens han lavede mad. Han argument var at han jo lavede mad til mange mennesker hver dag. Han havde sandelig ikke tid til at åbne og lukke døre hele tiden.

Testens begrænsninger
Man skal huske på, at når en person bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, så er der med stor sandsynlighed ikke foretaget en AMPS-test af personen INDEN personen blev indlagt. Det er således ikke muligt at finde ud af om indlæggelsen i sig selv har været gavnlig eller skadelig. Man har den selvfølgelige tanke i retspsykiatrien at personens evner nok har været dårlige. Men dette er endnu en kausalitets-fejl (se: Kausalitet). Det er nemlig to mulige niveauer at færdigheder for personen inden personen blev indlagt. Enten havde personen inden sin indlæggele gode færdigheder eller også havde personen dårlige færdigheder. Personaler og psykiatere er snæversynede når de automatisk formoder at en indlagt person nok havde dårlige færdigheder da personen blev indlagt. Kausalitets-fejlen optræder igen og igen i retspsykiatrien, og den er en stor kilde til fejl. Fejl som man dog nægter skulle eksistere. Jeg er personligt ret sikker på at følgende konklusion ikke er mulig på grundlag af en AMPS-test:

> *"Patienten har taget stor skade af at være indlagt på en retspsykiatrisk afdeling"*

Alene det at jeg tænker tanken, skriver den og siger den højt er jo i sig selv nærmest en form for blasfemi. Tanken er dog bare et udtryk for at jeg netop IKKE er snæversynet.

Hvad skal du vælge
Som udgangspunkt skal du forvente at en AMPS-test i retspsykiatrien ALTID vil give et dårligt resultat. Hvis du ikke ønsker dette, så skal du sige nej til at lave testen. Hvis du mener at det kan være en fordel i din sag at vise at du har nedsatte evner, så bør du foretage testen. Kun en tåbe frygter ikke retspsykiatrien.

Se også: http://www.amps-danmark.dk/

Angsten skal have et sted at bo

En dame som jeg fik kendskab til for mange år siden havde nogle fobier. Hun gik i analyse hos en psykoanalytiker for at lære at forholde sig til sine forbier. Hun var dog ikke interesseret i at komme af med sine fobier, for hun havde haft dem i mange år, og nu var hun på en måde blevet vant til dem. Hendes argument for ikke at ville af med sine fobier var at hun havde den holdning at angsten jo altid ville finde et sted at bo, og hvis hun slap af med sine fobier, så ville angsten bare finde en anden udtryksform, og så ville hun måske bare får nogle andre fobier, som hun ikke kunne lide. Hun foretrak derfor at beholde sine forbier som de var, for nu var hun blevet vant til dem og hun ønskede ikke at få nogle andre fobier som måske kunne vise sig at være dårligere end dem hun allerede havde.

Angstens skal have et sted at bo, og hvis man giver den muligheden, så vil den også tage bolig i denne mulighed. Personer som får piskesmæld har hele tiden haft en underliggende dysfunktion, og ulykken giver nu angsten et sted at bo, den får et konkret indhold, som er fysisk i sin karakter. Personen har måske hele tiden gået rundt med en indre angst, som ikke havde nogen retning og som derfor nærmest har vandret hvileløst rundt i personens psyke. Nu sker der så en hændelse, som påvirker personen kraftigt og personen flytter nu sin udefinerbare angst ned i en konkret fysisk tilstand og får derved ondt i ryggen og nakken. Det vigtigste er måske ikke at undersøge alle de mennesker som får piskesmæld efter en påkørsel bagfra. Måske ville det være mere interessant at undersøge alle de mennesker som netop IKKE får piskesmæld efter en påkørsel bagfra i fx en bil. Man kan sige om en person der får piskesmæld at denne person hele tiden har været dysfunktionel under overfladen, og at påkørslen nu har bragt denne dysfunktion op til overfladen og har nu givet den et fysisk udtryk. Der er tale om en konvertering af noget ukonkret psykisk til noget konkret fysisk. Angsten har fået et sted at bo. Personer vælger at få piskesmæld fordi det til en vis grænse er socialt accepteret, også selv om der er meget tale om hvorvidt piskesmæld er indbildt eller ej. Man skal også huske på at en person som får piskesmæld måske har et skjult underliggende psykisk problem som er mindre socialt acceptabelt end piskesmæld, og at piskesmæld derfor kan være at foretrække frem for nogle symptomer som måske er uacceptable i personens miljø. Man vælger derfor en dårlig tilstand i stedet for en tilstand som måske er meget dårlig. Med andre ord personen som vælger at få piskesmæld vælger det mindste af to onder. Det ligner konversionshysteri, for en psykisk ubalance for et fysisk udtryk på samme måde som

personen der pludselig bliver lam i sin højre arm uden at man kan finde en fysisk grund til dette.

Aparte adfærd

Hvis man læser i WHO's diagnose-system som hedder ICD-10, så vil man opdage, at der er en diagnose som hedder F21 (Skizotypisk sindslidelse). Hvis man ser på punkt 2, under symptomer, så står der følgende:

2. Excentrisk, sær eller aparte udseende eller adfærd

Jeg har selv i min egen journal erfaret at en personale havde beskrevet min overfrakke som upassende i forhold til vejret. Det er jo vel dybest set i orden at skrive, hvis han altså bare prøver på at beskrive min påklædning. MEN, hvis han skriver det fordi at han mener at det er et symptom på sygdom, så vil jeg da gerne lige sige min mening om den sag. Det blev skrevet i min journal i sommeren 2014. Jeg kan så lige oplyse at denne sommer er den 3. varmeste sommer som er målt i 100 år. Nu er det således at vi på den afdeling hvor jeg bor, har nogle værelser på ca 12 m2, samt et toilet på ca 2 m2. Vi har desuden også et indbygget skab, og det er altså ikke ret stort. En del af mit tøj ligger derfor på en stol, som jeg har stående henne ved vinduet, da det ikke alt sammen kan være i mit skab. Nu har jeg ikke lige plads til 5 forskellige jakker, så jeg har valgt at have en tynd jakke, en vinterjakke og en regnfrakke som er ret stor. Hvis jeg nu havde haft mere plads til tøj, så ville jeg også have haft mere tøj at vælge imellem. Men nu har jeg jo altså kun den plads jeg har, så jeg må vælge hvad jeg vil have af tøj på værelset. Når jeg vælger påklædning, så er jeg jo nødt til at vælge mellem det tøj jeg har på værelset, som jo ikke er ret meget. Jeg vil derfor nogle gange komme i situationer, hvor jeg ikke lige har tøj som er perfekt til det vejr som jeg skal ud i. Hvis personalet synes at min påklædning er upassende i forhold til vejret, så var det vel bedre at jeg fik lidt mere skabsplads i stedet for at skrive at jeg går underligt påklædt. Det er vel ikke en sygdom, at jeg ikke har plads til alt mit tøj på værelset, og derfor er nødt til at vælge hvad jeg vil gå i, når jeg skal ud, eller hva'?

At falde i staver

Det er noget alle gør. ”At falde i staver”. Men nogle mennesker gør det mere end andre. Det er noget som er skrevet om mig flere gange i min journal. Problemet med at falde i staver (især på en retspsykiatrisk afdeling) er at det i sjældne tilfælde godt kan være et tegn på en sygdom eller lidelse. Men det er som regel bare et udtryk for at personen måske i længere tid har koncentreret sig og nu ønsker at slippe koncentrationen. Det kan altså være et tegn på lidelse eller sygdom eller det kan også være noget ganske harmløst og noget som personen gør bevidst. En del af de ting jeg beskæftiger mig med kræver en stor koncentration, både når jeg læser og når jeg skriver. Efter et stykke tid med stor koncentration, så er det godt at komme lidt ned i gear igen, og så falder jeg i staver helt bevidst. Jeg smider koncentrationen og lader bare mine tanker flyve. Et godt tidspunkt at gøre det på for mig, er når vi spiser middagsmad og aftensmad i afdelingen, for jeg snakker generelt ikke med personalet og de andre patienter siger ikke altid ret meget. Det var noget jeg besluttede mig for at gøre ganske bevidst efter jeg havde læst bogen: Hjerner på begynderstadiet af bl.a. Susanne Freltofte. Bogen forklarer hvorfor det er en god idé at lade hjernen komme ned i gear engang imellem.

Det er min erfaring at personalet aldrig kunne finde på at skrive noget positivt i patientens journal om patienten. Hvis personalet derfor skriver om mig, at jeg falder i staver under aftensmaden, så skal det fortolkes på den måde, at de mener at det er et tegn på psykisk lidelse, men de kan næsten ikke tage større fejl. Som patient er det ikke muligt (i personalets øjne) at falde i staver på den gode måde. Nu er jeg jo trods alt patient, og alt hvad en patient gør er altid et udtryk for psykisk lidelse. Jeg tror ikke at der findes noget menneske som er gladere for at falde i staver end Benny Andersen. Benny Andersen kan godt lide at sidde i en stol ude i sin have og så bare falde i staver. Han finder stor glæde ved denne tilstand. Niels Bohr faldt ofte i staver når han slog græs. Darwin faldt ofte i staver når han gik tur i haven. I retspsykiatrien er det dog et tegn på psykisk lidelse. Jeg har ikke af den grund tænkt mig at holde op med bevidst at falde i staver, for det er en af de mest effektive måder hvorpå man kan tænke nye og vidunderlige tanker. Lad mig sige det kort: Det er helt OK at falde i staver.

Se også:
http://da.wikipedia.org/wiki/Benny_Andersen
http://www.bt.dk/sundhed/derfor-stener-du

http://www.slagtenhelligko.dk/2004/07/10/at-falde-i-staver/
http://www.netdoktor.dk/sundhed/selvhypnose.htm

Se også teksten: At tale med sig selv

At gå ned på værelset

Patienter er ofte på deres værelser, men hvorfor dog det? Hvis der er en ting, som personalet går meget op i, så er det hvor meget af tiden en patient tilbringer i henholdsvis fællesmiljøet, altså ude i afdelingen, og så på patientens eget værelse. Det lader til at der er opbygget en opfattelse mellem personaler, at jo mere tid en patient tilbringer i fællesmiljøet, jo mere rask er patienten. Omvendt har personalet også den opfattelse, at jo mere tid en patient tilbringer på sit eget værelse, jo større er chancen for at patienten fejler noget. Denne antagelse er efter min mening helt hen i vejret og den har absolut intet med virkeligheden at gøre. Personalet synes at patienterne er meget på deres værelser, og det vil jeg give dem ret i. Vi er bare ikke enige om hvorfor det er tilfældet. Vi har mange regler der fører til at man som patient er nødt til at gå ned på sit værelse. Og der er ligeledes også mange personlige grunde for patienten til at patienten helst vil være på sit værelse.

Lad mig opremse en masse grund til at en patient går ned på sit værelse: Patienten må kun bruge sit eget toilet. Hvis man vil have ro er man nødt til at gå på eget værelse. Hvis man skal læse. Hvis man skal sove. Hvis man vil spille pik. Hvis man vil høre musik som de andre ikke vil høre. Hvis man keder sig i fællesmiljøet. Hvis der er patienter eller personale man ikke vil være sammen med. Hvis man ikke må medbringe en genstand ud i fællesrummet, fx sin PC, så må man blive på sit værelse. I vores afdeling må patienterne kun have besøg på værelset eller ovre i aktivitets-rummet. Flere steder vil personalet ikke have at man ligger ned i et fællesrum, man må kun ligge ned på værelset. Hvis man vil være privat, så går man ned på værelset. Hvis temperaturen i fællesmiljøet ikke passer patienten. Hvis der er for meget eller for lidt lys i fællesmiljøet. Hvis der er for meget støj i fællesmiljøet. Jeg tager kun imod en besøgende på værelset og ikke foran personalet. Mine personlige forhold rager efter min mening ikke personalet. Hvis patienten har røget hash, eller har drukket alkohol og ikke vil have at personalet opdager det. Personalet går med alarmer. Det må være fordi at det er farligt at være i fællesmiljøet og så må jeg hellere blive på mit værelse. De andre skal ikke se patientens bivirkninger eller

tegn på psykisk lidelse. Man kan undgå konflikter med andre patienter og personalet ved at gå ned på sit værelse. Personligt er jeg som regel på mit værelse. Jeg ved erfaringsmæssigt, at der kommer meget skrammel ud af munden på personalet. Derfor har jeg et meget stort filter på mine sanser når jeg bevæger mig rundt i afdelingen. Det er krævende at opretholde dette kraftige filter og derfor begrænser jeg mit ophold i afdelingens åbne arealer mest muligt, da jeg ikke har lyst til konstant være være i denne kraftige filtertilstand. Hvis man alligevel ikke kan tale med de andre patienter eller personalet om de ting man gerne vil snakke om, så kan man jo lige så godt bare selv se fjernsyn på værelset eller noget andet. Dette skyldes en ofte næsten skjult censur fra personalet side om hvad patienterne må tale om med hinanden. Det kan også være en straf at blive sendt på værelset, for hvis man ikke opfører sig ordentligt i fællesmiljøet så bliver man henvist til sit værelse. Det kan nærmest være en belønning. Normalt så sidder patienterne samlet i spisestuen og spiser, men hvis man spørger personalet (pænt), så kan man da godt få lov til at spise på værelset. Der er efter min opfattelse flest naturlige grunde for en patient til at gå ned på sit værelse. At tro at en patient tilbringer meget tid på sit værelse som et tegn på psykisk lidelse, er en vildfarelse.

Personer som har skizofreni har isolationstendens. Problemet er bare at der er så mange ting, der gør at patienten vælger at være på sit værelse, som i virkeligheden slet ikke har noget at gøre med at man er skizofren, men det er dog en oplagt mulighed for personalet så de så kan få bekræftet deres formodning om at patienten jo nok er skizofren, fordi patienten hele tiden er på sit værelse. Personaler evner ikke at forstå at der er mere end een grund til at være på sit værelse. Man kunne godt kalde det for en form for selvopfyldende diagnose. Man sætter patienten i en situation hvor patienten helst vil være på sit værelse, hvorefter man så kan skrive i journalen at patienten er skizofren, for patienten isolerer sig på sit værelse. Det handler om at vurdere alle forhold som har den følge at patienten vælger at være på sit værelse, ellers er personalets notater i journalen ikke noget værd. Grunden til at nogle personaler tror at patienten bliver på sit værelse skyldes at nogle skizofrene mennesker har fusionsangst. Nogle skizofrene er bange for at de vil smelte sammen med andre mennesker hvis de rører dem. Hvis patienten foretrækker kun at være på sit eget værelse, så kunne det være et tegn på neofobi, kontaktfattigdom eller isolationstendens.

Det nytter som regel ikke at spørge en patient om hvorfor patienten går ned på sit eget værelse. Der er mange grunde til at man ikke vil få noget

ud af dette. Forestil dig en mandlig patient som sidder i stuen og får øje på en kvinde med en dejlig numse, han bliver nu så ophidset at han vælger at gå ned på værelset for at spille pik, mens han tænker på denne kvinde og hendes dejlige numse. Hvis en personale spurgte denne patient om hvorfor han skulle ned på værelset, så er jeg ret sikker på at han ikke vil fortælle den virkelige grund til at han går på værelset. Der er utroligt mange ting, der gør det svært at finde ud af hvorfor en patient i virkeligheden er på sit værelse. Ifølge Region Sjælland's plan for flytning af psykiatrien til Slagelse i 2015, så er det med vilje at man har gjort værelserne små, for at 'lokke' patienterne ud i fællesmiljøet. Udtalelsen er dog lidt misvisende, for der er mange patienter, som ved flytningen til Slagelse, vil få et større værelse.

At gøre noget godt!.....

Når man gør noget godt, så er det ikke nok bare at tro, at man gør noget godt. Udover at have troen på at man gør noget godt, så skal det man gør jo rent faktisk også være noget godt. Hvad mener jeg så med det? Der er forskel på at gøre noget godt, og så det at tro at man gør noget godt. Der findes mennesker som tror at de gør noget godt, men hvor det de i virkeligheden gør er noget skidt. Tillad mig at bruge Hitler som eksempel. Han mente selv at han gjorde noget godt for verden, da han udryddede jøderne. Jeg er dog sikker på at hvis man spurgte jøderne om hvorvidt det Hitler gjorde var godt, så ville de protesterer, for det var jo trods alt jøderne hans godhed gik ud over. Jeg har det på samme måde med min overlæge. Hun tror at hun gør noget godt for samfundet ved at tvangsmedicinere mig. Problemet for mig er blot at hendes godhed overfor samfundet jo går ud over mig, da det jo så er mig der skal lide, i hendes forsøg på at gøre noget godt.

At hilse

Hvis jeg ikke hilser på en personale så er det muligvis personalens overbevisning at det er fordi jeg ikke kan tåle social kontakt, som i øvrigt er fordi at jeg har en psykisk lidelse. Det kunne aldrig falde en personale ind, at grunden til at jeg ikke hilser på denne personale, ganske enkelt er fordi at jeg ikke synes om denne personale og at jeg ikke har lyst til at hilse på denne personale. Den ene fortolkning vil vise at jeg har magt i forhold til

personalet, for jeg bestemmer da selv hvem jeg vil hilse på. Den anden fortolkning vil jo vise at jeg har en psykisk lidelse, og det kunne aldrig falde en personale ind at skrive om mig i min journal at jeg udviser magt, for uha det er kun overlægen der må udvise magt på en retspsykiatrisk afdeling og alle patienterne har bare at gøre hvad der bliver sagt. Jeg hilser personligt ikke længere på en overlæge. Det er aldrig nogen sinde blevet skrevet i min journal, at jeg ikke hilser på overlægerne. Grunden er simpel. Hvis man skriver i min journal at jeg ikke hilser på overlægerne, så skriver man jo sådan set at jeg udøver magt overfor overlægerne, og det er man sandelig ikke interesseret i. På en retspsykiatrisk afdeling er det kun overlægen der må udøve magt, og man skriver aldrig om situationer i en journal, der kunne få en patient til at fremstå som en stærk patient. Patienter er jo svage i overlægens og personalets øjne, og man gør meget ud af at andre også får dette indtryk når de læser patientens journal. Patienter er som udgangspunkt magtesløses, og de beskrives altid som magtesløse i journalen, uanset om patienten er det eller ej. En adfærd hos en patient, som ikke passer overlægen, er som udgangspunkt, ifølge overlægen, altid et tegn på at patienten har en psykisk lidelse.

At høre mellem linjerne

Lad mig starte med et uddrag af et notat i min journal skrevet om mig af en overlæge:

"05-07-2011 ...De almindelige bivirkninger gennemgås med ham, ligesom der informeres om, forhåbentlig, at virkning af præparatet vil gøre, at han bliver mindre sensibel for sansestimuli og bedre magter at være sammen med andre, uden at det aktiverer hans paranoide beredskab...."

Lad mig starte med at oversætte sætningen: "Patienten bliver hermed informeret om hvor dårligt han nu vil få det på grund af medicinens bivirkninger (men så kan han lære at opføre sig ordentligt og gøre som vi forventer). Personalet er trætte af at patienten hele tiden klager over støj på afdelingen, og vi forventer at patienten nu bliver så sløv af medicinen at han ikke har overskud til at klage. Personalet er desuden irriteret over at patienten har det fint med at sidde på sit værelse og læse hele dagen i stedet for at komme ud i afdelingen så personalet kan nedstirre patienten hele tiden".

Overlægen er så venlig at fortælle mig hvad han forventer. Der er i situa-

tionen en oplagt mulighed for projektiv identifikation. Overlægen forventer selvfølgelig at jeg kan forstå hvad det er han vil have mig til at gøre. Hvis jeg skulle gøre som han siger, så er det selvfølgelig ikke sket af min egen fri vilje, for patienter har ikke fri vilje. Det er derimod den gode medicin, som har gjort sin virkning.

At kede sig

Det er ikke tilladt at kede sig på en psykiatrisk afdeling. Hvis man har adfærd, der viser at man keder sig, fx sidder og vipper med benet, eller går meget rundt i afdelingen, eller laver det samme igen og igen, så mener personalet at det er symptomer på en psykisk lidelse. Ofte bliver kedsomhed beskrevet i journalen som at patienten har en tvangspræget eller aparte adfærd. Denne beskrivelse af kedsomhed, er jo god for overlægen og personalet, for den viser jo at patienten har brug for hjælp, og så er det jo godt at patienten er indlagt. Hvis nu personalet i stedet for beskrev adfærden som kedsomhed, så er det jo pludselig afdelingen, som ikke er god nok til at stimulere patienterne. Jeg har selv i en periode vippet meget i gyngestol i tv-stuen. Det blev i min journal beskrevet som at jeg muligvis led af OCD. Jeg har kun haft aparte og tvangspræget adfærd, mens jeg har været indlagt, og man har underligt nok aldrig skrevet at jeg kedede mig. Der er tale om en adfærd, som er situations-bestemt, og som intet har med min personlighed at gøre. Hvis jeg havde være derhjemme, så ville jeg ganske enkelt ikke have tid til at sidde og gynge i gyngestol et par timer hver dag, for så ville der jo være ting der skulle ordnes, fx slå græs, handle og studere psykiatri. Personale og overlæger er ude af stand til at afgøre om en handling er situations-bestemt eller personligheds-bestemt. Da de er ude af stand til at se forskel, så er patientens adfærd altid bestemt af patientens personlighed. Der er i personalets og overlægens øjne aldrig noget galt med patientens omgivelser, det er altid patienten der er problemet. En person der lider af OCD kan man give medicin, men hvis en patient keder sig, så kan man jo ikke rigtig give patienter medicin imod kedsomhed. Personalet og overlægen vælger altid den forklaring der kan behandles med medicin.

At sidde i et hjørne

For efterhånden mange år siden fik min mor og far den idé at de gerne ville være selvstændige. De besluttede sig for at de gerne ville have en bodega i et nyt center som skulle bygges tæt på vores daværende hjem. Min far kontaktede en arkitekt, da bodegaen jo endnu ikke var bygget og fordi den nye ejer selv skulle stå for indretningen. En af de første ting arkitekten fortalte var, at hvis man skulle have kunderne til at have lyst til at blive på bodegaen, så var det vigtigt at bodegaen havde mange hjørner hvor kunderne kunne sidde for sig selv og hygge sig. Arkitekten havde ret. Mennesket har de sidste mange millioner år altid søgt ly i hjørner og grotter og andre steder hvor de kunne føle sig trygge. Mennesker føler sig mere trygge i et hjørne eller i en hule, og sådan har det været i MEGET lang tid. De nye retspsykiatriske afdelinger som dags dato (februar 2015) er ved at blive bygget nede i Slagelse er nærmest uden hjørner og kroge. Afdelingerne ligner mest af alt store akvarier, hvor alle til enhver tid kan se alle, i det øjeblik patienten går ud af sit værelse. Mennesker er fra naturens side ikke bygget til at opholde sig i et så åbent miljø hele tiden. Da selve afdelingen ikke har nogle hjørner at gemme sig i, så vil patienten faktisk kun have et enkelt hjørne hvor patienten kan krybe i skjul og det er på patientens værelse. ALLE mennesker har brug for at kunne gemme sig i et hjørne, og man kan dybest set dele patienterne op i to grupper. Den første gruppe mennesker vil være bevidste om at de har et behov for at kunne gemme sig i et hjørne. Denne gruppe mennesker vil ofte gå ind på deres værelse, for at kunne være i et hjørne (hule). Den anden gruppe mennesker vil også have et behov for at være i et hjørne eller en hule. Disse mennesker er dog ikke bevidste om deres virkelige behov. Disse mennesker vil være tilbøjelige til at være meget mere ude i afdelingen end den første gruppe. Deres behov er dog lige så stort som personerne i den første gruppe, men da de ikke er bevidst om deres behov, så er de heller ikke altid i stand til at trække sig til deres værelse når behovet for at være i et hjørne opstår. Disse mennesker vil opholde sig ude i afdelingen, selv om deres krop skriger efter at trække sig til et hjørne. Disse mennesker vil over tid udvikle en form for langvarig stress. Selve stressen opstår fordi disse mennesker ikke lytter til deres krop og sjæl og opfylder deres indre behov. Mennesket har et behov for at være i et hjørne og gemme sig, men da disse mennesker jo ikke er deres behov bevidste, så gør de heller ikke noget for at tilfredsstille deres behov. Disse mennesker udvikler derfor langsomt stress.

På en retspsykiatrisk afdeling vil personalet gerne have patienterne ud i afdelingen, så de kan være sociale med andre mennesker. Personalet har delvis

ret. Mennesker har også brug for at være sociale. Det er derfor at mennesker mødes og er sociale, men altså i et hjørne eller i en hule. Problemet er bare at det er en stress-situation at opholde sig længe i et akvarie-miljø hvor de fleste vægge er erstattet med store vinduer. Personalet opfordre derfor patienterne til at opholde sig i et stressende miljø. Man skulle jo tro, at et ophold på en retspsykiatrisk afdeling havde til formål at forbedre patientens helbred, men personalet gør faktisk det modsatte, når de opfordre patienterne til at være ude i dette unormale akvarie-miljø. Personalet hjælper ligefrem patienterne med at få stress. Personalet er som regel ikke bevidste om denne effekt, og det er kun de færreste patienter som er bevidste om effekten. Man kan som menneske sagtens være fysisk og psykisk belastet uden at man egentlig lægger mærke til det. Det næste problem er at personalet har udviklet den tro, at en patient som befinder sig meget på sit værelse har denne adfærd på grund af patientens psykiske lidelse. Det er en opfattelse som strider imod al sund fornuft. Mennesker har gennem evolutionen lært at det er sikkert at gemme sig i et hjørne eller en hule, men retspsykiatrien har udviklet den tanke at denne medfødte adfærd er et tegn på psykisk lidelse. Lysten til at gemme sig i en hule er næsten lige så stærk som lysten til at trække vejret. Det er gud ske lov endnu ikke blevet en psykisk lidelse at trække vejret. Mennesker er dybest set stadig hule-mennesker. I gamle dage var vi afhængige af naturlige huler, som vi fandt rundt omkring i naturen. Moderne mennesker bor også i huler, men vi kalder dem bare for huse i stedet for. Huse er bare menneskeskabte huler. Vi føler at vi har ændret os så meget, men måske har vi i virkeligheden slet ikke ændret os ret meget de sidste mange tusind år. Den menneskelige lyst til at gemme sig i en hule er på ingen måde en psykisk lidelse, men et livsvilkår, som vi skal lære at forholde os til.

At tale med sig selv!

Jeg har flere gange læst i min journal at en personale har skrevet at personalen har stået et sted hvor jeg (patienten) ikke kunne se ham (personalet), og så har han observeret at jeg har talt med mig selv. Det interessante er at det også kan ske den anden vej rundt. Jeg har flere gange observeret den selv samme personale (Søren) siddet inde i stuen i Pilehus (P4) Nykøbing Sjælland, og tale med sig selv. Når han så opdagede mig, så holdt han straks op med at tale med sig selv. Han var ikke den eneste personale der snakkede med sig selv i Pilehus. Jeg har således også oplevet Methe og Karen tale med sig selv. At tale med sig selv er ganske udemærket. Her er nogle eksempler:

Eksempel 1
En amerikansk forsker som var interesseret i børns udvikling kom efter nogle års forskning af børn i alderen 4-11 år frem til at børn som leger alene udvikler sig bedre hvis de taler med sig selv når de leger.

Eksempel 2
En engelsk forsker lavede et forsøg med nogle voksne mennesker. Han tog nogle mennesker og delte dem i to grupper. Begger grupper blev bedt om at løse de samme opgaver. I den første gruppe blev personerne bedt om at løse opgaverne. De fik ligeledes instruktion på ikke at tale med sig selv mens de løste opgaverne. Den anden gruppe mennesker fik samme opgaver, og de blev bedt om at tale med sig selv mens de løste opgaverne. Forskerens konklusion var at personer som taler med sig selv mens de løser en opgave bliver hurtigere færdige end de personer som ikke taler med sig selv mens de løser en opgave.

Eksempel 3
Hvis man er skuespiller og har brug for at øve en rolle, så kan det være en god idé at stille sig hen foran spejlet og sige replikkerne højt for sig selv. Ligeledes så kan det være en god idé at holde en tale foran spejlet inden man skal holde talen for en stor forsamling (Det giver god bio-feedback).

Eksempel 4
I Amerika har man en soldater-uddannelse hvor man kan blive Navy Seal. Det er det samme som at blive frømand i Danmark. Man havde i mange år haft en gennemførelses-procent på ca 25%. Man ville gerne have denne procent højere op. Man indførte så et nyt program for nye rekrutter med 4 punkter. Et af punkterne var at deltagerne skulle lære at tale med sig selv på en positiv måde. Efter indførelsen af programmet steg gennemførelses-procenten fra 25% til 33%. En del af denne forbedring var altså at deltagerne havde lært at tale med sig selv på en positiv måde.

(Eksempel 5)
Der er noget som hedder Ideomotoriske signaler - men det vil jeg skrive om en anden dag.

Hvornår har du sidst talt med dig selv?

At vende en tanke på hovedet

Spiller du musik fordi du kan lide musik, eller spiller du musik fordi du er bange for stilheden? Den første forklaring er en god forklaring, og det er den anden for så vidt også. Forskellen er dog at hvis du spiller musik fordi du kan lide musik, så er alting i orden. Men hvad nu hvis du spiller musik fordi du er bange for stilheden, men overbeviser dig selv om at du spiller musik fordi du godt kan lide musik. Så har du snydt dig selv. Mennesker er utroligt gode til at snyde sig selv. Grunden til at vi snyder os selv er fordi, det opretholder vores positive billede af os selv. Det er ganske enkelt en funktion der skal opretholde dit selv-værd. Det kan måske godt lyde lidt anstrengende, men prøv at stille dig selv dette spørgsmål hver gang du skal til at lave noget: ”Laver jeg det fordi jeg kan lide det, eller laver jeg det for at flygte fra noget andet?”. Du har måske overbevist dig selv om at du godt kan lide at gå til fodbold. Men måske kan du ikke lide fodbold, måske er det fordi at du så kan slippe væk fra kæresten i nogle timer hver uge. Men så er det jo ikke fodbolden der trækker, så er det jo nærmere kæresten der skræmmer dig væk. De fleste af de ting du laver vil nok være rene i sig selv. At du netop svømmer hver lørdag, fordi at du kan lide at svømme, og det er selvfølgelig ikke fordi at du ikke kan lide at svømme, men bare fordi at du gerne vil bevise over for andre at du ikke er bange for vand. En læser af ovenstående tekst læste en dag teksten for sin søn, og sønnen svarede derfor straks: ”Så far, vækkede du mig en halv time tidligere fordi du gerne ville være sammen med mig eller var det fordi du havde lavet for meget kakao og ikke ville smide det ud”.

At være i nuet

Som patient kan det være svært at acceptere at man kan risikere at skulle være indlagt resten af sit liv. Derfor handler det om at give slip på tanker om fremtiden og i stedet for tænke på nutiden. Hvordan kan jeg gøre det bedst muligt for mig selv og andre patienter i fremtiden at være indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Vi kan kun handle i nuet og derfor er det vigtigt at handle på en sådan måde at dine handlinger bliver mest værd for så mange mennesker som muligt. Det nytter ikke at gå og være nervøs for en mulighed ubehagelighed som personalet kan finde på at nedkaste over dig i fremtiden, for du har ikke indflydelse på fremtiden. Du har dog indflydelse på nutiden. Personligt er jeg flere gange blevet truet med at hvis jeg ikke

opfører mig ordentligt, så vil jeg blive flyttet fra åben afdeling til lukket afdeling. Den slags trusler kan jeg ikke bruge til noget og jeg bruger heller ikke tid på at frygte at komme på lukket afdeling. Grunden er simpel. Som regel bliver patienter flyttet på lukket afdeling udelukkende fordi at overlægen eller personalet har fået en eller anden underlig idé. Det kan være at patienten slet ikke har gjort noget egentligt forkert. Det er altså uden for min indflydelse om jeg kommer på lukket afdeling eller ej. Derfor vil jeg ikke bruge så meget som et sekund på at frygte at komme på lukket afdeling. Desuden skal man også huske på at en sådan trussel kunne virker een gang, for når jeg først endelig er kommet på lukket afdeling, så kan overlægen jo ikke true mig med at komme på en lukket lukket afdeling. En lukket afdeling er en endestation, så truslen om lukket afdeling virker jo kun een gang og så har overlægen opbrugt sine trusler. Jeg vælger derfor bare at leve i nuet og få det bedste ud af den dag jeg har til min rådighed. Jeg vil da gerne ud, men jeg har været så modig at opstille nogle krav for min udskrivelse, eller vil jeg ikke ud, så vil jeg hellere være indlagt og fylde en plads i retspsykiatrien til 2 millioner kroner om året. Mange vil nok tro at det er en vild tanke, frivilligt at lade sig indlægge resten af sit liv, men tanken er faktisk ret befriende, for den fratager overlægen muligheden for at true mig med at jeg ikke kommer ud, hvis jeg ikke spiser medicin. Nu kan overlægen true mig lige så tosset han vil, for det vil ikke længere have en virkning overfor mig, jeg har nemlig frataget overlægens hans mulighed for at true mig med ikke at ville udskrive mig. Jeg er faktisk glad hver morgen jeg står op, og jeg tænker hver morgen, at i dag så skal jeg lige brænde 5.500 kroner af samfundets penge af på en sengeplads i retspsykiatrien. Jeg er helt tilfreds med mit liv, og jeg fortryder ingenting. Jeg indeholder ikke tvivl, og det er denne mangel på tvivl og min indre sikkerhed på at jeg gør det rigtige der giver mig ro og glæde hver dag jeg står op. Hvis du er i tvivl, så skal du ikke gøre som mig, men hvis du er fast i din tro og sikker på dig selv, så vil du som patient få ro i livet uanset hvad du måtte vælge at gøre. Pas godt på dig selv.

At være normal eller at spille normal

Dybest set, så tror jeg at samfundet er ligeglad med om du som menneske rent faktisk er normal, eller om du bare spiller normal. Det er i hvert fald det indtryk jeg får af retspsykiatrien. Retspsykiatrien lærer mennesker at spille normale. Dybest set så tror jeg ikke at der er ret mange patienter der bliver rigtigt normale igen efter at have været udsat for retspsykia-

trien. Det er tale om at retspsykiatrien udvikler mennesker så de bliver til det man kalder for 'filosofiske zombier'. Mennesker som ser ud som om de er normale, men som slet ikke er normale. De har bare lært at spille normale. Problemet er bare, at jeg er ret sikker på at personer som bare spiller normale, er belastet. Belastningen består i at de inderst inde er een person, mens de udadtil skal spille en anden person. Denne splittelse vil være en belastning for mennesket på lang sigt, og vil være med til at disse mennesker vil få en tidligere død end de helt normale mennesker. Retspsykiatrien gør ikke det mindste forsøg på at lære folk at være normale. Hvis bare patienten kan lære at spille normal, så er det såmænd også godt nok. Men er det virkelig det vi gerne vil have at retspsykiatrien skal gøre ved mennesker? Det bedste ville være hvis retspsykiatrien rent faktisk gjorde mennesker raske, i stedet for blot at lære patienterne at spille raske. Patienter som kommer ind i retspsykiatrien som mennesker med en synlig lidelse, kommer efter et stykke tid ud af retspsykiatrien igen, men bare med en usynlig lidelse. Der har ikke fundet en helbredelse sted, man har bare dresseret patienten så han har tilsyneladende normal adfærd. Der har ikke fundet en helbredelse sted, kun en forvandling.

Retspsykiatrien kan ikke lide at se på folk der lider. Derfor bliver patienter i retspsykiatrien lært at lide, uden at det kan ses på deres kropssprog og adfærd. De bliver dresseret til at lide indvendigt i stedet for udvendigt. Personer som kommer i retspsykiatrien har ofte vendt deres aggressioner og afmagt ud imod samfundet, og det kan samfundet ikke lide. Derfor skal patienterne lære at vende aggressioner indad i stedet for, så samfundet kan slippe for besværet. Du skal som patient lære at reagere indad, for det er nemlig kun farligt for personen selv, fx i form af selvmord, og det vil retspsykiatrien i øvrigt ikke blande sig i, for det går jo kun ud over personen selv - og pyt med det.....

Bag åbne døre...

Hele mit liv har jeg haft den opfattelse, at det er en god idé at låse sin hoveddør inden man går i seng. Jeg kan ikke huske dage eller perioder i mit liv, hvor jeg ikke har låst hoveddøren inden jeg gik i seng. Både da jeg boede hjemme hos mine forældre og da jeg senere boede alene, så huskede jeg altid at låse mine døre inden jeg gik i seng. Denne vane skulle vise sig at gå hen og blive et problem den dag jeg blev indlagt på en retspsykiatrisk

afdeling. I starten af min indlæggelse (Pilehus, P4), var jeg ikke særlig optaget af døren til mit værelse. Alting var nyt og anderledes for mig. Men efter et stykke tid, så begyndte det at irritere mig at det ikke var muligt for mig at låse døren efter mig ind til mit værelse, når jeg var inde på værelset. Jeg oplevede flere gange at mine medpatienter bare gik ind til mig uden at banke på, og jeg oplevede ofte at personalet bare åbnede døren til mit værelse og kikkede ind eller bare gik ind til mig. Dette fandt jeg med tiden mere og mere irriterende, og jeg undrede mig over hvordan det kunne være, at det ikke var muligt for mig at låse min dør indefra. Jeg henvendte mig til personalet med min bekymring. Jeg fik det svar, at afdelingen var en hospitals-afdeling, og at man derfor ikke måtte låse patienter inde. Jeg fik det indtryk at patienter ikke måtte kunne låse sig inde på deres værelser. Jeg gik rundt i denne tro i lang tid, og det faldt ikke personalet ind at rette mig i min forkerte tro. Patienter har ikke brug for at kende virkeligheden, det bedste for personalet er at patienterne har en tro, som er til fordel for personalet. Efterfølgende fandt jeg dog ud af reglerne. Det er således, at man ikke må låse patienter inde på deres værelser på et hospital. Den eneste undtagelse der findes er Sikrings-afdelingen. Her må man gerne låse patienterne ind selv om det er et hospital. En værelsesdør på et hospital må gerne kunne låses indefra, således at en patient kan gå ind på sit værelse og låse døren efter sig. Dette ville også have den fordel, at patienten slap for at andre patienter kom ind på værelset uden at få lov. Jeg fandt det også ubehageligt at man kunne komme ind til mig på min stue om natten mens jeg sov, uden jeg på nogen måde havde mulighed for at forhindre det. Til sidst blev jeg så irriteret over situationen at jeg valgte at tilpasse min adfærd til forholdene. Jeg tog mine to dyner og hovedpuder med mig ud på toilettet om aftenen og lagde mig til at sove på gulvet. Grunden til at jeg valgte at sove på toilettet var den, at der var en skydedør ud til toilettet. Ved at lægge mig på gulvet med benene på den lukkede dør, så ville jeg ganske enkelt vågne hver gang der var nogen der prøvede at åbne døren til toilettet. Det virkede da også fint, hver gang en personale prøvede på at kikke ind til mig om natten så vågnede jeg. Personalets svar var: ”Jamen! man sover da ikke på gulvet”, og så var fanden løs igen, for så var jeg pludselig ikke særlig rask, og jeg trængte da virkelig til behandling, og man brugte blandt andet min adfærd som grundlag for at jeg skulle tvangsmedicineres. Jeg klagede utroligt mange gange over at jeg ikke kunne låse min dør indefra. Pludselig en dag dukkede der en håndværker op på afdelingen. Han var blevet bedt om at skifte alle låsene på patienternes værelser, så patienterne nu kunne låse deres værelser indefra, når de var på værelserne. jeg var da utroligt glad for denne handling. Men underligt nok så mente personalet og overlæ-

gen stadig at jeg skulle tvangsmedicineres blandt andet fordi jeg sov på mit gulv fordi jeg ikke kunne låse døren til mit værelse. Man anerkendte altså at der var et problem med dørlåsene, men man var stadig overbevist om at jeg skulle tvangsmedicineres. Efter jeg kunne låse min dør, så sov jeg igen i min seng, men nu var det jo lige som for sent, man havde jo allerede besluttet at jeg skulle tvangsmediciners og sådan noget ændre man da sandelig ikke på. Jeg kender til andre patienter som stiller møbler op foran deres dør hver aften inden de går i seng, så de kan høre om der kommer nogen ind i værelset til dem. Personalet har den absolutte opfattelse af patienter, at patienter selvfølgelig synes at det er helt i orden, at døren ikke kan låses ind til patienternes værelser. Personaler kan ikke forstå at det er et problem at hvem som helst kan gå ind på værelset i løbet af natten, da døren jo netop ikke er låst, og stjæle fx cigaretter eller penge. Patienterne på den åbne afdeling P5 har lås på deres døre. Patienterne kan på denne afdeling låse deres dør, når de fx går i seng, og patienterne har nøgle til deres værelse, så de kan låse værelset efter sig, når de forlader værelset. På afdelinger hvor man ikke kan låse sin dør, der kan andre patienter mange steder gå ind på andre patienters værelser uden det bliver opdaget. Gad vide hvor mange mennesker der går i seng hver dag efter de har låst deres døre? Hvis man lider af paranoia fordi man gerne vil låse sine døre, så er der mange mennesker i fx København der lider af paranoia, eller også er personalet på de retspsykiatriske afdelinger bare tossede.

Barnum-effekt

Psykiatere udtaler sig ofte om patienters symptomer. Psykiatere laver dog ofte fejl, når de udtaler sig om patienterne og deres såkaldte symptomer. Faktisk så laver psykiaterne de samme fejl igen og igen. Psykiaterne laver faktisk de samme fejl igen og igen så ofte, at der er psykiatere der har givet disse fejl navne, således at man blot kan henvise til navnet på fejlen i stedet for hele tiden at komme med lange forklaringer. Der findes således noget som kaldes for **Barnum effekt**. Barnum effekt er når en psykiater beskriver en adfærd hos en patient som en del af patientens lidelse, selv om adfærden findes hos alle mennesker. For at beskrive hvad Barnum effekt er, så vil jeg komme med et lille eksempel, hvor jeg overdriver en smule. Forestil dig en psykiater som siger at patienten er skizofren, fordi patienten har to fødder. Jamen, alle mennesker har da to fødder! Ja, netop. Det er det som er det underlige ved psykiaterens udtalelse om patienten. Lad mig i stedet for komme med et konkret eksempel. Forestil dig en psykiater som

udtaler om en patient at han er helt uden sygdomsindsigt. Det kunne jo ved første øjekast lyde som om at det har noget med psykiske lidelser at gøre og at patienten jo derfor må have en psykisk lidelse. Problemet er bare at det er noget man kan sige om alle mennesker. Hvis jeg stopper en tilfældig person på gaden og siger til personen at han er syg og lider af skizofreni, så vil personen straks benægte. Hertil kan jeg jo bare svare, at det er fordi at personen ikke har sygdomsindsigt. Alle mennesker som ikke mener at de har en psykisk lidelse vil jo benægte at have en psykisk lidelse. Jeg vil jo være i stand til at stoppe alle mennesker på gaden og påstå at de er syge, og hvis de så benægter, så er det fordi at de ikke har sygdomsindsigt. Det er Barnum effekt. Jeg hører ofte at de patienter som ikke har sygdomsindsigt ofte er dem som er sværest at behandle. Men måske er det ikke så underligt, for måske så er stort set alle dem som ikke har sygdomsindsigt heller ikke syge, det er bare noget psykiaterne synes de er. Og det er både svært og ligegyldigt at behandle raske mennesker for en sygdom de slet ikke har.

Baselinien

Når man skal finde ud af om en person har en psykisk lidelse, så er man nødt til at finde ud af om patientens tilstand afviger fra patientens baselinie. Hvad er så en baselinie? Baselinien er personens grundtilstand set hen over et langt stykke tid. Alle mennesker har en baselinie, både de 'normale' og mennesker med en psykisk lidelse. Alle menneskers baselinie er forskellig. Der er således ikke to mennesker som har samme baselinie. Baselinien er altså personens generelle grundtilstand. Hvis en person befinder sig på sin baselinie, så har personen en tilstand som personen plejer af have. Personen er som personen plejer at være. Men hvad nu hvis personen kommer ud af sin grundtilstand. Forestil dig en person som normalt er ret glad op optimistisk. Grundtilstanden er altså glad og optimistisk. Hvad nu hvis denne person pludselig bliver trist og deprimeret? Nu er der opstået en afvigelse. Personen afviger nu fra sin egen grundtilstand, som var glad og optimistisk. Hvis denne afvigelse bliver tilstrækkelig stor og vedvarende, så vil man til sidst kunne sige om denne person, at personen har en psykisk lidelse. En psykisk lidelse er derfor et udtryk for at en person har en afvigelse fra sin egen grundtilstand, som er så stor, at personen kan gives en diagnose. Men alle mennesker har jo forskellige grundtilstande. Her kan man så også konkludere at mennesker er forskellige. Nogle mennesker er generelt altid glade. Andre er måske mere neutrale. Andre igen er måske generelt altid en lille smule gnavne, men der er tale om disse menneskers grundtilstand.

Baselinien er ikke ret langt fra personens personlighed, og man giver ikke mennesker medicin på grund af deres personlighed. Personer som afviger i deres generelle tilstand giver man ikke medicin. Man giver ikke medicin til mennesker med en afvigende personlighed. En overlæge har jo også sin egen grundtilstand. Hvis en overlæge på et tidspunkt begyndte at afvige fra sin egen grundtilstand, så ville man også på et tidspunkt kunne sige om en overlæge, at overlægens afvigelse nu er blevet så stor, at overlægen kan gives en diagnose. Det er utroligt svært for en overlæge at finde ud af en patients baselinie (grundtilstand). Overlægen møder jo som regel først en patient, når patienten muligvis har en afvigelse fra grundtilstanden. Hvis en overlæge skal finde ud af om en person afviger fra sin egen grundtilstand, så er overlægen nødt til at føre samtaler med patienten for at finde ud af hvordan patienten var før han mødte patienten. At være overlæge kan godt være et detektivarbejde. Hvis nu overlægen havde kendt patienten i mange år inden personen begyndte at afvige fra sin grundtilstand, så ville det blot tage overlægen få minutter at konstatere om patienten var begyndt at afvige fra sin grundtilstand. Overlægen er dog kun sjældent i denne situation. Overlægens patienter er som regel ukendte for overlægen. Hvis nu det ikke kan lade sig gøre for overlægen at fastslå patientens baselinie, så kan overlægen jo ikke komme frem til en konklusion. Overlægen vil ikke kunne konstatere om patienten skal have en diagnose eller ej. Vi har allesammen en forventning om at en overlæge altid kan komme frem til en konklusion. Det er med overlægen på samme måde som med en dommer. Af en eller anden ejendommelig årsag, så kommer en dommer altid frem til en konklusion. Jeg har aldrig hørt om en retssag hvor dommeren har rejst sig op og sagt: ”Jeg har ikke information nok til at finde ud af om den anklagede er skyldig eller ej. Sagen er derfor uopklaret!”. Den slags udtalelser findes ikke. Jeg kender ikke til patienter der har været ude for at overlægen er kommet med en lignende udtalelse: ”Jeg kan ikke finde ud af om du fejler noget”. Det er mit indtryk at overlægen ofte fejler i sit forsøg på at finde patientens baselinie. Men hvad skal en overlæge så gøre for at komme frem til en konklusion? Det er mit indtryk at hvis overlægen ikke kan finde patientens baselinie, så vil overlægen da bare bruge sin egen baselinie som udgangspunkt for at finde ud af om patienten afviser baselinien. Overlægen gør i princippet følgende: Overlægen prøver at fastslå patientens baselinie. Lykkedes det ikke for overlægen at finde patientens baselinie, så vil overlægen da bare tage de steder der mangler i patientens baselinie og fylde hullerne ud med stykker af overlægens egen baselinie. På den måde kommer overlægen altid frem til en baselinie. Man kan så diskuttere kvaliteten af den baselinie som overlægen kommer frem til. En psykisk lidelse er et udtryk for at patienten afviger fra

sin egen baselinie. Hvis nu overlægen stiller en diagnose ud fra en baselinie som i virkeligheden er overlægens baselinie, så vil der ske det at alle de patienter som får en diagnose af denne overlæge får diagnosen fordi patienterne afviger fra overlægens grundtilstand og ikke deres egen grundtilstand. Man kan ud fra denne fremgangsmåde stille følgende konklusion: En patient har en psykisk lidelse hvis patienten afviger fra overlægens personlige tilstand. Med andre ord, patienten har en psykisk lidelse hvis overlægen synes patienten er afvigende. En sådan diagnose er 100% subjektiv, og den har intet med diagnostisering at gøre. Overlægen giver i dette tilfælde diagnoser ud fra overlægens humør.

Behandling - hvem bliver først rask

Forskning viser at personer som selv får lov til at vælge deres behandling bliver mere og hurtigere raske end dem der ikke får lov til at vælge deres egen behandling, og der er interessant nok uanset hvilken form for behandling patienten vælger. En person som således frivilligt vælger medicin bliver således hurtigere rask end en person som ikke frivilligt vælger medicin. På samme måde bliver en person hurtigere rask hvis han selv vælger kognitiv terapi end en person som ikke selv får lov til at vælge kognitiv terapi. I retspsykiatrien har man som patient ikke lov til at vælge, man bruger derfor som udgangspunkt den dårligste løsning til at behandle patienterne nemlig tvang. Mange studier har vist at den terapiform som virker mest effektivt og på flest forskellige lidelser er kognitiv terapi. Men nu er man jo heller ikke ude på at gøre patienterne i retspsykiatrien raske, så måske gør det ikke så meget alligevel.

Behandling - samtaleforbud

En dag (i januar 2015) blev min medpatient lidt ophidset. Han var dog ikke til fare for sig selv eller andre. Personalet gav han et tilbud. Han kunne enten få mere medicin, eller også kunne de overflytte ham til en lukket afdeling, basta. Det er mig ganske ubegribeligt hvorfor vi har uddannet personale på en åben retspsykiatrisk afdeling. Personalet ville tilsyneladende ikke tale med patienten. Men hvis personalet ikke taler med patienterne, hvorfor skal de så være uddannet som fx sygeplejersker, pædagoger, SSA'er og andet. Hvis vi nu i stedet for bare havde ufaglært personale på afdelingen, så ville vi spare en masse penge på faglært personale. En ufaglært personale er da efter min mening i lige så høj grad i stand til at tilbyde en patient

mere medicin eller en overflytning til lukket afdeling. Jeg kan ikke se at det kræver en uddannelse. At personalet har en uddannelse skyldes muligvis overvejende faglige overenskomster mellem staten og regionerne og har således ikke noget at gøre med behandlingen af patienterne. Jeg troede ellers at formålet med personalet blandt andet var at deeskalere tilspidsede situationer. Det er i min verden ikke deeskalering at tilbyde medicin eller lukket afdeling til en patient. På min afdeling er det nogle gange som om at samtaler ikke er tilladt mellem patienter og personale, med mindre samtalen er gavnlig for personalet.

Behandling af samvittighed

Der er vel ikke noget en psykiater elsker mere end en patient med dårlig samvittighed. Hvis en person har lavet en gerning, og personen efterfølgende har dårlig samvittighed over denne handling, så vil en stor del af dem (desværre) have en indre følelse af at de bør vil straffes for deres gerning. Hvis jeg som psykiater fik en sådan patient, så ville jeg lære patienten at forholde sig til sin handling, så patienten ikke bliver selvdestruktiv på grund af sin egen samvittighed. Personen har ganske vist gjort noget forkert men personen skal trods alt også leve videre efter sin handling. Samtidig ville jeg så se på patienten om han har brug for behandling. Sådan er virkeligheden bare slet ikke. I retspsykiatrien får vi nogle gange patienter med dårlig samvittighed over deres gerning, som føler de bør straffes, og underligt nok, så er psykiateren mere end villig til at opfylde deres ønske om straf, så han giver dem medicin, så de er lige ved at falde om. Det mest uhyggelige ved den behandling er, at medicinen jo netop burde være en behandling og ikke en straf. Behandlings-systemet er pludselig blevet til et straffesystem. En psykiater som får en patient med et ønske om at blive straffet, skal have evnen til at stritte imod patientens ønske om straf. Psykiateren skal i stedet for lære en sådan patient at forholde sig til sin gerning og se den i øjnene og lære patienten hvordan patienten i fremtiden undgår at komme i en situation der giver dårlig samvittighed. En psykiater der giver en sådan patient medicin har valgt den lette vej. En vej der giver psykiateren en følelse af magt over patienten. Problemet er bare at psykiateren er ikke ansat med det formål at udøve magt over patienterne, men derimod at hjælpe dem. Det mest tragiske i situationen er at patienten jo netop ikke klager over mishandlingen, da patienten har et behov for at føle straf. Alle mennesker kan få dårlig samvittighed. Dårlig samvittighed er ikke en psykisk lidelse og den skal slet ikke behandles med medicin.

Behandling uden behandling

Vi har i Danmark noget som hedder en behandlingsdom. Det lyder lige umiddelbart ikke sært at der skulle være noget der hedder en behandlingsdom. Men, hvis man ser nærmere på retspsykiatrien og straffeloven, så er der noget jeg er begyndt at undre mig over. Hvis man ser på hvad der står i straffeloven om personer som får en behandlingsdom, så er det egentlig underligt, at der faktisk ikke står noget om at personen skal behandles. Der står heller ikke noget om at man skal prøve at gøre personen rask. Man vælger dog alligevel at kalde det for en behandlingsdom. Hvis man læser i straffeloven, så vil man opdage, at formålet med dommen er at forhindre at personen laver recidiv. Det betyder egentlig bare at patienten skal behandles med det formål at sikre sig at personen ikke laver ny kriminalitet. Men hvis nu det primære mål med dommen er at forhindre recidiv (ny kriminalitet), skulle dommen så ikke i stedet for have heddet en recidiv-dom i stedet for en behandlings-dom? Hvad er det egentlig lige man prøver på at skjule, når man kalder en sådan dom noget andet end det den i virkeligheden er? Nu kunne jeg jo godt lige spænde buen lidt mere. Hvad nu hvis man i stedet for at kalde det for en behandlingsdom, valgte at kalde det for en underkastelses-dom, for det er jo dybest set det man ønsker at patienten skal gøre. Patienten skal lade sig underkaste en medicinsk behandling som har til formål at sikre at patienten underkaster sig samfundets regler. Men hvad nu hvis jeg tog buen og spændte buen den anden vej. Så kunne vi jo dybest set vælge at kalde det for en livsstils-dom i stedet for en behandlingsdom. For dybest set, så må der jo være noget galt med personens livsstil, hvis han bliver ved med at lave kriminalitet. Og hold da lige op. Det lyder da meget bedre hvis vi kalder det for en livsstils-dom end hvis vi valgte at kalde det for en underkastelses-dom. Der er bare lige et enkelt problem. For uanset hvad vi kalder behandlingen så er det nøjagtig det samme vi udsætter mennesket for, der er ingen forskel. Det ene lyder bare bedre end det andet.

Behandlings-idioti

Engang imellem er tingene så skæve, at jeg virkelig håber at jeg ikke er den eneste der kan se at der er noget galt med vores behandling af patienter med skizofreni. En person som har skizofreni og som bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling vil komme i behandling for sin lidelse. Ofte har skizofrene patienter en tendens til at isolere sig. Man får således en patient ind

på afdelingen som med stor sikkerhed har levet helt alene hjemme hos sig selv uden kontakt til andre mennesker. Man har i behandlingssystemet den tanke at en god behandling af en skizofren er at sørge for nedsat stimulation og afskærmning af patienten. Jeg får nærmest ondt i hovedet ved tanken om at man tager en patient som har været alene i lang tid og behandler denne patient med isolation. Forestil dig at man finder en heroin-misbruger på gaden og indlægger personen på et hospital hvor behandlingen er at man giver patienten indsprøjtninger med netop heroin. Hvor åndssvagt har et behandlingssystem egentlig lov til at være? Er der slet ikke en klokke der ringer oppe i hovedet på personalet eller overlægen? Jeg har selv prøvet at blive betraget som skizofren og jeg blev isoleret for at jeg skulle få det bedre. Jeg fik det faktisk værre af isolationen. Men samtidig er man i den situation at man skal overbevise personalet om at man har fået det bedre for at komme ud af isolationen igen. Med andre ord. Det er meget hårdt at være patient med en skizofreni-diagnose. Ikke nok med at man bliver udsat for mishandling, man skal også samtidig lade som om at man har fået det bedre, for at slippe for netop mishandlingen. Hvis man brokker sig over mishandlingen, så bliver man udsat for netop endnu mere mishandling, da man tilsyneladende endnu ikke er rast nok til at komme ud af isolationen. Jeg synes generelt at de fleste patienter i psykiatrien udviser større styrke end normale mennesker ude i samfundet, for disse mennesker som angiveligt har en psykisk lidelse, er i stand til at udholde voldsom mishandling uden at bryde sammen.

Behandlingsansvar

En dag (11-09-2014) bankede det på min dør, det var min nye overlæge, der blot kom for at fortælle mig, at han nu var min behandlingsansvarlige læge. Det er nu underligt at kalde ham for behandlingsansvarlig når han jo egentlig ikke bliver stillet til ansvar for det han gør imod mig eller andre patienter. Straffen for ikke at gøre tingene godt nok som overlæge i retspsykiatrien burde være forbundet med en meget større trussel om straf i form af bøder og fængsel end tilfældet er i dag.

Behandlingsophør

Der findes kun to måder hvorpå tvangsbehandling af en patient i retspsykiatrien kan ophøre. Enten bliver patienten erklæret rask og behandlingen

stopper eller også bliver patientens dom genoptaget ved retten, og dommeren beslutter at patientens dom skal ophøre. Det sker mig bekendt aldrig at en patient bliver erklæret rask og efterfølgende udskrevet. Man har på ledelsesniveau besluttet at man ikke erklære patienter raske i retspsykiatrien i Region Sjælland. Man har ligeledes besluttet at man ikke vil anbefale retten ophævelse af en dom før patienten erkender overfor overlægen at patienten har en psykisk lidelse, og patienten ligeledes erkender at have brug for medicinsk behandling. Denne strategi medfører flere fordele for overlægen. Hvis der nu ved en fejl er kommet en rask person ind i retspsykiatrien og personen ved en fejl har fået en diagnose, så sikre man sig hermed imod at fejlen bliver opdaget. Den raske person vil jo selvfølgelig ikke erkende overfor overlægen at personen har en psykisk lidelse. Og personen vil da slet ikke tage medicin for en lidelse som personen slet ikke har. Men hvis personen står fast på at personen ikke har en lidelse, så forhindre personen jo sig selv i at få ophævet sin dom og personen bliver heller ikke udskrevet. En person som har en psykisk lidelse vil nok godt være klar over at den eneste vej ud af retspsykiatrien er hvis personen erkender den psykiske lidelse og acceptere at spise medicin. Der er på en måde ikke noget at tabe for personen med en psykisk lidelse, for hvis personen ikke acceptere at have en lidelse og acceptere medicinsk behandling så kommer personen jo ikke ud af retspsykiatrien. Det handler for denne person derfor om så hurtigt som muligt at acceptere at man har en psykisk lidelse og at man har brug for medicin, så man kan komme ud af systemet igen. En rask person har da ikke lyst til at erkende at personen har en psykisk lidelse, når personen nu ikke har en psykisk lidelse. De personer som rent faktisk har en psykisk lidelse kommer derfor hurtigere ud af retspsykiatrien end de raske, hvilket jo egentlig er lidt ejendommeligt. Man skulle tro at de mest raske personer kom ud først, men det omvendte er faktisk tilfældet. Man har udviklet den myte i retspsykiatrien at de personer som er sværest at behandle er dem som ikke kan indse at de har en psykisk lidelse. På en måde har man ret, for hvis man er rask og indlagt som patient i retspsykiatrien, så har man da ikke lyst til at indrømme at man har en psykisk lidelse, og man har da slet ikke lyst til at blive behandlet for en lidelse man ikke har. Det kunne på ingen måde falde en overlæge ind at indrømme at en patient er rask og at patienten har fået en diagnose ved en fejl. Men hvis patienten ikke vil indrømme en lidelse som patienten ikke har og overlægen ikke vil udskrive patienten før patienten indrømmer at have en lidelse, så vil det jo i praksis føre til at patienten aldrig vil kunne udskrives. Retspsykiatriske patienter kan søge om at få genoptaget deres dom igen, 6 måneder efter sidste gang der faldt dom i sagen. Dette medfører i praksis at en patient kan få taget

sin dom op til behandling cirka en gang om året. Hvis patienten ikke selv tager sin sag op, så vil statsanklageren automatisk tage sagen op til genbehandling hver andet år. Det eneste håb en rask patient har i retspsykiatrien er derfor at dommeren på et tidspunkt beslutter sig for at ophæve patientens dom, så patienten kan udskrives. Fordelen for patienten er jo selvfølgelig at patienten nu bliver udskrevet og kommer hjem. Ulempen for patienten er at patienten stadig har en diagnose. En dommer kan godt ophæve en dom, men dommeren kan ikke fjerne patientens diagnose. Den største fordel tilfalder overlægen. Overlægen er sluppet af med en besværlig og rask patient uden at det på nogen måde er blevet opdaget at patienten hele tiden har været rask. Illusionen om at overlægen er perfekt er blevet opretholdt, og overlægen slipper for at blive stillet til ansvar for sine fejl.

Behandlingsvarighed

Hvis du er normalt begavet, og har gjort noget ulovligt som giver en straf der er større end en bøde, så vil du komme enten i fængsel eller på en retspsykiatrisk afdeling. Som udgangspunkt, så vil de personer, som har en tilstand, som ikke kan ændres på med hverken medicin eller terapi komme i fængsel. De personer, som man mener er modtagelige for behandling, vil så komme i retspsykiatrien i stedet for. Det hænder dog engang imellem, at systemet tager fejl. Der er egentlig kun 2 fejlmuligheder. Enten så kommer man til at sende en person, som trænger til behandling i fængsel i stedet for at sende personen på en retspsykiatrisk afdeling, eller også kommer man til at sende en person, som dybest set ikke er modtagelig for behandling til en retspsykiatrisk afdeling i stedet for i fængsel. Dette medfører, at de fleste patienter på en retspsykiatrisk afdeling forventes at være modtagelige for behandling. Den sidste lille del af patienterne er dybest set ikke nogle retspsykiatrien kan lave om på, da deres afvigelser blandt andet har karakter af personlighedsforstyrrelse. Hvis man sætter situationen lidt på spidsen, så kan man sige at patienterne kan deles op i 2 grupper. Den ene gruppe patienter, er dem som er føjelige og så er der den anden gruppe patienter, som er håbløse, stædige og uhelbredelige. Til at starte med tror personalet at de kan lave om på alle patienterne, men de bliver klogere med tiden. At få en patient med en kraftig personligheds-forstyrrelse (eller lignende) til at ændre adfærd, er lige så svært, som at lære en and at spille kort. - Det er ganske håbløst..... Når personalet begynder at behandle en patient med det formål, at få patienten til at ændre adfærd, så vil de jo have to forskellige typer patienter. Dem som er modtagelige for behandling og

dem som ikke er modtagelige for behandling. Lad os starte med dem som ikke er modtagelige for behandling. Personalet vil prøve på at få patienten til at ændre adfærd, men uden resultat. Der vil opstå en form for kamp mellem patient og personale - hvem giver først op. Nu skal man huske på at en person med en personlighedsforstyrrelse han behøver egentlig ikke at anstrenge sig for at være besværlig. Det kommer nærmest af sig selv, da han jo 'næsten' er født besværlig. Personalet vil med sikkerhed give op overfor en sådan person på et eller andet tidspunkt. I det øjeblik personalet giver op, så vil de erkende deres nederlag, men det kunne selvfølgelig ikke falde dem ind at indrømme dette nederlag. De vil nu fortælle patienten at han har ændret sig så meget (selv om han ikke har ændret sig), at det er på tide at han kommer videre i systemet, og så sender de ham videre. En sådan patient ved egentlig ikke selv at han har vundet et større søslag, for han har jo bare hele tiden været sig selv. Men hvad så med dem som er modtagelige for behandling. Når personalet har prøvet på at behandle patienten i et stykke tid, så vil det gå op for personalet, at denne patient er til at lave om på, og så vil de ellers gå i gang med at lave om på patienten. Jeg vil gerne bruge mig selv om eksempel. Jeg er dybest set ikke modtagelig for medicinsk behandling, men jeg har da ikke noget imod at ændre mig, hvis det altså er til det bedre. Og det opdagede personalet. Så de begyndte at stille krav til min adfærd i afdelingen, og jeg gjorde hvad jeg kunne for at tilpasse mig. Efterhånden som jeg opfyldte deres ønsker om korrekt adfærd, så opdagede jeg at de bare begyndte at stille yderligere krav til mig, som jeg så også tilpassede mig. Men til sidst så begyndte det at blive et problem for mig, for der var tilsyneladende ikke nogen grænse for hvor meget de ønskede at lave om på mig og til sidst måtte jeg kapitulere og slå bremsen i og sige til personalet at nu var grænsen altså nået, så nu stoppede legen. Hvis en patient er føjelig, så vil overlægen have en tendens til lige at holde en lille smule længere på patienten, altså bare lige for at patienten kan få det lidt bedre, og så kører det bare derudaf. Hvis man lader sig bukke, så bliver man sandelig også bukket sammen så hovedet til sidst rammer fødderne. Der er derfor ikke nødvendigvis nogen fordel i at være føjelig som patient, for så bliver man bare bukket sammen. Hvis jeg sammenligner de patienter, der opfører sig som en dum skid og de patienter, der opfører sig pænt, så er der ikke rigtigt noget at miste ved at være en dum skid. Nogle gange kan det godt betale sig at være en dum skid, hvis man vil hurtigt ud af retspsykiatrien. Så er der også lige de patienter som har det man kalder for en dobbelt-diagnose. Det er oftest fordi at patienten også ryger hash. Det er mit indtryk, at overlægen prøver at overbevise de nye patienter om at de ikke kommer ud før de holder op med at ryge hash. Problemet er bare

at jeg den ene gang efter den anden ser patienter komme fra lukket afdeling til åben afdeling, og fra åben afdeling og hjem, uden at de er holdt op med at ryge hash. Så overlægens trussel om at han ikke vil lukke patienten ud før han holder op med at ryge hash er i de fleste tilfælde bare varm luft.

Behandlingsvarighed og kvalitet

Der er mange patienter som er utilfredse med den behandling de modtager i retspsykiatrien. Desværre er min konklusion at den overvejende størstedel af disse mennesker vælger at sidde på en patientstue i mange år og være triste over behandlingen og alle bivirkningerne fra medicinen, i stedet for at tage kampen op imod systemet. Som retspsykiatrisk patient, er man som regel på bunden af det danske retssystem og der er kun en vej tilbage og det er op igen. Mange patienter har dog ikke overskud til at komme op igen. Der findes ganske vist klagesystemer i retspsykiatrien, men de er nærmest umulige at komme igennem for en patient, især på medicin. Næsten alle klagesystemer er mange måneder om at behandle en klage, og det kan desværre i en del tilfælde tage mere end et år, før sagen bliver behandlet.

Besøg af vagtlægen

Den 1. august 2011 startede jeg i tvangsbehandling med Abilify. De første dage kunne jeg slet ikke mærke at jeg fik medicin. Efter nogle dage følte jeg dog en summen inden i hovedet og et ubehag, men det var dog ikke værre end jeg kunne gøre ting som jeg plejede at gøre. Pludselig efter 7 dage på medicin, så gik det helt galt. Jeg var om aftenen oppe i vores træningsrum, hvor jeg roede som jeg plejede at gøre hver dag. Pludselig fik jeg efter kort tids roning et angstanfald som kom lige ud af den blå luft. Det var som om at hele min verden faldt sammen. Det snurrede i hele kroppen og det var nærmest ikke til at holde ud for mig at være i min egen krop. Jeg stoppede træningen og bad om at komme ned i afdelingen igen. Jeg klagede til personalet og var ganske utilfreds med min tilstand. Personalet besluttede sig for at ringe efter den vagthavende læge, og her er hvad hun skrev efterfølgende i min journal:

"07-08-2011 Notat Tilkaldt da pt. er opkørt. Pt. har kortvarigt været oppe at træne kl. 20.00, holder til at træne i ca. 15 min. Efterfølgende føler pt.

udtalt indre uro, kontakter personalet, siger han er desperat for at få noget ro. Kaster med sin fjernbetjening, forsøger ikke at ramme personale, undskylder efterfølgende, græder. Ved samtale fortæller pt. at han gennem den sidste uge har følt sig meget dårlig - haft meget indre uro, koncentrationsbesvær og kvalme. Kan ikke foretage sig noget af det han vanligt gør, kan således ikke træne eller læse. I forbindelse med træningen i dag beskriver pt. at han ikke kan få sin krop til at fungere, føler en form for angst i forbindelse med træningen. Er overbevist om at det skyldes abilify behandlingen, har seddel med bivirkninger til abilify og angiver han oplever alle bivirkningerne. Mener ikke han har brug for medicinsk behandling. Mener at medicinen gør ham dårlig og forringer hans muligheder for at klare det forestående retsmøde godt, hvilket han er meget optaget af og frustreret over. Pt. er søgt forklaret at UT ikke mener at alle symptomerne skyldes bivirkninger til abilify; at det kan skyldes den underliggende sygdom. Pt. bliver lettere vredladen ved at UT kalder ham syg. Informeres om vi selvfølgelig løbende vil observere og evaluere den medicinske behandling. Obj: Initialt meget anspændt, opkørt grædende - falder til ro under samtale. Formel kontakt iorden, læderet emotionel kontakt, har ingen øjenkontakt. Kontakt er primært på pt's præmisser, pt. sidder på gulvet, mener ikke han kan være andre steder. Er meget garderet, kæmper meget for at holde sammen på sig selv. Har ingen sygdomsindsigt, anvender egen logik, er meget sort/hvid tænkende og generaliserende, kan ikke korrigeres. Der er klart indtryk af pt. er præget af tankekaos, pt. tankegang fremtræder meget omstændig. Vurdering: Pt.vurderes psykotisk. Pt. motiveres til at modtage tbl. alopam 15 mg som beroligende beh. Pt. er meget ambivalent overfor medicnsk beh, derfor ikke muligt at give yderligere beroligende beh. Alopam sættes på som p.n. medicin. Revurdering imorgen ved Ovl. XX. XX Res.læge."

Notatet indeholder stort set alt hvad der er galt med psykiatrien. Lad mig komme med nogle eksempler:

"...anvender egen logik...". Egentlig burde der have stået: *"patienten tror ikke på det jeg siger"*.

"Har ingen sygdomsindsigt...". Egentlig brude der have stået: *"Det har ikke været muligt at overbevise patienten om at han er syg"*.

"...det kan skyldes den underliggende sygdom". Jeg synes at det er underligt at bivirkningerne skulle være opstået på grund af sygdom. Ubehaget er jo trods alt først startet efter jeg begyndte at få Abilify.

"kan ikke korrigeres". Jeg har ingen planer om at hoppe med på lægens vrangforestillinger, og jeg er ikke i tvivl om hvad jeg føler.

"Pt. motiveres til at modtage tbl. alopam". Lægens reaktion er ikke at jeg får for meget medicin. Jeg skal derimod have endnu mere medicin.

Hvis en læge ikke mener at medicinen giver bivirkninger, så er der vel heller ikke noget galt i at man gør det obligatorisk for alle læger at de som en del af deres uddannelse skal igennem en periode med behandling med antipsykotisk medicin. Problemet er at netop disse læger som ikke fatter at medicinen har bivirkninger netop ikke selv har prøvet at indtage medicinen. Problemet er jo at hvis en læge indtager antipsykotisk medicin som en del af sin uddannelse, så vil det være utroligt svært for lægen at overbevise sig selv om at hans patienter ikke har bivirkninger, hvis lægen selv har prøvet at tisse i sengen om natten, og rende hvileløst rundt i sin stue i et par uger.

"generaliserende". Det er ganske enkelt ikke muligt for mig at se hvad der skulle være generelt i mine udtalelser og i notatet. Måske er der tale om at lægen synes at jeg er som de andre patienter, men hvorfor skal det dog stå i min journal hvordan jeg er i forhold til de andre patienter.

"Pt.vurderes psykotisk". Der står faktisk ret meget i notatet. Problemet er bare at jeg ikke kan se noget tegn på psykose i notatet. Såfremt jeg virkelig skulle være psykotisk, så er jeg blevet psykotisk af at indtage Abilify.

"er meget sort/hvid tænkende". Det er ikke muligt for mig at se hvad der skulle være sort/hvid tænkning. Der er i notatet masser af beskrivelser af min tilstand, men ikke noget bevis på at jeg tænker sort/hvidt. Måske skal det ses som et udtryk for at lægen er utilfreds med at jeg ikke lader mig overbevise af lægens vilde fantasi.

Se også: Patienten anvender egen logik

Bevidstheds-medicin

Antipsykotisk medicin har ifølge psykiaterne nærmest uanede virkninger. Her er endnu en af dem:

Jeg kender en patient på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Han synes at personalet opførte sig som nazister. Derfor begyndte han at synge tyske

sange i afdelingen. Personalet mente at patienten på grund af sit syngeri skulle have medicin. Efter han havde fået medicin i et stykke tid, så sang han stadig tyske sange i afdelingen. Hans familie spurgte overlægen om ikke det var lige meget med at give patienten medicin, da den tydeligvis ikke virkede efter hensigten, da han jo stadig sang tyske sange selv om han fik medicin. Psykiateren svarede at medicinen sandelig virkede, for nu var patienten KLAR over at han sang tyske sange.

Bio-feedback!

Hvad er Bio-feedback? Det er en ret interessant egenskab ved den menneskelige krop. Man ved om folk der er glade, at de smiler tit. Men vidste du at det omvendte også er tilfældet. Hvis man smiler så bliver man automatisk gladere. Men hvordan kan det nu hænge sammen? Når en person bliver glad og smiler, så sker der følgende: Først bliver han glad. Derefter sender han et signal fra hjernen og ud til kroppen om at han er glad. Han sender fx et signal til ansigtet som får ham til at smile. Hans sanser i ansigtet registrerer at han smiler, og sender nu dette signal tilbage til hjernen. Først nu bliver han bevidst om at han er glad. Der er altså tale om at for at registrere en følelse, så er man nødt til at sende den fra hjernen og ud i kroppen, hvor den bliver registreret og så sendt tilbage til hjernen, hvor den bliver modtaget i bevidstheden. Dette har flere interessante følger. Hvis man nu bryder ind i kredsløbet, så kan man ændre hvad man føler. Hvis fx man siger til en person at han skal smile helt bevidst i 1 minut, så ved man erfaringsmæssigt, at når der så er gået et minut, så vil personen føle sig mere glad. Man kunne godt kalde det for snyd, men det er vel ligemeget, når nu bare det virker. Problemet med bio-feedback er at det har samme virkning hvis man beder personen om at gøre noget som er et udtryk for at man er trist. Hvis man fx beder personen om at krumme sig forover med den øverste del af kroppen, bøje hovedet forover og kikke ned i jorden lige som når man er deprimeret, så vil der ske det forfærdelige at personen begynder at føle sig deprimeret. Mange former for anti-psykotisk medicin har desværre den virkning på patientens krop, at han netop har svært ved at stå med ret ryg, men derimod krummer forover på samme måde som når man er deprimeret og tøffer hen ad gangen uden rigtig at løfte fødderne. Det har den uheldige virkning, at hans bevidsthed nu tror at han er deprimeret, og efter et stykke tid, så ender han med at være rigtig deprimeret. For mig er der tale om endnu en bivirkning ved anti-psykotisk medicin, men som garanteret ikke står på een eneste indlægsseddel, selv om masser af psykologer og psykiatere udemærket godt ved hvad bio-feedback

er og hvordan det virker på kroppen. Dette er blot endnu en af de ting man holder skjult for mennesker der skal spise medicin der ikke virker.

Bivirkninger - opdeling

Der findes 3 slags bivirkninger, og de er opdelt på følgende måde:

1 dem du kan mærke
2 dem du ikke kan mærke
   A Dem der kan måles
   B Dem der ikke kan måles

Eksempler på de forskellige bivirkninger: 1) du kan føle dig svimmel, træt eller du kan have en følelse af at være inde i en osteklokke. 2A) Du kan have forhøjet blodtryk. Dette kan måles med en blodtryksmåler. 2B) Denne gruppe af bivirkninger kan hverken føles af patienten eller måles på patienten. Disse bivirkninger er de farligste.

Gruppe 1 - bivirkninger du kan mærke
Antallet af bivirkninger som patienter kan mærke, som en følge af indtagelse af antipsykotisk medicin er næsten ikke til at tælle. Der findes utroligt mange forskellige bivirkninger. Det er altid disse bivirkninger som patienterne klager over når de spiser antipsykotisk medicin.

Gruppe 2A - bivirkninger der kan måles
Visse bivirkninger kan patienten ikke umiddelbart føle eller mærke. Der drejer sig fx om patientens blodtryk. Det er kun muligt at bestemme patientens blodtryk med en blodtryksmåler. Blodtrykket kan dog blive så højt, at patienten til sidst kan mærke det i form af blandt andet svimmelhed. Hvis blodtrykket bliver for højt, så kommer patienten til sidst i hypertensiv krise, som kan føre til døden.

Gruppe 2B - bivirkninger der hverken kan føles eller måles
Denne gruppe af bivirkninger er absolut den farligste, for den kan hverken føles af patienten eller opdages med en måling. Denne gruppe af bivirkninger er beskrevet i teksten: *pludselig død*.

Det skal i øvrigt bemærkes, at bivirkninger af en medicin også er en virkning af medicinen.

Bizar

Indledning
Det er vigtigt at forstå at der er to forskellige definitioner på ordet bizar. Der er en folkelig, som de fleste mennesker bruger i dagligdagen, og så er der den faglige, som psykiatere bruger, når de skal beskrive en patients tanker.

Folkeligt - bizar
Den folkelige forståelse af ordet er, når en ting forekommer at afvige meget fra det normale, samtidig med at det vækker en form for overraskelse eller forundring. Det som er interessant ved denne betydning, er at ting, som faktisk er ganske virkelige godt kan forekomme bizart for et almindeligt menneske. Da der er tale om, at noget afviger fra det normale, så er der to forskellige ting, der kan virke bizarre. Den ene er ting, som afviger på en negativ måde fra det normale. Det er bizart at spise menneskekød. Man kan også afvige fra det normale på en positiv måde. Det er bizart, at der skulle findes flere universer, multiverser, men det lader faktisk til at være tilfældet. Hvis noget således afviger fra det normale og forekommer dig bizart, så skal du passe på du ikke kommer til at tro, at alt hvad der er bizart også er negativt. Det kan være, at det du oplever som bizart, blot er noget nyt for dig, som kræver lidt tilvænning, og at du med tiden vil komme til at betragte det som noget helt normalt, og så har du flyttet din egen grænse for hvad du anser for bizart.

Psykiatrisk - bizar
Definitionen på bizar inden for psykiatrien fremgår af WHO's ICD-10: Bizar = *"fuldstændig umuligt samt kulturelt uacceptabelt"*. Der er altså tale om at to krav skal være opfyldt, før en ting kan siges at være bizar. Det første krav er at det skal være fuldstændigt umuligt. Lad mig komme med nogle eksempler: *"Jeg har ingen lunger", "Min hjerne er blevet væk", "Mit hjerte er skiftet ud med en sten", "Jeg er født på Mars"*. Det næste krav er at det skal være kulturelt uacceptabelt. Der findes ting i vores kultur, som faktisk er ganske bizart, men som ikke tæller med, når man skal afgøre om en person har en psykisk lidelse eller ej. Nogle mennesker tror at der findes en almægtig gud oppe i himlen. Andre mennesker tror på trolde. Det er i sig selv ganske bizart, men da man har indført en undtagelse i definitionen, så tæller disse overbevisninger ikke med som noget bizart, selv om de i sig selv er ganske bizarre. Konklusionen på dette må derfor være følgende: Hvis blot tilstrækkelig mange mennesker tror på den samme bizarre ting, så tæller den ikke som en psykisk lidelse. Hvis du derfor har en

bizar overbevisning, så gælder det om at finde nogle andre som har den samme bizarre overbevisning. I kan så lave et fællesskab. Hvis det lykkedes jeg at gøre fællesskabet tilstrækkelig stort, så det bliver til en kultur, så ophører jeres overbevisning automatisk med at være bizar, også selv om det i tror på i sig selv er ganske urealistisk og umuligt.

Hvor går grænsen

Lad mig komme med et eksempel, for at tydeliggøre grænsen mellem de to forskellige betydninger af ordet bizar. Forestil dig en person der kommer med følgende udtalelse: *"Min mor er slet ikke min rigtige mor"*. Det er underligt og måske en vrangforestilling, men det er ikke bizart, for det er jo muligt at det ikke er patientens mor. De fleste mennesker ville nok opfatte denne udtalelse fra en person, som bizar. I den folkelige forstand, er det i orden at kalde denne udtalelse for bizar. Det er dog ikke i orden, at en psykiater kalder en person, som fremkommer med denne udtalelse for bizar. For at psykiateren kan sige om personens udtalelse, at den er bizar, så skal den i sig selv være fuldstændig umulig, og det er ikke tilfældes med ovenstående sætning. Det kunne jo godt være sandt, at personens mor slet ikke var personens rigtige mor, selv om det i situationen virker meget usandsynligt.

Misbrug

Jeg har flere gange oplevet psykiatere bevidst misbruge det faktum, at der findes to forskellige definitioner på bizar. Jeg oplevede blandt andet ved et møde, at overlægen kaldte nogle af mine tanker for bizarre, ud fra den almindelige forståelse af ordet, selv om dette jo var ganske forkert, da min overlæge jo er psykiater, og derfor bør holde sig til den faglige definition på ordet. Hun prøvede på at appellere til de andre mødedeltageres folkelige opfattelse af ordet bizar, for at få mig til at fremstå om en person med en psykisk lidelse. Hvis hun havde holdt sig til den faglige definition af ordet, så ville mine tanker på ingen måde være at betragte som bizarre. Du skal som patient, derfor være på vagt i det øjeblik en psykiater eller personale beskriver dig som bizar, og du skal bede dem og at forklare hvilken definition de bruger, når de beskriver dig, så det er tydelig for enhver hvad det er der egenlig menes med brugen af ordet bizar.

Symbolik

Nogle mennesker er ikke ret gode til at forstå abstrakte udtalelser. For disse mennesker vil alting forekomme dem meget konkret. Disse mennesker er derfor nødt til at bruge en forsvarsmekanisme som ligger inden for deres

psykiske potentiale. Men hvad nu hvis en person ikke kan lave metaforiske udtalelser som virker bizarre, så vil personen være nødt til at bruge en anden form for forsvarsmekanisme. De mennesker, som rent faktisk er i stand til at forstå meget abstrakte udtalelser, vil så også være i stand til at overdrive brugen af denne funktion. Det handler om symbolik. Hvad nu hvis jeg siger: *"Min hjerne er blevet væk"*. De fleste ville nok kalde denne udtalelse for bizar, men det interessante er faktisk, at det ligner en udtalelse der er en metator for noget andet som patienten tænker. Symbolikken har taget overhånd. Måske skal bizarre udtalelser bare udsættes for en form for drømme-tydning. Man kunne også vende det på hovedet og sige, at de bizarre udtalelser kun kan lade sig gøre for mennesket netop fordi vi er i stand til at lave abstrakte forestillinger. Det er således en (uheldig) evne der følger med når man som menneske er i stand til at lave abstrakte tanker. (Der er tale om, at bizarre udtalelser er det man ville kalde for en spandrel til vores abstrakte tankeevne.)

Tiden
Tiden er også en faktor. I gamle dage ville det være ganske bizart, at tro, at der var puttet en lille sender ind under huden på dig. I det er det helt normalt. Vi sætter chip ind under huden på vores kæledyr. Og måske bliver alle kristne i fremtiden betraget som mennesker med et bizart verdensbillede. De kristnes tanker er allerede bizarre. Problemet er blot at man har indført en undtagelse i diagnose-systemet, så de slipper uden om en diagnose.

Konklusion
Som patient skal man være således være vågen, hver gang ordet bizar bliver brugt. Ordet kan bruges som et værktøj for psykiatere, når de skal beskrive en patient, og der er stor chance for at psykiateren bruger ordet, netop fordi det er muligt at udnytte det faktum, at ordet har en betydning for almindelige mennesker og en anden betydning som fagudtryk. Dette kan få en patient til at fremstå som mindre rask end han i virkeligheden er. Pas godt på dig selv.

Blue-printing

Lad mig starte med et eksempel på blue-printing. Forestil dig at du gerne vil køre rally-løb. Du har derfor brug for en bil du kan lave om til en rallybil, så du kan køre rally-løb. Du går så ud og køber en almindelig bil. Samtidig sikre du dig at du også får bilens specifikationer med ved købet. Spe-

cifikationerne skal du nemlig bruge til blue-printing. Blue-printing handler om at sikre sig at bilen rent faktisk lever op til de specifikationer som du har fået udleveret ved købet af bilen. Den eneste måde du kan sikre dig at bilen passer til de specifikationer du har fået udleveret er ved at skille hele bilen ad og så måle alle delene for at se om de nu også passer med specifikationerne. De dele, som ikke kan leve op til specifikationerne dem skifter du ud med dele som opfylder specifikationerne. Når du så er færdig med at samle bilen igen, så har du en bil som passer til de specifikationer der er på bilen. Nu kan du så gå i gang med at ændre på bilen, så den egner sig til rally. Du spørger nok hvad det har at gøre med retspsykiatri, men svaret er simpelt. Jeg mener at retspsykiatrien bør laves om, men før jeg kan lave den om, så er jeg nødt til at se om det der sker i retspsykiatrien nu også svare til de regler der er sat op for retspsykiatrien. Jeg er nødt til at lave blue-printing på retspsykiatrien. Jeg er nødt til at få retspsykiatrien til at passe med de regler som er gældende indenfor retspsykiatrien, før jeg kan gøre mig forhåbninger om at lave retspsykiatrien om. Jeg er således nødt til først at se på om man inden for retspsykiatrien følger de regler som er i fx lovgivningen. Hvis reglerne ikke bliver fulgt, så er jeg nødt til at sikre mig at alle regler bliver fulgt i retspsykiatrien. Ellers er det ikke muligt for mig at vurdere om reglerne for retspsykiatrien er gode nok, eller de trænger til at blive ændret. Først når jeg har sikret mig at reglerne bliver overholdt i retspsykiatrien, så kan jeg vurdere om retspsykiatrien fungerer tilfredsstillende, og de ting som ikke fungerer godt nok, de skal så laves om. Kort fortalt: Vi starter med en blue-printing af retspsykiatrien for at finde ud af om man i retspsykiatrien efterlever den gældende lovgivning. Når retspsykiatrien så overholder gældende lovgivning, så kan vi tage stilling til at lave retspsykiatrien om. Der findes efter min mening mange gode regler for retspsykiatrien, problemet er dog at retspsykiatrien ikke følger disse regler, og det er her arbejdet med en bedre retspsykiatri starter.

Bløde ting med tøj på?

På den afdeling hvor jeg bor, er der nogle bløde ting med tøj på! Når jeg står op om morgenen, så bevæger de sig allerede rundt i afdelingen med stor fart. Jeg har endnu ikke fundet ud af hvor det er de har så travlt med at komme hen, men straks de er væk så dukker de op igen og er nu med høj fart på vej et andet sted hen. Disse bløde ting har tøj på. Nogle af dem har lange ærmer, men jeg har ladet mig fortælle at ærmerne i virkeligheden skal være korte, men det lader ikke til at genere disse bløde ting. Nogle

gange når jeg jeg skal ned af gangen så er jeg nødt til at gå i slalom, for at undgå at støde ind i disse bløde ting. Nogle gange bliver jeg en lille smule bange, for nogle gange så følger de efter mig og kommer med underlige lyde, og de giver ikke op før jeg også siger nogle lyde til dem, så går de igen. Vi skal sidde sammen med de bløde ting hver dag inde i dagligstuen kl 11.30 og høre på deres lyde, mens nogle af dem peger ud på skyerne og vifter med armene. Jeg har lagt mærke til at disse bløde ting kan spise mad lige som os menneske-patienter. Nogle patienter har ikke noget imod bløde ting, mens andre patienter vil gerne være fri for dem. Jeg har lagt mærke til at nogle af de andre patienter kalder dem for personaler. Det første skridt, når man skal gøre ondt imod andre mennesker er at holde op med at se dem som mennesker.

BVC evaluering af patienten

Hvis du er indlagt på en lukket retspsykiatrisk afdeling, så er det meget sandsynligt at du bliver vurderet ved hjælp af en BVC. BVC står for Brøset Violence Checklist. Den er opfundet i Norge, og det er en enkelt lille liste med 6 punkter. Formålet med checklisten er at vurdere om patienten vil være voldelig indenfor de næste 24 timer. Du kan finde checklisten og en yderligere forklaring af checklisten på nettet. Den bliver som regel udfyldt 3 gange i døgnet i slutningen af hver vagt.

Bøjning af virkeligheden

Man kan fortælle en information på mange måder. Det er således at der i vores afdeling (P5, Nykøbing Sjælland) er hængt et skilt op med forskrifter fra brandmyndigheden. Det fremgår af skiltet, at der IKKE må være ophængt sprit i patientområder. Det fremgår ligeledes af skiltet at sprit KUN må forefindes i områder hvor der kun er adgang for personaler. Tirsdag den 28. april kl ca 11.30 blev patienterne ved et dagligt møde oplyst, at der fremover ikke længere vil hænge sprit i spisestuen. Vi blev ligeledes oplyst at fremover så skal patienterne møde op 5 minutter før måltidet og vaske hænder i stedet for mens personalet ser på. Vi fik at vide at grunden til at vi ikke længere måtte bruge håndsprit var fordi at der var blevet klaget over spritten som hang i spisestuen. Det er en meget interessant oplysning. Læg venligst mærke til at det jo var en overtrædelse af brandmyndighedens regler, at der hang

håndsprit i spisestuen, for spisestuen var jo et patientområde, og der må ikke hænge håndsprit i patientområder. Læg venligst mærke til at brandmyndighedens instruks hang synligt på væggen i afdelingen, men af en eller anden grund så havde personalet ikke læst den, eller også havde de valgt bevidst ikke at følge den. Læg til sidst også mærke til hvordan sagen blev fremlagt for patienterne. Patienterne fik at vide at der var klaget over spritten. Patienterne fik dog ikke at vide, at personalet i lang tid havde undladt at følge brandmyndighedens forskrift, som hang tydeligt fremme i afdelingen. Personalet har altså i deres forklaring af situationen valgt at fortælle om klagen og IKKE om personalets overtrædelse af forskriften fra brandmyndigheden. Der er tale om ansvarsfralæggelse. Personalet vil ganske enkelt ikke vedkende sig at de har lavet en fejl. Den her nævnte bøjning af virkeligheden finder konstant sted i retspsykiatrien. I retspsykiatrien ser personalet sig selv som perfekte og det kunne ikke falde dem ind at indrømme en fejl.

Catch-22 i retspsykiatrien

Beskrivelse
En catch-22 situation er en situation, hvorfra en person ikke kan slippe ud på grund af selvmodsigende regler.

Retspsykiatrien som eksempel
Hvis en rask person ved en fejl kommer ind i retspsykiatrien, så vil personen være i en catch-22 situation, da personen ikke vil være i stand til at komme ud af retspsykiatrien igen som en rask person. En rask person, som kommer ind i retspsykiatrien, vil være nødt til at erkende overfor overlægen at personen er syg, og at personen har brug for medicinsk behandling, selv om personen hverken er syg, eller har brug for medicin. Et konkret eksempel kunne være en person, som ved en fejl kommer ind i retspsykiatrien, selv om personen er rask. Denne raske person vil nu klage over at personen har fået en diagnose. Han klager nu til overlægen og andre forskellige instanser. Dette vil af overlægen blive betragtet som et tegn på psykisk lidelse, da personen tilsyneladende er kværulantforrykt. Den raske person udviser efter overlægens mening tegn på psykisk lidelse og personen får nu en diagnose, og tvinges til at spise medicin. Overlægens fejl er nu forsvundet. Den raske person er nu syg, og statistikken holdes derved på 100% og antallet af overlæge-fejl holdes ligeledes på 0% (ganske enkelt genialt). Hvis en rask person kommer ind i retspsykiatrien og vedkender at personen har en diagnose, så kommer personen ud af retspsykiatrien med

en diagnose. Hvis en rask person kommer ind i retspsykiatrien og klager over at overlægen siger at personen har en psykisk lidelse, så er personens klager i sig selv et tegn på at personen har en psykisk lidelse, og så kommer han også kun ud af retspsykiatrien med en diagnose. En rask person kan derfor KUN komme ud af retspsykiatrien med en diagnose (ganske enkelt uhyggeligt).

Spørgsmål
Men hvad er grunden til at der findes en catch-22 situation i den danske retspsykiatri?

Svar
Formålet med at overlægerne har opstillet det retspsykiatriske system på denne måde, skyldes det faktum, at overlægerne går utroligt meget op i deres personlige ære og selvfølelse. En overlæge vil føle sig utrolig flov, hvis der er nogen der tager overlægen i at lave en fejl. Svaret på dette problem for overlægerne er derfor at opstille et system, hvor det ikke vil være muligt at tage overlægen i at lave en fejl. Rent praktisk kan dette godt lade sig gøre og det er sådan den danske retspsykiatri fungerer den dag i dag (år 2014). MEN rent teoretisk, så lugter systemet langt væk.

Fejlprocenten er nul?
Den nuværende retspsykiatri sikre overlæger imod at blive opdaget i at lave det man kalder for en type-2-fejl (fejl hvor man kommer til at erklære en rask person for syg). Det er mit indtryk at antallet af type-2-fejl i retspsykiatrien er 0%, hvilket er en god indikation på at der nok er noget galt i retspsykiatrien. Jeg finder det usandsynligt at overlæger i retspsykiatrien skulle være i stand til at stille den korrekte diagnose i 100% af alle tilfælde, og at 100% af alle personer, der overføres til retspsykiatrien har en psykisk lidelse. Det er statistisk usandsynligt. Da retspsykiatrien har en konstruktion, der medfører at der tilsyneladende bliver lavet 0% fejl, så er dette en god indikation på at der er fejl, der ikke bliver opdaget. Da man i Region Sjælland har en regel om at man ikke erklærer personer i retspsykiatrien raske, men derimod forventer af alle patienter at de 'frivilligt' skal erkende, at de har en diagnose og acceptere medicinsk behandling, så er dette også et tegn på at man har opsat et retspsykiatrisk system, der udelukkende har til formål at sikre man i retspsykiatrien altid har en sygdoms-procent på 100%.

Helbredelses-procenten i retspsykiatrien er 0% i Region Sjælland. Det er tale om et system der har en sådan konstruktion, at overlæger i retspsykia-

trien fremstår perfekte. Men hvor mange mennesker kender du selv, som er perfekte og aldrig laver fejl? I henhold til Bayes' theorem, så skal man altid være kritisk når et system har en sikkerhed på 100%, da en så høj sikkerhed som regel kun kan lade sig gøre, fordi der er en fejl ved systemet. Der findes ingen systemer indenfor verdens videnskaber, der kan siges at være 100% korrekte. Hvis man støder på et sådan system, så er der stor chance for at det indeholder en fejl. Den danske retspsykiatri's tilsyneladende ufejlbarlighed er i sig selv et bevis på at den med stor sandsynlighed inderholder fejl.

Spørgsmål 1
Det store spørgsmål der står tilbage, er hvorfor der ikke er interesse for at rette denne fejl?

Spørgsmål 2
Er der mon andre end overlægerne der drager fordel af retspsykiatriens kunstige ufejlbarlighed, eller er danskerne bare ligeglade med mennesker i den danske retspsykiatri?

Spørgsmål 3
Er det fordi at de fleste danskere tror på "teorien om den retfærdige verden", og at danskerne mener, at de mennesker som er i retspsykiatrien også fortjener at være i retspsykiatrien?

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Catch-22_%28logic%29 (engelsk version)

Chimpanser i psykiatrien!

Nogle synes måske at jeg kun skriver om personale, så her er en tekst om patienter. Jeg har nu været indlagt i mere end 4 år, og jeg har i denne tid oplevet flere patienter som havde tydelig chimpanse-adfærd. Men hvad er så lige chimpanse-adfærd? For at undgå at artiklen bliver for lang, så vil jeg kun omtale en lille del af chimpansernes adfærd. Chimpanser lever i grupper. I en sådan gruppe vil der være en leder, en såkaldt alfahan. Når han-chimpanserne konkurrerer om at blive alfahan, så gør de brug af forskellige former for adfærd. En han-chimpanse som gerne vil være alfahan, vil prøve på at gøre sig så stor og fyldig som muligt. En ofte brugt teknik er at fare rundt blandt gruppens medlemmer og lave en frygtelig

masse støj, for at vise at man fylder meget. Mennesker kan også godt finde på at lave støj. Nogle mennesker som laver støj, gør det af samme grund som chimpanserne, nemlig for at prøve på at blive lederen i deres miljø. Det er dog ikke al støj, som mennesker laver, der er chimpanse-adfærd. Hvis en person sidder og hører radio, og der kommer en melodi, som personen godt kan lide, og derfor skruer højt op for lyden, så er det ikke chimpanse-adfærd. Der er bare tale om en person som hører en melodi som personen kan lide. Chimpanse-støj har en mere kronisk karakter, og det som er interessant er, at lydene bliver brugt med det formål at fylde i rummet omkring personen. Chimpanse-støj er således ikke nødvendigvis en høj lyd, som personen selv nyder at høre på. Støjen er i stedet for et værktøj som bruges med det formål, at fylde i omgivelserne, for at vise at man er stor.

Et godt eksempel på chimpanse-støj er følgende: En person skruer op for lyden på sit fjernsyn, og forlader så sit værelse uden at lukke døren efter sig. Nu står fjernsynet og fylder personens værelse med personens støj. Støjen kan også hørers langt ned af gangen. Personen går nu ned i stuen og tænder for radioen og skruer op, hvorefter personen forlader stuen for at gå ud og ryge. Det er sandelig chimpanse-adfærd. Personen udtrykker absolut ingen interesse for den støj personen selv laver. Personen bruger udelukkende støjen som et værktøj, så personen kan fylde så meget som muligt i sine omgivelser med det formål at vise at personen er stor. Visse personer med chimpanse-adfærd, kan også godt finde på at gå rundt i afdelingen og selv lave høje lyde i form af brøl, skrig eller lignende. Mange ser personens underlige lyde som personens forsøg på at lave sjov og ser ikke at lydende i virkeligheden handler om at få magt over omgivelserne. Hvis man spørger en sådan person om hvorfor personen støjer, så fortæller personen sikkert at personen godt kan lide musik. Problemet er bare, at det ikke er hele sandheden. Hvis man spørger personen om hvorfor personen går rundt og laver høje lyde med munden, så er det usikkert om personen vil give et svar.

Det er på samme måde som med sex. Hvis man spørger mennesker om hvorfor de har sex, så vil de fleste sige, at det er fordi at det er sjovt. Det er bare ikke hele sandheden. Sex opstod med det formål at sikre at racen kan leve videre gennem forplantning, og det kræver at hannerne gør hunnerne gravide, og får afkom. Den virkelige sandhed om hvorfor mennesker har sex er altså, at vi gør det for at få børn. At vi så har det sjovt undervejs, det er en anden sag. Det er på samme måde med chimpanse-adfærden. Den virkelige årsag til at personen støjer, er skjult for personen selv. Personens

virkelige mål er at blive lederen i afdelingen. Det er dog nyttelyst som patient på en psykiatrisk afdeling at prøve på at blive alfa-han. Der er dybest set kun to muligheder. Den ene er at være patient, og den anden er at prøve på at blive den nye leder. Personen prøver altså på at blive den nye overlæge ved at genere de andre patienter med støj. Menneskets nærmeste slægt er Chimpanserne og Bonobo'erne. Hvis man skal holde hele denne artikel på abe-planet, så ville det være en god idé at prøve på at få disse 'chimpanser' til skifte adfærd, så de i langt højere grad får samme adfærd som Bonobo'er, da de kun har få interne uoverensstemmelser og langt mindre aggression iblandt de enkelte individer i gruppen. Bonobo'er er meget sociale og meget venlige overfor hinanden sammenlignet med Chimpanser. Færre chimpanser på afdelingerne - tak!

CYP-test

Nogle mennesker reagerer meget kraftigt på antipsykotisk medicin. Andre mennesker reagerer derimod næsten slet ikke. 80% af alle mennesker ligger i et normalområde. De sidste ca 20% ligger derimod i et område, hvor de har enten meget svært ved at nedbryde medicin, eller også nedbryder de medicinen meget hurtigt. Hvis du er en patient som har et meget stort ubehag ved den medicin du spiser, så kan det skyldes at du nedbryder medicinen meget langsomt eller meget hurtigt. Det er muligt at finde ud af om du har en normal nedbrydning af medicinen eller om din nedbrydning af medicinen er meget hurtig eller meget langsom. Dette gøres ved hjælp af en CYP-test. En CYP-test er en gentest. Den viser hvilke enzymer din krop fremstiller, samt i hvor store mængder du har disse enzymer i din krop. Hvis din krop har meget få eller særligt mange enzymer i en bestemt gruppe af enzymer (cytokrom p450), så vil din krop reagere uhensigtsmæssigt på visse mediciner. Forskellige mediciner bliver nedbrudt af forskellige enzymer. Ved at finde ud af hvilke enzymer din krop producere vil det derfor være muligt for dig at finde ud af om du kan tåle en medicin eller ej. Det undre mig, at jeg aldrig har hørt patienter tale om denne test, for den kan have en meget stor betydning for medicineringen af ca 20% af alle patienter. Hvis du har stort ubehag af din medicin, så skal du tale med din overlæge om at få foretaget en CYP-test, da den muligvis kan fortælle dig, hvorfor du reagerer dårligt på din medicin. Hvis du spiser mere end en antipsykotisk medicin på samme tid, så er testen også en god idé, da visse mediciner bliver nedbrudt af det samme enzym. Hvis alle dine mediciner bliver nedbrudt af det samme enzym, så svarer det i virkeligheden bare til

at du får et af præparaterne i dobbelt dosis, og du bør derfor straks trappes ud af en del af din medicin. Som patient i retspsykiatrien er det dig selv, der skal sørge for at du har det godt. Du skal som patient ikke forvente at andre er interesseret i hvordan du har det.

Yderligere læsning: Rutinebrug af CYP-test ved antipsykotisk behandling, 2012, Sundhedsstyrelsen

DSM-5

Efter at have læst DSM-5, vil jeg gerne komme med mine kommentarer til bogen. Der kan siges utroligt meget om DSM-5, men jeg vil i denne tekst kun gøre det ganske kort. DSM-5 er en bog, som mange mennesker har en mening om, men som det tilsyneladende kun er de færreste, der har læst. Det har taget mig mere end 5 uger at komme igennem dette store værk. DSM-5, står for Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 5. udgave. DSM-5 er lavet af APA, American Psychiatric Association, og er det diagnose-værktøj man bruger i USA og enkelte andre lande, til diagnostisering af psykiske lidelser (mental disorders). Læg mærke til at overskriften ikke indeholder ordet 'sygdom', men blot ordet 'disorder', som i øvrigt betyder 'forstyrrelse'. Der er således ikke tale om en bog eller oversigt over sygdomme, men altså blot forstyrrelser. Dette er også det rigtige at gøre, da der ikke findes psykiske sygdomme, men blot lidelser og forstyrrelser. (Så hold venligt op med at tale om psykiske sygdomme). Overskriften indeholder også ordet 'statistik', hvilket dog er en anelse underligt, da bogen ikke indeholder een eneste statistik. Det første der slår mig er dens utrolige omfang. Ikke mindre end 947 sider og 1.524 gram - en sand moppedreng. Dette skal sammenlignes med WHO's ICD-10 på dansk (kun om F-diagnoser), som er på 254 sider og blot 312 gram. Den er nærmest en lille lommebog sammenlignet med DSM-5. ICD-10 er det diagnose-system vi bruger i Danmark. Jeg har læst indledningen. Den giver indtryk af et sobert værk. Der sker mange forkerte ting i psykiatrien rundt omkring i hele verden, og det er mit indtryk at dem der laver DSM virkelig prøver på at gøre et godt arbejde. DSM-5 er et utroligt omfattende værk, som dækker over et meget stort område. Det er mit indtryk, at en meget stor del af fejlene indenfor psykiatrien opstår, når den enkelte psykiater eller læge, skal prøve at få mening ud af DSM-5. Hvis ikke man til fulde forstår DSM-5, så bliver den mening man får ud af bogen utrolig subjektiv. Dette bevirker at forskellige psykiatere får et ganske fordrejet billede af hvad det vil sige at have en psykisk forstyr-

relse. Jeg er overrasket over at man har prøvet på at opstille indholdet i DSM-V på en sådan måde, at det er lettere at sammenligne indholdet med indholdet af den nye ICD-11, som tilsyneladende forventes at udkomme i løbet af 2017. En del af grunden til af DSM-5 er så stor som den er, er at man har opstillet den på en sådan måde, at en stor del af bogens informationer overlapper informationer andre steder i bogen. Det har taget ca 12 år, at lave DSM-5. DSM startede i 1844 som et statistisk værktøj med det formål at få en oversigt over de patienter som var indlagt på psykiatriske hospitaler rundt omkring i USA. Nu til dags står der ikke noget særligt om statistik i DSM, men man bruger stadig ordet 'statistik' i bogens titel. En ting, som er underligt ved DSM-5, er at den kun tager højde for personer som simulerer at være syge (Malingering). Den tager således ikke højde for personer, som dissimulerer, altså personer som prøver på at skjule sygdom. Hvorfor er dette emne ikke relevant i USA? Man lægger i DSM-5 op til, at der skal være diagnoser, for forstyrrelser med meget svage symptomer. Man lægger nærmest op til, at der skal være et nyt område mellem de raske og dem med lidelser og forstyrrelser. Disse nye diagnoser er utroligt brede og bløde, da de kan føre til mange forskellige egentlige lidelser hvis personen får det dårligere. Men mange af de personer som passer ind i disse nye diagnoser lever faktisk hele deres liv uden nogen sinde at få behov for at besøge en læge eller psykiater. Man kan måske så undre sig over hvorfor man skal have en diagnose for disse mennesker. Det ville i mine øjne være mere korrekt, hvis man anerkendte disse personers tilstand uden at give det en diagnose. Symptom kontra tegn (side 830). Jeg kan godt lide, at APA har valgt at foretage en præcisering af hvad det egentlig er man bruger som grundlag for en diagnose. Ifølge DSM-5 er et SYMPTOM noget man får oplyst af patienten, og hvis lægen kan se noget ved patienten, så kaldes det for et TEGN på en psykisk lidelse. Så er det også lettere at forstå, når man læser en journal over en patient, når man kan se hvilke informationer man har fra patienten selv og hvilke der er observeret af lægen. Herfra kan man så konkludere at et syndrom er en samling af tegn og symptomer på psykisk lidelse. Efter at have læst DSM-5 (og ICD-10), er det mit indtryk at stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter ikke skal findes i diagnose-systemerne. Det er mit indtryk, at stigningen skal findes hos de psykiatere, som laver mentalundersøgelserne. Psykiaternes opfattelse af 'normal' har ændret sig med tiden på en sådan måde, at det er sværere at opfylde kriterierne for at være 'normal'. Det er også mit indtryk, at psykiatere generelt har svært ved at overskue diagnose-systemerne, og de fejler, når de vurderer om et kriterium er opfyldt. Når jeg ligeledes ser mig omkring i retspsykiatrien og vurderer de patienter som er indlagt, så er det mit

indtryk, at de faktisk ikke fejler noget særligt, og at de bliver overbehandlet ganske betragteligt. Vedrørende ADHD: Det slår mig, når jeg læser om diagnosen ADHD, at den ser ud til rent faktisk at være en relevant diagnose. Jeg finder altså ikke noget i selve diagnosen, som virker forvrænget eller urealistisk. Jeg har hørt mange tale om, at ADHD-diagnosen slet ikke findes i virkeligheden. Jeg har en opfattelse af at diagnosen er OK. Jeg har dog OGSÅ den opfattelse, at der med stor sikkerhed er alt for mange mennesker, som får denne diagnose. Grunden er den, at de psykiatere som skal stille en diagnose efter DSM-5 ikke har tilstrækkeligt kendskab til psykiske lidelser og derfor ofte komme til at stille en diagnose, hvor der i virkeligheden slet ikke er nogen diagnose at stille. Fejlen er således hos de psykiatere, der stiller diagnoserne. Det skal også lige bemærkes at diagnosen ADHD ikke findes i Danmark, da den ikke er en del af ICD-10. Jeg har dog også kritik imod DSM-5. Delusional Disorder (Enkelt paranoia ICD-10 F22) side 90: En af de ting man kan sige om en person med delusional disorder er: ”at patienten tror at han har en speciel indsigt i noget eller at han tror at han har gjort en stor opdagelse”. Det er nu underligt at dette kan høre ind under psykisk lidelse. Jeg har svært ved at forstå hvad vi så gør med alle de mennesker som fx har modtaget en Nobel-pris for deres store indsigt eller opdagelser. Hvordan skal vi dog nogen sinde i fremtiden opnå stor indsigt eller lave nye opdagelser hvis det nu er en psykisk lidelse at have denne egenskab? Er klogskab blevet en sygdom? Og er klogskab virkelig noget der skal ’kureres’? Og hvad skal disse mennesker så eventuelt laves om til? Er APA mon ude på at udrydde Flynn effeckt? DSM-5 er blevet beskyldt for at indeholde mange flere diagnoser end den tidligere DSM-IV. Samlet set dækker DSM-5 ikke rigtigt over flere diagnoser end DSM-IV. Grunden til at der findes flere diagnosekoder i DSM-5 end i DSM-IV skyldes at diagnoserne i DSM-IV var nogle generelle diagnoser, hvortil psykiateren så kunne skrive bemærkninger til diagnosen om dens særlige karakteristik. Disse forskellige former for karakteristik har nu fået hver deres nummer i DSM-5. DSM-5 og DSM-IV dækker således over stort set de samme forstyrrelser. Der er bare flere forskellige forstyrrelser som har fået deres eget nummer i DSM-5. Jeg er absolut ikke enig med forfatternes opfattelse af hvornår en tilstand er fobisk. Dette skyldes at forfatterne putter for mange forskellige ting ind under fobi og kalder det for en lidelse, når det måske slet ikke er en lidelse, men blot en naturlig reaktion på noget man tidligere har oplevet. Jeg kan dog godt delvis forstå problemet, for reelle fobier og naturlige reaktioner kan komme til udtryk på stort set samme måde, hvilket gør det utroligt svært at se forskel. Det er mit generelle indtryk af DSM-5 at bogens indhold har en god struktur, der gør indholdet let at forstå. Mange diagnoser ligner hinan-

den utroligt meget. Man har derfor gjort en del ud af at beskrive forskellen mellem de forskellige diagnoser, så diagnostisering bliver lettere. Der er dog stadig situationer, hvor det kan være utroligt svært at komme med den rigtige diagnose til en patient. Det er flere steder beskrevet om man mener der finder over-diagnostisering eller under-diagnostisering sted, for en given diagnose. Når man ser på bogens store omfang, så skal man lægge mærke til at DSM-5 også indeholder diagnose-koder som iht ICD-10 ikke starter med bogstavet F. Det skal forstås på den måde, at DSM-5 også indeholder diagnoser på lidelser som ikke egentlig bliver betragtet som psykiske lidelser i ICD-10. DSM-5 indeholder udelukkende beskrivelser af forskellige psykiske lidelser, da man ikke kender den præcise årsag til at psykiske lidelser opstår. Den indeholder heller ikke forslag til behandling af disse lidelser. Der findes både medicinsk og ikke-medicinsk behandling af psykiske lidelser, men DSM-5 tager ikke stilling til disse behandlingsmetoder. Det kunne være rart, hvis der fandtes en oversigt over forskellige behandlingsmetoder og deres fordele og ulemper. Jeg kender dog ikke til opslagsværker af denne art. DSM-5 gælder ikke i Danmark, men jeg kan personligt anbefale dig at læse bogen hvis du vil have en større forståelse for hvad det vil sige at have en mental forstyrrelse. Det er en stor bog, og det tager tid at komme igennem den, men jeg er selv meget tilfreds med at have læst bogen, da min indsigt i psykiatrien har fået et pænt skub i den rigtige retning.

David Rosenhan og hans forsøg: ”being sane in insane places”.

Lad mig starte men konklusionen:

> Retspsykiatrien er ingen vegne kommet de sidste 44 år.

I 1969-1970 lavede David Rosenhan et eksperiment. Han lod 8 raske personer (heriblandt ham selv) indlægge på 12 forskellige hospitaler i Amerika. Han ville undersøge om psykiaterne var i stand til at opdage at disse personer var raske. Efter ca ½ år var alle personerne udskrevet igen. Ingen af hospitalerne opdagede at patienterne faktisk var raske mennesker, som havde ladet sig indlægge. Han offentliggjorde sin rapport i 1973 og hele lægestanden blev sur på ham, fordi han havde lavet forsøget uden at sige det til nogen. Rosenhan’s konklusion på hans undersøgelse var at overlæger var nærmest uden evne til at se om en person var rask eller ej. Når først en

person var indlagt, så var personen bare syg, og ingen satte spørgsmålstegn ved om en person som var indlagt kunne blive rask igen. Når først en person havde fået en diagnose, så var den ikke til at slippe af med igen. Efter at have været mere end 4 år i retspsykiatrien er det mit indtryk at intet har ændret sig siden 1970. Det er utroligt, at en undersøgelse i 1973, efter 44 år stadig ikke har ført til ændringer i den danske retspsykiatri. Det er min personlige konklusion indtil videre, at helbredelses-procenten i den danske retspsykiatri er på 0%. Det er mig ganske ubegribeligt at denne viden ikke har ført til ændringer i dansk retspsykiatri. Det er derfor jeg skrevet denne tekst, så denne viden ikke forsvinder helt ud i intetheden.

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Rosenhan_experiment (lang engelsk version)
http://da.wikipedia.org/wiki/Rosenhan-eksperimentet (kort dansk version)

De spiser patienternes mad

Hvis der er en udtalelse jeg har hørt mange gange fra andre patienter, så er det at personalet spiser patienternes mad. Lad mig prøve at forklare situationen. Førhen var det således at når patienterne skulle spise (fx aftensmad), så skulle der være personale til stede ved bordet. Dette var for at sikre at der ikke opstod uheldige situationer mens personalet var fraværende. Reglerne på dette tidspunkt var således, at personalerne ikke havde ret til at spise af den mad som blev serveret for patienterne. Der skete derfor ofte det, at mens patienterne sad og spiste, så sad personalet bare ved bordet uden selv at spise, og de sad bare og kikkede på at patienterne spiste deres mad. Der var en del patienter der fandt dette ubehageligt. Det endte med at man besluttede at indføre noget som man kaldte for pædagogkost. Det blev besluttet at en eller flere personaler skulle deltage med måltiderne sammen med patienterne. Disse personaler fik så lov til at spise af den mad som blev serveret til patienterne. Der blev så bestilt ekstra mad hjem til disse personaler. Det er således korrekt at de spiser med af den mad som bliver serveret for patienterne, men der bliver samtidig også bestilt ekstra mad til måltiderne. Der er dog forskel fra region til region hvor meget mad man bestiller til pædagog-kost. Jeg har således læst, at visse steder i Jylland, der bliver kun bestilt en enkelt ekstra portion mad til hver måltid som pædagogkost uanset hvor mange personaler der deltager ved måltidet. hvis der således deltager to personaler ved måltidet, så skal de deles om et enkelt måltid, men jeg kan formode at det kan være svært at holde denne regel. Formålet med pædagogkost er således at gøre spi-

sesituationen mere naturlig, og jeg synes personligt at det er en god idé med denne pædagogkost. Der er dog bare situationer hvor det går galt. Da jeg var indlagt i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland), så oplevede jeg ofte at der ikke var personale med ved måltidet. Personalet kunne samtidig godt finde på at sige til patienterne, at der også skulle være pædagogkost til personalet. Især i de situationer hvor der var patienter der ville have mere mad, og der også var mere mad på vognen. Personalerne kunne så godt finde på at tage den sidste mad med ind på kontoret og spise den mens de øvrige personaler spiste deres egen mad. Det må da se underligt ud for en patient, at patienten er sulten og beder om mere mad, og der også er mere mad på vognen, men at personalet så nægter patienterne mere mad, og så efterfølgende tager maden med ind på kontoret for at spise den sammen med de andre personaler. Formålet med pædagogkost er netop at sikre at personalet kan spise sammen med patienterne. Hvis personalet undlader at spise sammen med patienterne, men bare i stedet for tager den med ind på kontoret, så handler personalet ikke korrekt. Formålet med pædagogkost er ikke at give personalet mad i arbejdstiden. Formålet med pædagogkosten er derimod at give en mere naturlig spisesituation. Hvis personalet tager maden med ind på kontoret, så fremmer det ikke ligefrem kommunikationen mellem personale og patienter. En sådan handling skaber splid, og det er personalet der i denne situation udviser dårlig opførsel. Jeg vil dog give patienterne ret i at der findes personaler der spiser patientmad. Da jeg var indlagt i Pilehus, så havde vi en mandlig personale, der konstant gik ud i køkkenet for at spise ostemadder, og det var ikke noget der bare skete en gang imellem, det var noget der skete næsten hver gang han var på vagt. Jeg har også været på en afdeling, hvor vi havde en vagtlæge, som gik ud i vores køkken og spiste yoghurt næsten hver gang han kom på besøg i vores afdeling. Jeg har da også undret mig flere gange når vi havde julefrokost. Hvordan kunne det være at når vi havde julefrokost, så vrimlede det pludselig med personale i afdelingen som skulle med til julefrokost. Sidste år (julen 2014) holdt vi dog ikke nogen julefrokost i afdelingen. Vi fik den begrundelse, at ledelsen pludselig var blevet uenige om hvilken konto der skulle bruges i regnskabet. Jeg undre mig over problemet, for vi har da holdt julefrokost i afdelingen de forrige 4 år uden problemer. Nå, men sådan er der så meget.....

Deeskalering

Det er jo en god idé at lære personaler at undgå at der opstår konflikter på afdelingen mellem personalet og patienterne, men der er en bagside af

medaljen, som personaler nok ikke rigtig har lyst til at erkende. De to ord *krise og udvikling* er på kinesisk faktisk det selv samme ord, og det er der en god grund til. Hver gang man står i en krise, så har man nemlig også chancen for udvikling. Men hvis man som personale hele tiden undgår kriser mellem patient og personale, så undgå man derved også på samme tid udvikling. Dette fører til et at de helt store paradokser i retspsykiatrien. Personalet i retspsykiatrien har på den ene side den holdning at patienterne skal hjælpes. Men på den anden side så mener personalet også at personalet nærmest for enhver pris skal undgå konflikter mellem personalet og patienterne. Men det er i netop konflikterne at man som personale har mulighed for at påvirke en patient til en bedre adfærd. Personalet har lært om noget der hedder deeskalering. Deeskalering handler om hvordan man kommer ud af tilspidset situation på bedst mulig måde. Det kan være at der opstår en situation mellem en personale og en patient. Det er så personalens opgave at undgå at situationen bliver værre end den allerede er, og det handler om at få "afmonteret" den uheldige situation. Det er dog et problem med personalets overdrevne brug af deeskalering. Engang imellem så opstår der en situation hvor en patient opfører sig forkert. Personalet har så den strategi at i stedet for at konfrontere patienten med det som patienten har lavet forkert, så gør personalet alle mulige krumspring for at komme så hurtigt så muligt ud af den uheldige situation. Problemet med denne fremgangsmåde er faktisk i strid med personalets egne målsætninger. Personalet har den holdning at patienterne har brug for hjælp, men samtidig så flygter personalet fra krisen hver gang den opstår. Problemet er at netop i krisen er der mulighed for at hjælpe patienten og lære patienten en bedre måde at handle på. Hver gang man flygter fra en krise ved hjælp af deeskalering, så mister man derved også samtidig muligheden for at hjælpe en patient igennem en uheldig situation. Personalet har den holdning på de retspsykiatriske afdelinger at det er meget vigtigere konstant at deeskalere uheldige situationer end det er at tage konflikten med patienten og få løst problemet så det ikke opstår igen en anden dag. Virkningen af en sådan strategi er at der selvfølgelig ofte vi være ro på afdelingen. Prisen for denne ro er dog at patienterne ikke bliver hjulpet, til trods for at personalet netop er ansat til at hjælpe patienterne, og det er i sig selv et stort paradoks. Medaljen har to sider. På den ene side opnår personalet ro på afdelingen ved hjælp af konstant brug af deeskalering, på den anden side, så hjælper personalets flugt fra konflikterne netop IKKE patienterne. Da patienten ikke får aktiv hjælp men nærmest bare bliver holdt i ro på afdelingen, så er denne personale-strategi med til at forlænge patienternes ophold på afdelingen unødigt, da patienten jo netop ikke får hjælp men bare bliver overladt til sig selv. Paradokset er at perso-

nalet har den illusion at de på samme tid kan undgå konflikter og hjælpe patienten. Virkeligheden er at personalet har foretaget et valg. Personalet har valgt at det er vigtigere at have en rolig afdeling end det er at hjælpe patienterne hver gang der er en konflikt. Uden konflikter er der heller ikke nogen udvikling. Min egen plejeplan indeholder et godt eksempel på dette paradoks. Det fremgår af min plejeplan at jeg skal rettes i min tankegang da jeg har en ejendommelig tankegang. Det interessante er dog at jeg endnu aldrig er blevet rettet i min tankegang. Grunden er simpel. Hvis personalet henvender sig til mig med det formål at rette mig i min tankegang, så kan der jo let opstå en konflikt, og da det er vigtigere for personalet at undgå konflikter, end det er at rette mig i min tankegang, så vælger personalet derfor at lade være med at henvende sig til mig med henblik på at rette min tankegang. Problemet med denne tankegang og fremgangsmåde er at den jo så er i strid med den plejeplan som netop personalet har udfærdiget for min pleje og behandling.

Del og hersk

Hvorfor man forhindre patienter i at tale med hinanden og have nærkontakt. Personalet er godt klar over at sammen er man stærkere. Det er derfor at personalet på en retspsykiatrisk afdeling bruger meget tid på at tale sammen om hvordan de skal opføre sig overfor patienterne. Personalet er godt klar over at hvis patienterne går sammen imod personalet, så vil der ikke være ret meget de kan gøre overfor patienterne. På det rent fysiske plan, så skal man huske på at på de fleste retspsykiatriske afdelinger i Danmark, så vil der typisk være et sted mellem 8 og 14 patienter på en afdeling, men der vil kun være 3 til 4 personaler på en sådan afdeling. Hvis patienterne på en sådan lukket afdeling blev enige om at overfalde personalet, så ville personalet ikke være i stand til at gøre modstand, af den simple grund, at der jo er mange flere patienter end personaler. 'del og hersk' er noget der stammer helt tilbage fra romerne, hvis ikke tidligere. Hvis man er en magtenhed som er omringet af en magtenhed som er større end en selv, så vil det bedste man kan gøre være at prøve på at skille fjenderne, så de ikke længere handler sammen imod dig men derimod hver for sig. Dette føre til at man kan regere over en fjende som i virkeligheden er større end en selv, alene af den grund at fjenden ikke står samlet. Personalet gør mange forskellige ting overfor patienterne, for at forhindre at patienterne finder sammen overfor personalet. En af de første ting de gør er at forhindre at patienterne har mulighed for at tale sammen i fred. Dette gøres ved at forhindre patienterne i at få mulighed for at være sammen

uden at personalet kan se dem. Helt konkret gøres dette ved at indføre en regel om at patienter ikke må gå ind på hinandens stuer og være sammen. På denne måde sikre personalet sig at patienterne kun kan være sammen en sted hvor personalet kan overvåge dem. Hvis personalet får mistanke om at patienterne taler om noget som kan være en trussel i forhold til personalets magt, så griber de ind og skiller patienterne fra hinanden. Hvis to patienter, fx en mand og en kvinde får følelser for hinanden på en psykiatrisk afdeling, så vil man også gøre hvad man kan for at skille dem ad. Hvis nu en mandlig og en kvindelig patient får følelser for hinanden, så vil der ske det at de vil begynde at beskytte hinanden imod personalets uretfærdigheder. Hvis der fx opstår en situation hvor kvinden kommer i en konflikt med personalet, så vil hendes ven eller kæreste jo automatisk prøve på at beskytte hende, og så har personalet ikke bare en umedgørlig patient, men pludselig to umedgørlige patienter. Det gælder derfor for guds skyld om at holde patienterne adskilt fra hinanden, så personalet har så lidt problemer at slås med som muligt. Hvis man ser på personalet så er de ens på det plan, at de er friske, de er ikke lukket inde, de kan komme og gå som det passer dem og de bruger meget tid på at tale sammen om deres situation og patienterne. Patienter er derimod meget forskellige, de har meget forskellige døgnrytmer og er psykisk meget forskellige. Man har altså to grupper af mennesker overfor hinanden, hvor den ene gruppe er meget homogen, og den anden er enormt spredt. Det giver personalet en stor magt og patienterne en meget lille magt. Retspsykiatrien er ikke interesseret i stærke patienter, for stærke patienter vil hurtigt finde sammen og blive endnu stærkere. Derfor skal patienter behandles på en sådan måde, at de bliver svage patienter. Den bedste måde at gøre en patient svag på er ved at give ham så tilstrækkelig meget medicin, at han ganske enkelt ikke han gøre noget som helst andet end at sove og spise. En sådan patient er ikke nogen trussel overfor personalets magt. Men er det virkelig det vi ønsker at gøre over for patienter? Målet var jo egentlig at hjælpe patienten, men nu er målet i stedet for blevet at have magt over patienten. Personalet bruger ofte en form for udmattelses-strategi overfor en patient, for at få han til at gøre som de ønsker han skal gøre. De presser patienten igen og igen, indtil han bryder sammen og gør som de siger. Man kan sige at der er tale om en form for gruppepres overfor patienten. Det er en meget effektiv strategi, men den er også meget interessant, for den virker begge veje. Hvis en patient beslutter sig for at gøre noget bestemt overfor personalet og gør det igen og igen og igen, så vil han til sidst kunne få personalet til at bukke under for hans pres. Personaler er jo trods alt bare mennesker på samme måde som patienterne. Jeg har selv oplevet en medpatient, som havde fået den ide at sidde ved en bestemt plads ved bordet, selv om man på de fleste

afdelinger har den regel at der ikke er faste pladser. Nogle gange når han kom ud til bordet, så var der en personale der havde sat sig ved hans plads. Han gik så ganske enkelt hen til denne personale og bad om at få sin plads og han blev stående og blev ved med at bede om sin plads indtil personalet rejste sig og satte sig et andet sted. Det er faktisk lige så let for en patient at få en personale til at bukke under, som det er for en personale at få en patient til at bukke under. Forskellen ligger i at personalerne ved at det virker overfor patienterne, men det er kun de færreste patienter der ved at de kan få en personale til at bukke under, derfor prøver de kun sjældent. For mig handler det om at oplyse patienter om disse forhold, så der kan blive en mere lige balance i magtforholdet mellem patienter og personale. Personalets magt over patienterne medfører ofte at de vælger en magtstrategi overfor patienten. Hvis nu man kom i en situation hvor patienter og personaler var lige stærke, så ville magten ikke længere være en afgørende faktor. Så ville man pludselig komme i en situation, hvor man ville blive nødt til at forhandle med patienterne i stedet for at udøve magt over dem. Der findes faktisk mange måder hvorpå man kan fratage personalet deres magt, men det vil jeg komme ind på senere.

Den bedre løsning

En lille metafor om retspsykiatrisk behandling. Hvis en psykiater har en patient, som har et problem, så nytter det ikke at psykiateren fortæller at patienten har et problem. Hvis en patient har et forkert verdensbillede, så nytter det ikke at psykiateren fortæller patienten, at patientens verdensbillede er forkert, for patienten har brug for det verdensbillede til at opretholde sit liv. Den eneste måde psykiateren kan få patienten til at give slip på sit verdensbillede, er ved at tilbyde patienten noget som er bedre end det verdensbillede patienten allerede har, og så vil patienten give slip af sig selv og tage imod det som psykiateren tilbød patienten. Det lader til at man ikke har denne fremgangsmåde i retspsykiatrien. Her tvinger man i stedet for patienterne til at ændre adfærd.

Her kommer så selve metaforen
Forestil dig at patientens verdensbillede er dårligt. Vi kunne kalde patientens verdensbillede for den tømmerflåde som patienten klamre sig til for ikke at drukne. Det kan godt være at den tømmerflåde som patienten klamre sig til ikke er nogen særlig god tømmerflåde, men så længe patienten ikke har andet at holde fast i, så vil patienten blive ved med at klamre sig

til denne tømmerflåde, bare for at undgå at drukne. Her kommer overlægen så ind i billedet. Overlægen kan godt se at patienten klamre sig til en dårlig tømmerflåde. Det bedste overlægen kan gøre er at få patienten væk fra den dårlige tømmerflåde. Der er dog et lille problem for overlægen og patienten. Både overlægen og patienten ved at tømmerflåden er dårlig. Hvis patienten bare opgiver tømmerflåden så falder patienten i vandet og drukner. For at patienten skal kunne slippe væk fra den dårlige tømmerflåde, er overlægen nødt til at tilbyde patienten et bedre fartøj til patienten. Det kunne være en pæn lille båd. Nu vil patienten være i stand til at forlade sin utilstrækkelige tømmerflåde uden at drukne og sejle væk i en lille båd. I retspsykiatrien er situationen derimod en anden. I retspsykiatrien er overlægen ligeglad med patienten. Det er overlægens opgave at få patienten væk fra den dårlige tømmerflåde uanset om der er noget andet patienten kan sejle i eller ej. I retspsykiatrien bliver patienten revet væk fra sin dårlige tømmerflåde og ganske enkelt smidt i vandet. Det er korrekt, at patienten jo ikke længere klamre sig til en dårlig tømmerflåde, men har det medført en bedre situation for patienten? Nogle patienter vil med tiden blive træt af at svømme rundt og de vil med tiden drukne. Andre vil på ukendt vis overkomme at svømme helt ind til land og overleve af sig selv uden overlægens hjælp. Overlægen kan nu skrive i patientens journal, at patienten har givet slip på sin slidte og utilstrækkelige tømmerflåde og overlægen kan skrive at behandlingen var en succes, men hvad var prisen?

Den Frie Vilje - Psykiatriloven

Indledning

Psykiatriloven er blot det folkelige navn for den lov der korrekt hedder: Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Oprindeligt hed loven: *Lov om anvendelse af anden tvang i psykiatrien*. Dette var for at tydeliggøre, at der er flere former for tvang i den danske psykiatri. Den første tvang, er den tvang, der består i at man frihedsberøver en person imod personens vilje og lukker personen inde på en psykiatrisk afdeling. Der bliver ikke ført tvangsprotokol over denne tvang. Den anden tvang, der forekommer i psykiatrien er den at vi kan beslutte fx at tvangsbehandle en patient. Denne tvang kræver dog at der føres tvangsprotokol. Den første tvang, nemlig frihedsberøvelsen kan foregå på to forskellige måder. Den kan foregå administrativt. Man kalder denne form for indlæggelse med tvang for indlæggelse på gule eller røde papirer. Indlæggelsesmetoden er beskrevet i Psykiatriloven. Og der findes en frihedsberøvelse som sker ved dom. Indlæggelsesmetoden er beskrevet

i straffeloven. Den administrative frihedsberøvelse sker som regel i den almene psykiatri, og frihedsberøvelse ved dom sker som regel i retspsykiatrien.

Definitionen på tvang
Tvang er, når et menneske gør noget imod et andet menneske imod dette menneskes frie vilje.

Følgerne af definitionen på tvang i psykiatriloven
Psykiatriloven indeholder ordet 'tvang'. Der kan derfor udledes af lovens titel, at loven handler om at gøre noget imod menneskers frie vilje. Det siger vel næsten sig selv, at hvis mennesket ikke havde fri vilje, så ville man jo heller ikke kunne give loven en titel hvor man brugte ordet 'tvang', da ordet netop kræver at mennesket har fri vilje. Men det stoppe jo ikke her. Vi kan således også udlede af lovens titel, at alle patienter, som er underlagt tvang i psykiatrien er i besiddelse af fri vilje. Dette er jo en naturlig følge af lovens titel. Man kan også læse situationen baglæns. Lovens titel anerkender at patienter i psykiatrien er i besiddelse af fri vilje.

Hvad nu hvis...?
Men hvad nu hvis vi udfordrer opfattelsen af den frie vilje hos patienter i psykiatrien. Forestil dig at patienterne i psykiatrien ikke havde fri vilje. Dette ville medføre at psykiatriloven ikke kunne bruges til at behandle disse patienter. Grunden er jo simpel. Titlen fortæller jo netop at loven kun gælder over for de patienter, som netop har fri vilje, men hvis patienten ikke har fri vilje, så kan man ikke bruge psykiatriloven over for en sådan person. Psykiatriloven gælder således KUN over for patienter med fri vilje. Der findes KUN en lov om psykiatrien, og den omhandler de patienter, som har fri vilje. Vi har således IKKE en lov, der handler om hvordan vi skal behandle alle de patienter som IKKE har fri vilje. Med andre ord. Vores lovgivning fortæller os således, at der i den danske psykiatri UDELUKKENDE er patienter med fri vilje. Der findes således ikke mennesker i den danske psykiatri, som er uden fri vilje. Såfremt man ville behandle mennesker i den danske psykiatri, som er uden fri vilje, så ville loven jo ikke kunne indeholde ordet 'tvang'. Loven ville i stedet for handle om anvendelse af magt over for patienterne, da ordet magt ikke fortæller noget om fri vilje hos den der udøves magt over.

Virkningen af lovens titel
Dette medfører at du som patient, skal huske på at du er i besiddelse af fri vilje, også selv om du er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Du kan således

kun blive tvangsbehandlet imod din frie vilje. Hvis din overlæge på noget tidspunkt siger til dig, at du på grund af din psykiske lidelse ikke har en fri vilje, så skal du gøre overlægen opmærksom på, at så gælder psykiatriloven ikke for dig, og han kan således heller ikke gennemføre sin tvangsbehandling af dig, da netop tvangsbehandlingen kun er lovlig hvis overlægen mener, at du har en fri vilje. Jeg håber at du vil tænke grundigt over denne tekst.

Se også: Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Psykiatriloven) på retsinformation.dk

Den gode gerning!

Jeg har mødt en del patienter efterhånden. Jeg har kun mødt to patienter, som havde en idé om at det muligvis var en god idé at spise medicin. Resten af patienterne har givet udtryk for, at de ikke fik noget ud af medicinen eller at den faktisk bare var til besvær. Så hvordan kan det være at personaler i retspsykiatrien stadig går rundt og tror at de er en del af et system som hjælper mennesker? Der er mange flere patienter som føler sig ødelagt af retspsykiatrien, end der er patienter der føler sig hjulpet. Jeg mener, at de fleste personaler i retspsykiatrien udsætter sig selv, for et stort selv-bedrag, og det er mig ganske ubegribeligt, at denne slags mennesker kan blive ved med at gøre som de gør uden af det går op for dem, at de lever i en osteklokke.

Den gyldne regel (the golden rule)

Gør imod andre, som du vil have de skal gøre imod dig.
Er du som personale nu også sikker på at du ikke har noget imod at blive spændt fast til en seng, og få sprøjtet en ubehagelig medicin ind i kroppen?

Den skjulte angst

Det er mit indtryk at der sker mere projektion fra personalet over på patienterne end de fleste nok lige er klar over. En projektion (se tekst: projektion) er når en person tillægger andre personer egenskaber som i virkeligheden er en egenskab ved den person som foretager projektionen. Det kan være at en person er angst, men i stedet for at blive angst så projicerer

personen sin angst over på en anden person og tror nu at denne person er angst. Personen har flyttet sin angst ud af sig selv og over på en anden person. I retspsykiatrien er det min opfattelse at personalet ofte projicere deres følelser og især angst over på patienterne. Personalet skriver ofte tekster i journalen som er tomme i retning. Det er således ikke muligt at se om personalet taler om patienten eller om personalet taler om sig selv. Ofte når man læser en journal, så forventer man at det som står i journalen er noget der handler om patienten, men engang i mellem så er dette ikke korrekt. Hvis personalet fx skriver at en handling giver angst, men ikke angiver at handlingen giver patienten angst, så er der store chancer for at personalet i virkeligheden skriver om sig selv. Prøv at læse følgende tekst fra en journal:

> *"Patienten kan være nervøs for at blive fejlbedømt og misforstået, hvilket vil øge paranoia og angst."*

Måske synes du at hele sætningen handler om patienten, men jeg er ikke enig. Sætningen starter ganske vist med at tale om patienten: *"Patienten kan være nervøs for at blive fejlbedømt og misforstået..."*. Der er tale om at patienten kan være nervøs for at blive fejlbedømt. Men når man så kikker på resten af sætningen, så har den ikke længere karakter af at være rettet imod patienten: *"...hvilket vil øge paranoia og angst."*. Det fremgår ikke tydeligt at denne del handler om patienten. Der står bare at der vil blive mere paranoia og angst, men hos hvem? Mit argument er at grunden til at personalet ofte skiver tekster i en form, så det ikke er muligt at se om det handler om patienten eller personalet er fordi det på det ubevidste plan hos personalet giver personalet afløb for deres følelser og især angst i situationen overfor patienten. Der er således i denne tekst tale om at patientens nervøsitet udløser angst hos personalet og personalet skriver så ubevidst denne angst ned i patientens journal. I min verden burde sætningen være på følgende måde: "Patienten kan være nervøs for at blive fejlbedømt og misforstået hvilket vil øge patientens paranoia og angst". Nu er det skåret ud i pap at både første den og anden del af sætningen drejer sig om patienten. Lad mig komme med et andet eksempel:

> *"Pleje- og miljøterapiplan er fulgt"*

Som det fremgår af teksten så er både plejeplan og miljøterapiplan fulgt, men det er ikke lige til at se hvem der har fulgt planerne. Er det patienten eller personalet der har fulgt planen, eller er det både patienten og perso-

nalet? Hvis sætningen virkelig kun handlede om patienten så havde der vel stået følgende: ”Patienten har fulgt pleje- og miljøterapiplanerne”. Sætningen står nu i bestemt form. Der er fastlagt at det er patientens egne planer der er fulgt og det er tydeligt at det er patienten der har fulgt planerne. Næste gang du læser en journal, så skal du lægge mærke til om notaterne nu også handler om patienten eller det bare er noget du tror den gør. Måske står der mere i journalen om personalet end både du og personalet selv tror.

Den store konspiration

Jeg kan godt forstå, at der er patienter, der får en følelse af at der er en konspiration i gang imod dem under deres indlæggelse i retspsykiatrien. Som patient har jeg selv oplevet hvor umuligt systemet kan være. Man bliver underlagt en masse tvang og umulige regler. Samtidig bliver patienten oplyst at patienten da selvfølgelig kan klage hvis patienten ikke er tilfreds med tvangen eller forholdene i øvrigt. Der er en masse klageinstanser som patienterne har mulighed for at henvende sig til. Når man så begynder at klage til de forskellige instanser, så opdager man, at de kun tager sig at visse klager i visse instanser, og at det godt kan være ret svært at finde ud af hvem man skal klage til over hvad. Når man så endelig har fundet det rigtige sted, så er instansen som regel evigheder om at tage stilling til patientens klage, og når der endelig kommer et svar, så er det ofte et afslag. Patienten bliver konstant informeret om, at hele retspsykiatrien og alle instanser med tilknytning til retspsykiatrien har til formål at hjælpe patienten. Problemet er bare at dette system ofte gør ting ved patienten som patienten ikke har bedt om eller ikke har brug for, eller som direkte er skadelig for patienten. Det kan være utroligt svært som patient at forstå den uoverensstemmelse der er mellem det retspsykiatrien siger den vil gøre for patienten, og det som rent faktisk sker overfor patienten. Denne utroligt store uoverensstemmelse skal have en forklaring oppe i hovedet på patienten. Patienten kan ikke holde ud, at tingene ikke er til at forstå. Patienten er nødt til at skabe en forklaring på denne uoverensstemmelse. For nogle patienter vil den eneste mulige grund være, at der er tale om at der finder en konspiration sted i systemet imod patienten. Hvis en patient får denne type af konspirationstanker, så er patienten efter min mening ikke psykotisk og patienten har heller ikke en vrangforestilling. Der er tale om en tilstand som ganske vist ligner en psykose og en vrangforestilling, men den er fremkaldt som en følge af patientens indlæggelse og tilstanden høre ikke til patienten men

patientens indlæggelses-miljø. Der er tale om en ubehagelig bivirkning af en ubehagelig indlæggelse. Der er efter min mening ikke konspirationer i retspsykiatrien imod patienterne, men der er dog en masse forskellige forhold i retspsykiatrien som allesammen ender med at være imod patienten og patientens interesser, og det kan føles utroligt frustrerende at være patient under sådanne forhold.

Der er intet du kan gøre

Generelt så kan en patient ikke blive bedre end personalet (Det minder lidt om Peter-princippet blandet sammen med janteloven). Personalet vil gerne hjælpe patienter op på personalets niveau, hvad det så end er, men hvis en patient prøver på at gøre noget ud over hvad personalet selv mener de er i stand til, så stritter personalet imod. Du skal ikke tro at du er noget. Lad mig give et eksempel: Jeg har den personlige overbevisning, at jeg mener at retspsykiatrien er fuld af fejl og at disse fejl bør rettes. Jeg er derfor gået i gang med at prøve på at påvirke retspsykiatrien med det formål at den netop bliver bedre. Men det har en konsekvens. Personalet har den opfattelse af retspsykiatrien at der er tale om et stort system, som er så stort og massivt, at det er nytteløst at prøve på at lave det om. Denne overbevisning prøver de så hele tiden på at føre over på mig. De prøver hele tiden på at fortælle mig hvor håbløst det vil være for mig at prøve på at lave om på retspsykiatrien. Personalet mener at systemet er umuligt at ændre på, og derfor skal jeg da selvfølgelig have samme mening som personalet. Både min psykolog, mine overlæger og mine kontaktpersoner har flere gange oplyst mig om at retspsykiatrien sandelig ikke er noget man kan lave om på, og det er da en smule underligt at jeg som patient kan få den idé er det er muligt at påvirke retspsykiatrien. Nu er jeg så heldig at jeg ikke interesserer mig for personalets manglende tro på egne evner, så jeg klager hver gang jeg oplever noget jeg ikke er tilfreds med og jeg skriver om retspsykiatrien så andre kan se hvilke fejl den gemmer på. Man skal som patient ikke lade sig kue af personalets manglende tro på egne evner. Der er kun en vej, og det er fremad.

Det er din egen skyld

Jeg var indlagt i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland) i året 2012. På et tidspunkt besluttede overlægen at jeg skulle tvangsmedicineres. Jeg fik hurtigt

en masse bivirkninger. Jeg klagede til personalet over disse bivirkninger. Jeg fik at vide af personalet, at bivirkningerne var min egen skyld, for jeg kunne da bare lade være med at kæmpe imod medicinen. Der er ifølge overlægen ikke noget galt med overlægens beslutning om at jeg skulle tvangsmedicineres. Der er ifølge personalet heller ikke noget galt med personalet. I det hele taget, så er det tilsyneladende alt sammen min egen skyld. Det er min egen skyld at jeg skal tvangsmedicineres, og det er også min egen skyld at jeg har bivirkninger. Hele skylden ligger på patienten. Puha!...Det er hårdt at være patient.

Det handikappede verdensbillede

Min overlæge, Susanne Møller Madsen skrev den 5. august 2014 i min journal, at jeg ønsker kontrol over mine omgivelser. Det var ikke yderligere beskrevet hvad det var for en kontrol hun tænkte på. Sætningen er detaljeløs og tvinger læseren til selv at fylde detaljerne ind i sætningen. Sætningen mangler en forklaring på hvad der er for en slags kontrol jeg gerne vil have over mine omgivelser. Det er tale om en udtalelse, der tydeligt viser at Susanne Møller Madsen har et handikappet verdensbillede. Hendes udtalelse henviser læseren til en tilstand, hvor læseren selv bliver nødt til at fylde hullerne i hendes udtalelse ud med det læseren selv har i hovedet. Der vil altså ske det, at læseren læser en sætning, som dybest set ikke indeholder information, men som bare fremstår som en skabelon eller et gitter, hvor læseren så kan hænge sine egne tanker om hvad det vil sige at have kontrol. Hvorefter læseren så fortolker det som læseren selv har fyldt i skabelonen, som om at det var noget information der kom fra Susanne Møller Madsen. Det er at løbe omkring hjørner med læseren. Men hvad er der så galt med sætningen om at jeg gerne vil have kontrol over mine omgivelser? Sætningen har det man kalder for Barnum-effect. Med andre ord, det er faktisk noget man kan sige om ALLE mennesker, hvis man altså lige tænker lidt over sætningen. Men vil alle mennesker da gerne have kontrol over deres omgivelser? JA, og ikke nok med at alle mennesker gerne vil have kontrol over deres omgivelser. Stort set alle mennesker har kontrol over deres omgivelser i mere eller mindre grad. Når jeg står op om morgenen, så går jeg ud og åbner køleskabet for at tage mælk til kaffen. Når jeg tager fat i køleskabsdøren og åbner den, så udøver jeg kontrol over mine omgivelser. Køleskabsdøren er en del af mine omgivelser. Når Susanne Møller Madsen kører på arbejdet om morgenen i sin bil, så håber jeg sandelig at hun har kontrol over bilen, som i øvrigt er en del af hendes omgivelser. At beskylde

mig for at ville have kontrol over mine omgivelser, når hun ikke engang selv ville være i stand til at komme på arbejdet uden selv at udøve kontrol over sine egne omgivelser, er bare et udtryk for Susanne Møller Madsens handikappede verdensbillede.

Det ikke-selvopfyldende profeti kontra straffelovens §68

De fleste kender det selv-opfyldende profeti. Det er et profeti, som bliver sandt alene fordi man siger, at det vil blive sandt. MEN, der findes også det omvendte, nemlig et profeti, som aldrig kan blive sandt, i det øjeblik man fremsætter profetiet. Et meget godt eksempel på dette er straffelovens §68, stk 1. Her fastslåes, at hvis der er mistanke om at en retspsykiatrisk patient, vil gøre noget ulovligt, såfremt patienten ville blive udskrevet, så kan patienten ikke udskrives. Hvad nu hvis en patient skal udskrives. Overlægen siger til patienten, at patienten skal udskrives. Nu kommer patienten med den udtalelse, at såfremt han bliver udskrevet, så vil han gøre noget ulovligt. Nu ved overlægen, at patienten vil gøre noget ulovligt når patienten bliver udskrevet. Overlægen kan nu ikke længere udskrive patienten, da overlægen ved at dette vil medføre at patienten gør noget ulovligt. Patienten bliver derfor ikke udskrevet. Der er i dette tilfælde tale om det ikke-selvopfyldende profeti. Patienten fremkommer med en udtalelse om fremtiden overfor overlægen. Ved at fremkomme med denne udtalelse overfor overlægen, træffer overlægen beslutning om at patienten ikke kan udskrives. Da patienten ikke bliver udskrevet, laver patienten derved heller ikke noget ulovligt. Helt kort: Patienten siger at patienten vil gøre noget ulovligt i fremtiden, og ved at sige det til overlægen forhindre overlægen at det vil ske. Ergo - det ikke-selvopfyldende profeti.

Det kan vente

De fleste patienter har desværre den opfattelse at det er bedre at vente med at klage indtil man er kommet ud af systemet, og det tror jeg faktisk at overlægerne er glade for, for det er kun de færreste patienter der klager når de endelig er kommet hjem fra en retspsykiatrisk afdeling. Jeg har flere gange spurgt patienter om hvad det er jeg bedre kan gøre, når jeg er kommet ud fra retspsykiatrien og som jeg ikke kan gøre lige så godt mens jeg er indlagt, men jeg har endnu aldrig fået et svar på dette. Men svaret er

simpelt for der findes ikke noget fornuftigt svar på mit spørgsmål. Man skal ikke sælge skindet før bjørnen er skudt. I dette tilfælde er der dog tale om at man ikke skyder efter bjørnen, før den er løbet væk. Hvis man kommer hjem med en behandlingsdom, så er man faktisk endnu ikke kommet ud af systemet. og hvis man får ophævet sin dom, så har man stadig en diagnose, og man er så faktisk stadig en del af systemet. Det handler om at man føler at retspsykiatrien er en overmagt som ikke kan bekæmpes. Problemet er blot at det netop er denne form for behandlingssystem der skal bekæmpes af patienterne, for systemet ødelægger den ene patient efter den anden. Patientens umiddelbare tanke er at hvis jeg nu lader være med at klage, så kan det være at jeg kommer hurtigere hjem. Det er en del af vejen faktisk sandt. Problemet er bare at patienten har denne adfærd fordi patienten tror at mareridtet vil ende, så snart patienten kommer hjem. Problemet er blot at patienten ikke har tænkt situationen færdig. Når patienten kommer hjem, så har patienten stadig en dom hængende over hovedet og patienten får nu det ene mareridt skiftet ud med et nyt mareridt, nemlig skrækken for at blive indlagt igen. Patienten får så en ny tanke, nemlig at vente med at klage indtil dommen er ophævet, for så er patienten ikke længere i fare for at blive indlagt. Problemet med denne tankegang er blot at der kan gå mange år før patienten får ophævet sin dom, og patienten har til den tid ikke længere en erindring om de overgreb der skete på den retspsykiatriske afdeling for mange år siden, hvilket så fører til at patienten aldrig får klaget over de dårlige forhold under indlæggelsen. Hvis du udsætter din klage til du bliver udskrevet, så er du startet på en langsom glidebane som stille og roligt sikre dig at du aldrig får klaget. Hvis man venter med at klage, så er det ofte for at udsætte et kommende ubehag, men hvad patienten glemmer er, at når patienten kommer hjem, så starter der bare et nyt ubehag. Sådan som jeg ser det, så er det ikke muligt at undgå dette ubehag, og så er det meget bedre at tage tyren ved hornene og skrive alle de klager som det måtte være nødvendigt at skrive, og så tage udfordringen med det samme mens man er indlagt, ellers lyver man bare for sig selv og den eneste her i verden man ikke skal lyve overfor er sig selv.

Det selv-opfyldende profeti

Hvis der er en læge, der mener at du har en psykisk lidelse, så skal systemet sandelig nok bevise at du har en psykisk lidelse. Det starter med at en overlæge kommer frem til en falsk konklusion, at personen har en psykisk lidelse, selv om personen i virkeligheden slet ikke har en psykisk

lidelse. Denne konklusion danner nu grundlag for den behandling man giver patienten. Patienten reagerer negativt på behandlingen da han jo netop i virkeligheden slet ikke har en psykisk lidelse. Patientens adfærd bliver nu skrevet ned i patientens journal. Denne negative reaktion fra patientens side, bliver nu betraget som et bevis på at patienten i virkeligheden har en psykisk lidelse. Ringen er sluttet. Den raske patient opfylder nu den falske konklusion. Den raske person er blevet til den psykisk lidende patient. Det er en uhyggelig oplevelse - jeg har prøvet det selv.

Det store billede

For mange år siden begyndte jeg at tænke på hvad tanker mon var for en størrelse. Jeg kom frem til den konklusion, at der kun fandtes een verden, og netop fordi at der kun fandtes een verden, så burde mennesker også være i stand til kun at have en enkelt tanke, som kunne rumme hele verden. Det var måske at tage munden fuld, men jeg kunne godt lide tanken. Med andre ord: En verden - En tanke. Mit grundlag for at komme frem til denne konklusion var at alt ting i verden nødvendigvis måtte hænge sammen på en eller anden måde. Hver gang jeg stødte ind i ting som ikke hang sammen, så måtte det være fordi at jeg havde et forkert syn på verden. Virkeligheden hænger ALTID sammen, men det er ikke sikkert at jeg som menneske altid kan se denne sammenhæng. Jeg er trods alt kun et menneske, og jeg ved at verden hænger sammen men jeg ved også at jeg ikke nødvendigvis vil kunne komme til at forstå hvordan den hænger sammen. Alle de informationer jeg har oppe i min hjerne om verden, vil på den ene eller anden måde passe sammen. Nogle gange læser jeg en bog og lære noget nyt. Hvis det som står i bogen er korrekt, så burde det passe sammen med alle de andre informationer jeg allerede har oppe i mit hoved. Når jeg har læst en bog, så lægger jeg mig gerne ned og begynder at tænke. Jeg sammenligner nu alle de ting som stod i bogen med alle de ting, som jeg allerede ved. Hvis der opstår en uoverensstemmelse mellem det jeg allerede ved og den nye viden, så er jeg nødt til at undersøge om den viden jeg allerede er i besiddelse af er forkert eller om det er den viden der stod i bogen der er forkert. Når problemet er løst og jeg har fået hele bogens viden til at passe sammen med den viden jeg allerede havde, så kan jeg gå videre og læse en ny bog og gentage processen. Det er efter min mening en god fremgangsmåde, for på den måde sikre jeg mig at jeg hele tiden er i besiddelse af et billede af verden, som er så perfekt som muligt. Der findes kun een verden og den hænger sammen. Derfor bør der i mit hoved også kun være een verden, og den bør også hænge sammen.

Det store stempel

Jeg er (stadig) indlagt på en afdeling, og en gang imellem, så får jeg meget ondt i panden. Det er mit indtryk at jeg ikke er den eneste patient der oplever at få ondt i panden under indlæggelse. Men hvorfor får indlagte patienter så ondt i panden? Lad mig give et eksempel med mig selv. I min afdeling har vi en gas-grill ude på terrassen, som vi næsten bruger hver onsdag. Jeg ved ikke helt hvordan det skete men en af mine medpatienter stod i længere tid for at bruge grillen. Han var af ukendte grunde blevet udnævnet til grill-mester. En dag blev han træt af det og gad ikke mere. Jeg sagde at jeg da godt kan stege kød næste onsdag. Det blev onsdag og jeg stegte kød og det gik fint. Den efterfølgende onsdag bankede det på min dør, og der stod en personale og sagde til mig at det var tid til at starte grillen. Jeg takkede for informationen, men spurgte hvad det havde med mig at gøre. Hun så forundret på mig og svarede: "Jamen! jeg troede at det var dig der var grill-mester?". Hold da op tænkte jeg. Man skal bare gøre noget i denne afdeling en enkelt gang, og så er man straks stemplet i panden med det helt store stempel. Jeg har flere eksempler, men det må blive en anden dag.

Det umuliges kunst

En dag (29-01-2015) havde jeg en samtale med min overlæge. Jeg gjorde overlægen opmærksom på at der stod i min behandlingsplan, at jeg ikke havde indsigt i min egen sygdom. Jeg spurgte derfor overlægen om hvad det så var jeg ikke havde indsigt i. Overlægen forklarede mig at han ikke ville være i stand til at forklare mig det, netop fordi jeg ikke havde indsigt i min egen sygdom. Jeg er med andre ord landet i en dyb brønd, og det vil nu ikke være muligt for mig at komme op af den igen. Ikke nok med at jeg er syg, så ved jeg tilsyneladende heller ikke at jeg er syg, og det er sørme heller ikke muligt at forklare mig hvad jeg fejler, alene af den grund at jeg er syg. Hvordan pokker bliver man så rask?

Detaljer - Nej tak!

Inden for psykiatrien har man samme frygt, som inden for religionen. Man er utroligt bange for fortiden og man er utroligt bange for at grave i tingene, for tænk hvad der ikke kunne dukke op af forfærdelige ting. Psykiatrien

som den eksisterer i dag, kan kun hænge sammen hvis man udelukker en stor del af virkeligheden. Psykiatrien strider imod virkeligheden på mange områder, og det er kun ved at fornægte disse områder at man kan opretholde illusionen om at psykiatrien virker. Et generelt træk under mit indlæggelsesforløb har været at overlægen og personalet generelt gør alt hvad de kan for at undgå detaljer, der kan afsløre at psykiatrien ikke hænger sammen. Hvis jeg læser min behandlingsplan, så er den uden detaljer. Der står ganske vidst at jeg er "syg", men overlægen vil ikke beskrive hvorfor. Min plejeplan indeholder anvisninger til personalet om at jeg skal rettes i min ejendommelige tankegang, men hvis jeg beder om at få oplyst hvad der er forkert ved min tankegang, så vil overlægen ikke fortælle mig det. Hvis jeg læser i min journal, så skriver man næsten hver dag om mig. Hvis jeg spørger hvad disse ting handler om, så får jeg ikke noget svar. Jeg har en diagnose, men jeg opfylder ikke diagnose-kriterierne for denne diagnose. Hvis jeg beder om en forklaring på hvorfor jeg kan have en diagnose uden at opfylde diagnose-kriterierne, så får jeg ikke noget svar. Detaljer er noget man frygter i psykiatrien, for detaljer kan meget let afslører at psykiatrien dybest set ikke er noget værd. Man er i psykiatrien meget bange for alle de småting, der er fejet ind under gulvtæppet. Jeg opfordre dig hermed til at grave i psykiatrien. Jeg vil ikke fortælle dig hvad du skal mene, men jeg tror at der vil være stor sandsynlighed for at du vil komme frem til samme konklusion som mig. Jeg spurgte en dag (5. marts 2015) min overlæge om han ville præcisere hvad det var han mente der var galt med min kontakt til andre mennesker. Han ville ikke komme nærmere ind på hvad der var galt med min kontakt til andre mennesker, for han havde da sandelig ikke tid til at gå op i detaljer. Han var dog til sidst villig til at bruge ca 5 minutter på at diskuttere min kontakt til andre mennesker med mig, men han var sandelig ikke interesseret i at bruge tid på at skrive det ned i min journal. Overlægens mening var, at den slags detaljer skriver man sandelig ikke ned i en journal.

Diagnose-kriterier

For at få en diagnose, så kræver det at man opfylder diagnose-kriterierne for netop denne diagnose. Selve kriterierne for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser står i WHO's ICD-10. Jeg har endnu ikke mødt en patient, der har fået oplyst hvilke diagnose-kriterier patienten opfylder, inklusive mig selv. Dette er endnu en af hemmelighederne i den danske retspsykiatri. Patienterne i retspsykiatrien får en diagnose, men man oplyser

aldrig patienten om hvilke diagnose-kriterier der er opfyldt, eller på hvilket tidspunkt kriterierne var opfyldt, der er nemlig et tidsaspekt i en diagnose (som regel), og man oplyser aldrig om det i patientens journal. Man oplyser det aldrig til bistandsværgen eller patientrådgiveren og man oplyser det heller ikke til retten eller statsadvokaten. Jeg kan da godt undre mig over hvordan det kan være at der ikke findes een eneste af de myndigheder eller personer som modtager information fra overlægen om patientens diagnose, som ikke reagere, når de får en information som er mangelfuld. Jeg tror at grunden overvejende skal ses som et udtryk for at de personer som modtager informationer fra overlægen om patientens diagnose ikke har forstand på diagnose-kriterier og at de for at skjule deres manglende viden lader som ingenting og bare spiller med på legen. Det er kejserens nye klæder. Der er nogen der er nødt til at fortælle at det hele bare er varm luft, og at det ingen hold har i virkeligheden. Overlægen skriver som regel et pænt lille afsnit om patientens adfærd og tilbøjeligheder, men der står aldrig noget om at man opfylder diagnose-kriterierne og hvilke diagnose-kriterier der er tale om. Der er heller aldrig eksempler på patientens adfærd som kan underbygge overlægens konklusioner. Det er bare en tekst i pæn prosa, om at patienten efter overlægens mening har en psykisk lidelse. Det kan simpelt hen ikke gøres mere subjektivt end den måde hvorpå det sker i øjeblikket. Diagnose-kriterierne er ellers ikke svære at forstå eller at henvise til. De er udarbejdet af WHO og de hedder ICD-10. Hver enkelt diagnose har nogle diagnose-kriterier, som er opstillet i punkter. Hvis patienten opfylder tilstrækkeligt mange af disse punkter, så kan man sige om en person at han har en given diagnose. Men det er ikke lykkedes mig bare en enkelt gang at finde bevis på at en overlæge har henvist til ICD-10 og godtgjort hvilke diagnose-kriterier en patient menes at opfylde. Det er underligt at der kan findes så mange patienter i retspsykiatrien som har en diagnose, men der er ingen der ved med sikkerhed ved hvilke diagnose-kriterier patienterne opfylder. Det er efter min mening noget rod. Patienter som ikke beviseligt opfylder diagnose-kriterierne for en lidelse burde efter min mening sendes hjem fra de retspsykiatriske afdelinger og have fjernet deres diagnose. Hvis du er patient, og du læser dette, så skal du undersøge om din overlæge har oplyst dig om hvilke diagnose-kriterier du opfylder. Kan overlægen ikke oplyse dig om hvilke diagnose-kriterier du opfylder, så skal du bede om at få fjernet din diagnose. Retspsykiatrien er fuld af hemmeligheder.... men jeg vil gerne have disse hemmeligheder frem i lyset, så alle kan se hvor ejendommelig retspsykiatrien er blevet.

Diagnose-undvigelse

Vi har nok alle set det i TV. Politiet anholder en person og siger: *"Klokken er 13.11 og du er anholdt. Du har ikke pligt til at udtale dig...."*. Det er faktisk et ret godt råd, at lade være med at udtale sig. Alle mentalundersøgelser burde starte med at psykiateren startede med at sige til patienten at patienten ikke har pligt til at udtale sig, fordi det kan skade patientens sag. Det strider imod vores adfærd at opføre os som en dum skid, men engang imellem kan det godt betale sig. Det er med andre ord svært for en patient ikke at deltage i en mentalundersøgelse og det er endnu sværere for patienten at lade være med at tale med psykiateren, for patienten har en indbygget opfattelse af at det ikke er høfligt at undlade at svare på et spørgsmål, og det udnytter psykiateren selvfølgelig. Diagnosen består 80% af det du siger og 20% af det du gør. Hvis du derfor ikke siger noget så er chancen for IKKE at få en diagnose lige steget med ca 400%. Det er kontra-intuitivt at lade være med at snakke, derfor er det heller ikke alle patienter der lykkedes med denne fremgangsmåde. De patienter som lykkedes med IKKE at sige noget vil have meget store chancer for IKKE at få en diagnose.

Diagnostisering - Diagnosegaranti

Den danske retspsykiatri er så snedigt indrettet, at man faktisk er i stand til at give ALLE personer som bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling en diagnose. Jeg taler i denne tekst ikke om diagnostisering som sker ambulant. Denne tekst handler kun om personer, som er lukket inde på en retspsykiatrisk afdeling imod deres vilje. Der findes to yderligheder for personen, når denne bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Den ene yderlighed er at personen er helt rask. Den anden yderlighed at at personen har en kraftig psykisk lidelse. Når en person bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, så kan personens tilstand være et hvilken som helst sted på dette kontinuum. En indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling er ikke en behagelig oplevelse. Man er som patient på en sådan afdeling utroligt begrænset i sine friheder både fysisk og åndeligt. Man har absolut intet privatliv og ingen mulighed for at komme ud. Personens velbefindende bliver ikke bedre af at komme på en lukket retspsykiatrisk afdeling, det bliver med tiden kun dårligere. Hvis man på baggrund af en mentalundersøgelse er fundet "sindssyg i gerningsøjeblikket", så er det nu den retspsykiatriske afdelings opgave at komme frem til en diagnose. Den/De personer som kom frem til at personen var "sindssyg i gerningsøjeblikket", har jo ment at personen opfylder kriterierne for en eller anden diagnose. Når en

sådan person nu kommer ind på en retspsykiatrisk afdeling, så er overlægen jo nærmest tvunget til at komme frem til en diagnose til patienten. Hvis nu den første psykiater som erklærer personen "sindssyg i gerningsøjeblikket" har taget fejl, og erklærer en person for sindssyg selv om personen i virkeligheden slet ikke er sindssyg, så opstår der en interessant situation. Den psykiater som efterfølgende skal give personen en diagnose, kunne ALDRIG finde på, at erklære personen for rask, for det ville jo stride imod det som den tidligere psykiater er kommet frem til, og det ville den ene psykiater aldrig gøre imod en anden psykiater. Men nu bliver det på en måde heller ikke relevant for en psykiater at erklære en patient for rask. Det retspsykiatriske system er nemlig konstrueret på en sådan måde, at man forhindre den slags. Hvis en patient bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling og patienten virkelig har en kraftig psykisk lidelse, så vil det ikke tage ret lang tid før overlægen kan komme frem til en diagnose. Hvis patienten har en psykisk lidelse, men lidelsen ikke er særlig fremtrædende hos patienten, så kan det godt tage lidt længere tid at komme frem til diagnosen. For at sige det tydeligere. Jo tydeligere patientens psykiske lidelse er, jo hurtigere kan man også komme frem til en diagnose. Det må omvendt også betyde, at jo mindre psykisk lidelse en patient har, jo længere vil det også tage at komme frem til en diagnose. Men hvad nu hvis personen som er indlagt på den retspsykiatriske afdeling i virkeligheden ikke har nogen psykisk lidelse, så skal man jo i teorien have patienten indlagt resten af patientens liv, for at vente på om der skulle dukke tegn op på psykisk lidelse. Med andre ord. Hver gang man fik en rask patient ind i retspsykiatrien, så ville man aldrig kunne få ham ud af systemet igen, for man har jo ingen intension om at erklære patienten for rask. Dette ville jo betyde at efter et givent antal år, så ville en sådan afdeling jo være fuld af patienter som udelukkende var raske, for det er jo dem man ikke kan give en diagnose med det samme. Personer med en psykisk lidelse kommer jo hurtigt videre, men personer som er raske vil komme til at sidde fast i afdelingen for altid. Nu kommer de raske personer så ikke til at sidde fast i systemet for altid, det er der nemlig taget højde for. Det er en ganske ubehagelig fornøjelse af være indelukket på retspsykiatrisk afdeling, og det er faktisk også ret nedbrydende for patienterne af være på en sådan afdeling. En patient som er lukket inde på en retspsykiatrisk afdeling vil stille og roligt blive nedbrudt af forholdene på afdelingen. Personen er fysisk og psykisk belastet af opholdet, og personen helbred vil langsomt men sikkert blive dårligere og dårligere. På et tidspunkt bliver personen så dårlig af indlæggelsen at personen bryder sammen og viser nu tydelige tegn på psykisk belastning. I det øjeblik personen viser tydelige tegn på psykisk belastning

så vil der også opstå en adfærd hos patienten som kan danne grundlag for en diagnose. For at sige det kort hvis man ikke kan give dig en diagnose kort tid efter din indlæggelse, så venter man da bare indtil den dag patienten bryder sammen. Det er forskelligt fra person til person hvor lang tid der vil gå før personen bryder sammen under de kummerlige forhold på en retspsykiatrisk afdeling, men uanset dette, så bør der være en grænse for hvor længe man kan tillade sig at bruge på at se om en person har en psykisk lidelse. Personens nedbrud kan afhænge af personalet eller patienterne på den afdeling hvor man er indlagt eller selve afdelingen. Det vil i høj grad være personens omgivelser som bestemmer hvornår man bryder sammen. Ifølge overlægerne findes der to slags normale. Den ene slags normale er de personer, som rent faktisk er normale. Den anden slags normale er personer, som rent faktisk har en psykisk lidelse, men som bare spiller normale. Nu er overlægerne så heldige, at der tilsyneladende aldrig bliver indlagt normale patienter på deres afdelinger. De patienter som bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling og som ser normale ud, er i virkeligheden allesammen patienter som ser normale ud alene af den grund at de skjuler deres psykiske lidelse overfor personalet og overlægen. Hvis en person, som tilsyneladende spiller normal bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, så er det lettest bare at vente indtil personen ikke længere kan skjule sin psykiske lidelse og så vente på at den bryder ud så alle kan se at personen ikke er normal. Personer som er indlagt i lang tid for at få en diagnose bryder (ifølge personalet og overlægen) aldrig sammen fordi personen er nedbrudt af de dårlige forhold på afdelingen, for retspsykiatriske afdeling er perfekte og de er ikke nedbrydende for patienterne. Der er altid tale om at disse personer bryder sammen fordi de ikke længere kan skjule deres lidelse. Jeg kender en patient som en dag blev stoppet på gangen af en personale. Personalen udtrykte forundring over hvordan det kunne være at patienten nu i mere end 2 år havde været i stand til at skjule sin psykiske lidelse. Patienten svarede: ”Jamen, jeg går jo bare rundt og er mig selv”. Det undre mig at overlæger og personale i den grad kan overbevise sig selv om at alle har en psykisk lidelse. Der er ifølge overlægen kun to slags mennesker på en retspsykiatrisk afdeling. Der er patienter hvor man kan se at patienten har en psykisk lidelse og så er der patienterne som skjuler deres psykiske lidelse. Men er det i orden at lede efter en psykisk lidelse hos en patient i 2 år? Der var da ikke nogen almindelig patient, som møder op hos sin læge der ville finde det tilfredsstillende, hvis lægen siger til patienten at patienten muligvis har halsbetændelse, men at lægen nok først kan finde ud af det om et års tid. Det burde være således, at hvis man ikke har kunnet fastslå at en person opfylder kriterierne for en diagnose inden 6 måneder, så skal man automa-

tisk erklære personen for rask. Hvis man giver en person en diagnose efter mere end 6 måneders indlæggelse, så er der utroligt store chancer for at den diagnose man kommer frem til er opstået under indlæggelsen, da en indlæggelse er en stor belastning. En person skal have en diagnose inden personen bryder sammen under den belastning som det er at være indlagt. Hvis en patient udvikler tegn på psykisk lidelse efter mere end 6 måneders indlæggelse, som opfylder kriterierne for en psykisk lidelse, så er det i orden at give patienten en diagnose. Det bør dog være obligatorisk at en sådan diagnose er en diagnose hvor stress som følge af indlæggelsen bliver angivet som den udslagsgivende faktor for den psykiske lidelse. Man skal fx ikke have en diagnose på "psykose", men i stedet for en diagnose på "stressfremkaldt psykose under indlæggelse". Så er det tydeligt for enhver at personen var rask ved indlæggelsen, men at personen efterfølgende har fået en psykisk lidelse på grund af sin indlæggelse.

Diagnostisering - Mennesker i et bur!

Hvad er etologi? Det er videnskaben om dyrs adfærd i deres eget miljø. Hvad kalder man det så, når man fx undersøger et dyrs adfærd i et bur? Det hedder behaviorisme. Man er altså inden for videnskaben tydeligt klar over at der er forskel på om man observerer et dyr i dets egne omgivelser eller om man observerer det i et bur. Der kan være ganske stor forskel på hvordan dyret opfører sig i de to forskellige situationer. Men det er da egentlig ret interessant! Når det kommer til mennesker, så har overlæger underligt nok den opfattelse, at det er lige meget om man observerer et menneske, hjemme i hans egen stue eller låst inde på en psykiatrisk afdeling. Men på dette område reagere mennesker faktisk nøjagtig lige så voldsomt som dyr, der bliver spærret inde. Hvis man tager en mand og låser ham inde på en psykiatrisk afdeling for at observere ham, hvad er det så man observerer? Ja! det er jo selvfølgelig hvordan han opfører sig når han er låst inde på en psykiatrisk afdeling. Man vil stort set intet få at vide om hvordan han opfører sig når han er hjemme hos sig selv. En mand som er låst inde har en hjælp-jeg-er-låst-inde-adfærd, som intet har at gøre med nu-sidder-jeg-i-min-stue-og-læser-avis-adfærd. For at sige det på en anden måde: Hvis man tager et menneske og sætter vedkommende i en unormal situation, så vil dette menneske naturligvis også handle unaturligt. Med andre ord, man får hvad man beder om. Der er tale om et selv-opfyldende profeti. Hvis du sætter et menneske ind på en tosseanstalt, så bliver han ganske enkelt til sidst også tosset. Hvis retspsykiatriske afdelinger havde været et eksperi-

ment udført af videnskabsmænd, så ville de være blevet anmeldt til politiet for videnskabelig uredelighed. Med andre ord, de var blevet skældt ud. Men nu er overlæger jo ikke videnskabsmænd, de er bare overlæger.

Diagnostisering - Nye forklaringer

I retspsykiatrien er der et begrænset antal af forskellige forklaringer som overlægerne bruger igen og igen, nærmest som en form for standardsvar. Overlægen regner med at patienten bryder sammen inden overlægen løber tør for standardsvar. Hvis der skulle ske det utænkelige at en patient holder ud i retspsykiatrien så længe at overlægen løber tør for standardsvar, så begynder overlægen at få et problem, for så skal overlægen til at tænke sig om. De fleste af de forklaringer en overlæge har på at en patient har en psykisk lidelse og derfor behøver medicin, er forklaringer som dybest set ikke er brugbare som grundlag for at give en patient en diagnose eller medicin. Problemet er at dem som læser overlægens konklusioner om en patient ikke er i stand til at se hvad det er der er galt med en overlæge-forklaring. Hvis man ser på en forklaring fra en overlæge med en lup, så vil der som regel ske det, at forklaringen fejler. Det er let at skille overlægernes forklaringer ad, man skal bare vide hvordan, men når man først har lært det een gang, så er det straks lettere at gøre det igen næste gang. I det øjeblik overlægen løber tør for standard-svar så opnår patienten muligheden for optimal adfærd (se: spil-teori i retspsykiatrien). Dette forudsætter dog at patienten har forstået at komme op med et modsvar til alle tidligere forklaringer som overlægen måtte have på at patienten er syg. Som patient skal man lære at forholde sig til alle disse standard-forklaringer. Det tager dog et vist stykke tid at komme igennem alle overlægernes standard-forklaringer, men når man først er kommet igennem dem allesammen, så er løbet stort set kørt for overlægen. Man kan godt sige at han er løbet tør for både krudt og kugler. Det er nu det er fordelagtigt for patienten at skyde tilbage. Der er en grund til at jeg først i Maj 2014 begyndte for alvor at slå fra mig, for det var først på dette tidspunkt at jeg havde opnået optimal adfærd. Det kom som en stor overraskelse for mine overlæger og de mente at jeg pludselig måtte have fået et tilbagefald og at min lidelse var brudt ud igen. Men alle stærke patienter vil komme til dette punkt hvis patienten altså holder ud længe nok. Det er dog kun de færreste patienter der holder ud til dette punkt. Derfor er overlægerne heller ikke vant til at en patient opfører sig som jeg gør i øjeblikket (januar 2015). Der findes kun een måde hvorpå en overlæge kan give medicin til en patient, og det er hvis patienten opfylder nogle diagno-

se-kriterier for en psykisk lidelse. Opfylder patienten ikke disse kriterier, så kan overlægen ikke give patienten medicin. Det som derfor er vigtigst, det er at få overlægen til at bevise hvilke diagnose-kriterier patienten opfylder. Ofte vil det faktisk være således at en overlæge ikke kan få en patient til at opfylde kriterierne for en diagnose. Grunden til at en overlæge dog ofte slipper af sted med at give en patient medicin alligevel er fordi at dem som skal kontrollere overlægen ikke forstår diagnose-kriterierne. Da de personer som skal kontrollere overlægen ikke tør vise at de ikke forstår diagnose-kriterierne, så lader de bare som om at de forstår kriterierne og giver så overlægen ret i at kriterierne er opfyldt. Der er tale om at den kloge narre den mindre kloge, og i denne situation er det overlægen der er den kloge, fx i forhold til Patientklagenævnet. Da Patientklagenævnet ikke selv kan se, hvor overlægen fejler, så bliver det pludselig patientens opgave at gøre opmærksom på overlægens fejl. Problemet er at patienten ofte er den svageste personen ved et møde med Patientklagenævnet, så overlægen slipper derfor som regel af sted med at give patienten en ganske ligegyldig medicin. Der er som regel tale om at en overlæge ønsker at give en patient en diagnose. Patienterne opfylder ikke ret tit selve diagnose-kriterierne. Derfor henviser overlægen til en adfærd som mennesker med denne diagnose plejer at have, men som ikke er en del af selve diagnose-kriterierne. Mennesker som har en given diagnose har som regel også nogle andre former for adfærd, som er en følge af deres lidelse. Problemet er bare at denne følge-adfærd ikke kan bruges som grundlag for at give en patient en diagnose, da denne adfærd ikke er en del af diagnose-kriterierne. Ofte så vil de personer som læser overlægens beskrivelse kunne genkende denne følge-adfærd, og de vil tro at personen faktisk opfylder kriterierne for en given diagnose. De glemmer bare at adfærden ikke er en del af diagnose-kriterierne og at man faktisk ikke kan give en patient en diagnose på baggrund af følge-adfærd. Man kan godt om en patient sige, at han har en følge-adfærd som er magen til den adfærd man har når man har en given diagnose, men man kan ikke af den grund sige at han rent faktisk har en diagnose, for han opfylder ikke nødvendigvis diagnose-kriterierne for denne diagnose. Det kan godt være utroligt svært at se forskel på adfærd som opfylder diagnose-kriterier og adfærd der ikke opfylder diagnose-kriterierne. Det er derfor at det er meget vigtigt at man beder overlægen om præcist at fortælle hvilke diagnose-kriterier patienten opfylder, da dette ofte vil føre til at man opdager at patienten ikke opfylder kriterierne, og som konsekvens heraf ikke skal have en diagnose og heller ikke skal have medicin. Det var nærmest en AHA-oplevelse, da jeg en dag oplevede at overlægerne løb tør for standardsvar og begyndte at genbruge tidligere gamle forklaringer selvom de

tidligere havde fejlet, eller se dem prøve på at opfinde nogle nye grunde til at jeg skulle tvangsmedicineres. Overlægerne er utroligt trygge ved deres standardsvar, for de plejer at virke fx i patientklagenævnet, men når de så løber tør for standardsvar, så bliver de utroligt usikre på sig selv, og bliver lidt små i det og gemmer sig lidt væk ved møderne. Det er en vidunderlig oplevelse, jeg har prøvet det selv.

Diagnostisering - psykosens grænser

Psykose dækker over et kontinuum. Hvis man ser på en patient som har en psykose, så vil man opdage, at det meste af det som denne patient tænker og oplever er helt i overensstemmelse med virkeligheden, og at den psykotiske del af det han gør kun udgør en meget lille del af hans samlede virkelighedsopfattelse. Ofte når jeg hører mennesker tale om psykose, så lyder det som om at psykose er en enten eller tilstand. Enten er personen rask, eller også er patienten (helt) psykotisk. Det er som om, at når mennesker tale om en person der er psykotisk, så er psykosen noget der har angrebet hele hjernen og sat hele hjernen ud af funktion, så der ikke længere er noget der virker korrekt oppe i hjernen på den psykotiske patient. Man kan næsten ikke komme længere væk fra virkeligheden. Man kan sagtens have en person, som på stort set alle områder fungerer helt normalt, men som på et enkelt lille område har fx en vrangforestilling. At en person skulle være 100% psykotisk er ganske usandsynligt. Der er tale om et kontinuum. hvor man i den ene ende er upsykotisk (lucid), og hvor man i den anden ende er total psykotisk. Det er sjældent at et menneske befinder sig i yderlighederne af dette kontinuum. Det er videnskabeligt bevist at alle mennesker har vrangforestillinger (af bl.a. J. Anderson Thomson), men vi kalder ikke alle mennesker for psykotiske. Der er en petitesse-grænse, og alt under denne grænse går for at være normalt. Alt over denne grænse kan siges at være psykotisk. Men det siger vel næsten sig selv, at hvis der er tale om et kontinuum, så vil der være personer som er meget lidt psykotiske og patienter som er særdeles psykotiske. Hvis en person kommer langt nok hen imod den ende hvor man er 100% psykotisk, så kan det være på sin plads at hjælpe patienten. Det er dog efter min mening at skyde gråspurve med kanoner, hvis man beslutter sig for at tvangsmedicinere en personen, fordi man ganske vist kan sige om personen at personen er psykotisk hvis personens psykose er af meget ringe karakter. Så ser det mere ud som om at man prøver på at tvangsmedicinere en neurotisk person, hvilket er ganske ligegyldigt. Hvis du er patient og din overlæge mener at du er psykotisk,

så er det ikke nok at overlægen fortæller dig at du er psykotisk, han er også nødt til at fortælle dig om han mener at du er lidt psykotisk eller meget psykotisk, eller hvor du ligger på linjen mellem lucid og 100% psykotisk. Ønsker din overlæge ikke at fortælle dig dette, så er det ikke nødvendigvis fordi han mener du ikke skal have informationen, men fordi overlægen ikke er i stand til at forklare dig det, fordi han ganske enkelt ikke ved det. Det er ikke svært at kalde et andet menneske for psykotisk, men det er sørme svært at forklare det og bevise det hvis patienten i virkeligheden slet ikke er psykotisk. Ved at være konkret overfor din overlæge tvinger du han til at bruge fornuft. Overlægen vil med stor sandsynlighed prøve på at hoppe over forklaringen og skynde sig med at true dig med at du skal tvangsmedicineres. I det øjeblik en patient får at vide at patienten skal tvangsmedicineres, så vil patientens følelser blive slået til og patienten bliver optaget af det ubehag som patienten ved der er forbundet med at blive tvangsmedicineret. Det er overlægens håb at patienten bliver så optaget af tanken om ubehaget ved tvangsmedicineringen, at patienten helt glemmer at undersøge om overlægen nu også kan bevise at patienten er dårlig nok til at blive tvangsmedicineret. Jeg kan med beklagelse sige, at det lykkedes som regel for overlægen at få patienten til at slå fornuften fra og drukne i følelsen om tvangsmedicinering. Jeg kunne godt tænke mig at patienter i retspsykiatrien lærte at forstå at en psykose ikke bare er en psykose, men at der findes forskellige grader af psykose, således at næste gang patientens overlæge oplyser patienten om at patienten er psykotisk, så vil patientens reaktion automatisk være at spørge overlægen i hvor høj grad overlægen mener at patienten er psykotisk, samt på hvilket grundlag overlægen er kommet frem til sin konklusion.

Diagnostisering i retspsykiatrien

Læs først teksten: Symptomer og tegn på psykisk lidelse

Når patienten kommer ind i retspsykiatrien, så er det fordi, personen er fundet ”sindssyg i gerningsøjeblikket’. Personen vil så efterfølgende blive observeret på den retspsykiatriske afdelingen af personalet, og psykiateren vil på baggrund af denne observation, samt samtaler med psykiateren stille en diagnose. Der er dog ting, som er vigtige at forstå i forbindelse med denne diagnostisering af patienten. En psykiater kan næsten ikke stille een eneste diagnose uden patientens hjælp. Ofte vil personalet ved hjælp af en form for tvang eller straf gøre hvad de kan for at få patienten til at sige noget, der kan

bruges imod patienten, så patienten kan få en diagnose. En diagnose bliver stillet på baggrund af nogle symptomer og tegn på psykisk lidelse. Psykiateren kan ikke se et symptom. Psykiateren kan kun få kendskab til et symptom, hvis patienten fortæller det til psykiateren. Hver gang der er et symptom, så er det patienten der har magten, for der er ikke andre der kan vide hvad patienten tænker. Patienten bestemmer selv om patienten vil fortælle psykiateren om eventuelle symptomer. Og hver gang der er tale om et tegn, så er det psykiateren der har magten. Overlæger i retspsykiatrien er utroligt irriteret på symptomer, for overlæger har jo ikke magt over symptomerne. Hvis der er et diagnose-kriterium, som er et symptom, så vil psykiaterne gøre hvad de kan for at lave det om til et tegn, så de kan stille diagnosen uden at snakke med patienten. Psykiatere kan nemlig ikke lide tanken om at patienten har indflydelse på diagnosen. Det er dog virkeligheden, at patienten er med til at bestemme sin diagnose. Grunden til dette ivrige forsøg på at lave symptomer om til tegn, er fordi at det ikke handler om at patienten skal have det bedre, men fordi patienten skal behandles, så han ikke generer samfundet. Dette medfører at man er ligeglad med hvordan patienten har det. Da retspsykiatrien handler om at tage al magten fra patienten, så fratager man derfor også patienten magten over hans symptomer. Jeg er ofte overrasket over hvad en overlæge kan se tegn på, når psykiateren vurderer en patient. Når jeg nogle gange sidder til samtale med en psykiater, så får jeg den følelse, at psykiateren tror at han kan læse mine tanker. Psykiatere er generelt holdt op med at tale med patienterne for at finde ud af hvad patienten har af symptomer. I stedet for taler psykiateren i stedet for med patienten i det håb, at han kan finde tegn på psykisk lidelse hos patienten. Hvis der skulle opstå en uoverensstemmelse mellem det patienten siger, og det psykiateren kan se hos patienten, så er det altid patienten der ikke siger tingene som de i virkeligheden er, og det er aldrig psykiateren der tager fejl, når psykiateren aflæser patientens adfærd. Jeg har selv oplevet det flere gange med min egen psykiater. Han skrev flere gange om mig, at jeg var forpint. Problemet er bare at han ikke kan se på mig om jeg er forpint, for det er et symptom og ikke et tegn. Forpinthed skal være meget slemt før det kan ses på en patient. Faktisk så vil du opdage, at psykiateren undlader at spørge dig om visse symptomer. Han gør dette for at undgå en konflikt. Det nytter jo ikke at psykiateren først spørger patienten hvordan patienten har det, og patienten siger at han har det fint, hvorefter psykiateren går ind og skriver i journalen, at patienten er forpint. Det frembringer en for stor bevidsthed hos psykiateren om at han manipulere med virkeligheden. Desuden, så er der næsten også altid en kontaktperson til stede ved samtalen mellem psykiateren og patienten. Det nytter jo ikke noget at patienten svarer at han har det fint, og at kontakt-

personen efterfølgende skriver dette ned i journalen. Hvis psykiateren ikke spørger patienten om han er forpint, så vil kontaktpersonen jo heller ikke skrive om det i journalen. Derved undgår psykiateren, at der skulle opstå den situation, at kontaktpersonen skriver, at patienten har det godt, mens psykiateren skriver om patienten, at patienten er forpint. Min psykiater har således aldrig spurgt mig om jeg følte at jeg var forpint eller om hvordan jeg havde det. Han har bare betraget forpinthed som noget man ALTID kan se på en patient, altså som et tegn, og han har så efterfølgende skrevet det i min journal. Jeg har dog aldrig været forpint på noget tidspunkt. Der er dog andre symptomer, som overlægen er meget interesseret i at få patienten til at udtale sig om. Jeg er således blevet spurgt utroligt mange gange om jeg hører stemmer, hvilket jeg ikke gør, og jeg har derfor svaret nej alle gangene. Som patient skal du være meget opmærksom på, hvordan psykiateren er kommet frem til din diagnose. Hvis psykiateren bruger mange symptomer som grundlag for diagnosen, så skal du som patient sikre dig, at der ikke er symptomer, som du ikke har fortalt til psykiateren, men som alligevel bliver brugt som grundlag for diagnosen. Du skal se om der er symptomer, som psykiateren har 'fundet på'. Psykiatere har den illusion, at de er i stand til at stille diagnoser udelukkende ud fra tegn, men det er ikke nok. Som patient handler det om at passe på sig selv, og retspsykiatrien handler kun om en ting, og det er MAGT.

Diagnostiserings-metoder i psykiatrien

Indledning

Det er min erfaring inden for psykiatrien, at der er nogle vigtige emner, som af en eller anden grund ikke bliver omtalt ret tit. Det er uheldigt, da disse emner ofte er emner, som har en meget stor indvirkning på hvordan psykiatrien fungerer i Danmark. Jeg hører således hverken personale, overlæger, patienter eller andre tale om disse emner. Jeg vil med denne tekst gøre opmærksom på et af disse områder. Diagnostiseringen af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser sker i øjeblikket ofte med en forkert metode, men der er ikke nogen der lader til at forstå at det er tilfældet. Brug af en forkert diagnostiserings-metode vil ofte føre til forkerte diagnoser og fejlmedicinering. I Danmark anvender vi og anerkender det diagnosesystem, der er udarbejdet af WHO, og som hedder ICD-10. Der findes tre forskellige metoder til diagnostisering inden for psykiatrien, og det er vigtigt at man bruger den rigtige metode ved en given diagnose, ellers kan diagnosen ikke siges at være korrekt.

Monotetisk
Denne metode bruges meget sjældent og den er derfor kun omtalt kort. Ved denne metode findes der kun et enkelt symptom på den psykiske lidelse, og dette symptom er et sikkert symptom på at patienten har denne lidelse (patognomonisk symptom). Med andre ord. Hvis patienten har dette ene symptom, så er det også sikkert at patienten har den givne diagnose.

Polytetisk
Denne metode bruges til at stille mange af de diagnoser som fremgår af WHO's ICD-10 kapitel V (F-diagnoser, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser). Eksempler på polytetiske diagnoser er fx paranoid skizofreni, cyklothymi og histrionisk personlighedsstruktur. En polytetisk diagnose stilles på følgende måde: Man har en liste over symptomer. Listen kan være lang. For at opfylde diagnosen, så er patienten nødt til at have tilstrækkelig mange af symptomerne for at kunne få diagnosen. Det er således ikke er krav at patienten har alle symptomerne for at kunne få diagnosen. To forskellige patienter kan således udvise forskellige symptomer og stadig få den samme diagnose. En person kan også udvise flere af symptomerne uden af få en diagnose, hvis personen således ikke opfylder tilstrækkeligt mange af diagnose-kriterierne. Mange diagnoser indeholder også et tidsperspektiv, som skal være opfyldt. Det tager således tid at stille denne type af diagnoser, da det ikke er nok, at man har set symptomerne en enkelt gang hos en patient, men at symptomer skal have været til stede i et vis stykke tid.

Prototypisk
I gamle dage var denne diagnostiserings-metode den eneste man havde når man skulle stille en diagnose. Den er dog på tilbagegang og er ved at blive erstattet af den polytetiske metode. Grunden er simpel. Den polytetiske metode gør det let at føre statistik over udbredelsen af patienter med en given diagnose, og den gør det let at forske i psykiske lidelser. Den polytetiske diagnose stilles på følgende måde: En patient henvender sig til en psykiater. Patienten og psykiateren taler med hinanden. Efter et stykke tid kommer psykiateren frem til en diagnose. Psykiateren har i dette tilfælde ikke en række symptomer på den psykiske lidelse som patienten skal opfylde for at få sin diagnose. I stedet for har psykiateren læst om en masse forskellige sygdomsforløb hvor patienten efterfølgende har fået sin diagnose, fordi patientens symptomer og adfærd minder og de andre patienter der har fået en lignende diagnose. Der er ved denne metode således tale om at psykiateren vurdere patienten og sammenligner patienten med andre tidligere patienter. Psykiateren vurdere så om der er tilstrækkelig stor lighed

mellem patienten og de tidligere patienter. Der er ved denne metode således tale om at psykiateren foretager et skøn. Psykiatere er helt vilde med at bruge denne model, for den giver psykiateren en stor magt over patienten. Det er ved denne model psykiateren der beslutter om en person skal have en diagnose eller ej. Dette står i kontrast til den polytetiske metode, hvor man egentlig ikke behøver at være psykiater for at stille en diagnose. Det er nok at man er i stand til at udfylde en skema med en oversigt over symptomer på en korrekt måde for at stille en diagnose. Psykiaterne føler at de på denne måde mister indflydelse og magt, og psykiaterne er meget imod indførelsen af den polytetiske metode. Den polytetiske metode bliver dog med tiden mere og mere udbredt, og det er min opfattelse af psykiaterne til sidst komme til at anerkende denne metode hvis de ikke skal gøre sig selv helt overflødige i den fremtidige diagnostisering af psykiatriske patienter.

Diagnostisering af paranoid skizofreni i psykiatrien
Patienter med paranoid skizofreni har ofte fået deres diagnose på en forkert og ugyldig måde. Paranoid skizofreni er en polytetisk diagnose, MEN psykiatere kan ikke lide at stille diagnoser polytetisk. Derfor bruger de fleste psykiatere i dag STADIG den prototypiske metode, da den giver psykiateren en følelse af indflydelse og magt. Problemet er bare, at man IKKE kan stille diagnosen paranoid skizofreni ved hjælp af prototypisk diagnostisering. Der er således tale om at psykiaterne bevidst bruger en forkert diagnostiserings-metode, når de skal stille diagnosen paranoid skizofreni. Den primære grund til at der ikke er nogen der opdager denne graverende fejl er at det kun er de færreste mennesker der har forstand på diagnostisering af psykiske lidelser. Hverken patientrådgivere, bistandsværger, dommere, advokater eller andre har kendskab til diagnostisering, og derfor kan psykiaterne blive ved med at lave denne fejl uden at blive rettet. Jeg håber at jeg med denne tekst har givet dig en grund til at tvivle på din egen diagnose, især hvis du har diagnosen paranoid skizofreni.

Yderligere læsning: WHO's ICD-10 femte kapitel (F-diagnoser, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser) samt Klinisk psykiatri, Munksgaard, 1994, side 591 - 594 samt DSM-5.

Dialog

Mange ting i retspsykiatrien er flottere på papiret end i virkeligheden. Da jeg kom ind i retspsykiatrien, så opdagede jeg at personalet ofte talte om

samarbejde, men som tiden gik, så måtte jeg erkende, at der ikke var noget samarbejde i retspsykiatrien. Der står ligeledes i mange lærebøger om psykiatri, at det er vigtigt at der er en god dialog mellem psykiater og patient, men jeg har nu aldrig selv oplevet en sådan dialog. Som regel er det således at når jeg har en samtale med en psykiater, så har psykiateren allerede inden samtalen besluttet hvad der skal ske i min sag. Det er derfor lidt underligt at han indkalder mig til et møde. Jeg har jo alligevel ikke nogen indflydelse på min egen behandling. Jeg har prøvet dialog i snart 5 år (maj, 2015), og jeg fik ikke noget ud af det. Personalet er stædige, og du skal bare overbevises om at du er syg. Jeg er således kommet til den konklusion at dialog er nytteløst, og jeg har nu taget den beslutning at jeg ikke længere vil prøve på at have dialog med overlægen eller personalet. Hver gang der er en uoverensstemmelse mellem mig og overlæge/personale, så skriver jeg en klage. Jeg er utrolig skuffet over, at man ikke er modtagelig for dialog. Nu er det således, at alt hvad jeg har af informationer, som jeg ønsker at give til overlæge/personale, det modtager de fra mig skriftligt, og jeg beder altid om et skriftligt svar, så deres udtalelser og beslutninger kan dokumenteres i fremtiden.

Dissimulering (1. del)

Det er nærmest et krav til en patient, at patienten ved hvordan man dissimulerer (skjuler sine symptomer). Man er nødt til at finde ud af det også selv om man ikke kender ordet 'dissimulering' eller ved indlæggelsen ved hvad det er. Visse overlæger er bedre end andre til at lære deres patienter hvordan man dissimulerer. Tricket er at overlægen ikke må sige det med ord til patienten. Han skal på en eller anden måde have overført sine ønsker til patienten uden at sige det direkte med ord til patienten, og helst også uden at patienten lægger mærke til det. Der er tale om en delikat opgave fra overlægens side. Hvis patienten ikke opfanger det som overlægen prøver at overføre til patienten, så kan det godt blive svært for patienten at komme hjem igen, og visse patienter som ikke af egen drift lærer at dissimulere, kan godt gå hen og blive en anelse desperate efter et stykke tid, for de kan ikke finde ud af hvad det er overlægen vil med patienten. Hvis en sådan patient ikke formår at høre hvad der er overlægen siger mellem ordene, så bliver patienten nødt til at prøve på at gætte hvad det er overlægen siger. Patienten prøver så forskellige former for adfærd af i afdelingen, for at se om det skulle være den rigtige adfærd, altså den adfærd som personalet ønsker af patienten. Hvis patienten rammer rigtigt så bliver både

patienten og personalet glade. Hvis patienten ikke rammer rigtigt, så bliver patienten trist og til sidst desperat og personalet bliver sure og kalder patienten for syg og skriver negativt i journalen om patienten. Grunden til at patienten bliver desperat skyldes det faktum at hvis den medicin patienten får ikke kan fjerne symptomerne, så vil patienten blive sat op i medicin indtil patienten lærer at dissimulere. Patienten er derefter meget motiveret for at finde ud af den korrekte adfærd, så patienten ikke bliver sat yderligere op i medicin. Hvis du ikke lige har forstået hvad det er jeg skriver om her, så tillad mig at komme med en forklaring: En patient bliver indlagt med nogle symptomer. Overlægen konkluderer på baggrund af disse symptomer, at patienten har en lidelse. På baggrund af denne lidelse bliver patienten nu medicineret. Overlægen har den tro at den medicin han giver til patienten vil få patientens symptomer til at forsvinde. Overlægens opgave er nu at fortælle patienten at patientens symptomer skal forsvinde, når patienten begynder at spise medicinen. Med andre ord overlægen skal have patienten til at skifte adfærd i det øjeblik patienten spiser medicinen. Hvis nu patienten har hørt efter, så ved patienten godt, at patienten hellere må holde op med at vise sine symptomer, så snart patienten begynder at spise medicinen. Patienten holder nu op med at have symptomer og overlægen bliver glad, for overlægen er nu bekræftet i at hans medicin virker, og efter et stykke tid bliver patienten sendt hjem med en pose medicin. Der er altså ikke tale om at medicinen virker. Der er udelukkende tale om at patienten har forstået overlægens budskab, og har lagt sine symptomer på hylden, med andre ord patienten dissimulerer (skjuler sine symptomer). Men hvad nu hvis patienten ikke har hørt efter eller overlægen ikke har gjort det tydeligt for patienten hvilke symptomer det er overlægen gerne vil fjerne? Patienten får nu medicin, og efter et stykke tid, må man konkludere at medicinen ikke har fjernet symptomerne. Patienten bliver nu sat op i medicin, for patientens dosis var tilsyneladende ikke høj nok. Nu får patienten efterhånden mere og mere medicin og med tiden også flere og flere bivirkninger efterhånden som dosis bliver sat op, og på et tidspunkt, så begynder patienten at blive desperat, for patienten ved ikke hvad det er overlægen vil have patienten til at gøre. Patienten ved ikke hvad der er den korrekte adfærd, og begynder nu at tage sig alle mulige forskellige former for adfærd til sig i et desperat forsøg på at ramme rigtigt. Før eller siden vil patienten ramme rigtigt, og undgå yderligere stigning i medicin, men nu er dosis så høj, at det nærmest er ulideligt at være levende. Der er altså udelukkende tale om at de patienter som hurtigst finder ud af hvad overlægen ønsker, også hurtigst kommer ud af systemet igen, mens de patienter som ikke kan forstå hvad det er overlægen ønsker, de kommer til at lide sær-

ligt meget og særligt længe før de slipper ud af systemet. Det samme kan siges om overlæger. De overlæger som er særligt gode til at fortælle deres patienter hvad det er de forventer at opnå, vil have patienter som kommer hurtigt hjem, og de overlæger som kun i ringe grad er i stand til at fortælle deres patienter hvor de vil hen, vil få svært ved at få patientens symptomer til at forsvinde. Det er derfor et fordel for en patient, at patienten kender sin diagnose, så patienten kan holde op med at vise symptomer, så snart eller inden patienten får medicin. Der findes efter min overbevisning ikke ret mange mennesker som rent faktisk får fjernet deres symptomer af medicinen. Der er udelukkende tale om en skjult og ofte ubevidst aftale mellem patient og overlæge.

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Self-monitoring
http://en.wikipedia.org/wiki/Dissimulation

Dissimulering - (2. del)

Mennesket adskiller sig fra andre dyr fordi mennesker har en høj intelligens. Denne forskel kommer også til udtryk når det drejer sig om medicinering. Hvis fx en hest har ondt i det ene ben, og man giver hesten noget smertestillende, så holder den op med at have ondt i benet. Det nytter ikke at give en hest et placebo-middel, for det virker ikke på dyr. Underligt nok så skal man være i besiddelse af intelligens for at være modtagelig for placebomedicin, men man skal også være i besiddelse af en vis mængde intelligens for at kunne dissimulere. Nu findes der jo godt nok medicin til mennesker som ikke er placebo, men som er rigtig medicin. Det er nu mit postulat, at det meste af den medicin som har til formål at behandle psykiske lidelser egentlig ikke virker. Men når den gives til patienter, så ser det godt nok ofte ud til at den virker. Dette skyldes placebo-effekt, og patientens evne til at lære at dissimulere (se tidligere indslag). I Danmark følger vi det diagnosesystem som er udviklet af WHO og som hedder ICD-10. Hvis man slår op i ICD-10 under diagnosen F84.4 (Hyperaktivitetsforstyrrelse med mental retardering og bevægelsesstereotypier), så vil man opdage noget meget interessant. Under denne diagnose er det oplyst at medicinen er uden virkning, med mindre patienten har normal IQ. Hvis patienten er meget retarderet så reagerer patienten ikke på medicinsk behandling. Jeg postulerer hermed at grunden til at det forholder sig således skyldes at en person som er retarderet ikke er i stand til at forstå hvad der er formålet med medicinen og at han

ligeledes ikke er i stand til at dissimulere. Personer med denne diagnose som har normal intelligens responderer på medicinsk behandling. Men det skyldes udelukkende at patienten er i stand til at forstå hvad der er meningen med at spise medicinen, og at denne patient er i stand til at reagere på et placebo-præparat. En patient med denne diagnose med normal intelligens er ligeledes i stand til at dissimulere. Jeg har længe ment at der er en sammenhæng mellem intelligens og virkningen af medicin mod psykiske lidelser. Det er nu alligevel underligt at jeg skulle finde en oplysning om at jeg muligvis har ret i selve diagnose-håndbogen over *"psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser"*.

Distance mellem psykiater og patient

Jeg har læst mange noter som er skrevet om mig i min journal af forskellige overlæger. En ting, som jeg altid har undret mig over er den distance, der tilsyneladende er mellem mig som patient og overlægen. Jeg havde på et tidspunkt en samtale med en overlæge. Efter samtalen skrev overlægen i min journal at jeg var forrykt. Nu har overlægen jo lov til at mene at jeg er forrykt, men hun undlod at skrive i notatet hvorfor jeg var forrykt. Desuden så kom det ikke på noget tidspunkt i samtalen op at hun mente at jeg var forrykt. Man taler altså ikke med en patient om hvorfor man mener at patienten er forrykt. Man fremkommer bare med udtalelsen at patienten er forrykt i journalen EFTER samtalen. Jeg har flere gange oplevet at man skriver om mig at jeg har en ejendommelig tankegang. Det er dog endnu ikke lykkedes mig at at få overlægen eller personalet til at tale med mig og forklare hvorfor den er ejendommelig. Jeg oplever overlægen og personalet som meget konfliktsky. De skriver at jeg skal rettes i min tankegang, men jeg er endnu ikke blevet rettet i min tangegang. Der bliver konstant skrevet om mig i min journal, men når jeg så prøver at tage disse ting op med personalet, så oplever jeg ikke andet end søforklaringer og undvigelser. Jeg kan godt forstå hvorfor personalet og overlægen holder en vis distance overfor en patient. Hvis de prøver på at snakke med patienten om deres beskrivelser af patienten, så vil de blive konfronteret med det faktum at det de skriver om patienten ikke er sandt. Man undgår patienten med det eneste formål at undgå at blive konfronteret med virkeligheden, som er at patienten i virkeligheden slet ikke fejler noget. Hvis man taler med en patient, men ikke diskuttere de ting som psykiateren synes er afvigende ved patienten, så føles det ikke som om at psykiateren er ude på at hjælpe patienten. Det ser mere ud som om at psykiateren bare er ude på at observere

patienten og så blot skrive disse observationer ned i journalen. Men man ændre jo ikke noget ved en patient ved kun at observere patienten.

Dokumentation

Jeg har mødt en del patienter efterhånden, og jeg har også talt med en del pårørende til patienter. Det største problem jeg som regel støder på er, at hverken patienten eller de pårørende har gemt information i sagen omkring patientens indlæggelse. Hvis der ikke er gemt dokumenter i sagen, så kan det være utroligt svært at finde ud af hvad en sag egentlig handler om, og det kan være utroligt tidskrævende at finde dokumenterne frem igen. Det kan tage tid at henvende sig til forskellige offentlige myndigheder for at få fat på informationerne igen. Der er stor forskel på en patient og en overlæge. En patient får ofte medicin og har ofte kun ringe overskud til at holde orden i sine papirer. Jeg formoder at overlæger ikke er på sløvende medicin, og de har også en uddannelse der bedre sætter dem i stand til at holde orden i dokumenter. Desuden har de fleste overlæger også andet personale til hjælp og som regel også en sekretær til at hjælpe med at holde orden i dokumenter mv. Hvis du er patient så skal du huske at gemme ALLE dine dokumenter i din sag, uanset hvor ligegyldige du måtte finde dem at være. Hvis du ikke har overskud til at sætte det i mapper eller at scanne det ind på en computer, så bare put det hele ned i en stor kasse, så kan man altid sortere det senere. Det er lige meget hvad dokumenterne handler om. Det kan være noget fra din overlæge, eller personalet. Måske noget fra retten eller noget fra en advokat. Uanset hvad, så skal du huske at gemme dokumenterne. Du kan eventuelt putte brevene ned i kuverterne igen når du har læst indholdet, så de forskellige sider ikke bliver væk fra hinanden. Jeg har selv haft stor glæde af min Dagbog. Her skriver jeg om hændelser som jeg har haft i afdelingen, og jeg bruger den til at holde rede i alle de møder jeg har været til og hvem der var med til møderne. Jeg har brugt den til at beskrive mine bivirkninger og hvordan jeg er blevet behandlet af personalet. Hvis du på noget tidspunkt bliver bedt om at betale for noget under din indlæggelse, så skal du huske at bede om en kvittering. Sørg for at den er dateret og skrevet under. Der skal ligeledes stå hvad det er du betaler for, samt mængden eller den periode den gælder for. Det skal fremgå af en kvittering om der er moms i beløbet eller ej. Sørg for at kvitteringen har et fortløbende nummer, så man senere kan finde kvitteringen frem igen fra Afdelingens regnskab. Overlægen og personalet laver faktisk ret tit fejl. Disse fejl vil ret ofte fremgå af dokumenter som er udleveret eller sendt til patienten el-

ler pårørende. Men hvis patienten smider disse dokumenter ud, så kan det være ret svært at bevise at der er begået fejl. Husk: Du skal gemme ALLE dokumenter i din sag.

Du bliver slået ihjel

Jeg kommer i mine tekster ofte ind på emner som personaler og overlæger i retspsykiatrien ikke bryder sig om at tale om, og jeg er ikke bange for at bringe et emne på banen. Hvis jeg synes at et emne er relevant, så bliver det taget op i en tekst, og jeg interesserer mig ikke for hvad personaler eller overlæger har af mening om mine teksters indhold. Retspsykiatrien har brug for at komme frem i lyset. Jeg tror at mange af de mennesker der læser mine tekster godt er klar over at jeg nogle gange bringer nogle emner frem i lyset, som er en smule farlige at tage op, da indholdet kan være om et emne som personalet og overlægen gerne vil holde skjult. Personalet og overlægen vil muligvis anse nogle af mine tekster som en trussel imod deres arbejde, og jeg har den følelse at det er der mange læsere der godt ved. Jeg er flere gange i det seneste år blevet kontaktet af læsere af mine tekster, og de udtrykker bekymring for mig og mit helbred. De er bange for at jeg ligefrem vil blive slået ihjel, eller også vil jeg blive tvunget til at spise så meget medicin at jeg til sidst dør af medicinen. Jeg er faktisk glad for at andre mennesker tænker på mig. Jeg har dog også den mening at retspsykiatrien er alt for lukket og hemmelig, og at det er på tide at den kommer frem i lyset. Det kunne på ingen måde falde mig ind at holde op med at skrive om retspsykiatrien. Jeg ser ikke døden som en god grund til at stoppe med at skrive om retspsykiatrien. Retspsykiatrien skal frem i lyset, og hvis det bliver min død, så håber jeg ikke den bliver forgæves.

Du er for tyk.....

Det er efterhånden almindeligt at man måler og vejer patienterne på de fleste afdelinger. Men måske var det en god idé også at begynde at måle og veje personalet. Man ved efterhånden godt at mange forskellige former for medicin medfører en vægtøgning hos patienten, og man vil gerne have dokumentation for dette. MEN, jeg kan nu ikke rigtig lade være med at få lidt ondt i hovedet over at tænke på patienternes overvægt, når jeg sammenligner patienterne med personalet. Jeg bor på en afdeling hvor der er

12 patienter og cirka 28 personaler. Vi har en enkelt patient som er tydeligt overvægtig. Nogle enkelte patienter som er lidt over normalen og nogle patienter som næsten er normal-vægtige. Hvis jeg derimod kikker på personalet, så har vi indtil flere personaler som er voldsomt fede og som nærmest vralter som en and når de går. Derudover har vi en del buttede kvinder. Vi har på denne afdeling flere overvægtige personaler end vi har overvægtige patienter. Derfor mener jeg at det ville være fornuftigt også at veje personalet. Der er lavet meget forskning omkring fedme. Man ved for eksempel at en god måde at tabe sig på er ved at få tynde venner. Tynde venner har en adfærd som vil smitte af på den tykke person og dette vil medføre et vægttab. Men gad vide hvad der nu sker hvis en slank patient kommer ind på en afdeling hvor mange af personalerne er tykke? Personaler er også ansat som en form for rollemodeller for patienterne, men det kan godt gøre mig en lille smule nervøs på patienternes vegne. Hvis det virker slankende at være sammen med slanke mennesker, gad vide om det så ikke også virker fedende at være sammen med tykke personaler? Forestil dig at du er en lidt overvægtig patient. Du bliver nu indkaldt til et møde, hvor to voldsomt tykke personaler nu skal overbevise dig om at du skal tabe dig, fordi du er for tyk i henhold til deres beregninger. Ville du som patient føle dig motiveret af deres opfordring?

Du lider

Man er som personale simpelthen nødt til at se patienterne som mennesker der lider, for ellers kan man jo ikke retfærdiggøre overfor sig selv at man behandler patienterne som man gør, fx ved at spænde patienten fast til en seng eller tvangsmedicinere patienten. Formålet med at se patienterne som nogle mennesker der lider er for at retfærdiggøre den handling man gør overfor patienten med magt. Man er jo nødt til som personale at overbevise sig selv om at det man gør overfor patienten er noget godt, også selv om patienten ligger og skriger af smerte. Jeg bliver aldrig selv en personale på en retspsykiatrisk afdeling, for det kunne ikke falde mig ind at behandle mine medmennesker på en sådan umenneskelig måde. Faktisk er psykisk lidelse et ord der gør det bedre for personalet som netop gerne vil tro at patienterne lider. Lidelsen er ikke lige så tydelig i ordet sygdom. Alligevel holder personalet fast i ordet sygdom når de taler om patienterne. Jeg er flere gange blevet beskrevet af min overlæge som en meget forpint person, hvilket er en anelse ejendommeligt, for han er kommet med disse udtalelser om mig på tidspunkter hvor jeg faktisk havde det ganske udemærket. Det eneste

grund til at jeg i overlægens øjne ser forpint ud, er for at han kan retfærdiggøre overfor sig selv at jeg skal tvangsmedicineres. For det er jo underligt at tvangsbehandle patienter som mig der har det ganske udemærket.

Du skal til møde

På et tidspunkt (maj 2014) ville min overlæge udskrive mig. Hun oplyste mig, at når jeg nu blev udskrevet, så skulle jeg møde op til besøg hos distriktspsykiatrien og kriminalforsorgen til samtaler. Jeg oplyste overlægen om at jeg på ingen måde havde tænkt mig at bruge tid på at møde op, hverken i distriktspsykiatrien eller kriminalforsorgen. Overlægen insisterede på at jeg skulle møde op, for ellers ville jeg bare blive indlagt igen. Jeg svarede, at så ville jeg hellere være indlagt, for så slap jeg da for hele tiden at køre rundt til møder. Jeg oplyste overlægen om at hvis man mødte op hjemme hos mig, så ville jeg da byde på kaffe. Det tænkte min overlægen over i et stykke tid. Nogle uger senere skulle jeg igen til et møde med min overlæge. Nu havde hun skiftet mening. Det var faktisk pludseligt muligt for distriktspsykiatrien og kriminalforsorgen at komme hjem og besøge mig i stedet for. Jeg kommenterede ikke overlægens nye overbevisning men konstaterede blot at man som patient i retspsykiatrien skal være en anelse stædig og ofte en hård banan, hvis man ikke skal tromles ned af systemet. Hændelsen viser tydeligt at man som patient skal stå fast på sin overbevisning hvis man ikke konstant skal rende til møder forskellige steder i landet i sin fritid. Det handler som patient om at lære at sætte grænser overfor systemet og stå fast på sine beslutninger. Overlægen vil jo til sidst være nødt til at udskrive dig, for ellers bryder systemet stille og roligt sammen, og det vil jo ikke være godt. Retspsykiatrien handler om magt og om at opretholde illusionen om at det er retspsykiatrien der bestemmer over patienterne også efter at patienten er udskrevet. Du skal som patient selv tage magten i din egen situation.

Dumhedstilstanden

Indledning
Nogle mennesker tænker mere end andre. Ofte vil det være synligt på en person om personen tænker sig om. Man ved at kognitiv anstrengelse ofte er ledsaget af rynkede øjenbryn. Problemet med rynkede øjenbryn er at

de også samtidig får personen til at se en lille smule sur ud. Man ved også at kognitiv anstrengelse medfører en udvidelse af personens pupiller (Der findes mange informationer på internettet om kognitiv belastning og pupillernes udvidelse).

Forskning
Der er lavet en del forskning omkring kognitiv anstrengelse. Man har fx taget personer og bedt dem om at smile mens de lavede en svær opgave. Man har efterfølgende taget de samme personer en gang til og bedt dem om at rynke deres øjenbryn mens de lavede nogle svære opgaver. Resultatet af disse undersøgelser er klart. Hvis du rynker dine øjenbryn mens du tænker, så bliver du faktisk bedre til at løse svære opgaver. Der er tale om det man kalder for bio-feedback. Ved at rynke din bryn, så får du en følelse af at være koncentreret og denne følelse fører så til at du rent faktisk bliver mere koncentreret og derfor bedre kan løse en svær opgave. Det nytter derfor ikke noget hvis du skal løse en opgave, at du så samtidig sidder og smiler, for det vil rent faktisk nedsætte din evne til at løse opgaven.

Mig
Jeg er flere gange i min journal blevet beskrevet som sur og indelukket. Problemet er at personalet ikke forstår, at jeg i virkeligheden bare er koncentreret. Ofte når jeg læser, så handler det om emner hvor det kræver stor koncentration at forstå indholdet. Jeg rynker derfor ofte mine øjenbryn. Ikke fordi jeg søger bio-feedback, men ganske enkelt fordi jeg ikke kan lade være. Det er naturligt for mig at rynke mine bryn når jeg tænker kraftigt på et emne. Jeg kan godt se sur ud når jeg læser, selv om jeg i virkeligheden har det ganske godt når jeg læser. Men det magter personaler ikke at forstå.

Personalet
Personalerne på den afdeling hvor jeg er indlagt går ofte rundt og smiler. Det er selvfølgelig mere behageligt at se på venlige ansigter som ikke rynker øjenbryn. MEN det nedsætter også evnen til at løse opgaver. Personalet vil ikke selv opdage at deres kognitive evner er nedsat når de smiler, for det er ikke helt intuitivt at smil skulle føre til dårligere koncentration og kognitive evner. Desuden føler man sig jo også lidt mere glad når man smiler, men der er jo altså en pris og det er at de kognitive evner falder. Når personalet skal vurdere om en patient har det godt, så vil de med stor sandsynlighed bruge patientens ansigt som udgangspunkt for deres vurdering. Hvis en patient ser glad ud, så er patienten nok glad, og hvis patienten ser sur

ud, så er patienten nok sur eller noget der kan sidestilles med at være sur. Der skal meget lidt til før personalet anser en patient med rynkede øjenbryn som en patient der godt kunne gå hen og blive voldelig. Problemet er blot at en person med rynkede øjenbryn sagtens kan være i et fint humør, men da patienten tænker på noget så rynker patienten sine øjenbryn, og personalet antager straks at patient er sur eller fx indelukket.

Mit råd til læseren
Mange mennesker er bange for at se koncentreret ud. Du skal ikke være bange for at tænke dig om. Heller ikke selv om nogle andre mennesker lige umiddelbart synes at du ser sur ud. Det kræver mod at tænke sig om. Du skal heller ikke være bange for at bruge lidt tid på at tænke dig om.

Læs også: At tænke - hurtigt og langsomt af Daniel Kahnemann

Dumme Patienter

Det er som om at alle de procedure man har tænkt sig at indføre i det nye psykiatri-sygehus i Slagelse (åbner ca ultimo 2015) antager at patienten på et eller andet plan er dummere end personalet. Dette er i øvrigt et problem. Jeg har selv været til en psykologitest som fastslog at min intelligens er højere end gennemsnittet og jeg er i øvrigt ikke den eneste på min afdeling som er blevet testet til at have en intelligens som er højere end gennemsnittet. Der lægges op til at patienterne skal have personalet som nogen de kan se op til. Men hvordan ser patienten op til en personale, der er dummere end patienten? Hvis personalet ikke anerkender at der findes patienter med en intelligens som her højere end personalets intelligens, så skal det nok blive en stor udfordring at påvirke en sådan patient, for patienten vil jo nærmest automatisk komme til at se ned på næsten alt hvad personalet vil gøre over for denne patient, hvis patienten hurtigere end personalet kan se, hvad der sker i en given situation. Patienten vil altid være foran personalet, og der er ikke tale om at personalet behandler en sådan patient. Der er mere tale om at personalet prøver at følge med i hvad det er patienten tænker. Det er lige som et kapløb hvor patienten hele tiden er foran, samtidig med at personalet løber bagefter med illusionen om at det er personalet der løber forrest. Retspsykiatrien handler om magt. Personalet kan tillade sig at tænke som de gør, netop fordi de har magt. Hvis personalet ikke havde magt, så ville de være nødt til at bruge fornuft og intelligens overfor patienterne, og så ville der være nytteløst at prøve at behandle alle de patienter som er klogere end per-

sonalet. Behandlingen kan udelukkende finde sted fordi personalet har magt og intelligens er ikke et krav for at udøve magt overfor en patient. I retspsykiatrien er det ikke den person der har det bedste argument der vinder, men derimod den der har den største magt, og magten ligger hos personalet.

Efter besøget

Det kan godt være anstrengende at være indlagt som patient på en retspsykiatrisk afdeling. Som patient, er man konstant omgivet af ubehagelige personaler, som kun er ude på at gøre en ondt. Det kræver at man som patient rejser paraderne imod personalet, så man hele tiden er på vagt, hvis der skulle komme et uventet angreb fra personalet. Det er energikrævende konstant at være på vagt overfor personalet. En dag havde jeg besøg af en veninde. Hun ankom og vi gik ned på mit værelse. Nede på værelset hyggede vi os, og vi snakkede en del om løst og fast. Alt i alt en meget hyggelig og behagelig tid. På et tidspunkt skulle min veninde hjem igen. Jeg fulgte hende på vej hjem. Da jeg kom tilbage til afdelingen, var der en personale der sagde noget til mig. Jeg svarede hende, og jeg opdagede straks at jeg havde glemt at rejse paraderne igen. Under besøget af min veninde havde jeg sænket paraderne, fordi min veninde jo ikke er farlig, og fordi vi hygger os når vi er sammen. Men da jeg kom tilbage til afdelingen, havde jeg glemt at rejse paraderne, og dette lagde jeg mærke til lige med det samme. Jeg skyndte mig ned på mit værelse og blev her et stykke tid indtil jeg kunne mærke, at jeg igen have rejst paraderne, og igen var på vagt overfor personalet. Jeg synes at der er noget at lære af denne oplevelse. Hvis du har været ude af afdelingen eller du har haft besøg, så skal du huske at rejse paraderne op igen, når besøget er fordi eller når du kommer hjem igen til afdelingen, ellers kan du godt komme til at gøre ting, eller sige ting, som du senere vil fortryde, og det er ikke godt. Lige når man kommer ud fra et besøg, så er man som patient i en meget sårbar situation, indtil man igen får rejst paraderne. Det er kedeligt men sandt - på en retspsykiatrisk afdeling, skal man altid være på vagt overfor personalet.

Empati - At hjælpe andre

En gang imellem så undre personalet og overlægen sig over det jeg gør. Og en gang imellem så undre jeg mig over hvorfor de undre sig over det

jeg gør. Personalet undre sig over hvorfor jeg ikke gerne vil hjem. Jeg har oplyst personalet, at jeg da gerne vil hjem, men at jeg har opdaget nogle problemer i retspsykiatrien, som jeg mener at så vigtige, at jeg gerne vil rette dem inden jeg kommer hjem. Det er da vigtigt at komme hjem, men det er endnu vigtigere at løse de problemer der er i retspsykiatrien, da disse problemer påvirker en masse patienter. Empati handler om at kunne forstå andre menneskers følelser. Jeg har selv været mishandlet i retspsykiatrien nu i mere end 4½ år. Hvis jeg blev udskrevet, så ville jeg tænke på alle de mennesker som skulle ind i retspsykiatrien efter mig og udsættes for samme mishandling. Men hvad nu hvis jeg ikke blev udskrevet, så ville jeg optage en sengeplads i retspsykiatrien. Så længe jeg optager en plads i retspsykiatrien, så kan man ikke indlægge andre patienter på denne plads. Med andre ord, så længe man er i gang med at mishandle mig, så forhindre jeg retspsykiatrien i at mishandle en anden patient. En almindelig retspsykiatrisk patient er gennemsnitlig indlagt i 4 år. Man kan altså i retspsykiatrien behandle ca 10 patienter på 40 år med en enkelt sengeplads. Hvis jeg nu er indlagt i de næste 40 år, så har jeg teoretisk set forhindret ca 10 andre patienter i at blive mishandlet i denne periode. I mine øjne er det en god handel. Det koster ganske vist at jeg skal være indlagt resten af mit liv, men jeg reder da ca 10 andre patienter fra mishandling. Personligt synes jeg at det er en god handel. Tænk hvis alle mennesker hjalp 10 andre mennesker, så ville verden efter min mening være et meget bedre sted at være. Jeg kender ikke de ti mennesker jeg ville kunne redde fra retspsykiatrisk mishandling, men det er nu heller ikke det vigtigste. Det vigtigste er at jeg handler, når jeg oplever at andre menneskers helbred er i fare. Min overlæge mener jeg skal hjem og tage mig af min datter. Men der er nok en derude i samfundet med samme intensioner som mig, som også vil redde 10 mennesker og måske er min datter en af dem. Jeg kan da godt forstå at overlægen mener at jeg skal tænke på min familie, for han er da ikke interesseret i at jeg prøver på at lave om på overlægen og det overlægen gør ved patienterne. Overlægen føler at jeg blander mig i overlægens arbejde, men det er sandelig også meningen. Det kan godt være at jeg lyder naiv, men jeg hjælper 10 mennesker jeg ikke kender, i den forventning at der findes andre mennesker ude i samfundet, som har samme tanke, og som også hjælper 10 mennesker de ikke kender, og jeg håber at min datter er en af dem. Fremskridt har aldrig været gratis. Jeg vil gerne have fremskridt, men jeg er også godt klar over at det koster noget.

En prop i hullet

Organiseret indbrud

Hvad er den statistiske chance for at alle indbrudstyve i Danmark får den idé at begå indbrud på den selv samme nat? Chancen er nok ikke ret stor. Hvis nu det alligevel skulle ske, hvad er så chancen for at politiet ville fange dem allesammen? Den er faktisk også ret lille, for politiet har jo ikke alle mand på arbejde hver nat. Grunden til at man kan nøjedes med en lille politistyrke i Danmark er jo netop fordi at der er en fordeling af indbrudene hen over året. Men er det så muligt at ændre på denne statistik? Ja, det er det faktisk. Man kunne jo forestille sig at alle indbrudstyve i Danmark blev enige om at begå indbrud på den samme nat. Politiet kan måske køre ud til 50 indbrud på en dag. Hvis der nu kommer en nat med 5.000 indbrud så vil det betyde at politiet kun kan køre ud til 1% af alle indbrud. Det ville betyde at 99% af indbrudstyvene ville slippe væk fra politiet, og det må siges at være ganske fordelagtigt for indbrudstyvene. Organiseret indbrud i denne størrelse må derfor siges at være til fordel for indbrudstyvene.

Retspsykiatrisk nedbrud

Det handler stadig om statistik. Danmark er delt op i regioner. Hver enkelt region har sine egne retspsykiatriske afdelinger. Hvad er chancen for at alle retspsykiatriske patienter har behov for at blive indlagt på samme tid? Den er faktisk ret lille. Lad os for lethedens skyld antage, at der er 300 retspsykiatriske pladser i Danmark. Lad os også for lethedens skyld antage at der er 2.000 retspsykiatriske patienter. Det betyder at der højest kan være indlagt (300/2000 * 100) = 15% af patienterne på samme tid. Hvis der er mindre end 300 indlagte patienter så vil der være tomme pladser, og hvis der er mere end 300 patienter der har behov for indlæggelse, så vil der være patienter i kø til at blive indlagt. Men hvordan kan de så være at man kan nøjedes med at have 300 sengepladser, når man nu har 2.000 patienter? Svaret er simpelt: Alle patienter har jo ikke brug for at blive indlagt på samme tid af året. Der vil altid være en fordeling af indlæggelserne hen over året. Det gør at man kan nøjedes med 300 senge til 2.000 patienter. De sidste 1.700 patienter er således ikke indlagt. Disse 1.700 patienter er overvejende på medicin. Hvis en retspsykiatrisk patient som ikke er indlagt ikke vil tage sin medicin, så truer man som regel patienten med indlæggelse. Dette gør at mange patienter spiser medicin imod deres vilje af skræk for at blive indlagt. Denne trussel virker kun på grund af statistik. Forestil dig at alle disse 1.700 patienter på samme dag sagde nej til at spise mere medicin. Ville man så være i stand til at indlægge alle 1.700 patienter? Nej, det ville

være ganske umuligt. Hvis alle retspsykiatriske patienter kunne blive enige om at stoppe med deres medicin på selv samme dag, så ville det ganske enkelt ikke være muligt at indlægge dem. Det ville med andre ord være let for de retspsykiatriske patienter at komme ud af deres medicin. Dette ville dog kræve at alle patienterne blev enige om at stoppe med deres medicin på samme tid. Det som i virkeligheden sker er, at der blot er en patient en gang imellem der siger at han ikke vil spise sin medicin. En sådan patient er ikke svær at true med indlæggelse, for det er jo let at få plads til en ekstra patient på en retspsykiatrisk afdeling. Nu kan det jo godt være svært at få 1.700 patienter til at blive enige om at stoppe med deres medicin på samme tid, men der er faktisk en løsning som ikke kræver ret mange patienter før at retspsykiatrien bryder ned. Hvis man ikke kan opnå enighed mellem de patienter som er indlagt, så kunne man måske opnå enighed blandt de patienter som allerede er indlagt. Dette ville betyde en reduktion i antallet af patienter der skulle blive enige på ikke mindre end 70%. Forestil dig en retspsykiatrisk afdeling med 12 pladser. Denne afdeling har mulighed for at indlægge patienter som ikke vil tage deres medicin. Grunden til at truslen om indlæggelse virker overfor en patient er fordi at både psykiateren og patienten ved at patienten vil blive indlagt hvis han ikke spiser sin medicin. Men forestil dig nu følgende: Alle 12 patienter på afdelingen bliver nu enige om at de vil nægte at lade sig udskrive. Det kan sagtens lade sig gøre, når man er retspsykiatrisk patient. Der står nemlig i loven at overlægen på afdelingen ikke må udskrive en patient hvis der er mistanke om at patienten vil gøre noget ulovligt efter udskrivelse. Hvis alle 12 patienter på afdelingen nu siger til overlægen at de vil gøre noget ulovligt såfremt de bliver udskrevet, så må overlægen faktisk ikke udskrive patienterne. Dette har en interessant effekt. Nu er der blevet sat en prop i hullet. Da afdelingen er fuld og det ikke er muligt at udskrive patienterne, så vil det heller ikke være muligt at indlægge andre patienter på afdelingen. Det vil medføre at afdelingen pludselig mister sin skræmmende effekt på de patienter som endnu ikke er indlagt. Hvis de patienter som ikke er indlagt opdager at afdelingen ikke kan tage imod patienter, så er det jo pludselig ganske uden risiko at stoppe med at tage medicin, da man jo ikke kan true patienten med indlæggelse, for der er jo ikke noget sted at indlægge patienten med magt. Med andre ord: Hvis alle de retspsykiatriske patienter blev enige om at nægte udskrivelse, så ville retspsykiatrien bryde sammen inden for en måned eller to, og så ville det pludselig være ganske meningsløst at true en patient med indlæggelse, for patienten ved jo godt at indlæggelse ikke kan lade sig gøre da afdelingen jo er fyldt op med patienter. Man kunne så godt vælge at bygge flere afdelinger, men anlægsudgiften og driften af disse

afdelinger ville være nærmest astronomisk i forhold til regionernes budgetter, så denne løsning er ikke mulig. Grunden til at patienter ikke tænker på denne måde er muligvis fordi at det kræver at patienten skal forestille sig hvordan alle andre patienter i retspsykiatrien tænker og det er en stor mundfuld for de fleste patienter, og det bliver jo ikke bedre af at de fleste patienter i retspsykiatrien jo nærmest går sovende gennem livet på grund af deres medicin.

En start uden slutning

Jeg har læst hele min journal. Jeg har læst den flere gange og jeg har læst den meget grundigt, og jeg læser stadig i min journal. Jeg falder hele tiden over ting, som undre mig. Når jeg læser i min journal, så kan jeg læse at overlægerne ofte beskriver tegn på psykisk lidelse og symptomer. Et godt eksempel er, at i starten af min indlæggelse, så var der en overlæge, der skrev i min journal at jeg havde obsessive ruminationer. Kort fortalt, så betyder det at jeg tænker over et problem hele tiden i stedet for at tænke på en løsning på problemet. Det som er interessant er, at overlægen kun skrev dette en enkelt gang, og jeg har således ikke senere læst det i min journal. Det står altså kun en enkelt gang i min journal i starten af min indlæggelse og det er ikke skrevet siden. Det som er interessant er følgende: Der står om mig at jeg har obsessive ruminationer. Jeg må derfor formode at det udtrykker overlægens opfattelse af mig som patient. Men hvordan kan det være at det kun står en enkelt gang i min journal? Hvis jeg virkelig havde obsessive ruminationer, så må det vel være relevant at gøre opmærksom på dette hver gang overlægen skal opdatere min behandlingsplan? Jeg vil fortolke situationen på følgende måde: Overlægen mener på et tidspunkt at jeg har obsessive ruminationer. Men nu mener han ikke længere at jeg har obsessive ruminationer. Det som gør situationen meget interessant i mine øjne, er at han jo på intet tidspunkt skriver i journalen, at jeg ikke længere har obsessive ruminationer, selv om det tilsyneladende er hans mening, for han skriver jo ikke længere om mine obsessive ruminationer. Overlægen har altså skiftet mening undervejs i mit indlæggelsesforløb, men det er skjult for læseren, med mindre man nærlæser journalen, på samme måde som jeg læser journalen. I min verden er den korrekte fremgangsmåde på følgende måde: Overlægen skriver i min journal, når han ser et tegn på psykisk lidelse. Når overlægen så ikke længere ser dette tegn, så skriver han aktivt i min journal, at nu har patienten ikke længere dette tegn på psykisk lidelse. Det er i orden at overlægen skriver i min journal at jeg har obsessive rumi-

nationer, men det er ikke i orden, at han glemmer at skrive i min journal, når jeg ikke længere har disse obsessive ruminationer. Der sker således en ophobning af tegn på psykisk lidelse i journalen, for overlægens observationer bliver kun skrevet når der opstår et tegn på psykisk lidelse. Der bliver aldrig skrevet når et tegn på psykisk lidelse forsvinder. Det medfører også et andet problem. Hvis man ikke skriver når patienten får det bedre, men kun skriver når patienten får det dårligere, så er det jo ikke til at vurdere hvornår en behandling har virket. Hvis man ikke beskriver de positive ting der sker med patienten under indlæggelsen, hvordan dokumenterer man så egentlig at behandlingen har hjulpet?

En strategi for nedbrydning af retspsykiatriens tankegang (fantasier):

Forklaring på hvad patienten skal gøre
Det første patienten skal gøre er konstant, at gøre overlægen bevidst om hans fejl. Hvis patienten ikke gør overlægen opmærksom på hans fejl, så vil overlægen forblive i det der kaldes "drømme tilstanden". Den forskel der er på overlægens tankegang og virkeligheden kaldes for "drømme tilstanden". Det handler om for patienten ikke at acceptere løgne som kommer fra overlægen. Hver gang en overlæge siger en løgn, og patienten ikke retter overlægen i løgnen, så hjælper patienten overlægen med at holde overlægens "drømme tilstand" i live. Det handler om at flytte overlægen fra "drømme tilstanden" til "realitets eksplosionen", hvor overlægen ikke længere er i stand til at opretholde illusionen om at alt jo går godt, og bliver nødt til at erkende virkeligheden. Som patient er det meget vigtigt at holde fast i virkeligheden overfor overlægen, så han oplever et konstant pres på hans "drømme tilstand". Det er ikke nogen let opgave, men der er ingen vej udenom, hvis vi nogen sinde skal gøre os en forhåbning om at ændre retspsykiatrien.

Det som overlægen oplever: (rækkefølgen)

1. drømme tilstanden
2. frustrations tilstanden
3. mareridts tilstanden
4. realitets eksplosion

Forklaring på hvad overlægen oplever
Når overlægen kaster sig ud i handlinger som ubevidst er drevet af ønsketænkning, så vil alt se ud til at gå fint i starten. Dette niveau kaldes for "drømme-tilstanden". Men fordi denne fantasi aldrig kan blive forenet med virkeligheden, så fører det uundgåeligt til "frustrations tilstanden", efterhånden som tingene begynder at gå galt, kræver det nu en mere beslutsom tankegang at holde fantasien i live. Efterhånden som virkeligheden presser på, fører dette til "mareridts tilstanden", efterhånden som alting begynder at gå galt. Det hele ender med en "realitets eksplosion" når fantasien til sidst ramler sammen.

Se også: http://en.wikipedia.org/wiki/Wishful_thinking

En tur i det fri

Hvis du er patient på en lukket afdeling, så har du muligvis oplevet følgende: Nogle patienter har udgang og andre har ikke udgang. Nogle patienter har udgang alene og andre patienter har kun udgang ifølge personale. Hvis du har udgang alene, så er der ikke noget yderligere problem i dette, men hvis du kun har udgang ifølge personale, så kan der nogle gange opstå en, efter min mening, lidt underlig situation. Nogle gange når personalet kommer på arbejde, så har de ikke overtøj på. De er nemlig bare lige hoppet ud i deres bil derhjemme, og er så lige hoppet ud af deres bil igen og ind på afdelingen. Men hvad nu hvis der kommer en patient hen til personalet og beder om at komme ud at gå en tur? Så kan det ske at personalet siger nej til patienten fordi at personalet jo ikke har overtøj med til den slags den dag. Patienterne kan altså være afhængige af at personalet har overtøj med på arbejdet, for ellers kan patienterne ikke komme ud at gå tur. Ofte når personalet tager beslutninger, så er de hemmelige. Personalet går ind på kontoret og snakker sammen og kommer ud lidt senere og giver patienten et svar. Det kan derfor godt være at patienten ikke lige umiddelbart opdager at grunden til at patienten får et nej skyldes at personalet har glemt overtøjet derhjemme, det er nemlig en hemmelighed. Det kan da vel ikke komme bag på personalet at de bør have overtøj med på arbejdet, når nu en del af deres arbejde er at gå ture med patienterne i det fri? Man behøver vel ikke nødvendigvis at forlange at personalet har overtøj med på arbejdet, hvis der altså på arbejdet hænger overtøj til rådighed for personalet, netop til de situationer hvor personalet ikke har deres eget overtøj med på arbejdet. Det er nu alligevel underligt at en patients behandling kan komme til at afhænge af om personalet har husket deres overtøj.

Fejl: Type 1 og Type 2

Der findes to typer af fejl indenfor lægevidenskaben, som man kalder for 'type 1' og 'type 2'.

'Type 1' fejl
Lægen fejler og erklærer en syg person for rask.

'Type 2' fejl
Lægen fejler og erklærer en rask person for syg.

Der bliver altid lavet flere 'type 2' fejl end 'type 1' fejl. Dette skyldes at det ofte er farligt at overse en sygdom hos en person. Lægerne vil gerne være på den sikre side, så de vil hellere se lidt for mange syge mennesker, end for få.

'Type 2' fejl har dog indenfor retspsykiatrien ganske store følger for det enkelte menneske. Grunden er, at personen ender i et tvangs-system, hvor personen tvinges til behandling uanset om personen er syg eller ej. Overlæge Peter Kramp udtalte i en avis (Information) for nogle år siden, at han mente at ca 15 - 20% af alle mentalundersøgelser var forkerte.

Med et så stort antal fejl, så vil der være ret mange patienter i retspsykiatrien som rent faktisk er normale. Men hvorfor giver man medicin til normale mennesker? Det skyldes det faktum, at overlægen på de afdelinger, som tager imod patienterne tror på teorien om den retfærdige verden. Hvis en anden overlæge har givet denne person en diagnose, så må det jo være rigtigt, at personen er syg. Overlægen mener ikke at han skal tage stilling til denne diagnose. Overlægen på den modtagende afdeling skal bare sørge for at personen spiser den ordinerede medicin, og hvis personen ikke gør det frivilligt, så skal overlægen tvinge personen til at spise medicinen. Og hvis personen stadig nægter at tage sin medicin, så har overlægen lov til at spænde personen fast til en seng indtil personen knækker sammen og giver op. Der er ikke noget retfærdigt i dette system, og det vil blive ved med at være som det er, så længe overlæger ikke tør sige hinanden imod og tænke selv. Overlæger er vel nok de mennesker jeg kender der tænker mindst selvstændigt. Overlæger er generelt de seneste år, blevet mere og mere bange for at overse sygdom hos patienter, og for at være på den sikre side, så vil lægerne hellere lave 'type 2' fejl end 'type 1' fejl. Følgen er at antallet af retspsykiatriske patienter bare stiger og stiger, til ingen verdens nytte.

Fejl i psykiatrien - 1 del

Psykiatrien er desværre een lang historie om den ene fejl efter den anden. Jeg vil gerne indrømme at vi efterhånden er kommet langt i forhold til f.eks. middelalderen hvor man brændte mennesker med epilepsi, fordi man troede at de var besat af onde ånder. Men psykiatrien er stadig ikke færdig med at lave fejl. Her er blot een af dem: I 1936 fik den portugisiske neurolog Egas Moniz den idé at 'ødelægge' visse dele af den forreste del af hjernen på en patient. Han synes at det virkede godt og foretog yderligere 40 operationer på patienter med psykoser. Operationen fik senere navnet lobotomi (det hvide snit). Operationen blev hurtigt udbredt og i de efterfølgende år opererede man ca 50.000 patienter om året med lobotomi. Egas Moniz (1874-1955) fik i 1949 en Nobelpris i medicin for at have opfundet det hvide snit (lobotomi). Han blev dog også i 1949 skudt af en af sine patienter og tilbragte resten af sit liv i rullestol. Han døde i 1955 samtidig med at man var ved at finde ud af hvor forfærdelig hans operation i virkeligheden var. Det viste sig senere at ca 10% af patienterne som fik det hvide snit efterfølgende døde af operationen, og en meget stor del af patienterne blev forvandlet til grøntsager.

Flagrende blik

Jeg har skrevet flere tekster om øjenkontakt - her er en mere. Nogle gange skriver personalet eller overlægen i journalen, at patienten har et flagrende blik. Men hvorfor har visse mennesker et flagrende blik. Der kan faktisk være flere naturlige og fornuftige årsager. Jeg kommer dog ikke ind på alle årsagerne i denne tekst. En amerikansk forsker har undersøgt forholdet for nogle år siden. Han tog nogle mennesker til samtale og bad dem om at svare på nogle spørgsmål. Mens de var til samtale, blev de vurderet på deres øjenkontakt. Han stillede en person et spørgsmål, og holdt så øje med personens øjne, mens personen svarede. Hans konklusion var, at de personer som kikkede væk i et kort øjeblik efter han havde stillet dem et spørgsmål, var i stand til at svare mere korrekt på hans spørgsmål, end de personer, som ikke kikkede væk, men som bare kikkede på ham mens de svarede. Du skal altså under en samtale med et andet menneske ikke tro, at der er noget galt i at en person kikker væk fra dig inden han svarer. Mange mennesker har det umiddelbare indtryk at øjenkontakt er godt og at stadig øjenkontakt er det bedste. Der er dog situationer hvor det er en ganske god idé at kikke væk fra den man taler med under en samtale.

Lad mig komme med en forklaring

Hjernen bruger en meget stor andel af kroppens energi, og en meget stor del af den energi som hjernen bruger, bliver brugt til at behandle visuelle signaler fra øjnene. Normalt er det således at øjnene jo er åbne når man er vågen. Det er for de fleste mennesker ikke et problem at tænke mens øjnene er åbne. Det lyder måske lidt fjollet, men der er en god forklaring. Hvis et menneske skal tænke en tanke, som ikke er svær at tænke, så er synet ikke et problem. Men der sker noget interessant, hvis man beder en person om at tænke en tanke som kræver koncentration og energi. Da øjnene konstant bruger en stor del af den energi der bliver sendt til hjernen, så vil der ikke være ret meget energi tilbage til resten af hjernen. Hvis man nu skal tænke en krævende tanke, så ville det jo være smart, hvis man kunne lukke ned for den store mængde energi, der bliver brugt til at behandle visuelle signaler fra øjnene og så i stedet for sende energien hen et andet sted i hjernen, hvor der er behov for den. Dette kan til en vis grænse faktisk godt lade sig gøre, og de fleste mennesker benytter sig ubevidst af dette lille trick hver dag. Vores hjerne er fra naturens side, enormt god til at genkende ansigter. Så snart vores øjne får øje på en andet ansigt, så skruer hjernen automatisk op for energien til vores visuelle system, som straks går i gang med at finde ud af hvad ansigtet betyder, om personen er glad eller sur osv. Det er en funktion som starter helt automatisk og den er uden for vores kontrol. Vores hjerne skruer altså hele tiden op og ned for energien til vores visuelle system alt efter om vi kikker på et andet ansigt eller ej. Hvis man har en samtale med et andet menneske, så vil der ske det, at hjernen konstant skruer op og ned for energien til det visuelle system i takt med at du kikker den anden person i ansigtet, eller om du kikker væk. Når du kikker personen i ansigtet, så bliver der skruet op for energien til det visuelle system, og straks du kikker væk, så bliver der skruet ned for energien igen. Hvis du under samtalen pludselig har brug for at tænke en tanke som er ret energi-krævende, så foretager du en interessant handling, og du gør den ganske ubevidst. Da det er energi-krævende at kikke på et andet ansigt, så vil du automatisk kikke væk fra ansigtet og i stedet for kikke på noget neutralt, som fx en blomst i vinduet eller ned i bordet eller bare op i luften. I det øjeblik du ikke længere kikker på et andet ansigt, så vil din hjerne med det samme nedsætte energiforbruget i det visuelle system, og du har nu pludselig meget mere energi i resten af hjernen som du kan bruge til at tænke med. Så snart du er færdig med at tænke, så vil dine øjne vende tilbage og igen kikke på den person du taler med. Du har nok aldrig før tænkt over hvorfor du nogle gange bare sidder og kikker ud i luften eller op i loftet uden nogen tilsyneladende grund. Grunden er den, at din visuelle system er så fast programmeret til

at starte ved synet af forskellige objekter som fx ansigter, at en anden del af din hjerne ganske enkelt beder dine øjne om at kikke et andet sted hen, for ligesom at snyde det visuelle system, så der bliver mere energi andre steder i hjernen hvor der er brug for energien. Man kan godt under en samtale beslutte at man konstant vil kikke den anden person i øjnene, man skal bare huske på, at hjernen under denne omstændighed vil have svært ved at tænke krævende tanker, så det nytter kun hvis du har en samtale, hvor du skal tale med den anden person om ting, som ikke er krævende for dig at tænke på. Du skal ikke være bange for at lade dit blik vandre, mens du taler. Det handler om at forstå sig selv, så man kan tænke så effektivt som muligt. Med andre ord. Hvis du skal lære at tænke effektivt, så skal du ikke gå op i hvad andre tænker om dit blik og dine øjne. Du skal bare være dig selv.

Florence Nightingale

Florence Nightingale bliver kaldt for grundlæggeren af den moderne sygepleje. Det er mit indtryk at hun var utroligt vedholdende og bestemt. Hun udrettede en del mens hun levede. Nu er jeg jo en lille smule skadet af alle de fejl jeg ser i retspsykiatrien hver dag. Denne tekst er derfor ikke en biografi. Jeg vil blot nævne nogle ting jeg faldt over mens jeg læste om hende med mit sæt briller. Hun udtrykker blandt andet, at kvinder hungre alt for meget efter sympati. Og at kvinder aldrig nogen sinde har ændret hendes meninger eller på nogen måde har hjulpet hende. Hun har udelukkende fået sine meninger fra mænd og hjælp fra mænd. Måske er kvindelige ansatte i retspsykiatrien stadig ude efter sympati og knap så meget ude på at hjælpe patienterne. Hun var sur på datidens kvindebevægelse, som krævede mere lighed for kvinderne. Hun havde nemlig på samme tidspunkt ledige lederstillinger i hendes organisation som hun ikke kunne få besat fordi der ikke var nogen kvinder til at besætte stillingerne. Hvorfor kræve mere lighed hvis man alligevel ikke bruger den. Florence havde den overbevisning at mange af de religiøse sygeplejersker ofte var mere interesseret i deres egen frelse end i at hjælpe patienterne. Jeg føler at dette er sandt til en vis grænse. Jeg tror desværre at en stor del af nutidens ansatte på de retspsykiatriske afdelinger i højere grad er tiltrukket af arbejdet fordi det udfylder deres egne behov for at yde omsorg for patienterne i stedet for at gå op i hvad det egentlig er patienterne egentlig har brug for.

Du kan fx også læse om Florence Nightingale på Wikipedia

Flugtøkonomi

Det handler om penge. I 2015 koster en sengeplads i den almene psykiatri 3.518 kr pr dag. I 2015 koster en sengeplads i retspsykiatrien lidt mere. Den koster cirka 5.500 kr pr dag. Med andre ord sengepladser er dyre. Men der er også love og regler at tage højde for. En person i retspsykiatrien med en anbringelsesdom er således indlagt i henhold til en dom, og det kan kun en dommer ændre på. Hvis en retspsykiatrisk patient flygter fra afdelingen, så er afdelingen nødt til at lade patientens værelse stå og vente på at patienten bliver pågrebet og igen kan indlægges. I den almene psykiatri er patienterne ikke indlagt i henhold til en dom. Det er således overlægen der bestemmer om patienten skal være indlagt eller ej. Hvis en patient flygter fra en almen psykiatrisk afdeling, så er der ikke nogen regel der tvinger overlægen til at lade værelset så ledigt indtil man igen finder patienten. Der er dog en regel i psykiatriloven, der siger at hvis en patient ikke er dukket op på afdelingen igen inden 7 dage, så betragtes patienten som udskrevet og så bliver værelset tømt og givet til en anden patient. Der er således forskel på hvordan man bruger ressourcerne i retspsykiatrien og den almene psykiatri. I retspsykiatrien er man nødt til at holde et værelse ledigt til patienten indtil patienten dukker op igen, og det giver en dårlig udnyttelse af sengepladserne, når man er nødt til at have et værelse der står tomt indtil patienten dukker op igen. Dette problem har man næsten ikke i den almene psykiatri. Her bliver værelset tømt efter 7 dage og givet til en anden patient. Det er nemlig dyrt at have et værelse (sengeplads) stående tomt.

Yderligere læsning: Statens Serum Institut's DRG satser for sengepladser i psykiatrien.

For sent til mødet

Alt for ofte bliver der talt om svage patienter, men ikke alle patienter er svage. En dag snakkede jeg med en patient. Han fortalte mig at han lige havde været til et møde med sin overlæge. Han fortalte også at han kom ½ time for sent til mødet. Jeg spurgte ham om han havde glemt mødet. "Nej!" svarede han, "Jeg kom for sent med vilje.... Ham overlægen skal jo ikke tro at han er noget...".

Forandringens vej - Den evige forandring af normalen

Som menneske er det vigtigt at forstå, at det vi betragter som normalt i øjeblikket ikke altid har været normalen, og at det som er normalt i øjeblikket var ganske unormalt i fortiden. Det er ligeledes vigtigt at forstå, at det som er normalt i øjeblikket ikke vil være normalen for altid, men at normalen som den er nu vil ændre sig, og at den normal som vi har i øjeblikket vil gå hen og blive forældet i fremtiden og erstattet af en ny normal. Det normale og det unormale udgør tilsammen en enhed, som dækker over alle individer. Man kan sige, at normalen og unormalen er hinandens komplementærgruppe. Hvis man derfor tog alle individer et efter et, så ville man se, at alle individerne ville falde ned i enten den normale eller den unormale gruppe. Heraf følger da også, at hvis normalen ændre sig, så vil unormalen ændre sig med nøjagtig samme størrelse. Hvordan ændre forholdet sig så mellem normal og unormal?

Der er faktisk kun to måder hvorpå det kan ske:

1. En ting, som før var unormal bliver nu en del af normalen, eller
2. en ting, som før var normal bliver nu en del af unormalen

Et par eksempler

1. Førhen var det unormalt at blive tatoveret, men i øjeblikket er det normalt at blive tatoveret.

2. Førhen var det normalt at ride, når man skulle nogen steder, men i øjeblikket er det unormalt at ride, når man skal nogen steder.

Der findes også eksempler på ting, der skiftevis hopper fra det ene til det andet

I gammel tid var det ganske unormalt at ryge, så blev det pludselig normalt at ryge, og i øjeblikket er det ved at blive unormalt igen at ryge.

Normalen er altid i bevægelse. Der er altid noget af normalen, som er i færd med at glide ud, og derved blive til noget unormalt. På samme måde er der altid noget af unormalen, som er i færd med at glide ind og derved blive til noget normalt.

Forandringens vej - Jeg er ny-normal

At være normal, betyder vel noget i retning af, at man tilhører den gruppe af mennesker, som er den overvejende største i samfundet. At være unormal betyder ligeledes noget i retning af, at man ikke tilhører de normale. I gammel tid var det normalt at tro at jorden var flad og fuld af guder, der styrede vores liv. Hvis man havde den tro, at jorden var rund og at der ikke fandtes guder, så var man unormal og ligefrem farlig for det øvrigt samfund, og disse mennesker blev ofte forfulgt. En person, som mener, at der ikke findes guder og at jorden er rund, er meget mere normalt i vores moderne verden. Havde denne selv samme mand levet i gammel tid, vil han have været unormal og forfulgt. Forestil dig nu igen denne mand, som mener, at jorden er rund og at der ikke findes guder.

I gammel tid, ville han blive betragtet som unormal, men hvis han nu havde været i stand til at leve længe nok, så var han blevet normal helt af sig selv uden at lave om på sig selv. For normalen har nemlig ændret sig gennem tiderne. Det, som altså afgør om han er normal eller unormal er altså ikke i dette tilfælde hans personlighed, men altså blot hvilken tidsperiode han levede i. En sådan mand kalder jeg for ny-normal, fordi hans adfærd og overbevisning hører fremtiden til, han er altså forud for sin tid - han er fremtidens normal - den nye normal - nynormal. På samme måde som ovenstående mand, er jeg også ny-normal, altså forud for min tid. Jeg er f.eks. ikke-ryger. I stort set hele min opvækst har jeg været unormal på dette område, for jeg røg ikke, men stort set alle andre mennesker omkring mig var rygere. Jeg var altså unormal i forhold til denne gruppe og i denne tidsperiode. Men nu er der gået mange år, og nu er flertallet af voksne mennesker gået hen og blevet ikke-rygere (ca. 57%), og jeg tilhører nu den største gruppe, altså de normale. På samme måde som ovenstående person, har jeg gået fra at være unormal til at være normal, helt uden at jeg har ændret mig. Jeg er stabil og jeg har været den samme hele mit liv, men verden omkring mig har ændret sig hen imod mig, og hvis jeg lever længe nok, så vil jeg til sidst gå hen og blive helt normal - altså helt uden at jeg har ændret mig. I gammel tid, var det normalt at tro at jorden var flad, i moderne tid er det normalt at tro, at jorden er rund. I moderne tid er det stadig (desværre) normalt at tro på guder, i fremtiden vil det være normalt, at være ateist. Jeg er også ateist. På dette punkt, er jeg altså også stadig unormal, men en gang i fremtiden vil det være normalen at være ateist. Som ateist er jeg altså i øjeblikket stadig unormal eller ny-normal, men hvis jeg kunne leve længe nok, så ville jeg blive normal, helt uden af ændre mig. En vis del af dem som vi i vores samtid kalder for de unormale, vil i fremtiden være de normale.

Forandringens vej - Jeg er ny-normal på flere områder

Jeg er ny-normal med hensyn til rygning. Da jeg var barn og ung var det meget normalt at være ryger, men nu til dags er det efterhånden mere normalt at være ikke ryger. Jeg har altså i hele min ungdom været en lille smule unormal, men nu hvor jeg er blevet voksen, er jeg efter hånden blevet helt normal, ikke fordi at jeg har ændret mig som person, men fordi at samfundet har ændret sig hen imod mig. At være ny-normal betyder blot at man har en opfattelse og adfærd, som andre (samfundet) bevæger sig hen imod. Et andet punkt hvor jeg er ny-normal er med hensyn til støj. Jeg har en udemærket hørelse, det har jeg altid haft - grunden er simpel - jeg har altid passet på mine øre. Da jeg var barn og ung, passede man ikke synderligt meget på sin hørelse hverken hjemme eller på arbejdspladserne. Men nu er vi blevet fremragende gode til at fortælle hinanden, at man skal passe på sine ører, og at man på arbejdspladser med støj skal bruge høreværn, samt sørge for at maskiner ikke larmer unødigt. Denne nye tendens vil føre til at der i fremtiden vil være en meget større andel af mennesker med en god hørelse end der er i dag. Derfor vil der i fremtiden også blive flere mennesker med en god hørelse, som vil føle sig generet af støj, og derfor vil der i fremtiden også blive gjort mere for at forhindre unødig støj. Det er en belastning for mennesker som mig at leve i en verden, hvor andre folk ikke kan høre den støj de selv laver. Jeg er derfor nødt til at være tålmodig, og leve med at jeg i øjeblikket bliver opfattet som en anelse unormal, fordi jeg kan høre lyde, som mine medmennesker ikke ligger mærke til - lyde som mennesker dog i fremtiden vil være i stand til at kunne høre og som mine medmennesker i fremtiden med stor sikkerhed heller ikke vil synes om.

Forandringens vej - Normal

Nu til dags klassificere vi menneskers psyke ud fra nogle kriterier, som vi kalder for ICD-10 og DSM-5. Normalen ændre sig hele tiden. I gamle dage var der normale og unormale mennesker, og disse mennesker levede blot det liv de nu engang havde, uden at spekulere videre over om de nu var normale eller unormale. Nu til dags er det på samme måde. Nu til dags lever vi også vores liv, både de normale og de unormale, uden at tænke videre over det. Og dog! Der er faktisk en lille forskel. Forskellen er, at i vores moderne tid, har vi meget store mængder af viden om vores fortid. Ved at sammenligne hvad der var normalt i fortiden, med hvad der er normalt nu

til dags, kan vi tydeligt se, at 'normalen' har ændret sig, fra gamle dage og til nu. Det er dog mit indtryk, at folk i gamle dage ikke spekulerede ret meget over at normalen ændrede sig stille og roligt, og at mennesker ikke altid havde været sådan, som man nu engang var i gamle dage. At mennesker i gamle dage også havde en fortid, og at deres forfædre i denne fortid var anderledes, var ikke noget man brugte synderlig meget tid på, i forhold til hvad vi gør i dag. Både i gamle dage og nu til dags, var man altså bevidst om at man i fortiden havde været anderledes, der var dog stor forskel på hvor bevidste man var om dette. Som de kloge og moderne mennesker vi er, burde vi nu godt være klar over, at hvis vi har ændret os fra i gamle dage og til i dag, så vil der også finde en forandring sted ude i fremtiden. Det, som er normalt i dag vil ikke være normalt i fremtiden. Hvis normalen vil ændre sig ude i fremtiden, så vil unormalen ændre sig lige så meget. Det, som jeg derfor tænker på en gang imellem er, hvor mange af dem, som i dag angiveligt har en psykisk lidelse, der i fremtiden mon vil blive betragtet som normale i deres samtid - de ny-normale.

Forandringens vej - Normale mennesker er dobbeltmoralske

De normale danskere mener tilsyneladende at der er forkert at mennesker slår hinanden ihjel, men de har ikke noget imod at vi sender soldater til fx Afghanistan og der slår mennesker ihjel. Det er i mine øjne dobbeltmoral. Hvorfor er det forkert for danskere at slå andre danskere ihjel, men det er ikke forkert for danskere at slå Afghanere ihjel? Jeg mener at jeg udtrykker en bedre form for normal end de normale. Ikke nok med at jeg mener at det er forkert for danskere at slå danskere ihjel, så mener jeg også at det er forkert overhovedet at slå nogen som helst ihjel, både danskere og ikke-danskere. Der er harmoni i min mening og den er ikke dobbeltmoralsk.

Forandringens vej - Normale menneskers tanker om de unormale

Det er udbredt, at normale mennesker har den opfattelse af der findes to grupper af mennesker, nemlig normale mennesker og unormale mennesker. Det er normalt at normale mennesker anser de unormale som en enkelt gruppe mennesker, selv om de unormale mennesker i virkeligheden udgør

to forskellige grupper af mennesker. De normale mennesker har svært ved at se forskel på disse to grupper og derfor putter de dem ned i samme kategori nemlig de unormale. De unormale udgør to forskellige grupper af mennesker. En gruppe over de normale og en gruppe under de normale. Ved at putte de unormale ned i samme kasse opnår den normale dog visse fordele. Ved at opstille en konstruktion hvor der kun er de normale og de unormale, sikre den normale sig, at alle dem, der ikke hører til hans egen gruppe, altså de normale, jo derfor må være i gruppen af unormale. Den normale har den opfattelse at det bedste man kan være er normal. Den normale har yderligere den opfattelse, at alle dem, der er i den anden kasse, altså de unormale har et ønske om at være normale - hvilket virkelig er en vildfarelse. Virkeligheden er dog en lidt anden, end den de normale tror på. Der er i virkeligheden ikke to forskellige grupper men tre forskellige grupper. Der er både en gruppe over og under de normale. Man kan sige at de normale lider af en illusion om to forskellige gruppe, nemlig de normale og de unormale. Fordelen ved denne opdeling er at, hvis man er normal så vil man fremstå som tilhørende den bedste gruppe. Denne illusion bliver jo brudt hvis man opstiller en model med 3 grupper. Nemlig en gruppe over det normale, de normale, og en gruppe under de normale. Denne nye konstruktion er ikke en behagelig tanke for normale. Denne tanke ødelægger illusionen om at det normale er det bedste. Denne konstruktion eller opdeling af mennesker har ganske vist en gruppe, som er under de normale, men de har altså også en gruppe, som er over de normale. Man kan sige, at denne konstruktion degradere det normale menneske, fra at have tilhørt den bedste gruppe af mennesker, til pludselig kun at tilhøre den midterste gruppe mennesker, og altså ikke længere den bedste gruppe af mennesker. Normale mennesker vil selvfølgelig være imod en sådan opstilling, da den ødelægger deres illusion om at tilhøre den bedste gruppe. De mennesker som hører til i gruppen som er over de normale har faktisk en tilstand som er bedre end den normale tilstand, og de mennesker som hører til gruppen under de normale har en tilstand som er dårligere end den tilstand som de normale mennesker har. Ved at udelukke, at der skulle findes en gruppe som skulle være over gruppen af normale mennesker, så udvisker man derved også det faktum at der er noget som er bedre end normalen, og normalen kommer nu til at fremstå som det bedste. Der er tale om at de normale har en vildfarelse, som har til formål at opretholde deres selvbillede som de bedste mennesker, men det er og bliver altså en vildfarelse.

Forandringens vej - Normalen er ikke det bedste

Mange normale mennesker tror, at 'det normale' er det samme som 'det rigtige' eller 'det bedste'. Det er egentlig blot en form for selvretfærdiggørelse. Den normale tænker: 'Det jeg gør er det bedste'. Dette er en ganske stor vildfarelse. Det varer ikke mange år, før det vil høre til normalen at være overvægtig. Skulle det så betyde, at blot fordi at overvægt er det normale, så skulle det derfor også være det bedste og noget man skulle tilstræbe at blive? Nej! - det er en vildfarelse. Det er desværre også normalt at være stresset. Skal de unormale så tilstræbe også at blive stressede? Nej! - igen en vildfarelse. De fleste mennesker er stadig religiøse i en eller anden grad. Betyder det så, at det er godt at være religiøs? Nej! - igen igen en vildfarelse. Det er normalt at have gæld. betyder det så, at det er godt at have gæld? Igen - Nej! Det normale er ikke det bedste, men blot det som er karakteristisk ved en stor del af befolkningen. Tænk på, at det er normalt at være ryger. Tænk så på hvor skadeligt det er for den menneskelige krop at ryge. Det er derfor ikke min mening at det at være normal, vil være det bedste for et individ. Jeg ryger ikke, og er derfor unormal, men det er jeg da ganske tilfreds med. Jeg har heller ikke nogen gæld, det er faktisk også unormalt, men tro mig, - jeg er ganske tilfreds med dette.

Forandringens vej - Normales forsvar af det normale

Personer som tilhører normalen, og som anser det at være en del af normalen, for noget godt, har følgende bemærkning om folk, der træder udenfor normalen: 'Det kan man da ikke - det er jo ikke normalt!' Man kan sige om denne slags personer, at de er beskyttere af normalen. Personer, der tilhører normalen, vil strække sig ganske langt for at beskytte normalen, da netop normalen beskytter de normale imod de unormale. De normale beskytter ikke normalen, fordi at normalen er det bedste, men fordi at det nu engang er den gruppe de hører til. De normale beskytter gruppen, altså de normale. Fordelen ved at beskytte normalen er, at man forbedre sine chancer for overlevelse. Problemet med de normales beskyttelse af normalen er, at normalen ikke altid vil være det bedste. Ved at beskytte normalen sikre man sin overlevelse, men man forhindre samtidig normalen i at udvikle sig til noget bedre. Normal er et fællesskab for folk med samme kvalifikationer. Alle dem, som er bedre eller dårligere bliver betragtet som unormale. Det er ikke nødvendigvis fordi, at der er noget galt med de unormale, de er blot statistisk udenfor normalen.

Forandringens vej - Normalens kamp imod det unormale

Min sag handler om de normales forsvar af normalen. Danmark er fuld af normale mennesker. Disse normale mennesker bliver i Pilehus (retspsykiatrisk klinik, P4) repræsenteret af personalet. Dette personale er klar til - på normalens vegne - at forsvare normalen. Hvis nu der kommer en unormal, som vil prøve på at ændre normalen, så vil de på normalens vegne forsvare sig imod det unormale. I denne situation er normalen følgende: Det er i øjeblikket normalt, at have den mening, at det er forkert at slå andre mennesker ihjel. Men det er også en del af normalen netop at lade være med at protestere, når normale mennesker alligevel slår andre mennesker ihjel. Det er altså en del af normalen at være dobbelt-moralsk. Det er en del af normalen at være hyklerisk. Grunden til at jeg er unormal og grunden til at de normale forsvarer sig imod mig, er fordi at jeg har et ønske om at ændre normalen. Grunden til at jeg er unormal er følgende: Jeg mener, at det er forket at slå andre mennesker ihjel, men til forskel fra de normale, så agter jeg at handle, når jeg ser at de normale alligevel slår andre mennesker ihjel. Jeg er til besvær for de normale, fordi jeg minder dem om deres egen adfærd. Grunden til at de normale finder mig besværlig, er fordi jeg gør dem bevidst om den konflikt der netop ligger i den normale adfærd. Jeg kan godt forstå, at de normale stritter imod, for jeg gør det pinligt, at være normal. Mange mennesker undre sig over, at jeg bliver berørt, når jeg taler om emnet. Personligt undre jeg mig over dette, og jeg bliver nervøs hvis andre folk ikke bliver berørt af emnet - at vi (det danske samfund) slår mennesker ihjel. De normale er villige til at gå langt for at forsvare normalen. Ikke nok med at de er villige til at spærre mig inde, de er endda også villige til at spænde mig fast til en seng, indtil jeg skifter mening. Forandring har aldrig været gratis - sådan er det bare. Jeg er stolt af, at jeg på dette område er unormal.

Forandringens vej - Normalisering?

Det bør ikke være målet for en psykolog, at gøre en person normal. Det bør derimod være målet for en psykolog at få personen til at forholde sig til virkeligheden. Vi kan ikke bruge normal til noget, for det ændre sig hele tiden. Hvad vi derimod kan bruge til noget, er den absolutte virkelighed/sandhed, for den ændre sig ikke. Virkeligheden og sandheden er det samme

og det er en stabil størrelse. Hvis det hører til normalen at være stresset, så håber jeg sandelig at du kan se det upraktiske i at psykologen derfor skulle gøre sine patienter/kunder stressede, blot fordi det nu engang hører til normalen. Psykologens opgave er ikke at tilstræbe en normalisering af patienten men derimod en forbedring. En forbedring og en normalisering er ikke det samme.

Foreningen for bedre retspsykiatri

Kronologisk fremstilling
Gennemgangen indeholder hændelsesforløbet under min indlæggelse fra den 19. december 2013 til 5. september 2014. Formålet med denne kronologiske gennemgang er at belyse hvorfor overlægen mener jeg er kværulantforrykt. Overlægen og ledelsen er tydeligt utilfredse med at jeg er begyndt at interessere mig for retspsykiatri, og de forhold patienterne er underlagt. Det er meget belejligt for overlægen, at overlægen kan kalde mig kværulantforrykt, blot fordi jeg stiller spørgsmål til overlægen og ledelsen, som de tilsyneladende ikke synes om.

Den 18. december 2013
Det banker på min dør. Der står en personale uden for døren med en buket blomster (det er nemlig min fødselsdag) og et brev til mig fra Det Psykiatriske Ankenævn. På baggrund af brevets indhold beslutter jeg at stoppe med medicinen (Abilify).

Perioden 18. december 2014 til 11. april 2014
Jeg bruger i denne meget tid på at læse og studere psykiatri (som jeg plejer). Jeg er en heldig mand. Der findes mange universiteter rundt omkring i verden, som har været så venlig at lægge deres uddannelser ud på nettet i form at dokumentation og video-lektioner. Jeg har været indlagt i mere end 4 år, og jeg har i denne tid fulgt mere end 450 timers undervisning (video-lektioner) på nettet, med stor fornøjelse. Jeg bruger også en del tid på at læse love og bekendtgørelser, men undre mig over hvordan det kan være at der er så store huller i det jeg læser. Det er som om at der mangler noget, men jeg ved ikke lige hvad. Jeg begynder så at sende e-mails til forskellige myndigheder og spørger ind til hvilke regler der er gældende for retspsykiatriske patienter. Det tager et stykke tid, men pludselig er det som om at der kommer hul på bylden, som man siger. Pludselig er jeg ved at drukne i regler og instrukser mv. Jeg læser nu ivrigt i disse dokumenter. Ef-

ter et stykke tid går det op for mig, at der faktisk er mange regler som ikke bliver fulgt i retspsykiatrien. Jeg begynder nu at sende breve til forskellige myndigheder med meget specifikke spørgsmål, og må konstatere at Region Sjælland overtræder både love og regler på mange områder.

Den 11. april 2014
Jeg opretter foreningen med navnet "Foreningen for bedre retspsykiatri" i CVR-registret.

Perioden 11. april til 16. maj 2014
Jeg melder mig efterfølgende ind i LAP, SIND og BedrePsykiatri. Jeg opretter foreningen på Facebook. Jeg skriver en opslagsseddel og sender den til alle retspsykiatriske afdelinger i Danmark. Jeg begynder at få medlemmer på facebook. Patienter og pårørende begynder at henvende sig til mig for at fortælle deres historie, og stille spørgsmål. Jeg begynder at samle disse spørgsmål sammen og begynder at henvende mig til bl.a. Statens Serum Institut, sundhedsstyrelsen, justitsministeriet, psykiatrien region sjælland samt min overlæge mv. Spørgsmål skrives ned på lister. Jeg stiller spørgsmål til myndigheder, får svar og skriver små vejledninger på FB. Jeg får henvendelser fra patienter fra andre afdelinger som beder mig om at skrive en klage for dem.

Den 16. maj 2014
Jeg henvender mig nu til Region Sjælland og stiller 8 simple spørgsmål til vicedirektøren, Søren Bredkjær. Til min store overraskelse, så nægter han at svare på spørgsmålene. Jeg finder dette MEGET interessant, for der må jo være en årsag. Sagen er dags dato stadig i gang. Jeg har indtil videre skrevet 15 breve til Søren Bredkjær og Statsforvaltningen, i forsøget på at få et svar.

Perioden 16. maj 2014 til 27. maj 2014
Jeg skriver ikke ret mange breve i denne periode, da jeg har en masse dokumenter jeg skal have læst igennem. Jeg læser i denne periode en del dokumenter.

Den 27. maj 2014
Jeg har et møde med overlægen, Susanne Møller Madsen og min kontaktperson. Overlægen spørger mig hvordan det kan være at personalet har set mig gå rundt på afdelingen med en masse breve. Jeg forklare at jeg har oprettet en forening. Overlægen synes det er et godt initiativ, og både

overlægen og kontaktpersonen roser mig, og fortæller mig, at det viser at jeg har overskud.

Perioden 27. maj 2014 til 4. august 2014
Jeg får nu indsigt i interne instrukser og retningslinier i Region Sjælland. Det er med stor beklagelse at jeg efter at have læst de første 5 instrukser mv, må konstatere at min afdeling ikke overholder de første 3 instrukser, den 4. instruks følger ikke loven, og i den 5. instruks følger man ikke de retningslinier som er givet af Statens Serum Institut, som man i øvrigt SKAL følge som hospital. På denne baggrund begynder jeg nu at henvende mig til den ledende overlæge for retspsykiatrien og vicedirektøren Søren Bredkjær, for at spørge hvordan det kan være at man ikke følger instrukserne og loven. Jeg får i den efterfølgende måned mange svar. Det viser sig dog ved opslag i regler og love samt en meget stor mængde e-mails til offentlige myndigheder, at deres svar ikke er korrekte, men blot søforklaringer.

Den 4. august 2014 kl 13.05
Jeg har et møde med overlægen, Susanne Møller Madsen og en kontaktperson. Jeg bliver ved mødet informeret om at overlægen vil tvangsmedicinere mig. Jeg spørger overlægen hvad hendes mål er med at give mig medicin. Jeg bliver oplyst at formålet med at give mig medicin, er at jeg skal begynde at samarbejde. Der er altså ikke tale om at jeg skal have medicin fordi jeg har en lidelse. Jeg skal have medicin for at samarbejde.

Den 7. august 2014
Overlægen træffer beslutning om at jeg skal tvangsmedicineres. Jeg oplyser at jeg vil klage over beslutningen og skriver samme dag en klage som jeg giver til overlægen.

Den 27. august 2014, onsdag
Jeg modtager brev fra Patientklagenævnet om at der er møde den 29. august 2014.

Den 28. august 2014, torsdag
Jeg læser dokumentet på 91 sider, som jeg har modtaget fra Patientklagenævnet.

Den 29. august 2014, fredag, kl 11.15 - 12.10
Møde med Patientklagenævnet, overlægen (Susanne Møller Madsen) og min bistandsværge.

Den 5. september 2014, fredag, kl ca 12.20
Jeg har en samtale med Susanne Møller Madsen og min kontaktperson. Inden mødet starter har jeg den forventning, at hvis hun ikke får medhold, så vil hun selvfølgelig udskrive mig, da dette jo tydeligt fremgår af min behandlingsplan punkt 6 og min e-journal. Ved denne samtale bliver jeg oplyst at overlægen ikke har fået lov til at tvangsmedicinere mig (Afgørelsen blev truffet af et enigt nævn). Jeg bliver ligeledes oplyst at hun vil anke afgørelsen til Det Psykiatriske Ankenævn. Til sidst bliver jeg oplyst at jeg fremover kun har udgang i een time af gangen, da hun nu mener at der er fare for at jeg vil gøre alvor af min trussel. Før dette kunne jeg være væk hele dagen indtil kl 22.00 og mulighed for orlov i op til 72 timer af gangen. Hun begrunder sin begrænsning i min udgang med at jeg skriver mange breve og hun ikke ved hvem jeg skriver dem til. Overlægen er ligesom personalet tydeligvis sur over at jeg ikke fortæller dem om mit privatliv. Overlægen bruger ligeledes den begrundelse at jeg går til mange møder som grundlag for at begrænse min udgang. Jeg modtager senere samme dag en kopi af Patientklagenævnets afgørelse.

Bemærkning:
Læg venligst mærke til at jeg den 27. maj 2014, får at vide at mine aktiviteter med min forening både af overlægen og kontaktperson, bliver set som et positivt udtryk for at jeg har overskud. Disse samme foreningsaktiviteter bliver dog senere lagt til grund for at jeg angiveligt skulle være kværulantforrykt. Det skyldes muligvis at overlægen senere har opdaget at foreningens aktiviteter er rettet imod netop retspsykiatrien, og det finder overlægen og ledelsen ganske ubehageligt, derfor må jeg da selvfølgelig være kværulantforrykt.

Foreningsliv!

I 1971 oprettede Dr. Thomas Szasz og sociologen Erving Goffman en forening i Amerika med navnet:

American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization
(Amerikansk forening for udryddelse af ufrivillig indlæggelse på psykiatriske hospitaler)

Foreningen levede desværre kun i 10 år. Mon ikke det var på tide at en sådan forening opstod igen, bare i Danmark?

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/American_Association_for_the_Abolition_of_Involuntary_Mental_Hospitalization

Forkert medicin

Jeg har været indlagt i mere end 4½ år på forskellige retspsykiatriske afdelinger. I denne periode har der været flere perioder hvor jeg har været tvangsmedicineret. Jeg opdagede hurtigt, at jeg var nødt til at kontrollere den medicin jeg fik udleveret hver eneste gang. Jeg har på 4½ år fået udleveret forkert medicin 9 gange. Den ene af disse gange var det en mandlig sygeplejerske der havde pakket en medicinæske med medicin til en hel uge med forkert medicin. Jeg vil dog gerne understrege at jeg aldrig har indtaget forkert medicin. Jeg har altid opdaget fejlen INDEN jeg spiste medicinen. Du er som patient den bedste til at kontrollere at den medicin du får udleveret nu også er korrekt. Du skal IKKE stole på personalet. Jeg har selv oplevet medpatienter få forkert medicin. Den ene gang var det en kvinde som tilsyneladende ikke kunne tåle den medicin hun havde fået ved en fejl. Jeg så hende ikke i 2 dage for hun lå bare og sov i 2 dage. Hvis du vil være sikker på at du får den rigtige medicin, så skal du sige til personalet at du selv vil have lov til at tage den ud af pakningen. Jeg har næsten under hele min indlæggelse selv taget medicinen ud af pakningen, så jeg var sikker på at jeg fik den rigtige medicin. Jeg skulle kun have en enkelt pille af gangen. Hvis en personale kom til mig med en pille, som var pakket ud, så har jeg bedt personalen om at hente en ny pille, som var i sin indpakning. Personalen har så klippet en enkelt pille ud af folien i pakken, som jeg så selv har fået, så jeg kunne læse på folien hvilken pille der var tale om inden jeg tog pillen ud af folien og spiste pillen. Til trods for at jeg har fået forkert medicin 9 gange, så står der intet om det i min journal og det er mit indtryk at personalet ikke kunne finde på at indberette den slags fejl nogen som helst steder. Som patient har du det fulde ansvar for dig selv, og som patient vil jeg råde dig til at tage dette ansvar alvorligt, hvis du vil undgå ubehagelige fejl. Dette gælder også hvis personalet udleverer et kopi-præparat, så skal du sikre dig, at præparatet rent faktisk erstatter det originale præparat, ellers kan du som patient hurtigt få det skidt, hvis du spiser forkert medicin. Mit råd er simpelt: Pas på dig selv.

Formålet med retspsykiatri

For at forstå retspsykiatrien, så er man først nødt til at se på formålet med retspsykiatrien. Selve formålet med retspsykiatrien er at forhindre mennesker i at lave ny kriminalitet. På dette punkt kan man sige at formålet med retspsykiatrien er det samme som med vores fængsler. Formålet med vores fængsler er at motivere lovovertræderen til ikke at overtræde loven igen. Uanset hvad en fængslet lovovertræder tænker når han bliver løsladt, så bliver han løsladt efter en fastsat straf. Sådan er det dog ikke indenfor retspsykiatrien. Her kan en person blive tilbageholdt på ubestemt tid, hvis man mener at lovovertræderen måske vil gøre noget ulovligt hvis han bliver udskrevet fra hospitalet. Det helt primære formål med retspsykiatrien er derfor at forhindre patienten i at lave nye lovovertrædelser. Dette er meget vigtigt at forstå, da det viser en stor forskel i forhold til den almindelige psykiatri, hvor formålet er at hjælpe patienten. I retspsykiatrien er man ganske ligeglad med om patienten får det bedre eller ej, da det primære formål blot er at sikre at patienten ikke laver ny kriminalitet. Det er derfor også meget misvisende når man kalder det for en behandlingsdom, for dybest set, så handler det ikke om behandling. Patienten skal udelukkende motiveres, oftest med medicin, til at lade være med at lave lovovertrædelser i fremtiden. Patienterne i retspsykiatrien skal bedøves med medicin i så tilpas store doser, at de ganske enkelt ikke længere vil være i stand til at lave kriminalitet. Da behandling i mine øjne er en handling man laver med det formål at forbedre patientens tilstand, så bør man ikke kalde det for en behandlingsdom, da patienterne i retspsykiatrien på ingen måde får det bedre af den behandling de bliver udsat for. Formålet med retspsykiatrien er at sikre sig at lovovertræderen holder sig fra ulovlige handlinger, og den bedste måde at gøre det på er med medicin og trusler om endnu mere medicin under genindlæggelse. Retspsykiatrien er en hån imod menneskeheden.

Formålsløs adfærd

Et af de negative symptomer på skizofreni er *'tom og formålsløs adfærd'*. Dette rejser dog et problem, for der findes nemlig ikke tom og formålsløs adfærd. AL adfærd har et formål. Et menneske er ganske enkelt ude af stand til at lave formålsløs adfærd. Al den adfærd et menneske har, tjener ALTID er formål. Det kan godt være at den person, der laver en handling ikke selv lige er helt bevidst om hvad formålet er med denne handling, men

det betyder ikke at handlingen er formålsløs. Det betyder blot at personen ikke er bevidst om formålet. Dette gælder også for de personer (fx overlægen eller personalet), der ser eller oplever et andet menneske (fx en patient) gøre en handling. Det kan godt være, at disse tilskurerer, som kikker på en handling, der bliver foretaget af et andet menneske, ikke lige umiddelbart kan se eller forstå formålet med personens handling, men det betyder IKKE at handlingen er formålsløs. Det betyder blot at tilskueren ikke kender formålet med handlingen. En handling har ALTID er formål. I stedet for at beskrive en patient i journalen, som en patient med 'tom og formålsløs' adfærd, så er det mere korrekt, at skrive: *'Jeg (personalen) forstår ikke patientens adfærd'*. Der er en forskel på disse to sætninger, og personalet er ikke bevidste om denne forskel. Personalet vil være meget tilbøjelig til at beskrive patienten som en person med 'tom og formålsløs' adfærd. Der er en forskel i de to sætninger, som er utrolig vigtig. Det, som er mest interessant er faktisk, at uanset hvilken en af teksterne personalen vælger som beskrivelse af patientens adfærd, så starter det ALTID oppe i hovedet på personalen som *'jeg forstår ikke patientens adfærd'*. Der er så efterfølgende to muligheder. Enten kommer personalens tanke om patientens adfærd til udtryk som *'jeg forstår ikke patientens adfærd'*, eller det bliver lavet om til *'tom og formålsløs adfærd'* . Men hvordan kan det være at *'jeg forstår ikke patientens adfærd'* i de fleste tilfælde bliver lavet om til 'tom og formålsløs adfærd' i journalen? Der er tale om at personalen gør brug af en forsvarsmekanisme. Selve formålet med denne forsvarsmekanisme er at forsvare personalen imod ting, som personalen ikke kan forstå. Hvis en personale beskriver en patients adfærd som *'tom og formålsløs'*, så viser det at personalen jo ikke fejler noget, for personalen er da i stand til at forstå alt, og hvis der opstår situationer hvor personalen ikke kan forstå en patients adfærd, så er det sandelig ikke personalen der er noget galt med, men derimod patienten. Ved at beskrive patientens adfærd som 'tom og formålsløs', så slipper personalen for den ubehagelige tanke, at personalen ikke kan forstå patientens adfærd. En personale, der ikke kan forstå patientens adfærd, kan ikke holde tanken ud om at være utilstrækkelig, og derfor tager personalen afstand fra denne tanke, og vender den om, så personalen nu fremstår som perfekt, og nu er det så pludselig patientens adfærd, der er noget galt med. *'Tom og formålsløs'* adfærd er egentlig et ejendommeligt symptom. Det hele starter med en personale, der ikke kan forstå patienten, og det ender med at netop fordi at personalen ikke kan forstå patienten, så har patienten muligvis skizofreni. *'Tom og formålsløs'* adfærd er et symptom, men *'jeg forstår ikke patientens adfærd'* er ikke et symptom på skizofreni. Sætningerne betyder faktisk nøjagtig det samme, men den ene er et symptom hos

patienten, og den anden viser en utilstrækkelighed hos personalen. Faktisk er begge sætninger et udtryk for en utilstrækkelighed hos personalen, og *'tom og formålsløs'* adfærd burde ikke findes som et symptom, da det netop IKKE er noget symptom. Det har intet at gøre med psykisk lidelse, og der er udelukkende tale om et magtmiddel, der kan bruges imod patienterne. En utilstrækkelighed hos personalet bliver til symptomer hos patienterne. Det er derfor at det er personalets utilstrækkelighed, der er med til at afgøre om patienterne har en psykisk lidelse eller ej. Jo bedre personaler vi ansætter i psykiatrien, jo færre patienter vil der derfor være med psykisk lidelse. Antallet af retspsykiatriske patienter stiger i disse år. Det er mit umiddelbare gæt at disse patienter får større og større psykiske lidelser udelukkende på grund af ringere og ringere personale.

Forpint

Min overlæge, Per Balling har flere gange skrevet i min journal og udtalelser om mig at jeg er forpint. Jeg kan så oplyse, at jeg ikke på noget tidspunkt har været forpint. Jeg har dog haft stort ubehag af mange bivirkninger på grund af medicin, men jeg har aldrig været forpint. I Danmark følger man det diagnose-system som hedder ICD-10, som er udviklet af WHO. Der findes ikke nogen diagnose i dette system, hvor forpint er et af diagnose kriterierne. Man kan således ikke give en patient en diagnose fordi at patienten er forpint og man kan heller ikke tvangsmedicinere en person blot fordi at personen har tegn på at være forpint. Man kan godt sige om en person med en psykisk lidelse at personen er forpint, men man kan ikke sige om en person, at fordi at personen er forpint, så har personen en psykisk lidelse. Det er utroligt vigtigt at du lære hvor grænsen går, for ellers så tager du fejl lige så ofte som overlægerne gør. Det kan godt være at man som personale, medpatient eller overlæge ikke synes om at se på en patient, fordi man føler eller har den opfattelse at patienten er forpint. Mange patienter bliver desværre ofte givet en diagnose eller bliver tvangsmedicineret på grundlag af tegn ved patienten som slet ikke må danne grundlag for diagnose eller tvang. Hvis man tvangsmedicinerer en patient fordi man synes at man kan se at patienten er forpint, så er det ikke patienten, man hjælper men sig selv. Det er dit ubehag som fx personale der gør dig utilpas og det er i virkeligheden denne utilpashed du gerne vil af med. Men hvorfor skal man give et andet menneske medicin blot fordi der er noget du som fx personale ikke kan lide? Patienter får ofte medicin for at lindre et ubehag hos personalet, men det gavner jo ikke patienten. Man kunne godt tro, at

der er tale om fx medlidenhed eller empati. Problemet er dog at patienten ikke nødvendigvis føler sig forpint, men at det bare er noget fx personalet tror at patienten føler, og man handler så ud fra en idé om empati, som i virkeligheden er opfundet inde i hovedet på fx personalet.

Fortolkningsproblemer i retspsykiatrien

På den afdeling jeg er på, er alle patienterne næsten altid inde på deres værelser. Hvis du spørger personalet hvad grunden er til dette, så er deres mening at det er fordi at patienterne er syge. Hvis du spørger patienterne om hvorfor de hele tiden er inde på deres værelser så er det fordi at de ikke gider at sidde i stuen og snakke med personalet. Det er altså personalet som er årsagen til at patienterne sidder på deres værelser, men det er patienternes angivelige sygdom, der får skylden. Endnu engang er det lykkedes for personalet at opretholde illusionen om at de gør noget godt for patienterne.

Forudsigelighed

Man går meget op i at skabe et miljø i den retspsykiatriske afdeling, som er forudsigeligt. Men det kan da godt være lidt underligt at tænke på. Patienten skal jo efterfølgende ud i et samfund, hvor det forventes af alle borgere at de er omstillingsparate. Det er jo egentlig pudsigt at man behandler patienter med forudsigelighed, og efterfølgende smider dem ud i et samfund, hvor intet længere er forudsigeligt. Måske giver det mening på et eller andet plan, men altså kun i starten af en behandling. Men patienten skal vel forstå at den verden som patienten skal tilbage i, på ingen måde er forudsigelig. Inden man sender patienten hjem igen, så er man vel nødt til at forberede patienten på denne uforudsigelighed, for ellers har man forberedt patienten til noget som dybest set ikke har noget med virkeligheden at gøre. Alle mennesker har brug for struktur, men man skal huske på at denne struktur hele tiden vil blive udfordret af samfundet. Det er i orden at lære en patient at spise faste måltider, men hvis kommunen skriver til patienten at patienten skal møde på kommunen til et møde midt i patientens middagsmad, så er strukturen udfordret, og det skal man forberede patienten på. Forudsigeligheden og strukturen på en retspsykiatrisk afdeling kan godt blive en spændetrøje for patienten. Et godt eksempel på dette er aftensmaden om lørdagen. Når vi har spist aftensmad om lørdagen, så er der efterfølgende efterret. Personalet har den tanke, at det er godt med struktur. Derfor

skal alle patienter og personaler være færdige med at spise aftensmad før der bliver serveret efterret. Men for mig er det da en underlig tanke. Personligt har jeg den tanke at når man er færdig med sin aftensmad, så spiser man efterretten når man har lyst. Nu har jeg sjældent lyst til efterret på det tidspunkt den bliver serveret, derfor spiser jeg stort set aldrig efterret, for den passer ikke ind i mit personlige system. Jeg sætter pris på at være effektiv med min tid, og det er svært på en retspsykiatrisk afdeling, især når tanken falder på efterretten. Normalt når jeg er hjemme hos mig selv så spiser jeg ikke ret tit efterret, men de gange jeg gør, så er den ikke noget problem. Hvis jeg på en retspsykiatrisk afdeling vil have efterret, så er det forbundet med meget spiltid, som jeg kunne have brugt til noget fornuftigt. Hvis jeg spiser min aftensmad og bliver færdig før de andre, så skal jeg efterfølgende sidde og vente på at de andre bliver færdig med at spise deres mad så jeg kan få efterret. Denne tid kunne være brugt til noget fornuftigt, men da jeg ikke selv bestemmer hvornår efterretten bliver serveret, så vil jeg komme i en situation hvor jeg har spist min mad og efterfølgende skal sidde og vente på de andre patienter, og den tid jeg bruger til at vente i, kan jeg ikke rigtigt lave noget andet. Hvis jeg var hjemme hos mig selv, så ville jeg spise min aftensmad, og efterfølgende lave noget produktivt og senere ville jeg så spise min efterret, når der var en naturlig pause i det jeg lavede. På denne måde kan jeg bruge min tid meget effektivt uden at jeg kommer i en situation hvor jeg bare sidder og venter, til ingen verdens nytte. For patienter uden overblik og struktur kan retspsykiatriens forudsigelighed nok godt være gavnlig, men hvis man er lige så effektiv med sin tid som mig, så er det en konstant belastning at være underlagt strukturen på en retspsykiatrisk afdeling.

Forventnings-piller

Jeg er et par gange blevet kontaktet af andre patienter i behandling med antipsykotisk medicin, fordi de tilsyneladende havde et ejendommeligt problem. Jeg må indrømme at det tog mig et stykke tid før jeg fandt ud af grunden til deres problem, og jeg måtte høre på deres mange beskrivelser af deres indlæggelser og spørge dem om mange ting før det gik op for mig hvad der var galt. Når en patient kommer i medicinsk behandling med et antipsykotisk lægemiddel, så vil psykiateren som regel starte med at tale med patienten. Normalt vil der ske det at psykiateren beslutter at patienten skal have medicin. Psykiateren vil ligeledes (men ikke altid) fortælle patienten om medicinens bivirkninger og virkninger, samt hvad psykia-

teren forventer at patienten vil få ud af medicinen. I de fleste tilfælde vil psykiateren således påbegynde medicinering af patienten, samtidig med at psykiateren fortæller patienten hvad psykiateren forventer at opnå med medicineringen. Det er faktisk ret sjældent at antipsykotisk medicin har nogen som helst virkning. Den virkning som opstår ved medicinering af patienten kommer som en følge af at psykiateren har fortalt patienten hvilken virkning medicinen har. Der er således tale om at patienten lever op til psykiaterens forventninger til patienten. Medicinen i sig selv har ingen effekt. Der er udelukkende tale om det man kalder for projektiv identifikation. Patienten regner ud hvad psykiateren forventer af patienten og patienten gør efterfølgende som psykiateren forventer. Men nogle gange går disse samtaler ikke som forventet. Fejlen kan opstå både hos psykiateren og hos patienten. Hvis psykiateren begynder at medicinere en patient, men undlader at fortælle patienten om sine forventninger, så ved patienten ikke hvad det er psykiateren forventer af patienten. Det kan også godt være at patienten ikke opfanger psykiaterens besked til patienten som ligger skjult i psykiaterens forventning til medicinens virkninger. Hvis patienten således ikke ved hvad der forventes af patienten, så vil patienten heller ikke være i stand til at ændre sin adfærd, så den lever op til psykiaterens forventninger. Vi er nu i en situation hvor psykiateren går og venter på at patienten skal skifte adfærd og leve op til psykiaterens forventninger men ændringen af patientens adfærd udebliver. Psykiateren bliver nu skuffet og sætter derfor patienten op i medicin. Dette fører til at patienten får flere bivirkninger og patienten bliver dårligere. Patienten bliver samtidig mere desperat efter at finde ud af hvad det er psykiateren ønsker af patienten, for patienten synes ikke om hele tiden at blive sat op i medicin. Der er egentlig kun to mulige udfald, hvis patienten ikke kan finde ud af hvad psykiateren forventer af patienten. Hvis patienten til sidst finder ud af psykiaterens forventninger så vil psykiateren ikke længere sætter patienten op i medicin. Hvis patienten ikke kan finde ud af hvad det er psykiateren forventer af patienten, så vil psykiateren blive ved med at sætte patienten op i medicin og til sidst forvandle patienten til en grøntsag. Den ene patient som kontaktede mig med dette problem fik medicin i så store mængder at jeg mildest talt tabte kæben ned på bordet. Patienten kunne ikke finde ud af hvad psykiateren forventede af patienten, og det var nu nærmest ved at slå patienten ihjel.

Frem og tilbage er lige langt

Hvis man går 5 meter frem og derefter 5 meter tilbage igen, så har man jo faktisk gået 10 meter, selv om man er tilbage hvor man startede. I psykiatrien måler man kun hvor langt man går. Man går for så vidt ikke op i hvor man er henne. På et tidspunkt (2010) blev jeg indlagt i Pilehus (P4). Da jeg kom til afdelingen så spiste alle patienterne med plastic-bestik. Så kom der en dag en ordre fra ledelsen om at man skulle spare. Patienterne skulle derfor fremover til at spise med stålbestik. Der gik så yderligere ca ½ år, så kom der igen en ny ordre fra ledelsen om at man skulle øge sikkerheden på afdelingerne, så nu skulle patienterne til at spise med plastic-bestik (igen). Ledelsen føler nok at de har taget nogle vigtige beslutninger, men hvor langt er vi egentlig kommet?

Frihedsberøvelse

Nogle mennesker kommer i fængsel. Andre mennesker får en dom til anbringelse eller behandling og ender derfor som udgangspunkt på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Der er en forskel i den måde hvorpå gerningsmanden (den fængslede / patienten) oplever sin situation og så den måde hvorpå samfundet ser på den samme situation. Jeg vil gerne med denne tekst prøve at komme nærmere ind på hvad det egentlig er der er forskellen mellem borgeren og samfundet. Jeg kommer ikke med en løsning, men kun med et oplæg til videre tænkning over emnet.

Er en person i et fængsel tilbageholdt imod sin vilje? Ja
Er en person på en lukket afdeling tilbageholdt imod sin vilje? Ja

Oplever personen i fængslet et ubehag ved tilbageholdelsen? Ja
Oplever personen på den lukkede afdeling et ubehag ved tilbageholdelsen? Ja

Mener samfundet at fængsel er en straf? Ja
Mener samfundet at lukket afdeling er en straf ? Nej

Det samme menneske kan ikke både sige ja og nej til det samme spørgsmål. Der må derfor være en fejl et eller andet sted. Enten så tager jeg fejl, og så findes der rent faktisk personer som ikke har noget imod at være lukket inde på en lukket afdeling, eller også findes der nogle mennesker med

dobbelt-moral, som synes at det er i orden at andre mennesker bliver lukket inde på en psykiatrisk afdeling imod deres vilje, så længe at de altså ikke selv bliver indlagt.

Frihedsberøvelsens effekt

Vi kommer kun borgere i et almindeligt fængsel, hvis vi mener at de er egnede til straf, men hvornår er man så egnet til straf? Man er egnet til straf, når samfundet mener at borgeren er til at rette i sin adfærd ved hjælp af en frihedsberøvelse. Med andre ord, hvis du gør noget forkert og du så kommer i fængsel, så forventer samfundet at du har lært af dit fængselsophold at du ikke må overtræde loven. Dette rejser dog hurtigt et interessant spørgsmål. Man ved erfaringsmæssigt, at ca 60% af alle løsladte fanger vil komme tilbage i fængsel mindre end 1 år efter de er blevet løsladt. Hvis man sætter en borger i fængsel, løslader borgeren igen og borgeren så er tilbage i fængsel allerede mindre end 1 år efter løsladelsen, har straffen så overhovedet virket? Vi sætter jo netop borgeren i et almindeligt fængsel fordi vi mener at det vil motivere borgeren til ikke at overtræde loven igen. Der er altså en tydelig uoverensstemmelse mellem det samfundet tror vil ske med borgeren efter løsladelse og så det der rent faktisk sker når borgeren bliver løsladt. Der er vel kun to muligheder for fejl i denne situation. Enten så tager samfundet fejl, og så har fængselsstraffen slet ikke den virkning på borgeren som man tror den har, og så har samfundet grebet situationen forkert an, eller også har den løsladte i virkeligheden lært noget af frihedsberøvelsen, men der er efter løsladelsen sket ting i borgerens liv og miljø, som borgeren ikke har magt over og som så fører til at borgeren igen gør noget ulovligt. Der er i min verden kun to mulige konklusioner på ovenstående situation. Enten så virker straf og frihedsberøvelse af borgeren slet ikke så godt som vi ellers går og bilder os ind, eller også så har borgeren rent faktisk lært noget af frihedsberøvelsen, men er kommet ud i noget kriminelt igen på grund af faktorer i borgerens miljø, og vi skal så erkende at en borger godt kan lave noget ulovligt, ikke på grund af en dårlig personlighed, men på grund af et dårligt miljø. Hvis en borger hele tiden laver noget ulovligt på grund af miljøet, så har samfundet et problem, for man kan ikke komme miljøet i fængsel, man kan kun komme borgeren i fængsel.

Fundamental attribution error

Du har gættet rigtigt - overskriften står denne gang på engelsk. Det er ikke lykkedes mig at finde begrebet beskrevet på dansk, derfor den engelske udgave. Der er tale om et begreb som dækker over betegnelsen på en fejl, som jeg hermed påstår at de fleste psykiatere og psykologer laver i deres daglige arbejde. Den bliver også lavet inden for andre personalegrupper i retspsykiatrien. Hvis man har en patient og denne patient har en bestemt adfærd, så vil de fleste psykiatere og psykologer straks tænke at personen har denne adfærd på grund af personens personlighed og intet andet. Og så har jeg faktisk allerede beskrevet hvad *fundamental attribution error* dækker over. Begrebet dækker nemlig over den fejl fagpersonen gør, når fagpersonen kun tror at det som en patient gør udelukkende er på grund af personens personlighed. Og vupti, så er du faldet i vandet. Hvis man skal komme til bunds i den adfærd som en patient udviser, så er man nødt til at se på mere end blot personens personlighed. Man er også nødt til at se på det miljø hvor patienten udtrykker sin adfærd. Men det stopper sandelig ikke her. Man er nemlig også nødt til at se på det System som har skabt det miljø som patienten handler i.

Lad os tage et eksempel
Vi har en patient, som er indlagt på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Denne patient vil med stor sandsynlighed være lukket inde imod sin egen vilje. Det er ret belastende at være under tvang. Dette vil med stor sikkerhed påvirke patientens adfærd. Man skal huske på at hvis en sådan patient aldrig har været på en lukket afdeling før og heller ikke har været spærret inde før, så er der tale om en ret stor omvæltning i denne persons liv. Det kan være at denne person reagere med ikke at kunne sove om natten og at det får personen til at gå hvileløst frem og tilbage på gangene. Hvis man begår den fejl at tro at patienten ikke kan sove om natten og personen vandre hvileløst omkring, fordi at det plejer personen at gøre, så har man sandelig lavet den fejl som hedder fundamental attribution error,

Det kan udemærket være at denne patient til dagligt sover ganske fint og at personen ikke traver omring. I det øjeblik man ændrede patientens omgivelser, så ændrede patienten også adfærd. MEN man skal huske på en enkelt ting som er ret vigtigt, og det er at personen ændrede adfærd, men personen ændrede ikke personlighed. Der er altså tale om adfærd som i høj grad er bestemt af situationen (miljøet) som personen befinder sig i. Sidst men ikke mindst så skal man også huske på, at selve situationen (miljøet),

det er skabt af samfundet (systemet). Der er ikke tale om at miljøet er skabt at fx personalet. Personalet indgår ganske vidst i patientens miljø. Det starter altså med at Samfundet har skabt den lukkede retspsykiatriske afdeling. I denne afdeling har man så puttet nogle personaler, og til sidst så har man anbragt nogle patienter i dette miljø. En ret stor del af den adfærd en patient udviser på en lukket retspsykiatrisk er således ikke et udtryk for patientens personlighed. Den er et produkt af 3 faktorer: Personligheden, Situationen (miljøet) og Samfundet. Hvis man som psykiater eller anden fagpersonale tror at patientens adfærd udelukkende skyldes patientens personlighed, så har man automatisk udelukket situationen (miljøet) og samfundet, og man har gjort sig skyldig i fundamental attribution error. Min egen overlæge gør det hele tiden. Det er mig ubegribeligt hvordan han bærer sig ad.

Du kan selv lære mere om det her:
http://en.wikipedia.org/wiki/Fundamental_attribution_error
http://no.wikipedia.org/wiki/Kontrafaktisk_tenkning (bedømmelse af skyld og ansvar)
http://en.wikipedia.org/wiki/Counterfactual_thinking

Jeg vil foreslå at du læser: "The Lucifer Effect" skrevet af Philip Zimbardo. Den handler om gode mennesker som gør onde ting. Den fremhæver bl.a. at man skal huske på at det ikke er nok bare at se på personen som gør en handling. Man skal også se på selve situation og omgivelserne, ligesom man også skal se på hvem der til at starte med har opstillet situationen, hvor handlingen finder sted.

Fællessang i retspsykiatrien? - NEJ TAK!

Hvis man skal have kontrol over patienterne, så er det bedste man kan gøre som personaler og overlæge, at udviske grænsen mellem kontrol og frihed. Ved at udviske grænsen, så gør man det svært for patienten at vide hvornår der er tale om tvang og hvornår der er tale om frihed. Hvis man oppebærer denne diffuse situation under indlæggelsen, så sker der noget interessant, når man udskriver patienten. Patienterne vil være meget mere tilbøjelige efter udskrivelse til stadig at gøre som overlægen har sagt, for de har stadig en ubevidst følelse af tvang, selv om de ikke længere er indlagt. En god måde, at gøre dette på, er at skabe et sammenhold mellem personale og patienter, som i virkeligheden slet ikke eksisterer. Man kan f.eks. gøre det at man synger morgensang sammen, både personale og patienter. Det interessante ved en sådan handling er, at de fleste vil finde den behagelig, men de fejler, og ser ikke at den er med til at ødelægge patienternes forståelse for forskellen på tvang og frihed. Samtidig vil den have den effekt, at

den vil gøre personalets følelse af at udøve tvang imod patienterne mindre. Personalet vil have en følelse af at de gør noget godt med patienterne, mens de i virkeligheden gør noget skidt for patienterne. Hvis man derimod gør tvangen synlig under indlæggelsen, så vil patienten også automatisk føle sig mere fri, når patienten bliver udskrevet. Det bedste for patienterne ville være hvis tvangen konstant var synlig under hele indlæggelsen. Det bedste ville være hvis patienterne kunne gøre noget i fællesskab uden personalet, for derved at skabe en følelse af sammenhold som en kontrast i forhold til personalet og deres sammenhold. Underligt nok, så har psykologen på vores afdeling den opfattelse, at grænsen mellem tvang og frihed, skal viskes helt ud, så det er umuligt at afgøre hvad der er tvang og hvad der er frivilligt. Jeg synes at det er forfærdeligt at vi har en psykolog, som i den grad er ude på at mennesker som ikke længere er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, skal være ude af stand til at føle sig fri, selv om de i virkeligheden ER fri. Han vil have at tidligere patienter i retspsykiatrien skal have en følelse af at de stadig er under tvang, selv om tvangen ikke eksisterer længere. Det er efter min mening en form for psykisk tortur. Fællessang er en bjørnetjeneste, hvor både personale og patienter er glade for at lave noget sammen, men hvor det endelige resultat er ødelæggende for patienten. Hverken patienten eller personalet opdager fejlen.

Følelsen af ro

Nogle gange kan der godt være uro i fælles-miljøet på en psykiatrisk afdeling. Nogle gange kan uroen blive så voldsom, at man som patient kan høre den helt ind på sit værelse. Det er dog mit indtryk at der på de fleste afdelinger er ro om natten. Hvis man som patient har brug for ro, så kan det godt være anstrengende at være på en psykiatrisk afdeling. De fleste patienter sover om natten og på mange afdelinger må patienterne ikke gå ud af deres værelser om natten. Hvis du som patient får lyst til eller får et behov for at opleve ro, så er det en god idé at være oppe om natten, for om natten er der netop ro. Patientens formål med at være oppe om natten vil derfor være et forsøg på at passe på sig selv og eventuelt stresse af og opleve ro. Denne adfærd kan dog godt gå hen og blive til et problem. Personalet har den faste opfattelse at patienterne bør sove om natten. Denne opfattelse er jo grundlæggende god, problemet er bare at den IKKE er god på en psykiatrisk afdeling hvor der er støj om dagen. Det er godt at have en døgnrytme hvor man sover om natten og er oppe om dagen, men det er ikke nødvendigvis den bedste rytme på en psykiatrisk afdeling hvor der er

støj om dagen. Problemet er at patienten er oppe om natten i et forsøg på at passe på sig selv, men personalet ser det straks som et tegn på at patienten har en dårlig rytme, og at denne dårlige rytme nok er et udtryk for at patienten har en psykisk lidelse. Med andre ord, en patient som passer på sig selv, kan godt i personalets øjne ligne en person med en psykisk lidelse. Det kunne ikke falde personalet ind at patientens adfærd dybest set opstår på grund af patientens indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, for der er intet i vejen med de psykiatriske afdelinger, og der er slet ikke noget i vejen med personalets opfattelse og fortolkning af patienternes adfærd.

Følelser og/eller fornuft

Følelser

Der bliver lagt stor vægt på følelser i retspsykiatrien. Grunde er simpel. Meget af det som en overlæge udsætter sine patienter for har absolut intet hold i virkeligheden og det er på ingen måde fornuftigt. Problemet med dette er at hvis en overlæge skulle overtale en patient til at spise medicin ved at bruge fornuft, så ville han hurtigt løber tør for gode argumenter. Men så er det jo lige at overlægen er så heldig at mennesker også er udstyret med følelser. Vores følelser er ikke ret tit fornuftige, og det kan man benytte sig af som overlæge. Ved at sætte patienten under pres ved en samtale mellem patient og overlæge, så vil patienten opleve stærke følelser overfor den tvang som overlægen ønsker at påtvinge patienten. Patienten bliver overvældet af sine negative følelser og glemmer at tænke fornuftigt over det overlægen siger. Med andre ord, patienten bliver overvældet af sine egne følelser og glemmer helt at se på om det overlægen nu siger også er fornuftigt. Følelserne slår ganske enkelt fornuften fra. Det er mit indtryk at det nærmest er gået hen og blevet en klassisk strategi for enhver overlæge, og man skulle nærmest tro at det var noget man underviste overlæger i at gøre, netop fordi at det er så effektivt som det er.

Fornuft

Men hvad nu hvis en overlæge støder på en patient, som godt kan se, at følelser er noget der kan komme i vejen, hvis man er patient i retspsykiatrien, og patienten godt kan se at patientens egne følelser vil lede patienten på vildspor. Det første der sker er at overlægen vil gøre som han plejer og tale til patientens følelser. Patienten lader dog ikke til at lade sig genere at dette, og efter et stykke tid, så bliver overlægen faktisk ret irriteret over at den strategi som overlægen plejer at bruge pludselig ikke virker over for denne pa-

tient. Overlægen vil måske grave lidt i situationen for at finde ud af hvorfor den sædvanlige strategi ikke virker. Efter et stykke tid går det op for overlægen at personen ikke sådan lige er til at manipulere ved hjælp af patientens følelser. Dette vil opleves som et nederlag for overlægen. Overlægen har et magtmiddel, men det lader til at det ikke virker overfor denne patient. Det første overlægen som regel gør, og som jeg finder lidt ejendommeligt er at overlægen prøver på at overbevise patienten om at det ikke nytter for patienten at bruge fornuft i den givne situation, hvilket jo absolut ikke virker, da patienten jo netop bruger sin fornuft til at indse at overlægens forsøg på at fjerne patientens brug af fornuft i sig selv ikke er fornuftigt.

Det næste der sker er at patienten opdager at overlægen er ude på at manipulere med patienten ved hjælp af patientens følelser, hvilket fører til at patienten lukker helt ned for netop sine følelser. Overlægens forsøg på at vække patientens følelser fører til at patienten netop lukker helt ned for sine følelser. Overlægens næste magtmiddel er så at true patienten med at kalde patienten følelseskold og skrive om patienten i patientens journal at patienten muligvis fejler noget, da patienten ikke er i stand til at vise følelser under samtalerne med overlægen. Som patient skal man ikke tage disse trusler så højtideligt. Det vigtigste er at man som patient er i stand til at holde hovedet koldt og at man bliver ved at at forholde sig rationelt og fornuftigt til det overlægen siger, for dybest set så er der ikke noget fornuftigt i det overlægerne foretager sig over for patienterne, og hvis patienten ellers kan holde hovedet koldt og ikke lade følelserne løbe af med sig, så vil overlægen med al tydelighed fremstå som udspekuleret og manipulerende.

Genoptagelse af dom

En af grundene til at patienter opholder sig i retspsykiatrien i alt for lang tid er, at patienterne ikke får tilstrækkelig information om deres rettigheder. Der er således mange patienter, der ikke ved at man kan bede statsanklageren om at tage sagen op igen. Det hele starter den dag du får din endelige anbringelsesdom eller behandlingsdom i retten. Så snart der er gået 6 måneder efter denne dato, så kan du skrive til statsanklageren og bede om at få taget din dom op til ændring. Du kan fx bede din patientrådgiver eller bistandsværge om hjælp. Sagen vil så blive taget op igen i byretten. Det tager ofte (desværre) 3-6 måneder før byretten har tid til at tage sagen til behandling. Retten vil så bede din overlæge om en udtalelse, og du vil så blive bedt om at møde op i byretten igen. Hvis du ikke får medhold i byret-

ten, så har du mulighed for at klage (kærre) til landsretten. Her er igen en ventetid, dog ikke lige så længe som ved byretten. Hvis du heller ikke får medhold i landsretten, så har du igen mulighed for at klage over din dom. Du kan dog ikke klage til statsadvokaten igen før der er gået 6 måneder siden der sidst blev truffet en afgørelse i retten. Du skal på ingen måde være bange rent økonomisk, for det er staten der betaler sagens omkostninger for dig, både i byretten og i landsretten. Reglen om at du kan få taget din sag op igen fremgår af straffelovens §72. Held og lykke.

Gevinst ved adfærd

Mennesker er på nogle områder simpelt indrettet. Der findes en simpel hovedregel for den menneskelige adfærd. *Et menneske har kun en adfærd så længe det er en fordel at have denne adfærd*. I det øjeblik det ikke længere er en fordel at have denne adfærd, så skifter mennesket adfærd. Der er dog situationer hvor denne regel ikke gælder. Visse mennesker har en adfærd som i lang tid har været en fordel. Nu er der ikke længere en fordel ved denne adfærd, men de er så vant til at have denne adfærd, at de har svært ved at lave deres adfærd om. Man kan sige det på en anden måde. Nogle mennesker er hurtigere til at skifte adfærd end andre. Det handler som regel om ganske simpel overlevelse. Jo hurtigere du kan ændre din adfærd og tilpasse den til omgivelserne, jo større er din chance for at overleve. En adfærd som giver store chancer for overlevelse i det ene miljø, kan give en meget ringe chance for overlevelse i et andet miljø. En normal person som bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, vil komme fra et normalt miljø og ind i et meget unormalt miljø. Hvis personen ikke skifter adfærd, så adfærden er passende for det miljø der er i afdelingen, så vil personen have ringe chancer for at overleve. Det kræver øvelse at omstille sig fra en normal adfærd til en unormal adfærd, netop fordi den unormale adfærd ikke føles naturlig for personen. Hvis du på en retspsykiatrisk afdeling fortsætter med at opføre dig normalt, så vil du med tiden komme til at se afvigende ud i sammenligning med det som forventes af dig på afdelingen. Man skulle tro at personalet på en retspsykiatrisk afdeling havde evner til at fortolke en normal persons adfærd som normal, men det er ikke tilfældet. Personalet nægter nemlig at forholde sig til det faktum at selve afdelingen i sig selv har en indflydelse på patientens adfærd. Normale mennesker som bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling vil opføre sig unormalt i de unormale omgivelser i afdelingen. Denne adfærd ses af personalet som et udtryk for psykisk lidelse hos den indlagte person og personen får en diagnose som

passer til personens reaktion på de unormale omgivelser i afdelingen. Det er mit indtryk at mange patienter trods alt forstår dette underlige spil, og spiller med på legen. De vælger at spille spillet og skifter adfærd i afdelingen så deres adfærd svarer til den adfærd der forventes af dem. Efter et stykke tid kommer de så ud fra afdelingen og skifter så adfærd igen, og bliver igen normale. Retspsykiatrien handler ikke om psykisk lidelse, det er bare et spil, og det handler om at lære spillets regler, hvis man som patient gerne vil ud igen.

Glenn Hansson

Jeg tager altid imod forslag og kritik. Hvis du gerne vil i kontakt med mig så kan du skrive til mig på følgende adresse:

Glenn Hansson
Retspsykiatrisk Afdeling P5
Annebergparken 62
4500 Nykøbing Sjælland

Titel: professionel livstids-patient og medlem af foreningen for bedre retspsykiatri
Tlf: 23 65 53 00 - e-mail: glenn.borgen.hansson@gmail.com
Du kan også læse mine nyeste tekster på Facebook i gruppen:
Retspsykiatrisk Oplysning.

Gode mennesker kan gøre onde ting

Under anden verdenskrig blev der slået en masse jøder ihjel. I en af de tyske koncentrationslejre sad der en ung kvinde og ventede på at blive slået ihjel. Hun hed Hannah Arendt. Hun overlevede fordi krigen nåede at slutte inden hun blev slået ihjel. Efter krigen holdt man retssager mod nogle af de nazister som havde været med til at slå mange millioner jøder ihjel. En af disse nazister var Adolf Eichmann. Retssagen blev afholdt i Jerusalem i 1961 og Hannah Arendt besluttede sig for at overvære retssagen imod Adolf Eichmann. Inden retssagen startede imod Adolf Eichmann var han igennem flere mentalundersøgelser. Ved disse mentalundersøgelser kom man frem til at Adolf Eichmann var helt normal. Dette undrede mange mennesker,

ikke mindst Hannah Arendt. Hvordan kunne en helt normal mand være med til at slå så mange mennesker ihjel? Efter retssagen skrev Hannah Arendt en bog om retssagen: *"Eichmann i Jerusalem - en rapport om ondskabens banalitet"*. I USA undrede man sig også over hvordan en helt almindelig mand kunne være med til en så ond gerning som at slå så mange jøder ihjel. I USA var man overbevist om at sådan noget kunne amerikanere i hvert fald ikke finde på. Der var en Amerikansk psykolog ved navn Stanley Milgram, som valgte at undersøge om man virkelig kunne få almindelige amerikanske mennesker til at gøre onde ting. Han opstillede nogle eksperimenter med almindelige gode mennesker, og til alle mennesker overraskelse og nærmest også forargelse, så kunne han få ganske almindelige menneske til at slå andre mennesker ihjel. Forsøgene er kendt under navnet *The Milgram Experiment*. Nogle år senere lavede en anden amerikansk psykolog et lignende eksperiment, som er kendt under navnet, *The Standford Prison Experiment*. Ved dette forsøg tog han nogle unge mennesker og mentalundersøgte dem allesammen, så han var helt sikker på at de var gode og almindelige mennesker. Han delte dem ved lodtrækning op i to grupper den ene gruppe var vagter og den anden gruppe var fanger og så satte han vagterne til at holde vagt over fangerne. Igen til alles store overraskelse så kunne Philip Zimbardo få ganske almindelige mennesker til at gøre ufattelig onde ting imod andre mennesker på blot få dage. Konklusionen på det hele er følgende: Man kan sagtens få almindelige mennesker til at gøre onde ting imod andre mennesker. Adolf Eichmann anså sig selv som et godt menneske. Personalet i retspsykiatrien anser også sig selv som gode mennesker, og jeg tror faktisk også at de er gode mennesker. Problemet er bare at jeg synes de gør onde ting imod deres patienter. På samme måde som Adolf Eichmann slog millioner af jøder ihjel og stadig syntes om sig selv at han var et godt menneske, på samme måde bliver patienterne i retspsykiatrien efter min mening mishandlet af personale, der anser sig selv som gode mennesker. Personalet i retspsykiatrien er gode mennesker, men jeg synes de gør onde ting.

Se også:
http://da.wikipedia.org/wiki/Adolf_Eichmann
http://en.wikipedia.org/wiki/Philip_Zimbardo
http://en.wikipedia.org/wiki/Stanley_Milgram
http://en.wikipedia.org/wiki/Hannah_Arendt
http://en.wikipedia.org/wiki/Milgram_experiment
http://en.wikipedia.org/wiki/Stanford_prison_experiment

Læs også:
Eichmann i Jerusalem - en rapport om ondskabens banalitet, Hannah Arendt
The Lucifer Effect, Philiz Zimbardo

Gruppeterapi i retspsykiatrien

Der vil nok aldrig komme gruppeterapi eller gruppesamtaler i retspsykiatrien, og grunden er let at få øje på. En retspsykiatrisk afdeling er en tvangs-afdeling, og alt hvad man gør imod patienterne handler om magt. En gruppeterapi foregår som regel ved at der er en masse patienter til stede og nogle enkelte personaler, måske kun en enkelt eller to personaler. Selve situationen giver et problem netop fordi det er en afdeling som handler om magt. Da der oftest er flere patienter end personaler ved gruppeterapi, vil dette virke afskrækkende på personalet i de tilfælde hvor alle patienterne er enige om en ting og der måske kun sidder en enkelt eller to personaler med en anden mening. Personalet føler sig truet hver gang de kommer i undertal både fysisk og psykisk. Personalet vil derfor automatisk være imod enhver form for forsamling hvor der er flere patienter end personaler til stede, og hvor man skal tale om vigtige emner. Både jeg og andre patienter har flere gange foreslået at vi holdt sessioner i stuen, hvor vi tager et emne op til diskussion, som var relevant for os patienter, men det er aldrig blevet til noget, af de ovenfor nævnte grunde. Personalet tør ikke være i en situation hvor der er flere patienter end personaler. Man undgår derfor også til daglig i afdelingen at komme i situationer hvor man skal diskutere vigtige emner og hvor der samtidig er flere patienter end personaler til stede, da dette vil stille personalet i en dårlig magtposition. Man skal huske på at retspsykiatrien handler stort set ikke om andet end magt. Personalet har dog ikke noget imod at der er flere patienter til stede end personale, hvis blot grunden er harmløs, som fx ved middagsmaden eller når vi spiller banko. En god modsætning til en eventuel gruppeterapi er konferencerne. På den afdeling hvor jeg er indlagt, holder personalet en konference med patienterne hver for sig cirka hver 12'te uge. På en sådan konference taler man om patientens videre behandlingsforløb. Ved disse konferencer er personalet som regel mødt talstærkt op og patienten er ofte alene. Der er ved en konference måske 5-8 personaler på den ene side og patienten alene på den anden side. Det er et godt udgangspunkt når man skal udøve magt overfor en patient. Alene antallet af personaler kan virke afskrækkende på mange patienter. Det er derfor altid en god idé som patient at få en ekstra person med til mødet som man stoler på. Som patient skal man lære at forstå at et stort antal personer som holder sammen er meget magtfuldt, uanset og de personer der holder sammen har ret i deres meninger og beslutninger eller ej.

Gælder ikke de tykke

Vi har to MEGET tykke personaler på vores afdeling (P5, Nyk. Sjælland, 2015). Jeg vil gætte på at de begge to vejer over 150 kg. De er underligt nok aldrig med ovre i idrætshuset som personaler og træne med patienterne. Hvis de mest tykke personaler kan blive undtaget fra idræt, så burde de mest tykke patienter vel også kunne fritages fra idræt, eller hva'? Personaler bør vel være et godt eksempel over for patienterne, eller hva?

Hallucinationer

Indledning
Alle mennesker kan få hallucinationer. Du undre dig nok over min udtalelse, for måske har du ikke selv oplevet at have hallucinationer. Men det er muligvis bare fordi du er blevet forhindret i at have dem, og uden at du selv var klar over at du var blevet forhindret i at have dem. For ikke at teksten skal blive for kompliceret, så omtaler jeg i denne tekst kun vores syn og vores hørelse. Alle mennesker har hele tiden hallucinationer. Du vil måske nok straks benægte dette, for du oplever da aldrig hallucinationer. Men dette skyldes to faktorer. Den første er at hallucinations-signalet ikke er ret stærkt. Den anden er at du undertrykker dine hallucinationer med udefrakommende signaler som påvirker dine sanser. Der finder en konstant kamp sted mellem de signaler som hjernen selv laver og sender til din bevidsthed og så de signaler der kommer fra fx dine øjne og ører.

Hvornår opleves hallucinationen
Du vil opleve en hallucination i det øjeblik at det signal som din hjerne selv frembringer og sender frem til din bevidsthed bliver større end det signal, der kommer fra dine sanser. Et godt eksempel er mennesker, der hører stemmer. Hvis en person hører stemmer, som er et signal hjernen selv laver, så vil signalet forsvinde i det øjeblik du påvirker din hørelse ved fx at tænde for radioen, for nu laver din høresans et signal, som er kraftigere end det signal, som din hjerne selv laver.

Alle mennesker
Alle mennesker har hele tiden hallucinationer. Vi både hører og ser hele tiden ting, som ikke kommer fra vores sanser. Der er dog forskel på os. For nogle mennesker har en hjerne som lavere kraftigere signaler end andre

menneskers hjerner. Disse mennesker vil lettere opleve hallucinationer end andre mennesker. Det som er afgørende for om du vil opleve en hallucination er hvor meget signal der kommer fra dine sanser og op til bevidstheden i forhold til hvor kraftigt et signal din hjerne selv frembringer.

Grænsepunktet

Der findes et grænsepunkt. Under dette grænsepunkt vil du ikke opleve hallucinationer, og over dette grænsepunkt vil du opleve hallucinationer. Alle mennesker har dette grænsepunkt. Der er dog forskel fra menneske til menneske hvor dette grænsepunkt ligger. Det som afgør hvor grænsepunktet ligger, er hvor stærkt et signal din hjerne selv laver og sender op til din bevidsthed. Hvis din hjerne laver et meget svagt signal, så vil du have svært ved at opleve signalet og derved få hallucinationer. Hvis dit grænsepunkt derimod er meget højt, så vil det konstant overdøve de signaler, der kommer fra dine sanser, og det er lige meget hvor meget du påvirker dine sanser, for du vil blive ved med at være over grænsepunktet. Hvis det signal, som din hjerne ligger i mellemområdet, så vil der ske noget interessant. Nu vil du pludselig være i stand til selv at bestemme om du skal opleve hallucinationen eller ej. Hvis du sidder i en rum hvor der er stille, så vil du fx kunne høre stemmer inde i dit hoved, netop fordi der er stille i rummet. I det øjeblik du tænder for musikken, så vil stemmerne forsvinde, fordi sanserne nu frembringer et signal, som er stærkere end det signal som din hjerne selv laver. De fleste normale mennesker vil ikke opleve hallucinationer bare fordi de sidder i et stille rum. Dette skyldes at deres grænsepunkt ligger meget højt. Hvis man skal have en 'normal' person til at opleve hallucinationer, så er man nødt til at fratage personen alle synsoplevelser og høreoplevelser. Dette kan gøres ved at tage personen, og lukke personen inde i et lydtæt rum, hvor det heller ikke er muligt for personen at se noget. Da den 'normale' hjerne kun laver svage hallucinationssignaler, så der det derfor nødvendigt at fjerne så meget stimulation fra personen, at signalet fra sanserne bliver lavere end det signal som hjernen selv laver. I det øjeblik signalet fra sanserne bliver lavere end det signal som hjernen selv laver, så vil personen begynde at opleve hallucinationer.

Hallucinationstyper

Man deler i øjeblikket hallucinationer op i to grupper. Den første gruppe er Hallucinationer. En hallucination er når en person oplever noget som ikke kommer fra sanserne OG personens tror at dette signal er virkeligt og at signalet virkelig kommer fra sanserne. Den anden gruppe er pseudo-

hallucinationer. En pseudo-hallucination er når en person oplever, at der kommer et signal frem til bevidstheden, det kunne fx være en stemme, OG personen godt ved at stemmen ikke er virkelig, men at det bare er et signal, som hjernen selv har lavet. Selve opdelingen er dårlig, da man både bruger ordet hallucination generelt om alle former for hallucinationer og om hallucinationer hvor personen tror at hallucinationen er virkelig og således ikke forstår at der bare er tale om et signal som personen hjerne selv har lavet (pseudo-hallucinationen). Det korrekte ville være at man beskriver begge dele af den oplevede hallucination. Den første del er således hallucinationen i sig selv. Patientens oplevelse af en signal, som ikke kommer fra sanserne, samt styrken af dette signal. Den næste del er så personens opfattelse af dette signal. Kan patienten forstå, da der er tale om et signal som hjernen selv laver, eller tror patienten at signalet virkelig kommer fra sanserne. Dårlig sprogbrug fører også til dårlige diagnoser.

Hørelsen og synet

Vores sanser er forskellige, og deres grænsepunkter er således også forskellige. Vores syn er en meget kraftig sans. Hvis vi skal opleve en hallucination på vores syn, så kræver det derfor at hjernen laver et utroligt kraftigt signal, før det bliver så stort at det kan overdøve det signal, som kommer fra vores øjne. Syns-hallucinationer er derfor ikke ret udbredte. Der findes således ikke ret mange skizofrene, som har syns-hallucinationer. Vores høresans er dog ikke ret stor i forhold til vores synssans. Det vil derfor være meget lettere for hjernen, at lave et signal der er så stort, at det vil være i stand til at overdøve det signal, der kommer fra vores ører. Høre-hallucinationer er da også den mest udbredte form for hallucination.

Diagnostisering

Min forklaring er en trussel imod psykiatrien, for nu har jeg lige sagt at alle mennesker i hele verden har hallucinationer, og hvordan skal en psykiater så lige forholde sig til det? Eller hvad skal vi gøre med skizofreni-diagnosen? Et af kriterierne for denne diagnose er jo netop at patienten har hallucinationer. Men nu har jeg jo lige gjort alle mennesker i hele verden til skizofrene. Hvor skal det dog ikke ende? Skizofreni handler om størrelsen af hallucinationerne og ikke om de er til stede eller ej, men dette fremgår ikke af diagnose-kriterierne. Der er således tale om at diagnose-kriterierne for skizofreni ikke er gode nok. I stedet for at diagnosen indholder et krav om hallucinationer, så bør den i stedet handle om mængden af hallucinationer. For hvis alle mennesker kan opleve hallucinationer, så vil den jo pludselig komme til at gælde for alle mennesker og det er en fejl. Diagnosen inde-

holder heller ikke en beskrivelse af hvor eller hvornår disse hallucinationer bliver oplevet, og det vil også give en masse forkerte diagnoser.

Retspsykiatri
Hvis en patient i retspsykiatrien oplever hallucinationer, så er det vigtigt at patienten får den rette behandling. Det er nytteløst at behandle selve hallucinationen, for det er nemlig ikke den, der er problemet. Problemet opstår i det øjeblik patienten tror at hallucinationens indhold er virkelig, og handler ud fra denne antagelse. Det som derfor bør behandles er den vrangforestilling patienten har om ægtheden af hallucinationen. Hvis patienten har en hallucination, og tror at indholdet er virkeligt, og efterfølgende laver en handling, som er kriminel, så er det relevant for overlægen at forholde sig til dette. Inden for retspsykiatrien giver det således ikke nogen mening at tvangsmedicinere en patient på grund af patientens pseudo-hallucinationer, da patienten jo er ganske klar over at hallucinationen netop bare er en hallucination, og at det derfor ikke er noget virkeligt patienten oplever. Hvis en psykiater tvangs-medicinere en patients pseudo-hallucinationer, så er der tale om overbehandling. Hvis overlægen fortsætter tvangsbehandling af patientens pseudo-hallucinationer selv om overlægen er blevet oplyst om at der blot er tale om pseudo-hallucinationer, så er det magtmisbrug.

Læs også teksten: Isolering af mennesker
Du kan slå følgende ord op i fx Wikipedia: Hallucination, Pseudohallucination, Illusion, Mental_image samt Delusion.

Hastigheds-bestemmelse

Hvis man ser på den hastighed hvormed personer bevæger sig på en retspsykiatrisk afdeling, så er det således, at patienterne generelt går meget langsommere end personalet. Kan man så bestemme hvem der er personale og hvem der er patient alene ud fra ganghastigheden? Hvad nu hvis man fik patienterne til at gå lige så hurtigt rundt i afdelingen som personalet? Nogle mennesker har den indbyggede tanke at hastighed, vigtighed og effektivitet er fast forbundet med hinanden, og hvis det er korrekt, så er personalerne hvor jeg er indlagt, meget vigtige og meget effektive. Problemet er at det i virkeligheden intet har med hinanden at gøre. Det er en intuition der som regel er forkert. Hvis man selv tror på den, så kan man jo bare gå hurtigt, og så vil man også automatisk se vigtig og effektiv ud. Hvis man virkelig skal se om en person er vigtig eller effektiv, så kræver det længere tids observa-

tioner af personalen. De fleste personale vil man være i stand til at vurdere i løbet af blot nogle uger. Andre igen kan aflæses meget hurtigt eller meget langsomt. Patienter går ikke langsomt fordi de har en psykisk lidelse. Patienter går langsomt, fordi de som regel har sløvende bivirkninger af den medicin de spiser. Desuden, så kan det være frygtelig kedeligt at være indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. At have travlt er egentlig ikke rigtig noget der findes i naturen, med mindre du har travlt fordi du prøver at løbe fra en løve ude på savannen. For mange år siden opfandt mennesket uret, og så har vi haft travlt lige siden. Jeg har selv besluttet mig for at jeg på en retspsykiatrisk afdeling vil gå med ret ryg og i et moderat tempo. Dels for at vise at jeg er vigtig i mit eget liv og dels for at skabe distance til den tanke personalet får om psykisk lidelse hos patienterne fordi patienterne går langsomt. Det handler dybest set ikke om at være rask, men bare om at se rask ud. For når alt kommer til alt så er det ikke muligt at se forskel på en person som er rask, og en person som bare ser rask ud. Problemet er at meget ofte så er mennesker der har travlt impulsive og ueffektive, men de benytter sig at det faktum at andre mennesker umiddelbart vil opleve deres adfærd med det som Daniel Kahneman kalder for hjernens system 1, altså den del af hjernen som kan træffe hurtige beslutninger, men som desværre også ofte tager fejl. Man skal lære at forstå at der er forskel på at være effektiv og at se effektiv ud. Biofeedback: Hvis du opfører dig som en rask, så vil du med tiden også føle dig mere rask, og du vil få et bedre helbred. Det handler om at ophæve medicinens bivirkninger som gør dig sløv og sløvheden giver dig en følelse af netop at have en psykisk lidelse. Problemet er at vi generelt har den idé at det skal være anstrengende at blive rask. Det ville ganske enkelt føles forkert for personalet, hvis patienterne gik rundt og havde det fremragende under deres behandling.

HCR-20 Farlighedsvurdering af patient

HCR-20 er et skema man bruger til farlighedsvurdering af en person. Det består af 20 punkter. 10 punkter handler om personens fortid. 5 punkter er en her-og-nu vurdering af personen. De sidste 5 punkter er en vurdering af personen fremtid. Den bruges i øjeblikket i en 2. og 3. version. Den skal ses som en mere langsigtet vurdering af personen i forhold til fx BVC. Det er mit indtryk at skemaet bruges hver gang man flytter en patient fra en afdeling til en mere åben afdeling, eller inden en person bliver udskrevet fra en åben afdeling og hjem til fx egen bolig. Der er altså tale om at vurderingen bliver foretaget hver gang man flytter en patient til mere åbne forhold. Den

bliver således aldrig brugt den anden vej, hvis fx en patient bliver flyttet fra en åben afdeling til en lukket afdeling. Eller fra en lukket afdeling til fx Sikringsafdelingen. Personligt kan jeg ikke lide skemaet. Det indeholder en vurdering af personens fremtid, men hvem kender fremtiden. Jeg synes at fremtiden er et meget usikkert punkt. Desuden synes jeg også at skemaet er utrolig subjektivt, og det afhænger i høj grad af hvem der udfylder skemaet. Du kan på nettet finde flere undersøgeler af skemaet, som er meget kritiske overfor brugen af HCR-20, og jeg synes at de kommer med mange gode argumenter for deres kritik. Skemaet er let at finde på nettet. Version 2 findes på dansk og version 3 på engelsk.

Du kan se mere om HCR-20 på deres hjemmeside: www.hcr-20.com

Helbred personalet

Da anti-psykiatrien var på sit højeste vel nok omkring 70'erne, så havde man den opfattelse at en person som havde en psykisk lidelse var et symptom på hvad der skete i omgivelserne. Deres opfattelse en anelse ekstrem, og jeg tror ikke at det er den eneste sandhed om mennesker med psykiske lidelser, men der er nu noget om snakken. Det er mit indtryk at patienterne får personalets symptomer. Ofte er det personalerne der har nogle psykiske problemer, men de er så heldige at de har nogle patienter hvorpå de kan projicere disse symptomer. Personaler vil dog være meget imod denne forklaring på tingenes tilstand, for den gør jo personalet medansvarlige for patienternes symptomer samtidig med at tilstanden får personalet til at fremstå som mere raske end patienterne. Men hvis det er således at patienternes symptomer blot er et udtryk for personalets psykiske lidelser, så vil dette jo også medføre, at hvis man hjalp personalet til at få det psykisk bedre, så ville de ikke have behov for at se patienterne som mennesker med psykisk lidelse og så ville patienterne pludselig se mindre lidende ud, for personalet har ikke længere et behov for at se patienterne som psykisk lidende mennesker. Måske er det i virkeligheden mere effektivt at interessere sig for personalets psykiske forstyrrelser, for på den måde vil vi jo automatisk få reduceret antallet af indlagte patienter med psykisk lidelse. Det handler om at se problemet fra den rigtige vinkel. Ved at helbrede personalet, så vil patienterne også blive mere raske, nærmest som en bivirkning af behandlingen af personalet.

Hemmelig behandling

Det er min opfattelse at behandlingen af patienterne i retspsykiatrien er hemmelig. Jeg vil gerne bruge to eksempler fra min egen indlæggelse som grundlag for min opfattelse. Den første hændelse fandt sted i dagene efter den 19. december 2013. Den næste hændelse fandt sted i ca Maj 2014.

1. del
Overlægerne har nu i mere end 4½ år gerne ville tvangsmedicinere mig, og jeg klager hver gang over deres beslutning. Den 19. december 2013, fik jeg et brev fra Det Psykiatriske Ankenævn. Jeg var på dette tidspunkt i medicinsk behandling med Abilify 30 mg pr dag. På baggrund af brevets indhold valgte jeg at stoppe med at spise medicin. På dette tidspunkt havde vi en overlæge (JG) som kun var i afdelingen een gang om ugen. Jeg fortalte personalet at jeg ikke længere ønskede at spise medicin og at jeg havde valgt at stoppe selv samme dag. Den efterfølgende dag, kom der en almindelig vagtlæge for at tale med mig. Han prøvede at motivere mig til at fortsætte med at spise medicin, men jeg sagde ganske enkelt nej. Han fortalte mig at han havde været til nogle møder med overlægen og ved disse møder var det besluttet at ændre behandlingen af mig. Jeg blev meget overrasket over denne information. Man havde ved et tidligere møde, altså besluttet at ændre min behandling. Det som som jeg finder interessant er at man ikke havde fortalt det til mig (patienten) og man havde heller ikke ændret det i min behandlingsplan. Jeg var altså pludselig i en situation hvor jeg havde været udsat for hemmelig behandling. Vagtlægen skrev efterfølgende et notat i min journal. Og jeg er så heldig at lægen har været så venlig selv at skrive et bevis i min journal på at jeg har været udsat for hemmelig behandling.

2. del
En dag i Maj 2014, var jeg til konference (møde afholdt med nogenlunde fast interval). Ved mødet var jeg selv, samt min overlæge, psykologen og min kontaktperson. Ved mødet fik jeg af psykologen overrakt en skema. Skemaet var en oversigt over et patient-forløb i retspsykiatrien. Patientforløbet startede øverst i skemaet og sluttede nederst i skemaet. Jeg fik nu at vide, at jeg var kommet ned i bunden af skemaet, og at jeg nu var i udskrivningsfasen af mit patientforløb. Min første tanke var egentlig at jeg blev overrasket. Jeg var tilsyneladende kommet hele vejen igennem et forløb, uden at jeg på noget tidspunkt undervejs var blevet oplyst om hvor langt jeg var kommet i forløbet. Min første tanke var om forløbet var hemmeligt, siden jeg først fik at vide hvor jeg var i forløbet når jeg nu var kommet ned i

slutningen af forløbet. Hvad var egentlig grunden til at man ikke undervejs i forløbet havde oplyst mig om hvor langt jeg var kommet i forløbet? Jeg fik en følelse af at jeg under hele min indlæggelse tilsyneladende havde været i starten af forløbet, og pludselig en dag, så var jeg på magisk vis kommet ned i bunden af forløbet og var nu klar til at blive udskrevet. Min tanke var hvad der egentlig var sket undervejs. Hvordan har personalet båret sig ad med at få mig fra starten af forløbet og til slutningen af forløbet uden at fortælle mig det, og hvordan var det overhovedet sket. Jeg prøvede at forestille mig hvad de mon ville skrive i min journal og jeg kom frem til at følgende sætning måtte være den mest korrekte:

> *Patienten er pludselig blevet færdigbehandlet og han forsøges nu udskrevet*

Men en sådan sætning vil en overlæge jo aldrig skrive i en journal, da den giver et indtryk af tilfældighed. I retspsykiatrien går man meget op i at vise at man har kontrol, og man skrev da heller ikke ovenstående sætning i min journal. Grunden til at jeg på magisk vis var kommet fra starten af forløbet og til slutningen af forløbet har nu ikke noget med magi at gøre trods alt. Det er tale om at jeg er blevet indlagt, og jeg har så tumlet rundt i systemet i et stykke tid, og så er man blevet træt af mig, og har så besluttet sig for at udskrive mig. Det er mit klare indtryk af overlægen at overlægen på intet tidspunkt selv har vidst hvor jeg var henne i forløbet. Overlægen er muligvis bare med tiden kommet frem til den konklusion at nu har jeg været indlagt i så lang tid, at det vidst nu er på tide at jeg kommer videre, og så er jeg pludselig blevet klar til udskrivelse. Grunden til at man har holdt mit behandlingsforløb hemmeligt for mig, skyldes det simple faktum at overlægen formodentlig på intet tidspunkt selv har været klar over hvor jeg var i forløbet. Mange informationer i retspsykiatrien dukker desværre ofte kun op, nærmest ved et tilfælde (desværre). I retspsykiatrien handler det ikke om at behandle en patient korrekt. Det er vigtigere for overlægen at det udefra ser korrekt ud. Nu er det jo sådan at nogle patienter er hurtige at behandle og andre patienter er svære at behandle. Det er mit indtryk at dem som er lette at behandle, dem holder man lige på i et par år mere for så ser det mere rigtigt ud og dem som kræver utrolig lang behandling, dem smider man ud før tiden, da behandling jo dybest set alligevel er nytteløs, og desuden så ser det heller ikke så underligt ud, for tænk nu hvis vi beholdt en patient på afdelingen i 15 år, det ville da se underligt ud. Og tænk nu hvis vi lukkede en patient ud efter blot 4 måneder, det ville da også se mistænkeligt ud. Nej, det er bedre at retspsykiatrien bare ligger på et pænt

gennemsnit, så er der nok ikke nogen der opdager noget. Alle får noget ud af systemet, bare ikke patienten.

Hemmelig Retspsykiatri

Goddag. Jeg er retspsykiatrisk patient og det har jeg nu været i 4 år. Her er min vurdering af retspsykiatrien. Jeg bor på en afdeling som hedder P5 (Birkehus), Nykøbing Sjælland, og jeg vil gerne komme med det postulat, at jeg bor på en hemmelig afdeling. Hvis man starter helt overordnet og ser på afdelingen fra samfundets side, så er der faktisk ikke ret mange som ved at der findes retspsykiatriske afdelinger. Der er da en del mennesker som ved at der er noget der hedder psykiatri, men kun de færreste ved at der er noget der hedder retspsykiatri. Det er som om at retspsykiatrien er usynlig for samfundet, hvilket jo på en måde er ret interessant, for den koster trods alt mange milliarder at drive om året. Hvis man fortsætter på det økonomiske område, så er retspsykiatrien faktisk også hemmelig på dette område. Hvis man fx kikker i Region Sjællands regnskab, så har man bare en linje som hedder psykiatri. Dette samlede beløb dækker over både den almene psykiatri og den retslige psykiatri. Det er således ikke muligt, at finde ud af hvad retspsykiatrien koster i Region Sjælland. Jeg har prøvet at skrive til Ledelsen i Region Sjælland og bede om tallene for retspsykiatrien, men jeg får blot at vide, at der er tale om interne informationer. Den afdeling jeg bor på er hemmelig på mange måder. Det er meget svært for udefrakommende at få lov til at se hvad der foregår på en retspsykiatrisk afdeling. Der foregår mange dårlige ting på de danske retspsykiatriske afdelinger, og ledelsen og overlægerne gør alt hvad de kan for at det kan blive ved med at være på denne måde. Ledelsen og overlægerne er sandelig ikke interesseret i omtale, da den med stor sandsynlighed vil blive negativ. Jeg blev på et tidspunkt kontaktet af nogle film-studerende fra filmskolen. De ville høre om de måtte tale med mig om hvordan det er at være på en retspsykiatrisk afdeling. Jeg sagde det til personalet at der var nogle elever der gerne ville tale med mig. Jeg fik det svar tilbage, at man ikke ville have eleverne ind på afdelingen. Faktisk så ville man ikke engang tillade at de kom ind på hospitalets område. Den afdeling jeg bor på har hemmelige regler. Hvis vi som patienter beder personalet om at være konkrete og få nogle skriftelige regler vi kan forholde os til, så sker der ingenting. Vi er altså underlagt mundtlige regler. Ligeledes så ved vi heller ikke om der er forbundet en straf med at overtræde disse regler, da personalet ikke vil oplyse patienterne om hvilken straf der er forbundet med at overtræde en given regel. Der er

opgaver på afdelingen som patienterne bliver bedt om at gøre, men det er ikke muligt for patienterne at få at vide om disse opgaver er frivillige eller om de er tvang - det er også hemmeligt. Jeg har været udsat for hemmelig behandling. En dag kom der en reservelæge, for at tale med mig da min egen overlæge ikke havde tid. Han forklarede mig, at lægerne havde snakket om min behandling og var kommet frem til en ny behandling. Jeg var meget overrasket over at opdage at lægerne havde ændret min behandling flere uger tidligere, uden at fortælle det til mig og uden at skrive det i min behandlingsplan. Nu blev jeg rigtig sur, og jeg skrev til patientombuddet og bad om en ny overlæge, og det fik jeg også. Man skal respektere patienternes ret til privatliv, men jeg går ind for åbenhed omkring retspsykiatriens virksomhed.

Henvisning til tradition

Man kan som menneske lave alle mulige forskellige fejl. Hvis man ikke er bevidst om at disse fejl kan opstå, så er det meget let at komme til at lave dem den ene gang efter den anden. For nogle dage siden havde jeg en samtale med min overlæge. Han spurgte mig til sidst i samtalen, om jeg havde nogle spørgsmål, og jeg sagde ja, og stillede ham et spørgsmål. Jeg spurgte ham om hvordan det kunne være at han havde lavet et lille afsnit om mig i min journal, som startede med ordet "objektivt", når nu der ikke stod noget objektivt i afsnittet men udelukkende overlægens personlige mening om mig. Han svarede blot, at sådan havde læger altså skrevet om deres patienter de sidste 150 år, og det ville han ikke lave om på, så det havde jeg bare at vænne mig til. Der er altså tale om at lægen gør noget udelukkende fordi, at det plejer man at gøre, uden at tænke på om det nu også stadig er korrekt at gøre det på denne måde. Der er tale om det man kalder for en vildfarelse, og du kan læse mere om det her (på engelsk):

Se også: http://en.wikipedia.org/wiki/Appeal_to_tradition

Her er ingen fejl - køleskabet

En dag i Pilehus (2011) blev jeg irriteret. Jeg havde i langt tid måtte høre på en mærkelig brummelyd om aftenen når jeg skulle sove. Efter at have hørt på lyden i et par uger, blev jeg utilfreds med situationen. Jeg gik ned og klagede til afd. sygeplejersken. Hun kunne godt se at jeg var utilfreds, så hun valgte at gå med mig igennem hele afdelingen og låse ALLE døre

op, så vi kunne se om vi kunne finde ud af hvor denne brummelyd kom fra. Da vi nåede til et depot åbnede hun også denne dør. Jeg blev både glad og overrasket. Jeg havde fundet ud af hvor brummelyden kom fra. Inde på depotet stod der et køleskab, der larmede svimlende højt. Det lød nærmest som en fiskekutter der sejlede alt for hurtigt. Afd. sygeplejersken kikkede også overrasket på køleskabet. Vi snakkede lidt om køleskabet og gik så hver for sig igen. Efter ca 2 dage dukkede der to arbejdsmænd op i afdelingen med et nyt køleskab. Det nye køleskab sagde stort set ingenting, og jeg var meget glad. Der står intet i min journal om at jeg fandt et køleskab i afdelingen der larmede svimlende meget. I stedet for skrev man i min journal at jeg stadig var lydfølsom. Der var ikke nogen af personalet der ville indrømme at der havde været en støjkilde. Personalet holdt fast på at støjen inde i mit hoved var noget jeg fandt på - og så skiftede man så lige køleskabet ud. Personaler i retspsykiatrien går nærmest i panik, hvis de opdager at de har taget fejl. Hvis personalet endelig retter en fejl, så opdigter de som regel en søforklaring på hvorfor de retter fejlen, så de undgår at tabe ansigt overfor patienterne. Det gælder nemlig om at opretholde illusionen om at personalet er perfekte.

Her er ingen fejl - natmusik

Jeg blev indlagt i Pilehus (P4) i 2010. I starten var alting jo nyt for mig, så jeg lagde ikke rigtigt mærke til lydende i huset, men efter et stykke tid, var der lyde der begyndte at irritere mig, især når jeg skulle sove om natten. En nat stod jeg op, for at finde ud af hvor lyden kom fra, jeg gik ganske enkelt fra dør til dør i afdelingen og lagde øret ind til døren for at høre om jeg kunne høre noget. Da jeg kom et par værelser længere ned af gangen, opdagede jeg at der var høj musik inde på en patientstue ca 02.00 om natten. Efter at have lyttet ved alle dørene nogle dage i træk kunne jeg konstatere at vi havde en patient på afdelingen som sov til høj musik hver nat. Jeg gik ned og klagede til personalet. Personalen oplyste mig at der i husorden stod at der først skulle være ro på afdelingen kl 01.00 om natten, og klokken var altså kun ca 23.30. Jeg fortalte personalen at det var underligt at jeg skulle vente med at falde i søvn hver dag indtil klokken blev 01.00 om natten. Desuden så bliver jeg jo vækket hver morgen kl ca 7.45. Det gjorde at jeg jo kun vil have mulighed for at sove 6 timer og 45 minutter hver nat og det synes jeg var for lidt. Efter nogle dage blev jeg træt af at jeg først kunne sove kl 01.00 hver nat, så jeg klagede til Afd. sygeplejersken.

Efter nogle uger rettede hun husordenen så punktet med at det skulle være ro kl 01.00 blev fjernet. Nu stod der i stedet for at patienterne ikke måtte spille musik der generede de andre patienter. Personalet begyndte nu igen at skrive i min journal at jeg var lydfølsom, men det var vel mest for at flytte fejlen over på patienten så man ikke opdagede at det var afdelingen der havde en fejl. Man rettede i reglerne for afdelingen men der var ingen personaler der indrømmede at det var underligt at der først skulle være ro på afdelingen kl 01.00 om natten. Man retter ikke regler i retspsykiatrien fordi patienterne synes at de er forkerte, det kunne ganske enkelt aldrig ske. Det handler om at opretholde illusionen om at afdelingen er perfekt og det er reglerne for afdelingen også.

Her er ingen fejl - post

For et stykke tid siden skrev jeg til den ledende overlæge, Susanne Møller Madsen, at jeg mente der var nogle problemer med indretningen af kontoret på vores afdeling. Jeg fik det svar tilbage, at der i hvert fald ikke var problemer med indretningen. Men i dag (2015-02-24), da jeg kom ned til kontoret så var der blevet fjernet en hylde ved siden af døren ind til kontoret hvor postbakkerne plejede at stå. Et af mine kritikpunkter i mit brev var netop at man kunne nå posten fra døren uden at gå ind på kontoret. Det var således muligt for andre patienter at få fat i andre patienters post uden at personalet havde mulighed for at opdage det. Det hører til livets små mysterier, at ledelsen ikke mener at der er en fejl med placeringen af posten, hvorefter man så flytter posten. Nå, men sådan er der jo så meget....

Hilser du på overlægen?

Man ved erfaringsmæssigt, at overlæger, som hilser pænt på patienten og giver hånden til patienten, har større chancer for at komme igennem med sine ønsker overfor patienten, end dem som ikke hilser og giver hånden. Hvis du derfor skal til en samtale som du på forhånd godt ved vil handle om at overlægen fx vil prøve på at overtale dig til at tage medicin som du ikke vil have, så kan du med fordel starte med IKKE at hilse på overlægen, og lade være med at give ham hånden. Det vil sætte overlægen i en forlegen situation, og han vil lige stoppe op i et kort øjeblik for at finde ud af hvad han så skal gøre. Det vil skabe en afstand mellem dig og overlægen, som

overlægen så skal prøve på at overkomme. Når overlægen første gang kommer hen imod dig, med et stort smil på læben, og rækker hånden ud imod dig, så vil du formentlig opleve det som enormt tiltrækkende at give ham hånden, og opleve at det faktisk kræver en del styrke at stritte imod. Men det er kun første gang det er svært. Næste gang du IKKE hilser på ham, så vil det straks være blevet meget lettere. Du udøver en stor magt overfor overlægen, når du ikke hilser på ham. Hver gang overlægen rækker hånden ud imod dig, og du ikke giver ham hånden, så vil han mærke et ubehag lige med det samme. En ting som faktisk er ret interessant, er at der intet sted i min journal står at jeg ikke giver hånden til en overlæge, for dette ville jo røbe at jeg har magten i mødet med overlægen, og personaler kan som sagt ikke lide stærke patienter, og de kunne aldrig finde på at skrive i en journal at en patient er stærk. Det ville jo ligesom også stride imod systemet, hvor man forventer at en patient netop er patient fordi han er svag.

Hjernefunktioner: Mønster-genkending

Jeg vil engang imellem, når jeg har tid skrive en lille beskrivelse af en hjerne-funktion. Den første af disse små beskrivelser handler om hjernens evne til at genkende mønstre. Hjernen er utrolig god til at genkende mønstre, i særdeleshed i lyde og billeder. Funktionen er så kraftig, at den engang imellem kommer til at overdrive en lille smule (nogle gange meget), så man kommer til at opleve et mønster hvor der i virkeligheden slet ikke er noget mønster (dette kaldes pareidolia). Men hjernen kan også genkende andre former for mønstre. Vores hjerne leder konstant efter mønstre i vores omverden, med det formål at komme til at forstå verden. Vi kan altså som mennesker ikke undvære denne funktion, men den kan også godt løbe af med os engang imellem. Hvis du sidder og kikker på skyerne, mens de driver forbi, og du pludselig kan se en sky, der ligner en kat, så oplever du pareidolia, du ser en kat, der ikke findes. Hvis du siger til dig selv: ”Ih, hvor sjovt, skyen ligner en kat” og ikke tænker mere over det, så er alt jo ok. Men hvis du nu tror at der virkelig er en kat oppe i skyen, så er du på vej ned af den forkerte sti. Nogle mennesker ser mønstre i alle mulige tilfældige ting, og hvis man ikke er bevidst om at hjernen kan finde på at se mønstre, som slet ikke findes i virkeligheden, så kan man let komme til at tro noget forkert om omverden. Det er derfor vigtigt at kende denne funktion, så man kan tage højde for det når man sanser sin omverden. Hvis du ser mønstre omkring dig som tyder på at folk følger efter dig, så oplever du også apophenia, normalt kalder vi det bare for paranoia. Tilfældige

menneskers handlinger danner et mønster, som tyder på, at de følger efter dig. Hvis du ser mønstre omkring dig, som tyder på at dine medmennesker er ude på at gøre dig eller andre ondt, så har du muligvis lige opdaget en konspiration (som altså bare ikke findes andre steder end oppe i dit hoved) - det er også apophenia. Der findes ganske vist konspirationer, men de er faktisk ret sjældne, og det er meget let at komme til at se mange flere end der i virkeligheden er. Nogle mennesker er del af en sekt eller religion hvor man ligefrem sætter sig ned sammen og leder efter skjulte budskaber (ordmønstre) i religiøse tekster, som f.eks. jødisk kabbala. Der er ligefrem tale om at man dyrker misbrug af en hjernefunktion, med det formål, at bevise overfor ikke-jøder at jødedom er godt. Nogle mennesker kan godt lide at finde mønstre i fx skrifter af Nostradamus. Igen er der tale om at man bevidst udnytter en hjernefunktion til noget højest ejendommeligt. Hvis man ikke er bevidst om at hjernen kan fremstille tilsyneladende virkelige oplevelser, så vil man heller ikke være i stand til at fange disse fejl, når man sanser verden, og så vil man hurtigt komme langt ud på landet i forsøget på at forstå verden. Hvis du er usikker på om det du sanser er virkeligt, så vil jeg foreslå at du fx bruger Bayes' theorem, som kontrol-funktion.

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Pareidolia
http://en.wikipedia.org/wiki/Apophenia

Hjernevask!

Hjernevask? Det lyder som noget fra det gamle Sovjetunionen, eller noget fra en eller anden spionfilm. Men måske er det ikke så langt fra virkeligheden endda. Der er ikke ret langt fra hjernevask til Stockholm-syndrom. Forskellen på hjernevask og Stockholm-syndrom er, at ved Stockholm-syndromet deltager overmagten ikke i et direkte forsøg på at få den underkastende person til at skifte mening. Personen som får Stockholm-syndrom påtager sig nærmest tilstanden af sig selv, i et forsøg på at tilpasse sig overmagten, og undgå overmagtens straf. Det er mit indtryk at visse personer som man kalder for hjernevasket, slet ikke er hjernevasket. De lider i stedet for af Stockholm-syndrom. Ved hjernevask deltager overmagten aktivt i at få den underkastende person til at skifte sin tidligere mening ud med en mening som er i overensstemmelse med overmagtens mening. Overmagten findes i lovgivningen og det er overlægen, der udøver denne overmagt overfor patienterne på den retspsykiatriske afdeling.

Det er mit postulat, at de fleste af de patienter som bliver udskrevet fra en retspsykiatrisk afdeling lider af Stockholm-syndrom. Men hvad er det så lige, der fører til at en retspsykiatrisk patient får Stockholm-syndrom? Jeg tror faktisk at retspsykiatrien er ligeglad med om en patient underkaster sig overmagten gennem hjernevask eller Stockholm-syndrom. Det er faktisk min mening at retspsykiatriske patienter bliver forsøgt hjernevasket og en følgevirkning af denne hjernevask er, at de fleste patienter udvikler Stockholm-syndrom. En retspsykiatrisk afdeling er dybest set en tvangsafdeling, for det meste af det der sker overfor patienterne på en sådan afdeling sker med tvang. Hjernevask kan på engelsk også hedde 'coercive persuasion', som vel bedst kan oversætte til 'tvangsovertalelse'. Der er på en retspsykiatrisk afdeling virkelig tale om at man overtaler patienterne med magt til fx at spise medicin. Hjernevask i retspsykiatrien sker ved indoktrinering. Det vil blandt andet sige, at patienten bliver frataget sin selvstændighed og bliver ude af stand til at tænke selv. Patienten bliver desuden tvunget til at acceptere overlægens meninger som virkeligheden og fratages enhver mulighed for tvivl om at det overlægen siger nu også er rigtigt eller ej. Hver gang patienten udviser tvivl om det overlægen siger, så bliver patienten straffet med det samme og ofte ganske hårdt. Overlægen kan komme frem til den konklusion at patienten jo må lide af paranoia, siden patienten ikke stoler blindt på overlægen, og overlægen vil derfor straks sætte patienten op i medicin, for at få helbredt patientens paranoia. Lad mig tage udgangspunkt i den danske artikel på Wikipedia med navnet 'hjernevask'. Der er tale om 5 primære strategier som overmagten bruger overfor det underkastende individ:

1. Isolation

Overlægen vil gerne have at patienten tiltager sig overlægens mening om patientens tilstand. Hvis overlægen mener at patienten er skizofren, så er det overlægen mål at få patienten til at tro at patienten netop er skizofren. Hvis patienten er besværlig, så bliver patienten skærmet på et værelse uden mulighed for at få informationer fra eksterne kilder. Nu er overlægen blevet patientens eneste kilde til information, og det er nu overlægen der bestemmer hvilke informationer patienten skal have. Overlægen er udelukkende interesseret i at give patienten informationer som kan overbevise patienten om at patienten er skizofren. Det er yderligere en fordel hvis patienten ikke har nogen venner eller nære familiemedlemmer som holder kontakten med patienten på afdelingen. Skulle patienten imod forventning have stærke relationer til personer udenfor afdelingen, så kan overlægen godt beslutte af afbryde disse forbindelser for bedre at kunne motivere patienten til at tro på hvad overlægen fortæller til patienten.

2. Kontrol
Ved hjælp af kontrol over de informationer som gives til patienten, kan overlægen sikre sig at patienten hele tiden får informationer som understøtter overlægens mening om at patienten er skizofren. Patienten har dog også kontakt til det daglige personale, men dette personale har ligeledes til opgave kun at give patienten informationer som kan bekræfte overfor patienten at patienten lider af skizofreni.

3. Usikkerhed
Den ultimative overmagt overfor en patient er at overlægen kan holde de fleste patienter spærret inde på ubestemt tid. Tanken om at skulle være spærret inde resten af sit liv, kan være en meget belastende tanke for en retspsykiatrisk patient. Usikkerheden gør patienten motiveret for at høre efter hvad overlægen har af meninger om patientens tilstand.

4. Gentagelse
Patienten bliver gang på gang mindet om at overlægen mener at patienten er skizofren. Hver gang patienten får en ny behandlingsplan, så står der i planen at patienten er skizofren. Hver gang patienten læser i journalen, så står der at patienten er skizofren. Hver gang patienten klager så svarer overlægen med at patienten gør som han gør fordi at han er skizofren.

5. Følelsesmæssig manipulation
Overlæger går utroligt meget op i at tale til patientens følelser. Der er fordi at det er mere effektivt at manipulere en person gennem personens følelser end med sund fornuft og logik. Mange patienter reagerer følelsesmæssigt så voldsomt på overlægens trusler og overmagt, at de helt glemmer at tænke fornuftigt over hvad det egentlig er overlægen siger til patienten. Men hvis man kan skubbe følelserne til side og bare høre på hvad det er en overlæge ofte siger til en patient, så er det ofte noget værre vås og uden logisk sammenhæng, men patienten når at reagere følelsesmæssigt før patienten når at tænke fornuftigt over hvad overlægen siger. Man kan som patient i retspsykiatrien godt undgå hjernevask og Stockholm-syndrom, men det kræver at man ved at det sker og hvordan det sker. Som udgangspunkt er hjernevask af en patient ikke let at udføre, men det har dog en masse, for overlægen, fordelagtige følgevirkninger som bl.a. Stockholm-syndrom og tillært hjælpeløshed (learned helplessness).

Se også i wikipedia:
Stockholm_syndrome, Mind_control, Hjernevask, Learned_helplessness

Hjertestop

Den 22. april 2015. En patient på retspsykiatrisk afdeling P5, Nykøbing Sjælland, får udleveret forkert medicin sammen med hans ordinerede medicin af en personale på aftenvagt (vikar). Han bliver dårlig og klager til personalet. Han går derefter ned på værelset. Personalet går lidt senere ned til ham på hans værelse og konstaterer at han er bevidstløs. Der bliver ringet efter en ambulance. Ambulancen ankommer og henter ham. På vej til holdbæk sygehus, får han hjertestop i ambulancen. Han bliver genoplivet. Han får en modgift på hospitalet og bliver bedt om at indtage et kulpræparat. Han får isat et kateter. Den 23. april 2015 er han tilbage på afdelingen igen kl ca 19.55.

Hovedpine

Jeg har lært at der findes to slags hovedpine. Den ene hovedpine går lettest væk ved at man lægger sig ned. Den anden hovedpine går bedst væk ved at man går en tur. Personligt har jeg erfaret at mine hovedpiner går bedst væk hvis jeg går en lang og rask tur. Dette medfører dog et problem. Jeg er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Hvis jeg skulle komme i den situation, at jeg får hovedpine, så kan jeg ikke bare altid går en tur til den forsvinder. Dels så må jeg kun være ude en enkelt time af gangen og dels så bliver jeg også lukket inde hver aften kl 22.00. Hvis jeg således får hovedpine efter klokken 22.00, så er jeg forhindret i at gå en tur udenfor. Jeg kunne så godt vælge at gå en tur på gangene inde i afdelingen. Problemet er bare, at hvis man som patient går rundt på gangene i en afdeling, så vil personalet straks få den tanke at patienten trænger til at få mere medicin (og jeg taler ikke om panodil eller lignende). Jeg er helst fri for at spise piller, men så kan jeg blive nødt til at bede om et par piller imod min hovedpine. Det er nu underligt at alt hvad patienterne gør eller ikke gør altid ender op med at patienten bare lige skal have nogle flere piller. Jeg kunne jo dybest set godt slippe for at spise piller, men det tillader forholdene på afdelingen bare ikke.

Hurrraaaa - medicinen virker....

På et tidspunkt skrev min overlæge i et notat i min journal, at grunden til at jeg havde haft det godt det seneste år, var fordi at jeg i denne periode havde

været velmedicineret. Det er et utroligt interessant notat. Men hvorfor er det interessant? Det er interessant fordi, læseren får det indtryk at jeg har haft det godt i denne periode på et år, netop fordi jeg i denne periode har spist medicin. Notatet har dog en fejl. Fejlen er afgjort ikke let at få øje på. Fejlen gemmer sig i notatet fordi notatet nærmest virker som en selvfølge for læseren. Notatet kan faktisk godt være sandt, men det kan faktisk også godt være usandt. Men hvorfor er det så svært at få øje på hvorfor notatet godt kan være usandt? For at kunne vise den sande og den usande side af notatet, er jeg nødt til at sammenligne to forskellige situationer med hinanden, som måske ikke er så forskellige endda.

Situation nr 1
En person med en psykisk lidelse bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Overlægen beslutter nu at denne person skal have medicin for denne lidelse. Efter at personen har spist medicin i et stykke tid, så får personen det godt. Man kan godt i denne situation sige, at medicinen har haft den ønskede effekt.

Situation nr 2
En rask person bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Personen har det godt ved indlæggelsen. Efter et stykke tid beslutter overlægen at denne person skal medicineres. Grunden til at patienten skal medicineres er fordi at en retspsykiatrisk afdeling er for personer som skal have medicin, og man kan jo ikke have en person der går rundt på afdelingen uden at spise medicin. Personen tvinges nu til at spise medicin og efter et stykke tid mener overlægen at personen nu har det godt. Denne situation er dog en anelse ejendommelig. Det er da underligt at give en rask person medicin blot fordi at han er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling.

Efter et stykke tid på medicin beslutter både patienten i situation nr 1 og situation nr 2 at klage til patientklagenævnet over medicineringen. Patientklagenævnet møder nu op på afdelingen for at tale med disse to patienter. Ved det første møde taler patientklagenævnet med patienten fra situation nr 1. Patientklagenævnet møder en frisk patient. Overlægen forklarer til mødet, at grunden til at patienten er frisk er fordi at patienten nu har været på medicin i et stykke tid, og at medicinen virker godt på patienten. Patientklagenævnet synes at overlægen virker overbevisende i sagen, og overlægen får medhold i at patienten fortsat skal spise medicin. Ved det næste møde taler patientklagenævnet med patienten fra situation nr 2. Patientklagenævnet møder også her en frisk patient. Overlægen forklarer til

mødet, at grunden til at patienten er frisk er fordi at patienten nu har været på medicin i et stykke tid, og at medicinen virker godt på patienten. Patientklagenævnet synes også i denne situation at overlægen virker overbevisende i sagen, og overlægen får medhold i at patienten fortsat skal spise medicin. Ved det første møde har overlægen ret i at patienten har fået det bedre, og derfor behøver patienten medicin. Overlægen får ligeledes ret i at patienten fortsat skal have medicin. Men ved det andet møde stiller sagen sig anderledes. Overlægen siger også her, at patienten har fået det bedre og derfor fortsat behøver at spise medicin. Også ved dette møde får overlægen lov til fortsat at medicinere patienten. Men dybest set så er det overlægen siger til patientklagenævnet jo ikke sandt. Men hvordan kan det så være at patientklagenævnet også giver overlægen ret ved dette møde? Grunden er faktisk simpel. Ved begge møder mødte der en patient op, som havde det godt. Og det er ikke muligt for patientklagenævnet at se forskel på en person som har det godt og så en anden person som også har det godt. Dybest set så er der to forskellige grunde til at de to patienter har det godt. Den første patient har det godt fordi medicinen har virker på patienten. Den næste patient har det godt alene af den grund, at han hele tiden har haft det godt, og medicinen har ingen indvirkning haft på hans tilstand. Men nu kunne situationen faktisk godt have været anderledes. Forestil dig nu de to samme situationer igen. Denne gang beslutter de to patienter dog at de vil klage til patientklagenævnet inden de starter på medicinering.

Situation nr 1
Den syge patient møder nu op i patientklagenævnet. Overlægen forklarer at patienten har brug for medicin. Patientklagenævnet har nu selv mulighed for at vurdere patienten, da patienten ikke spiser medicin. Efter at have vurderet patienten kommer patientklagenævnet frem til at overlægen gerne må medicinere patienten.

Situation nr 2
Nu møder den raske patient op i patientklagenævnet. Overlægen forklarer at patienten har brug for medicin. Patientklagenævnet har nu selv mulighed for at vurdere patienten, da patienten ikke spiser medicin. Efter at have vurderet patienten kommer patientklagenævnet frem til at overlægen ikke må medicinere patienten, da patienten jo tydeligvis ikke trænger til medicin. Som det fremgår at ovenstående situationer er der tilsyneladende en forskel på om man klager til patientklagenævnet før eller efter man starter på medicin. Hvis man venter med at klage til patientklagenævnet til efter man spiser medicin, så er chancen for at man fortsat skal være på medicin

meget større end hvis du klager til patientklagenævnet inden du starter på medicin. Hvis en overlæge kan nå at medicinere en patient INDEN patienten kommer i patientklagenævnet med sin sag, så kan overlægen nå at trække trumph-kortet og sige at patienten har det godt fordi at patienten netop er medicineret. Det er mit indtryk at overlæger elsker denne fremgangsmåde, for det lader til at den virker næsten hver gang. Hvis patienten derimod når at komme i patientklagenævnet inden overlægen begynder at medicinere patienten, så har patientklagenævnet mulighed for selv at vurdere patienten. Jeg har personligt prøvet at komme i patientklagenævnet på et tidspunkt hvor jeg ikke havde fået medicin i næsten et år, og patientklagenævnet gav mig ret i at jeg ikke skulle have medicin, fordi jeg ikke var psykotisk. Men hvad med alle de patienter som ikke når at komme i patientklagenævnet inden de starter på medicin. De fleste af disse patienter forstår muligvis ikke, at overlægen gør brug af noget man vel nærmest kan falde for et trick, som sikre at overlægen får medhold i at patienten fortsat skal medicineres.

Man kan godt sige om en patient at patienten har det godt fordi patienten spiser medicin, men man kan ikke bruge det som et grundlag for at patienten fortsat skal have medicin. Grunden til at man ikke kan bruge det som grundlag for fortsat medicinering, skyldes at jo faktisk at man kan sige det samme om både en rask person og en person med en psykisk lidelse som kræver behandling. Både den raske person og personen med en psykisk lidelse vil jo fremstå ved mødet som en person, der har det godt, men det er ganske umuligt at vurdere HVORFOR personen har det godt. Den syge vil have det godt fordi medicinen virker og den raske vil have det godt af den simple grund, at han hele tiden har haft det godt. Der er tale om en catch-22 situation, for bliver du først medicineret så kan overlægen 'bevise' at du gavner af medicinen uanset om du til at starte med var syg eller ej. Læseren tror at der er tale om et bevis. Men der er IKKE tale om et bevis. Der er tale om at overlægen fremkommer med en information som ligner et bevis, og overlægen forventer at læseren hopper med på legen og overbeviser sig selv om at informationen er et bevis på at den raske patient har behov for medicin.

Hurtigt væk

Den afdeling som jeg er indlagt på i øjeblikket skal snart flytte til Slagelse. I øjeblikket er jeg indlagt på P5 i Nykøbing Sjælland. Nykøbing Sjælland

ligger omgivet af vand til næsten alle sider, og den eneste måde at komme væk herfra er med tog eller landevej. Begge dele er ret langsomt. En dag (marts, 2015) sad patienter og personale ved et møde i spisestuen og nærmest ledte efter fordele ved at flytte til Slagelse. Jeg gjorde opmærksom på det positive i at komme til Slagelse, for nu ville det være meget lettere at flygte fra Afdelingen, da den jo ligger meget tæt på en motorvej med en hastighedsbegrænsning på 130 km/t. Det vil derfor ikke tage ret mange minutter før man er over alle bjerge. Der var ikke nogen personaler ved mødet, der udtrykte glæde ved at få denne information.

Husk at dække bord

På den afdeling hvor jeg er indlagt, spiser vi aftensmad kl 17.30. Vi har ligeledes nogle opgaver i afdelingen som det forventes at patienterne laver. En af disse opgaver er ifølge opgavesedlen at dække bord til aftensmaden mellem kl 17.15 og 18.00. Som du nok vil undre dig over, så har patienterne således ret til at vente med at dække bord til kl 18.00, til trods for at vi jo altså spiser kl 17.30 i afdelingen. Her er hvad jeg skrev om borddækning i min dagbog for den 25. april 2015:

Kl 17.55 går jeg ned for at dække bord. Patienter og personale er færdige med at spise på dette tidspunkt. Mens jeg står og dækker bord i spisestuen, kommer personale A ud fra køkkenet og ind i spisestuen. Hun kikker på mig med en tydeligvis sur mine og spørger mig hvorfor jeg dækker bord. Jeg fortæller hende at jeg bare gør som der står på opgavelisten at jeg skal gøre. Der står på opgavelisten, at jeg skal dække bord mellem kl 17.15 og 18.00, og da klokken kun er 17.55 så kan jeg lige nå det inden for tiden. Hun fortæller mig at hun ikke tror på at der står på opgavesedlen, at jeg skal dække bord mellem kl 17.15 og 18.00. Hun fortæller mig at de jo er færdige med at spise. Jeg fortæller personale A, at det ved jeg da godt, men det har jo ikke noget med sagen at gøre, jeg gør bare som jeg skal ifølge opgavelisten for patienter i P5. Personale A beder mig om at stoppe med at dække bord. Jeg spørger hende om jeg så er fritaget for min opgave, og hun siger: ”Ja, lige nu er du”. Jeg stopper med at dække bord og går hen og henter opgavesedlen, som hænger på tavlen foran kontoret. Jeg tager sedlen og går tilbage til køkkenet, hvor personale A er ved at skære noget mad ud på et spækbræk. Jeg bliver stående i døren til køkkenet viftende med opgavesedlen i hånden. Jeg spørger hende om hun ikke vil se hvad der står på opgave-sedlen, men personale A har ikke lyst til at kikke på opgavesedlen. I stedet for viser jeg den til Personale B, som dukker op. Hun læser

højt fra sedlen, mens personale A hører på: ”17.15 til 18.00 - dække bord til aftensmad”. Personale A er tydeligvis meget sur. Personale A’s ansigt ser helt forvredet ud. Hun begynder at snakke om at hun synes at jeg er langsom, for jeg kikker da altid på sedlerne, så jeg burde da vide hvis der ikke er orden i tingene. Jeg fortæller personale A, at jeg jo netop står med sedlen i hånden for at vise hende hvad der står på opgavesedlen, men hun vil ikke se på sedlen. Jeg tror ikke personale B forstår situationen, for personale B begynder at tale om hvornår vi spiser og går ud i gangen for at se hvad der står på sedlen over aktiviteter i afdelingen. Her står at vi spiser kl 17.30. Jeg giver hende ret i at vi spiser kl 17.30, men hun forstår ikke problemet. Hun tror at jeg diskuterer med personale A hvornår vi skal spise, men vi diskuterer i virkeligheden om hvornår der skal dækkes bord. Jeg har ikke lyst til at gøre mere ud af den sag. Jeg går ned på mit værelse til min kæreste. Hele problemet handler om at der ikke er orden i tingene. Der står på den ene seddel, at vi spiser kl 17.30, og der står på den anden seddel, at patienterne skal dække bord mellem kl 17.15 og 18.00. Patienten kan således opfylde sin opgave i afdelingen ved at dække bord til aftensmad EFTER personale og patienter er færdige med at spise. Der er tit fejl i dokumenterne i denne afdeling og denne fejl er kun en af dem. Personalet bliver sure, når vi ikke følger reglerne og de bliver sandelig også sure når vi følger reglerne. Det er ikke let at være patient i retspsykiatrien.

Hvad andre tænker

Hvis du bekymre dig om andres mening, så kunne der godt ske følgende:

Du bliver aldrig på nogen måde en ener, for du tør ikke bryde de gængse normer for adfærd og tanker. Du kommer til at blive en af den andre i flokken. Hvis din selvtillid ikke er ret høj, så er det altid godt at gemme sig i mængden, at blive væk mellem de andre, af skræk for at se anderledes ud end de andre. Du vil gerne være almindelig, af skræk for at de andre tror at du fejler noget, men er det nu også godt. Einstein var ikke almindelig og det var John Nash heller ikke, men de vendte op og ned på vores måde at tænke på, så vi nu er i stand til at se verden mere tydeligt. Du vil formegentlig få et trygt liv, men du vil ikke udrette noget som helst af værdi for menneskeheden. Du er bare fyld. Du glemmer dine egne meninger for du er optaget af andres meninger. Hvilke konsekvenser har det for dig som person at være ligeglad med hvad andre mener: Du kunne godt ende som en excentrisk personlighed, klædt i underligt tøj og med anderledes meninger. Du kunne også godt ende med at være den eneste der redder et andet menneske hvor

andre lader være. Du kunne ende med at gå rundt og tale med dig selv, selv om andre mennesker synes at det ser tosset ud, men du ved bedre, for det gavner dig. Du benytter dig aktivt af kroppens evne til at forstå biofeedback. Du kunne også ende med at have en højere moral end andre, for du vil være i stand til at komme højt op på Lawrence Kohlberg's moralske udviklingstrappe. Du vil muligvis finde på at gå en anden vej end de andre, fordi du har en stærk tro på dig selv og det du gør og tænker. Du har chancen for at blive en ener. En person der opfinder noget eller skaber nye begreber eller tanker. Du skiller dig ud, men det gør ikke noget, for du har det godt. En del af de mennesker som vi har på psykiatriske afdelinger har ikke en psykisk lidelse, men de er dog anderledes end andre mennesker. Problemet er at de fleste normale mennesker ikke er i stand til at se forskel på en person med en psykisk lidelse og fx Einstein. For de fleste normale mennesker er fok der skiller sig ud fra gruppen på en eller anden måde tossede. Problemet er at det er ikke de normale mennesker der bringer fremskridt ind i verden. Der er dog flest af de normale i verden, så de har en stor magt. Hvis vi tog alle de anderledes mennesker og gav dem medicin så ville det medføre at en person som Einstein skulle sidde som en lam mand i en stol og savle på en psykiatrisk afdeling, i stedet for at udvidde menneskehedens forstand om universet. Dybest set tror jeg ikke der er nogen der ønsker dette. Det er faktisk ikke ret svært at tænke ud af boksen. Alle mennesker kan tænke ud af boksen. Men det er kun de færreste der har modet til at tænke ud af boksen, for det kræver at du er ligeglad med hvad andre tænker. Vi bliver slaver af hinanden hvis vi hele tiden går op i hvad de andre tænker om os. En del af mine tekster handler faktisk om at vi mennesker godt kan lide at prøve på at have magt over andre mennesker. Mange mennesker benægter dette alene fordi at de ikke kan lide tanken om at de prøver på at styre og få magt over andre mennesker. Men vi gør det hele tiden, og vi gør det skjult, både for os selv og overfor andre. Mennesket er et magtdyr, lige meget hvordan man så end bøjer eller drejer det. Mennesker kan dybest set deles op i to grupper. Dem som erkender at det hele tiden handler om magt og dem som fornægter at det handler om magt. Vi kan godt fornægte virkeligheden og tage afstand fra den, men det ændre ikke virkeligheden, kun vores opfattelse af virkeligheden. Darwin's største problem da han udgav bogen om arternes oprindelse var ikke at vi stammede fra aberne. Det største problem var at han beskrev arternes overlevelse som rå og brutal, og det var nærmest ubegribeligt for de fleste at verden skulle være så hård og brutal, for hvordan kunne verden være så hård, når nu det var så dejligt at høre på de dejlige fugle synge så smukt som de gjorde. Men fuglene synger ikke smukt for at tilfredsstille mennesker, men for at hannerne kan tiltrække de

bedste hunner. Hannen med den smukkeste sang får den bedste hun. De andre hanner får ingenting og uddør. Hårdt og brutalt.

Hvad er størst

Hjælp min overlæge og personalet kan ikke regne, og de blander følelser og regning sammen. Lad mig starte med det første faktum:

10 er større end 1

Hvis du er enig, så bliver jeg glad, for 10 er nemlig større end 1. Det er simpel regning, og de fleste burde kunne finde ud af det. 10 bananer er mere end 1 banan. Med lad mig nu gøre det en anelse mere personligt. Du står i en situation, hvor du har et valg og du har kun mulighed for at gøre den ene af tingene. Enten så kan du redde 10 mennesker fra at drukne, eller også kan du vælge at redde 1 menneske fra at drukne. Med andre ord:

10 mennesker **eller** 1 menneske

Det mest fornuftige i min verden er at redde 10 mennesker i stedet for 1 menneske. Lad mig lige opstille situationen en gang til, men denne gang skal du ikke redde mennesker fra at drukne. Du skal i stedet for redde nogle mennesker fra stor smerte. Hvad vil du helst. Vil du redde 10 mennesker fra stor smerte eller vil du redde 1 menneske fra stor smerte? Regnestykket er således:

10 mennesker med smerte **eller** 1 menneske med smerte

Du vil med stor sandsynlighed vælge at redde 10 mennesker fra stor smerte i stedet for 1 menneske med stor smerte. Men nu vil jeg tillade mig at gøre dit valg MEGET personligt. Forestil dig nu at du har valget mellem at redde 10 mennesker fra stor smerte eller at redde dig selv fra stor smerte. Opstillingen bliver således:

10 mennesker med stor smerte **eller** dig selv med stor smerte

Nu er spørgsmålet pludselig blevet meget personligt. Der er dog et faktum i sætningen. 10 mennesker med stor smerte er stadig større end en enkelt person med stor smerte, også selv om du nu pludselig er en del af valget.

Du vil med stor sandsynlighed får et problem i denne situation, for du vil jo gerne hjælpe så mange som muligt, men du har heller ikke selv lyst til at opleve stor smerte. Grunden til at du ikke bare vælger de 10 mennesker i stedet for dig selv, er fordi at der nu er en affekt-heuristik på spil oppe i din hjerne. Men andre ord, du blander pludselig dine følelser ind i et matematisk spørgsmål. Men kan man godt tillade sig at blande følelser ind i en vigtig beslutning? Personligt har jeg taget en stor beslutning. Jeg har besluttet mig for at redde de 10 personer med stor smerte og har så også accepteret at jeg nu må leve med stor smerte.

Men hvad er det så jeg taler om? Jeg har sat mig selv i en bestemt situation. Jeg har sat mig i den situation, at overlægen ikke kan udskrive mig. Dette medfører at jeg kan risikere at skulle være indlagt resten af mit liv. Da overlægen vil tvangsmedicinere mig, så kan jeg risikere at jeg skal leve resten af mit liv med smerte. Men der er en fordel ved denne beslutning. Samtidig forhindre jeg overlægen i at tvangsmedicinere ca 10 andre mennesker, da jeg jo vil fylde en hospitals-plads i mange år, som overlægen så ikke kan bruge til andre patienter. Jeg har således valgt at hjælpe nogle fremmede mennesker med at slippe for smerte. Ulempen er så, at jeg selv skal opleve smerte resten af mit liv. Det er en hidsig beslutning, men jeg vælger at lade tallene komme før følelserne, når jeg tager vigtige beslutninger.

Se også: the trolley-problem

Hvad har du på?

Jeg bor pt (januar 2015) på en åben retspsykiatrisk afdeling i Nykøbing Sjælland (P5). Hver gang patienterne forlader afdelingen, så skriver personalet ned hvornår patienten forlader afdelingen, samt hvilket tøj patienten havde på. Så ved personalet hvad de skal sige til politiet, hvis det bliver nødvendigt at efterlyse patienten. Det kan jo ske at en patient vælger at blive væk eller blot at forlade afdelingen uden at der forligger en aftale herom.

Hvad koster jeg?

Goddag. Jeg er retspsykiatrisk patient på en åben afdeling. Jeg vil gerne fortælle lidt om mig selv. Indtil nu har jeg været indlagt i 4 år. Jeg optager i øjeblikket en sengeplads som koster ca 5.500 kr om dagen. Da jeg har

været indlagt i mere end 4 år, så har jeg altså indtil nu kostet mere end 8.000.000 kr. Nu kan man ikke ligefrem sige at jeg er enig med min overlæge. Han har oplyst mig, at hvis jeg bliver ved med at være besværlig, så kan jeg risikere at skulle være indlagt resten af mit liv. Men hov! Lad os lige regne lidt på det. Hvis man ser på min alder (46 år) og man ser på den aldersgruppe jeg tilhører, så skal jeg nok regne med at blive ca 80 år. Jeg har allerede været indlagt i 4 år og skal så forvente at være indlagt i yderligere ca 34 år. I alt en indlæggelse på 38 år. Da jeg koster 5.500 kr om dagen så skal samfundet regne med at bruge ca 76.000.000 kr på min indlæggelse. Men lad os lige sætte tingene lidt i perspektiv. For 76.000.000 kr kan man faktisk få 876 hofteoperationer. På en måde så er jeg jo beæret over at overlægen vil bruge så mange penge på mig. På den anden side, så kan jeg jo også undre mig. Kan en overlæge godt tillade sig at bruge 76.000.000 kr på en patient bare fordi man er uenig? Nu kan det jo faktisk godt gøres lidt billigere. Jeg spiser ikke medicin i øjeblikket. Men hvis nu overlægen får medhold i at jeg skal medicineres, så skal jeg forvente at mit liv bliver ca 15 år kortere. Dette vil medføre en besparelse for samfundet på ca 30.000.000 kr. Det vil altså sige at samfundet kan nøjedes med at bruge 46.000.000 kr på min indlæggelse hvis medicinen altså slår mig ihjel i henhold til statistikken. Da den medicin jeg skal have på 19 år koster ca 760.000 så er den samlede besparelse for samfundet derfor ca 29.240.000 kr. Det svarer til en besparelse på 38% hvis man medicinerer mig under hele min indlæggelse. Hvis man har en retspsykiatrisk patient, som skal være indlagt resten af sit liv, så vil der være en god økonomi i at give denne patient medicin under hele indlæggelsen, da indlæggelsen derved vil blive væsentlig kortere, og økonomien meget bedre.

Konklusion

Det koster altså (kun) ca 46.000.000 kr at indlægge mig resten af mit liv, hvis jeg altså spiser medicin. Det svarer til (kun) 549 hofteoperationer. Nu skal man huske på at jeg er indlagt fordi jeg er uenig med min overlæge. Hvis han giver mig en million kroner som plaster på såret for den dårlige behandling jeg har fået under min indlæggelse og dropper den diagnose jeg har fået, så vil jeg gerne love ikke at være besværlig længere, og så har samfundet lige sparet mindst 46.000.000 kr. Ønsker han ikke at give mig denne kompensation, så tror jeg bare at jeg hellere vil bruge de 46.000.000 kr og være indlagt til jeg dør.

Hvad skal du lave i dag?

Da jeg blev indlagt på en lukket retspsykiatrisk afdeling, så var der ting der undrede mig. Det lader til at på mange psykiatriske afdelinger, der holder man et møde hver dag. Bare sådan lige for at mødes og sige goddag til hinanden. Til et sådan møde bliver alle patienterne spurgt:

Hvad skal du lave i dag?

Personligt synes jeg da at det er et fjollet spørgsmål. Jeg er spærret inde på en afdeling hvor jeg ikke må gå ud. For at gøre det kort, så må jeg faktisk ingenting. Jeg må ikke engang tage min egen mad, den bliver hældt op til mig. Hvorfor spørger personalet mig så om hvad jeg skal lave. Jeg må jo ikke lave noget som helst. Er det fordi at personalet godt kan lide at træde i at jeg er spærret inde og ikke kan lave noget som helst? Det er dog mit indtryk at en del patienter hopper med på legen. Da de jo ikke kan lave noget, så begynder de at sige de mest underlige småting: ”Jeg skal skrive et brev”, eller ”jeg skal skrive indkøbsseddel” eller ”jeg skal meditere” eller ”jeg skal forberede mig, for jeg skal til samtale med overlægen”. Okay, men dagen er jo lang, skal jeg forstå det således at man uden problemer kan bruge 8 til 10 timer på at forberede sig på en samtale med overlægen? Det er lidt som om at personalet gerne vil have patienterne til at glemme at de er spærret inde, ved at give patienterne en følelse af kontrol i deres liv ved at minde dem om at der er en masse småting de stadig godt selv kan lave, men det virker altså ikke lige på mig. Lad mig komme med et andet eksempel: Du er patient og du ligger og er bæltefixeret. Så kommer der en personale ind til dig. Du beklager dig over at du er spændt fast. Så siger personalet til dig: ”Du skal ikke være så negativ. Du skal se på det positive - du kan stadig vrikke med fingrene!”. Hvis jeg nogen sinde skulle lande på en lukket afdeling og de spørger mig hvad jeg skal lave, så vil mit svar nok starte på følgende måde: ”Jeg tror jeg går ned til byen ... (pause), nåårh nej, det kan jeg jo ikke for jeg er jo spærret inde. (pause) Nå, men så tror jeg bare at jeg vil gå en tur i haven (pause), nåårh nej, det kan jeg jo heller ikke, for jeg er jo stadig spærret inde.....(gæt selv resten)”. Jeg har da sandelig tænkt mig hver dag at minde personalet om at jeg er spærret inde, og at det er personalet som er mine fangevogtere som holder på mig. Hvad skal du for resten selv lave i dag?

Hvad skal patienten tro

Der finder altid en konkurrence om virkeligheden sted, når to personer taler med hinanden, men vi lægger som oftest ikke mærke til det, fordi der er noget der er så indgroet i os som mennesker, at vi nærmest ikke kan se skoven for bare træer. Det kan godt være svært at få øje på en selvfølgelighed i ens egen tanker og handlemåde, netop fordi at vi opfatter det som en selvfølge. Vi er som mennesker ofte blinde overfor formålet med mange af vores egne handlinger og tanker. Nogle gange er konkurrencen dog tydelig. Hvis man som menneske fornægter denne opfattelse, så er det med stor sandsynlighed fordi man ikke kan lide tanken om at man prøver at udøve magt overfor andre mennesker. Vi fornægter ofte vores forsøg på magt overfor andre mennesker for at opretholde en god følelse om os selv, og en tro på at vi er gode mennesker. Nogle personaler har den meget dårlige vane at lægge ord i munden på patienterne hele tiden. Vi har en enkelt personale på den afdeling hvor jeg er indlagt, som gør det nærmest konstant hele tiden overfor mig, og det er jeg faktisk en anelse skuffet over. Personalen har et verdensbillede som vedkommende konstant har behov for at blive bekræftet i, så derfor gør denne personale alt hvad personalen kan med sine ord for at få en bekræftelse på sit verdensbillede fra patienterne. Som regel gør jeg det at når personalen prøver på at lægge mig ord i munden, så vælger jeg ikke at svare på personalens forsøg på manipulation. Jeg håber så at personalen får øje på sit eget forsøg på at manipulere mig til at have en bestemt mening. Jeg kender sandelig godt mine egne meninger, og denne personale får ikke lov til at lægge mig ord i munden. Denne personale har dog sjovt nok aldrig kommenteret mine manglende svar. Jeg tror at grunden er simpel. Hvis hun tvinger mig til at svare, så vil jeg ikke svare personalen men blot gøre personalen opmærksom på personalens forsøg på manipulation, og det ønsker personalen trods alt ikke, så er det bedre at jeg bare ikke svarer, for så kan personalen opretholde sin illusion om at det personalen siger og spørger om er virkeligheden. Man skal jo heller ikke spørge om noget hvis man dybest set ikke vil kunne holde svaret ud.

Hvem er hurtigst

Patienterne på en retspsykiatrisk afdeling er forskellige. Man kan dog dele dem op på forskellige måder. Man kan fx dele patienter op i to grupper: De hurtige og de langsomme. Personligt hører jeg til i gruppen af hurtige patienter. De forskellige patienter har forskellige personligheder og adfærd og

denne forskel gør at de forskellige patienter vil påvirke hinandens behandling, diagnoser og symptomer. Lad mig bruge støj som et eksempel: Forestil dig at der er en patient, som støjer meget på afdelingen og som fx hele tiden spiller høj musik i afdelingen, så musikken generer en masse andre patienter. Hvis der er en hurtig patient på afdelingen så vil det være denne patient som først klager over støjen på afdelingen. Støjen vil så blive fjernet. Både den hurtige patient og alle de langsomme patienter nyder gavn af at støjen blev fjernet, men det var jo kun den hurtige patient der klagede. I dette tilfælde vil personalet være tilbøjelige til at se den hurtige patient som en støj-følsom patient, selv om muligvis alle patienterne er støj-følsomme. Men personalet ser kun den hurtige patient som støj-følsom, da alle de andre patienter jo ikke har klaget. De fleste afdelinger består overvejende af langsomme patienter. En af årsagerne til dette er den store mængde medicin som mange patienter får i retspsykiatrien. En afdeling hvor alle patienterne er langsomme, der vil der gå lang tid før en patient udtrykker sin utilfredshed med en tilstand eller situation. På en sådan afdeling vil patienterne ophobe en stor indre stress før der endelig er en patient der klager over forholdet, og stress-niveauet igen falder og bliver normalt igen. Hvis der således er en patient der spiller højt på en afdeling hvor der kun er langsomme patienter, så vil dette medføre at stress-niveauet stiger hos alle de andre patienter, men de har ikke overskud nok til at klage. En enkelt hurtig patient på en afdeling, kan derfor medføre en stor reduktion i stressen hos de andre patienter på afdelingen da disse patienter ikke selv har overskud til at klage over de utilfredsstillende situationer der måtte opstå i afdelingen. Hvis der kun er een hurtig patient på den retspsykiatriske afdeling, så vil personalet være meget interesseret i at slå netop denne patient oven i hovedet med alle mulige tegn på psykisk lidelse og tildele personen alverdens symptomer for at undertrykke netop denne patient, da patienten jo påvirker behandlingsforløbet for alle de andre patienter på afdelingen i en retning som ikke passer personalet. Denne patient har i overlægen og personalets øjne straks brug for mere medicin. Personalet er interesseret i patienter som ikke klager over behandlingen. De patienter som klager skal straks undertrykkes, da de ellers medfører bedre forhold for alle de andre patienter. Det ville jo ikke være godt hvis patienterne på en retspsykiatrisk afdeling har det godt, for dybest set så handler retspsykiatrien om at straffe patienterne under deres ophold.

Konklusion

Sammensætningen af patienterne vil have en stor indflydelse på hvilke patienter, der får tildelt symptomer af personalet. Sammensætningen af patienterne vil ligeledes have stor indflydelse på deres samlede stress-niveau.

Hurtige patienter vil fremstå som patienter med større lidelser end de langsomme patienter. De mest langsomme patienter vil være dem som får tildelt færrest symptomer af personalet, hvilket er en fordel. Men de mest langsomme patienter vil netop også have sværrest ved at klage og de vil derfor også være dem som vil kunne ophobe mest indre stress, netop fordi de ikke klager med bare finder sig i noget de dybest set ikke har lyst til at finde sig i. Symptomer er ikke absolutte, men relative, da en patients symptomer afhænger af de andre patienters adfærd. En afdeling uden støj vil fx heller ikke have støjfølsomme patienter, for hvad skulle de dog klage over?

Hvis' medicin?

Personalet sagde ofte til mig at jeg skulle tage min medicin, men hvorfor siger personalet dog det, det var jo ikke min medicin, men lægens medicin. Det er som om at de prøver på at skjule at der er tale om tvang. For hvis der er min medicin så forsvinder personalets tvang ud af sætningen. Hvis man derimod havde sagt til patienten at: "Du skal spise den medicin vi siger du skal spise", så er der ingen tvivl om at man kan høre tvangen i sætningen. Ved at sige : "Her er din medicin", så er det næsten ikke til at høre tvangen, den er blevet skjult. Det handler om at gøre det skjulte synligt. Det handler om hele tiden at italesætte det der sker, det er ikke patientens medicin men derimod personalets. Du skal stritte imod med ord - og tro mig - det virker, også selv om du ikke lige kan se resultatet af det du gør. Mennesker kan faktisk ikke lide at udøve tvang imod andre mennesker. Hvis personalet skjuler at de udøver tvang, så får de ikke dårlig samvittighed, men hvis man sætter ord på deres overgreb, så vil det påvirke deres samvittighed, og så vil handlingen blive en belastning for dem. Forestil dig at man på en afdeling har 10 patienter, som får medicin, og alle patienterne stritter verbalt imod at få medicin, så ville det blive en ganske stor belastning for personalet på en sådan afdeling at udlevere medicin. For mig er der tale om en form for manipulation af patienten, når man prøver på at skjule, at det eneste det handler om er magt og tvang. Hvis man skal af med tvang, så er det første skridt, at gøre opmærksom på hvert gang personalet udøver tvang.

Hvor blev de psykisk lidende af?

Når jeg kikker mig omkring på den retspsykiatriske afdeling hvor jeg er indlagt og jeg tænker på de mennesker jeg har mødt på andre retspsykia-

triske afdelinger og jeg tænker på de patienter jeg har talt med i telefon og via internettet og Skype, så kan det godt undre mig hvor de psykisk lidende mennesker er blevet af! Når en personale begynder på en retspsykiatrisk afdeling, så er det mit indtryk at der sker følgende: Det første personalen tænker er, at alle disse mennesker som er indlagt, må da være psykisk lidende, for ellers var de vel ikke indlagt. Her ligger der dog en vildfarelse på lur og venter på at personalen skal gøre netop denne fejl.

Se dette link: http://en.wikipedia.org/wiki/Just-world_hypothesis.

Nogle mennesker har den vildfarelse, at hvis de fx ser en mand få pisk, så tænker de straks, at den mand må have gjort noget forkert siden han får pisk. Det er en vildfarelse, fordi man kan sagtens give en mand pisk uden at han har gjort noget galt. Vi kalder det vel meningsløs vold. Man kan også sagtens indlægge en person uden af denne person nødvendigvis har en psykisk lidelse. Grunden til at vildfarelsen opstår meget let i hovedet på personaler skyldes, at det jo ikke er personalerne selv, der har indlagt personen på afdelingen. Det er nogle andre mennesker som har indlagt patienten på afdelingen, og personaler har en underlig og urokkelig fast tro på, at disse mennesker selvfølgelig ikke laver fejl og indlægger personer som ikke har en psykisk lidelse. Men hvis man nu er personale og falder i fælden med begge ben og kaster sig ud i ovenstående vildfarelse, så er man jo nødt til at tænke videre med denne vildfarelse som udgangspunkt for ens øvrige tanker om de indlagte patienter. Hvis man (uden hold i virkeligheden og på grund af en vildfarelse) er kommet frem til at de indlagte patienter jo må være psykisk lidende, så opstår der et nyt problem, og en chance for at lave endnu en fejl. Hvis personalen ser sig omkring på afdelingen, og ikke lige umiddelbart kan se at patienterne er syge, så tænker personalen automatisk, at så må det være fordi at jeg som personale ikke er god nok til at få øje på patienternes symptomer. Det som IKKE sker i denne situation er, at personalen tænker ved sig selv: ”Det var dog godt nok underligt, at der er indlagt så mange mennesker, som ikke viser symptomer på psykisk lidelse - gad vide om patienterne i det hele taget har psykiske lidelser?”. Grunden til at denne tanke IKKE opstår i hovedet på en personale er fordi, at den er i strid med deres første vildfarelse, nemlig at mennesker som er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, de har også en psykisk lidelse. Der sker efterfølgende det, at en sådan personale vil begynde at lede efter de tegn på psykisk lidelse som førte til at patienten blev indlagt til at starte med, og som burde være de symptomer som lå til grund for at nogle, for personalerne ukendte, mennesker tog den beslutning at indlægge et men-

neske på en retspsykiatrisk afdeling og gøre vedkommende til patient. Da patienten jo i virkeligheden ikke har en psykisk lidelse, så vil personalen ikke umiddelbart få øje på patientens symptomer (men der er jo heller ikke symptomer til stede hos patienten). Da personalen tror på autoriteter, så vil personalen bare overbevise sig selv om at personalen skal anstrenge sig lidt mere for at få øje på symptomerne. For at sige det på en anden måde. Hvis ikke personalen kan få øje på patientens symptomer med det blotte øje, så må personalen tage luppen frem for at få øje på symptomerne. Virker det ikke med den første lup, så bliver personalen nødt til at tage en endnu kraftigere lup i brug. Personalen vil blive ved med at tage en ny og kraftigere lup frem indtil personalen pludselig får øje på noget ved patienten som godt kunne være symptomer på psykisk lidelse. I det øjeblik personalen får øje på den psykiske lidelse og symptomerne på denne lidelse, så vil personalen begynde at skrive om disse symptomer i patientens journal. Jeg har jo trods alt aldrig læst i min journal, at personalet har skrevet hvor stor en lup de var nødt til at bruge for at få øje på symptomerne. Hvis dette havde været et krav, så ville det jo være tydeligt for enhver at der for de fleste patienter er tale om symptomer som er nærmest ynkeligt små. Der er nu sket det, at en rask person er blevet indlagt, og efter et stykke tid, har personalet kikket så længe på patienten, at de endelig har fundet patientens symptomer (med lup), og de har nu været med til at opfinde en psykisk lidelse hos en rask person. Problemet med vildfarelsen er at den kun virker den ene vej. Det er let at komme til at se psykisk lidende mennesker allevegne, men det er nærmest umuligt, at komme til at se raske mennesker allevegne. Når vildfarelsen kun virker den ene vej, så vil det medføre, at personaler bare vil komme til at se flere og flere psykisk lidende mennesker hver gang de ser en ny patient. Den forrige fejl danner nu grundlag for den næste fejl. Det er som om at det ingen ende vil tage i retspsykiatrien. Nu sker der det, at overlægen læser i journalen og taler med personalet, og overlægen bliver nu bekræftet i at patienten har en psykisk lidelse. Dette danner grundlag for endnu en vildfarelse, denne gang begået af overlægen og man kalder den for confirmation-bias, men det vil jeg skrive om en anden gang.

Hvor hurtigt reagerer du?

Nogle mennesker er hurtige, andre er langsomme. Nogle mennesker skal bare tage 100 gram på, før de føler at de har taget på og straks prøver på at komme ned i vægt igen. Andre mennesker kan tage 20 kilogram på uden at opdage det. Sådan er det også med stress. Nogle mennesker opdager ikke

de er stressede, før de falder om på arbejdet. Andre mennesker opdager det lige med det samme og handler straks for at reducere stressen. I retspsykiatrien handler det som patient om at lære at handle hurtigt inden man som patient bliver kørt ned af systemet. Det er derfor altid en god idé at være opmærksom på hvad der sker og hvad det er overlægen og personalet ønsker du skal gøre. Du skal konstant føle efter inden i dig selv, for at mærke om du synes at tingene er som de skal være eller om forandring er påkrævet. Det kan være at personalet vil have dig til at gøre nogle bestemte ting som en del af din behandling, og det er derfor vigtigt for dig som patient, at du er opmærksom på din egen krop og hvordan din krop har det mens du er indlagt. Hvis du ikke er vant til at føle efter hvad der sker inde i dig selv, så skal du ikke være nervøs, for det er noget der kan læres, men du skal ikke regne med personalets hjælp til dette. Hvis du føler efter i dig selv og du fx får medicin og du opdager at din krop reagere dårligt på medicinen, så vil personalet jo ikke være interesseret i at lære dig at sige fra overfor medicinen. Retspsykiatri handler om tvang, og jo dårligere en patient er til at føle efter på sin egen krop om den har det godt, jo lettere vil det være at tvangsmedicinere dig, for du opdager så ikke alle de skadelige virkninger medicinen har på din krop. Som patient i retspsykiatrien skal du lære at forstå at den eneste som interesserer sig for dit helbred, det er dig selv. Pas godt på dig selv, og lyt efter hvad din krop fortæller dig.

Hvor længe er retspsykiatriske patienter syge?

Det som jeg skriver om her, er det som jeg er kommet frem til ved at holde et vågent øje med retspsykiatrien. Det er et postulat, men jeg er ret sikker på, at hvis man får fat i tallene, så vil de vise, at jeg har ret. Det er faktisk en anelse underligt. Hvis man ser på en given forbrydelse og ser på hvor mange år man ville få i fængsel for en sådan forbrydelse, så viser det sig underligt nok, at næsten alle dem som får en retspsykiatrisk dom til behandling eller anbringelse altid er syge i mindst lige så lang tid (eller længere) end hvis de havde fået en fængsels-dom. For at komme med et eksempel: Hvis du gør en forbrydelse som ville have givet 3 år i fængsel, men du i stedet for får en behandlingsdom, så skal du regne med at samfundet vil betragte dig som syg i mindst 3 år. Personligt synes jeg det er et meget ejendommeligt sammenfald. Jeg kender ikke til tilfælde hvor en person har gjort en forbrydelse som fx kunne have givet 5 års fængsel, hvorefter personen er blevet erklæret rask inden 5 år og sendt hjem. Jeg tror ganske enkelt ikke på at de eksisterer. Faktisk så tror jeg godt at jeg ved hvad det

er der sker. Forestil dig en person som laver en forbrydelse som giver 5 års fængsel, men som i stedet for får en behandlingsdom. Der er nu noget som hedder retsfølelse. Hvis man nu erklærede en sådan person rask efter blot et år og sendte ham hjem, så ville det gå ud over andre menneskers retsfølelse. Man vælger derfor at beholde ham som indlagt eller som hjemmegående med en dom og på medicin. Jeg tror ofte det sker at personer bliver raske ret hurtigt. Problemet med disse mennesker er jo at hvis man har dem låst inde på en retspsykiatrisk afdeling, og erklærer dem raske så kan man jo ikke længere holde dem indespærret. Og man er jo nødvendigvis nødt til at holde dem indespærret af hensyn til retsfølelsen. Med andre ord. En patient er nødt til at være erklæret syg indtil der ikke længere er et problem med retsfølelsen. Personer i retspsykiatrien er altså derfor ikke nødvendigvis syge, man er bare nødt til at kalde dem for syge, så det ikke går ud over retsfølelsen. Så hvis du er retspsykiatrisk patient og du tror at du er indlagt fordi at du er syg, så tager du muligvis fejl. Det kan godt være at du er rask, men hvis man sender dig hjem, så vil det jo gå ud over retsfølelsen. Hvis du mener JEG tager fejl, så tager jeg gerne imod beviser for dette.

Hvor skal kampen stå?

Krig imod rebeller

Jeg vil starte med at tillade mig at dele væbnede konflikter op i to grupper. Den første gruppe består at to parter som er uenige med hinanden. Det kunne fx være to lande. Disse to lande vil så bekæmpe hinanden med krigsmateriel. Der er en vis balance i denne form for krig for begge lande har masser af krigsmateriel. Den næste gruppe består også af to parter som er uenige med hinanden. Der er dog en forskel. I denne gruppe er der ikke balance mellem de to parter. Den ene part har masser af krigsmateriel og den anden har næsten ikke noget krigsmateriel. Den part som har masser af våben vil hævde at man skal slås imod hinandens hære og våben. Den part som ikke har nogen våben vil jo hurtigt tabe en sådan konflikt, da de jo ikke kan matche fjenden. Denne part vælger derfor ofte at flytte kampladen hen et andet sted, som vil have større effekt med mindre krigsmateriel. Denne gruppe vælger ofte at angribe fjendens civilbefolkning i stedet for. Fjenden som har masser af våben ville kalde denne metode for kujonagtig, men det vil de ikke få noget ud af. Grunde er simpel. Det har en stor effekt at angribe fjendens civilbefolkning. Men angriber som regel kun civilbefolkningen når man løber tør for krigsmateriel. Hvis den ene part er utilfreds med at den anden part angriber deres civilbefolkning, så burde det

vil være på sin plads hvis de forærede fjenden nogle flere våben. Så ville det ikke længere være nødvendigt for fjenden at angribe civilbefolkningen, men det sker jo nok ikke. Konflikten mellem Israel og Palæstina er et godt eksempel på en konflikt hvor den ene part har mange flere våben end den anden part. Der er tale om det man kalder for en asymestrisk konflikt. Israel har masser af våben mens Palæstina næsten ikke har nogen våben. Israel kan bombe Palæstina konstant mens Palæstina kun har hjemmelavede raketter og selvmordsbombere. Israel mener selvfølgelig at Palæstinænserne er nogle kujoner fordi de hele tiden angriber den Israelsk civilbefolkning med bl.a. selvmordsbombere i de Israelske busser. Hvis Palæstinænserne havde haft masser af våben, så er jeg ret sikker på at de ikke ville bruge selvmordsbombere i Israelske busser. De ville i stedet for have bomber de Israelske militærbaser med F-16 jagerfly, men sådan er situationen altså bare ikke i øjeblikket. Der er tale om at Israel mener at man skal kæmpe imod hinanden med sine hære. Det er naturligt at Israel har denne mening, for Israel har jo mange flere våben end Palæstinænserne, så de ville hurtigt vinde krigen på denne måde. Det er også naturligt at Palæstina angriber Israels civilbefolkning, for det er næsten der eneste mulighed. Hvis man som part i en konflikt står overfor en fjende som er større end en selv, så nytter det ikke at man føre krigen på fjendens præmisser. Så er man nødt til at finde en krigsskueplads som passer til de krigsmidler man nu engang har. Man vil så selvfølgelig blive skælde ud af fjenden for at være en kujon, men det kan man jo dybest set ikke bruge til noget, for en konflikt handler ikke om hvem der er en kujon, men om hvem der vinder.

Medicin imod patienterne

Indenfor retspsykiatrien er der også tale om en asymetrisk situation. Overlægerne på de retspsykiatriske afdelinger har stor magt over patienterne og patienterne har stort set ingen magt overfor overlægerne. Psykiateren mener at det kun skal handle om medicin, og det er jo godt, for psykiateren må gerne give patienten medicin men patienten kan jo ikke give psykiateren medicin. Med andre ord psykiateren sidder godt i svinget. Men hvad nu hvis patienten flytter kamppladsen? Patienterne kan ikke give personalet og overlægen medicin, men de kan gøre noget andet. De kan flytte kamppladsen. Hvis patienterne holder op med at hilse på personalet og overlægen og de holder op med at tale til personalet og overlægen, så patienterne man flyttet kamppladsen, og det har en effekt, som er større end du aner. Personalet vil straks reagere med at udtrykke deres utilfredshed med patienternes adfærd, og de vil prøve om det ikke kan motivere patienterne til at blive venlige igen. Det kan også være at de vil prøve om ikke de kan give

patienterne lidt mere medicin. Det som gør denne handling effektiv er at den ødelægger personalets illusion om at de går på arbejde fordi at de gerne vil hjælpe andre mennesker. Det vil jo blive meget hårdt for personalet og overlægen hvis patienterne konstant viser utilfredshed med den behandling de får af personalet og overlægen. Der er tale om psykologisk krigsførelse, og det er meget mere effektivt end du på nogen måde som patient nok kan forestille dig. Der er tale om det man indenfor spil-teorien kalder for et asymetrisk spil, for psykiateren spiller efter psykiater-regler og patienterne skal spille efter patient-regler. Psykiateren kan give patienten medicin men patienten kan ikke give psykiateren medicin. Det er dybest set bare et spil, og det handler om at spille spillet så godt man kan indenfor de regler der nu engang findes i spillet. Patienter i retspsykiatrien har meget mere magt i spillet end de aner. Grunden til at patienterne dog oftest taber i spillet er fordi de endnu ikke har forstået alle spillets regler. Jo bedre du som patient bliver til at forstå spillets regler, des jo større vil din evne til at udnytte reglerne også blive. Alle patienter har magt, men det er kun de færreste der har lært at bruge den.

Hypotesen om den retfærdige verden - 1 del

Mange mennesker tror fejlagtigt, at vi lever i en retfærdig verden. Lad mig lige opdatere dig kære læser:

VERDEN ER IKKE RETFÆRDIG

Ok, nu da vi har det på plads, lad os så komme videre....

Der er underligt nok mange mennesker som tror på at verden er retfærdig, selv om der findes masser at beviser på at verden ikke er retfærdig. Lad mig starte med to situationer:

Eksempel 1
Der er nogle gange historier i pressen om at nogle mennesker har sparket eller talt nedladende til hjemløse mennesker inde i København. Mennesker som sparker eller taler nedlandende til hjemløse tror på hypotesen om den retfærdige verden, om deres reaktion er en negativ forståelse af hypotesen. De sparker til de hjemløse, fordi de har den opfattelse at hvis de er hjemløse, så er det nok deres egen skyld, og så gør det ikke noget at man også lige sparker til dem.

Eksempel 2
I Fort Lauderdale (USA) var der en aften en dame som skulle i byen. Hun gik ud iført en stram kort overdel, og en kort kjole. Hun havde ikke trusser på. En mand fik øje på hende og han greb fat i hende og slæbte hende ind til siden hvorefter han voldtog hende to gange. Efterfølgende kom sagen for retten, og manden blev frifundet for voldtægt. Man spurgte efterfølgende nogle af de mennesker som havde siddet i juryen, og de svarede at grunden til at manden ikke var skyldig i voldtægt, var fordi at kvinden selv havde været ude om det, ved at gå klædt så udfordrende som hun gjorde. (se link til sagen i bunden af teksten). Hvis en personale på en retspsykiatrisk afdeling til at starte med oplever en patient som bliver dårligt behandlet, så vil personalen reagere ved at føle ubehag. Hvis situationen fortsætter, så vil personalen have svært ved hele tiden at holde dette ubehag ud. For at slippe for ubehaget ændre personalen nu adfærd. I stedet for at føle ubehag ved at se en patient blive dårligt behandlet, beslutter personalen nu i stedet for at give patienten selv skylden for den dårlige behandling. For hvis det er patientens egen skyld at patienten bliver behandlet dårligt, så behøver personalen ikke bekymre sig nær så meget for patientens lidelser. Verden er på mange områder uretfærdig. Der er to måder hvorpå man kan forholde sig til verdens elendighed:

1. Man kan se elendigheden i øjnene og accepterer den eksistens, og så gøre hvad man kan for at rette op på den, eller

2. Man kan lukke øjnene for verden elendighed og lade som om at den ikke eksisterer.

Almindelige personaler på en retspsykiatrisk afdeling har absolut ingen indflydelse på de regler de skal følge i afdelingen. Personaler har derfor svært ved at følge den første mulighed, og de fleste personaler lander derfor i løsning nr 2 - de vælger at se den anden vej. En overlæge, som får en ny patient, sætter faktisk sin lid til at patienten selv tror på hypotesen om den retfærdige verden. Hvis patienten tror på hypotesen om den retfærdige verden, så vil patienten klandre sig selv for at være kommet i en situation hvor patienten nu skal udsættes for medicinering med et præparat, som vil være både ødelæggende for patientens helbred og samtidig nedsætte personens levealder betragteligt. Hvis patienten bebrejder sig selv, og udelukkende ser sig selv som skyld i at patienten nu skal have medicin, så har patienten hermed også givet overlægen frit spil til at give patienten lige så mange forskellige former for medicin og i lige så store doser som overlægen ønsker det, og patienten vil på intet tidspunkt komme på den tanke, at det overlæ-

gen gør imod patienten er forkert, skadeligt eller moralsk forkasteligt. Men hvis man har et arbejde, hvor man konstant skal lukke ned for den kritiske del af sin hjerne, har man så det rigtige arbejde? Jeg kunne personligt ikke have et arbejde, hvor jeg konstant ville være nødt til at slukke for min egen følelse af moral og empati bare for at komme igennem dagen.

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Just-world_hypothesis (Forklaring)
http://www.scu.edu/ethics/publications/iie/v3n2/justworld.html (Damen i Fort Lauderdale)
http://en.wikipedia.org/wiki/Victim_blaming (Det er patientens egen skyld)

Hævn eller hva'?

I starten af min indlæggelse fik jeg at vide af personalet, at hvis jeg havde nogle spørgsmål eller problemer, så skulle jeg bare komme og sige det til personalet, så ville de tage sig af det. Med tiden opstod der da også spørgsmål og problemer, og jeg henvendte mig til personalet som jeg var blevet foreslået. Men efter et stykke tid hold jeg op med dette. Grunden til at jeg holdt op var simpel. Stort set hver gang jeg stillede et spørgsmål til personalet så fik jeg ikke noget svar. Og vis jeg bad om hjælp, så var der som regel ingen hjælp at hente hos personalet. Ofte hvis man retter henvendelse til personalet, og de af en eller anden grund ikke kan svare eller løse problemet, så vender de situationen på hovedet. I stedet for at indrømme at de ikke kan svare eller ikke kan hjælpe, så kommer de nu frem til den konklusion, at patienten stiller sit spørgsmål eller beder om hjælp fordi at patienten har en psykisk lidelse. Som patient er man altså i den underlige situation, at hvis man henvender sig til personalet med et spørgsmål, så får man ikke svar på sit spørgsmål. Personalet skriver i stedet for i patientens journal at patienten har en psykisk lidelse, og at det er denne lidelse der har fået patienten til at stille et spørgsmål til personalet. Hvis man bliver beskrevet som en person med en psykisk lidelse hver gang man stiller et spørgsmål til personalet, så er det ikke underligt, at man ikke længere er motiveret for at tale med personalet. Alle situationer hvor der er et problem mellem en patient og personalet er altid patientens skyld. Personaler er perfekte. Nu er jeg så i stedet for begyndt at rette mine spørgsmål til andre end personalet. Jeg retter nu mine spørgsmål til fx ledelsen for Region Sjælland, Statens Serum Institut og Ombudsmanden. Personalet er utroligt sure på mig, fordi jeg ikke længere henvender mig til personalet når jeg har et spørgsmål eller problem. De har en følelse af at jeg prøver på at bagtale

dem, og de skriver i min journal, at jeg er ude på at hævne mig på personalet, ved at prøve at finde nogle andre som kan kritisere deres arbejde. Grunden til at jeg bliver ved med at stille spørgsmål er fordi at jeg ikke får svar. Jeg vil gerne have et svar på hvorfor det kan være at personalet bliver ved med at behandle patienterne så dårligt som de gør. Det er korrekt at jeg skriver til andre myndigheder. Det er ikke fordi jeg gerne vil have hævn. Grunden er at jeg ønsker at få stoppet den mishandling der finder sted af patienterne i retspsykiatrien. Jeg har selv været udsat for en nærmest umenneskelig mishandling i de to år jeg var i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland). Jeg er imponeret over at mennesker kan være så blinde overfor andre menneskers følelser som man er i Pilehus. Jeg blev i en lang periode tvangsbehandlet primært med Abilify, og jeg havde utroligt voldsomme bivirkninger. Hvis jeg fortalte det til overlægerne, så var de ganske ligeglade med om jeg havde bivirkninger og hvis jeg sagde det til personalet, så var det som at tale ind i en dyne. Jeg tror aldrig nogen sinde jeg kommer til at glemme den mishandling der fandt sted og som jeg blev udsat for, og det er min intension at gøre hvad jeg kan for at forhindre andre patienter i at blive udsat for samme mishandling. Der er ikke tale om at jeg vil have hævn over personalet, jeg vil bare have mishandlingen af patienterne til at stoppe. Når man som mig er blevet udsat for mishandling i 2 år med medicin, så kan jeg godt undre mig. Under anden verdenskrig var der personale i koncentrationslejrene som havde et arbejde hvor de i 8 timer om dagen gik og slog mennesker ihjel. Når de så fik fri så gik de hjem til deres familier, koner og børn og var søde og rare. Næste morgen gik de så på arbejde for igen at slå mennesker ihjel. Det er virkelig svært for mig at se hvad der har ændret sig. Personaler går på arbejde i Pilehus og mishandler patienterne og får så fri og tager hjem og hygger sig med deres familie, blot for at stå op den næste dag for at køre på arbejde og mishandle patienterne igen. Under anden verdenskrig var der mange der ikke ville tro på at det skete mens det skete, og intet har ændret sig. Hvis du læser denne tekst så vil du sikkert også nægte at tro på, at det stadig sker. Historien gentager sig selv.....

Høflige patienter

Jeg har selv den personlige holdning at man skal være venlig og høflig overfor andre, men da jeg så blev indlagt i retspsykiatrien så lærte jeg lige en dimension mere at kende om det at være høflig, eller jeg skulle måske i stedet for sige, uhøflig. Det er mit indtryk at de fleste patienter trods alt er høflige, selv om de måske kan have en adfærd som forekommer andre men-

nesker en anelse anderledes. Det er også mit indtryk at de fleste overlæger godt ved at patienterne er høflige. Overlægerne har det ofte med at stille spørgsmål som patienten ofte ikke har lyst til at svare på, men som patienten alligevel svarer på af ren venlighed. Problemet er at overlæger ikke ser noget problem i at stille patienter masser af spørgsmål, som i virkeligheden er grænseoverskridende for patienterne, for patienterne svarer jo, og patienten er jo ikke ligefrem under fysisk tvang for at svare på spørgsmålene. Jeg har selv talt med overlæger en del gange efterhånden, og mit indtryk er at der egentlig kun er to forskellige mulige udfald af samtaler mellem en overlæge og en patient:

1) Overlægen bliver ved med at stille nærgående spørgsmål og patienten bliver ved med at svare, også selv om patienten føler sig krænket. Patienten føler langsomt at overlægen er ved at stjæle patientens personlighed og integritet og patienten følger ikke at det er i orden at nægte at svare. Overlægen presser langsomt patienten ned i gulvet og kvæler med tiden nærmest patienten. Dette sker udelukkende fordi patienten har lært at være høflig og gerne vil fremstå som høflig overfor overlægen.

2) Patienten føler sig mere og mere krænket af overlægens nærgående spørgsmål og vælger til sidst at sige fra overfor overlægen. Patienten sætter en grænse i forhold til overlægens spørgsmål og erkender at det ikke nytter at være venlig og høflig overfor overlægen, da overlægen tilsyneladende misbruger patientens forsøg på at være venlig.

Samtaler med en overlæge får enten patienten til at falde sammen, og så har overlægen et godt bevis på at du nok har en psykisk lidelse eller også så siger du fra overfor overlægen og så mener overlægen at du nok har paranoia fordi du ikke stoler på overlægen. Uanset hvad, så er du dømt til at have en psykisk lidelse. Patienten har dog muligheden for at vælge om det skal paranoia eller noget andet. (Endnu en catch-22 situation). Personligt har jeg lært at være ganske uhøflig (overfor overlæger), men jeg kan så oplyse at det er først noget jeg har lært at være efter jeg kom ind i retspsykiatrien. I starten føltes det ganske grænseoverskridende at bede et andet menneske (overlægen) om at passe sig selv, men nu er det blevet en ganske normal reaktion for mig, og jeg tænker ikke rigtig over det længere. Jeg er blevet et mere robust menneske.

Ikke modtagelig for behandling

Hvordan ser en overlæge forskel på en person med en psykisk lidelse som ikke er modtagelig for behandling, og en rask person, som netop fordi han er rask, heller ikke er modtagelig for behandling? Svar: På en retspsykiatrisk afdeling er der ingen forskel. De trænger efter overlægens mening begge to til behandling. Grunden til at der ikke er en forskel skyldes, at de psykiatere som laver mentalundersøgelser tilsyneladende ALDRIG laver fejl. Derfor er det således at ALLE patienter som bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling, og som ikke er modtagelige for behandling, de bliver betraget som en gruppe af patienter som er særligt svære at helbrede for deres psykiske lidelse. Der er nu ikke noget underligt i at raske patienter er svære at behandle. Hvis du selv blev indlagt som en patient på en retspsykiatrisk afdeling ved en fejl og du ikke havde nogen psykisk lidelse, så ville du nok heller ikke være modtagelig for behandling. Jeg kender og har mødt en del patienter som ikke mener at de har en psykisk lidelse, og det har heller ikke for mig været muligt at konstatere at de havde en psykisk lidelse. Men stort set allesammen har indset, at den eneste vej ud af retspsykiatrien er at erkende overfor overlægen at de har en psykisk lidelse og så acceptere den medicinske behandling. Det er den hurtigste vej ud af retspsykiatrien for en rask patient, og så har det også den fordel for overlægen at overlægen slipper for at erkende at overlægen selv eller en anden overlæge ved en fejl er kommet til at erklære en rask person for psykisk lidende. Stort set alle patienter er før eller siden modtagelige for behandling uanset om de fejler noget eller ej, blandt andet fordi det er den eneste vej ud af den retspsykiatriske afdeling. Som rask patient skal du tage en hurtig beslutning når du bliver indlagt. Enten så stritter du imod behandlingen konstant og hele tiden uanset hvad personalet så end måtte true dig med, da det sikre dig at du bevare din personlighed intakt. Eller også bukker du under med det samme, og erkender nederlaget og erkender overfor overlægen at du selvfølgelig har den psykiske lidelse som overlægen nu har fundet til dig. Der er virkelig tale om et enten eller valg. Hvis du vælger noget midt imellem eller du skifter mening undervejs, så vil du både miste din personlighed og risikere mange års indlæggelse.

Illusionen om den forkerte medicin

Indledning

Jeg hører desværre ofte om patienter, der har været igennem lange behandlingsforløb med mange forskellige præparater, uden at det har haft den

ønskede effekt. Hvis man er patient og spiser psykofarmaka, så skal man forvente at få bivirkninger. Hvis man som patient får mange bivirkninger af det ene psykofarmaka, så er der store chancer for at man også vil få det af et andet psykofarmaka.

Medicin

Mange psykofarmaka er stort set ens (både farmakodynamisk og farmakokinetisk). Der er forskel på de fleste psykofarmaka. Forskellen er dog i de fleste tilfælde så lille, at det ikke giver nogen mening at tro, at der er forskel på den kliniske effekt af disse lægemidler. Jeg kender kun en enkelt test, som kan kaste lys over patientens mange bivirkninger, og det er en CYP-test, men underligt nok, så bruges den næsten aldrig i psykiatrien, til trods for at den kan afsløre hvorfor en patient har mange bivirkninger eller hvorfor medicinen ikke virker for forventet.

Behandlingsforløbet

Et behandlingsforløb starter ofte med at en patient bliver ordineret et præparat. Efter et stykke tid vil patienten konkludere at præparatet nok ikke har nogen virkning, men at det bare giver en masse bivirkninger. Så kommer patienten ind til overlægen, og overlægen konkludere, at patienten nok 'bare' har fået den forkerte medicin, og overlægen ordinerer således patienten et nyt præparat. Dette kan for nogle patienter godt stå på i mange år, hvor patienten vandre fra den ene medicin til den anden medicin. Nogle patienter har måske prøvet 5-10 forskellige antipsykotiske mediciner, før de kom frem til den konklusion, at der ikke findes noget lægemiddel, som er bedre end de andre lægemidler, og at det hele bare har været spild af tid. Det bliver meget let spild af tid, for du vil erfare at psykiateren vil sige, at det tager tid for din krop at vænne sig til det nye lægemiddel, og at der let kan gå 2-4 måneder før du kan føle en forandring. Problemet er bare at hvis du så prøver 10 forskellige lægemidler og du i hvert enkelt tilfælde skal vente i fx 3 måneder, så er der så gået i alt (10 x 3) 30 måneder uden at patienten er kommet nogen vegne, og i denne tid har patienten måtte døje med en masse ubehagelige bivirkninger. Det er at give en patient falsk håb, hvis man fortæller en patient, som oplever store bivirkninger af et lægemiddel, at patienten nok bare har fået det forkerte lægemiddel, og at der findes et andet lægemiddel som er bedre end det patienten tidligere har fået. De fleste psykiatere gætter sig frem til et nyt lægemiddel, og de har absolut intet objektivt grundlag for deres beslutning om et nyt lægemiddel til patienten. Det er ren gætteri. Hvis din læge eller psykiater mener at du skal have et andet lægemiddel så skal du forlange at han kommer med en

grundig forklaring på at det nye middel vil virke bedre end det gamle. Han han ikke give dig en sådan forklaring, så er den bedste måde at slippe af med bivirkningerne på, at blive sat ned i dosis.

Til slut
Som patient i psykiatrien skal du huske på, at der kun er een der er interesseret i at du har det godt, og det er dig selv. Den eneste der kan passe på dig, er dig selv. Psykiateren er da velkommen til at komme med gode råd, men i den sidste ende, så er det patienten selv, der skal finde ud af hvad der er bedst for patienten selv. Der er kun een som patienten kan stole på i psykiatrien og det er patienten selv. Som patient skal man allerede fra den første dag i psykiatrien forstå at det handler om at passe på sit eget helbred. Desuden er medicinen jo kun en risiko for patienten. Psykiateren vil jo på ingen måde få bivirkninger af den medicin som patienterne spiser.

Illusionen om lethed

Der findes spørgsmål som er lette at stille og spørgsmål som er svære at stille. På samme måde findes der også lette og svære svar. Jeg vil kun omtale to slags spørgsmål og svar i denne tekst. 1) Spørgsmål som er lette at stille, men svære at svare og 2) spørgsmål som er svære at stille men lette at svare. Her er et spørgsmål som er let at stille:

> *Hvordan virker tyngdekraften?*

Spørgsmålet var let at stille, men det er sørme svært at svare på. Her er så en svært spørgsmål, som er let at svare på:

> *Har den intergranulære permeabilitet i undergrunden en betydning for hvor let det er at pumpe vand op af jorden?*

Spørgsmålet kan faktisk besvares med et ja eller nej, og det er ikke ret svært at svare på hvis man ved lidt om vand i undergrunden. Svaret er forøvrigt JA.

Men sådan tænker overlæger ikke altid. En del overlæger har den sære opfattelse, at hvis de stiller et spørgsmål, som er let at stille, så må det også være let at svare på, men sådan hænger virkeligheden bare ikke sammen. Min overlæge mener at jeg har en omstændig tankegang, men måske er det i virkeligheden overlægen der stiller spørgsmål, hvor det kræver omtanke

at give et fornuftigt svar. Ofte vil psykiatere gerne have et hurtigt svar, men generelt set så er det en dårlig idé at give hurtige svar. Det handler om at tænke sig om. Du skal ikke være bange for at tænke dig om. Hvis du ikke lige umiddelbart har en intuition for hvornår det er en god idé at tænke sig grundigt om, så start med en tommelfingerregel. Tæl til 5 inde i hovedet hver gang, inden du svarer.

Illusionen om overblik

En dag (2011) under min indlæggelse i Pilehus (P4) Nykøbing Sjælland stod jeg foran vinduerne indtil kontoret sammen med to andre patienter. Der var indtil flere personaler inde på kontoret. Den ene af patienterne fik nu den idé at hælde vand over den anden patient. Dette skete foran vinduerne ind til kontoret. Alligevel var der ikke nogen personaler der opdagede det. Men stadigvæk - vinduer giver muligheden for overblik, men også kun muligheden. Det kræver stadig at man kikker ud gennem vinduerne. Jeg bor på afdelingen P5 i Nykøbing Sjælland (december 2014). Her på afdelingen har vi et personale-kontor midt i bygningen. Hvis jeg skal ind i spisestuen eller te-køkkenet, så er jeg nødt til at gå forbi kontoret, som har nogle ret store vinduer ud imod gangen. En morgen stod jeg op kl 8.00 som jeg plejede og gik ned og fik morgenmad i spisestuen. Efterfølgende var jeg nede i te-køkkenet og hente vand til kaffe 3 gange mellem kl 8.00 og 11.30. Alle gangene jeg gik ned forbi kontoret kunne jeg se at personalet enten snakkede eller kikkede på deres computer-skærm. Kl ca 11.45 bankede det på min dør. Det var en personale som undrede sig over at hun slet ikke havde set mig den dag. Jeg undrede mig, og fortalte hende at jeg havde gået forbi kontorets vinduer ikke mindre end 4 gange inden for de sidste par timer, men personalen holdt fast på at hun ikke havde set mig. Nu er vinduerne indtil kontoret ikke ligefrem små. Hvis man har stor vinduer, så har man også muligheden for at have et stort overblik, men det forudsætter jo altså at man kikker ud af vinduerne i stedet for at sidde og snakke eller kikke på sin computerskærm. Store vinduer giver muligvis bare personalet illusionen om overblik.

Indicier

Indledning
Jeg vil i denne tekst bruge diagnosen paranoid skizofreni (F20.0) som et eksempel på fejlagtig diagnostisering, da jeg selv har denne diagnose i øje-

blikket. Jeg vil starte med at fortælle om to begreber, som bruges inden for jura og retsvidenskab:

Bevis
Et bevis er noget der beviser at en gerningsmand har gjort den gerning han er sigtet for at gøre. Et bevis er entydigt i den forstand at det udelukkende kan være gerningsmanden der har gjort gerningen og ikke nogen anden person.

Indicium
Et indicium, på den anden side, er noget der godt kan være et bevis på at gerningsmanden kunne have lavet den handling han er sigtet for, men som ikke kan udelukke, at det også kunne være en anden person, der i virkeligheden har gjort den kriminelle handling. Et indicium siger således kun, at det er muligt at den sigtede person kunne have begået den kriminelle handling, men ikke at det er ham med sikkerhed.

Diagnose-systemet
For at få en diagnose (fx paranoid skizofreni), så er patienten nødt til at opfylde nogle diagnose-kriterier. Disse diagnose-kriterier fremgår af WHO's ICD-10 diagnose-system, som er det diagnose-system der har været anvendt i Danmark siden 1965. 10-tallet angiver, at det er 10'ende udgave.

Den gamle diagnostiserings-metode
I gamle dage foregik diagnostisering, kort fortalt, på følgende måde: En patient henvendte sig til en psykiater. Psykiaterne havde så efterfølgende nogle samtaler med patienten. Efter at have talt med patienten nogle gange, ville psykiateren så komme frem til om der kunne stilles en diagnose. Hvis psykiateren mente der kunne stille en diagnose, så vil patienten få den diagnose, som psykiateren synes bedst passede til patientens adfærd og symptomer. Denne diagnostiserings-metode kaldes for prototypisk diagnostisering, og den har fungeret fint i mange år. MEN der er siden hen kommet et nyt diagnostiserings-system til Danmark, nemlig WHO's ICD-10, som gør at mange diagnoser ikke længere kan stilles prototypisk. En diagnose som ikke længere kan stilles prototypisk er paranoid skizofreni.

Den nye diagnostiserings-metode
Da man indførte WHO's ICD-10 diagnose-systemet i Danmark, så var der mange diagnoser som man ikke længere kunne stille med det prototypiske diagnose-system. En af disse diagnoser er paranoid skizofreni. Paranoid

skizofreni er en polytetisk diagnose. En polytetisk diagnose bliver fundet på følgende måde: En patient henvender sig til en psykiater. Psykiateren har nogle samtaler med patienten. Efter at have talt med patienten, så vil psykiateren komme frem til om der kan stilles en diagnose. Selve diagnosen paranoid skizofreni bliver opfyldt ved at psykiateren kikker på en liste over tegn og symptomer på skizofreni. Listen indeholder mange punkter, men en patient behøver ikke at opfylde alle punkterne for at få diagnosen paranoid skizofreni. Det er i diagnose-systemet angiver hvor mange punkter en patient skal opfylde for at få diagnosen. Hvis patienten så opfylder tilstrækkeligt mange punkter, så kan psykiateren give patienten diagnosen paranoid skizofreni. I gamle dage (med prototypisk diagnostisering) var en diagnose noget patienten fik fordi psykiateren synes at patienten var skizofren. Den metode dur ikke længere. Patienten skal opfylde nogle kriterier som er fastsat af WHO, og kan patienten ikke opfylde disse kriterier, så kan patienten heller ikke få diagnosen paranoid skizofreni. I gamle dage var diagnosen paranoid skizofreni således en psykiatrisk vurdering. I dag er diagnosen blot et spørgsmål om at psykiateren skal krydse af i nogle felter på et skema, og hvis der er tilstrækkelig mange tegn og symptomer, som kan krydses af på skemaet, så er patienten skizofren.

Tegn og symptomer der understøtter diagnosen (DSM-5: associated features)

Der findes tegn og symptomer på skizofreni, som godt kan understøtte at en patient faktisk har skizofreni, men som i sig selv ikke er et tegn på skizofreni. Et tegn på skizofreni kunne være at personen taler meget med sig selv. Dette er udelukkende et tegn, som understøtter diagnosen, men det er ikke en del af diagnose-kriterierne. Man kan således ikke sige om en person der snakker med sig selv at personen er skizofren, men hvis man har en person som opfylder diagnose-kriterierne for skizofreni, og personen også snakker med sig selv, så er det en adfærd der understøtter diagnosen.

Journal-notaterne

Jeg har selv læst min egen journal, endda mere end een gang. Det som er påfaldende i journal-notaterne, er hvor meget vægt der bliver lagt på den del af min adfærd, som understøtter at jeg har en diagnose, og hvor lidt der bliver skrevet om min adfærd som rent faktisk beviser at jeg kan opfylde diagnose-kriterierne for diagnosen. Der er således intet bevis i min journal på at jeg har diagnosen paranoid skizofreni. Der står derimod en del om at jeg taler med mig selv. At tale med sig selv kan godt understøtte diagnosen paranoid skizofreni, men det er ikke i sig selv et tegn på skizofreni. Det

er således ganske overflødigt at personalet bruger tid på at beskrive denne adfærd, da den kun er relevant hvis jeg også opfylder diagnose-kriterierne, men det gør jeg ikke.

Konklusion
Mange patienter får i øjeblikket en diagnose, selv om patienterne ikke er i stand til at opfylde diagnose-kriterierne for denne diagnose. Mange psykiatere stiller i dag diagnosen paranoid skizofreni ud fra en formodning om at patienten nok er skizofren, og de ser helt bort fra det faktum, at WHO's ICD-10 diagnose-system faktisk kræver at patienten opfylder nogle meget specifikke og konkrete diagnose-kriterier. Moderne psykiatere finder det nedværdigende at man ikke længere stoler på psykiaternes intuition om psykiske lidelser, og nu i stedet for beder psykiateren om at udfylde et skema for at finde ud af om en patient er skizofren. Problemet for psykiateren er jo, at alle kan lære at udfylde et diagnose-skema på måske en times tid, og det gør jo psykiateren komplet overflødig i fremtiden. Personligt tror jeg, at jeg ville være i stand til netop dette. At lære de fleste mennesker at udfylde et skema korrekt og derved konstatere om en person er skizofren eller ej. Denne virkelighed er meget skræmmende for psykiaterne, for hvor skal det hele ikke ende? En verden uden psykiatere.....MEN, det er netop hele idéen med ICD-10 diagnose-systemet. At sikre at diagnosen kommer til at afhænge af nogle konkrete punkter. Dette sikre at psykiatere ikke kommer til at give diagnoser på grund af bias. Det kunne være at psykiateren er sur på en person og derfor giver personen en diagnose. Det kunne også være at psykiateren netop ikke giver personen en diagnose, fordi psykiateren har følelser for patienten. Problemet er jo ikke at vi mangler gode diagnoser og diagnose-kriterier. Problemet er at psykiaterne nægter at følge dem. Hvis jeg skulle udtale mig som en jurist, så er der i dag mange patienter der får deres diagnose udelukkende på indicier.

Læs også: DSM-5 og WHO's ICD-10 (diagnose-systemer)

Institutionalisering (1. del)

Institutionalisering kan betyde flere forskellige ting. Denne tekst handler om hvordan en person forholder sig og reagerer på opholdet i en institution. Da jeg selv er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, så vil jeg bede læseren om at have en sådan institution i tankerne. Men hvordan bliver en patient egentlig institutionaliseret? Er der tale om at patienten institutionalisere sig

selv, eller er der tale om at institutionaliseringen opstår som en følge af det sted patienten befinder sig, eller er det personalet som institutionalisere patienten? Jeg vil i denne tekst bruge en samtale mellem en patient og en overlæge som eksempel på hvordan en patient kan blive institutionaliseret. Forestil dig at der skal finde et møde sted mellem en overlæge og en patient. Når man skal afholde et sådan møde, så bliver man som personale nødt til at foretage et valg. Man kan som personale vælge at det er vigtigt at mødet bliver afholdt til tiden, eller man kan vælge at det er vigtigt at støtte patienten. Det er ikke muligt at gøre begge dele samtidig. Nu er overlæger ofte personer med en meget travl hverdag, så en overlæge vil som udgangspunkt være interesseret i at mødet bliver afholdt til tiden. Forestil dig nu at mødet skal afholdes kl 13.30. Man har erfaring med at overlægen er meget punktlig og derfor forventer man at overlægen er klar til mødet kl 13.30. Men når det kommer til patienten, så bliver man nødt til at foretage et valg. Man kan vælge bare at vente, og så se om patienten dukker op til mødet som aftalt, eller man kan gøre det på den sikre måde, ved at gå ned til patienten ca 15 min før mødet og minde patienten om at patienten har et møde med overlægen kl 13.30. Ved at gå ned til patienten og minde patienten om at patienten skal til et møde med overlægen, så har man foretaget et valg. Man har valgt at det er vigtigt at mødet bliver afholdt til tiden. Men man har derved også samtidig påvirket patientens fremtidige adfærd omkring afholdelse af møder. Beslutningen er af stor betydning for patientens fremtid. Patienten er blevet mindet om at der er et møde, og patienten dukker nu op til mødet til den aftalte tid. På en måde, så ser situationen jo ud som om at det er en god situation, for både overlægen og patienten er mødt op til den aftalte tid og mødet kan starte til tiden. Det er ud som en succes. Men er det nu også en succes? Forestil dig at dette møde finder sted hver mandag kl 13.30. Hver gang mødet skal afholdes, så går en personale ned til patienten ca 15 minutter før mødet og minder patienten om at patienten skal til et møde med overlægen kl 13.30. Patienten møder hver gang op til tiden og møderne starter hver gang til tiden. Det ligner virkelig en succes. Men er det nu også en succes? Jeg skrev tidligere at personalet foretager et valg, når de vælger at gå ned til en patient og minde patienten om et møde 15 minutter før mødet starter. Men hvad er det så lige for et valg der bliver foretaget? Vi kender jo allerede den første del af valget. Personalet har jo netop valgt at det er vigtigt at mødet bliver afholdt til tiden. Men hvis man foretager et valg, så vil der jo netop altid være noget man vælger til og noget man vælger fra. Men hvad er det så lige man vælger fra? For at finde ud af hvad det er der bliver valgt fra, så skal vi lige en tur ind i hovedet på en patient. Det kunne være mig og mit hoved. Forestil dig at jeg hver mandag

har et møde med min overlæge kl 13.30. Hver gang mødet skal finde sted, så er der en personale der banker på min dør 15 minutter før mødet starter. jeg har nu 15 minutter til at gøre mig klar til mødet, og jeg møder op til mødet til tiden hver gang. Møderne er en succes, eller hvad? Men hvad tænker patienten (mig) om disse møder? Hvordan skal jeg som patient forholde mig til det faktum, at jeg har et møde med min overlæge hver mandag kl 13.30? Før jeg blev indlagt var det naturligt for mig, selv at holde rede i alle mine aftaler. Hvis jeg glemte en aftale, så ville jeg enten komme for sent, eller måske slet ikke nå at møde op til den aftalte tid. Som ny patient i retspsykiatrien, vil jeg da derfor gøre som jeg plejer og selv holde rede på mine aftaler. Forestil dig at det er mandag og jeg er ved at gøre mig klar til at tale med overlægen kl 13.30. Ca 2 minutter før jeg skal til at gå ud af mit værelse, dukker der en personale op og fortæller mig at jeg skal til en samtale med min overlæge om 15 minutter. Jeg takker for informationen, men fortæller personalen at det vidste jeg da godt. Jeg møder op til mødet til tiden og personalet og overlægen er tilfredse, for mødet var jo trods alt en succes, eller hvad? Men efter at have været indlagt i nogle måder, så begynder jeg at tænke over mine handlinger og hvad jeg får ud af netop mine handlinger. Indtil dette tidspunkt har jeg selv holdt rede på mine aftaler med min overlæge. Men det som slår mig er følgende: Det er jo dybest set ganske ligegyldigt om jeg selv holder rede på mine samtaler med overlægen eller ej, for jeg bliver jo alligevel mindet om samtalen 15 minutter før mødet hver mandag. Hvis jeg nu holder helt op med selv at holde rede på hvornår jeg skal til en samtale med min overlæge, så vil jeg jo trods alt stadig møde op til tiden til disse møder, for jeg bliver jo hentet af en personale 15 minutter før mødet hver gang. Det som er interessant er følgende: I situationen hvor jeg selv holder rede på mine samtaler med overlægen, der reagere jeg som et sundt og fornuftigt menneske og det lykkedes mig at møde op til møderne til tiden. I den næste situation, der har jeg totalt givet op, og jeg lader bare stå til og jeg tænker ikke mere. Den ydre handling er i begge situationer nøjagtig den samme. I begge tilfælde møder jeg jo op til møderne til tiden. I situationen hvor jeg har givet op er jeg blevet institutionaliseret. Mine egne beslutninger gør ingen forskel på om jeg kommer til mødet til tiden eller ej, og hvorfor skulle jeg bruge en masse energi på at huske på at jeg skal til et møde, når der nu alligevel kommer en personale og minder mig om mødet 15 minutter før det starter? Det er egentlig underligt at en handling som umiddelbart ligner en succes, når man henter patienten 15 minutter før mødet hver mandag, er med til langsomt at forvandle en patient til en grøntsag. Det betyder ikke noget om jeg husker mødet eller ej, for jeg bliver jo hentet før tid af en personale allige-

vel. Det er mit indtryk at personalet er ganske uvidende om deres egne evner til at skabe institutionalisering hos en patient. Så længe en personale ikke er klar over sin egen indvirkning på patienterne, så vil personalen heller ikke kunne tage højde for denne ubevidste påvirkning af patienterne. Eller sagt på en anden måde. Man kan som personale ikke rette sin adfærd, før man er blevet bevidst om sin adfærd og at den er upassende. Men hvorfor stoppe ved et møde. Hvorfor skal jeg huske på hvornår jeg skal spise? Jeg bliver jo alligevel hentet når jeg skal spise. Hvorfor overhovedet huske på at stå op om morgenen? Jeg bliver jo alligevel vækket hver dag. Hvorfor skal jeg som patient over hovedet tænke, hvis jeg en dag glemmer at tænke noget, så er jeg jo heldig at personalet er til stede så de kan tænke for mig. Men hvor skal det dog ende. Hvad nu hvis jeg en dag ikke står op af sengen? Eller hvorfor vaske tøj? Hvis min tøj bliver for beskidt eller lugter for meget, så vil personalet jo på et tidspunkt begynde at vaske mit tøj for mig. Men hvordan undgår man så institutionalisering? Man kunne jo vælge at forholde sig anderledes til møder. Men kunne jo starte med at forvente af en patient, at patienten godt selv er i stand til at huske en aftale om et møde, og at patienten selv er i stand til at møde op til mødet til tiden. Skulle det imod forventning blive mandag kl 13.30 og patienten endnu ikke er dukket op, så er det på sin plads at minde patienten om at der er møde. På denne måde har man opretholdt patientens ønske om selv at holde orden i sine aftaler. Der er jo et problem ved denne fremgangsmåde. Ulempen er at man en gang imellem ikke kan starte et møde fordi at patienten endnu ikke er mødt op, patienten har måske glemt mødet. Ulempen er altså at overlægen kan bliver forsinket i at møde op til andre møder. Man er nødt til som personale at tage en beslutning. Enten så er patienten vigtig eller også så er overlægen vigtig. Der er tale om et valg, og det er op til personalet at være bevidst om det valg der bliver taget og konsekvenserne af valget. Der er nærmest tale om et selv opfyldende profeti. Hvis man ikke tror at patienten vil møde op til mødet til tiden, så kan man jo bare hente patienten inden mødet. Men hvis man hele tiden henter en patient inden mødet, så er patienten jo ikke motiveret for at huske mødet, for det skal personalet jo nok gøre for ham. Man tror at patienten er hjælpeløs, og netop det at personalet tror at patienten er hjælpeløs, før til at patienten netop bliver hjælpeløs. Jeg mødte engang en patient som bare smed sit papir på gulvet. Da jeg så spurgte ham hvorfor han ikke smed det i skraldespanden, så var hans svar at der jo alligevel kom en rengøringskone forbi lidt senere og fejede det op. Det er ultimativ institutionalisering.

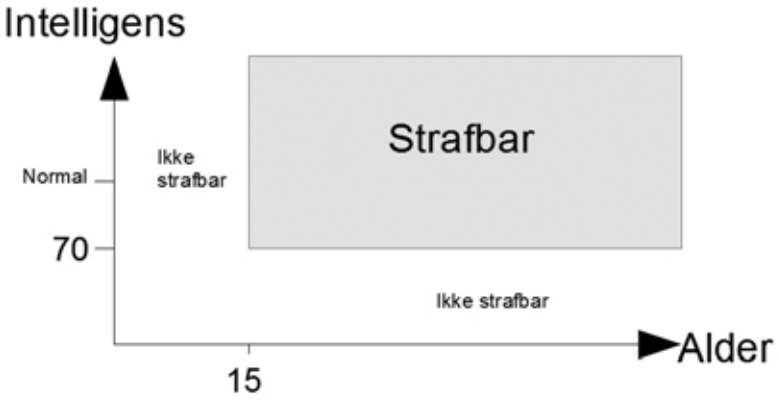
Intelligens

Det er videnskabeligt bevist at stort set alle normale mennesker har en illusion om deres egen intelligens. Stort set alle normale mennesker har den tro at de er lidt klogere end gennemsnittet. Dette giver dog et problem. Det fører til at stort set alle normale mennesker på den ene eller anden måde vil kikke ned på deres medmennesker som mennesker med en lavere intelligens end dem selv. Dette er i høj grad et problem i psykiatrien. De fleste psykiatere er dog i besiddelse af en særlig kraftig illusion på dette område. De fleste psykiatere har nemlig den opfattelse at de er meget mere kloge end gennemsnittet, hvilket statistisk set er en kraftig illusion. Det er lettere at vurdere et menneskes intelligens hvis personen som vi skal vurdere har en lavere intelligens end os selv. Det er derimod meget svært at vurdere en person hvis denne person har en højere intelligens end os selv. Nu er de normale mennesker så heldige at de tror at alle andre mennesker er mindre intelligente end dem selv. De vil derfor ikke tøve med at vurdere andre menneskers intelligens ud fra denne antagelse. Hvis en normal person støder på en anden person som har en afvigende forståelse af verden, så vil denne normale (og illusionerede) person straks tro at det er fordi at personen er mindre intelligent end en selv. Dette sikre også samtidig en opretholdelse af illusionen om at være mere intelligent end andre mennesker. Der er tale om en bias af enorme dimensioner. Jeg har personligt altid haft problemer med de normale mennesker. Der er så to muligheder. Enten er jeg mere intelligent end de normale eller også er jeg mindre intelligent end de normale. De normales vurdering af min intelligens kan jeg som udgangspunkt ikke stole på, da jeg jo netop ved at normale vil have en tendens til at overvurdere egen intelligens og se ned på andres intelligens. Det er derfor svært at finde ud af om jeg er mere eller mindre intelligent end normalen. Men hvad så med mig selv. Mener jeg selv at jeg er klog? Jeg tror personligt ikke at jeg er udstyret med en bedre hjerne end andre mennesker. Jeg tror dog at jeg har en evne til at udnytte dens evner på en mere effektiv måde. Eller måske er min illusion bare total, og jeg er i virkeligheden dum som en dør.

Intelligens kontra alder

For at se på hvem der ikke er egnet til straf, så kan vi starte med at kikke på hvem der ER egnet til straf. Personer under 15 år bliver anset som umodne og de er derfor ikke strafbare. Personer med en intelligens under 70 anses

heller ikke for egnet til straf. Derfor vil vi kunne lave en grafisk afbildning af forholdet mellem straf, intelligens og alder. Der er ikke nogen maksimum alder og ikke nogen maksimum intelligens. Læg mærke til at billedet IKKE tager højde for personens psykiske tilstand. Grafen viser således at personer over 15 år og med en intelligens på mere end 70 er strafbare.



Intelligens og psykisk lidelse

De psykiske forstyrrelser som en person oplever vil i høj grad være styret af personens intelligens. Din intelligens vil være med til at bestemme hvordan du reagere på belastninger af din psyke. En person som ikke er særlig intelligent, vil kun være lidt motiveret til intellektualisering, da intellektualisering netop kræver intelligens for at komme til udtryk. Personens uddannelse vil også spille en rolle i personens valg af psykisk lidelse. Visse lidelser er derfor mere udbredte blandt de intellektuelle og andre igen er mere udbredte blandt de uoplyste mennesker. Generelt så vil uddannelse være et godt værn imod psykisk lidelse, da det gør personens forståelse af verden som en helhed mere komplet og mere robust imod vrangforestillinger og illusioner. Et oplyst menneske kan tåle meget mere psykisk belastning end en uoplyst person, før personen bryder sammen. Hvis du får antipsykotisk medicin, så vil effekten af medicinen i høj grad være styret af din intelligens. Hvis du har en meget lav intelligens, så vil medicinen ikke have nogen indflydelse på din tilstand. Hvis du er klog så vil medicinen give en

høj oplevet virkning. Det skal forstås på den måde at intelligente mennesker ikke er mere modtagelige for medicin men at de er mere modtagelige for projektiv identifikation. Med andre ord, de opdager hurtigt hvad der er formålet med medicinen og så er de hurtige til at omstille sig, og er meget lærenemme. Med andre ord, de kan meget hurtigere lære at spille raske end de uoplyste mennesker. Det hele er en illusion.

Intet samarbejde

Det som ofte er interessant i retspsykiatrien er ikke de ting, der sker, men de ting der IKKE sker. Jeg har således aldrig været med til udarbejdelsen af min behandlingsplan. Behandlingsplanen er altid udarbejdet af overlægen på en kontor, og så kommer der en personale ned til mig på mit værelse og aflevere en kopi af behandlingsplanen til mig. Jeg hører ellers ofte at personalet siger til patienterne, at patienterne skal samarbejde om behandlingen, men der er jo ikke noget tegn på samarbejde i behandlingen hvis overlægen laver behandlingsplanen alene og så bare 'sender' en kopi til patienten.

Irrationalitet - 1. del

Dybest set, så ønsker jeg med denne tekst at desillusionere læseren, så er du advaret. Nogle af de mennesker som ender i retspsykiatrien, har lavet det som mange mennesker ville kalde for en irrationel handling. Men hvad er lige en irrationel handling? For bedre at forstå hvorfor disse mennesker ender i retspsykiatrien vil jeg gerne bruge lidt tid på ordet 'irrationel'. Du vil nok synes at min forklaring er en anelse på hovedet, men der er nu en grund til dette. Uanset om vi kalder andre mennesker for normale, intelligente, tossede, dumme, mentalt retarderede, mordere eller bare ubetænksomme, så har de allesammen et ønske om at foretage optimale handlinger.

Lad mig starte med at fortælle hvad der står i min dansk-ordbog om ordet 'irrationel':

Uden fornuftig begrundelse og logisk sammenhæng

Hvis man ser på selve forklaringen, så har den faktisk to ting, nemlig en observatør og en aktør. Aktøren er ham der laver handlingen og observatø-

ren er ham der ser aktøren lave handlingen. Hvis man ser på forklaringen så tilhører den faktisk observatøren. Det er altså observatøren der mener at aktøren laver en handling *uden fornuftig begrundelse og logisk sammenhæng*. Men hvad mener aktøren så? Det står der faktisk ikke noget om. Jeg vil gerne postulere, at aktøren selv mente at hans handling var fornuftig. Mennesker laver som udgangspunkt ALDRIG irrationelle handlinger. Dog kan en handling godt forekomme irrationel for en observatør hvis han ser en aktør foretage en handling, og observatøren ikke kender grundlaget for aktørens handling. Men hvis mennesker aldrig laver irrationelle handlinger, hvordan kan det så være at vi overhovedet har ordet 'irrationel'? Og hvorfor over hovedet kalde en handling for irrationel? Grunden er meget simpel. 'Irrationel' er nemlig et ord som har en vigtig funktion, som intet har med aktørens handling at gøre. Fordelen ved ordet 'irrationel' er at det kan bruges som et mentalt redskab for observatøren. Aktøren mener jo ikke at hans handling er irrationel. Det er kun observatøren der mener at handlingen er irrationel. En observatør som ser en aktør foretage en irrationel handling har et mentalt problem, for observatøren ved ikke hvorfor aktøren foretager sin handling. Mennesker kan ikke lide at være i en situation hvor de ikke ved hvad der sker omkring dem. Mennesket har derfor opfundet en masse forsvarsmekanismer og en af disse mekanismer er ordet 'irrationel'. Jeg vil starte med at fortælle hvad der jo i virkeligheden sker: En aktør lave en handling, som han selv finder rationel. En observatør ser nu aktøren foretage denne handling, men han forstår ikke handlingen. Observatøren kalder derfor handlingen for irrationel. Der har således fundet en forståelses-fordeling sted. Aktøren VED hvorfor han laver handlingen og observatøren ved IKKE hvorfor aktøren laver handlingen. Dette var så en beskrivelse af virkeligheden. Problemet er bare at denne virkelighed ikke er god nok for observatøren, for den sætter jo observatøren i en tilstand af uvidenhed og aktøren i en tilstand af viden. MEN det kan der jo heldigvis laves om på. Det eneste observatøren skal gøre er at kalde aktørens handling for 'irrationel', og så er der vendt om på situationen. Hvis jeg nu fortolker situationen en gang til, så vil du opdage at den er blevet vendt på hovedet. Såfremt observatøren har ret i at aktøren har foretaget en irrationel handling, så må dette jo betyde at aktøren ikke vidste hvad han lavede. Samtidig er observatøren i den situation at han nu har en god forklaring på aktørens handling. Aktøren er pludselig blevet den som er i situationen som den uvidende og observatøren er kommet i situationen som den vidende. Men hvorfor dog vende situationen på hovedet? Hvis der er en sætning som de fleste mennesker ikke kan fordrage at sige til sig selv, så er det:

Det ved jeg ikke

De fleste mennesker føler sig dumme, når de opdager at der er noget de ikke ved. Det mest interessante er at disse mennesker som regel også skjuler deres uvidenhed overfor andre, da de føler sig flove over at erkende at der er noget de ikke ved. Der er altså tale om at mennesker prøver på at skjule noget om deres egen mangel på viden overfor andre mennesker. Men hvad gør man nu som menneske, hvis man står i en offentlig situation og man ser et andet menneske foretage en handling og man ikke kan forstå denne handling? Det er faktisk de færreste mennesker, der stiller sig op og siger om en sådan handling:

”Jeg kan ikke forstå hvorfor han gjorde det!”

Det er jo næsten som at reklamere med hvor dum man er, og det er der jo ikke nogen der ønsker. Men hvordan kommer man så i stedet for uden om sin uvidenhed? Jo, det gør man da ved at sige om dette menneskes handling at den var irrationel. På den måde, så har man flyttet sin egen uvidenhed fra sig selv og over på aktøren.

”Det er jo ikke mig, der er dum, det er jo bare ham, der har foretaget en irrationel handling!”

Men hvis man snyder sig selv og andre mennesker, når man kalder en handling for irrationel, hvorfor er der så aldrig nogen der klager når vi siger om en handling at den var irrationel, og hvorfor har andre mennesker ikke noget imod at vi snyder dem? Svaret er faktisk ganske simpelt. Grunden til at der ikke er nogen der klager over at en handling bliver kaldt for irrationel, er fordi at det er noget vi allesammen gør. Vi er allesammen blevet enige på det ubevidste plan om at det er i orden at snyde hinanden, for det har vi allesammen brug for, fordi vi allesammen gerne vil undgå at se dumme ud i andre menneskers øjne. Ordet ’irrationel’ er dybest set et ord vi ikke har brug for. Vi skal som mennesker lære at se virkeligheden i øjnene og kalde en spade for en spade. Hver gang du for brug for at sige ordet ’irrationel’, så bør du i stedet for stille dig selv dette spørgsmål: ”Jeg kan ikke forstå hans handling”. Det næste du skal gøre er at erkende at der er noget du ikke ved og du skal så aktivt gøre hvad du kan for at forstå hvorfor dette menneske foretog netop denne handling. Der findes ikke ’irrationelle’ handlinger, der findes kun observatører, som ikke kan forstå hvad det er andre mennesker går rundt og laver. Du skal som observatør lære at se din egen uvidenhed

i øjnene. Der findes da mennesker som har svært ved at foretage gode beslutninger, da de måske har en sygdom eller psykisk lidelse der forhindre dem i at tænke optimalt. For slet ikke at tale om de mennesker som lider af bivirkninger fra fx antipsykotisk medicin. Men uanset hvor begrænset mental kapacitet et menneske end måtte have, så vil dette menneske altid have et ønske om optimal adfærd, og deres adfærd kan aldrig blive irrationel, men den kan godt være svær at forstå for andre mennesker. At bruge ordet irrationel, er ligesom at bruge krykker hver gang vi skal vurdere en handling vi selv eller andre gør. Det interessante ved situationen er jo netop at vi dybest set ikke har brug for krykker når vi tænker. Vi skal bare lige lære hvordan man tænker uden. Som menneske skal man lære at alt ting oppe i hovedet foregår i omvendt rækkefølge af hvad vi går rundt og tror. Det kræver lidt øvelse at lære at se på tingene i omvendt rækkefølge, men det kan godt læres. Mennesker kikker altid skeptisk på ny viden, og du skal selvfølgelig også have lov til at kikke skeptisk på det jeg har skrevet i denne tekst. Og hvis du har en mening om det jeg har skrevet, så hører jeg den gerne. Slip dine tanker fri.....

Irrationalitet - 2. del

Jeg har fået et spørgsmål, fra en læser som jeg gerne vil svare på. Spørgsmålet handler om irrationalitet. Og jeg takker for spørgsmålet.

Indledning
Man skal lære at forstå at vores hjerner kan snyde os selv. På samme måde som en tryllekunstner kan snyde vores sanser, så kan vores hjerne også snyde os. Det man dog skal huske på er at en tryllekunstner jo dybest set ikke kan ophæve tyngdeloven, han kan bare få det til at se sådan ud. På samme måde er det med vores hjerne. Den godt få tingene til at se højest ejendommelige ud, men dybest set så kan vores hjerne ikke lave om på verden. Det eneste vores hjerne kan er at lave om på vores opfattelse af verden. Og det er den til gengæld også ret god til. Så god endda, at vi ofte lader os narre at det vi TROR vi ser. Vi har allesammen en lille tryllekunstner oppe i vores hjerne som ofte laver om på vores opfattelse af verden. Hvis vi skal se verden som den i virkeligheden er, så handler det om at lære denne lille tryllekunstner at kende og lære hans trick. Det handler om at lære at gennemskue tryllekunstnerens trick. Når du så kan se igennem trickene så kan du se verden som den i virkeligheden er.

Spørgsmålet:

Hvis jeg stikker min arm ind i en pejs med ild, er jeg så ikke irrationel?

Svar:

Nej

Forklaring på svaret
En del af svaret ligger faktisk allerede i selve spørgsmålet. Nemlig opfattelsen af at handlingen er irrationel. Som jeg skrev i min tidligere tekst, så kan en hjerne ikke lave irrationelle ting. En hjerne kan dog godt lave ting, som vi selv ikke umiddelbart kan forstå. Problemet er at man skal se på handlingen med de rigtige briller. Handlingen er ikke irrationel. Handlingen er derimod uforståelig. Mennesker kan godt lave uforståelige ting, og vi gør det hele tiden. Men vi fejler dog bare en gang imellem, når vi vælger at kalde en handling for irrationel i stedet for uforståelig. Vi er ikke nødvendigvis vores handlingers grundlag bevidst. Din hjerne arbejder altid optimalt, og der findes ikke tidspunkter hvor din hjerne arbejder u-optimalt. Hjernen er konstant ude på at løse problemer på bedst mulig vis. Hvis du tager din arm og stikker den ind i ilden, så er det fordi at din hjerne mener at det er den mest optimale løsning. At du så ikke kan forstå denne handling, det er noget helt andet, men den kan aldrig blive irrationel. Hver gang du ser eller gør en handling og du finder den for irrationel, så er det fordi at den lille tryllekunstner har været på spil oppe i din hjerne. Du skal ikke bruge tiden på at finde ud af hvorfor handlingen var irrationel, for den var nemlig ikke irrationel. Du skal i stedet for bruge tid på at finde ud af hvorfor din hjerne gerne vil kalde handlingen for irrationel i stedet for uforståelig.

Hvis du hele dit liv har gået rundt og set og lavet irrationelle handlinger, så kan det godt være svært pludselig at skulle give afkald på et ord og en forklaring som du nu er blevet så vant til at bruge. Du føler det måske som om at jeg pludselig forlanger at du skal tænke på et andet sprog. Jeg kan ikke helt huske hvordan jeg selv tænkte på irrationelle ting i min egen fortid, men jeg kan da huske at jeg ofte har været i tvivl om hvad det egentlig var jeg lige skulle tænke når jeg så noget som af andre mennesker blev beskrevet for mig som irrationelt. Jeg er dog ikke længere i tvivl. Hver gang du bruger ordet irrationel om en handling, så svare det til at løbe ud af bagdøren. Men jeg vil gerne have dig til at lade være med dette og i stedet for overbevise dig om at du skal løbe ud af fordøren. Det er ikke

svært at skifte ordet irrationel ud med ordet uforståelig hvis der er tale om en ganske harmløs handling. Forestil dig at du er ude og køre en tur og du kommer til at dreje ned af en forkert vej. Du kan godt føle at det vel nok ikke var rationelt da du nu skal køre en omvej og du har nok heller ikke problemer med at skifte ordet ud og i stedet for sige til dig selv at du ikke kan forstå hvorfor du drejede ned af den forkerte vej. Men hvad nu hvis handlingen har et indhold som sætter stærke følelser i spil, kan du så stadig skifte ordet irrationel ud med ordet uforståelig? Forestil dig at en mand går ind til sin nabo og hugger hans hoved af med en økse. Du vil med sikkerhed tage afstand fra handlingen og føle afsky. Men handlingen var ikke irrationel. Handlingen var uforståelig. En hjerne kan simpelt hen ikke lave irrationelle ting. Uanset hvor tosset du end måtte synes at handlingen var, så var det for gerningsmanden en ganske rationel handling at gøre. Og du skal lære at se på handlingen som uforståelig. Det er ikke engang sikkert at gerningsmanden selv forstår sin handling. Handlingen er derfor uforståelig for både observatøren (evt dig) og gerningsmanden, men handlingen var ikke irrationel. Hjerner arbejder altid optimalt, også på de tidspunkter hvor vi ikke kan forstå hvad det lige er hjernen har gang i. Mennesker bliver født med en hjerne som arbejder optimalt fra mennesket bliver skabt og til den dag mennesket dør. Der er tale om en lang periode uden ophold, hvor hjernen arbejder optimalt. Den er simpelt hen ikke skabt til andet end at være optimal. Det er på samme måde som med dit hjerte. Hjertet kører fra vugge til grav, og det gør hjernen også. Hjernen holder ikke pauser undervejs, og den arbejder altid optimalt. Hvis du har en periode hvor du føler at din hjerne ikke arbejder optimalt så skyldes det de forhold som hjernen arbejder under, for uanset hvilke forhold vi udsætter vores hjerne for, så vil den hele tiden gøre alt hvad den kan for at køre optimalt. Hvis du fx er i en situation hvor du spiser anti-psykotisk medicin, så vil medicinen hæmme din hjerne, men hjernen vil hele tiden gøre hvad den kan for at arbejde optimalt, til trods for medicinen. En hjerne gør altid alt hvad den kan for at køre optimalt. Vi skal bare lære at forstå hvad det vil sige at en hjerne arbejder optimalt. Forskellen mellem 'irrationel' og 'uforståelig' er de følelser der er forbundet med de to forskellige opfattelser af handlingen, og det er i virkeligheden følelsen der er forbundet med handlingen der afgør om vi vælger at kalde handlingen for irrationel eller uforståelig. Du vil nok tro at jeg er ude på at gøre dig hjerteløs. Men i virkeligheden er jeg bare ude på at gøre dig mere objektiv så du bedre er i stand til at se handlingen uden den forvrængning de hjerne laver for at du ikke skal føle dig magtesløs. Dine følelser dem skal du bevare, men du skal ikke lade dine følelser styre dine sanser og den måde hvorpå du ser verden. Forestil dig at jeg pludselig

kan sætte kærlighed på en matematisk formel. Betyder dette så at vi skal holde op med at føle kærlighed og se på kærligheden som en formel? Nej! Det betyder blot at vi skal blive ved med at føle vores kærlighed, mens vi samtidig skal erkende at den også kan sættes på en formel. Der er ikke tale om at jeg vil ændre dit univers. Der er tale om at jeg vil udvidde dit univers.

Isolering af mennesker

For nogle år siden var der nogle forskere der lavede et forsøg med raske og normale mennesker. De byggede et rum, som var lydtæt. Selve rummet var nærmest som en kuppel. Selve kuplen (eller væggene om du vil) havde en helt hvid overflade. Overfladen havde dog en overflade som ikke var glat men som bølgede på en sådan måde, at når man havde stået inde i rummet i nogle minutter, så blev væggen nærmest usynlig, og man kunne nu ikke længere vurdere hvor væggen var henne selv om man stod midt i rummet og kikkede sig omkring. Man tog så nogle normale mennesker og bad dem om at stå midt i rummet i et stykke tid. Det viser sig, at hvis man tager en normal person og stiller ham i et rum uden sanseindtryk, så vil personens egne sanser begynde at snyde personen. Efter at have foretaget eksperimentet med en masse normale mennesker, så kunne man konstatere at ganske normale mennesker som bliver udsat for et miljø hvor de bliver frataget alle sanseindtryk, de vil efter et stykke tid begynde at se ting som slet ikke er i rummet. Med andre ord. Normale mennesker vil efter et stykke tid uden sanse-indtryk selv begynde at opfinde sanseindtryk. Med andre ord igen. Helt normale mennesker vil begynde at hallucinere efter gennemsnitligt 20 minutter i et rum helt uden sanseindtryk. Indenfor psykiatrien har man i mange år isoleret patienter, med den begrundelse at patienten har for mange sanse-indtryk, og derfor har brug for ro. Hvis en patient kommer i en situation som personalet mener er upassende, så bliver patienten isoleret. Jeg har selv prøvet at være i en situation hvor personalet mente at jeg skulle isoleres fra de andre patienter. Jeg var således i en situation hvor jeg blot havde et værelse til min rådighed, med 4 hvide vægge og en seng midt i rummet, som personalet i øvrigt kunne finde på at spænde mig fast til hvis de mente jeg var besværlig. Jeg måtte heller ikke hente mad, den blev bragt til mig flere gange om dagen. Efter at have været isoleret på denne måde i et stykke tid, så blev jeg lettere skør i knolden, for hjernen har ikke noget at lave og man bliver langsomt gal. Efter nogle dage begynder det at føles som en form for tortur og jeg begyndte at undre mig over hvordan et sådan overgreb på et menneske kunne kaldes for behandling. Jeg be-

gyndte nu ikke ligefrem at få hallucinationer, men jeg kan da udemærket godt forstå at der er visse mennesker der i en sådan situation vil begynde at hallucinere. Det er ejendommeligt at forskere på den ene side kan erfare at selv almindelige mennesker vil hallucinere uden sanseindtryk, samtidig med at man tager psykiatriske patienter og udsætter dem for samme form for isolation og så kalder dem for syge hvis de hallucinerer. Underligt nok, så er det mit indtryk, at de fleste personaler godt ved at mennesket er et socialt væsen og derfor har brug for at være sammen med andre. Alligevel vælger personalet stik imod deres egen overbevisning at behandle patienter med isolation. Psykiatrien er uden tvivl det mest underlige jeg nogen sinde har oplevet.

Jeg er ikke skizofren

Indledning
Mine overlæger mener, at jeg er skizofren. Jeg vil derfor beskrive de ting ved mig, som taler imod at jeg skulle have en sådan diagnose.

Kontra-indikationer
Oversigt over ting, som taler imod, at jeg har diagnosen F20.0 Paranoid Skizofreni. Jeg mener, at overlægen Per Balling, gør sig skyldig i forsøg på "manipulation ved udeladelse". Overlægen bruger kræfter på at dokumentere den del af min adfærd og personlighed som angiveligt skulle bevise, at jeg har diagnosen paranoid skizofreni. Han undlader dog at gøre opmærksom på alle de ting, som taler imod at jeg har en sådan diagnose.

Punkt 1.
Man ved med rimelig sikkerhed, at skizofreni kan være arvelig. MEN, jeg har ingen børn, forældre, bedsteforældre eller fætre og kusiner med nogen som helst form for psykiatrisk diagnose.

Punkt 2.
Man ved at en meget stor del af skizofrene mennesker ryger tobak og hash. MEN, jeg ryger ikke, og det har jeg aldrig gjort.

Punkt 3.
Man ved at en del skizofrene mennesker drikker alkohol. MEN, jeg drikker kun meget sjældent.

Punkt 3.
Man ved at en del skizofrene mennesker har dårlige spisevaner. MEN, jeg gør meget ud af at spise sundt.

Punkt 4.
Man ved at skizofrene mennesker ikke dyrker ret meget motion. MEN, jeg cykler i øjeblikket ca. 12 timer om ugen, for at holde mig i form.

Punkt 5.
Jeg finder det ganske urealistisk at tro, at jeg skulle få kommandoer fra en gud, eller at nogle fremmede væsener skulle tale til mig. Jeg er nemlig ATEIST, og jeg tror på intet der er mystisk. Hverken ESP, tankeoverføring eller andet vås.

Punkt 6.
Jeg tror ikke på konspirations-teorier.

Punkt 7.
Min intelligens er testet til over middel ved min mentalundersøgelse. Skizofrene personer har generelt en intelligens lavere end middel.

Punkt 8.
Jeg har en ganske god motorik. I henhold til DSM-5, så har 35% af alle skizofrene mennesker problemer med deres motorik.

Punkt 9.
Jeg sover godt hver nat, og det er mere end 20 år siden jeg har haft en dårlig drøm eller mareridt.

Punkt 10.
Det vigtigste vi har som mennesker er viden. Uden viden kommer vi ikke nogen vegne. Jeg støtter derfor Wikipedia med ca 5.000 kr hvert år.

Punkt 11.
Jeg hører ikke stemmer. Personer som hører stemmer har tilbøjelighed til at spille høj musik, da musikken kan fortrænge stemmerne. Jeg foretrækker dog stilhed, så jeg kan koncentrere mig når jeg fx læser bøger.

Punkt 12.
Skizofrene mennesker har generelt nedsat reproduktiv evne. Jeg kan dog oplyse at jeg har en datter.

Punkt 13
Psykotisk tilstand fører ofte til seksuel dysfunktion. Men både min kæreste og jeg er glade for at have sex med hinanden. Og jeg virker ganske udemærket på dette område.

Punkt 14
En person med vrangforestillinger eller illusioner er generelt meget tilbøjelig til at undgå viden og situationer der er i konflikt med personens vrangforestillinger eller illusioner. Det faktum at jeg læser mere end 4.000 sider hvert år om psykiatri, biologi, psykologi og evolution, taler imod at jeg skulle lide af vrangforestillinger eller illusioner, da dette vidensmateriale jo ville være i strid med mine eventuelle vrangforestillinger og illusioner. Det faktum at jeg opsøger alle mulige former for viden taler derfor imod at jeg skulle være skizofren.

Punkt 15
Nogle mennesker kan godt have hallucinationer på deres smagssanser hvilket gør dem særdeles kræsne. Jeg er dog nærmest altspisende.

Punkt 16
Man ved at der er en større chance for at udvikle skizofreni, hvis man er født i vintermånederne. Dette gælder for personer, som både er født på den nordlige og den sydlige halvdel af kloden. I Australien er der således størst risiko for at udvikle skizofreni, hvis man er født i de danske sommermåneder. Dette giver mig på dette eneste punkt en forhøjet chance for at udvikle skizofreni, da jeg er født i december.

Punkt 17
Man ved at der er en forhøjet risiko for at barnet får skizofreni, hvis faderen har en høj alder (over 50 år). Min egen far var dog cirka 23 år, da jeg blev født. Min faders alder er således statistisk uden betydning.

Konklusion
Det er statistisk set højest usandsynligt at jeg skulle være skizofren.

Jeg er øksemorder

Det kan godt være at du som læser ikke ved det, men jeg er faktisk øksemorder. Ikke nok med at jeg er øksemorder, så er jeg også en særlig slags

øksemorder. Jeg har nemlig endnu ikke slået nogen ihjel med en økse. Men tænk nu hvis jeg i fremtiden fandt på at slå nogen ihjel med en økse, det ville da ikke være godt. Jeg ved ikke lige hvad du tænkte om mig, da du læste at jeg var øksemorder. Måske gøs det inde i dig, at læse om min uhyggelige handling. Men hvad skete der så i dine tanker, da du opdagede at jeg endnu ikke havde slået nogen ihjel med en økse? Jeg er egentlig bare ude på at manipulere lidt med dine følelser og tanker om mig som person. Nu er jeg ikke den eneste, der kan finde på den slags ejendommelige udtalelser. Overlæger gør det hele tiden, når de skal beskrive patienterne i deres journaler. Forestil dig, at overlægen skriver i min journal, at jeg endnu ikke har slået nogen overlæger ihjel med en økse. Dybest set har han ret. Jeg har endnu ikke slået nogen overlæger ihjel med en økse. Spørgsmålet er om det er det virkelige budskab han ønsker at komme med, eller om overlægen i virkeligheden har en anden dagsorden, som går ud på at forskrække læseren, og give læseren det indtryk at patienten muligvis godt kunne finde på at slå overlæger ihjel med en økse. Men hvor skal grænsen være? Faktisk er der jo ikke nogen grænse. Ingen af mine medpatienter har mig bekendt skåret hovedet af et postbud ude i haven med en saks - endnu. Min rengøringsdame har endnu ikke kvalt sin mand og opløst ham i syre i et badekar. Men tænk nu hvis hun gjorde det? Med andre ord. Der er ingen grænser for hvad overlægen kan forestille sig om en patient og hvad overlægen kan skrive i en journal om patienten. Alle sætningerne er korrekte, men har de en værdi? ”Tænk nu hvis patienten....” og ”Hvad nu hvis patienten...” er sætninger, som tydeligt viser at overlægens hjerne er ved at løbe løbsk. Sætningerne bliver ofte brugt som grundlag for at nægte udskrivelse af en retspsykiatrisk patient, for tænk hvad der ikke kunne ske hvis vi udskrev patienten? Manglende udskrivelse af patienterne i retspsykiatrien er ofte baseret på overlægens frie og uhæmmede fantasi.

Læs også teksten: Tilfældigheder i retspsykiatrien

Jeg hader dig - jeg har brug for dig

Hvordan skal relationen være mellem personaler og patienter på en retspsykiatrisk afdeling?

Forskellen på en almindelig psykiatrisk afdeling og en retspsykiatrisk afdeling er, at på den retspsykiatriske afdeling er patienterne ofte indlagt i mange år, hvorimod på en almindelig psykiatrisk afdeling er patienterne måske

kun indlagt i nogle uger af gangen. Men hvad er formålet med at indlægge patienten på en retspsykiatrisk afdeling? Samfundet har den overbevisning, at man ved at behandle en patient med tvang, kan få patienten til at holde op med at lave kriminalitet. Det lange ophold for patienter på en retspsykiatrisk åben eller lukket afdeling skaber en situation mellem personaler og patienter, som er værd at studere. Lad mig starte med personalerne. En retspsykiatrisk afdeling handler en stor del af tiden om tvang overfor patienterne. Patienterne er ikke frivilligt på afdelingen, og ofte bliver de også tvangsmedicineret. Enten bliver patienterne medicineret med direkte tvang, eller også bliver de medicineret med det som personalerne elsker at kalde for 'frivillig tvang'. Det gode ved at kalde det for 'frivillig tvang' er, at det giver personaler en moralsk bagdør de kan slippe ud af, fordi ordet 'frivillig' indgår i tvangen. Så slipper personalet for at tænke på den del der hedder 'tvang'. Omvendt, så får en patient ikke øje på ordet 'frivillig'. Patienten oplever som hovedregel kun 'tvangen'. Dybest set handler en retspsykiatrisk afdeling om tvang. Det handler, for personalet, derfor om at skabe et magtmiddel overfor patienterne. Personaler er generelt glade for patienter, der ser dem som moderlige og faderlige. Der er endda også patienter, som begynder at kalde personalet for deres forældre, hvilket vel blot er et udtryk for at patienten har underkastet sig personalet som den lille. Det er mit indtryk, at der er et ønske fra personalets side om at være faderlige og moderlige. Der vil som udgangspunkt være to grupper af patienter i denne henseende. Der vil være de patienter som hopper med på legen og ser personalet som faderlige og moderlige, og der vil være de patienter som ikke vil være med til legen (mig inkluderet). De patienter som knytter sig til personalet vil gøre sig selv sårbare, da personalet kan true patienten med at ville slå hånden af patienten, såfremt patienten ikke gør som personalet siger. Legen har pludselig udviklet sig til et magtspil, hvor patienten er den svage part og personalet den stærke. Patienter som absolut ingen planer har om at knytte bånd med personalet, vil heller ikke kunne blive truet af personalet med at de vil slå hånden af patienten, for det er patienten da ligeglad med. Alle mennesker har brug for at knytte sig til nogle andre mennesker. Hvad nu hvis en patient bliver forhindret i at have kontakt til andre mennesker, som de ønsker at være sammen med. Patienten bliver forhindret i at have relationer til andre patienter, og patienten kommer i en form for social underskud. Samtidig prøver personalet at overbevise patienten om at de er egnede og at patienten sagtens kan danne relationer med personalet. Det uheldige i situationen, er at patienten måske ikke ønsker at have kontakt med personalet, samtidig med at personalet forhindre patienten i at have relationer med andre patienter. Dette underskud i

social kontakt, kan være en ret stor belastning for en patient, og er en meget negativ følge af at være spærret inde på en afdeling imod sin vilje. Magthierarkiet på en retspsykiatrisk afdeling er følgende: Den ledende overlæge er øverst. Så kommer overlægen og afdelings-sygeplejersken efterfulgt af det daglige personale. Nederst er så patienten. Personalet har således ikke magt over de regler der gælder på afdelingen. Dybest set, så er patienterne det eneste, som det daglige personale har magt over. Da personalet kun har magt over patienterne, så vælger de at bruge den magt de har overfor netop patienterne. Patienter på en retspsykiatrisk afdeling har brug for social kontakt på samme måde som alle andre mennesker. En patient på en retspsykiatrisk afdeling er dog afskåret fra at have normale relationer til andre mennesker. Det er ikke tilladt for patienterne at have nære relationer til andre patienter. Og det er ikke altid let at have relationer til sin familie og venner, da det kan være at der er stor afstand mellem deres hjem og den afdeling hvor patienten er indlagt. Patienten er således i en situation der hæmmer normalt socialt samvær med andre mennesker. Nogle patienter har et behov for at knytte sig til andre mennesker, der er så stort, at de vælger at knytte sig til personalet, selv om de dybest set ikke har lyst. Patienten oplever nu en binding til nogle mennesker som patienten dybest set ikke kan lide, men da patienten ikke har mulighed for at binde sig til andre patienter, så giver patienten op og danner en relation til personalet. Der tale om noget man godt kunne kalde for en dobbelt-binding, for patienten kommer hen til personalet for at få kontakt, men det er en kontakt som patienten dybest set gerne var fri for. Jeg oplever en gang imellem en patient, som har et tilknytningsforhold til personalet, som er så stort, at jeg dybest set ikke tror at patienten har lyst til at blive udskrevet. Hvis personalet oplever, at en patient har en stor trang til at knytte sig til personalet, så må det være personalets opgave at forhindre denne tilknytning. Personalet skal i stedet for bruge tid på at hjælpe patienten til at stå på egne ben. Dette gøres bedst gennem samtaler med patienten, hvor man arbejder med patienten selv og patientens forhold til sine hjemlige omgivelser udenfor afdelingen. Hvis en patient er ensom, og patienten oplever at det er behageligt at være sammen med personalet, så har jeg svært ved at se hvad der skulle motivere patienten for at blive rask. Der er jo tale om at der er en fordel ved at have en psykisk lidelse. Så længe patienten bliver opfattet af personalet som en person med en psykisk lidelse, så kan patienten jo være indlagt på en afdeling hvor der er nogle søde personaler. Det burde ikke være personalets opgave at sætte patienten i et afhængighedsforhold til personalet, da målet med behandlingen jo netop er at sikre, at patienten kan udskrives uden at patienten samtidig føler sig fortabt fordi patienten nu mister sine relationer

til personalet. Nogle patienter knytter sig utroligt meget til personalet, og personalet er helt vilde med den slags patienter. Problemet er bare at denne relation ikke gavner patienten. Hvis en patient oparbejder et meget stort tilknytningsforhold til personalet, så vil der ske det, at patienten vil oparbejde en ubevidst modvillighed imod at blive udskrevet til en dagligdag, som måske er usikker, da patienten ikke har nære relationer i sin dagligdag til andre mennesker end personalet. Gad vide hvordan det er at være en personale, der bliver elsket af en patient, som dybest set ikke kan lide personalen, men som udelukkende kommer til personalen fordi personalet har forhindret patienten i at have relationer til andre patienter og som kun sjældent får besøg af familie og venner? Gad vide hvordan det mon er at være personale og gå rundt på en afdeling og tvinge nogle andre mennesker til at elske personalen? Det er mit indtryk at der er en stor del af personalerne, der vælger at være blinde overfor det faktum, at patienterne dybest set ikke kan lide dem, men bare lader som om at de kan lide personalet, for det er den eneste menneskelige kontakt patienterne har mulighed for at få. Men relationen er jo langt fra komplet, for hvad nu hvis patienten bliver så glad for personalen, at patienten ligefrem får lyst til nærkontakt med personalen? Patienten bliver måske ikke ligefrem tiltrukket af personalen, men den indre trang til at være nær et andet menneske tvinger patienten til at have følelser for en personale, for at kunne tilfredsstille sit indre behov for kontakt til andre mennesker. Og så er fanden løs. Der ligger en mærkelig konflikt gemt i den måde hvorpå der er kontakt mellem patienter og personaler. For personalerne vil gerne elskes af patienterne, men altså kun på afstand. Hvis en patient kommer på tæt på en personale, så er fanden løs. Men hvis en personale kaster sig ind i en relation til en patient og forventer at patienten skal holde af personalen, hvordan finder patienten så ud af hvor grænsen går? De fleste mennesker har brug for at røre ved andre mennesker en gang imellem. Dette er bare umuligt for en patient, som er lukket inde på en afdeling, om som har fået at vide at patienten ikke må have relationer til andre patienter. Man udsulter derfor langsomt patienten for fysisk kontakt til andre mennesker. Det er en form for psykisk tortur, at forhindre et menneske i at have naturlige relationer til andre mennesker. Det underlige i situationen er at personalet egentlig ønsker at patienten skal have nogle nære relationer, som patienten kan glæde sig over, når patienten bliver udskrevet. Når en patient er indlagt, så har patienten jo kontakt til andre patienter, men personalet forhindre patienterne i at opnå relationer til hinanden under indlæggelse. Der er en stor tryghed i at være i et fællesskab med andre mennesker, men patienter på en afdeling, må ikke danne fællesskaber. Retspsykiatrien i Danmark er ikke andet end en stor selvmodsigelse. På den ene

side mener samfundet, at den bedste måde at behandle patienten på, er med tvang. Patienten skal underkaste sig samfundets regler. På den anden side, så er patientens eneste mulighed for at overleve efter udskrivelse, ved at få kontrol over sit eget liv. Denne kontrol vil en patient dog aldrig opnå i retspsykiatrien, da retspsykiatrien jo netop går ud på at fratage patienten kontrollen over sit eget liv. Desuden så kan en patient ikke komme ud af retspsykiatrien uden først at have erkendt overfor overlægen (samfundet), at samfundet har den fulde kontrol over patienten selv om patienten er udskrevet. Så kan det da heller ikke blive mere absurd.....

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Attachment_theory
http://en.wikipedia.org/wiki/Human_bonding
http://en.wikipedia.org/wiki/Learned_helplessness

Jeg kommer aldrig ud

Jeg vil gerne beskrive 3 grunde til at jeg nok aldrig vil blive udskrevet.

Grund nr 1
I året 2013 havde jeg en samtale med Per Balling (overlæge). Han oplyste mig, at hvis jeg ikke skiftede mening omkring mine udtalelser, så skulle jeg nok regne med at jeg skulle være indlagt resten af livet.

Grund nr 2
En dag i året 2014 havde jeg en samtale med Susanne Møller Madsen. Hun havde den opfattelse at jeg nok var syg, fordi jeg skrev så mange klager hele tiden. Hun mente derfor at jeg trængte til behandling. Problemet er bare at jeg kun skriver mange klager netop fordi jeg er indlagt. Med andre ord. Susanne Møller Madsen mener at jeg skal være indlagt fordi jeg klager. Problemet er bare, at jeg klager netop fordi jeg er indlagt. Det er en umulig situation. En catch-22. Da jeg ikke har tænkt mig at holde op med at klage, så bliver jeg aldrig udskrevet.

Grund nr 3
Jeg har besluttet at stille krav til min udskrivelse. Jeg vil ikke udskrives før jeg får fjernet min diagnose og bliver erklæret rask. Jeg forlanger desuden en skriftlig undskyldning fra alle de læger som har været med til at tvangsmedicinere mig. Og så vil jeg have en erstatning. Det siger næsten sig selv,

at overlægerne ikke kunne drømme om at erklære mig rask og udskrive mig, for de ved godt at min første handling i friheden vil være at opsøge en advokat og anlægge en erstatningssag imod overlægerne, og det ønsker de jo ikke.

Konklusion
Det er ganske urealistisk at tro, at jeg nogen sinde bliver udskrevet. Overlægerne har ganske enkelt alt for meget på spil i denne sag, til at de vil udskrive mig.

Jeg sukker ikke

For mange år siden var jeg i lære som kontor-assistent. En dag mens jeg sad ved en computer og skrev nogle data ind i computeren, så blev jeg svimmel og mit syn forsvandt næsten helt. Jeg blev meget overrasket, og jeg stoppede med at arbejde og jeg blev kørt hjem. Den næste dag var jeg hos min læge. Jeg fortalte ham hvad der var sket. Han fortalte mig, at det var fordi jeg ikke trak vejret korrekt. Når jeg sad stille meget længe, så trak jeg ikke vejret dybt nok ned i lungerne og dette førte til at jeg pludselig var kommet i iltmangel mens jeg arbejdede. Han fortalte mig at fordi jeg sad stille i mange timer hver dag, så var det vigtigt for mig at jeg helt bevidst engang imellem trak vejret dybt, så jeg kunne få luft helt ned i bunden af lungerne. Det har jeg så gjort lige siden. Når jeg har siddet stillet i et stykke tid, så stopper jeg lige op og trækker vejret dybt, så luften kommer helt ned i lungerne. Jeg har gjort det i så mange år nu, at jeg kan gøre det næsten uden at tænke over det. Flere gange om dagen stopper jeg således op og trækker vejret dybt ned i lungerne. Det har dog medført en interessant ting. Hver gang jeg gør det, så tror andre mennesker at jeg sukker. Men jeg sukker ikke. Jeg gør bare som jeg har fået besked på af min læge for mange år siden.

Jeg vil ikke være syg

For efterhånden mange år siden holdt jeg op med at tale med min far. Jeg var faktisk træt af hele tiden at føle mig sygeliggjort. Jeg havde en følelse af at min far havde brug for mig som den syge søn, så han kunne se på mig som den syge og han kunne se sig selv som den raske. Jeg tænkte at hvis

vi nu holdt op med at se hinanden, så ville der ske to ting. Den første ville være at jeg ikke længere skulle ses på som en syg dreng. Den anden ting der ville ske var at min far ikke længere ville have mulighed for at projicere sine egne dårligdomme over på mig, og han ville så være nødt til at finde nogle andre mennesker han kunne se som syge, eller han ville være nødt til at forholde sig til sin egen psykiske tilstand. Jeg har det lidt på samme måde med personalet her på den afdeling jeg er indlagt. Jeg føler og synes at de næsten allesammen har det på samme måde som min far. De har brug for nogle andre mennesker som de kan kikke på som de syge mennesker. På den måde kan de se sig selv som de raske. Den bedste måde hvorpå personalet kan forsvare sig imod psykisk lidelse, er at projicere den over på patienterne og derved selv slippe for bevidstheden om måske selv at fejle noget.

Jeg vil ud

I det øjeblik du vil ud, så ejer overlægen din røv. Jeg hører det konstant brugt som et pressionsmiddel imod patienterne inklusive mig selv:

Men vil du da ikke gerne hjem?

I starten af min indlæggelse ville jeg faktisk gerne hjem, men stødte hele tiden på problemer. Til sidst accepterede jeg at jeg kunne risikere at skulle være indlagt resten af mit liv. Jeg følte at min lyst til at ville hjem var en godt magtmiddel for overlægen, så jeg tog en rask beslutning og skiftede mening. Fremover vil jeg ikke længere udtrykke en ønske om at ville hjem med mindre overlægen accepterer mine krav for udskrivelse. Du bliver først rigtig fri som menneske den dag du giver slip og erkender at du kan risikere at være indlagt resten af dit liv. Det lyder nok kontra-intuitivt, at man for at blive fri, kan erkende at man kan blive spærret inden resten af sit liv, men jeg ved det fra mig selv og det virker fint. For mig som menneske handler det om det liv jeg har mens jeg er indlagt, og det har givet mig en stor personlig tilfredsstillelse at give slip på friheden. Man kan godt komme med det argument at jeg jo netop mister friheden, men samtidig med at jeg giver slip på friheden så mister overlægen også sit magtmiddel imod mig. Mit ønske om frihed bliver jo netop brugt imod mig hele tiden som et magtmiddel og jeg er altså blevet træt af dette magtmiddel, så jeg har taget det fra overlægen ganske enkelt bare ved at træffe en beslutning om at jeg ikke længere vil have et ønske om at komme ud. Så er det op til

overlægen at beslutte hvor lang tid han gider at have mig på afdelingen. I stedet for at tigge om at blive udskrevet og underkaste mig overlægens magt, så har jeg i stedet for opsat nogle kriterier for min udskrivelse. Jeg kan oplyse at det første punkt er at jeg skal erklæres rask og det andet punkt er at jeg selvfølgelig vil have erstatning for den mishandling jeg har været udsat for under min indlæggelse. Det er en realitet at overlægen er nødt til at udskrive patienter en gang imellem, for ellers kan han jo ikke få nye patienter ind på afdelingen. Hvis alle patienter stritter imod overlægen, så er der kun to muligheder: Enten må overlægen skifte mening og begynde at acceptere patienternes vilkår for udskrivelse eller også er overlægen nødt til at lade alle patienter indlægge resten af deres liv, og det vil koste samfundet ufattelig mange milliarder hvert år, og du kan være sikker på at det kommer ikke til at ske.

Jeg vil være med

Når jeg kommer ind til middagsmaden og aftensmaden, så kan jeg faktisk godt lide at snakke med de andre patienter. Jeg synes dog generelt ikke om at snakke med personalet. Det giver dog et problem for mig. Hvis jeg sidder ved et bord og der både er patienter og personale til stede og jeg taler med en anden patient, så er personalet generelt meget ivrige efter at deltage i snakken. Men jeg ønsker ikke at personalet skal være med i samtalen, så derfor er jeg som meget regel stille ved måltiderne, da jeg ellers kan risikere at personalet bare tror at jeg har lyst til at tale med dem. Jeg kan ikke bruge personaler til noget. Personalet er bare fyld.

Journal-bemærkninger

Indledning
Antallet af ejendommeligheder i min journal er så stort at det vil være umuligt for mig at kommentere dem alle. Jeg vil i denne tekst derfor kun kommentere nogle af notaterne fra perioden 19. september 2014 til 4. januar 2015.

Hverdagens små sejre
Personalet har en indbygget idé om at hvis man er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling så er det fordi at patienten har utilstrækkelige evner og derfor har svært ved at lave dagligdagsting. Når så en patient laver noget

som i virkeligheden er en helt normal ting, så bliver personalet meget overrasket over patientens normale evner og omtaler patientens normale evner som noget helt fantastisk. Der stod i notatet den 24-09-2014 blandt andet følgende: *"Pt lavede Waldorfsalaten selvstændig og med godt overblik"*. Nu har jeg boet alene i mere end 12 år, så der er sandelig ikke noget nyt i at jeg laver en salat selvstændigt, hvem søren skulle da ellers lave den? Overblik det har jeg altid haft. Måske skulle der i stedet for have stået følgende: *"Patienten lavede Waldorfsalat alene, og der var på intet tidspunkt tegn på psykisk lidelse. Patienten fremstod normal under hele opgaven"*.

Kagemanden

Lad mig starte med to notater fra min journal:

"26-09-2014. Pt. har været til byen sammen med stue 7. Pt. har købt Wienerbrød til afsnittet.

Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, pæd. Ang.: Køb af wienerbrød hoverede pt. over at medarbejder afsluttede i afsnittet i dag, der var flag på kagemanden og pt. udtrykte sin skadefro i dagligstuen sammen med medpatienter. xx, pæd".

"01-10-2014. Jeg er blevet blevet oplyst om, at pt. har givet kage i går, da en medarbejder stoppede i afdelingen. Medarbejderen gav også kage til patienterne og personalet. Pt. selv gav kage for at fejre, at det enkelte personalemedlem havde sagt op, altså således en meget perfid og forulempende gestus. Dette bør ikke gentage sig. Fremover, hvis pt. vil give kage udefra, skal han spørge personalet om tilladelse"

D. 26. september 2014 stoppede der en mandlig personale på afdelingen. Personligt var jeg meget tilfreds med at personalen stoppede for det var min opfattelse at de fleste patienter var meget utilfreds med netop denne personale. Jeg besluttede mig for at købe en kage til patienterne på afdelingen som et udtryk for at jeg var glad for at slippe for denne personale. Jeg besluttede at jeg først ville give kage når denne personale havde forladt afdelingen. Personalen gik cirka kl 15.00 og jeg gav kage kl ca 18.30. Personalen som har skrevet notatet d. 26-09-2014 kom hen og spurgte mig om hvorfor jeg gav kage. Jeg svarede at det er fordi at x er holdt op her på afdelingen. Hun synes at jeg var fjollet og spurgte efterfølgende om personalet også gerne måtte få et stykke kage. Jeg sagde ja. Efterfølgende skrev hun at jeg var skadefro, men min kage handler jo ikke om personalen der holdt op, men om patienterne der er tilbage og som nu kan gå en

bedre fremtid i møde på afdelingen. Overlægen mener at jeg er perfid og forulempende. Men hvem er det jeg forulemper? Da personalen jo ikke længere er på afdelingen og således ikke ved at jeg har købt kage, så kan det jo ikke være ham jeg forulemper, for han ved det jo ikke. Der må være tale om at overlægen mener jeg forulemper de personaler som er tilbage, og som nu nærmest frygter deres fremtid. For tænk hvis de bliver nødt til at holde op på afdelingen og patienterne ligefrem fejre at de holder op. Den tanke er næsten ikke til at bære for personalet og derfor skal man forhindre at den slags sker igen. Når en personale forlader en afdeling, så skulle det jo gerne være med en glad tanke om at have hjulpet en masse svage mennesker. Men hvad ville der ikke ske oppe i hovedet på en personale hvis patienterne ligefrem jublede over personalens afgang. Den 1. oktober 2014 er en onsdag og den 26. september 2014 er en fredag. Læg venligst mærke til at der i notatet den 1. oktober 2014 står at patienten dagen før har købt kage. Der er tale om en fejl, for dagen før den 1. oktober 2014 er en tirsdag, og jeg købte altså kagen om fredagen. Overlægen som har skrevet notatet d. 1. oktober 2014 tager således fejl med 4 dage. Kagen førte således til at jeg nu er både hoverende, skadefro, perfid og forulempende. Men som man siger: Et angreb er det bedste forsvar, og patienten skal sandelig ikke tro at han er noget.

Glad for struktur

Det er meget vigtigt for personalet at bevare illusionen om at personalet har omsorg for patienterne. Der står således følgende i min journal den 10. november 2014: *"Han er veltilpasset i afdelingens regi, hvor han profiterer af strukturen og den sociale sikkerhed"*. Sætningen får det til at lyde som om at jeg ikke har struktur i min hverdag udenfor afdelingen. Sætningen prøver ligeledes at lokke læseren til at tro at jeg ikke kan passe på mig selv udenfor afdelingen. Problemet med sætningen er blandt andet at når jeg ikke er indlagt, så sætter jeg selv pris på struktur på min hverdag, og jeg sætter pris på at have orden i mine ting, både økonomisk og i dagligdagen. Min dagligdag er således præget af struktur uanset om jeg er indlagt eller ej, men det kan man ikke læse ud af notatet.

Tomme notater i journalen

En gang imellem skriver personalet et notat i min journal, som er nærmest sort. Teksten giver ganske enkelt ikke nogen mening. Prøv at læse følgende notat: *"16-10-2014. Pt. har fået brev i dag. Pt. har spist med til frokost og sidst på frokosten markerer pt. jeg hen over sit eget bord og nabo bordet med et bedrevidende holdning, der var ikke en oplagt grund eller social*

årsag. Pt. har opholdt sig på egen. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, pæd". Læseren bliver oplyst om at jeg er bedrevidende, men det er umuligt at finde ud af hvad det egentlig er jeg har sagt. Sætningen fortæller om noget, men det er som om at sætningen glemmer at fortælle hvad det er den fortæller om. Jeg har meget svært ved at forstå hvad det er meningen en læser skal få ud af denne sætning. Sætningen handler om mig, men ikke engang jeg ved hvad sætningen handler om.

Faste pladser

Inde i vores spisestue har jeg ikke nogen fast plads. Der er dog en plads som jeg ofte sætter mig på. Engang imellem, så får virkeligheden et lille twist i journalen. Læs følgende notat: *"18-10-2014. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. Glenn meget snaksagelig ved morgenbordet, hvor der blev drøftet ligth-produkter og virussen-Ebola. Glenn var vel informeret om begge dele. Til frokost sad medpt. stue 2 på Glenn faste plads. medpt. var villig til at flytte sig, men det synes Glenn ikke var nødvendigt og satte sig på en anden plads. xx, ergo"*. Læg mærke til at jeg i notatet, sidder på min faste plads, selv om jeg ikke har en fast plads. Måske burde der i virkeligheden have stået følgende: *"Til frokost sad medpt. stue 2 der hvor Glenn plejede at sidde."*. Stort set alle notater jeg læser om mig selv er fuld af disse små twister i indholdet, som forvrænger virkeligheden en lille smule. Det er generelt meget svært for personalet at holde ordentligt fast i virkeligheden.

Ejendommelig tankegang og privat logik

Den 26. september 2014 er der skrevet en plejeplan i min journal. Af denne plejeplan fremgår det at patienten skal rettes i sin ejendommelige tankegang og private logik. Jeg blev faktisk glad da jeg læste det, for jeg fik straks den tanke at personalet nu ville konfrontere mig med alle de ting som de mente var forkerte og nu ville forsøge at rette det ved mig. Jeg forventede en form for konfrontation fra personalets side som kunne føre til nogle diskussioner om vores meninger og holdninger. Dette er dog endnu ikke sket. Der er pt gået mere end 126 dage siden plejeplanen blev skrevet i min journal, og personalet har endnu ikke en eneste gang forsøgt at rette mig i mine ejendommelige tanker eller logik og dette undre mig en del. Enten så lever personalet ikke op til overlægens plejeplan og forsømmer deres arbejde, eller også er det bare fordi at personalet endnu ikke har fået øje på min ejendommelige tankegang og private logik. Der kan være flere grunde end dem jeg nævner her. Men det er nu underligt at overlægen lægger op til at jeg skal behandles og så udebliver behandlingen. Det kan også være at jeg slet ikke har brug for behandling men at man skriver i min journal at

jeg har brug behandling, for at give læseren illusionen om at patienten har brug for hjælp.

At falde i staver
Hvis der er noget jeg synes om, så er det at falde i staver en gang imellem. Nu er jeg patient på en afdeling med en masse regler. Det er dog endt med at jeg under maden ofte lader mig selv falde i staver, og jeg nyder det. Det kan dog beskrives på mange forskellige måder. Prøv at læse disse notater fra min journal:

"30-10-2014. ...Pt var under spisningen tavs og med et fjernt og stift blik, virker vred under overfladen og måske lidt demonstrativ....xx, Plejer".

"03-11-2014. ...Pt deltog i middagsamling observeres meget stirrende og tom i blikket. xx ssa"

"21-11-2014. ...Lige inden han rejste sig, havde patienten siddet med "flakkende øjne"....xx, spl"

"24-11-2014. ...Deltage i samtalen ved middags bordet, pt. prøver, at have fokus med øjenkontakt, undertegnede ved ikke lige hvad der sker, når øjnene flakker væk... xx, pæd"

"27-12-2014. ...Pt. har deltaget i fællesspisning, er meget tavs og observerende. xx, Plejer"

Det er noget som skrives om mig utroligt mange gange i min journal, men det generer mig ikke, for jeg har det fint med at falde i staver. Det giver min hjerne ro og jeg føler mig afslappet hver gang jeg gør det.

Patienten undrer sig
En dag (12-11-2014) får vi patienter ved et middagsmøde at vide, at alt inventar i afdelingen skal tælles op. Personalen oplyser ligeledes patienterne om at patienternes personlige ting også skal tælles op. Alt skal tælles op. Personalen undre sig selv over at patienternes ting også skal tælles op. Jeg giver udtryk for min forundring over at personalet fortæller patienterne at der skal være en optælling, og at personalet tilsyneladende er usikre på hvad der skal tælles op. Jeg undre mig over at patienterne får en information som personalet tilsyneladende selv er usikre på er korrekt. Det blev til følgende notat i min journal: *"12-11-2014 ...Er ved middagssamlingen*

orienteret om, at alt inventar i huset, også på hver enkelt patientstue, vil blive optalt den 20/11 og 21/11, af folk udefra. Denne optællling skal bruges i forbindelse med flytning til Slagelse. Patienten giver udtryk for, at han undrer sig over det... xxx, spl". Af notatet fremgår det at jeg undre mig over at vi skal have en optælling, selv om min undren oprindeligt handlede om at vi fik en information som personalet selv undrede sig over. I dette notat er personalets undren derfor blevet til min undren. Det er det man indenfor psykologien kalder for en projektion.

Patienten kan klare sig selv

Som patient får jeg nogle gange den tanke at en personale ved ansættelsen har fået følgende garanti af den ledende overlæge: *"Som ansat på denne afdeling vil overlægen hermed garantere dig som personale, at du får tilfredsstillet dit behov for at drage omsorg om andre mennesker. Afdelingen vil derfor stille patienter til din rådighed, som du kan give omsorg"*. Af notatet den 13-11-2014 fremgår blandt andet følgende: *"...pt. er formel i kontakten til personalt han opsøger ikke kontakt..."*. Der findes mange notater i min journal omkring dette emne, allesammen i forskellige variationer. Måske burde alle disse forskellige notater erstattes med følgende tekst: *"Som plejepersonale er jeg dybt utilfreds med at patienten kan klare sig selv, da jeg jo trods alt er ansat til at pleje patienten, men patienten vil ikke plejes i henhold til min overenskomst med ledelsen"*.

Ny forklaring

En dag (20-11-2014) kom en personale ned til mig og ville måle og veje mig samt tage mit blodtryk. Jeg oplyste personalen, at jeg ikke så nogen mening med at måle og veje mig, da jeg ikke spiser medicin. Det gav anledning til følgende notat i min journal: *"20-11-2014. Pt. ønsker ikke, at der bliver taget RKKP værdier, da han ikke accepterer, at have paranoid skizofreni diagnosen. Pt. accepterede at få målt blodtryk. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, pæd"*. Personalers hørelse er nogle gange højest ejendommelig. Hvordan kan min udtalelse om medicin blive til et notat om en diagnose?

Jeg gætter lige

Nu hører jeg til dem der ikke spiser pizza, så det er mig ubegribeligt hvordan der kan stå i min journal at jeg har bestilt pitza. Jeg er ikke kræsen. Hvis jeg kommer i en situation hvor der kun er pizza, så spiser jeg da pizza. Det er korrekt at jeg bestilte mad denne dag (19-12-2014), men det var sørme ikke pizza. Det er dog korrekt at der er mange andre patienter på afdelingen der ofte spiser pizza. Notatet for denne dag siger: *"19-12-2014. Pt har haft*

besøg af sin moder i eftermiddag, deltog derfor ikke ved spisning til aften, købte pitza fra byen. Pt har gået tur med m.pt stue 7 i aften. Lidt tavs og tilbageholdende i kontakten. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, Plejer". En gang imellem, så ser personalet noget i afdelingen, men da personalet ikke nødvendigvis ser alt hvad der sker, så gætter de sig ofte til resten. Med andre ord personalet ser en patient gøre noget, men ser ikke det hele, men fylder så i stedet for selv de manglende informationer ind i deres oplevelse. Personalen har set mig hente grillmad ude i indgangen til afdelingen og da de fleste patienter på afdelingen ofte bestiller pizza, så har jeg selvfølgelig også bestilt pizza. Det er tale om en generalisering af mig som patient. I stedet for at beskrive min adfærd, har personalen beskrevet en adfærd som patienter generelt plejer at have i afdelingen. Men den slags informationer hører ikke hjemme i min journal.

Patienten taler MULIGVIS sandt
Lad mig starte med et par linjer fra et notat:

"11-12-2014. ...Har dd modtaget brev fra pt dateret d.5.12.2014 med overskriften "OPLYSNING". Med brevet er vedlagt kopi af artikel som angiveligt har været i Nordvest nyt 25.10.2014, hvor pt beregner udgiften til hans indlæggelsesforløb som retspsykiatrisk pt... Rp Brev indscannes. xxx, led. overlæge"

Overlæger har altid haft et problem med virkeligheden. Det er som om at hvis en overlæge ikke kan lide virkeligheden så er det i orden at fornægte den og tage afstand fra den. Overlægen der har skrevet ovenstående notat har svært ved at acceptere at jeg har haft en artikel i Nordvestnyt lørdag den 25. oktober 2014 på side 12 i sektion 2. Artiklen har således ikke været i avisen. Artiklen har angiveligt været i avisen. Det er som om at overlægen prøver på at få artiklen til at forsvinde ud af virkeligheden ved at omtale artiklen som noget der kun muligvis er sket. Nu er det jo ikke svært at undersøge om artiklen virkelig har været i avisen. Det kan man finde ud af på biblioteket eller ved at henvende sig til nordvestnyt. Jeg tror dog ikke at overlægen kunne finde på at undersøge om artiklen rent faktisk har været i avisen, for det vil jo bryde overlægens forsøg på at få artiklen til at forsvinde fra virkeligheden.

Uhøflig patient
Lad mig starte med et notat:

"15-12-2014. Der har været sparsom kontakt. Pt. er observeret i, at igno-

rerer vores studerende, når der blev taget kontakt. Svarede pt. ikke tilbage. Pt. var meget uhøflig. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, pæd"

Det er hermed et faktum. Jeg er uhøflig. Men jeg vil gerne gøre opmærksom på at jeg er kun uhøflig når det kommer til elever der ikke forstår at indlede en kontakt på høflig vis. Jeg mener ikke at det er min opgave som patient at oplære elever. Jeg mener at det er personalets opgave at oplære elever. Personalet mener at jeg er uhøflig når jeg ikke vil hjælpe personalet med at oplære eleverne. Personalet mener at jeg skal være venlig hvis eleverne blander sig i det jeg laver. Faktisk er jeg ret venlig af natur, men jeg bryder mig ikke om at blive tromlet ned af en ubetænksom elev. Hvis personalet mener at jeg skal have en relation til eleverne, så bør personalet lære eleverne noget om hvordan man forholder sig til patienterne. Jeg stopper her, men der kunne skrives mange sider om elever i retspsykiatrien.

Sparsom kontakt

Jeg skal prøve på at komme med en lidt teknisk forklaring dog uden at blive for teknisk. Hvis jeg siger sætningen: "jeg vasker bilen", så er der ingen tvivl om at det er mig der vasker bilen og at bilen bliver vasket af mig. Men man kan godt sige noget om selve bilvasken uden at sige noget om mig. Jeg kunne fx sige: "bilen bliver vasket". Der er ingen tvivl om at bilen bliver vasket, men det er ikke muligt at se hvem der vasker bilen.

"Sparsom kontakt" er noget som ofte står i min journal. Men det er da nogle underlige ord. Af sætningen fremgår det at der kun er en sparsom kontakt, men det fremgår ikke af sætningen hvem der har en sparsom kontakt. Nu handler min journal om mig, og det er personalet der skriver i min journal. Der må således være tale om kontakt mellem mig og personalet. Men da sætningen ikke indeholder nogen retning så kan man blot konstatere at der kun er sparsom kontakt mellem personalet og mig. For at komme med en kontrast så vil jeg nævne følgende to tekster: "personalet har ikke haft kontakt til patienten i dag" og "patienten har ikke kontaktet personalet i dag". Som det fremgår at disse to tekster, så er det muligt at se hvem der har undladt at kontakte hvem. "Sparsom kontakt" er uden denne retning. Det er egentlig en tom formulering som ikke rigtigt fortæller noget om nogen som helst. Jeg har svært ved at forstå at personalet konstant skriver noget i min journal som dybest set ikke giver nogen mening. Jeg tror at personalet har opfundet en mening til "sparsom kontakt", og så har glemt at andre mennesker som læser i min journal også skal have en mulighed for at forstå hvad personalet skriver.

Spørgsmål fra patienterne er farlige

Spørgsmål fra patienterne kan godt være farlige for personalet. Især hvis personalet ikke lige ved hvad de skal svare eller hvis de kommer med et svar som er helt hen i vejret og patienten opdager at det er et fup-svar. Den 22. december 2014 var vi nogle patienter der undrede os over at vi kunne få efterret juleaften, når der nu var en regel i afdelingen om at vi kun måtte få efterret på helligdage og juleaften ikke er en helligdag. En personale kom med et svar. Personalen oplyste patienterne om at grunden til at patienterne gerne måtte få efterret juleaften var fordi at personalet har en overenskomst hvori der stod at juleaften skal betragtes som en helligdag efter kl 12.00. Jeg fandt det højest underligt at jeg som patient gerne må få efterret juleaften fordi der i personalets overenskomst står at personalet skal have helligdagsbetaling efter kl 12.00 på juleaften. Efter at personalen havde givet den samme forklaring flere gange kunne hun pludselig godt se det underlige i hendes forklaring og holdt efterfølgende inde med at sige noget til mødet. Jeg holdt ved mødet fast i at personalet havde givet en forklaring som var helt hen i vejret, og dette medførte at jeg efterfølgende fik værdien 1 i BVC. (se tidligere tekst om BVC). Med andre ord. Personalet havde opfattet mig som en trussel ved mødet. Det blev til følgende notat for dagen:

"22-12-2014. ...Er idag brøset til 1 - se tilføjelse. xx, spl. Pt. kom ind til middagssamling med et skrevet A4 ark - Pt. vil gerne have et svar på hvorfor pt. ikke kan få risengrød imorgen tirsdag - undertegnede siger til pt. at det er en beslutning fra afd. sygpl. at der ikke serveres dessert imorgen som risengrøden er. Pt. bliver tydelig irreteret og spørger igen. Det forklares at der kun serveres dessert i weekenden. Pt. hæver her stemmen og siger "kan i så forklare mig hvorfor vi skal have dessert den 24 - det er ikke en helligdag eller weekend". Personalet beder pt. tage den med afd. sypl. senere idag - pt. kommer ind til ekstra samling ang. maden og har her igen et A4 ark med. Pt. fremtræder under dette møde undrende men accepterende modsat mødet tidligere hvor pt. var meget diskussionslysten. xx, Pæd/ xx, Ssa"

Patienter der gør personalet opmærksom på personalets fejl bliver straks set på som en trussel. Det er en farlig situation, for den ødelægger personalets illusion om at de er perfekte, og det går sandelig ikke på en retspsykiatrisk afdeling.

Fejlen der blev væk

Vi har i afdelingen den regel at der er morgenmad på lørdage og søndage i tidsrummet 8.00 til 10.00. Jeg var derfor skuffet da jeg en morgen (26-12-

2014) kom ind i spisestuen kl 9.44 og kunne konstatere at morgenmaden allerede var kørt ud i køkkenet. Jeg gik igen. I te-køkkenet støder jeg ind i en personale der spørger mig om jeg skulle have morgenmad. Jeg sagde nej tak og gik. Det blev i min journal til følgende forklaring: *"26-12-2014. ...Pt. var oppe fra morgenstunden. Var ude ved køkkenet lidt i 10 da morgenmaden blev taget af bordet. Undertegnedes kollega spurgte til om pt. havde fået morgenmad ellers var der mere tilbage. Pt. gik uden at svare på dette...."*. Der står intet i notatet om at personalet havde fjernet morgenmaden før tiden, altså før kl 10.00. Personalet lavede en fejl, men den blev væk i notatet.

Skjult personale

Vi har i afdelingen fået at vide (efteråret 2014), at der fremover ikke vil være personale tid stede ved morgenmaden. Dette er de fleste patienter utroligt glade for. Jeg blev dog overrasket en dag (27-12-2014). Jeg kom ind i spisestuen i den forventning at jeg skulle sidde i fred uden personale og spise morgenmad, men der sad sørme to personaler i spisestuen. Jeg vendte derfor om og gik skuffet tilbage til mit værelse. Det blev i min journal beskrevet på følgende måde: *"27-12-2014. Patienten opholdt sig meget på egen stue. Når patienten er ude i fælles miljøet, virker han meget observerende. Går f.eks. lige indenfor døren i spisestuen kl.9.49 (hvor der skal ryddes af kl.10), og kigger rundt hvorefter han vender hurtigt om, uden at tage hverken mad eller drikke. Tager ikke kontakt til personalet, udover da han melder, han tager til byen over middag, sammen med medpatient stue 7. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xxx, spl"*. Måske skulle der i stedet for have stået: *"Patienten har ikke lyst til at spise morgenmad sammen med os fordi vi er personaler. Vi er i øvrigt skuffet over at patienten ikke har brug for os i løbet af dagen"*.

Overlægen praler med sin uvidenhed

Den 10. oktober 2014 har jeg en samtale med min overlæge og min kontaktperson. Ved samtalen gør jeg overlægen opmærksom på at han har lange ærmer til trods for at der i reglerne for vores afdeling er regler som netop forbyder lange ærmer. Overlægen bliver meget sur over at jeg minder ham om at han ikke følger reglerne. Jeg gør ham opmærksom på at reglerne fra Statens Serum Institut forbyder personaler på hospitalsafdelinger i at gå med lange ærmer. Efterfølgende skriver overlægen i min journal, at han finder det underligt at jeg blander Statens Serum Institut ind i sagen om lange ærmer. Jeg kan derfor hurtigt regne ud at overlægen ikke har styr på tingene. Det er således at Ministeriet for sundhed og forebyggelse laver regler

indenfor sundhedsområdet. Men ministeriet har uddelegeret noget af deres arbejde til andre institutioner. Ministeriet har således pålagt Statens Serum Institut at udarbejde regler for beklædning og håndhygiejne på danske hospitaler, men det ved min overlægen tilsyneladende ikke. Overlægens forundring over min udtalelse kommer således til at udstille overlægens manglende kendskab til reglerne for overlægens arbejde.

Personale-fejl
Personaler er generelt ganske uden fejl, og hvis der skulle opstå så meget som en mistanke om at personalet laver fejl, så skal fejlen straks benægtes i patientens journal. Inden nytårsaften blev jeg utallige gange af personalet spurgt om jeg ville deltage i madlavningen hvortil jeg sagde ja alle gangene. Alligevel dukker dette notat op i min journal: *"30-12-2014. Pt. var oppe var morgenstunden. Har deltaget aktivt i middagssamlingen. Udtaler da han bliver spurgt om han deltager i madlavningen nytårs aften "Jeg er efterhånden blevet spurgt så mange gange så det gør jeg vel" og da personale fortæller at han ikke fremgår af sedlen og at det var derfor hun spurgte svare pt. "det må være personales fejl". Pt. meldte sig til flere opgaver nytårs aften. Pt. deltog passivt i måltidet. Pt. opholder sig mest på egen stue og henvender sig kun til personalet når han skal på udgang eller når personalet tager direkte kontakt til ham. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, Spl". Der burde vel i stedet for stå følgende: "Jeg er som personale utilfreds med at patienten mener at det er personalets fejl at patienten ikke er blevet skrevet på den seddel som i øvrigt kun er i personalets besiddelse, for personalet her på afdelingen laver nemlig ikke fejl. Personalet er i øvrigt stadig utilfredse med at patienten ikke har brug for personalets omsorg"*. Det fremgår i øvrigt ikke af notatet at jeg ALTID laver de opgaver jeg melder mig til.

Journaler - når personalet fejler

At rationalisere er at komme med en forklaring på noget, som der i virkeligheden ikke er en forklaring på. Mennesket har enormt svært ved at holde uvisheden ud, der skal simpelt hen en forklaring på bordet, koste hvad det vil. Mennesket kan ikke holde ud, hvis der ikke er en forklaring på alt. Denne trang har i tusindvis af år forledt mennesket til at tro de mest underlige ting om verden og hinanden. En ting som er interessant, når jeg læser i min journal er personalets evne til at rationalisere. Hvis en patient har en bestemt adfærd, så har personalet underligt nok altid en forklaring

på denne adfærd. Jeg ser aldrig at personalet skriver i min journal, at patienten har udvist en bestemt adfærd, hvorefter personalet så skriver, at man ikke ved hvorfor han har denne adfærd. Man har altid en forklaring. Man foretager også en anden form for rationaliseringer. Hvis man har nogle begivenheder, som kommer efter hinanden, så har de underligt nok altid en sammenhæng. Jeg læser ofte at patienten gjorde dit, og det er grunden til dat. Jeg læser aldrig personalet overveje om der mon var begivenheder i patientens dagligdag, som de ikke kender til, og som giver en helt anden sammenhæng end den de selv kommer frem til. Menneskets indre evne til at rationalisere er ganske voldsom, og hvis man ikke er bevidst om dette, så vil man som personale komme frem til nogle højest ejendommelige konklusioner og sammenhæng, som ingenting har at gøre med virkeligheden. Patienter bliver også konstant puttet ned i de kasser som personalet kender til. Det kunne ikke falde personalet ind, at der er noget de ikke har forstand på. Hvis nu en personale kommer i en situation, hvor personalen ikke kan forstå hvad der sker, så opfinder personalen en forklaring, som falder inden for det område personalen har kendskab til. (eksempel: hvis det eneste værktøj man har er en hammer, så ligner alle problemer et søm). Det sker hurtigt og ganske ubevidst for personalen, og vedkommende opdager som regel slet ikke hvad han selv opfinder. Det er ret mageligt at rationalisere. Jo hurtigere man kan komme på en forklaring på en adfærd, jo hurtigere slipper man for at tænke på situationen og man bevarer sit selvværd. Hvis man derimod ikke rationaliserede når man oplevede en ukendt situation, så ville der ske flere ting. Man ville være nødt til at erkende, at der var noget man ikke forstod og man ville straks føle sig utilstrækkelig, og man ville være nødt til at undersøge situationen med det formål at finde ud af hvad der i virkeligheden skete. Det kræver stort set ingen anstrengelse at rationalisere, hvorimod der kræver meget energi at erkende at man ikke har svaret og man skal bruge en masse energi på rent faktisk af finde svaret. En gang imellem mødes personalerne og taler sammen. Jeg har den opfattelse at følgende sker: Personalet mødes og de fortæller nu hvad de har oplevet, og de fortæller nu de andre personaler hvilken forklaring de har 'opfundet', som kan forklare det de har oplevet. I den perfekte verden, så ville de andre personaler stille kritiske spørgsmål til forklaringen, for at sikre sig forklaringens validitet. Jeg tror desværre at det omvendte sker. En personale fortæller om en oplevelse og fortæller hvilken forklaring personalen har opfundet som svar på oplevelsen. De andre personaler støtter nu op om forklaringen, hvilket medfører at personalet roser hinanden, for de forklaringer de finder på. Der er tale om en negativ spiral som bare kører ned og ned og som er selvforstærkende. Til sidst så vil personalet have

trukket sig selv ind i et spindelvæv af forklaringer som intet har med virkeligheden at gøre. Der er på dette tidspunkt tale om at personalet har fået det man indenfor psykologien kalder for en arbejds-psykose. Personalets virkelighed kan i sandelighed siges at være blevet af privat karakter, men det kan personalet ikke selv se, når de står midt i det. Som udenfor stående, er det derimod ikke svært at få øje på, men det kan derimod godt være ret svært at lave om på.

Kampen om virkeligheden - 1. del

Hvis to personer sidder og snakker om et emne, og de er enige om emnet, så sker der jo lige som ikke rigtig noget i den sag, andet end at de kan konstatere at de er enige. Men hvis nu to personer sidder og snakker sammen om et emne, og der opstår en uenighed om emnet, så opstår der pludselig en mulighed. Det kan jo være at den ene person har ret og den anden person tager fejl. Der er nu opstået en mulighed for den person, der tager fejl. Den person der tager fejl har nu muligheden for at blive rettet i sin fejltagelse og blive klogere. Det kunne være at disse to personer var en personale og en patient. Jeg ved ikke lige hvem der har ret og hvem der tager fejl. Men hvis de er uenige, så er der store chancer for at netop den ene har ret og den anden tager fejl. Hvis nu personalen og patienten i fællesskab undersøgte sagen for at finde ud af hvem der havde ret og hvem der tog fejl, så ville de begge to blive en lille smule klogere. Dette ville dog medføre at den ene ville få bevist at vedkommende havde ret og den anden måtte erkende at vedkommende netop ikke havde ret. Det er så her at problemet starter. Personaler har den vrangforestilling at de er bedre end patienterne, og personaler har tænkt sig at gøre alt hvad de kan for at bevare netop denne vrangforestilling. Personalerne har ligeledes den vrangforestilling at det kun er patienterne der lider af vrangforestillinger, og de har absolut heller ikke nogle planer om at ødelægge denne vrangforestilling om patienterne. Men hvordan bærer en personale sig så ad med at opretholde disse to vrangforestillinger, når de er sammen med patienter i en hel vagt? Svaret er simpelt, man taler da bare om vejret hele tiden og hvis der er en patient der prøver på at tale om noget interessant, så undgår man emnet og begynder at tale om vejret igen. Så længe en personale kan undgå at tale med en patient om et relevant emne som potentielt kunne indeholde en uenighed mellem personale og patient, så bevarer personalen også illusionen om at være perfekt. På en retspsykiatrisk afdeling har personalet den overbevisning at patienterne lider af vrangforestillinger. Man skulle så

umiddelbart tro, at det var personalets opgave at hjælpe patienterne med at komme ud af deres vrangforestillinger. Underligt nok så synes situationen at være det modsatte. Personaler taler konstant med patienterne om alt muligt andet end patienternes formodede vrangforestillinger. Men jeg formoder da at en patient er på en retspsykiatrisk afdeling netop for at få hjælp. Det er mig ubegribeligt at forstå hvordan en patient skal kunne komme ud af sine formodede vrangforestillinger, hvis personalet netop konstant undgår patienternes vrangforestillinger. Jeg formoder at man har ansat uddannet personale på en retspsykiatrisk afdeling da man mener at dette vil være bedre for patienterne, end hvis vi bare havde nogle ufaglærte opsynsmænd anset. Problemet er bare at hvis dette uddannede personale ikke hjælper patienterne med deres formodede vrangforestillinger, så patienterne kan få et korrekt syn på verden, hvorfor skal de så være uddannede. Var det så ikke bare billigere at ansætte ufaglærte opsynsmænd? En retspsykiatrisk afdeling handler ikke om at hjælpe patienterne. Afdelingens primære formål er at opretholde personalets illusion om at de er bedre end patienterne. Og den bedste måde at gøre dette på er ved at snakke om vejret. Hvis personaler virkelig er perfekte, så kan jeg ikke set noget problem i at de taler med patienterne om patienternes formodede vrangforestillinger. Personalet vil jo ikke have noget at tabe i samtalen, da de jo er perfekte. Eller er de nu også perfekte? Hver gang en personale indgår i en samtale med en patient, så er der jo chancen for at personalens illusion om at være perfekt den brister. Personaler kan generelt godt lide at se ud som om at de er interesseret i patienterne, og at de er interesseret i kontakt, men de sørger altid for at komme til at tale om vejret, for ikke at bryde illusionen om den perfekte personale. Hver gang en personale kan overbevise en patient om at de kun skal tale om vejret, så har personalernes illusion om perfektion sejret endnu engang. Lykkedes det ikke at få patienten til at tale om vejret så trækker personalen trumf-kortet og tvinger med magt patienten til at tale om noget andet eller at holde kæft.

Kampen om virkeligheden - 2. del

Hvis man i den afdeling hvor jeg er indlagt begynder at tale om noget konkret og objektivt, så oplever personalet det hurtigt som noget negativt, og de følger hurtigt at patienterne er aggressive overfor personalet. Personalernes følelse opstår fordi personalerne kommer på usikker grund. Da det ikke er en god følelse af føle sig lille overfor en patient, så vælger personalerne i stedet for at vende billedet oppe i deres hoveder, så det ikke

er personalerne der er utilstrækkelige men derimod patienterne der prøver på at gøre onde ting overfor personalerne. Illusionen er total for personalerne ser ikke deres egen vildfarelse. Personaler holder sig som regel til at tale om emner som har udpræget subjektiv karakter. Fordelen ved dette er at hvis vi taler om vejret, så har alle da lov til at have en mening om vejret. Og hvis man taler om mad, så er emnet faktisk også ret subjektivt. Man kan jo lige som ikke rigtigt blive uenige om jordbær smager godt eller ej. Nogle mennesker kan jo lide jordbær og andre mennesker kan ikke lide jordbær. Sådan er det bare. Når man taler om noget subjektivt, så kan man altså godt have hver sin mening uden at det i sig selv bliver et problem. Men hvad ville der nu ske hvis vi begyndte at tale om noget som kan betragtes objektivt, noget om hvilket der kun kan være een løsning. Hvis den ene person i en samtale siger at 2 + 2 er 4 og den anden person mener at 2 + 2 er 5, så er der absolut een af personerne der har ret og den anden person tager fejl. Det nytter ikke at sige at man har lov til at have hver sin mening om 2 + 2 er 4 eller ej. Begge personer kan ikke have ret og der vil være en vinder og en taber. Denne slags samtaler kan personaler absolut ikke lide at deltage i, for der er en chance for at personalen kommer til at sidde og tale om et område, som personalen ikke kender noget til, og så er der store chancer for at personalen kommer til at sige noget forkert, og uha, så vinder patienten jo, og det kan man sandelig ikke have. Det har aldrig handlet om fornuft, og det har altid handlet om magt. Jeg retter mig udelukkende efter hvad overlægen siger, fordi han har magt. Der er nemlig ingen fornuft i det overlægen siger til patienterne. Overlæger i retspsykiatrien behøver ikke at tænke på om det de mener nu også er fornuftigt. Hver gang en overlæge løber tør for fornuft så bruger overlægen magt i stedet for. Med tiden så skifter en overlæge fornuften ud med magt, for det er lettere bare at bruge magt end fornuft. Hvis en overlæge skal bruge fornuft overfor en patient, så kræver det at overlægen tænker sig om. Magt er derimod ganske tankeløs. Hvis man har magt, så har man magt.

Kampen om virkeligheden - 3. del

Der har altid fundet en kamp sted om virkeligheden. Grunden til at nogle mennesker fører en kamp om virkeligheden skyldes at disse mennesker har en fordel ved at verden bliver opfattet på en bestemt måde. I mange tusind år var det præsterne der bestemte hvad der var virkeligheden. Inden for de seneste 100 år har dette ændret sig. Nu har vi i stedet for en bestemt gruppe af læger som vi kalder for psykiatere, som bestemmer hvad der er

virkeligheden. Kampen om virkeligheden er ikke forsvundet, den har bare skiftet form. Præsterne lider af vrangforestillinger. Disse vrangforestillinger er opstået som barnets forsøg på at forstå verden. Præster er dybest set bare nogle voksne mennesker som stadig har et barnligt verdensbillede. Præsterne er dog overbevist om at deres verdensbillede er korrekt. Det er derfor at der er tale om en vrangforestilling. Præsterne gør alt hvad de kan for at overbevise undersåtterne om at netop deres vrangforestilling er den rigtige opfattelse af verden. Psykiatere i retspsykiatrien lider også af vrangforestillinger. Men hvor kommer vrangforestillingerne så fra? En psykiater i retspsykiatrien har fået tildelt en magt af samfundet gennem nogle love. Denne magt udøver psykiateren nu overfor sine patienter. Da patienten er uden nogen som helst magt i forhold til psykiateren, så kan psykiateren i princippet gøre lige hvad der passer psykiateren overfor patienten. Det er umuligt at sætte tvivl ved en psykiaters handlinger, for der er ikke nogen anden person der har magt over hvad psykiateren mener. Jeg tror at de fleste psykiatere kommer ind i psykiatrien med en god intension. Men de gode intensioner forsvinder lige så stille og roligt uden at psykiateren selv opdager det. Da der ikke er nogen til at rette psykiateren når hans tanker kommer på vildspor, så vil der stille og roligt ske det, at psykiateren kører ud af sit eget spor og med tiden mister psykiateren kontakten med virkeligheden uden selv at opdage det. Præster har deres vrangforestillinger fordi de har lært dem af andre præster, og psykiatere har vrangforestillinger fordi der ikke er nogen der kan forhindre dem i at tænke tanker som ikke er normale. Psykiaternes tanker mister lige så stille og rolig kontakten til virkeligheden og de forventer af deres patienter at de skal acceptere deres egen vrangforestilling på samme måde om præsterne forlanger det af deres undersåtter. Der findes kun een ting som kan tvinge præster og psykiatere ud af deres vrangforestilling, og det er uddannelse og viden til hver enkelt borger i et samfund. Hverken præster eller psykiatere vil frivilligt give slip på deres vrangforestillinger. Den eneste måde man kan påvirke disse mennesker er gennem overmagt. På samme måde som præster og psykiatere har brugt deres overmagt til at overbevise andre mennesker om deres vrangforestillinger, således skal en overmagt også få dem til at komme på bedre tanker. Både præster og psykiatere har i mange år benyttet sig af at almindelige mennesker ikke har været oplyste. Det er nemlig kun de uoplyste mennesker man kan manipulere med. Mennesker med indsigt og viden om verden lader sig ikke styre af præster og psykiatere. Præster og psykiatere i retspsykiatrien benytter sig af magt. Deres forsøg på at overbevise borgerne om deres vrangforestillinger var aldrig lykkedes hvis ikke de havde haft denne magt. Der findes ingen fornuftige forklaringer der ville kunne overbevise

et almindeligt menneske om at deres vrangforestillinger er virkeligheden. Uden denne magt er præster og psykiatere bare nogle fjollede mennesker med nogle fjollede meninger om verden. Vi har gennem årene forvandlet præster fra at være magtfulde til bare at være nogle fjollede gamle mænd i nogle underlige kostumer. Denne ændring er sket ved hjælp af oplysning af mennesker. Vi er nødt til at gøre det samme med psykiaterne. Vi er simpelt hen nødt til at oplyse mennesker om hvad psykisk lidelse er for en størrelse. Mennesker skal også lære at forstå at normale mennesker kan se meget forskellige ud, uden nødvendigvis at have en psykisk lidelse. Jeg mener ikke at vi skal brænde præsterne på bålet. Jeg mener heller ikke at vi skal til at give psykiaterne medicin. Desuden vil medicin heller ikke have den ønskede virkning. Præster og psykiatere skal have lov til langsomt og sikkert at forsvinde ud i intetheden og der skal de så blive.

Kan du lide musik? - 1 del

Der kan være mange grunde til at høre musik, men har du tænkt på denne mulighed? Ofte hvis man spørger mennesker om hvorfor de har sex, så svarer de at de gør det fordi at det er sjovt og de godt kan lide det. Men det er jo ikke den virkelige grund til sex. Den virkelige grund er at hvis sex ikke var sjovt, så fik vi heller ikke nogen børn. Den virkelige grund til sex er altså at få børn, men hvis man spørger mennesker om hvorfor de har sex, så siger de at det er fordi at det er sjovt. Der er altså en grund til hvad mennesker svarer og hvad der egentlig er grunden. Vi kan som mennesker sagtens være ude af stand til at se hvad der er den virkelige grund til det vi gør. En af de stærkeste evner hjernen har er egnen til at rationalisere, at komme på en god forklaring på noget vi føler eller oplever. Hvis ikke man virkelig tænker sig om, så vil man ofte komme frem til noget som måske ikke altid er sandheden. Nu kunne jeg jo godt spørge dig om du hører musik, og hvis du så hører musik, så kunne jeg jo spørge dig om hvorfor du hører musik. Hvis dit svar blot er fordi at du godt kan lide at høre musik, så er der tale om et halvt svar. Men hvorfor kan du godt lide af høre musik? hvad er det ved musikken, der gør at musik er godt? Når man hører musik, så beskæftiger man sig med noget som sker uden for kroppen og som stimulerer hørelsen. Din koncentration bliver derved flyttet hen til hørelsen. Men måske er det ikke musikken, der er tiltrækkende. Måske er der i virkeligheden tale om at du bare vil undgå at have koncentrationen et andet sted. Forestil dig nu at du ikke hører musik. Hvor vil din koncentration så være i stedet for. Hvis du sidder i et rum helt alene uden musik, så vil du ikke have noget der kan

påvirke dine sanser. Det eneste du så har tilbage du kan koncentrere dig om, er det du allerede har inde i dit hoved. Du er ikke længere koncentreret om noget ydre, men om noget indre. Men hvad nu hvis det indre, er noget du ikke har lyst til at koncentrere dig om. Det kan være at du render rundt med en indre konflikt, som venter på at blive løst, men da det er en svær konflikt, så gør du hvad du kan for ikke at komme til at tænke på den. Det bedste du kan gøre er derfor at koncentrere dig om noget som ikke foregår oppe i dit hoved, men som foregår udenfor hovedet. Du kunne jo tænde for musikken, og blæse de ubehagelige tanker væk. Musik er pludselig ikke længere noget der tiltrækker dig fordi du kan lide musik. Musikken er pludselig blevet til en flugt fra dine egne tanker i stedet for. Måske var det bedst at slukke for musikken, og så erkende konflikten og så løse den. Næste gang du så får lyst til musik, så er det musikken der trækker og ikke en flugt fra noget andet.

Kan du lide musik? - 2 del

Der kan være mange grunde til at høre musik, men har du tænkt på denne mulighed? Jeg mødte engang en mand i Glostrup. Han gik altid med hovedtelefoner i ørerne og spillede høj musik. Det var dengang en walkman brugte kassettebånd. En dag kom jeg i snak med ham sammen med en ven jeg kendte. Det viste sig at han spillede høj musik, fordi han hørte stemmer næsten hele tiden, men når han spillede høj musik, så kunne han som regel ikke rigtig høre stemmerne i hans hoved, men musikken skulle dog være ret høj før det virkede.

Kan man stole på patienter? - 1. del

Forestil dig som udgangspunkt, at jeg har en skizofreni-diagnose, og at jeg nu skal have en samtale med min overlæge. Forestil dig at overlægen nu er interesseret i at finde ud af om jeg hører stemmer eller ej. Overlægen har allerede inden han møder mig, en forventning om at jeg har en psykisk lidelse, for ellers var jeg vel ikke retspsykiatrisk patient (Denne overbevisning skyldes i øvrigt overlægens tro på 'hypotesen om den retfærdige verden' - se tidligere tekst). Hvis jeg siger til overlægen at jeg hører stemmer, selv om jeg i virkeligheden slet ikke hører stemmer. Hvad vil så være overlægens reaktion på min udtalelse? Som udgangspunkt så vil udtalelsen i sig selv ikke få overlægen til at være mistroisk over for min udtalelse, for

det er sikkert en udtalelse han har hørt mange gange før. Det er mit indtryk at en sådan løgn, vil blive accepteret lige med det samme. Overlægen er farvet af det faktum, at det jo ikke strider imod hans normale billede af patienterne. Men hvad nu hvis jeg ikke hører stemmer og jeg siger til overlægen at jeg ikke hører stemmer. Så vil overlægen med stor sikkerhed straks være mere mistroisk over for det jeg siger, for det er ikke helt normalt at en patient med en skizofreni-diagnose siger at han ikke hører stemmer. Men er hele situationen så ikke en anelse forvrænget. I det første tilfælde lyver jeg, men det bliver muligvis ikke betraget af overlægen som en løgn. I det andet tilfælde siger jeg sandheden, men det bliver muligvis set på som en løgn. Denne situation kan kun lade sig gøre fordi at overlægen er farvet og udtrykker en subjektiv mening om det han hører. Grunden til at der er vendt rundt på de to situationer er fordi, at overlægen har nogle forventninger til sine patienter, og overlægen er villig til at strække sin fortolkning af udtalelserne ganske langt for at få indfriet sine forventninger. Hvis det ikke lykkedes for en overlæge, at få indfriet sine forventer ved den første samtale, så kan du være ganske sikker på, at han vil prøve på at få opfyldt sine forventer til patienten ved det næste møde. Vi kan jo trods alt ikke have at overlægen ikke får indfriet sine forventninger til patienterne. Jeg har selv en skizofreni-diagnose. Jeg har nu været indlagt i mere end 4½ år. Jeg har i denne periode haft mange samtaler med mange forskellige overlæger. Jeg har ikke det præcise tal, men jeg vil formode, at jeg mere end 12 gange er blevet spurgt af en overlæge om jeg hører stemmer. Jeg har hver gang sagt nej, af den simple grund at jeg netop ikke hører stemmer. Jeg kan godt se på overlægerne, at de ikke er tilfredse med mit svar. De bliver ved med at spørge mig, med det håb at jeg en dag vil give op og indfri deres forventninger, ved at sige at jeg hører stemmer. Men formålet med en samtale med en patient skal vel ikke være at presse en patient til at lyve, blot så overlægen kan få indfriet sine forventninger? Problemet er ikke om man kan stole på en patient. Problemet er om man kan stole på en overlæge.

Kausalitet

Indledning

Jeg mener ikke at denne tekst er perfekt, men den burde kunne sætte dig i stand til at se, hvad det er der ofte går galt i psykiatrien. Kausalitet er noget som man gør meget ud af at undgå i psykiatrien, for hvis man anerkendte hvordan tingene i virkeligheden er, så ville psykiatrien bryde sammen, og det ønsker man ikke. Det handler om at opretholde illusionen om at psykiatri er noget der virker.

Hvad er kausalitet?
Kausalitet opstår når en aktion (A) medfører en reaktion (C). Kausalitet er når hændelsen (A) fører til resultatet (C). Tid er en vigtig faktor, da årsagen A altid vil komme før effekten C. Det er således ikke muligt for en effekt (C) at komme før årsagen (A). Jeg vil i denne tekst begrænse mig, således at jeg ikke omtaler alle muligheder indenfor kausalitet. Jeg har i denne tekst kun sammenlignet to forskellige former for kausalitet, da det ofte er disse to modeller som overlæger og personale har et problem med at forstå. Jeg har i denne tekst valgt at kalde dem for "Model 1" og "Model 2".

Model 1
Som det fremgår af modellen, fører hændelsen A til resultatet C. I denne model er der kun een hændelse og kun eet resultat. Hvis hændelsen A sker, så vil dette med sikkerhed fører til resultatet C. Man kan også læse forløbet bagfra. Hvis resultatet C er sket, så er det fordi at hændelsen A har fundet sted tidligere.

Model 2
Som det fremgår af modellen, så kan både hændelsen A og hændelsen B føre til resultatet C. I denne model er der to hændelser som fører til det samme resultat. Hvis hændelsen A sker så vil det med sikkerhed medføre resultatet C. På samme måde vil hændelsen B med sikkerhed også føre til resultatet C. Hvis man læser forløbet baglæns, så opstår der imidlertid et problem. Hvis man har resultatet C, så er det ikke muligt at konkludere om det var hændelsen A eller hændelsen B, der førte til resultatet C.

Sammenligning af modeller
I model 1, er det lige meget hvilket vej man læser forløbet, for hvis man har A så vil det altid føre til C. Og hvis man har C så vil årsagen altid være A. Det samme kan ikke siges om model 2. I denne model vil A og B altid føre til C. Men man har et problem hvis man starter med C. Hvis man har resultatet C, så kan man ikke med sikkerhed sige hvad der har ført til dette resultat. Det er således ikke muligt at se om det var A eller B der førte til C, da de begge to netop fører til C.

Kausalitet og medicin - Model 1
Personaler og overlæger er vilde med denne model, for den gør alting let, og man behøver jo nærmest ikke at tænke for at bruge den. Forestil dig at vi har en person som er "ikke-rask" (A). Forestil dig ligeledes at vi senere har den samme person, men nu er han "rask" (C). For at komme fra A til C er vi nødt til at foretage en handling. Det kunne være medicinering af personen. Vi starter således med en "ikke-rask" person (A), og efter opstart på medicin er personen blevet til en "rask" person (C). I denne model er der et meget fast forhold mellem A og C. A førte med sikkerhed til C, og hvis man har C, så ved man med sikkerhed at A var udgangspunktet. Med andre ord. Vi har en person som ikke er rask. Overlægen giver derfor personen medicin, og efterfølgende bliver personen rask. Hurraaa. Medicinen virkede. Konklusion: Medicin er godt.

Kausalitet og medicin - Model 2
Denne metode er personaler og overlæger IKKE glade for. Den er ikke let at bruge og den kræver at man hele tiden skal tænke sig om, og den ødelægger personalet og overlægens illusion om at medicin er godt. Lad os igen starte med en "ikke-rask" person (A) og give denne person medicin. Efter et stykke tid til vil denne person nu være blevet til en "rask" person (C). Men kan man så konkludere at medicinen har virket? Det lyder jo umiddelbart korrekt, eller er det nu også korrekt? Der er jo også muligheden B. Muligheden B er en "rask" person. Hvis man tager en "rask" person (B) og giver ham medicin, så vil han jo også efterfølgende blive til en "rask" person (C). Men har denne person fået noget ud af at spise medicin? Denne model giver et stort problem hvis vi prøver at læse den baglæns. Vi starter således med resultatet "rask" person (C), og vi skal nu finde ud af hvad der førte til denne tilstand. Vi opdager straks, at det ikke kan siges med sikkerhed, da både A og B kan føre til denne tilstand.

Sammenligning - medicin
Der findes ikke målinger som man kan foretage på en person, der kan vise om en person virkelig har en psykisk lidelse eller ej. Hvis en sådan måling fandtes, så kunne vi med sikkerhed vide at en person virkelig havde en psykisk lidelse. Hvis vi så efterfølgende gav en sådan person medicin og personen efterfølgende blev rask, så ville vi med stort sikkerhed kunne sige at personen blev rask på grund af medicinen. Vi ville derfor med stor sikkerhed kunne bruge model 1, da denne model giver en meget fast relation mellem "ikke-rask" og "rask". Virkeligheden er dog altid en anden. Da vi aldrig med sikkerhed kan vide om en person er "ikke-rask" eller "rask", så

vil al form for medicinering altid finde sted efter model 2. Personaler og overlæger bruger altid model 1, selv om denne model i virkeligheden slet ikke kan bruges, og den model som i virkeligheden er den som man burde bruge, vil personalet og overlægen ikke engang anerkende eksistere. Primært fordi at den jo gør at personalet og overlægen er nødt til at erkende at deres arbejde indeholder en stor del usikkerhed, hvis man bruger denne model. Overlæger anerkender ikke usikkerheden i deres arbejde. Hvis de gjorde, så ville det jo medføre at de nogle gange ville tage fejl, og overlæger tager (ifølge overlægerne selv) ikke fejl.

Patienten er velmedicineret

Der står flere gange i min egen journal at jeg har det godt fordi jeg får medicin. Faktisk så er det at bøje virkeligheden en lille smule. Man kan godt sige om en patient at patienten har det godt og at patienten spiser medicin, men det er en bøjning af virkeligheden hvis man fastslår at patienten har det godt netop fordi at patienten spiser medicin. Grunden til at man ikke kan udtale sig om dette er netop fordi at alle patienter i psykiatrien falder ind under model 2 og denne model fastslår at det ikke er muligt at vide om en patient har det godt på grund af medicinen. Udtalelsen er kun mulig hvis man antager at patienten passer ind i model 1. Problemet med model 1 er dog at den intet har at gøre med virkeligheden. Den findes udelukkende oppe i hovedet på overlægen, og der burde den vel egentlig være blevet. Nu vil jeg prøve at flytte opmærksomheden en lille smule og fortælle om noget andet som også har med medicinering at gøre, men bare fra en lidt anden vinkel. Vi starter stadigvæk med model 1. Men i stedet for at se på forholdet mellem den ”ikke-raske” og den ”raske” patient, så vil jeg antage at vi som udgangspunkt rent faktisk har en ”ikke-rask” person, og at denne person nu bliver udsat for både medicinering og ikke-medicinering.

Medicin og ikke-medicin - model 1

Lad os starte med at antage at vi har en ”ikke-rask” person (A). Denne person får nu efterfølgende medicinsk behandling og efterfølgende så bliver han nu til en ”rask” person. Da der er et meget fast forhold mellem tilstanden (A) og tilstanden (C), så ved vi med sikkerhed at hvis man tager en ”ikke-rask” person og giver personen medicin, så vil personen efterfølgende blive til en ”rask” person (C). På samme måde kan vi læse forholdet baglæns. Vi har således en ”rask” person (C) og grunden til at denne person er rask er fordi han tidligere var en ”ikke-rask” person (A) og fik medicin. Denne model er personale og overlæger vilde med, for man kan jo nærmest bruge den med hovedet under armen, og stadig komme frem til et godt resultat.

Medicin og ikke-medicin - model 2

Denne model er personale og overlæger ikke bare utilfredse med, de frygter den, og de gør alt hvad de kan for at nægte dens eksistens, til trods for at det stort set altid er denne model der burde bruges, når man skal forholde sig til behandlingen af en patient. Lad og igen starte med det udgangspunkt at vi antager at patienten er en "ikke-rask" person (A). Vi udsætter nu denne patient for medicinsk behandling. Efter et stykke tid er personen nu kommet i en ny tilstand, personen er blevet til en "rask" person (C). Men er denne person så blevet rask på grund af medicinen? Lad os igen antage at vi har en "ikke-rask" person (B), men denne gang udsætter vi personen for ikke-medicinsk behandling. Efterfølgende har så vi igen en "rask" person (C). Men denne gang er patienten blevet rask UDEN brug af medicin. Hvis vi læser dette forhold baglæns, så får vi et stort problem. Hvis vi starter med tilstanden "rask" person (C), så ved vi dybest set ikke om personen er blevet rask som en følge af medicin (A) eller ikke-medicin (B). Vi har altså en person som er blevet rask, men det er ikke muligt at vide hvorfor personen er blevet rask. Grunden til at vi ikke ved om personen er blevet rask på grund af medicinen eller ej, er følgende: Når man beslutter at en "ikke-rask" person skal have medicinsk behandling, så ændre man også ofte på andre forhold i personens dagligdag. En person som er "ikke-rask" bliver måske startet op på medicin samtidig med at man flytter personen over på en anden afdeling. Men så bliver det umuligt at finde ud af hvad der gjorde at patienten blev rask. Var det fordi at man startede patienten op på medicin eller var det fordi at patienten flyttede afdeling?

Mig selv

På et tidspunkt så blev jeg flyttet. Jeg var på en afdeling med meget støj. Man mente jeg var støjfølsom og derfor skulle jeg have medicin. Jeg fik så medicin og blev efterfølgende flyttet til en afdeling hvor der ikke var støj. Efterfølgende blev jeg så beskrevet i min journal som en patient der havde det godt fordi jeg nu fik medicin. Problemet er bare at jeg ikke fik det bedre fordi jeg begyndte at spise medicin, men fordi at jeg blev flyttet til en anden afdeling hvor der ikke var noget støj. Overlægen tillægger medicinen grunden til at jeg nu havde det godt, selv om det i virkeligheden var flytningen over til en afdeling uden støj, der var den virkelige grund til at jeg fik det bedre. Overlæger anerkender ikke at man kan give en person et bedre liv uden brug af medicin.

Magisk tankegang

Alle børn bliver født med magisk tankegang. Når et barn bliver født, så har

barnet ikke forståelse for årsag og virkning. Magisk tankegang er når man laver en relation mellem to hændelser som ikke har noget med hinanden at gøre, men da hændelserne kommer efter hinanden i tiden, så får barnet den tro, at den ene ting førte til den anden ting. Forestil dig et lille barn, der er til børnefødselsdag. Der er nu en voksen der kommer til at vælte et krus med cacao, og cirka et sekund senere er der en ballon der springer. Barnet oplever et krus der vælter og straks derefter en ballon der springer. Dette får barnet til at tro at ballonen sprang fordi kruset med cacao væltede. Der er i virkeligheden ikke nogen sammenhæng mellem de to hændelser, men da den ene hændelse fandt sted lige efter den anden, så tror barnet nu at når man vælter et krus med cacao, så vil der springe en ballon. Det er et meget godt eksempel på magisk tankegang. Magisk tankegang er således når man oplever en relation mellem to hændelser efter hinanden, som ganske vist kommer EFTER hinanden, men som dybest set ikke har noget at gøre med hinanden. Magisk tankegang er således et barnligt forsøg på at forstå kausalitet. Barnet vil med tiden lære at se forskel på ting som har relation med hinanden og ting som ikke har relation med hinanden. Man kunne kalde magisk tankegang for den barnlige udgave af den voksnes evne til at genkende virkelig kausalitet. Man kan derfor godt se en voksen persons magiske tankegang som et udtryk for at personen endnu ikke er blevet helt voksen på dette område. Jeg oplevede en dag en personale som gav udtryk for at der var et forhold mellem søndage og regn, da hun havde en opfattelse at det ofte regnede på søndage. Jeg kan så oplyse dig, kære læser, at der ABSOLUT ikke er nogen sammenhæng mellem regnvejr og søndage. Voksne personaler kan også have magisk tankegang, og det skuffer mig at en sådan person kan have en stilling på en retspsykiatrisk afdeling, hvor man netop skal forholde sig til patienter som kan have en tankegang som måske ikke er helt perfekt. Hvordan skulle en personale med magisk tankegang dog være i stand til at hjælpe en patient med vrangforestillinger på rette kurs. Det er som at ansætte en blind til at vise vej for de blinde. Hvor dum har man lige lov til at være i retspsykiatrien?

Kausalitet kan godt være meget mere kompliceret end et krus cacao og en ballon der springer. Hvad nu med medicinering af patienter med antipsykotisk medicin? Hvis man har en person som i overlægens øjne er ”ikke-rask” som så bliver udsat for medicinsk behandling og efterfølgende bliver ”rask”, har medicinen så hjulpet patienten, eller er der i virkeligheden bare tale om magisk tankegang. Rækkefølgen kan godt være rigtig, at man har en ”ikke-rask” person, som får medicin og efterfølgende bliver til en ”rask” person. Problemet er bare at personen også bliver udsat for andre forhold

samtidig med at medicineringen finder sted, og det er som regel disse forhold der fører til forandringen fra "ikke-rask" til "rask", men da overlæger generelt kun vil anerkende en forandring som værende sket på grund af medicin, få vil overlægens konklusion om at medicinen virker være et udtryk for magisk tankegang.

Du kan slå følgende op i fx Wikipedia: (GB) Causal_reasoning, Causality, Attribution_(psychology), Deductive_reasoning, Inductive_reasoning, Abductive_reasoning, Counterfactual_thinking, (DK) Kausalitet.

Kedsomhed er en sygdom

Mens jeg var i Birkehus (P5, Nykøbing Sjælland) skete følgende. Birkehus er en åben afdeling, men patienterne må ikke gå ud af afdelingen efter klokken 22.00. Jeg havde en periode hvor flere ting faldt sammen. Jeg havde mest lyst til at være aktiv om aftenen og jeg havde en veninde som ikke havde det ret godt, men som jeg underligt nok ikke kunne få fat i og som ikke havde ringet tilbage til mig i nogle dage. Så jeg havde lyst til at bevæge mig, men jeg bliver jo låst inde kl 22.00. Så jeg valgte at gå rundt på gangene efter kl 22.00 bare for at få lidt adspredelse og motion, for jeg bruger jo trods alt en stor del af mine dage med at være på mit værelse. Man kunne jo godt sige at det var min egen fejl, for jeg burde jo egentlig have lært af min oplevelse med at være i Pilehus, at der ikke findes kedsomhed på retspsykiatriske afdelinger. Personalet fik da heller ikke det indtryk af mine gåture på gangene, at jeg bare kedede mig. Jeg blev straks opfattet som en person der fejlede noget. Det blev sandelig ikke bedre af at jeg nogle gange havde gået med fingeren og kørt den langs væggen på mine ture rundt på gangene. Der gik vel heller ikke mere end ca 14 dage, så var man blevet enige om at jeg skulle tvangsmedicineres, for jeg havde det åbenbart ikke ret godt. Nå, ja - tænkte jeg, hvor dum, kan man være.... næste gang jeg keder mig, så må jeg huske at jeg kun må kede mig nede på mit eget værelse hvor personalet ikke kan se mig, for hvis jeg keder mig ude i afdelingen og personalet opdager det, så skal jeg straks have medicin. Personaler kan ikke gøre noget ved kedsomheden, for det er jo afdelingen der er kedelig. Men hvis det er patienten som ikke har det ret godt. Ja, det kan man sandelig godt gøre noget ved. Patienten skal bare have mere medicin.

Kemisk ubalance i hjernen

Jeg synes at talen om en kemisk ubalance i hjernen mangler nogle nuancer. Jeg gerne vil prøve på at klarlægge nogle af disse nuancer. Der har i efterhånden mange år været talrige diskussioner om hvorvidt psykiske lidelser som fx skizofreni er et udtryk for en ubalance i hjernen eller ej. Nogle psykiatere er fortalere for at der netop er tale om en kemisk ubalance i hjernen. Disse psykiatere mener ofte at man kan rette balancen op igen ved hjælp af fx antipsykotisk medicin, som primært ændret på niveauet af Dopamin i kroppen. Andre er imod denne opfattelse. Disse andre har den opfattelse, at der ikke findes nogen ubalance i hjernen og at antipsykotisk medicin i virkeligheden slet ikke retter en sådan ubalance, og at medicinering med antipsykotiske midler derfor dybest set er nytteløs. Jeg mener at begge parter har lidt ret og tager lidt fejl. Hjernen er dybest set ikke andet end kemi. Alt hvad der sker oppe i vores hjerne er kemi og intet andet. Hele vores sjæl, hvis man vil vælge at kalde den det, er ikke andet end en kemisk process. Alt hvad der sker af gode ting og dårlige ting oppe i vores hjerne er derfor blot et udtryk for kemi. Hvis en person er glad, så er det bare kemi oppe i hjernen og hvis personen er sur, så er det også bare kemi oppe i hjernen. Det er således også kemi i vores hjerne når vi er raske og det er også kemi når vi har en psykisk lidelse. Lad mig lige starte med at tale om det at være sulten. En person, som ikke er sulten oplever netop ikke at være sulten. Men på et tidspunkt så vil personen blive sulten. Sult er dybest set et signal inde i vores nervesystem, som har til formål at sikre at når vi bliver sultne, så vil vi finde noget at spise, så vi holder op med at være sultne. Sulten i sig selv er et udtryk for at der er ved at opstå en ubalance i kroppen, og at denne ubalance bør genoprettes. Man kan genoprette balancen ved at spise noget. Ubalancen er ikke et udtryk for at personen har brug for medicin for at genoprette ubalancen. Man kunne godt spise coca-blade, for de fjerner nemlig sult, men de fjerner ikke behovet for mad. Coca-blade fjerner kun følelsen af sult, men kroppen vil stadig være sulten. Når vores hjerne kommer i ubalance, så har den ikke brug for medicin. Det har brug for at man finder ud af hvad der skabte ubalancen, så man igen kan komme i balance. En ubalance i hjernen kan ikke helbredes med medicin. Man kan godt undertrykke tegn på ubalance med medicin, men ubalancen vil stadig være i hjernen. Det nytter ikke at give medicin i et forsøg på at rette en ubalance i hjernen. Medicinen har næsten samme effekt, som hvis man kastede en håndgranat ind i hjernen. Medicin laver kun ballade i hjernen, og jeg er skuffet over at der findes så mange mennesker, der får alt for meget nytteløs medicin. Meget groft set, så kan man dele ubalancer i hjernen op

i to grupper. Hurtige og langsomme ubalancer. Sult er en hurtig ubalance for den opstår blot nogle timer efter du sidst spiste mad. Depression eller skizofreni er meget langsomme ubalancer. En hurtig ubalance kan opstå hurtigt, men den forsvinder også hurtigt igen, så snart du spiser noget mad. En langsom ubalance er lang tid om at opstå og nå den er opstået er det en langsom process at få den til at forsvinde igen. Psykiske lidelser er et udtryk for ubalancer i vores hjerne. En person med en ubalance i hjernen skal ikke have medicin, da medicinen kun dæmper tegn og symptomer på ubalancen. Medicin kan på ingen måde fjerne en ubalance i hjernen. Patienten skal derimod have hjælp til at forstå at der er tale om en kemisk ubalance i hjernen, og at denne ubalance kan bringes tilbage i balance, men at det kræver at patienten er indstillet på at gøre en indsat på at komme tilbage i balance. Patienten skal forstå at ubalancen var lang tid om at opstå, og at den også vil være lang tid om at forsvinde igen.

Klagevejledning

Der er nogle ting man skal gøre sig klart når man gerne vil skrive en klage. Jeg vil gerne give en kort beskrivelse på hvordan du kan skrive en klage på baggrund af hvordan jeg selv skriver mine egne klager.

Fremsendelsesmetode
Du skal tage stilling til hvordan du vil fremsende din klage. En klage kan sendes som almindeligt brev, som fax eller mail. Hvis du sender et brev, så kan du sende brevet ved blot at komme det i en postkasse, aflevere det på posthuset med indleverings-attest eller også på posthuset som rekommanderet (anbefalet) brev. Der findes kun en metode når man sender en fax. En fax udskriver som regel en kvittering på at faxen er blevet modtaget i den anden ende. Du skal huske at gemme denne kvittering. Fordelen ved at sende et brev med indleveringsattest er at du har et bevis på at du har sendt en klage. Fordelen ved at sende et brev anbefalet er at du er helt sikker på modtageren får brevet. Hvis det ikke lykkedes postvæsenet at aflevere brevet personligt til modtageren, så vil du få brevet retur fra postvæsenet. Du kan sende mail på to måder. Enten som en almindelig mail, eller du kan sende en sikker mail. Ulempen ved en almindelig mail er at du ikke har mulighed for at skrive din klage under. Dette er dog muligt med sikker mail. Du bør som udgangspunkt ikke sende almindelige mails med personfølsomme oplysninger som fx cpr-nr og lign.

Hvem skal have klagen
Du skal undersøge hvilken myndighed der skal have klagen. Der findes ret mange forskellige myndigheder som man kan klage til. Hvis man sender sin klage til den forkerte myndighed, så vil det forsinke behandlingen af klagen. Nogle myndigheder sender selv klagen videre til rette myndighed. Andre myndigheder sender klagen tilbage til afsenderen.

Hvad vil du gerne klage over
Det er vigtigt at du sætter dig ind i hvad det egentlig er du vil klage over. Hvis du ikke er præcis nok, så kan de være at den myndighed du sender klagen til, sender klagen tilbage til dig med henblik på at få præciseret hvad det er du egentlig klager over. Dette forsinker klagen unødigt.

Du skal sikre dig dokumentation, der kan understøtte din klage
I visse tilfælde kræves der ikke dokumentation. Indre tilfælde er det nærmest altafgørende at du har din dokumentation i orden. Du skal derfor sikre dig at din klage indeholder tilstrækkelig information til at den kan behandles.

Skal der bruges en klageformular
Nogle steder ønsker de at man bruger en klageformular. Andre steder kan man selv vælge om man vil bruge deres formular eller ej.

Klager du for dig selv eller en anden
Hvis du klager for en anden end dig selv, så skal du sikre dig at du har en fuldmagt fra den som klagen gælder. I visse tilfælde kræves det ikke en fuldmagt.

Hvad betyder en underskrift
Det er altid en god idé at sende et brev der er underskrevet. Rent juridisk er et brev ikke gyldigt med mindre det er skrevet under.

Undersøg om klagen har opsættende virkning
I visse situationer har en klage opsættende virkning. Det betyder ganske enkelt at et indgreb som fx tvang ikke kan iværksættes før der er taget stilling til klagen.

Manglende svar
Hvis du efter nogle uger ikke har modtaget en bekræftelse på at modtageren har modtaget klagen så skal du skrive til dem igen og bede dem bekræfte

modtagelsen af klagen. Hvis de ikke har modtaget klagen så skal du sende dem en ny. Det er altid en god idé at have en kopi af klagen samt eventuel formular som man har fremsendt hvis det bliver nødvendigt at fremsende en kopi.

Klagen skal indeholde

Modtagerens navn og adresse
Datoen for hvornår brevet er skrevet
Overskrift med ordet "KLAGE", så modtageren ved det er en klage
En sagsfremstilling
En eventuelt udfyldt klageformular
En eventuel fuldmagt
Afsenders navn og adresse
Oversigt over vedlagt materiale
samt vedlagt materiale
samt en UNDERSKRIFT

Svar på din klage

Når du får svar på din klage så skal du undersøge om der nu også rent faktisk bliver svaret på det du har klaget over. Ofte vil det være de ting, der IKKE bliver svaret på, som er interessant at kikke på. Dette bør efterfølgende kommenteres i et nyt brev til modtageren af klagen.

Klarsyn

Alle mennesker har tanker. Nogle tanker er mere lucide (klare) end andre tanker. I den ene ende af dette kontinuum har vi de illusoriske tanker (illusionerne) og i den anden ende har vi de lucide (klare) tanker. En faktor som vil have stor indflydelse på hvor dine tanker vil ligge i dette kontinuum, vil være dine følelser. Dine følelser er et tankeværktøj som skal sikre din overlevelse som individ. Dine følelser vil derfor være tilbøjelige til at påvirke din tankegang på en sådan måde at dine tanker og handlinger på bedste måde kan sikre din overlevelse. Det betyder også at dine følelser vil blive ved med at påvirke og bøje dine tanker indtil de er en fordel for din overlevelse. Det er altid godt at overleve, men man skal huske at overlevelsen derved altid har en pris. Prisen du skal betale for denne overlevelse er et forvrænget billede af den virkelige verden. Der vil således være en stærk sammenhæng mellem din overlevelse (følelser) og dit klarsyn på verden.

Jo stærkere dine følelser påvirker dine tanker, jo større vil chancen være for at du har et forvrænget verdensbillede. Der er i sig selv ikke noget galt i følelser. Man skal bare lære at forstå og acceptere den effekt følelserne har på vores forståelse af verden. Jeg prøver ikke på at fortælle dig at du skal være uden følelser. Jeg prøver på at lære dig at forstå er der er situationer hvor følelser er helt i orden, men at der samtidig er tidspunkter hvor følelser kan forhindre dig i at træffe fornuftige beslutninger. Følelser skal ikke udryddes. Følelser kan og skal dog kontrolleres i visse situationer. Hvis du kommer ud for en ulykke, så nytter det ikke at du stiller dig op og tuder midt i det hele. Så er det i orden at slå følelserne fra og finde den handling som bedst kan få dig ud af en eventuel farlig situation. Alle mennesker har illusioner og alle mennesker har vrangforestillinger. Det som adskiller de normale fra de unormale er ikke om disse illusioner og vrangforestillinger er til stede eller ej. Det som er forskellen er mængden af illusioner og vrangforestillinger de enkelte mennesker er i besiddelse af. Det er ikke optimalt at være normal. Der findes mennesker som er både mere og mindre klarsynet end de normale. Som normal skal man huske på at vi er født med en indbygget Jantelov, som skal sikre vores overlevelse. Vi kan ikke fjerne denne indbyggede funktion, for den er en del af vores hjerne, sådan er det bare. Men vi kan lære at forholde os til vores følelser. Det kræver stor øvelse gennem mange år, at blive i stand til at slå følelserne fra når der skal tages beslutninger i vigtige situationer. Nogle mennesker forguder nærmest deres følelser, men disse mennesker har en illusion. Disse mennesker har så stærke følelser at følelserne i sig selv er så stærke at hjernen ikke er i stand til at forstå at følelserne er med til at opretholde en illusion om verden som ikke er korrekt. Hvis du er i dine følelsers vold, så skal du ikke regne med at du kan se verden som den i virkeligheden er. Din intuition om verden er ikke bedre end dine følelser giver dig lov til.

Kognitiv belastning

Generelt

Kognitiv belastning er egentlig bare et udtryk for hvor meget et individ tænker. Hvis en person tænker lidt så har personen en lav kognitiv belastning og hvis personen tænker meget, så har personen en høj kognitiv belastning. Alle mennesker tænker forskelligt og de tænker heller ikke lige meget. Man kan dog godt sige noget generelt om menneskers kognitive belastning igennem livet, da vi belaster vores hjerne forskelligt i de forskellige perioder af vores liv. Når et barn bliver født, så kender det ikke verden. Barnet skal derfor til at lære verden at kende. Dette er utroligt krævende og barnet er derfor udsat for en ganske enorm kognitiv belastning. Efterhånden som barnet lærer verden at kende falder den kognitive belastning af barnet hjerne. Når individet når puberteten begynder den kognitive belastning nu at falde og efter nogle år falder den ned på et niveau som den efterfølgende vil være i i en del år. Når personen kommer i 40'erne, så vil den kognitive belastning af hjernen nu langsomt begynde at stige, og det vil de gøre indtil individet dør. Men denne gang opstår den kognitive belastning på grund af hjernens degeneration. Hjernen er med andre ord begyndt at blive dårligere og dårligere til at udføre sit arbejde, og det er nu mere og mere krævende for individet at udføre opgaver som ellers var lette dengang individet var i puberteten. Menneskets kognitive belastning ændre sig altså gennem livet, og kurven er ikke liniær. Dette er den generelle beskrivelse af hjernens kognitive belastning gennem livet, men den er ikke helt ens for alle mennesker. Jeg vil derfor bruge mig selv som et eksempel på en kurve som ikke er magen til den jeg her lige har beskrevet.

Mig selv

Dengang jeg blev født kendte jeg ikke verden. Jeg var derfor nødt til, lige som alle andre, at lære den at kende. Dette medførte en høj kognitiv belastning for min hjerne, på samme måde som for alle andre. Jeg kom i puberteten, lige som alle andre og indtil nu havde min kurve fulgt den generelle kurve som ovenfor beskrevet. Men i puberteten ændrede tingene sig for mig i forhold til den generelle kurve. Egentlig burde min kurve begynde at falde og således også min kognitive belastning, men for mig blev den kognitive belastning ved med at være høj. Men hvorfor dog det? Jeg var tydeligvis ikke tilfreds med min egen forståelse af verden, og jeg forblev derfor i en tilstand hvor min hjerne blev ved med at prøve på at forstå verden, hele tiden bedre og bedre. Dette nærmest kroniske forsøg på at forstå verden, medførte at min kognitive belastning blev ved med at

være utrolig høj. Til sidst blev belastningen så høj at min hjerne nærmest nedsmeltede som en reaktor. Dette førte til at jeg blev indlagt på Nordvang i ½ år. Efterfølgende kan man ikke rigtigt sige at min kognitive belastning faldt, men jeg lærte at forholde mig til mine tanker på en anden måde. Jeg har efterfølgende lært utroligt meget om verden. Man skulle tro at dette så ville medføre at min kognitive belastning ville falde, men nej. Efter jeg endelig følte at jeg havde lært verden at kende, så var det ikke længere nødvendigt for min hjerne at have en høj kognitiv belastning, for jeg forstod verden, sådan mere eller mindre. Jeg kom nu i en ny situation. Min hjerne havde i så mange år været under konstant kognitiv belastning at jeg ganske enkelt ikke kunne holde op med at tænke kraftigt. Men hjerne har vænnet sig til at være udsat for konstant høj kognitiv belastning, så nu kan den slet ikke lade være med at opretholde denne høje belastning. Hjernen tilpasser sig det miljø den eksistere i og min hjerne har eksisteret i et miljø hvor den har været højt belastet i så lang tid, at det kan siges om mig at det er blevet normalt for min hjerne at køre i et højt gear og med høj fart. Det føles ikke ubehageligt for mig længere at hjernen er under konstant høj belastning. Faktisk får jeg nu den omvendte følelse af andre. Hvis jeg prøver på at sænke den kognitive belastning, så oplever jeg en form for stress. De fleste andre mennesker ville nok opleve stress hvis de var i min normale tilstand. Min hjerne har tilpasset sig sit miljø både kemisk og elektrisk oppe i min hjerne. Denne tilstand er min normale tilstand, og det giver mig ro at være i denne tilstand.

Mig og antipsykotisk medicin

Antipsykotisk medicin har den uheldige effekt at det ødelægger hjernens kognitive evne. Da jeg har en høj kognitiv belastning, så medføre det at jeg vil opleve en meget højere følelse af dæmpning af mine kognitive evner end gennemsnittet. Dette gør at antipsykotisk medicin har en nærmest ekstrem skadelig effekt på mit psykiske velbefindende. Jeg bliver forhindret i at opretholde min normale kemiske balance i hjernen og dette medfører stor stress for mig. Hvis ikke jeg direkte ender med at dø af det antipsykotiske middel, så vil jeg muligvis dø indirekte af det antipsykotiske middel, for det medfører en stress som er så høj at jeg muligvis dør af stress i stedet for. Jeg finder det forkert at psykiatere kan tro at jeg har gavn af antipsykotisk medicin, når den nu kan ende med at slå mig ihjel.

Til slut

Der er mange der mener, at det ikke er sundt at tænke for meget fx de religiøse. De er bange for hvad man kunne finde på at opfinde af spørgsmål

imod deres religion (se fx DSM-5, side 834, kufungisia). Hvis kognitiv belastning i sig selv var en psykisk lidelse, så skulle alle børn og ældre mennesker jo have en diagnose, men dette er gud ske lov ikke sket endnu. Men hvad så med alle de mennesker som har en alder mellem barndom og alderdom? De kan faktisk også være kognitivt belastet (fx mig), men det er ikke nødvendigvis et problem og slet ikke en lidelse. Hvis den kognitive belastning bliver for stor, så går det ud over vores motorik, men det er en anden historie. Den kognitive belastning er stor hos folk der lyver, hvilket går ud over løgnerens motorik, men det er også en anden historie. Pupillen udvider sig, hvis du bliver udsat for kognitiv belastning, men det er sørme også en historie til en anden tekst. Kognitiv belastning er ikke en lidelse eller sygdom, det er bare en tilstand, på samme måde som fx graviditet.

Se også: http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_load

Kom ind!

På vores afdeling må patienterne ikke gå ind på personalets kontor. Det er mit indtryk, at denne regel findes på alle psykiatriske afdelinger. Døren til personalets kontor på vores afdeling er som regel altid lukket. En gang imellem skal en patient sige noget til personalet ind på kontoret. Patienten banker så på døren. Personalet råber så tilbage: *"Kom ind!"*. Det er jo egentlig lidt sjovt, at personalet råber *"kom ind!"* til patienten, når nu patienten faktisk ikke må gå ind på kontoret. En del patienter med skizofreni, har en ringe abstrakt tankegang. Disse patienter vil derfor uden videre bare gå ind på kontoret, når de nu lige har fået lov til at gå ind på kontoret. I det øjeblik patienten så træder ind på kontoret, så siger personalet straks til patienten, at patienten altså ikke må gå ind på kontoret. Det er næsten som om, at personalet lokker patienten til at gøre noget forkert. Personaler har generelt næsten ingen evne til at sætte sig ind i hvordan denne type patienter tænker. Men hvad laver disse personaler så på en retspsykiatrisk afdeling?

Kom ud af tvangsmedicineringen

Denne tekst henvender sig til den patient, som netop har tabt en sag ved Patientklagenævnet om tvangsmedicinering, som betyder at patienten nu skal tvangsmedicineres. Hvis overlægen har fået medhold i at du skal

tvangsmedicineres, så skal du bede om en samtale med din overlæge. Ved denne samtale, skal du fortælle dig overlæge, at du nok skal tage medicinen frivilligt, og at medicineringen derfor ikke behøver at foregå med tvang. Hvis overlægen går med til dette så opnår du som patient noget meget interessant. Der sker jo netop det, at tvangen ophører. Når du så har spist medicinen i et par dage, eller du skal have din indsprøjtning næste gang, så skal du blot sige nej til medicinen. Da du jo netop på dette tidspunkt ikke er under tvang, så kan de heller ikke tvinge dig, da tvangen jo er ophørt. Dette medfører, at overlægen nu skal starte helt forfra, og starte en ny sag ved Patientklagenævnet, og så har du lige fået cirka 3 uger mere uden medicin. Overlægen vil nok blive sur på dig, for du har jeg blot for nogle dage siden sagt til overlægen, at du nok skulle spise medicinen, men det skal du ikke tage dig af. For dig som patient, så handler det om overlevelse, og så skal du ikke bruge tid på at gøre overlægen tilfreds. Der er ikke tale om snyd. Som patient bruger du bare de regler der er på området til din egen fordel. hvilket jo i øvrigt er hvad overlægen gør hele tiden over for dig som patient. Hvis overlægen ikke går med til at du spiser medicin frivilligt, så er han jo automatisk med til at indføre mere tvang på afdelingen, og det ser ikke godt ud i hverken overlægens eller afdelingens statistik, da der jo bliver talt meget i øjeblikket om at nedbringe tvangen i psykiatrien.

Kommunikation med sig selv

Indledning
Denne tekst handler også om et afgrænset emne. Teksten handler om hvordan vi kommunikerer med os selv på forskellige niveauer. Der findes grundlæggende 3 metoder, som jeg vil beskrive i denne tekst. Metoderne er opdelt på følgende måde: 1) tanker, 2) bio-feedback og 3) Refleksion. Af pædagogiske grunde blive de dog forklaret i rækkefølgen: 1, 3 og 2:

1. Tanker
Vi tænker allesammen. Som regel tænker vi uden egentlig at tænke over at vi netop tænker. Tanker er noget der foregår inde i hovedet. At tænke er noget vi kan gøre alene, og det kræver ikke andres hjælp. Tanker er hurtige og nogle gange FOR hurtige. Når vi tænker, så bruger vi ikke nødvendigvis hele hjernen. Der er egentlig ikke rigtig noget for mit at fortælle om vores tanker. Jeg har udelukkende dette punkt med, da det kan danne en kontrast til de to øvrige punkter, som er det egentlige emne for denne tekst.

3. Refleksion

En gang imellem kan det være en god idé at få lidt hjælp, når der skal tænkes. En af disse metoder kaldes for refleksion, og det gøres som regel bedst sammen med en terapeut, som har erfaring med netop refleksion. Refleksion kræver at man har en person (terapeut) man kan tale med, og som kan give refleksionen. Det behøver ikke nødvendigvis at være en terapeut. Det kan også godt være fx en god ven eller kæreste. Det som adskiller refleksionen fra en almindelig samtale, er den måde hvorpå samtalen foregår og dens formål. Formålet med refleksionen er at personen (patienten) skal støttes i sin tænkning. Det terapeuten der giver denne støtte. Patienten fortæller sine tanker til terapeuten, og terapeuten, fortæller så patienten hvad det er terapeuten har hørt patienten sige. På denne måde, så får patienten sine egne tanker fortalt med terapeutens ord, og patienten kan nu høre terapeuten fortælle patientens tanker tilbage til patienten. Det er faktisk ret stimulerende at tale med en terapeut på denne måde, og det giver patienten en stor indsigt i sine egne tanker, og det er en stor hjælp for terapeuten. Refleksion adskiller sig fra den almindelige tænkning ved at patienten er nødt til at sætte ord på sine tanker og sige dem til terapeuten ved brug af sin mund. Terapeuten fortæller så patientens tanker tilbage til patienten og patienten får nu sine egne tanker tilbage gennem ørerne og ind i hovedet. Refleksion er godt, men det kræver trods alt at man har en terapeut som man kan tale med.

2. Bio-feedback (at tale med sig selv, self-talk)

Den sidst metode, som jeg vil beskrive, ligger lige midt imellem 1) tankerne og 3) refleksionen, og det er 2) At tale med sig selv. Formålet med at tale med sig selv er bio-feedback. Når en person tænker, så farer tankerne rundt oppe i hovedet på personen. I det øjeblik personen sætter ord på sine tanker og siger dem, så kan personen også samtidig høre sine egne tanker, og der opstår bio-feedback. Personen har nogle tanker. Personen sætter ord på tankerne og siger dem højt. Personen hører sine egne tanker med ørerne og tankerne kommer tilbage ind i hovedet igen. Det er bio-feedback. Ved at tale med sig selv, opnår personen, at en meget større del af hjernen bliver aktiveret som en del af tænkningen, og dette fører til en meget bedre form for tænkning. At tale med sig selv har mange fordele. Hvis du sammenligner metoden med refleksion, så vil du opdage, at der faktisk sker det samme når man taler med sig selv, som når man er til refleksion sammen med en terapeut. Ved refleksion sætter du ord på dine tanker og siger dem til terapeuten. Terapeuten siger så dine tanker tilbage til dig, og du hører nu dine egne tanker. Faktisk er selv grundmodellen den samme. Du tæn-

ker. Du siger dine tanker med din mund. Du hører dine egne tanker med dine ører og du får nu fået dine egne tanker tilbage i hjernen ved brug af din mund og dine ører. At tale med sig selv er lige så godt som refleksion, og så slipper man for terapeuten. Og man kan altid gøre det. Man er ikke afhængig af at have en aftale med en terapeut. Og så er det meget billigere. Inden for den Kognitive adfærds-terapi (Cognitive behavioral therapy) opfordre man ofte patienten til at lære, at tale med sig selv på en positiv måde (self-talk). Denne terapi-form har nok ikke en chance for at blive indført på en retspsykiatrisk afdeling, hvor alle personaler og psykiatere har den faste tro, at hvis en patient taler med sig selv, så er patienten da selvfølgelig skizofren. At tale med sig selv, er en god metode til bedre at forstå sine egne tanker, men metoden bliver undertykt af det faktum, at mange tror at en person taler med sig selv, fordi personen nok fejler noget, og det er synd. Mennesker undlader ofte at tale med sig selv, at skræk for hvad andre mennesker tænker om dem. Det er kun de mennesker, som ikke går op i hvad andre tænker om dem, der er tilbøjelige til at tale med sig selv. Hvis du går meget op i hvad andre tænker om dig, så er du meget lidt motiveret for at tale med dig selv, og du går glip af en meget god form for selv-terapi. Der er tale om en gavnlig funktion, som de fleste mennesker undgår, alene fordi at det er udbredt at tænke negativt om folk, der taler med sig selv. Der er tale om en form for stigmatisering af en naturlig form for selv-terapi. Man kan også se det at tale med sig selv, som en form for refleksion, som man gør med sig selv. Man kunne godt kalde det for terapi, bare uden en terapeut. Der er forskel på at tænke en ting, og så sige den højt, så man selv kan høre den. Biofeedback-metoden (at tale med sig selv) er faktisk delvis anerkendt af de fleste mennesker, men kun i visse situationer. Jeg har ofte hørt andre sige følgende sætning: *"Nu hvor du siger det, kan du så godt selv høre at det lyder underligt?"*. Grunden til at vi bruger denne sætning er fordi, at vi faktisk godt ved at det gøre en forskel at høre sine egen tanker i stedet for blot at tænke dem. Når vi bruger denne sætning over for andre personer, så anerkender vi faktisk at bio-feedback er en god ting. Det som dog er underligt er, at vi kun anerkender bio-feedback i netop denne situation, og ikke i alle andre situationer. Grunden til at vi kun anerkender denne ene sætning, skyldes muligvis at vi er bange for at andre mennesker skal se os som syge, hvis vi går rundt og taler med os selv, men der er intet at være bange for. Hvis man taler med sin hund, så kunne man godt sige, at man taler med sig selv. Man bruger bare hunden som en form for camouflage, så andre ikke opdager at man i virkeligheden bare taler med sig selv. Det er socialt acceptabelt at tale med sit kæledyr. Men hvorfor skal vi dog bruge et kæledyr for at tale med os selv? Det sidste du skal gøre er at holde op med

at tale med dig selv, blot fordi andre tror at du er syg. Du er IKKE syg fordi du taler med dig selv. Du er derimod smartere end dem, der ikke taler med sig selv, for du gør brug af bio-feedback, OG DET VIRKER.

Kompliance i retspsykiatrien

Hvad er kompliance? Kort fortalt så handler det om at få en patient til at gøre som psykiateren anbefaler. Hvis en psykiater synes du skal have fx Seroquel og du accepterer hans forslag og spiser Seroquel så er der tale om kompliance. Retspsykiatrien handler om magt. I retspsykiatrien skal alle patienter behandles med medicin uanset om de egentlig behøver det eller ej. Det vil sige at der opstår en magtkamp mellem psykiater og patient. Ofte vil det dog være patienten der taber, og det skyldes flere forskellige ting. Den svage patient er en patient som blandt andet har ringe uddannelse og manglende viden om retspsykiatrien. Den svage patient vil som regel ofte meget let komme til at handle forkert og ende med at blive tvangsmedicineret. Denne patientgruppe vil have den største kompliance med tiden, for de føler at de ikke kan stille noget op imod overlægens magt. Overlægens magt er dog ofte en illusion. Den er en illusion for overlægen for han tror at han har magt, men den er også en illusion for patienten, for patienten tror også at overlægen har magt. Den stærke patient har blandt andet uddannelse og kendskab til retspsykiatrien. Hvad gør den stærke patient? Han stritter imod. Konklusion det handler i retspsykiatrien om netop ikke at skabe stærke patienter, for de er generelt meget lidt "samarbejdsvillige", netop på grund af deres psykiske styrke og robusthed. Man skal ikke regne med særlig stor kompliance fra en stærk patient. Hovedreglen i retspsykiatrien er at en patient skal behandles, men patienten skal endelig ikke hjælpes på en sådan måde at patienten får en større selvtillid og viden om retspsykiatrien, for dette vil drastisk nedsætte patientens kompliance og det ønsker man sandelig ikke i retspsykiatrien. Jo mere man kan holde en retspsykiatrisk patient nede jo større chance er der for kompliance.

Koncentration om egne tanker

Der er forskellige former for koncentration. Denne tekst handler om at koncentrere sig om sine egne tanker. Når man ønsker at koncentrere sig om sine egne tanker, så er der et ønske om at udelukke signaler fra sanserne, da det kræver energi, at behandle signaler fra sanserne. Hvis der er støj,

så skal hjernen bruge energi på to ting samtidig. For det første, så skal der bruges energi, på det man egentlig ønsker at koncentrere sig om og som man tænker på. Det næste der skal bruges energi til, er at lukke signaler ude fra sanserne. Nu er det ret hårdt at bruge energi på begge ting samtidig. Der findes derfor et lille trick som de fleste bruger, når de skal koncentrere sig om sine tanker, og det er at sørge for at der ikke er støj, som rammer sanserne. Vi kender det fra eksamens-situationen, hvor eleverne bliver bedt om at være stille, og hvor selve eksamen foregår i stille omgivelser. Ved at fjerne signaler som kan forstyrre vores sanser, så behøver hjernen ikke længere at bruge energi på at lukke sanserne ude, og hjernen sparer derved energi. Denne energi kan nu i stedet for bruges til at opretholde koncentrationen om det man tænker på. Man kan se på koncentrationen på flere måder. En person, der har brug for at koncentrere sig, har brug for ro, så han har mere energi til at koncentrere sig om at tænke. Omvendt, hvis man ikke tænker særligt meget, så kræver det heller ikke ret meget ro. Hvis hjernen ikke prøver på at koncentrere sig om noget, så er der jo heller ikke nogle tanker, der kan blive forstyrret at støj. Med andre ord. Mennesker, som ikke lader sig forstyrre af støj er muligvis mennesker, som ikke har ret stor koncentration om noget som helst. Dette kommer til udtryk på den retspsykiatriske afdeling på følgende måde: En frisk patient, som er i stand til at koncentrere sig, vil også blive forstyrret, hvis der er støj på afdelingen. Dette fører til en klage til personalet. Personalet skal så forholde sig til denne klage. Patienter som spiser meget medicin, har generelt meget ringe evne til at koncentrere sig. Da disse patienter netop ikke kan koncentrere sig, så vil støj heller ikke forstyrre deres tanker, af den simple grund, at medicinen forhindre dem i at have tanker. Disse patienter klager ikke over støj på afdelingen, af den simple grund at den ikke genere, fordi der jo ikke er nogen tanker som støjen kan genere. Set med personalets øjne, så er det jo langt bedre at have patienter indlagt som spiser meget medicin, for de vil være meget lidt tilbøjelige til at klage over støj. Hvorimod friske patienter som ikke spiser medicin, vil være friske. De vil kunne koncentrere sig og når deres koncentration bliver brudt af støj på afdelingen, så klager de. Denne slags patienter er en belastning for personalet, for de kræver hele tiden at personalet skal tage sig af deres klager over støj. Det vil således ikke være patienten i sig selv, som danner grundlag for hvor meget medicin patienten skal have. Der vil derimod være støjniveauet i afdelingen, som vil danne grundlag for hvor meget medicin man giver til patienterne på afdelingen. Hvis en patient klager over støj hele tiden, og personalet derfor kalder en sådan patient for støjfølsom, så skal det ikke ses som et tegn på psykisk lidelse, men derimod et tegn på at patienten er frisk, for patienter

som er bedøvet af medicin, er ikke i stand til at klage, det har de ganske enkelt ikke energi til. At give de 'raske' patienter medicin fordi de klager over støj, er den omvendte verden. At give de raske patienter medicin indtil de bliver lammet af medicinen er forfærdeligt. Der er tale om at afdelingens problemer med støj bliver løst forkert. Den rigtige måde at løse problemet på er at fjerne støjen. I stedet for, så giver man patienterne medicin, så de til sidst er ude af stand til at reagere på støjen. Egentlig burde rækkefølgen være følgende: Formålet med behandlingen af patienterne burde være at gøre patienterne så raske og friske som muligt. Patienter, som er vågne og friske og som klager over støjen i afdelingen, burde anset som friske patienter og burde derfor forsøges udskrevet. Patienter, som ikke oplever den støj der er på afdelingen, bør ses som patienter der er overmedicineret, for de er ikke i stand til at sanse deres omgivelser.

Konference-regel

Den 5. januar 2015 havde jeg min første konference med min nye overlæge. Vores afdelingssygeplejerske var med til mødet. Inden mødet startede, sagde afdelingssygeplejersken, at man havde indført den regel, at inden mødet startede, så skulle patienten lige have lov til at sige et par ord. Det var jeg faktisk ret glad for, for jeg havde nemlig skrevet en seddel med ca 10 punkter, som jeg gerne ville starte med at fortælle. Så jeg læste op af min seddel for overlægen.

Det første punkt var: "Jeg har været indlagt i næsten 5 år i retspsykiatrien, så jeg ved mere om retspsykiatri end du gør!". Og så brugte jeg ellers lige 4 minutter på at slå overlægen oven i hovedet, så var banen da vidst kridtet op. Den næste konference jeg var til med min overlæge var den 27. april 2015. Denne konference startede lidt anderledes end konferencen den 5. januar. Denne gang fik jeg ikke lov til at starte med at sige et par ord. Der var altså lavet om på reglerne siden sidste konference. Måske var det for meget for overlægen, at starte en konference med at blive slået oven i hovedet.

Konkret tænkning

Indledning
Det er vigtigt at være vågen, når man læser dokumenter, som beskriver en patient, for ofte er der fejl i det skrevne, som ikke umiddelbart er til at

genkende som fejl, med mindre man er vågen. *"Konkret tænkning"* er blot endnu en af disse fejl, som gerne skulle fanges og fjernes.

Min behandlingsplan
Følgende sætning står i min behandlingsplan fra den 21. maj 2015, under punkt 2: *"...Der er tale om både tankeforstyrrelser med konkret tænkning og vag samt omstændelig tankegang..."*

Barnets udvikling
De fleste voksne mennesker har evnen til både at forstå konkret og abstrakt tænkning. Vi er dog ikke i besiddelse af begge evner, når vi bliver født. Barnet bliver født med evnen til konkret tænkning. Først når barnet når en vis alder begynder barnet at kunne forstå abstrakt tænkning. Alle mennesker er således i stand til konkret tænkning, men det er (desværre) ikke alle mennesker der opnår evnen til at tænke abstrakt, når de bliver voksne. ALLE mennesker er således i stand til konkret tænkning, med mindre der er tale om en meget voldsom forstyrrelse af de kognitive funktioner.

Barnum-effekt
Barnum-effekt er når jeg siger noget om en konkret person, og giver det indtryk at der er tale om noget, der er specielt ved denne person, selv om det i virkeligheden er noget, man kan sige om alle mennesker. Forestil dig følgende: Jeg har undersøgt en patient, og er nu kommet frem til at patienten er skizofren fordi han har to fødder. Jamen!... alle mennesker har da to fødder...! Ja, netop...Det er Barnum-effekt. Det samme gælder, når man beskriver en patient, som en person med konkret tænkning, for alle mennesker kan da tænke konkret. Hvis man bruger "konkret tænkning" til at beskrive en patient som ikke er god til abstrakt tænkning, så har man vendt tingene på hovedet, og der opstår Barnum-effekt. Det er jo faktisk ret simpelt. Hvis en patient har problemer med sin abstrakte tankegang, så skal man skrive netop dette om patienten.

Konkret eller abstrakt tænkning
Det er ikke i sig selv et tegn på fx skizofreni hvis en patient tænker konkret, for alle kan jo tænke konkret. Problemet opstår i det øjeblik personen ikke kan tænke abstrakt og derfor KUN tænker konkret. Det er meget vigtigt at forstå forskellen på *"konkret tænkning"* og *"manglende abstrakt tænkning"*.

Tolkning af patienten

Hvis man er 'normal', så vil man selv kunne bestemme om en sætning skal forstås konkret eller abstrakt (symbolsk). Det handler om at kunne forstå sætningen i den sammenhæng, hvor den bliver sagt (pragmatik). Personaler som ikke kan forstå detaljer, eller som har problemer med detaljer, vil automatisk tro, at patienten har problemer med abstrakt tankegang, for patienten udtrykker noget som personalen ikke kan forstå, og så må det da være fordi at patienten har en psykisk lidelse. Det kunne aldrig falde en personale ind, at det nok bare er personalen selv, der ikke magter at forstå en konkret sætning på en konkret måde. I det øjeblik en personale bliver bevidst om at konkret tænkning kan være et tegn på psykisk lidelse, så vil denne personale automatisk og ubevidst begynde at tage afstand fra den konkrete tænkning, af skræk for at andre personaler eller overlægen vil se denne personale som en person med en psykisk lidelse. Reaktionen fører bare til at konkret tænkning bliver mere fjern for denne personale samt at denne personale i højere grad vil forstå konkret tænkning hos en patient som et tegn på psykisk lidelse. Det er således personalets skræk for selv at have en psykisk lidelse, der medfører at patienten pludselig får tildelt et symptom på psykisk lidelse. En ting, som er interessant ved personer, som har en konstant konkret tænkning, er netop at den er til stede hele tiden. En personale vil lægge mærke til en patient som udviser meget konkret tænkning, men personalen vil ikke undre sig over alle de gange hvor patienten netop IKKE udviser konkret tænkning. Der er jo ikke nogen personale, der pludselig vil tænke følgende om en patient: "wow, nu tænkte patienten da helt normalt". Det normale er ikke noget vi lægger mærke til, netop fordi at det er normalt. En patient kan således godt gå rundt det meste af dagen og sige normale ting, men i det øjeblik patienten vælger at fortolke noget konkret, så lægger personalet mærke til dette og skriver det i journalen, hvilket jo i sig selv er totalt forkert, for resten af dagen har personen jo netop vise at personen udemærket er i stand til at forstå abstrakte og symbolske sætninger. At patienten netop kan gå rundt hele dagen og sige normale ting, er et bevis på at patienten har en helt normal opfattelse af sætninger, og at patienten kan forstå dem både konkret og abstrakt (symbolsk). Det kunne dog ikke falde personalet ind at skrive i en journal, at en patient har gået rundt hele dagen og sagt normale ting samt forstået sætninger uden problemer, på nær et enkelt tidspunkt, hvor patienten valgte at forstå en sætning meget konkret. Dette ville jo bevise at patienten ikke fejlede noget. Det er ikke tale om en bevidst handling fra personalet side, for det er svært at forholde sig til at vurdere det som er normalt og en selvfølge. De fleste personaler fejler når de observerer en patient. De glemmer alle de normale

ting, som patienterne laver hver dag, uden at tænke over hvor normale patienterne faktisk er, til trods for at overlægen mener, at de har en psykisk lidelse. Konkret tænkning, kan være et tegn på psykisk lidelse. Men det kan også godt forklares uden at være et tegn på psykisk lidelse. Det kan ligefrem være en god evne hos patienten. Fx: "Patienten er god til at se og forstå detaljer samt love og regler". Hvis du gerne vil være advokat eller fx dommer, så er du nødt til at lære at være meget konkret, ellers vil du ikke være i stand til at forstå love og regler. Men det er jo ikke ens betydende med at alle advokater og dommere har tegn på skizofreni. Det er bare en del af deres arbejde at fortolke love meget konkret, og det er noget de gør meget bevidst. Humor, sarkasme og ironi kan give problemer, hvis man er meget konkret tænkende. Det undre dog ikke personalet hvordan det kan være, at jeg både er i stand til netop at forstå humor, sarkasme og ironi, når nu overlægen beskriver mig som en person, der har problemer med min abstrakte tankegang. Hvis jeg ikke kunne forstå humor, sarkasme og ironi så ville dette være tydeligt i alle situationer hvor jeg talte med andre patienter eller personalet.

ICD-10, Almene kriterier for skizofreni

Problemer med abstrakt tænkning (forkert: konkret tænkning) hører i ICD-10's almene kriterier for skizofreni ind under punkt I, 3, b: sproglige tankeforstyrrelser. Grunden til at det hører under de sproglige tankeforstyrrelser, er fordi at man (kun) kan finde ud af om en person har problemer med sin abstrakte tankegang ved at høre på hvad patienten siger.

PANSS

PANNS er en forkortelse for Positive And Negative Syndrome Scale. PANSS er et værktøj, som bruges i forskningen af skizofreni. Det bruges således ikke til at stille diagnoser jvr. fx ICD-10 eller DSM-5. PANSS indeholder 30 punkter som bliver vurderet ved patienten. Punkt N5 er *"Problemer med abstrakt tænkning"*. Værktøjet angiver på korrekt vis, at der er problemer med den abstrakte tænkning, og undgår således den Barnum-effekt, som er til stede, hvis man beskriver en person som en person med *"konkret tænkning"*.

Beskrivelse af patientens tænkning

Hvis overlægen ikke kan fremkomme med konkrete eksempler på at patienten tænker konkret samt har manglende evne til at tænke abstrakt, så er overlægens udtalelse om patientens "konkrete tænkning" bare en subjektiv og tom vurdering, der dybest set ikke er noget værd, og den kan slet ikke

bruges som grundlag for at stille en diagnose. Hvis psykiateren ikke er fremkommet med konkrete eksempler på patientens tænkning, så skal du bede om dokumentation for dette.

Konklusion
Alle overlæger og psykiatere laver fejl, og de laver hele tiden fejl. Det er blot et spørgsmål om at vide hvad man skal lede efter.

Kontra-faktuel tænkning

Indledning
Jeg skal i denne tekst fortælle om kontra-faktuel tænkning. Det er et emne, som der er blevet skrevet utroligt meget om gennem tiderne. Jeg har dog ikke på noget tidspunkt læst tekster om hvordan en gerningsmand tænker og handler set i forhold til kontra-faktuel tænkning. Jeg er nok en lille smule naiv, når jeg nu tror at jeg kan forklare læseren hvilke følger kontra-faktuel tænkning har for en gerningsmand som skal dømmes i det danske retssystem, men jeg vil nu alligevel gøre forsøget. Teksten indeholder en del hjerne-gymnastik. God fornøjelse.

Tidsrejsen
Du vil nok undre dig over hvorfor jeg nu skal tale om tidsrejser, men der er et formål med det. Vi er nødt til at starte med at rydde det umulige af vejen, da det ikke tjener noget formål at tænke umulige tanker. De er spild af tid og de forbedre ikke vores adaptive evner. Vi er nødt til bevidst at skelne mellem det mulige og det umulige. Tidsrejser er ikke mulige. De findes ikke og de vil heller aldrig blive virkelighed. Den menneskelige hjerne kan sagtens forestille sig ting, der ikke kan lade sig gøre i virkeligheden og det er en af de ting som er med til at gøre vores hjerne så fantastisk som den er. Problemet med denne evne (blandt andet "decoupled cognition") er at den kan snyde os. Netop fordi umulige ting er så lette for hjernen at fremstille, så vil visse mennesker også (desværre) være tilbøjelig til at tro, at når nu hjernen kan tænke det, så kan det også lade sig gøre i virkeligheden. Disse mennesker tager desværre fejl. Nogle mennesker er ganske bevidste om at tidsrejser ikke findes. Andre mennesker har en idé om at det nok kan lade sig gøre, på en eller anden måde. Andre mennesker igen, tror faktisk ubevidst på tidsrejser også selv om det nok ikke lige selv er helt bevidste om at de gør. Vi er nødt til at udelukke tidsrejser fra vores tanker, da de dybest set ikke er virkelige eller mulige. De kan dog godt være sjove at forestille

sig, men det er ikke adaptivt for et menneske at bruge tid på at inddrage tidsrejser i de daglige handlinger, når de nu ikke kan lade sig gøre. Vi er nødt til at forholde os til det mulige.

Fortrydelsen

Personer som fortryder en handling har en ubevidst og skjult tro på tidsrejser. Grunden til at nogle mennesker fortryder en handling er fordi de har en ubevidst naiv tro på at de kan lave handlingen om. At de kan rejse tilbage i tiden og gøre noget andet, så de ikke var kommet i den situation, som de nu ellers er kommet i. Det nytter ikke noget at fortryde en handling, for den kan ikke laves om alligevel. Man skal dog stadig forholde sig til sin handling, men den skal bare ikke fortrydes. Hvis du bevidst kan forstå at tidsrejser ikke er mulige så vil du også kunne se at fortrydelsen er en ganske overflødig tanke, for lige meget hvor meget du tænker på en tidligere handling så kan du ikke lave den om Som gerningsmand skal man forstå at fortrydelse er ganske ligegyldig, da den ikke gør gerningsmandens fremtidige handlinger bedre. Fortrydelse har ingen adaptiv funktion. Fortrydelsen gør ikke gerningsmanden til et bedre menneske. Som gerningsmand, så skal man også forstå, at det netop ikke er alle mennesker der har indset at fortrydelsen ikke nytter noget, og man skal tage dette i betragtning når man taler med andre mennesker. Der findes stadig masser af mennesker, som ikke vil indrømme overfor dem selv, at de tror på tidsrejser. En gerningsmand skal have en straf og en gerningsmand skal motiveres og hjælpes til at forbedre sine handlinger hvis det giver mening i forhold til gerningen at forbedre gerningsmandens adfærd. En gerningsmand kan komme i en situation hvor gerningsmanden skal forholde sig til det faktum, at mennesker omkring gerningsmanden har en naiv og ubevidst tro på tidsrejser. Dette kan godt blive en konflikt for en gerningsmand som netop ikke tror på tidsrejser, og som derfor ikke fortryder sin handling. Den vigtigste situation at forholde sig til er retsmøder, hvor man skal tale med andre mennesker om sin handling. Disse mennesker vil være interesseret i at vide om gerningsmanden fortryder sin handling eller ej (hvis de ellers tror på tidsrejser). Der er kun to mulige udfald af et sådan møde. Enten siger gerningsmanden at han fortryder gerningen eller også siger gerningsmanden at han ikke fortryder handlingen. Et retsmøde er en form for forhandling og fortrydelsen indgår som en del af denne forhandling. Hvis der ikke er nogen ved retsmødet der ubevidst tror på tidsrejser, så vil fortrydelsen heller ikke komme op som et forhandlingsemne. Hvis der ved mødet dog er personer til stede som har en ubevidst tro på tidsrejser, så vil fortrydelsen blive en del af forhandlingen. Lad os for letheds skyld forestille os at der er et offer ved retsmødet,

som har den tanke, at det ville være godt hvis gerningsmanden fortrød sin handling. Dette skal gerningsmanden forhold sig til. Offerets ubevidste tro på tidsrejser vil føre til at offeret gerne vil have gerningsmanden til at rejse tilbage i tiden og lave sin gerning om. Det er selvfølgelig komplet umuligt for gerningsmanden af gøre dette, men det er nu engang offerets tanke og ubevidste forventning til gerningsmanden. Gerningsmanden kan vælge at sige at han selvfølgelig fortryder sin handling. Dette vil tilfredsstille offeret og eventuelt også dommeren, og retten er nu villig til at give gerningsmanden en mildere straf netop fordi gerningsmanden siger at han fortryder sin handling. At fortryde en handling er ikke noget der fysisk hjælper hverken gerningsmand eller offer. Fortrydelsen er udelukkende noget gerningsmanden kan sige i retten for at få sympati fra andre og derved håbe på en mindre straf. Fortrydelsen er udelukkende en åndelig disciplin. Den giver gerningsmanden en mindre traf og den giver offeret en følelse af velbehag over at gerningsmanden fortryder sin handling. Fortrydelsen er bare et værktøj du kan bruge hvis du kan virke overbevisende når du siger at du fortryder en ugerning. Dybest set, så er fortrydelsen en komplet ligegyldig følelse, da den ikke bringer personen der fortryder en handling nogen vegne hen. Hvis et offer eller domstolen gerne vil have at en gerningsmand fortryder en handling, så er det fordi at offeret eller dommeren har en naiv og ubevidst tro på at gerningsmanden kan rejse tilbage i tiden og ændre sin ugerning, hvilket jo dybest set er noget værre vås. Fortrydelsen er noget der skal jages ud af de danske domstole og det skal ikke gøre en forskel for en gerningsmand om han fortryder sin handling eller ej, for han kan jo alligevel ikke gøre handlingen om. Vås vås og atter vås. Vi skal tilbage til virkeligheden, tak.... Ved at tvinge en gerningsmand til at fortryde en gerning, så er der udelukkende tale om at man vil påføre gerningsmanden en negativ følelse, som en form for straf. Man mener altså at gerningsmanden skal straffes både fysisk, ved at blive fængslet og åndeligt gennem fortrydelsen. Det er dog en ligegyldig straf. Dels så kan gerningsmanden ikke rejse tilbage i tiden og ændre sin handling og dels så vil den negative følelse ikke være adaptiv for gerningsmanden da person dybest set ikke ændre adfærd på baggrund af tanker om fortrydelse. Fortrydelsen er en håbløs tanke, for den eneste måde man kan komme af med fortrydelsen på er ved at rejse tilbage i tiden og gøre handlingen om, men da dette ikke kan lade sig gøre, så kan det heller ikke lade sig gøre at komme af med fortrydelsen igen. Åndeligt set, er det en blind vej man kører ned af og der er ingen vej tilbage, og det er derfor man slet ikke skal køre derned til at starte med. Og det er efter min mening umoralsk at bede andre mennesker om at fortryde en handling der alligevel ikke kan laves om. Det er ikke opdragende at sætte et andet

menneske i en håbløs situation. Problemet er ligeledes at personer som ikke fortryder deres handling, dem bliver vi sure på, og de skal straffes ekstra hårdt, hvilket er underligt, for det er netop denne gruppe af mennesker som har særlig let ved at ændre deres adfærd og lave en bedre handling næste gang de handler. Personer som føler stor skyld burde i stedet for hjælpes særligt meget, da det er disse mennesker som har svært ved at ændre deres adfærd. Men det er underligt nok disse mennesker vi får medlidenhed med og som vi har en tendens til at straffe mindre, fordi at de kan vise os andre at de føler skyld. Retssystemet er på hovedet, og det bør laves om, så den rette person får den rette straf og den rette hjælp. Der er trods alt ikke noget underligt i at ca 60% af dem vi lukker ud af fængslerne de kommer tilbage i fængsel inden der er gået et år.

Hvad kan gerningsmanden så gøre i stedet for at fortryde en handling?
Det afhænger af gerningsmandens følelser og selvtillid. Det er gerningsmandens følelser og selvtillid, der afgør hvilken strategi han vil vælge når han skal forstå sin egen handling. Tør han vælge en ovenover sammenligning og kan han se bort fra følelserne eller vælger gerningsmanden en nedenunder sammenligning fordi følelserne er så stærke at han ikke magter ovenover sammenligningen.

Forklaring af kontra-faktuel tænkning
Det er meget vigtigt at du forstår denne del af teksten, da resten af teksten handler om netop forskellen på overover og nedenunder sammenligning. Normalt når en person foretager en handling, så går det godt. Personen forestiller sig en handling og udfaldet af handlingen. Derefter udføre personen så handlingen og handlingen fører til det ønskede udfald. Personen kan siges at have en forståelse for sammenhængen mellem årsag og virkning. Men en gang imellem når vi foretager en handling, så får en en anden virkning end vi havde forestillet os. Forestil dig at du kommer kørende på din knallert med høj fart. Den høje fart gør at du styrter og kommer til skade. Du slår hovedet ned i jorden, men du får ikke kraniebrud, fordi du havde styrthjelm på. Det er nu muligt for personen at se tilbage på hændelsen på to måder. Den ene kaldes for ovenover sammenligning og den anden kaldes for nedenunder sammenligning. Hvis du nu siger til dig selv ”Det var vel nok godt at jeg havde styrthjelm på, så jeg ikke fik kraniebrud”, så har du lavet en nedenunder sammenligning. Grunden til at det er en nedenunder sammenligning er fordi at du sammenligner den faktiske hændelse, at du styrede og slog hovedet imod jorden med styrthjelm på med et alternativt tænkt udfald af hændelsen, nemlig situationen hvor du kunne være kommet

kørende og var styrtet uden styrthjelm, hvorved du så havde fået kraniebrud fordi du slog hovedet imod jorden. Det som sker ved en nedenunder sammenligning er at du får den faktiske hændelse til at fremstå som bedre end en tænkt situation med et dårligere udfald. Ved at sammenligne den faktiske handling med en tænkt dårligere handling, så kommer den faktiske handling til at fremstå som bedre. Dette kunne godt medføre lettelse for personen der kørte galt, for han kunne jo godt sige til sig selv: "pyh, ha, det var vel nok godt at jeg havde styrthjelm på, for ellers havde jeg jo fået kraniebrud". Til trods for at hændelsen i sig selv ikke var særlig positiv, så medfører den en god følelse for personen. Personen er lettet, for tænkt hvis personen ikke havde haft styrthjelm på, så var det da virkelig gået helt galt. Det kaldes en nedenunder sammenligning fordi man sammenligner den faktiske handling med en tænkt handling med et dårligere udfald end den faktiske handling. Denne sammenligning har både en ulempe og en fordel. Fordelen er at den giver personen en god følelse, for tænk, det kunne have vært meget værre end det rent faktisk blev. Hvis jeg ikke havde haft styrthjelm på, så havde jeg også fået kraniebrud, og det havde da sandelig været meget værre. Ulempen ved situationen er netop at personen får det godt ved at tænke på noget der er værre end det som rent faktisk skete. Det at personen får en positiv følelse af sammenligningen medfører også at personen ikke være være synderligt motiveret for at ændre sin adfærd næste gang han skal ud og køre på knallert. Denne sammenligning mindsker personens mulighed for at lære noget af hændelsen, for den havde jo på et eller andet plan jo trods alt et lykkeligt udfald. Den anden mulige måde hvorpå man kan se på handlingen kaldes for ovenover sammenligning. Ved denne type sammenligning sammenligner man også den faktiske handling med en muligt tænkt alternativ handling. Forestil dig stadig ovenstående eksempel. Du kommer kørende på din knallert i høj fart, og du styrter nu på din knallert og slår hovedet i jorden. Du siger nu til dig selv: "Det var da vidst ikke ret godt at jeg kørte for hurtigt, for det førte til at jeg styrtede". Du sammenligner nu den faktiske handling, nemlig det at du styrter på din knallert med en tænkt situation hvor du ikke køre for hurtigt på din knallert. Der er nu tale om en ovenover sammenligning, fordi du sammenligner den faktiske handling med en tænkt handling som er bedre end det som rent faktisk skete. Denne sammenligning har både en ulempe og en fordel. Ulempen er at sammenligningen medfører en negativ følelse, fordi du sammenligner den faktiske hændelse med noget som godt kunne have været bedre. Fordelen er dog at du netop ved at forestille dig et bedre udfald af handlingen bliver i stand til at forstå at der findes en bedre handling end den faktisk udførte handling. Næste gang du skal ud og køre på din knallert, vil

du med stor sandsynlighed køre langsommere for at undgå at styrte på din knallert igen

Valget mellem ovenover og nedenunder sammenligning
Det er primært personens følelsesliv og selvværd der afgør om personen vil vælge ovenover eller nedenunder sammenligning. Hvis personen har stort selvværd og kan holde følelserne ude når der skal tages en vigtig handling så vil det være mest fordelagtigt at vælge en ovenover sammenligning. Personen vil ganske vist opleve at der er negative følelser forbundet med dette valg, men personen er i stand til at abstrahere fra disse følelser. Hvis personen derimod har lavt selvværd og er meget styret af sine følelser, så vil personen med stor sandsynlighed vælge en nedenunder sammenligning. Personen foretager dette valg fordi det er forbundet med så store negative følelser at vælge en ovenover sammenligning at personen ikke føler at følelserne vil være til at bære i denne situation. Personen med selvværd og evne til at se bort fra negative følelser vil kunne vælge mellem ovenover og nedenunder sammenligning, men vil vælge ovenover sammenligning da den bringer mest med sig i fremtiden. Personen med lavt selvværd som har svært ved at styre sine følelser har ikke noget valg. Personen er tvunget til at vælge nedenunder sammenligning for at slippe for de stærke negative følelser der er forbundet med valget af ovenover sammenligning. En ting som også er med til at afgøre om man vælger en ovenover eller nedenunder sammenligning er sandsynligheden for at situationen vil opstå igen. Hvis man har været i en situation hvor man har foretaget en handling som havde et uheldigt udfald, og det er sandsynligt at at situationen vil opstå igen, så giver det god mening at vælge en ovenover sammenligning (hvis man ellers ikke lader sig styre af sine følelser), da den vil føre til at man vil have en bedre adfærd næste gang situationen opstår. Hvis derimod man har handlet i en situation, og det vil være ganske usandsynligt at situationen opstår igen, så vil det være spild af tid at lave en ovenover sammenligning, da man jo nok aldrig får brug for den nye tillærte adfærd. I denne situation vil det for alle typer mennesker være mest fordelagtigt at vælge en nedenunder sammenligning og så styrke sin indre følelse af lettelse og glæde over at det hele kunne have været meget værre.

Kontrol
Det nytter ikke at prøve på at forestille sig en bedre effekt hvis årsagen til effekten er en hændelse som man ikke har kontrol over. Hvis der opstår vulkanudbrud og en masse mennesker dør, så kan man ikke næste gang forhindre at folk dør ved at forhindre vulkanudbrud, for vulkanudbrud kan

ikke forhindres, lige meget hvor meget man end tænker over dem. Man kan kun ændre på en fremtidig hændelse, hvis det er en hændelse man har kontrol over. Man kan fx selv vælge om man vil køre langsomt eller for hurtigt i sin bil. Men hvad nu hvis gerningsmanden foretager en handling og gerningsmanden ikke selv føler at have kontrol over handlingen. Vil gerningsmanden så også næste gang handle uden at have en følelse af at være uden kontrol over handlingen. Kontrol kan mangle på to forskellige måder. Den ene måde er fordi man rent faktisk ikke vil kunne få kontrol over begivenheden fx et jordskælv. Den anden måde er fordi at man TROR at man ikke har eller kan få kontrol over begivenhederne. Hvis personens selvtillid og følelse af kontrol er lille så vil personen ikke være særlig tilbøjelig til at lave en ovenover sammenligning, da det jo tilsyneladende ikke er muligt at have kontrol over begivenheden. Da ovenover sammenligningen jo alligevel ikke nytter for denne person, vælger personen en nedenunder sammenligning, som en form for brandslukning, da denne sammenligning virker lindrende på personens følelser. Personens manglende selvtillid og følelse af kontrol forhindre denne person i at forbedre sine fremtidige handlinger.

Bedre tanker

Hvis ovenover sammenligningen nu generelt er bedre og mere adaptiv end nedenunder sammenligningen, hvordan får vi så flere mennesker gjort i stand til at vælge en ovenover sammenligning når det er relevant? Svaret er delvist simpelt. Det er ikke svært at finde ud af hvor det er der skal sættes ind overfor personen som har brug for at være i stand til at foretage bedre sammenligninger. Personen skal lære at forholde sig til sine følelser og følgerne af følelserne Personen skal ligeledes arbejde med sin selvtilid. Det er følelserne og selvtilliden som afgør hvilken form for sammenligning personen foretager og derfor er det også personen forståelse af egne følelser og personens selvtilid der skal forbedres hos personen. Sammenligninger er ikke noget man direkte kan arbejde med. Man kan ganske vist sætte sig ind i hvordan kontra-faktuel tænkning er opbygget, blandt andet ved at læse denne tekst, men hvis man skal forbedre sine sammenligninger så vil de automatisk blive bedre som en følge af en bedre forståelse af egne følelser og mere selvtillid.

Handlingens hyppighed

Man skal også se på hvor hyppigt en gerningsmand i fremtiden vil kunne komme til at så i den samme situation igen. Hvis gerningsmandens adfærd skete i en højest usædvanlig situation, og det vil være ganske urealistisk

at situationen vil opstå igen, så er der ikke ret meget gerningsmanden kan opnå ved at lære en ny og bedre strategi for denne type handling. Hvis handlingen derimod opstod i en situation som gerningsmanden ofte befinder sig i, så vil der være store fordele for gerningsmanden ved at ændre adfærd. Når vi skal vurdere om en person skal have hjælp, så kræver det derfor at vi ser på gerningsmandens miljø, og hvor tit han kommer i den samme situation igen. Hvis en gerningsmand kommer op at slås her gang han bliver fuld på en bodega, så vil der være god fornuft i sammen med gerningsmanden at så på hvordan han kan undgå at komme op at slås hver gang han bliver fuld på en bodega.

Straffen for optimal adfærd

Der er to situationer som skal sammenlignes med hinanden fordi de ligner hinanden, men som dybest set har forskellige følger for gerningsmandens fremtidige handlinger.

Første situation

Forestil dig at en person gør en ulovlig handling. Gerningsmanden sammenligner nu denne handling med en tænkt handling som kunne have været meget værre (en nedenunder sammenlingning). Denne sammenligning gør gerningsmanden tilfreds med sin handling, og gerningsmanden er derfor ikke motiveret for at ændre sine fremtidige handlinger. Hvis denne gerningsmand i stedet for havde lavet en ovenover sammenligning med en bedre hændelse, så ville gerningsmanden være i en situation hvor gerningsmanden ville have haft muligheden for at forbedre sin adfærd ved at sammenligne den faktiske hændelse med et udfald som kunne have været bedre.

Næste situation

Forestil dig en gerningsmand som foretager en ulovlig handling. Gerningsmanden indser, at den handling han gjorde var den bedst mulige i den situation hvor han handlede. Der findes således ikke en ovenover handling som han kan sammenligne sin handling med, så han i fremtiden kan foretage en endnu bedre handling. Hans handling var optimal i forhold til hans situation. Det eneste en sådan gerningsmand kan gøre er at sammenligne sin handling med andre mere negative handlinger, altså nedenunder handlinger. Dette vil føre til tilfredshed for gerningsmanden med den handling han gjorde og han har ikke behov at forbedre sine handlinger yderligere. Men hvordan ser det så ud for andre. Hvis man har en person som har gjort noget ulovligt, men som ikke vil fortryde sin handling, han vil jo se ud som

en person som ikke vil indrømme en fejl. Offeret vil jo gerne have at gerningsmanden skal føle sig skyldig og mener at gerningsmanden skal føle skyld og vil gerne have at gerningsmanden fortryder sin handling. Problemet er bare at der ikke er noget at fortryde hvis handlingen var optimal. I denne situation er det ikke gerningsmandens opgave at ændre adfærd. Det er derimod offerets opgave at forstå at gerningsmanden ikke kan føle skyld, alene af den grund at handlingen ikke kunne være anderledes.

Retssystemet i øjeblikket

Retssystemet er i øjeblikket så vant til at gerningsmanden selvfølgelig skal fortryde sin handling, at systemet nærmest bliver fornærmet hvis en gerningsmand ikke fortryder sin handling. Problemet er blot at det ikke gør gerningsmanden til et bedre menneske at fortryde en handling og det sikre heller ikke at gerningsmandens fremtidige handlinger bliver bedre. At få en gerningsmand til at fortryde sin handling giver dommeren og offeret en bedre følelse, men skal det virkelig være formålet med en straf, at vi skal føle os bedre tilpas ved at have givet gerningsmanden en dårlig følelse?

Gerningsmand kontra offer

Hvad opnår offeret ved at opleve at et andet menneske fortryder en handling? Gerningsmanden kan jo ikke rejse tilbage i tiden og lave det om. Hvis et offer mener at en gerningsmand skal fortryde en handling, så forlanger offeret jo sådan set at gerningsmanden rejser tilbage i tiden og omgør handlingen, hvilket jo er ganske umuligt. Det er ikke nok at vi lære gerningsmanden at forbedre sine handlinger, vi skal også lære offeret hvad der er muligt at gøre med en gerningsmand. Offeret skal lære at forstå at visse ting hverken vil gavne gerningsmanden eller forbedre gerningsmandens fremtidige handlinger. En gerningsmand skal undervises i hvordan man bedst kan træffe beslutninger. Men et offer skal også undervises i hvad det vil sige at have en forventning til en gerningsmand og hvilke mulige følger det vil have at have bestemte forventninger til en gerningsmand.

Gerningsmandens fremtid

Læg mærke til at kontra-faktisk tænkning har to mulige følelser, nemlig både en positivt og en negativt følelse. Vi straffer gerningsmanden ved at fratage gerningsmanden hans frihed ved at fængsle gerningsmanden, men vi vil også gerne have at gerningsmanden bliver straffet psykisk, så vi er sikre på at gerningsmanden lider til fulde. Vi krænger derfor fortrydelsen ned over hovedet på gerningsmanden, så vi er sikker på at han lider. Vi tænker ikke på at gerningsmanden også skal have et liv efter afsoning eller

behandling. Gerningsmanden bliver fængslet og frataget sin frihed, men efter et stykke tid, så er afsoningen slut og den fysiske straf ophører. Men når vi nu straffer en gerningsmand med dårlige tanker, så burde vi også gribe ind, når afsoningen er færdig, og give gerningsmanden positive tanker om fremtiden og fremtidige handlinger, men det gør vi sandelig ikke. Ofte vil en gerningsmand bliver sluppet fri af fængsel, men vi hjælper ikke gerningsmanden fri at de dårlige tanker, som vi påførte ham dengang han fik sin straf. Men man skulle vel tro at straf skulle være tidsbegrænset og ikke evig eller for resten af livet.

Før du bliver erklæret sindssyg i gerningsøjeblikket

Hvis du har muligheden for at læse denne bog inden du ender i retspsykiatrien, så vil du være i stand til at foretage et mere korrekt valg. De fleste mennesker som står overfor at skulle have en mentalundersøgelse aner ikke hvad det er de er ved at vælge imellem. Gerningsmanden vælger ofte mellem fængsel som er noget gerningsmanden muligvis kender fra medierne eller bekendte som har været i fængsel. Det er mit indtryk at kun en lille del af dem som står overfor at skulle mentalundersøges ved hvad det er de kan komme til at vælge imellem. De kender ikke til den ubehag der kan være forbundet med at få en anden dom end straf. Jeg vil gerne have at læseren får mulighed for at undgå at tænke følgende tanke: ”Hvis bare jeg dog var kommet i fængsel i stedet for”. Den danske retspsykiatri er så umenneskelig, at jeg håber at der ikke er mennesker der i stedet for tænker: ”Hvis bare jeg dog ikke havde fået en fængselsdom”. Ved optimal adfærd (se spil-teori) har man handlet bedst muligt i den givne situation, og hvis situationen skulle opstå igen så ville handlingen være den samme netop fordi at adfærden var optimal. Hvis handlingen ikke var optimal, så er der noget at lære igennem kontra-faktuel tænkning, men altså kun indtil man opnår optimal adfærd. Jeg får det måske til at lyde som om at gerningsmanden selv kan bestemme om han vil i fængsel eller ej. Der er faktisk gerningsmænd som selv får lov til at vælge mellem fængsel og anden følge af dens strafbare handling. Disse mennesker skal have mulighed for at have optimal adfærd i denne situation.

Samtaler med overlægen

Hvis man har handlet i en situation som muligvis aldrig vil forekomme igen, så giver det ikke mening at forstille sig hvordan man vil gøre det bedre næste gang, for næste gang dukker måske aldrig op. Hvis man derimod er i en situation hvor man ved at situationen vil dukke op igen mange gange i fremtiden, så giver det god mening at forsøge på at gøre sine hand-

linger bedre i fremtiden. Et godt eksempel i retspsykiatrien er samtaler med overlægen. Hver gang en patient har haft en samtale med overlægen, så bør patienten tænke på samtalen og overveje om der var ting ved samtalen der kunne gøres bedre ved næste samtale. På denne måde, så vil patienten bliver bedre og bedre til at tale med overlægen for hver samtale der finder sted. I starten af en indlæggelse, vil der være stor ubalance i en samtale mellem en overlæge og en patient. Overlægen har alle informationerne på forhånd inden samtalen, mens patienten muligvis næsten ikke ved noget. Dette vil dog ændre sig over tid, hvis patienten ellers interessere sig for samtalerne. På et tidspunkt vil der opstå balance i samtalerne mellem overlægen og patienten. Dette kræver dog at patienten aktivt søger at forstå sin egen placering i samtalerne og aktivt søger information der kan forbedre patientens situation i forhold til overlægen.

Du kan også slå følgende ord op i fx Wikipedia:
Kontrafaktisk_tenkning (No), Counterfactual_thinking, Time_travel, Regret (GB)

Læs også: At tænke - hurtigt og langsomt, af Daniel Kahneman.

Kontra-intuitiv viden

De fleste mennesker ved vel nok hvad det vil sige at have intuition. Man er i en situation og intuitionen kommer hurtigt med en god forklaring på hvad der sker i netop denne situation. Der findes dog situationer hvor vores intuition tager fejl, og vi opdager det desværre ikke ret tit. Lad mig komme med nogle eksempler:

Eksempel 1
Du har sikkert hørt at forældre siger til deres børn, at de ikke må tale med fremmede mennesker. Det virker umiddelbart som en god regel. Vi kan have denne mening af flere grunde. En af grundene er at vi gerne vil beskytte vores børn imod seksuelle overgreb. Men der er et lille problem. Vidste du fx at de fleste børn som bliver udsat for seksuelle overgreb faktisk bliver udsat for dette overgreb af en af personerne i barnets familie. Det er desværre ofte en onkel. Nu er det så at du skal til at tænke. Der er tale om en situation som er kontra-intuitiv, for den strider imod din umiddelbare fornuft, men virkeligheden er at chancen for at barnet bliver seksuelt udnyttet af sin onkel er faktisk mange gange større end at barnet skulle blive udsat for seksuelt overgreb fra en fremmed mand. Spørgsmålet er så om du nu kan stritte imod din intuition og fremover sige følgende til dit barn:

Eksempel 2
Hvem tror du at du umiddelbart ville være mest bange for: En gift mand med to børn på vej til skole eller en beskidt vagabond, som sidder og råber efter de forbipasserende? Måske skulle du være mest bange for den gifte mand med de to børn. Her er en generel beskrivelse af en seriemorder: Han er gift og har 2 eller 3 børn, og hvis du spørger hans naboer så vil de fortælle dig at han altid er sød og venlig. Jeg tror ikke at du er vant til at tænke på en gift mand med to børn som en mulig seriemorder. Men det er nu virkeligheden. Det strider imod vores intuition at se en mand med to børn som en mulig seriemorder.

Kontrol-kursus for patienter

Jeg skriver ofte om hvad jeg mener der er galt med retspsykiatrien, og jeg skriver måske ikke så ofte om hvad man så skal gøres i stedet for, så lad mig lige komme med et eksempel på hvad der burde gøres.

Hvad der IKKE skal gøres
Retspsykiatrien bruger enormt meget energi på at overbevise patienterne om at de har en psykisk lidelse, og at de skal have medicin. Der findes ikke nogen mere uhyggelig behandling end dette. I øjeblikket går retspsykiatrien nærmest ud på at fratage patienten en følelse af kontrol, for så er patienten lettere at få til at spise medicin, også efter patienten bliver udskrevet.

Hvad der BURDE gøres
Forskning har vist, at mennesker som har en følelse af mangel på kontrol i deres eget liv, vil være mere tilbøjelige til at se sammenhæng og mønstre i ting, som i virkeligheden ikke har nogen sammenhæng. Denne tilstand hører for en stor dels vedkommende ind under det vi kalder for psykoser.

For sådanne mennesker må det bedste man kan gøre være at hjælpe dem med at få kontrol over deres eget liv, så de kan give slip på deres forvrængede billede af virkeligheden. Det vil efter min mening være det bedste man kan gøre for en patient, men det vil med stor sandsynlighed også være noget af det sidste man kunne finde på at gøre i retspsykiatrien. Grunden er simpel. Retspsykiatrien gør alt hvad den kan for at få kontrol over patienterne, og så ville det da være imod retspsykiatriens egne principper, at gøre

patienterne til mere selvstændige mennesker. Personer som har stor kontrol over deres eget liv og selvtillid, vil også automatisk være mere tilbøjelige til at sige nej til medicin, og det er jo imod retspsykiatriens principper. Det er egentlig underligt, at retspsykiatri ikke handler om at give patienterne et bedre liv. Den handler udelukkende om at underkue patienterne, så de ikke tør begå ny kriminalitet.

Kriminalitet og psykisk lidelse

Overlæger i retspsykiatrien har generelt den opfattelse, at der er en meget fast sammenhæng mellem patientens psykiske lidelse og kriminalitet. Min egen tidligere overlæge mener at jeg har lavet min kriminalitet fordi jeg har en psykisk lidelse. Dette fremgår af et notat i min journal (05-07-2011). Det er mit indtryk at der ikke er evidens for denne sammenhæng. Der er mere tale om en form for tradition og fup. Jeg tror at det er korrekt at der i visse tilfælde er en relation mellem psykisk lidelse og kriminalitet, men oftest er der ikke nogen relation.

Eksempel
Forestil dig en person som har lånt nogle penge af nogle rockere. Han har imidlertid ikke været i stand til at betale lånet tilbage og han bliver nu truet af rockerne. Enten så skal han betale pengene tilbage eller også så vil han få brækket begge sine ben. Manden bliver nu desperat og vælger at lave et røveri for at få fat i penge så han kan betale rockerne pengene tilbage. Han bliver dog hurtigt fanget af politiet. Han bliver efterfølgende erklæret sindssyg i geringsøjeblikket for får således en anbringelsesdom i stedet for en fængselsdom. Men er det en psykisk lidelse at begå et røveri? Man kan vel godt begå et røveri uden at have en psykisk lidelse? Men har manden en psykisk lidelse fordi han er bange for at få brækket sine ben af rockerne? Man kunne godt forestille sig, at manden faktisk havde en psykisk lidelse mens han begik røveriet, men der er ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem personens psykiske lidelse og selve kriminaliteten. Man kan sagtens være psykotisk og røve en bank uden at der nødvendigvis er en sammenhæng mellem psykosen og røveriet. Problemet i retspsykiatrien er netop at man udelukkende ser en relation mellem personens psykiske lidelse og kriminaliteten, således at hvis man nu fjerner personens psykiske lidelse, så vil personen også holde op med at lave kriminalitet. Hvis vi stadig forestiller os manden, som lavede et røveri fordi han skyldte rockerne

penge, så kunne det jo godt være at han var psykotisk under selve røveriet. Problemet er dog bare at hvis vi nu helbreder manden for hans psykose, så vil han ikke nødvendigvis holde op med at lave røverier, for han skylder jo stadig penge til rockerne. Der er tale om at manden har et problem som ikke har noget at gøre med hans psykose. Hvis man fjerner mandens psykose, så vil han stadig skylde rockerne penge. Man kan således ikke fjerne mandens ønske om at lave røverier blot fordi han var psykotisk under røveriet, for han skylder stadig rockerne penge, og det kan medicin ikke lave om på.

Forestil dig at psykiaterne har ret. Alle retspsykiatriske patienter har rent faktisk lavet deres kriminalitet fordi de har en psykisk lidelse. Denne antagelse vil have nogle følger. Hvis der altid er en relation mellem kriminaliteten og den psykiske lidelse, så vil det jo også betyde at hvis man så kan fjerne den psykiske lidelse, så vil man jo derved også automatisk fjerne kriminaliteten. Samtidig så vil retspsykiatrien komme til at fremstå som effektiv, og medicinen vil fremstå som noget der rent faktisk virker. Vi har det som man kalder for kausalitet (se teksten: kausalitet). Hvis A udelukkende fører til B, og vil gerne vil fjerne B, så kan det gøres ved at fjerne A, da netop A kun fører til B. Fordelen ved denne situation er at psykiateren ikke skal tænke, for der er altid en sammenhæng mellem psykisk lidelse og kriminaliteten - basta. Forestil dig nu at psykiaterne ikke har ret. Alle de retspsykiatriske patienter har rent faktisk en psykisk lidelse, men der er ikke nogen relation mellem deres lidelse og deres kriminalitet. Da der ikke er nogen fast relation mellem lidelse og kriminalitet, så vil det ikke være muligt at fjerne kriminaliteten ved at fjerne den psykiske lidelse. Det er korrekt at der godt kan være en sammenhæng mellem personens psykiske lidelse og kriminaliteten, men ikke nødvendigvis. Ulempen ved denne situation er at nu er psykiateren pludselig nødt til at tænke, for hvis der kun nogle gange er en relation mellem psykisk lidelse og kriminalitet så skal psykiateren i hvert enkelt tilfælde tage stilling til om der for netop denne patient er en sammenhæng mellem patientens lidelse og kriminalitet. Men problemet stopper jo ikke her. For hvad nu hvis der ikke er en relation mellem patientens lidelse og kriminalitet. Hvad stiller man op med sådan en patient? For hvis man helbreder personen for sin lidelse, så vil der jo stadig være muligheden for at patienten vil lave ny kriminalitet når patienten bliver udskrevet. Man har den holdning i retspsykiatrien at man ikke vil udskrive en patient før denne patient med sikkerhed ikke vil lave ny kriminalitet. Men hvis man nu helbreder en person for sin psykiske lidelse og der ikke er nogen sammenhæng mellem personens lidelse og kriminalitet, hvordan sikre man sig så at patienten ikke vil begå ny kriminalitet? Svaret

er simpelt. Det kan man ikke sikre sig imod. Men hvordan vil man så nogensinde kunne lukke en patient ud af retspsykiatrien hvis man ikke kan sikre sig at patienten ikke vil begå ny kriminalitet? Der står i straffeloven, at man ikke må udskrive en patient før man ved at patienten ikke længere vil begå ny kriminalitet. Faktisk så er vores regler i Danmark skruet sammen på en sådan måde, at man som patient rent faktisk aldrig nogen sinde ville kunne blive udskrevet fra en retspsykiatrisk afdeling, hvis man var kommet i retspsykiatrien på grund af en kriminalitet og en psykisk lidelse, og hvor der ikke var en sammenhæng mellem netop personens psykiske lidelse og kriminaliteten. Med andre ord, man er simpelt hen nødt til at antage at der er en sammenhæng mellem personens kriminalitet og personens psykiske lidelse, for ellers er det ifølge reglerne ganske umuligt at udskrive patienten. Formålet med retspsykiatrien er at være kriminalitetsforebyggende, og det kan kun lade sig gøre hvis det for ALLE patienter gælder at der er en relation mellem patientens psykiske lidelse og kriminalitet. Systemet ville ganske enkelt bryde sammen, hvis der var patienter med psykiske lidelser, som havde lavet kriminalitet som ikke var på grund af deres lidelse. Man mener i Danmark at dette system virker, men hvad er det så lige man bruger som bevis for at retspsykiatrien virker? Man ved at patienter som har været i retspsykiatrien og efterfølgende er blevet udskrevet laver meget indre kriminalitet end personer som bliver løsladt fra de danske fængsler. Dette kunne godt lyde som et godt bevis på at retspsykiatrien i Danmark er en succes, men vildfarelsen kan næppe være større. Patienter som bliver udskrevet fra retspsykiatrien i Danmark laver ikke mindre kriminalitet fordi de er blevet behandlet for deres psykiske lidelse. Patienterne laver mindre kriminalitet fordi medicinen har så mange bivirkninger at patienten bliver ude af stand til at lave kriminalitet. Patienter som får meget antipsykotisk medicin er ikke helbredt for deres lidelse, men nærmere bedøvet på grund af medicinen. En patient, som på grund af sin medicin er ude af stand til at koncentrere sig, og ude af stand til at være fysisk aktiv og som sover hele dagen vil naturligt nok ikke røve en bank, for det er han ganske enkelt for træt til. En sådan person er ikke helbredt men blot passiviseret, og det kan samfundet dybest set ikke være tjent med. En anden grund til retspsykiatrien er en fiasko er følgende: Jeg er ret sikker på at man kunne få kriminaliteten til at falde nøjagtig lige så meget blandt almindelige fanger som bliver løsladt fra de danske fængsler, hvis vi valgte at give dem lige så meget medicin som patienter der bliver udskrevet fra de danske retspsykiatriske afdelinger. Hvis man lavede et forsøg hvor man gav den samme mængde medicin til patienter udskrevet fra retspsykiatriske afdelinger og løsladt fra de danske fængsler, så tror jeg at resultatet ville blive nøjagtig

det samme. Med andre ord. Et sådan forsøg ville med stor sandsynlighed vise at den danske retspsykiatri er ganske uden effekt - et stort blufnummer. Det ville faktisk være billigere at lukke hele den danske retspsykiatri, og så bare medicinere alle fanger som bliver løsladt fra de danske fængsler med antipsykotisk medicin.

Bedre retspsykiatri
Man skal i retspsykiatrien starte med at erkende at der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem psykisk lidelse og kriminalitet. Ved alle indlæggelser i retspsykiatrien bør overlægen eventuelt i samarbejde med patienten svare på følgende spørgsmål: *"Hvilken sammenhæng er der mellem patientens psykiske lidelse og patientens kriminalitet?"* Svaret skal bruges som grundlag for patientens behandling og udskrivelse. Grunden til at man skal stille spørgsmålet er netop fordi at der vil være patienter der har problemer som intet har at gøre med psykisk lidelse, og disse problemer skal løses på anden måde end medicinsk. Disse patienter har ganske vist brug for behandling af deres psykiske lidelse, men da der ikke er en relation mellem deres psykiske lidelse og deres kriminalitet, så skal man også samtidig forholde sig til patientens øvrige problemer, da problemerne ikke forsvinder af sig selv, i det øjeblik de bliver behandlet for deres lidelse.

Se også teksten: kausalitet

Kriminalitets-forebyggelse

Hvis man tager en helt rask kriminel og en kriminel med en psykisk lidelse og man efterfølgende giver dem begge to Seroquel i store mængder, så vil man faktisk opnå det samme med begge mennesker. De vil begge to være ganske ude af stand til at lave ny kriminalitet. Men hvis det nu er meget vigtigt for samfundet at forhindre kriminalitet, hvorfor er det så kun de mennesker som har en psykisk lidelse der skal have medicin? Hvis man kan tage en hvilken som helst kriminel og give ham medicin, og derved voldsomt reducere mængden af ny kriminalitet, hvorfor lukker vi så ikke bare alle fængsler, da de jo alligevel ikke gøre nogen større gavn, og så i stedet for bare tvinger alle kriminelle til at spise Seroquel. Dette tiltag ville beviseligt nedsætte ny kriminalitet med mere end 60%. Det har også den fordel at det jo er en straf at være i fængsel. Hvis vi nu i stedet for indlagde alle kriminelle på hospitaler på nogle lukkede afdelinger, så ville vi jo være i stand til at proklamere for hele verden, at i Danmark har vi afskaffet al

straf, for det er jo trods alt ikke en straf hvis man er spærret inde på en lukket afdeling på et hospital. Vupti, - jeg er bare genial....

Kun den ene vej....

Det er jo egentligt lidt underligt, for personalet ved jo stort set alt om patienterne. De kender patientens personnummer og navn og adresse. Personalet kender sikker også din diagnose og hvad du fejler og de ved hvem du er i familie med. I det hele taget så ved personalet alt om patienterne. Nu har jeg undersøgt sagen en smule. Jeg har blandt andet henvendt mig til datatilsynet, for at få at vide, hvad man som patient må søge af information om personalerne, og det er faktisk ikke så lidt. Nu bliver det så lige interessant igen. Nogle personaler kan godt lide at fortælle en patient hvor meget de ved om patienten. MEN, kære læser! hvad tror du lige der sker hvis det går den anden vej? Hvis du er patient, så prøv lige at sige til en personale, at du godt ved hvor personalen bor og at du i øvrigt også lige har personalens fødselsdato og du kender navnet på hans børn og forældre. Så skal du bare lige se et menneske gå i total panik. Det første jeg kommer til at tænke er: "Hold da op, hvor kom lige den panik fra?". Hvis personalet gerne må vide alt om patienten, hvad er der så egentlig galt i at patienten ved alt om personalet? Jeg tror at panikken kommer fra det sted i personalets hjerne som personalet selv påstår de ikke har. Personalet har jo den opfattelse at alt hvad de gør imod patienterne er for patienternes bedste, og at det kan patienten selvfølgelig godt forstå. Men hvorfor egentlig gå i panik. Hvis patienterne virkelig er glade for det som personalet gør imod dem, så er det værste der vel kunne ske, at en patient finder på at sende personalet blomster, altså bare sådan lige for at sige tak. Men den tanke skulle nu ikke ligefrem kunne fremkalde panik. Personaler er vel ikke bange for blomster. Jeg tror at panikken opstår, fordi personalet inderst inde godt ved at de gør ondt imod mange af deres patienter, og de er bange for at patienterne kunne finde på at gøre ondt imod personalet. Det mærkelige i situationen er at patienten som regel ikke viser tegn på at gå i panik, til trods for at personalet ved stort set alt hvad der er at vide om patienten. Hvorimod Personalet går i panik hvis patienterne ved bare den mindste smule om personalet. Egentlig så burde det være patienten der gik i panik, da det som personalet ved om patienten ofte bliver brugt imod patienten, med det formål at medicinere og straffe patienten imod dennes vilje. Men det er i stedet for personalet som går i panik over at patienten ved blot den mindste smule om personalet. Hvis der om nogen kan siges at de lider af paranoia, så er det i hvert

fald personalet. Patienterne udviser i denne situation stor styrke ved ikke at bryde ud i åbenlys paranoia. Patienterne udviser i denne situation mere styrke end personalet. Personalet nægter dog at se på situationen på denne måde, da det jo bør være personalet som er de stærke og patienterne der bør være de svage.

Kunsten at tale (skrive) til hinanden

Jeg oplever ofte at der står i min journal, at der er ting jeg ikke 'magter' at gøre. Personligt synes jeg det er et meget negativt ord. Man bliver dog ved med at bruge det i min journal og i breve til mig.

Jeg må derfor konkludere at det er et ord man godt kan lide at bruge indenfor retspsykiatrien.

Jeg er derfor selv begyndt at bruge ordet hver gang jeg skal skrive til retspsykiatrien. Fx. hver gang jeg skriver en klage til min overlæge, så slutter jeg brevet af med at skrive, at hvis hun ikke magter at få orden i tingene, så klager jeg selvfølgelig til en højere instans. Man må jo svare, som man bliver spurgt.....

Kværulant-forrykthed (paranoia querulatoria)

En person som er kværulantforrykt klager meget. Han føler sig ofte som et offer. Han klager konstant over noget som han mener er uretfærdigt. Han klager ofte til mange offentlige instanser. Hvis man skal kunne siges at være kværulantforrykt, så er der to krav der skal være opfyldt. 1) Personen klager meget og 2) personen skal være psykotisk og mangle realitetssansning. Der findes masser af mennesker der klager over noget, og som endda klager ofte. Disse mennesker er som regel ikke kværulantforrykte, da de ikke opfylder kriterie 2. Der er flere problemer med kværulantforrykthed. Den første er at kværulantforrykthed ikke er en diagnose iht WHO's ICD-10, som er det diagnosesystem som vi bruger i Danmark. Man godt kalde en person for kværulantforrykt, men dybest set heller ikke andet. Da man ikke kan give tilstanden en diagnose, så kan man heller ikke tvangsmedicinere en person for at være kværulantforrykt. Man kan dog godt tvinge en person til at tage medicin hvis personen er psykotisk, som er kriterie 2. Det nytter ikke noget hvis en overlæge kan bevise at du klager meget, hvis ikke han kan godtgøre at du også samtidig

er psykotisk. Kan overlægen ikke bevise at du er psykotisk, så vil jeg anbefale dig at klage lige så meget du kan. Dette rejser imidlertid nogle problemer. En del af de mennesker som er indlagt på retspsykiatrisk afdeling er netop indlagt fordi man mener at de er psykotiske. En psykotisk patient kan godt blive udsat for overgreb fra en overlæge. I det øjeblik at overlægen har bevist at du er psykotisk, så får patienten et problem. Hvis en psykotisk person begynder at klage, så kan overlægen nærmest feje dig til siden hver gang med at du nok lider af kværulantforrykthed, da du i overlægens øjne både klager (meget) og er psykotisk. Ofte er de klager en patient laver i retspsykiatrien rettet imod netop retspsykiatrien og overlægen. Dette er overlægen meget imod og overlægen vil som regel slå ned med hård hånd på de patienter som tillader sig at klage over overlægen. Det er jo yderst belejligt for overlægen at hvis der er en patient der klager over overlægen, så kan han bare kalde patienten for kværulantforrykt og efterfølgende sætte patienten op i medicin som straf for at patienten har taget sig den frihed at klage over overlægen. Der er dog klager som en overlæge SKAL tage sig af. Hvis du fx klager over tvangsmedicinering, så skal overlægen tage din klage alvorligt og sende den videre til patientklagenævnet. Uanset om du er psykotisk eller ej. Der er ikke noget underligt i at retspsykiatriske patienter ofte føler sig som et offer, får de er ofte et offer for overlægens luner og sære idéer. Personer som er psykotiske er nærmest frataget muligheden for at klage over deres situation, for hver gang de klager over behandlingen, så mener overlægen at personen er blevet mere dårlig og derfor behøver at blive sat op i medicin. Overlægen kan få den tanke at patienten mener at der er en konspiration i gang imod patienten og derfor skal patienten selvfølgelig have mere medicin. Overlægen kan også få den tanke at patienten er ved at udvikle en form for stærk paranoia og patienten tror muligvis at overlægen er ude på at slå patienten ihjel med medicin, og derfor skal patienten sættes op i medicin for at undgå yderligere forværelse af patientens tilstand. Gad vide hvilken følelse det frembringer i en patient, som føler at overlægen er ved at slå patienten ihjel med medicin, hvis overlægen kommer og siger at netop den tanke gør at patienten selvfølgelig skal have mere medicin for at komme af med netop den tanke? Retspsykiatrien er arrogant og menneskefjendsk og ganske enkelt ikke noget værd. Det er en hån af det frie menneske.

Se også: Retspsykiatri, GadJura, Peter Kramp mv, side 296

Kørekort

I forbindelse med et færdselsuheld før min indlæggelse, skulle jeg op til en kontrollerende køreprøve. Det var dog ikke muligt, da jeg blev indlagt. Så udløb mit kørekort, og jeg skulle have et nyt kørekort. Jeg gik ved en køreskole lige i nærheden. Jeg tog teori og køretimer. Jeg skulle også bruge en lægeerklæring. Jeg oplyste til min familielæge, at jeg spiste Abilify. Så ville min familielæge have en erklæring på dette fra min overlæge. Jeg fremskaffede en sådan erklæring. Overlægen skrev i erklæringen, at der ikke var problemer med at køre bil, når man fik Abilify. Lægeerklæringen fra min familielæge og fra overlægen blev sendt til embedslægen. Embedslægen skrev i min erklæring, at jeg godt måtte få kørekort, men kun i 2 år af gangen. Mit kørekort er således allerede udløbet igen (januar, 2015). Jeg gik på køreskole sammen med en anden patient. Han fik kun lov til at få et kørekort som var gyldigt i et år af gangen. Samfundet mener altså at jeg skal bruge 500 på en lægeerklæring og 500 kroner på et nyt kørekort hver andet år. Det er ikke billigt at spise medicin, og så skal jeg bruge en pokkers masse tid på at få nyt kørekort hvert andet år. Det har mange følger, at spise antipsykotisk medicin.

Langtidsmedicinering?

Der findes meget overmedicinering indenfor retspsykiatrien, og jeg vil gerne prøve at komme med en forklaring på hvad grunden er til dette. Jeg vil beskrive to eksempler som jeg efterfølgende vil sammenligne.

Første eksempel
Hvis jeg en dag får hovedpine, og jeg tager en hovedpine-pille, så vil hovedpinen gå væk efter et stykke tid. Nu ved jeg altså at hovedpine-piller virker imod hovedpine. Betyder det så at jeg nu skal spise hovedpine-piller resten af mit liv for at slippe for hovedpine? Svaret er NEJ. Du skal kun spise hovedpine-piller når du har hovedpine.

Andet eksempel
Forestil dig at du en dag får en psykose. Du har nu mulighed for at spise anti-psykotisk medicin. Det kan være at denne medicin gør at din psykose forsvinder. Betyder det så at du skal spise anti-psykotisk medicin resten af dit liv? JA, det mener de fleste psykiatere faktisk at du skal. Men hvorfor

dog det? Kan man ikke bare nøjedes med at spise anti-psykotisk medicin når man er psykotisk?

Konklusion

I det første eksempel er de fleste mennesker udemærket klar over at man da selvfølgelig ikke skal spise hovedpine-piller resten af sit liv. Man skal bare tage en eller flere piller når man får hovedpine. Efter et stykke tid er hovedpinen væk, og man holder op med at tage flere hovedpine-piller. Man får ikke den tanke, at fordi hovedpinen blev væk, da jeg spiste en hovedpine-pille, så er det nok bedst at jeg spiser hovedpine-piller resten af mit liv, for tænk nu hvis jeg skulle få hovedpine igen, det ville da ikke være godt. Men hvordan kan det så være, at når man tænker på mennesker som får en psykose, så får man ikke samme tanke. Når en person får en psykose, så bliver personen medicineret, og efter et stykke tid, så går psykosen væk. Hvis man skulle følge den samme logik som for hovedpinen, så burde man også holde op med at give patienten medicin. Hvis han så en anden dag igen skulle udvikle en psykose, så skal personen have medicin igen. Fejlen ved at overbevise en patient om at han er nødt til at spise medicin resten af sig liv imod psykose, er at medicinen det meste af tiden vil være komplet ligegyldig. De fleste mennesker som får hovedpine, har jo ikke hovedpine i flere år af gangen. En person som får hovedpine får måske hovedpine et par gange om året. Hvis en sådan person valgte at spise hovedpine-piller hele året, blot for at undgå hovedpine nogle enkelte timer hvert år, så ville medicinen jo være ligegyldig i mere end 99% af tiden. For slet ikke at tale om hvor skadelig medicinen er på kroppen ved lang tids indtagelse. Der burde være en regel om at en patient som spiser antipsykotisk medicin skulle have medicin i et stykke tid, hvorefter man så trappede patienten ud af medicin for at se om han kan leve uden. Virker dette ikke, så sætter man patienten op i medicin igen og venter så igen et stykke tid, hvorefter man så igen trapper patienten ud af medicin. Dette bør man blive ved med så længe patienten er på medicin og indtil patienten ikke længere har behov for medicin. Jeg kender ikke nogen personer som spiser hovedpine-piller hele året, af skræk for at få hovedpine. Jeg kender dog rigtig mange patienter som spiser anti-psykotisk medicin i mange år fordi OVERLÆGEN er bange for at patienten skulle blive psykotisk igen. Jeg har selv i en periode på ca 9 måneder i 2014 oplevet at personalet tilbød mig anti-psykotisk medicin hver dag, fordi overlægen mente det ville gavne mig. Personalet skrev i samme periode i min e-journal, at jeg på intet tidspunkt i perioden havde været psykotisk. Alligevel valgte overlægen at sige til personalet på afdelingen at de skulle tilbyde mig anti-psykotisk medicin HVER DAG. Det må da være rekord i forsøg på meningsløs medicinering, eller hva?

Lidt at tænke over.....

Man siger om mig at jeg har manglende sygdomsindsigt. Det er en anelse underligt, for der findes faktisk ikke psykiske sygdomme. Der findes derimod psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. (se fx WHO ICD-10, her er ingen psykiske sygdomme, - kun lidelser og forstyrrelser). Jeg er godt klar over at man i daglig tale taler om psykisk syge, men det er bare fejlagtig brug af ordene og et udtryk for manglende indsigt i emnet. Definitionen på en sygdom er: Et syndrom med en kendt årsag. (Et syndrom er en samling af symptomer). Man kender ikke årsagen til de fleste lidelser, derfor kan de ikke være sygdomme, og nogle psykiske afvigelser er ikke syndromer. Man bruger heller ikke ordet 'disease' (sygdom) på engelsk om folk som er psykisk 'syge'. Man bruger derimod betegnelsen 'disorder' (forstyrrelse) i fx DSM-5. Man kunne jo så godt sige om mig at jeg ikke har indsigt i egen lidelse. Men denne formulering er også forkert. Jeg har nemlig ikke nogen lidelse, for jeg lider ikke - jeg har det nemlig fint. Min tilstand siges at være ego-syntonisk, hvilket blot betyder at samfundet ikke kan lide min tilstand. Jeg er ikke selv forstyrret af min tilstand, jeg har det fint. Men hvad skal man så kalde det? Jeg ved det ikke, men det er nu egentlig heller ikke mit problem, for jeg har det fint.

Lidt historie om hygiejne

Nostradamus, var fransk læge i middelalderen. Han brugte en stor del af sit liv på at gå rundt og fortælle sine medmennesker at de skulle sørge for at være rene, da dette vil forhindre sygdom. Da han blev ældre skrev han nogle underlige tekster. Senere mente man at disse tekster kunne forudsige fremtiden. I 1840 var der en østrisk læge ved navn Ignaz Phillip Semmelweiz, der opdagede at der på hans hospital var to afdelinger med fødende kvinder, hvor dødstallet var meget forskelligt. På afdeling A døde ca 12% af kvinderne men på afdeling B, var det kun ca 2%. Han undersøgte sagen og opdagede af der på afdeling A var en mandlig læge og at der på afdeling B var en kvindelig jordemoder. Han opdagede at kun den kvindelige læge vaskede hænder, og han spurgte den mandlige læge på afdeling A hvorfor han ikke vaskede hænder, hvortil lægen svarede, at sådan noget gjorde mænd ikke. Det lykkedes han dog at få alle læger på hospitalet til at vaske hænder, og efter nogle måneder så var dødstallet på afdeling A faldet fra 12% til kun 1,2%. De andre læger blev dog træt af ham fordi han blandede sig i deres arbejde og han blev til sidst fyret. Efter et par måneder var

dødstallet på afdeling A stedet til 15%. Han havde muligvis ikke mulighed for at få arbejde igen, for han brugte resten at sit liv på at gå rundt i gaderne i sin by, og fortælle mennesker at de endelig skulle huske at vaske hænder og at de endelig ikke måtte gå til lægen. Han døde i 1865 på et sindssygehospital. (I dag vasker alle hænder)

Logik - evner og opgaver

Indledning
Denne tekst handler udelukkende om den relation der er mellem en opgaves sværhedsgrad og en persons evne til at løse denne opgave. Den vandrette akse (x) angiver sværhedsgraden af en opgave. Den lodrette akse (y) angiver en persons evne til at løse denne opgave. Grafen indeholder tre kurver med navnene: Dårlig, Normal og Optimal.

Normal
Lad mig starte med at fortælle om kurven "Normal". Hvis man ser på kurven, så vil man opdage at den er høj til venstre samt at den falder jo længere den kommer over til højre. Men hvad betyder dette? Vi starter til venstre i kurven "Normal". Kurven starter højt oppe. Det fremgår af x-aksen, at der er tale om et let opgave. Personen har derfor store evner til at løse denne opgave. Efterhånden som vi bevæger os til højre og ud af x-aksen, så vil opgaven blive sværere og sværere. Dette medfører at personen også vil være tilbøjelig til at lave flere og flere fejl. Helt til højre, kan vi se at kurven "Normal" ligger et stykke under det optimale. De fleste normale mennesker er ikke i stand til at løse meget svære logiske opgaver optimalt. Der findes således mennesker med logiske evner som ligger BÅDE over og under det normale område. Det er derfor ikke optimalt (bare) at være normal.

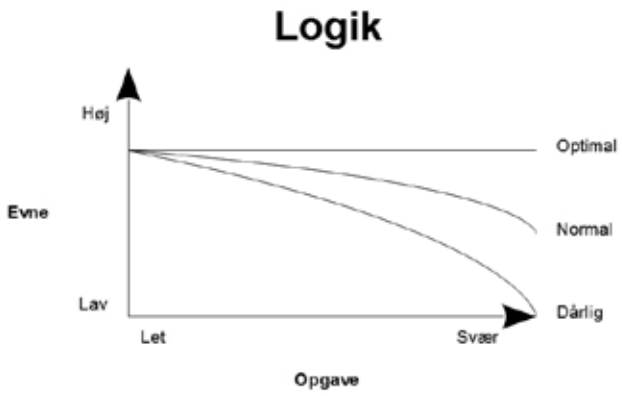
Dårlig
Den næste kurve jeg vil fortælle om er kurven "Dårlig". Denne kurve starter også til venstre. Hvis en person som er dårlig til at løse logiske opgaver får en meget let opgave, så vil personen trods alt være i stand til at løse denne opgave. Efterhånden som vi bevæger os til højre og opgaverne bliver sværere og sværere så vil denne persons evne også blive ringere og ringere. Når opgaven bliver tilstrækkelig svær, så vil personen være ude af stand til at forstå opgaven og ude af stand til at løse opgaven. Der er tale om en person som har nogle evner til at løse logiske problemer som ligger under normalen.

Optimal
Denne kurve starter også til venstre. En person med optimale evner til at løse logiske opgaver vil ikke have problemer med at løse en let logisk opgave. Hvis vi bevæger os til højre på kurven, så vil vi opdage at den ikke falder men bare fortsætter lige ud i en vandret linje. Det er fordi at denne person er i stand til at løse alle logiske opgaver uanset hvor svære de nu måtte være. Der findes ikke mennesker der er i stand til at følge denne kurve. Alle mennesker vil følge en kurve som ligger under denne kurve. Kurven er blot medtaget for at vise en grænse for menneskers logiske evner.

U-normal logik
Hvis en normal person ser en anden person med evner som ikke er i det normale område løse en logisk opgave, så vil denne normale person få et problem. Den normale person vil kunne konstatere at den u-normale person ikke har samme logiske forståelse som den normale. Problemet ligger i at den normale vil have meget svært ved at se om den u-normale person har en bedre eller dårligere logisk forståelse. De fleste mennesker har en indbygget bias på dette område. Så snart en normal person ser en u-normal person komme frem til en u-normal løsning på et logisk problem så vil den normale person straks få den opfattelse at den u-normale person har en dårligere logisk forståelse end den normale person, men det er en vildfarelse. Vildfarelsen opstår i hovedet på den normale som et forsøg på at opretholde den normale persons selvopfattelse som en person med en god forståelse af logik. Den u-normale person som er bedre til at løse en logisk opgave end den normale person har muligvis en stor forståelse for at visse opgaver skal løses på en kontra-intuitiv måde. Det er for de fleste mennesker meget svært at lære at gøre noget som er kontra-intuitivt, netop fordi det strider imod vores indbyggede intuition. Normale mennesker vil være meget tilbøjelige til at forhindre sig selv i at tænke ud af boksen, primært at den simple grund at det føles forkert. Nogle svære logiske problemer er faktisk ikke svære at forstå. Problemer for den normale person er at normale mennesker ofte begynder at lade sig forstyrre af sine følelser, men følelser kan ikke løse logiske problemer, så den normale persons følelser vil være i vejen for at forstå et svært logisk problem korrekt.

Psykiateren
Du vil måske ikke lige umiddelbart ligge mærke til det, men kurverne giver faktisk anledning til nogle problemer, især for psykiatere. Kurverne viser hvorfor nogle psykiatere har problemer med at forstå patienternes logik. Psykiateren vil med stor sandsynlighed opfatte sig selv som normal. Som

du kan se af grafen så ligger den normale kurven mellem den dårlige og den optimale kurve. Der vil således både være patienter som har en dårligere logik end psykiateren og der vil være patienter som har en logisk der er bedre end psykiaterens logik. Når en psykiater taler med en patient, så vil psykiateren faktisk kun være i stand til at foretage en simpel vurdering af patienten. Psykiateren kan finde ud af om patienten har en logik som er magen til psykiaterens egen logik eller om den afviger fra psykiaterens egen logik. Psykiateren har umiddelbart ikke mulighed for at vurdere om patientens logik er bedre eller dårligere end psykiaterens logik. ALLE psykiatere har en bias på dette område. ALLE psykiatere kommer underligt nok ALTID frem til den konklusion, at hvis en patient har en logik som ikke er magen til psykiaterens logik, så må det være fordi at patientens logik er dårligere end psykiaterens logik, men det er det man kalder for en fejlslutning. ALLE psykiatere udelukker på forhånd den mulighed at en patient har en bedre logisk forståelse end psykiateren, og der er en stor fejl at lave for en psykiater. Hvis psykiateren har en patient som udviser en logisk forståelse som afviger fra psykiaterens forståelse af logik, så vil psykiateren automatisk tro at der er tale om en dårlig logik alene fordi at patientens logik afviger fra psykiaterens logik. Du skal som patient forstå at psykiateren er normal lige som alle andre normale mennesker og at psykiateren derfor også vil have en bias, som har til formål at beskytte psykiaterens selvopfattelse imod fremmede opfattelser af verden som kunne vise at psykiateren tager fejl. Hvis du som patient er sikker på din logik, så skal du holde fast i den, også selv om psykiateren synes at du er tosset.



Lugtfri petroleum

Du undre dig nok over hvad lugtfri petroleum har med retspsykiatri af gøre, men der er faktisk en sammenhæng. Lugtfri petroleum burde være ganske forbudt, fordi man netop ikke kan lugte at man bliver udsat for noget som er skadeligt for helbredet. Der sker en usynlig forgiftning af kroppen når man indånder den lugtfri petroleum, og det bør ikke være tilladt. Det giver et større salg af petroleum, hvis den ikke lugter. Der er ikke ret mange mennesker der har lyst til at have et bryggers eller køkken der stinker af petroleum, og derfor vil disse mennesker være tilbøjelige til at undgå at købe petroleum der lugter. Hvis petroleum derimod ikke lugter, så vil det jo ikke være et problem at have den stående i køkkenet. Problemet er bare at den lugtfri petroleum er nøjagtig lige så skadelig som den petroleum der lugter. Det er på samme måde med medicin. Den medicin som ikke har mærkbare bivirkninger vil patienten være meget mere tilbøjelig til at tage (kompliance), end en medicin som har store mærkbare bivirkninger. Hvis en medicin har store bivirkninger, som er tydelige for patienten så vil patienten stoppe med at tage medicinen så snart der dukker en lejlighed op, for at slippe af med sit ubehag. Problemet med medicin uden mærkbare bivirkninger er at den stort set altid har bivirkninger, som bare ikke er til at føle for patienten og hvis patienten spiser medicinen uden problemer fordi patienten ikke oplever bivirkninger, så vil patienten ikke have en naturlig motivation til at stoppe med medicinen igen. Patienten vil let komme til at indtage medicinen i alt for lang tid, netop fordi patienten ikke oplever et ubehag som kan motivere patienten til at stoppe med medicinen. Patienten vil ikke opleve problemer med medicinen, men patienten vil med stor sandsynlighed dø af medicinen alligevel. Patienten vil bare dø af en bivirkning, som patienten ikke vidste var til stede, da patienten netop ikke kunne føle bivirkningen. Medicin uden mærkbare bivirkninger er derfor særligt farlige ved langvarig brug.

Luk døren

Jeg starter lige med et notat fra min journal:

"19-07-2014 Notat. Pt. kom tilbage til afsnittet i løbet af eftermiddagen. Pt. klager over, at med patient spiller højt musik i dagligstuen, pt. er vred og irriteret med vrede øjne og beder personalet løse problemet. Pt. kommer

tilbage efter 5 minutter og atter vred og irriteret over støjen fra dagligstuen. Der bliver foreslået, at pt. evt. kunne lukke sin dør. Det ville kunne give noget ro. Pt. giver udtryk for, han ikke kan koncentreres sig, når der bliver spillet højt. Pt. deltager til aftensmaden og kommunikationen er positiv. Pt. har været på sin vanlige tur ude at gå med stue 7.

Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx,pæd "

Den 19.07.2014 brugte jeg det meste af dagen på mit værelse som jeg plejer. Kl 16:53 sad jeg og læste ved mit skrivebord, da der begyndte at komme bumbe-lyde inde på mit værelse. Lyden var ret tydelig. Jeg åbnede min dør ud til gangen og kunne konstatere at den kom fra et andet sted i afdelingen. Jeg gik ned for at finde lydkilden, og jeg fandt den hurtigt. Det var to medpatienter som sad i dagligstuen, og som havde skruet særdeles højt op for musikken. Nu havde den ene af medpatienterne den dårlige vane ofte at skrue meget op for musikken, så på en måde var jeg ikke overrasket. Jeg gik hen til kontoret og bankede på. Min kontaktperson var på kontoret. Jeg bad hende om at sige til patienterne ind i stuen at de skulle skrue ned, og gik så ned på mit værelse igen. Da jeg alligevel ikke kunne koncentrere mig om at læse mens der var høj musik, så valgte jeg at lade døren stå åben og lufte ud. Kl 17.05 gik jeg igen ned til kontoret, for der var stadig høj musik. Jeg bad min kontaktperson sige til medpatienterne i stuen at de skulle skrue ned. Min kontaktperson giver mit det råd, at jeg kan lukke min dør hvis jeg ville have mindre støj. Jeg fortalte hende at hendes forslag var en anelse underligt, for jeg havde jo netop siddet med lukket dør på mit værelse, da det begyndte at støje. Men det lod ikke til at genere hende at hun havde givet mig et nytteløst råd. Som det fremgår af ovenstående notat, så har kontaktpersonen ganske vist foreslået mig at jeg kunne lukke min dør. Det fremgår dog ikke af notatet, at hendes råd var ganske nytteløst. Notatet kommer til at vise min kontaktperson som en person der giver gode råd, selv om hendes råd i virkeligheden var et dårligt råd, da jeg jo ikke kan lukke en lukket dør. Det får også mig til at fremstå som lettere dum, da jeg tilsyneladende ifølge notatet ikke kan regne ud at der vil komme mindre støj ind på mit værelse hvis jeg lukker min dør. Teksten i notatet er i sig selv ikke urigtig, men der er så mange ting der er udelukket i notatet om hændelsen, at notatet alligevel ikke kan bruges til noget, da det giver et helt andet billede af situationen end det der i virkeligheden fandt sted. Jeg mener at der er tale om et forsøg på manipulation ved udeladelse af information. Jeg er utilfreds med at jeg skal fremstilles som dum, når det nu er min kontaktperson der er manipulerende.

Lys og psyke

Lys er noget som påvirker vores psyke. Lys har indvirkning på vores velbefindende som mennesker. Mennesker er dog forskellige. Nogle mennesker har brug for meget lys, andre har kun brug for lidt lys. Nogle mennesker som ikke får nok lys i løbet af dagen, kan godt efter et stykke tid få det man kalder for vinter-depression. Der findes også mennesker som kun har brug for lidt lys i løbet af dagen få at have det godt (fx mig selv).

Mig og Lys
Personligt har jeg ikke et ret stort behov for lys, for at føle mig godt tilpas. Det er en fordel for mig, at jeg ikke har brug for ret meget lys, da jeg så aldrig nogen sinde vil få det man kalder for en vinter-depression. Jeg kan simpelt hen aldrig komme i en situation hvor jeg vil få for lidt lys. Hvis det er sommer og der er meget lys, så bruger jeg som regel solbriller når jeg kører bil, men jeg går ikke normalt rundt med solbriller på. Jeg kan dog godt lide at gå med kasket, men jeg går også ofte med kasket når der ikke er solskin. Da jeg blev indlagt i Pilehus (P4) gik lys dog pludselig hen og blev et problem. Personligt foretrækker jeg at have lys om dagen og mørke om natten når jeg sover. Denne rytme var dog ikke længere mulig at opretholde da jeg blev indlagt i Pilehus. Pilehus er en lukket retspsykiatrisk afdeling, og der er hegn omkring store dele af bygningen og arealerne omkring bygningen er lyst op med store lamper. Disse lamper hænger visse steder lige over vinduerne ind til patienternes værelser. Dette medfører at når man er inde på sit værelse om aftenen, så er værelset oplyst af lampen som hænger lige ude foran vinduet. Ofte hændte det at personalet ikke slukkede for lyset om natten, så der var derfor lys i mit værelse hele natten. Nogle gange så blev lyset slukket, men det var næsten mere irriterende for hvis personalet i løbet af natten mente der var noget at kikke efter udenfor, så kunne de godt finde på at tænde for lyset om natten, og så vågnede jeg igen. Visse patienter ville gerne ryge om natten, og så blev lyset tændt og slukket igen. Denne enten konstante belysning om natten, eller konstante tænding og slukning af lyset var meget ødelæggende for min døgnrytme. Jeg kunne godt mærke at når jeg vågnede om morgenen så var jeg ikke længere lige så frisk som jeg plejede at være.

Efter et stykke tid klagede jeg over lyset fra disse lamper men det havde ikke nogen effekt. Visse værelser i Pilehus havde en persienne foran vinduet, som var elektrisk og som kunne styres med en fjernbetjening. Mit værelse havde dog ikke en sådan persienne, så når det blev aften og man

tændte for lamperne udenfor, så kunne jeg ikke undgå at der kom lys ind på mit værelse. Jeg havde kun et tyndt hvidt gardin, som intet hjalp på lyset udefra lamperne. Efter et stykke tid fik jeg den ide at begynde at sætte pap på mine vinduer med tape, for at forhindre at der var lys på mit værelse om natten når jeg skulle sove. Problemet med denne løsning var at det var svært at sætte op og tage ned, så jeg lod det også sidde om dagen. Om dagen kunne jeg jo bare tænde for lyset i værelset når jeg skulle have lys. Men ved at lade pappet blive på vinduet hele tiden, så kom der jo heller ikke lys ind på mit værelse om dagen. Dette blev af personalet set som et udtryk for at jeg nok var lysfølsom. Nu er det sådan, at på en retspsykiatrisk afdeling, er der aldrig noget galt med hverken overlægen, personalet eller afdelingen. Lige meget hvilken reaktion en patient udtrykker, så er det altid et tegn på psykisk lidelse. Det blev derfor at personalet set som et udtryk for psykisk lidelse at jeg klagede over lamperne udenfor mit vindue. Men hvad var konsekvensen af bevidst at holde mig vågen? Jeg kom med tiden ganske enkelt i sove-underskud. Mine dage blev sløve og mit hoved var let snurrende, som om jeg hele tiden var lige ved at få hovedpine. Personalet var nu overbevist om at jeg havde en psykisk tilstand som skulle behandles med medicin. Dybest set, så var det jo afdelingen, som ikke var god nok imod sine patienter, heriblandt mig, men da afdelingen jo altid er fejlfri, så må det jo være patienten der er noget galt med, og derfor skal en sådan patient selvfølgelig have medicin. Efterfølgende fik jeg så medicin og efter et stykke tid blev jeg så flyttet til P5 i Dianalund. I Dianalund var der ikke nogen lampe foran mit vindue og jeg kunne nu sove i fred uden lys om natten. Jeg fik det altså bedre af at blive flyttet til et værelse uden lys om natten, men personalet mente at jeg havde fået det bedre fordi jeg nu spiste medicin. Man kan i retspsykiatrien kun få det bedre med medicin. Personalet mener derfor ikke at en patient kan få det bedre ved at blive flyttet til et bedre værelse hvor der ikke er lys om natten.

Lys og personale

I Pilehus er der en gang i midten af afdelingen, som ikke har nogen vinduer. Denne gang er derfor lyst op hele døgnet med kunstigt lys. Lyset var delt op i to grupper. Som regel var kun den ene gruppe tændt, men når der fx skulle gøres rent, så blev begge grupper af lys tændt. En dag kom jeg ud på gangen fra mit værelse og så at hele gangen var lyst op med begge grupper tændt. Jeg slukkede derfor for den ene gruppe lys. Efter et stykke tid var det nogen der tændte for lyset igen. Jeg slukkede derfor igen for lyset. Så var der en mopset kvindelige personale der dukkede op i min ende af gangen og hun var utilfreds med at jeg slukkede for lyset. Jeg oplyste hende om at

der kun plejede at være lys i en gruppe af gangen, men det interesserede hende ikke. Efterfølgende lagde jeg mærke til at der kun var tændt for alle lysene i Pilehus, når hun var på arbejde. Der var aldrig problemer med de andre personaler i forhold til belysningen. Et tydelig eksempel på hvordan personaler kan finde på at opføre sig over for patienter. Hvis en personale mener at der skal være masser af lys, så er det faktisk lige meget hvor mange patienter der mener at der er for meget lys på afdelingen. Personalet har altid ret. Jeg var i øvrigt ikke den eneste patient der slukkede for lyset hvis begge grupper med lys var tændt. Det er mit indtryk at denne personale havde et dårligt syn. Denne personale havde også en dårlig hørelse. Ofte når vi sad og holdt møde i stuen, så kunne hun ikke finde ud af hvem det var der talte. Hun var altså ude af stand til at finde ud af hvor en stemme kom fra hvis hun sad i en gruppe med fx 8 mennesker i en stue. Jeg oplevede tit at hun skældte en forkert person ud for at have sagt noget når det nu var en anden der havde sagt det. Men hvad skal jeg sige. Uanset hvor handikappede personalet så måtte være, så er det altid personalet der er perfekt og patienterne der har fejlen.

Se også teksten: Godmorgen og godnat
Du kan læse om vinter depression på fx Wikipedia: ”Seasonal affective disorder”

Lyt ved dørene!

Hvis man er lidt vågen, så kan man faktisk lære ret mange ting ved at være i retspsykiatrien. En dag sad jeg og læste i min journal. Til min store overraskelse, så stod der i min journal noget om en personale, som havde stået ud foran døren til mit værelse og lyttet! Vedkommende skrev at hun havde observeret nogle lyde fra mit værelse. Lyde som man kun ville være i stand til at høre, hvis man havde stået og lyttet ved døren. Lytter de ved dørene, tænkte jeg? Det gik jeg lige om undrede mig over et par dage. Nu var det sådan at mit værelse lå lige ud til en lille stue, hvor personalet tit sad og snakkede, og så var det at jeg da selvfølgelig fik samme tanke. Så ofte når jeg var inde på mit værelse om aftenen og min dør var lukket, så gik jeg hen og lagde øret til døren for at høre hvad personalet sad og talte om. Til min meget store overraskelse, så var det ikke så lidt, der blev talt om mellem personalet. Jeg lærte en del om de konflikter der var mellem personalerne i afdelingen, og jeg lærte faktisk også en masse personlige detaljer om de forskellige personaler, som jeg så gik hen og skrev ned i min dagbog. At lytte ved døren var ikke noget jeg selv fandt på, det var noget jeg lærte af personalet.

Læs dig ud af medicinen

Det er min erfaring efter 4½ år i retspsykiatrien (marts 2015), at der er en meget stærk sammenhæng mellem hvad du som patient ved om retspsykiatri og hvor meget medicin du vil blive tvunget til at spise. Sammenhængen er simpel. Jo mere du ved om psykiatri og i særdeleshed retspsykiatri, jo mindre medicin vil du også få. Det er min erfaring, at patienter ikke bliver medicineret ud fra en psykisk lidelse med ud fra hvor klog patienten er og hvor meget patienten ved om retspsykiatri. Det er derfor du bør gøre alt hvad du kan for at lære noget om retspsykiatri. Personalet på din afdeling kan godt finde på at tilbyde dig psyko-edukation, men den viden du vil få i dette forløb vil langt fra være tilstrækkeligt til at du kan forhindre at du bliver medicineret alt for meget. Jeg har oplevet flere patienter blive udsat for tvang på grund af en adfærd, som dybest set var et udtryk for mangelfuld viden og som dybest set ikke havde noget med psykisk lidelse at gøre. Retspsykiatri handler ikke om at hjælpe mennesker med en psykisk lidelse. Retspsykiatrien er et simpelt spil. Retspsykiatrien er en form for våbenkapløb mellem overlæger og patienter. Den kamp der bliver udspillet mellem overlæge og patienter handler udelukkende om en enkelt ting og det er viden og information. Retspsykiatrien gør alt hvad den kan for at opretholde hemmeligheden om hvad der i virkeligheden sker i retspsykiatrien, af den simple grund, at hvis alle vidste hvad der skete i retspsykiatrien så ville den blive lukket ned, med det samme. Der er tale om et våbenkapløb hvor våbenet er viden. Det er overlægens overlegne viden om retspsykiatri der sætter ham i stand til at tvangsmedicinere patienterne, men hvis patienterne ved lige så meget som overlægen, så vil det sandelig ikke være let at være overlæge og tvangsmedicinere patienterne. Det er ikke gratis at lære noget om retspsykiatri. Jeg vil med disse tekster kræve noget af dig som læser, men jeg kræver det kun af dig fordi jeg ved at det vil hjælpe dig til at blive en stærkere og klogere patient. Hvis du ikke har noget imod at blive tvangsmedicineret så er det selvfølgelig ganske overflødigt at læse disse tekster.

Magt og ikke-magt

Når en patient taler med en overlæge, så vil patienten opleve to forskellige former for magt. 1) Den magt som overlægen rent faktisk har, og 2) Den magt som patienten TROR overlægen har. Det er som patient utroligt vigtigt at finde ud af hvornår overlægen rent faktisk har magt og hvornår

overlægen ikke har magt. En patient er nødt til enten at afprøve overlægens magt eller patienten er nødt til at lære overlægens magt at kende på anden vis. En overlæge vil på intet tidspunkt være interesseret i at fortælle en patient hvornår overlægen udøver en virkelig magt eller hvornår overlægen bare lader som om at overlægen har magt. Hvis overlægen kan overbevise patienten om at alt hvad overlægen gør er et udtryk for virkelig magt, så bukker patienten hurtigt under for overmagten. Du kan også lære om grænserne for overlægens magt ved at høre på mig. Jeg er utroligt interesseret i at fortælle mine medpatienter grænserne for overlægens magt. Overlægens store magt medfører ofte magtmisbrug. Magtmisbrug skal stoppes med det samme. Hvis først overlægen bliver vant til at en patient bukker under for overlægens handlinger så vil overlægen meget let komme til at overbehandle patienten. Jo tidligere en patient kan stoppe et overgreb fra en overlæge jo bedre.

MAGT OVER ANDRE

Følelser
Denne tekst handler IKKE om at mennesker ikke skal have følelser. Denne tekst handler om at man skal lære at forstå sine egne følelser. Du skal som menneske lære at forstå at visse indre følelser og overbevisninger, gør det let for andre mennesker at manipulere dig til at gøre ting, som du dybest set ikke har lyst til, men som du gør alligevel fordi du føler dig styret af en usynlig udefrakommende magt. Hvis du har denne følelse, så er det fordi at du ikke har styr på dig selv. Man kan ikke kontrollere et andet menneske, hvis dette menneske ikke ønsker at lade sig kontrollere. Det handler om at få kontrol over sig selv. Hvis du ikke har kontrol over dig selv, så kan du være helt sikker på, at der skal nok være nogle andre mennesker, som står klar til at tage kontrol over dig, så snart de opdager at du ikke har kontrol over dig selv.

Penge!
Penge er en abstrakt størrelse. Penge er kun noget værd, fordi mennesker er enige om at penge er noget værd. Hvis alle mennesker i morgen besluttede at penge bare er metal og papir, så ville penge ophøre med at eksistere som penge. Der er tale om at penge udelukkende er noget værd, fordi vi er enige om at penge skal være noget værd. Mennesker kan i fællesskab blive enige om hvorvidt en abstrakt størrelse skal være noget værd eller ej.

Alle mennesker
Hvis man er præst, så har man magt over sine undersåtter gennem religionen. Hvis undersåtterne opgiver religionen så er præsten jo ikke længere nødvendig. En præst har derfor en stor interesse i at hans undersåtter holder fast i religionen. Præsten vil derfor gøre hvad han kan for at overbevise dig om at religionen er en god ting for dig (læs: ham). Præsten vil bruge en masse magtmidler overfor dig i forsøget på at forhindre dig i at du opgiver religionen. Et godt magtmiddel i gamle dage, var at sige til den troende at han ville komme i helvede, hvis han opgiver troen. Det er derfor at det er godt at være ateist, så er du fri.

Patienter
Hvis man er styret af sine følelser, så er det også let for andre at have magt over dig. De mennesker som har magt over dig gennem dine følelser, er jo ganske tilfreds med at du ikke har kontrol over dine følelser, for uden dem ville magthaveren jo ikke have noget magtmiddel. Det er derfor at det er godt at kunne lukke følelserne ude, når du kommer i en kritisk situation, så du ikke lader dig narre til at gøre noget du i virkeligheden ikke har lyst til at gøre. - det handler om at blive fri. Hvis du ikke lader dig styre via dine følelser, så skriver overlægen i din journal at du ikke har nogen følelser, og så skal du nok få en diagnose du ikke kan lide. Det er et magtmiddel, som overlæger har imod patienter, som vil prøve på at undgå at blive styret via deres følelser. Det er godt at have følelser, men det er ikke godt hvis du ikke kan styre dem, for så sker der hurtigt det, at overlægen opdager at du ikke er i kontrol over dine følelser, og så tager overlægen pludselig kontrol over din krop og dine handlinger ved hjælp af dine følelser, og så er du solgt som menneske, uden kontrol over dig selv. Hvis en overlæge ikke kan styre dig gennem dine følelser, så skal han finde en anden måde hvorpå han kan styre dig og det er ved at tale til din fornuft. Men det er en langt større opgave for overlægen, for der findes dybest set ikke ret mange fornuftige ting man kan sige om at spise medicin.

Personaler
Overlægen er konstant nødt til at opretholde illusionen om at det overlægen gør ved patienterne, er godt for patienterne, for i det øjeblik personalet ikke længere tror på overlægens 'gode' gerninger, så kan overlægen heller ikke længere trække dem rundt i manegen, og få dem til at gøre det som overlægen gerne vil have personalet til at gøre imod patienterne. Overlægens magt over personalet er ligeså hul, som præstens magt over menigheden. Præstens magt er opfundet af mennesker for at blive brugt imod mennesker.

Det er på samme måde med overlægens magt. Det er opfundet af nogle mennesker med det formål at blive brugt imod nogle andre mennesker. Så længe overlægen kan have kontrol over sine personaler via personalernes følelser, så har han personalerne i sin hule hånd, men hvis personalerne lærer at holde deres private følelser adskilt fra deres arbejdssituation, så vil det pludselig ikke længere være muligt for overlægen at styre personalet via deres følelser. Nu vil han pludselig være nødt til at have kontrol over personalerne ved at tale til personalernes fornuft, og det er ikke let, for dybest set, så er der ikke meget fornuft i det overlæger render rundt og laver til dagligt.

Overlægen

Hver gang overlægen kan få en patient eller personale til at gøre noget ved at manipulere med patientens eller personalens følelser, så slipper overlægen for at skulle forklare personen det fornuftige i at følge ordren. Dybest set er der ikke noget fornuftigt i det overlæger render rundt og laver, men du opdager det først den dag du lærer at styre dine følelser selv. Hvis dine tanker er fri, så er der ingen der kan løbe om hjørner med dig. Dybest set så er behandling i retspsykiatrien en illusion, for overlægen har udelukkende magt over patienterne fordi patienterne er svage. I det øjeblik han giver patienterne selvtillid og magt over eget liv, så vil patienterne straks holde op med at følge overlægens befalinger, og det er der jo dybest set ikke nogen overlæge der ønsker. Det er med overlæger på samme måde som med præster. Magten ligger i at holde undersåtterne nede. Første gang en undersåt slipper religionen og opdager hvor befriende det er, så vil han jo sige det til de andre undersåtter, og så er helvede løs, for så falder magten, og pludselig så er præsten ikke længere en præst, men bare et menneske som alle os andre. Det er derfor at der i retspsykiatrien er indført 0-tolerance, for overlægerne ved godt at første gang der slipper en patient ud af systemet fordi patienten trodser overlægens ordre, så vil patienten straks fortælle de andre patienter hvordan de skal slippe ud af systemet, og vupti så er systemet smuldret. Man skal se indførelsen af 0-tolerancen som et udtryk for at spændingerne i retspsykiatrien er blevet større end nogensinde før. Jo større magt overlægen udtrykker, jo mere er det et udtryk for at han er bange for at hans magt skal smuldre. Overlæger udøver efterhånden en stor magt over deres patienter. Det skal ses som et symptom på, at overlægerne godt ved at hvis der slipper bare en enkelt patient ud af systemet, som ikke har underkastet sig overlægens magt, så er der ikke længere nogen magt af have for overlægen. Har du kontrol over dig selv?

Mangelfuldt notat

Det er mit indtryk at personalet godt ved hvornår de gør noget forkert overfor patienterne. Det er mit indtryk at personalet ofte bevidst udelader vigtig information fra patientens journal, fordi hændelsen stiller personalet i et dårligt lys. Nu er det jo personalet der bestemmer hvad der skal stå i journalen, så de har også muligheden for at vælge hvad der skal stå i patientens journal. Der sker ofte udeladelser af information i journalen, som har en stor indflydelse på patientens behandling, og som tydeligt viser hvordan patienterne bliver behandlet af personalet. Et godt eksempel er notatet i min journal for torsdag den 27. november 2014:

> *Pt. har deltaget i middagssamlingen. Pt. har haft samtale/møde med ombudsmanden.*
> *Pleje- og miljøterapiplan er fulgt.*
> *XX,pæd*

Det fremgår at jeg har talt med ombudsmanden, men der står ikke noget om den store ballade der var i afdelingen denne dag mellem flere af patienterne (heriblandt mig) og personalerne. Vi fik mere end en måned tidligere oplysning om at ombudsmanden kom på besøg i afdelingen, og at hvis vi patienter havde lyst, så kunne vi få lov til at tale med Ombudsmanden. På selve dagen var jeg i bad. Det bankede på min dør og en personale fortalte mig at hun skulle med ind til samtalen når jeg skulle tale med Ombudsmanden. Hun oplyste, mig at hun skulle med som en støtte for mig, men det var jeg ikke tilfreds med, for jeg har sandelig ikke brug for støtte til at tale med Ombudsmanden. Hun gik igen. Mindre end 15 minutter senere bankede hun igen på døren, og fortalte mig at hun ikke længere skulle med ind til mødet som en støtte for mig, med at hensyn til sikkerheden. Jeg synes at det var meget underligt. Der gik ikke ret længe før hun igen bankede på min dør, og oplyste mig at det var godt nok med hensyn til sikkerheden hvis hun bare sad uden for døren mens jeg snakkede med Ombudsmanden. Hvad jeg først efterfølgende erfarede var at nogle andre patienter tilsyneladende havde været lige så utilfredse med at have personale med ind til Ombudsmanden som jeg selv. Denne store ballade og forvirring i løbet af dagen står der intet om i ovenstående notat fra dagen. Der står bare at jeg har talt med Ombudsmanden. Notatet er mangelfuldt. Notatet er manipulerende. Og notatet er en fordrejning af virkeligheden og et forsøg på manipulation ved udeladelse af vigtig information.

Manglende symptomer

Ifølge DSM-V, så har ca 35% af alle skizofrene mennesker problemer med motorikken. Men nu er det så at jeg begynder at undre mig. Jeg har efterhånden set en del patienter med skizofreni både på den afdeling jeg er indlagt samt på andre afdelinger som jeg har besøgt. Jeg har faktisk kun mødt en enkelt patient, som havde problemer med motorikken, og så vidste jeg ikke engang om denne patient var skizofren eller ej, da jeg ikke nåede at spørge ham om det. Rent statistisk burde jeg faktisk have mødt langt over 10 patienter, som havde tydelige problemer med motorikken. Nu kunne man godt komme med det argument, at alle de indlagte patienter jo spiser medicin og derfor ikke viser symptomer, da de er det overlægen godt kan lide at kalde for 'velmedicineret'. Problemet er bare at ikke alle patienter spiser medicin, og det kan der være flere grunde til. Hvis fx en patient er blevet indlagt med det formål at få en mentalundersøgelse, så er hovedreglen, at patienten skal være uden medicin under hele undersøgelsen. Hvis han så efterfølgende får diagnosen skizofren, men ikke viser tegn på motoriske forstyrrelser, så er han også med til at modsige statistikken. Jeg har selv diagnosen paranoid skizofreni, og jeg har absolut heller ikke nogen problemer med min motorik. Jeg finder det betænkeligt at patienter på retspsykiatriske afdelinger i den grad trodser statistikken. Jeg kan ikke lade være med selv at få den tanke, at måske er mange af de patienter som har en skizofreni-diagnose slet ikke skizofrene. Hvis du, kære læser, har en forklaring på hvorfor patienterne trodser statistikken, så høre jeg gerne fra dig? Slutteligt, så vil jeg gerne lige gøre opmærksom på noget interessant. Da jeg var patient i Pilehus (P4), så var jeg ofte med til morgen-gymnastik. Her var det særligt interessant at se hvor mange personaler, som havde en usædvanlig dårlig motorik. Mange personaler havde store problemer med at udføre de øvelser som vores idrætslærer viste os. Det må da være lidt pinligt som personale, der ser sig selv som bedre end patienterne, at skulle opdage at man har en dårligere motorik end de fleste af patienterne.

Medicin - kritik eller ej

Mennesker kan ikke lade være med at være påvirket af deres tidligere erfaringer, men nogle gange kan det godt gå hen og blive til et problem, både for dem selv og andre. Jeg vil i denne tekst komme med to eksempler:

Fra somatik til psykiatri

For at blive psykiater, så er man først nødt til at blive uddannet læge. Lægegerningen er i sig selv en god uddannelse. Her lærer man blandt andet en masse om hvordan medicin virker i kroppen. Man lærer en masse faktuelle ting om medicin. Hvordan den fremstilles. Hvordan den virker (farmakodynamik). Og noget om medicinens vej gennem kroppen (farmakokinetik). Alt dette giver lægen en følelse af at medicinen virker effektivt. Dette giver dog et problem. I det øjeblik lægen bliver uddannet til psykiater, så bevæger lægen sig ind på et nyt område, hvor tingene slet ikke er lige så sikre som i somatikken. Den sikkerhed der er for at en medicin virker i somatikken, den findes slet ikke i psykiatrien. Men da lægen er vant til at medicinen virker, så vil lægen også automatisk tro at medicinen så selvfølgelig også virker inden for psykiatrien, men lægen kunne næppe tage større fejl. Der er tale om at lægen tager sin holdning til medicin i somatikken og overfører den til medicinen der bliver brugt i psykiatrien. Dette fører til at en masse mennesker i psykiatrien bliver medicineret med en masse medicin som kun har tvivlsom effekt, og det er meget dyrt for samfundet og meget skadelig for patienterne.

Fra psykiatri til somatik

Der findes faktisk også det omvendte problem. Forestil dig en person, som udelukkende har været patient i psykiatrien i mange år. Personen har måske, som så mange andre mennesker, erfaret at medicinen inden for psykiatrien kun har en tvivlsom effekt og mange bivirkninger. Denne person får nu et somatisk problem som kan behandles med en medicin. Personen vil nu være meget skeptisk over for denne medicin. Grunden er jo simpel. Personen har i mange år oplevet medicin i psykiatrien med ringe effekt og mange bivirkninger. Det er derfor nærliggende for denne person at tænke, at medicinen for den somatiske lidelse har samme egenskaber og effekt som den medicin personen fik i psykiatrien. Personen flytter altså sin erfaring med medicin i psykiatrien med over på medicinen i somatikken, og kommer frem til at medicinen i somatikken nok er lige så dårlig som den medicin personen fik i psykiatrien. Dette er dog en fejl, men jeg kan godt forstå at der er mennesker der laver denne fejl. Disse mennesker handler jo udelukkende ud fra deres erfaring med medicin i psykiatrien, og det var en meget dårlig erfaring. Der er stor chance for at disse mennesker vil blive underbehandlet, fordi de også har en modvilje imod den medicin der bruges i somatikken.

Vurdering
Det er utroligt svært for de fleste mennesker at forstå, at der er områder (somatikken) hvor alt virker som det skal, og at der også er områder (psykiatrien) hvor intet virker som det skal. Hvis man først har lært det ene område at kende, så er det utroligt svært at forstå at det andet område er ganske anderledes. På en måde så ligner områderne jo hinanden. I begge områder giver man en medicin for en given sygdom/lidelse, men det er utroligt svært at fatte, at i somatikken der virker medicin næsten altid, hvorimod i psykiatrien, der virker medicinen næsten aldrig.

Medicin - Pludselig død

Du har måske nok undret dig over hvordan det kan være, at vise typer medicin, har "pludselig død" som en af bivirkningerne. Jeg vil gerne komme med en mulig forklaring. Antipsykotisk medicin påvirker centralnervesystemet. Alle de steder i hjernen, som bliver påvirket af medicinen vil opleve en eller anden form for bivirkning, fordi medicinen dybest set er et giftstof for hjernen. Det som er interessant, men som også gør antipsykotisk utrolig farligt er at det ikke er alle bivirkninger man umiddelbart kan mærke. Mange af de steder i centralnervesystemet som bliver angrebet af det antipsykotiske lægemiddel (giftstoffet) vil reagere på en sådan måde, at personen hurtigt opdager at der er noget galt. Personen får måske kvalme, dårlig koncentration eller meget andet. Medicinen vil dog også påvirke områder af centralnervesystemet, som ganske vist vil blive forgiftet af medicinen, men som ikke har en indbygget funktion, der kan advare om at der er noget galt. Antipsykotisk medicin påvirker også den del af vores hjerne som styre vores hjerte. Det som er uheldigt er at når medicinen (giften) rammer dette område, så vil området blive forgiftet af medicinen, men da denne del af hjernen ikke har en funktion som kan advare personen om at der er noget galt, så vil personen ikke opdage at medicinen har forgiftet det område som styre fx hjertet. En patient har således to forskellige former for bivirkninger. Dem som patienten kan mærke og dem som patienten ikke kan mærke. De bivirkninger som patienten kan mærke bør give grund til bekymring. Men noget som i særdeleshed bør give anledning til bekymring er de bivirkninger som patienten ikke selv kan mærke, men som er i gang med at slå patientens centralnervesystem ihjel. Hvis patienten fx får forhøjet blodtryk, så kan patienten ikke nødvendigvis mærke dette. Det kan dog måles med en blodtryksmåler. Problemet er dog at den forgiftning som finder sted i hjernestammen (som blandt andet styrer hjertet) ikke på nogen

måde vil kunne opleves af patienten selv. Nogle uregelmæssigheder vil dog kunne måles som fx for højt blodtryk. Andre uregelmæssigheder kan man ikke måle. Det er disse sidste uregelmæssigheder som er de allerfarligste for patienten. Patienten kan ikke mærke dem og psykiateren kan ikke måle dem. Da de hverken kan føles eller måles, så er det umuligt at sige noget om deres styrke og omfang. Denne del af nervesystemet kan langsomt blive mere og mere forgiftet uden at hverken patienten eller psykiateren opdager hvad der sker. På et tidspunkt kan der ske det at området bliver så forgiftet at det pludselig sætter ud af funktion og patienten dør ganske pludseligt. I det øjeblik man giver en patient antipsykotisk medicin, så er der ingen der aner om patienten vil leve i 30 år mere eller bare 30 sekunder mere. Det er ganske uforudsigeligt, og man kalder det for pludselig død. Den største uhyggelighed ved disse dødsfald er at de stort set aldrig bliver forbundet med den medicin som har fremkaldt døden, da det er meget svært at måle og bevise en sammenhæng mellem medicinen og den pludselige død, da vi endnu ikke har teknikker til denne slags undersøgelser. Det er mit håb at denne type undersøgelser i fremtiden bliver udviklet, således at vi i fremtiden, kan vise verden hvor farlig den antipsykotiske medicin er i virkeligheden, således at psykiatere og medicinalindustrien kan blive stillet til ansvar for deres handlinger.

Medicin kontra terapi/samtale

Jeg tror at personalet og overlægen finder det behageligt at give patienterne medicin i stedet for samtale/terapi af flere grunde. Her er en af dem:

Afstand
Der er en større afstand mellem patient og personale/overlæge ved medicin set i forhold til samtale/terapi. Det er som om at man ligger selve helbredelsen over på patientens skuldre med en pille. Ved samtalen og terapien, er der en meget tæt relation mellem patient og personale, og jeg tror at denne tæthed er meget ubehagelig for personalet. Grunden til at tætheden er ubehagelig er på grund af forholdet mellem patienten og personalet. Patienten forventer at få hjælp af personalet og personalet forventer at de kan hjælpe patienten. Problemet opstår hvis patienten opdager at personalet faktisk ikke er i stand til at hjælpe patienten. Dette kan skyldes at personalen faktisk ikke har erfaring og uddannelse nok til rent faktisk at hjælpe patienten. Det kræver ikke nogen uddannelse af særlig stor karakter for at udlevere en pille til en patient. Det er mit indtryk, at personalet er mere bange for

at have en tæt kontakt til en patient end patienten er bange for at have en relation til personalet. For at bruge en metafor: Det er simpelt hen for personligt at 'kvæle' patientens psyke med de bare hænder. Så er det mere 'humant' i personalets øjne at skyde patienten fra lang afstand med en altødelæggende pille. Det mest korrekte ville være hvis personalet og overlægen anerkendte, at det handler om at påvirke patienten til et bedre liv, samt at det godt kan føles ubehageligt at skulle påvirke et andet menneske gennem samtale og terapi, men at det er nødvendigt hvis patienten skal have det bedre. Hvis personalet kunne komme frem til denne anerkendelse, så ville medicinsk behandling af patienterne kun være nødvendigt som en sidste udvej og medicinsk behandling ville blive en sjældenhed på de psykiatriske afdelinger. Samtale og terapi skal altid være første behandlingsmetode og medicin skal altid være den sidste udvej. Måske er det vores humane opfattelse af hvordan man må behandle dyr der er flyttet over til hvordan man må behandle en patient. Det er ikke i orden at sparke en ko i røven, men det er helt i orden at slå den ihjel og spise den. På samme måde er det ikke i orden at påvirke patientens psyke med samtale, men det er helt i orden at slå patientens psyke ihjel med en pille.

Medicin mod hørelsen

Du har muligvis en gang prøvet at være ret fuld, fordi du har indtaget alkohol. En ting som sker når man bliver fuld er at man får påvirket sin hørelse. Det er derfor ikke unormalt at man ved en fest hvor alle gæsterne drikker sig fulde, skruer højere og højere op for musikken efterhånden som tiden går. Alkohol påvirker vores nervesystem, og gør det sværere for os at høre, og som en konsekvens af dette skurer vi op for lyden. Problemet er at ørerne tager skade af høj lyd. Uanset om man er ædru eller fuld, så tager ørerne skade af høj musik. Når man bliver fuld er det derfor vigtigt at huske på at selv om man har fået svært ved at høre, så nytter det ikke at skue op for lyden, fordi den høje lyd vil ødelægge din hørelse, også selv om du har en følelse af at du ikke kan høre noget. Man kan således godt få ødelagt sine ører af en lyd man næsten ikke kan høre, og det er vigtigt at forstå. Mange personer, som spiser antipsykotisk medicin vil begynde af få en osteklokke-følelse (derealisation). Denne følelse er en bivirkning ved medicinen. Problemet er at det gør det svært for personen at høre. Det har samme effekt på nervesystemet, som hvis man var fuld. Problemet er det samme. Det nytter ikke at man i denne tilstand begynder at høre fx høj musik. Personen føler ganske vist ikke at lyden er ret høj, men den er ikke desto mindre

stadig skadelig for ørerne. Det kan godt være en belastning af være på en afdeling hvor alle patienterne render rundt med osteklokke følelse, for når de kommer ind på deres værelse, så skuer de op for lyden og spiller høj musik. Forestil dig at bo i samme opgang som en person på antipsykotisk medicin, som hele tiden spiller høj musik, fordi han har svært ved at høre musikken. Det er en bivirkning ved medicinen som ikke kun ødelægger personens egen hørelse. Den ødelægger det også for de omkringboende eller de andre patienter på afdelingen hvor patienten er indlagt. Jeg oplevede selv, at jeg pludselig ikke længere kunne høre lyden der kom ud af TV'et. Det var en meget ubehagelig oplevelse, for jeg vidste jo at der var lyd, men jeg kunne ikke høre den. Jeg skruede dog ikke op for lyden selv om jeg ikke kunne høre den, for jeg ved da så meget om lyd, at det er ikke følelsen af hvor høj lyden er der ødelægger hørelsen, men hvor høj lyden rent faktisk er i virkeligheden der ødelægger ørerne, og jeg skal da sandelig ikke have ødelagt min hørelse på grund af antipsykotisk medicin.

Medicin på Amerikansk

Jeg bruger en del tid på at læse om psykiatri på engelsk og amerikansk. Når jeg slår de forskellige former for medicin op i fx Amerika, så skal jeg da lige love for at jeg vågner op. Man har en helt anden beskrivelse og forklaring på anti-psykotisk medicin i Amerika. Hvis man i USA, slår anti-pyskotisk medicin op, så vil man opdage at det hører til i en gruppe af medicin der hedder "major tranquilizer" (kraftigt bedøvelsesmiddel). Man vil så igen erfare at "major tranquilizer" igen er en del af en gruppe af medicin som man kalder for "sedative". Medicin som er i gruppen "sedative" kan man slå op i DSM-5. Når man slår "sedative" op i DSM-5, så kan man se hvilke generelle problemer der er med medicinen. Sedativer kan ifølge DSM-5 give følgende problemer: Psykoser, bipolar lidelse, depression, angst, søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser, delirium, varigt nedsatte hjernefunktioner, afhængighed, forgiftning og problemer med seponering. Jeg håber du tænker dig godt om før du frivilligt lader dig behandle med anti-psykotiske midler.

Se også: DSM-5, side 482, sedative-linien i skemaet, side 550 ff og side 709, neuroleptic
Du kan slå følgende ord op i fx Wikipedia: antipsychotic, tranquilizer og sedative.

Medicinsk adfærdsændring

Jeg har længe undret mig over den rækkefølge tingene sker i på en retspsykiatrisk afdeling. Det drejer sig i denne tekst om hvordan man påvirker patienternes adfærd med medicin. Det er mit indtryk at medicinering af patienten med det formål at ændre patientens adfærd sker i den samme rækkefølge hver gang. Jeg har det indtryk at personalet og overlægen nok ikke er bevidste om den fremgangsmåde de bruger når de giver en patient medicin for at ændre patientens adfærd. Rækkefølgen er som følger: Det starter med en patient som bliver indlagt med en given adfærd eller en allerede indlagt patient som pludselig får en ny og uønsket adfærd. Personalet observerer så patienten i et stykke tid. Når personalet så har observeret patienten i et stykke tid, og de har skrevet deres observationer ned i patientens journal, så har de en konference med overlægen. Her fremlægger personalet så deres observationer af patienten. Overlægen tager så (måske) efterfølgende en eller flere samtaler med patienten. Overlægen træffer så beslutning om at patienten skal have medicin for sin uønskede adfærd. Patienten spiser så efterfølgende medicin, og efter et stykke tid, så forsvinder den uønskede adfærd. Både overlægen og personalet jubler, for det lader til at medicinen har virket. Eller har den nu også det? Selve fremgangsmåden har en sådan opbygning at den skal sikre et bevis på at medicin virker. Men er det da ikke medicinen der virker, og som har fået den uheldige adfærd til at forsvinde? Mit svar er: Nej. Lad mig skære det ud i pap. Det hele starter med en patient med en uheldig adfærd. Personalet observere nu denne adfærd igennem et stykke tid. Læg mærke til at personalet ikke konfronterer patienten, og gør patienten opmærksom på den uheldige adfærd. Hvis patienten ikke selv er opmærksom på at patientens adfærd er uheldig, så vil patienten jo heller ikke ændre adfærd. Efter et stykke tid har personalet så en konference med overlægen. Overlægen træffer en beslutning om at patienten skal have medicin. Overlægen taler nu med patienten om patientens uheldige adfærd og overlægens beslutning om at patienten skal have medicin. Læg mærke til at personalet og overlægen indtil dette tidspunkt har holdt det hemmeligt for patienten hvad det er for en adfærd som patienten har og som personalet og overlægen synes er uheldig. Patienten starter altså først op på medicin i det øjeblik man fortæller patienten at patienten har en uheldig adfærd og hvorfor den er uheldig. Patienten har altså indtil dette punkt ikke haft mulighed for at ændre sin adfærd, for personalet har jo netop ikke fortalt patienten at patienten havde en dårlig adfærd. Hvis nu personalet havde observeret patienten gennem et stykke tid og var kommet frem til at patienten havde en dårlig adfærd, så kunne de jo fortælle patienten dette, og derved

give patienten en chance for at ændre sig INDEN patienten blev ordineret medicin. Men sådan foregår det ikke på en retspsykiatrisk afdeling. Det bliver holdt hemmeligt for patienten hvad man synes om patientens adfærd lige indtil det tidspunkt hvor overlægen beslutter at patienten skal have medicin. I det øjeblik overlægen holder sit møde med patienten og fortæller patienten hvad det er der er forkert ved patientens adfærd og samtidig starter patienten op på medicin, så bliver det umuligt at se hvorfor patienten efterfølgende får det bedre. Får patienten det bedre fordi at overlægen taler med patienten om patientens adfærd eller får patienten det bedre på grund af medicinen. Det er mit postulat at patienten ændre adfærd i det øjeblik patienten får at vide at patientens adfærd er uheldig, men det er medicinen der får æren af ændringen. Dette kan lade sig gøre netop fordi overlægen først fortæller patienten om hvad overlægen mener om patientens adfærd i det øjeblik overlægen træffer beslutning om at patienten skal have medicin. Den korrekte fremgangsmåde burde være en anelse anderledes. Det brude starte med en patient med en uheldig adfærd. Dernæst er det personalets opgave at observere patienten gennem et stykke tid. Det burde så være op til overlægen at have en samtale med patienten om patientens uheldige adfærd. Dernæst burde der så være en periode hvor personalet igen observerede patienten for at se om det var nok til at ændre patientens adfærd. Det er mit postulat at de fleste patienter faktisk ville ændre adfærd på dette tidspunkt. Der ville være nogle enkelte der ikke ville ændre adfærd og overlægen kunne så træffe beslutning om at der skulle prøves med medicin i stedet for. Den fremgangsmåde der bruges i øjeblikket giver et højt medicinforbrug, og fremgangsmåden får det til at se ud som om at medicinen er meget effektiv. Problemet er dog at meget af den effekt som tilskrives medicinen i virkeligheden skulle tilskrives patientens egen evne til at skifte adfærd, men sådan er virkeligheden ikke i øjeblikket.

Medicinsk behandling af medicin-skræk

På et tidspunkt var jeg indlagt i Pilehus (P4). Jeg var meget utilfreds med at personalet hele tiden prøvede på at overbevise mig om at jeg skulle have medicin. Jeg fortalte således personalet at jeg var imod medicin, fordi jeg følte at personalet ville prøve på at lave om på mig med medicinen. Personalet benægtede dog at de ville prøve på at lave om på mig. Det blev efterfølgende besluttet at jeg skulle tvangsmedicineres. Overlægen mente således at min medicinskræk kunne behandles med medicin. Jeg kan så oplyse, at min skræk for antipsykotisk medicin ikke ligefrem er blevet mindre

med tiden af behandling med antipsykotisk medicin. Min utilfredshed med psykiatrien er også med tiden blevet nærmest enorm, og det er på tide at der er nogen der laver psykiatrien om.

Mediemanipulation

Forestil dig at du gerne vil have tilført flere penge til psykiatrien. Hvordan kan dette bedst lade sig gøre? Hvad med denne løsning: Du beholder de raske patienter på afdelingen og kalder dem for meget syge, og så udskriver du de patienter som har en kraftig psykisk lidelse, som så efterfølgende laver problemer i samfundet og som efterfølgende kommer i medierne. Så stiller du dig op og siger at der ikke er nok pladser i psykiatrien og beder om flere pladser. Det ser meget troværdigt ud, men det er rent fup. De raske patienter kan samfundet ikke se, for de er "beskyttet" på de retspsykiatriske afdelinger. Hver gang der er nogen der prøver på at finde ud af noget om patienterne, så bliver de informeret om at man ikke kan udtale sig om patienterne på afdelingerne, og at dette udelukkende er for at beskytte patienternes identitet, da patienterne har krav på anonymitet. På denne måde undgår man at samfundet opdager, at mange indlagte patienter dybest set ikke fejler noget, men bare burde sendes hjem. Problemet kunne løses ved at man udskrev alle de raske langtidspatienter og så i stedet for beholdt de personer som virkelig trængte til hjælp. Dem som blev udskrevet ville ikke lave ballade og dem som lavede ballade ville være i behandling. Vupti, det er så enkelt, men der er ikke nogen der er interesseret i dette, af den simple årsag, at der ikke er penge i det. Stor helbredelse med lille mængde medicin er godt for patienterne men ikke godt for systemet. Hvis man udskrev de raske patienter, så ville alle de uhyggelige historier om psykisk lidende mennesker der begår kriminalitet forsvinde ud af mediebilledet, samtidig med at vi ville tage hånd om dem som virkelig trængte til hjælp. En god grund til at undgå dette er, at personalet jo så pludselig ville være nødt til at arbejde, når de var på arbejde. Hvis man beholder de raske patienter på afdelingen, så er arbejdet for personalet jo meget lettere, for de skal jo bare tøffe lidt rundt og nogle gange tale med en patient, se tv eller læse avis. Hvis patienterne som var indlagt var dem med virkelige problemer, så ville personalet jo konstant skulle tage stilling til patientens situation og forholde sig til patienternes virkelighed, og det tror jeg ikke der findes personaler der er interesseret i. Det handler for retspsykiatrien altid om omdømme og om at udstråle magt og effektivitet, og den bedste måde at opretholde illusionen om magt og effektivitet er at holde alle informationer om patienterne og af-

delingen skjult for offentligheden. Der findes utroligt mange informationer som kunne bringes til offentligheden kendskab uden at røbe patienternes identitet, men det ønsker man ikke. Hvis patienter udskrives og laver ballade, så er der aldrig tale om at retspsykiatrien har fejlet. Det er meget bedre at sige at man ikke har ressourcer nok, til at behandle alle dem der har brug for behandling. I min verden kaldes det at løbe fra ansvaret.

Mentalundersøgelsen

Hjemmel
Grundlaget (hjemlen) for at foretage en mentalundersøgelse findes i retsplejelovens kapitel 75 om personundersøgelser:

> Retsplejelovens §809 lyder således:
> *Sigtede skal underkastes mentalundersøgelse, når dette findes at være af betydning for sagens afgørelse. Hvis han ikke udtrykkeligt samtykker i undersøgelsen, kan denne kun finde sted efter retskendelse. Er sigtede fængslet, kan han ikke mentalundersøges uden rettens bestemmelse.*
> *Stk. 2. Findes det påkrævet, at sigtede indlægges til mentalundersøgelse på hospital for sindslidende, i institution for personer med vidtgående psykiske handicap eller i anden egnet institution, træffer retten ved kendelse bestemmelse herom.*

Mentalerklæringen
Mentalundersøgelsen danner grundlag for en mentalerklæring. Mentalerklæringen indeholder en beskrivelse af personen samt en konklusion.

Observanden
Personen der skal undersøges, bliver under mentalundersøgelsen kaldt for observanden.

Mentalerklæringens konklusion
Som udgangspunkt så falder mentalundersøgelsens konklusion i en af disse kategorier: *Gerningsmanden var IKKE sindsyg i gerningsøjeblikket* eller *Gerningsmanden var sindsyg i gerningsøjeblikket*. Findes gerningsmanden sindsyg i gerningsøjeblikket, så skal psykiateren foreslå en egnet foranstaltning. Psykiateren tager ALDRIG stilling til længden af en eventuel foranstaltning. Det er op til dommeren at vurdere om en dom skal vare 3 år,

5 år eller den skal være uden længstetid. Når mentalerklæringen er færdig, så får observanden IKKE en kopi af erklæringen, heller ikke af konklusionen, men observanden bliver tilbudt at få oplæst mentalerklæringens konklusion. Overlægen (psykiateren) er ansvarlig for erklæringen og dens konklusion. Det er ikke op til psykiateren at vurdere om observanden var utilregnelig på gerningstidspunktet. Denne opgave tilfalder udelukkende retten. Der står desuden i de enkelte retningslinier der findes for mentalerklæringer, at konklusionen skal affattes på et sprog, der egener sig til oplæsning ved retten.

Hvor finder undersøgelsen sted?
Mentalundersøgelsen kan finde sted enten ambulant eller under indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling. Foregår mentalundersøgelsen i København, bliver den foretaget på justitsministeriets retspsykiatriske klinik på Blegdamsvej. Hvis gerningsmanden bliver vurderet som værende farlig eller der er fare for flugt, kan der træffes afgørelse om at mentalundersøgelsen skal finde sted på sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland. Hvis gerningsmanden bliver mentalundersøgt mens han sidder i et almindeligt fængsel, siges mentalundersøgelsen også at finde sted ambulant.

Hvad koster en undersøgelse?
Man har besluttet i loven at en ambulant undersøgelse koster 25.000 kr, hvis den udføres i tilknytning til en retspsykiatrisk afdeling/klinik. Udføres undersøgelsen hos en privat praktiserende psykiater, så kan prisen variere meget. Anklageren betaler den pågældende klink/psykiater for undersøgelsen. Foretages mentalundersøgelsen under indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling er den meget dyrere. Anklageren betaler dog ikke for mentalundersøgelser udført ved retspsykiatrisk klinik på Blegdamsvej, da denne klinik hører under justitsministeriet. Tiltalte skal ikke betale for mentalundersøgelsen, uanset om han bliver fundet skyldig eller ej.

Intelligens
Ved mentalundersøgelsen skal gerningsmandens intelligens fastslås. Den fastslås gennem udførelsen af forskellige psykolog-tests. Den kan falde i en af følgende grupper:

normal-område
- det høje område
- det almindelige område
- det nedre område

sinker
mentalt retarderet (intelligens-kvotient under 70)
i lettere grad
i højere grad

(Læg mærke til at gradsopdelingen IKKE er den samme som den man bruger indenfor psykologien). Gerningsmandens intelligens er også vigtig, når det skal fastslås om han er strafbar eller om der i mentalerklæringens konklusion skal anbefales særlige foranstaltninger overfor gerningsmanden. Det er forskelligt fra paragraf til paragraf, hvor meget personer med en given intelligens straffes. I Danmark har man bestemt at hvis man har en intelligens-kvotient der ligger under 70, så er man ikke egnet til straf.

Sygdomme
Der tages ligeledes stilling til om patienten er sindsyg af varig karakter. Den mest almindelige diagnose i denne forbindelse er skizofreni. En person der bliver erklæret sindsyg i gerningsøjeblikket, men efterfølgende er rask igen, bliver også af psykiateren anbefalet retspsykiatrisk behandling, og efterfølgende af retten idømt en foranstaltning.

Patologisk rus
Der skal tages stilling til om gerningsmanden var i en patologisk rus i gerningsøjeblikket, f.eks. på grund af hash, samt om gerningsmanden var klar over at han kunne komme i denne patologiske rus, da dette ligeledes er afgørende for om gerningsmanden skal idømmes en straf eller ej.

Mentalerklæringen udarbejdes på baggrund af informationer fra:
patienten
politiet/anklagemyndighed
pårørende
plejepersonalet på psykiatrisk afdeling (hvis patienten er indlagt)
psykologisk test
lægens kliniske undersøgelse

Hvem skal mentalundersøges?
Det er ikke alle personer der bliver mentalundersøgt. Det ville ganske enkelt være for omfattende og alt for dyrt for samfundet. Man har derfor opsat nogle regler for hvem der skal mentalundersøges. Psykisk syge personer bliver altid mentalundersøgt. Personer over 60 år, der begår førstegangs kriminalitet samt unge fra og med 15 til og med 17 år skal ligeledes men-

talundersøges. Svært psykisk afvigende personer, der er sigtet for alvorlig, personfarlig kriminalitet skal også mentalundersøges. Hvis der udelukkende er tale om bøde så bliver personen ikke mentalundersøgt. Hvis personen indenfor de sidste par år inden den nye lovovertrædelse har været mentalundersøgt, så bliver han ikke undersøgt yderligere.

Mentalundersøgelsens formål
Mentalundersøgelsen bruges som et hjælpemiddel for retsmyndighederne, f.eks. domstole, politi, anklagemyndighed og forsvarer.

Seksuelle forhold
Oplysninger om personens seksuelle forhold, skal undersøges hvis dette er relevant for straffesagen, f.eks. ved seksualforbrydelser. Er det ikke vigtigt for sagen, bør emnet undgåes.

Hvor lang tid er en mentalundersøgelse gyldig?
Der findes ikke nogen fast regel herom. Følgende er usikkert: En mentalundersøgelse må ikke være mere end 3 måneder gammel, når der falder dom i en sag. Er undersøgelsen mere end 3 måneder gammel, så har man krav på en ny undersøgelse. Samtidig er der en regel om at hvis man bliver anholdt og der tidligere er foretaget en mentalundersøgelse af personen, så må den ikke være mere end nogle få år gammel. (Se side 28 i afrapportering fra arbejdsgruppen om mentalundersøgelser). Hvis personen har været underkastet psykiatrisk behandling, så foretager man ikke en ny mentalundersøgelse. Man beder i stedet for den behandlende overlæge om at komme med en (mini-)erklæring om personens psykiske tilstand baseret på en aktuel undersøgelse.

Forvaring
For at blive dømt til forvaring, så skal der altid foreligge en mentalundersøgelse.

Straf eller frifindelse?
Selv om man er sindsyg i gerningsøjeblikket, så kan man godt alligevel blive tildelt en fængselsstraf. Selv om personen i mentalerklæringen bliver erklæret for sindsyg i gerningsøjeblikket så kan retten alligevel beslutte at personen var tilregnelig i gerningsøjeblikket. For at blive fritaget for straf, skal personen nemlig både være sindsyg og utilregnelig i gerningsøjeblikket.

Formålet med mentalundersøgelsen
Formålet med undersøgelsen er at udarbejde en mentalerklæring. Formålet med mentalundersøgelsen er IKKE at fastslå om hvorvidt personen er skyldig eller ej. Eller om han har begået den påtalte forbrydelse. Denne afgørelse tilfalder udelukkende domstolene. Formålet med undersøgelsen er heller IKKE at stille en diagnose. Mentalundersøglsen er en tilbageskuende undersøgelse, da den jo ikke har som mål at finde ud af hvordan observanden har det på undersøgelsestidspunktet, men skal finde tilbage i tiden og finde ud af hvordan observanden havde det på gerningstidspunktet.

Skyldig eller ej
Psykiateren vil ikke på noget tidspunkt spørge observanden om han har begået den påtalte lovovertrædelse eller ej. Hvis observanden selv kommer ind på skyldsspørgsmålet, så skal psykiateren afbryde mentalundersøgelsen og gøre observanden opmærksom på at der ikke kan tales om skyldsspørgsmålet. Herefter genoptages mentalundersøgelsen.

Tavshedspligt
Normalt har en læge tavshedspligt omkring alt hvad en patient fortæller ham. Psykiateren og personale der bistår ham med at udfører mentalundersøgelsen, har dog IKKE tavshedspligt overfor retten og anklageren. Det er psykiaterens pligt at oplyse observanden om dette inden han begynder mentalundersøgelsen, så observanden er bekendt med vilkårene for undersøgelsen. Hvis der fremkommer informationer under samtale med patienten om strafbare forhold, er det psykiaterens pligt at give disse oplysninger til retten og anklageren.

Hvem udfører mentalundersøgelsen?
Det er en psykiater, og helst en retspsykiater, der udfører undersøgelsen. I gamle dage blev mentalundersøgelser foretaget af embedslægen, men da han ikke havde erfaring med psykiatri, så blev mentalerklæringerne ofte af svingende kvalitet. I Danmark har der stort set altid været mangel på psykiatere, især retspsykiatere. Derfor bliver psykiateren ofte hjulpet i udførelsen af undersøgelsen af personer fra andre områder. Hvis psykiateren skulle stå for hele undersøgelsen selv, så ville det være svært at få fat i nok psykiatere her i landet. Ofte får han bistand fra psykologer, socialrådgivere samt læger. Det kræver erfaring og uddannelse at bruge psykolog-tests. Denne erfaring har psykiateren ikke nødvendigvis. Derfor bliver testen udført af en psykolog uddannet hertil. En ofte brugt test er Rorschach-testen. En sjælden gang så bliver observanden scannet på et almindeligt hospital.

Det hænder også en gang imellem at man vælger at foretage en EEG-undersøgelse af observanden.

Retslægerådets overskøn
En af grundene til at man oprettede retslægerådet, var at man fandt at der var for stor forskel på mentalerklæringer foretaget rundt om i landet. Retslægerådets formål var derfor at sikre at der blev opnået en vis kvalitet i mentalerklæringerne. I dag er mentalerklæringer generelt set af tilfredsstillende kvalitet i hele landet, men dog stadig forskellige. Visse typer af mentalerklæringer SKAL forelægges retslægerådet, inden der falder dom i sagen.

Bøder
Personer der er sindsyge i gerningsøjeblikket, kan godt blive idømt bøde, hvis der er tale om mindre kriminalitet f.eks. cykeltyveri. De bliver ikke mentalundersøgt.

Hvor lang tid tager en mentalundersøgelse?
Man har fastlagt at en ambulant undersøgelse ikke må tage mere en 6 uger, og at en undersøgelse under indlæggelse ikke må tage mere end 8 uger. Disse tider kan dog nogle gange være svære at overholde.

Narkoanalyse
Narkoanalyse foregår ved at observanden får indsprøjet et beroligende middel i en blodåre inden samtalen med overlægen begynder. Narkoanalyse er ikke forbudt, men det er mig bekendt ikke blevet brug i mange år.

Farlighedsvurdering
Der foretages ikke en farlighedsvurdering af observanden. Den kan dog foretages efterfølgende hvis retten beder psykiateren herom.

Aktindsigt i en mentalerklæring
Som udgangspunkt så er mentalerklæringen statens ejendom. Man kan dog ansøge om aktindsigt i sin egen mentalerklæring.

Mentalundersøgelsens karakter
Der foreligger ikke faste regler for hvordan en mentalundersøgelse skal finde sted eller hvad den skal indeholde. Der er derfor store forskelle fra region til region på hvordan den bliver udført.

Antallet af mentalerklæringer
Antallet af mentalerklæringer har de sidste mange år været støt stigende fra år til år. Samtidig har antallet af psykiatere der foretager mentalundersøgelser været faldende i samme periode. Hvilket har ført til at mentalundersøgelserne har taget længere og længere tid.

Forsvarets bevisførelse
Hvis den sigtede og/eller dennes forsvarer er utilfreds med mentalerklæringens indhold, så har de underligt nok ikke lov til at lade den sigtede undersøge ved en anden psykiater, for derved at få en anden læges/psykiaters mening om den sigtedes psykiske tilstand. Med andre ord. Den sigtede og/eller forsvaren har ikke lov til at føre ekspertvidner til fordel for den sigtede. Faktisk så har man i henhold til retsplejeloven ret til at føre ekspertvidner til fordel for den sigtede, men det er blevet normalen ved de danske domstole at man altid få et nej til en sådan anmodnig, af den simple grund, at sådan har man altid gjort.

Mentalerklæringens virkning
Når sagen kommer for retten, så vil der ske det, at retten følger den konklusion, der er i mentalundersøgelsen i ca. 99,8 % af tilfældende. Det vil altså sige, at i mindre end 0,2 % af tilfældende, vil retten beslutte noget andet, end det der er anbefalet i mentalundersøgelsens konklusion.

Mentalerklæringers pålidelighed
Peter Kramp, psykiater og tidligere overlæge ved retsmidicinsk institut på Blegdamsvej, nu overlæge ved Retslægerådet, mener, at der er fejl i ca. 15-20% af alle mentalerklæringer, hvilket er uhyggeligt, når man tænker på at retten følger mentalerklæringens konklusion i mere end 99,8% af tilfældene.

Er observanden skyldig?
Hvis observanden udtaler sig om skyldsspørgsmålet overfor lægen, hvis han f.eks. indrømmer at han har begået lovovertrædelsen, så må lægen ikke skrive det ned i mentalerklæringen. Hvis lægen alligevel kommer til at skrive det ned i mentalerklæringen, så kan mentalerklæringen ikke bruges som bevis i retten imod observanden.

Yderligere læsning om mentalundersøgelser og mentalerklæringer

Dansk Retspsykiatri af Peter Kramp
Retspsykiatri af Peter Kramp mv

Rigsadvokatmeddelelse nr 5 af 2007
Betænkning nr 149 af 1956 om retspsykiatriske undersøgelser
Afrapportering fra arbejdsgruppen om mentalundersøgelser - justitsministeriet
Håndbog for psykiatribrugere og pårørende - Landsforeningen Sind
Afhandling nr 2 af 2013 - Sindssyg i gerningsøjeblikket på grund af rusmidler
Mentalerklæringer - indsigt i og videregivelse af informationer - note - justitsministeriet

Mere medicin til de uoplyste

I starten af min indlæggelse var det åbenbart let for overlægerne at få mig tvangsmedicineret, men nu er det ikke så let mere. Men hvorfor dog ikke? Er jeg at ukendte årsager måske bare blevet mere rask, eller gør andre faktorer sig gældende? Nu hvor jeg er blevet meget klogere på retspsykiatri, så er det tilsyneladende meget sværere for overlægerne at tvangsmedicinere mig. Men det rejser jo unægtelig en interessant spørgsmål. For hvis dette er tilfælde for alle patienter så vil det jo betyde at patientens viden om psykiatri har stor indvirkning på om patienten kan tvangsmedicineres eller ej. Det er derfor som retspsykiatrisk patient vigtigt at vide så meget som retspsykiatri som muligt. Samtidig er det min opfattelse at overlægerne er bevidste om denne sammenhæng, og at overlægerne derfor prøver på at undgå at patienterne lærer for meget om retspsykiatri, da dette vil besværliggøre en eventuel tvangsmedicinering af patienten. Hvis man som patient er imod at blive tvangsmedicineret, så er der kun en udvej, og det er at lære så meget som muligt om retspsykiatri. Det er ikke noget let emne, for jeg tror ikke der findes nogen bog om emnet som ser på retspsykiatri med patientens øjne, derfor vil jeg foreslå at du læser mine tekster. For en overlæge handler det om at få patienten tvangsmedicineret og til at bryde sammen inden patienten opnår så tilstrækkelig stor viden om sin situation at patienten bliver i stand til at forsvare sig. Er patienten først "vel"-medicineret, så er det ikke længere sikkert at patienten er i stand til at opnå viden om retspsykiatri, da patienten ikke vil være i stand til at tænke. Man kan godt sige, at den kloge narre den mindre kloge. Men hvad nu hvis en patient ganske enkelt ikke har en lidelse, men bare ikke er ret klog? En sådan person vil ikke kunne opnå tilstrækkelig viden til at kunne forsvare sig imod tvangsmedicinering. En stor del af de retspsykiatriske patienter har læse- og skrive-vanskeligheder. Disse patienter vil være meget udsat for at blive tvangsbehandlet. Ikke nødvendigvis på grund af deres mulige lidelse, men fordi de ikke har evner til at forsvare sig imod tvangsmedicineringen. Men er det nu også retfærdigt, at overlæger i højere grad kan tvangsmedici-

nere personer som er dumme end patienter som er kloge? Dumme patienter er efter min mening ikke mere psykotiske end de kloge patienter, de bliver bare medicineret mere fordi de ikke har evnerne til at stritte imod overlægernes argumenter om tvangsmedicinering. Min egen overlæge udtrykte ved en samtale med mig, forundring over at jeg brugte tid på at sætte mig ind i retspsykiatri. Han ville hellere have at jeg koncentrerede mig om min fremtid og min familie. Hvad overlægen dog tilsyneladende ikke evner at forstå er at det netop er fordi jeg er bekymret om fremtiden for mig selv og andre patienter at jeg bruger tid på at sætte mig ind i retspsykiatri. Jeg kan jo se med al tydelighed, at jo bedre jeg er til retspsykiatri, jo bedre vil jeg også klare mig i forhold til overlægen. Tvangsmedicinering handler dybest set ikke om hvor meget du fejler som patient, men om du har ressourcerne til at stritte imod. Personer med læse- og skrive-vanskeligheder vil have svært ved at opnå viden nok til at kunne hamle op med overlægen. Hvis man som patient ikke selv har mulighed for at opnå tilstrækkelig viden, så skal man søge hjælp hos en person som har denne viden. Den viden jeg har om retspsykiatri, har jeg selv måtte finde frem til. Det var ikke let, men det har haft en stor virkning på mit liv som patient.

Min verden

Jeg skriver faktisk en del artikler på Facebook, og du undrer dig nok over hvor jeg får alle mine fantastiske og nogle gange også uhyggelige informationer fra om det menneskelige sind. Jeg har derfor lige taget mig tid til at gennemgå de vigtigste kilder i denne tekst. Der findes dog mange flere end de nedenstående. Jeg kan engang imellem godt tage mig til hovedet og undre mig. Der findes så utrolig meget viden om psykiatri og lignende emner uden i den store verden, og jeg er faktisk ret skuffet, når jeg taler med danskere som slet ikke kender til denne viden. Noget af den viden jeg henviser til her er mere end 40 år gammel. Alligevel er der ikke ret mange i Danmark som kender det voldsomme arbejde der er udført indenfor fagene psykiatri, psykologi, sociologi og meget andet. Jeg har mødt indtil flere psykiatere og psykologer som bare er et stort spørgsmålstegn når jeg henviser til nedenstående personer, eller også har de hørt om dem, men ved ikke hvad de har udrettet af vidundere her på jorden. Kender du f.eks. Jared Diamond, han er verdensberømt for at beskrive mennesket som det menneske det er, men ingen kender ham i Danmark. Eller hvad med Lawrence Kohleberg - endnu en verdenskendt mand, men altså bare ikke i Danmark. Kender du måske Daniel Dennet. En filosof som virkelig forstår hvordan hjernen fungerer.

Jeg vil lige slutte af med psykiateren Vilayanur S. Ramachandran. En mand der i den grad har lavet om på vores opfattelse af den menneskelige bevidsthed. Han står på Times liste over de mest indflydelsesrige mennesker i dette årti. - bare lidt oplysning.

Her er lidt om personerne på Wikipedia:
http://en.wikipedia.org/wiki/Philip_Zimbardo
http://en.wikipedia.org/wiki/Vilayanur_S._Ramachandran
http://en.wikipedia.org/wiki/Stanley_Milgram
http://en.wikipedia.org/wiki/Daniel_Dennett
http://en.wikipedia.org/wiki/Jared_Diamond
http://en.wikipedia.org/wiki/Lawrence_Kohlberg
http://en.wikipedia.org/wiki/Ivan_Pavlov
http://en.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow
http://en.wikipedia.org/wiki/Noam_Chomsky
http://en.wikipedia.org/wiki/J._Anderson_Thomson

Andre (for mig) vigtige personer:
(Richard Dawkins) - evolution og religion
(Donald R. Prothero) - muligvis palæontolog
(Sam Harris) - en del om moral og fri vilje
(Harry Harlov) - ham med aberne
(David Rosenhan) - 8 raske mennesker som er indlagt
(Jean Piaget) - har studeret børns udvikling
(Erving Goffman) - sociolog fra Canada. Har skrevet bogen Asylums + Goffman's book Strategic Interaction (1969) om spil teori

Personer med relevans:
Kurt Schneider - tysk psykiater
Eugen Bleuler - Swiss psychiatarist

Underholdende personer
Michael Shamer - skepticon - forsker
Michio Kaku - japaner - fysiker
PZ Meyers

De fleste af ovenstående personer kan du også finde på youtube.

Jared Diamond- Guns, Germs and Steel
https://www.youtube.com/watch?v=i885hopsw6E (del 1)
https://www.youtube.com/watch?v=dCBod2jFFyQ (del 2)
https://www.youtube.com/watch?v=aJ9espgY-Po (del 3)

Michio Kaku
https://www.youtube.com/watch?v=219YybX66MY

PZ Meyers
https://www.youtube.com/watch?v=WdqYEq-7sM0

Min egen indlæggelse

Jeg vil gerne komme med en form for status over min egen indlæggelse (pr marts 2015):

Jeg er blevet utroligt god til at sætte grænser overfor besværlige personaler. Jeg har lært at engang imellem, så kan det godt betale sig at være et røvhul. Jeg har dags dato kostet samfundet mere end 9.000.000 kr. Jeg har oplevet hvor utroligt onde mennesker kan være imod hinanden i et moderne samfund. Jeg har haft mulighed for at spare nogle penge sammen, til den dag jeg (måske) kommer ud igen. Jeg er blevet utroligt meget klogere på psykiatri og i særdeleshed retspsykiatri. Jeg har fået nære venner på et plan jeg ikke troede var muligt. Der er tale om andre patienter og ikke personale.

Det kræver pokerfjæs og nerver af stål at være i retspsykiatrien uden at bukke under. Min selvtillid er steget voldsomt under min indlæggelse. Jeg tror det skyldes at jeg konstant har været nødt til at tage stilling til hvad jeg egentlig tror på, da mine tanker og overbevisninger konstant har været under pres fra personalet, og jeg har opdaget at mine argumenter faktisk godt kan holde vand. Min selvtillid er snart så høj, at jeg skal bukke mig for at gå rundt i afdelingen. Uden min indlæggelse, så var jeg aldrig stødt ind i verdens mest vidunderlige pige.

Mine 4 krav til min overlæge

Jeg har (omkring november 2014) opsat 4 krav til retspsykiatrien (i Region Sjælland):

1. Jeg vil have fjernet min diagnose (F20.0 paranoid skizofreni)
2. Jeg vil have ophævet min dom
3. Jeg vil have en skriftlig undskyldning fra alle de overlæger, som har været med til at give mig medicin imod min vilje.
4. Jeg vil have en erstatning på 1 million kroner for den mishandling jeg har været udsat for i retspsykiatrien. (Dette beløb vil selvfølgelig stige efterhånden som tiden går)

Mine krav er nærmest umulige at opfylde af flere grunde:

1. Det er ifølge WHO ICD-10 ikke muligt at blive helt rask, når man først har fået skizofreni. Nu er der så vel heller ikke tale om at jeg er en person

med skizofreni, som er blevet rask, men snare tale om at jeg til at starte med har fået den forkerte diagnose.

2. Region Sjælland's interne regler tillader ikke at man erklærer patienter i retspsykiatrien for raske INDEN de bliver udskrevet.

Minimally counterintuitive worlds

Indledning
Da begrebet endnu er meget nyt, så tvivler jeg på at det endnu er oversat til dansk. Begrebet er skabt af psykiateren J. Anderson Thomson. Han bruger begrebet som en forklaring på hvorfor nogle mennesker er religiøse og tror på ting som dybest set strider imod al fornuft. Begrebet er nøjagtig lige så anvendeligt indenfor andre dele af den menneskelige begrebsverden.

Eksempel 1 - marsmænd
Der er mennesker der tror på ufo'er og marsmænd. Disse mennesker har med tiden opbygget en hel verden op omkring denne tro. De har bygget lyttestationer, der skal lede efter signaler fra marsmænd. De har nedsat arbejdsgrupper, som skal tage stilling til hvordan man skal forholde sig, hvis vi bliver kontaktet af marsmænd, de har oprettet hospitalsbygninger, hvor de kan sætte marsmændene i karantæne, for at sikre sig, at de ikke medfører en sygdom som mennesker ikke kan tåle, de har opbygget netværk af mennesker som er klar til at rykke ud, hvis der skulle komme en nyhed om at vi har fået besøg af marsmænd. Det hele ser i sig selv fornuftigt ud. Der er faktisk kun een ting galt med hele konstruktionen, og det er at, DER FINDES IKKE MARSMÆND.

Eksempel 2 - kristendommen
I forhold til moderne viden (år 2015) så strider stort set alt indenfor kristendommen imod vores moderne fornuft. Alligevel er der en del mennesker der tror på dette verdensbillede. Hvis man ser på selve religionen, så står og falder hele religionen med om der findes en gud eller ej. Uden en gud, er der ganske enkelt ikke nogen kristendom. Det mest fornuftsstridige i hele kristendommen er troen på at der findes en gud. Men den fornuftsstridige del af religionen er man villig til at se bort fra, og det er der flere grunde til. Alt hvad der omgiver denne gud, er baseret på netop denne gud. De hellige skrifter, kirkerne, præsterne, alle ritualerne, ægteskabet og så mange andre ting. Alle disse ting er virkelige og netop fordi de er virkelige, så får de reli-

giøse mennesker også den følelse at gud nok også er virkelig. Mange mennesker bygger hele deres liv op om denne religiøsitet og de overbevisninger der følger med religionen. Alting ser på en måde fornuftigt ud, og derfor er man som religiøs villig til at se bort fra den lille del af religionen, som desværre også er den vigtigste, nemlig at gud ikke eksisterer. Man er villig til at se bort fra at gud ikke eksistere af den simple grund, at alt andet i den kristnes liv jo netop drejer omkring guds eksistens, og hvis man erkender at gud ikke eksistere, så falder hele systemet jo fra hinanden, for så er det hele jo ikke noget værd. Hverken kirkerne, præster eller ritualerne. Der er tale om en alt eller intet situation. Enten lever du med illusionen om at gud eksisterer og acceptere derved også den vrangverden der følger med troen på en gud, eller også er du nødt til at forkaste det hele og vende ryggen til din vrangverden og se verden som den i virkeligheden er. Der er tale om en pakkeløsning, og valget er enten eller. Der findes ikke nogen mellemvej.

Eksempel 3 - mentalundersøgelsen

Mentalundersøgelsen er heller ikke nogen undtagelse. Hvis man ser på reglerne omring mentalundersøgelser i Danmark, så vil man erfare, at der findes ret mange regler, trods alt. Der findes regler for hvem der skal til mentalundersøgelse. Der findes regler om hvilke ting en mentalundersøgelse skal indeholde. Der findes en oversigt over forskellige test der kan udføres. Og der findes regler for hvordan selve mentalerklæringen skal udformes. Det hele ser fint og pænt ud. Der er bare lige et lille problem. En mentalundersøgelse kan dybest set ikke lade sig gøre. En mentalundersøgelse handler dybest set om at finde ud af hvordan en sigtet person havde det engang i fortiden, og det kan ikke lade sig gøre. Der findes mange grunde til at dette ikke kan lade sig gøre, og du kan læse om det under mentalundersøgelser. Vi har altså et kæmpe stort system med læger, psykiatere, psykologer, socialrådgiver mv som laver disse undersøgelser. Vi har et stort apparat sat i gang, alene med det formål at finde ud af hvordan en sigtet person havde det i fortiden. Mentalundersøgelser kan ikke lade sig gøre, men hvordan kan det så være at vi netop laver mentalundersøgelser hver dag? Svaret er simpelt. Mennesker kan ikke lide tilfældigheder, og mennesker kan slet ikke lide tanken om ikke at have kontrol over verden. I de situationer hvor vi ikke kan forstå verden, der opfinder vi en forståelse af verden. Grunden til at vi opfinder en forståelse af verden er simpel. Den vel nok stærkeste funktion der findes i vores hjerne er rationaliseringen. Den prøver konstant på at få orden i det vi oplever. Denne menneskelige hjerne har et behov for at forså verden, der er så stort, at hvis vi ikke magter at forstå verden, så skaber vi selv en forklaring, bare for at få ro i vores hoveder. Det er denne

funktion der gør det muligt at lave en mentalundersøgelse. Egentlig er situationen tosset, men vi er villige til at se bort fra dette, blot for at få ro, og for at få en følelse af kontrol. Forestil dig en person som kommer til lægen 2 uger efter at han er blevet rask, og beder lægen om at finde ud af hvad han fejlede for 2 uger siden. Det vil lægen da på ingen måde være i stand til. Det faktum at en psykiater tilsyneladende kan finde ud af hvordan en person havde det for 2 uger siden, kan heller ikke lade sig gøre i virkeligheden. Det er rent fup. En mentalundersøgelse kan udelukkende finde ud af hvordan en person har det på undersøgelsestidspunktet og intet andet. Vi kan ikke lide tanken om at en person måske har gjort en gerning i en sindstilstand, som vi ikke kan blive bekendt med. Der er tale om en vrangverden, og det som holder hele denne vrangverden oppe er illusionen om at man kan finde ud af hvordan en person havde det i fortiden. Det som yderligere gør illusionen total er den fejl som kaldes for "fundamental attribution error". Mentalundersøgelsen har den konstruktion, at man automatisk forventer at hele grunden til den ulovlige handling ligger hos den sigtede person, og at situationen i sig selv ikke havde nogen indflydelse på personens gerning. Igen er der tale om en pakkeløsning. Hvis du siger ja til mentalundersøgelser, så siger du også automatisk ja til alt det der føler med. Hvis du (som mig) siger nej, så tager du også afstand til alt hvad der er omkring mentalundersøgelsen.

Eksempel 4 - psykiatrien

Normaliteten er under pres. Flynn-effekten og den samlede menneskelige viden løber hurtigere og hurtigere, og ikke alle normale mennesker kan følge med. Vi lever i en tid hvor tingene kører hurtigere end nogensinde før. Vores intelligens stiger år for år, og det går hurtigt i disse år. Vores viden om verden eksploderer nærmest i disse år. Det gør det svært for mange mennesker at følge med i den nyeste viden. I de mange millioner år der var før denne moderne tid, var udviklingen kun meget langsom. For nogle hundrede år siden var det således, at der fandtes en normalitetsbegreb. Alle de mennesker som lå uden for dette område blev anset som gale og endte derfor ofte i galehuse. Men tiden har ændret sig. Der findes stadig et normalitetsbegreb, men det unormale har ændret struktur, og det har mange mennesker svært ved at acceptere. I gamle dage var der de normale på den ene side og de unormale på den anden side. Nu til dags er forholdet anderledes. I dag er normaliteten flyttet ind i midten. Der er nu unormalitet på begge sider af de normale. På den ene side, er de unormale som er ringere end de normale og på den anden side er de unormale som er bedre end de normale. Normaliteten flytter sig hele tiden. Den rykker sig hele tiden imod

dem som er bedre end de normale og længere væk fra dem som er ringere end de normale. Dette fører til at normalen langsomt bliver bedre og bedre, hvilket jo er en fordel. Der er dog også en ulempe. Ulempen er at hvis man ved noget i dag og der i morgen fremkommer en viden som er endnu bedre, så er man som normal nødt til at flytte med og tage denne nye viden til sig. De mennesker som ikke flytter med vil langsomt blive sejlet agterud, og vil til sidst ryge ud af det normale område. Med andre ord. Hvis du ikke konstant tilpasser dig, så vil du som normal før eller siden havne ude i det unormale område, og så er du ikke længere normal. Som menneske kræver det altså konstant bevægelse at forblive normal. De normale mennesker er faktisk en anelse utilfredse med de mennesker som skaber ny viden om verden. Hver gang en person finder en ny viden om verden, så er der noget andet viden der bliver gammel og unødvendig. Dette gør de normale bange. Egentlig er der kun to muligheder hvis man er normal og gerne vil forblive normal. Enten så følger man med og udvikler sig i takt med den nye viden, eller også er man nødt til at bremse mængden af ny viden der kommer ind i verden. En af måderne man kan bremse den nye viden på, er ved at se ned på dem som kommer med den nye viden. Vi kan håne dem, le af dem, og skælde dem ud for deres tanker, og hvis dette ikke virker så kan vi kalde dem for sindssyge og lukke dem inde på psykiatriske afdelinger. Igen og igen hører jeg om mennesker som bliver latterliggjort for deres tanker om verden. Mange år senere bliver disse mennesker hyldet for deres tanker. Tanken overlevede, men det gjorde mennesket der fremsagde dem, ikke. Giordano Bruno blev brændt på bålet i år 1600, for at have udtalt at universet var uendeligt. Giordano Bruno overlede ikke, men det gjorde hans tanker. Den moderne psykiatri's primære opgave er ikke længere at helbrede mennesker med psykiske lidelser. Den har derimod til formål at holde vagt omkring normaliteten. Psykiatrien er det sidste boldværk imod forandringerne. Den virker som en bremse, det sætter udviklingen ned i gear. Problemet er bare at den har en pris, for alle de mennesker som opdager ny viden om vores verden. De bliver kaldt for tossede. I gamle dage udgjorde størstedelen af de mentalt forstyrrede en samling mennesker som rent faktisk var forstyrrede. I dag er størstedelen af de såkaldte psykisk syge en gruppe af mennesker som er på forkant med verden, og så rent faktisk har en bedre syn på verden end de normale. Problemet er dog at denne gruppe af mennesker sætte normal-begrebet under pres, og det kan de normale ikke lide og så stritter de imod. Der findes ikke ret mange patienter nu til dags, der kan opfylde kriterierne for deres diagnose, af den simple grund at de ikke fejler noget. De normale har dog en stor interesse i at komme af med disse kloge mennesker, for de udgør en trussel imod normaliteten.

Normaliteten er en stor gruppe af mennesker som arbejder sammen om at bevare netop normaliteten. De normale mennesker er jo netop en del af gruppen af normale mennesker, og de har sandelig ikke tænkt sig at blive smidt ud af normalitet. Engang handlede psykiatri om at hjælpe mennesker. Nu handler psykiatrien om at forsvare normaliteten. Det er de normale der har magten, for der er flest normale her i verden. Derfor her de magten til at undertrykke mennesker med et verdenssyn som ikke er normalt. Der findes stort set ikke længere mennesker som kan opfylde diagnosekriterierne for psykiske lidelser. De normale er ikke interesseret i om patienterne opfylder diagnose-kriterierne eller ej. Diagnoserne skal nu næsten udelukkende bruges til at forsvare normaliteten imod dem som er klogere end de normale.

Sluttekst
Men hvad er det så lige det hele handler om? Jo, det handler dybest set om vrangforestillinger der hører sammen i store grupper af sammenhængende vrangforestillinger. Vi kunne fx kalde denne samling af vrangforestillinger for en vrangverden. Der er tale om enten/eller-situationer, og derfor vil ovenstående emner altid blive diskuteret på en måde, der mest at alt kunne minde om en form for skyttegravskrig, hvor mennesker sidder på hver sin side og råber af modstanderen. Man kan ikke tro lidt på marsmænd, eller lidt på gud. Det er enten eller, og det er dig som læser der skal finde ud af hvilken skyttegrav du vil stå i.

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/J._Anderson_Thomson
http://da.wikipedia.org/wiki/Flynn-effekten

Mit ene øre

Mine psykiatere har mange gange haft den mening at jeg nok har hørelseshallucinationer. De har også flere gange spurgt mig om jeg har hørelseshallucinationer. Jeg har dog hver gang fortalt dem at jeg ikke har hallucinationer på min hørelse. De stiller muligvis spørgsmålet fordi jeg mange gange har klaget over støj på afdelingen hvor jeg var indlagt. Det første jeg synes man skal lægge mærke til er at der er tale om en fejl. Psykiaterne nægter at tro at der kunne være støj på deres afdeling. I stedet for må det da være patienten der er noget i vejen med. Desuden er der også noget andet ved sagen som er underligt. For mange år siden da jeg var en lille dreng fik jeg punkteret mit venstre øre. Jeg havde på dette tidspunkt meget ondt i

øret, og til sidst valgte lægen at prikke hul på min venstre tromme-hinde for at væsken kunne løbe ud. Nu havde jeg ikke længere ondt i øret, men det havde også en uheldig effekt. Hullet i mit øre voksede sammen igen, men det gjorde mit øre dårligere til at høre lyde. Jeg har således lige siden denne dag haft en bedre hørelse på mit højre øre end på mit venstre øre. Jeg forklarede overlægen at jeg derfor hørte bedre på mit højre øre end på mit venstre øre. Den støj jeg kunne høre om aftenen kunne jeg som regel tydeligst høre i mit højre øre, og nogle gange kunne jeg kun høre støjen i mit højre øre. Personligt har jeg da aldrig hørt om hørelseshallucinationer som kun var på det ene øre. Psykiaterne har aldrig skrevet denne information i min journal, muligvis fordi at den er et godt bevis på at jeg netop IKKE har en hørelseshallucination, men at den støj jeg hører er virkelig. Selv om jeg mange gange har fortalt denne historie til psykiaterne så bliver de ved med at spørge mig om jeg har hørelseshallucinationer. Måske har psykiatere den overbevisning at man godt kan have en hørelseshallucination på det ene øre. Det underlige er dog at det endnu ikke er lykkedes mig at få dem til at sige, at man godt kan have en hallucination på kun det ene øre.

Morgenmødet

Hver morgen kl 8.30, så mødes overlægerne for P1, P2, P3, P4 og P5 oppe på Sikringsafdelingen sammen med den ledende overlæge for retspsykiatrien for Region Sjælland. Her bliver der talt om vigtige emner, og alle patienter bliver ved dette møde drøftet med mellemrum.

Motion er sundt

Der findes mange former for idioti i retspsykiatrien, og her er endnu en af dem: Jeg tror efterhånden godt at de fleste ved at motion er sundt, så længe man gør det i passende omfang. Det er således usundt at lave for lidt motion, men det er sandelig også usundt at lave for meget motion. Motion er således et spørgsmål om balance. I øjeblikket er det således i retspsykiatrien at man tvinger stort set alle patienter til at spise medicin. Stort set alle patienterne får en eller anden form for antipsykotisk medicin. Denne medicin har bivirkninger. En meget stor del af disse patienter får en vægtforøgelse på grund af medicinen. Med andre ord, de tager på i vægt. Nogle patienter tager på fordi at de spiser lidt mere end de plejer, fordi

medicinen godt kan give en større appetit. Andre patienter tager på selv om de spiser som en mus. Samtidig påvirker medicinen også patientens fysiske præstationsevne meget negativt. Patienten starter altså på en antipsykotisk medicin, tager på i vægt og for sværere ved at bevæge sig. Nu er det så først at problemerne for patienten virkelig starter. De fleste patienter bliver målt og vejet jævnligt, måske en gang om måneden. Det kan så efterfølgende konstateres at patienten har taget på i vægt. Hvordan forholder personalet sig så til denne information? Det kunne aldrig falde en overlæge ind at få den tanke at patienten får for meget medicin, og at medicinen er skadelig for patienten. Overlægen for i stedet for straks den tanke, at der er noget galt med patienten. Hvis patienten tager på, så må det være fordi at patienten spiser for meget eller laver for lidt. Patienten bliver derfor nogle gange nærmest skældt ud fordi at patienten tilsyneladende ikke kan styre sit kalorieindtag, og patienten bliver ligeledes skældt ud for ikke at lave motion nok. I min verden kaldes det for ansvarsforflygtigelse. Overlægen flytter problemet fra hans medicinering af patienten over på netop patienten. Overlægen slipper desværre ofte af sted med denne handling, for mange mennesker er meget autoritetstro og de tror selvfølgelig på det som de får at vide af overlægen. Patienten får nu skyldfølelse over at spise for meget og skyldfølelse over at lave for lidt motion. Personalet synes at dette er helt i orden, for nu er det jo også patienten der har en psykisk lidelse og ikke personalet. Patienten begynder nu på at spise mindre, hvilket ofte ikke har noget effekt, da det jo er medicinen som er skyld i overvægten. Dette giver patienten endnu større følelse af ikke at have styr på sig selv. Patienten bliver ligeledes bedt om at lave motion, men da det stadig er medicinen der er årsagen til vægtøgningen, så vil motionen med stor sandsynlighed heller ikke medføre et vægttab, og så bliver patienten igen deprimeret over at være ude af stand til at tabe sig. Medicinen hæmmer patienten fysisk og gør det utroligt svært for patienten at lave motion. Patienten vil derfor med stor sandsynlighed opleve en følelse af nederlag på grund af manglende evne til at motionere, og det vil sandelig ikke blive bedre af at personalet kikker bebrejdende på patienten når patienten ikke magter at lave motion. Personalets selvbedrag kan til tider nå uanede højder. Ofte bruger man forskellige forklaringer overfor patienterne for at få dem til at motionere. En af dem er følgende: Personalet fortæller patienterne, at motion er sundt, og hvis man motionere så har man brug for mindre medicin. Personalet stiller således patienten i forventning, at hvis patienten nu gør en indsats og motionerer, så vil patienten også blive sat ned i medicin. Men, kære venner, det er tomme ord. Jeg har endnu aldrig oplevet en patient blive sat ned i medicin fordi patienten lavede motion. Faktisk sker der noget andet. Når man

spiser antipsykotisk medicin og begynder at motionere så vil medicinen virke stærkere på kroppen. Men da der ikke er nogen patienter der bliver sat ned i medicin når de begynder at motionere, så vil der i stedet for ske det, at medicinen vil have en større effekt på deres krop. Med andre ord. Hvis du får antipsykotisk medicin og du begynder at motionere, så har det samme effekt, som hvis du var blevet sat op i medicin. Nogle patienter opdager hurtigt dette og holder derfor hurtigt op med at motionere, da motionen gør dem dårligere end normalt. Disse patienter vil derfor ofte foretrække at sidde så stille som muligt, for derved at få så lidt bivirkninger som muligt. De sidder derfor ofte hele dagen og ser TV eller ryger cigaretter og drikker kaffe. På et tidspunkt var jeg indlagt i Pilehus (P4). Jeg var aktiv hver dag. Jeg cyklede 20 km på kondicykel og roede 5 km på romaskine hver dag. På et tidspunkt blev jeg så tvangsmedicineret. Efter ca 7 dage, fik jeg pludselig et angst-anfald midt under roningen og måtte stoppe. Mine fysiske evner var efter 7 dage på medicin nærmest blevet væk. cirka en uge senere prøvede jeg på at sætte mig op på kondicyklen og cykle. Jeg cyklede ca 450 meter, før jeg igen fik et angst-anfald og måtte stoppe. På vej ned af cyklen kom en kvindelig personale forbi. Hun stoppede op og spurgte mig hvor langt jeg havde cyklet. Jeg sagde ca 500 meter. Hun svarede: ”Neeeiiiiii, det var da vel nok flot klaret!”. Jeg kikkede på hende og tænkte at hun da måtte være skingrende skør oven i hovedet. Blot 2 uger tidligere kunne jeg cykle 20 km uden problemer og nu var jeg pludselig kun i stand til at cykle 450 meter før jeg fik en angst-anfald, og så roser hun mig, men for hvad dog! Mine evner var på 2 uger blevet reduceret med ca 98%, og det mente hun altså var godt klaret. Damen er da vel totalt hjernedød, at tro at jeg kan finde glæde ved at hun roser mig for at opføre mig som en grøntsag. Og så har man den frækhed at kalde det for behandling. Klaphatte!

Motion er sygeligt

På et tidspunkt var jeg indlagt i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland). Jeg var varetægtsfængslet i størstedelen af mit ophold i Pilehus. Det kan være utrolig kedeligt på en sådan lukket afdeling. Desuden havde jeg heller ikke lov til at komme ud af afdelingen. Jeg følte dog at jeg trængte til motion, så jeg begyndte at gå rundt i den lukkede udestue. Udestuen er ca 30 meter bred og 10 meter dyb. Jeg begyndte at gå i store cirkler i gården, for at få tiden til at gå med at få motion. Jeg fik ofte rundt i udestuen en til to timer af gangen. Dette begyndte jeg så at gøre hver dag. I denne periode havde jeg en samtale med en psykolog en gang om ugen. Han begyndte en dag

at snakke med mig om mine gåture i udestuen. Han lod mig forstå at han så det som et tegn på at jeg fejlede noget, men at jeg kunne bevise overfor ham, at jeg ikke fejlede noget hvis jeg lod være med at gå rundt i udestuen i en uges tid. Jeg fandt hans udtalelse underlig og oplyste ham om at det ikke kunne falde mig ind at stoppe. Jeg havde brug for motion, og jeg kan ikke se hvorfor jeg skal fratages min eneste mulighed for at gå, bare fordi psykologen har fået den idé at jeg fejler noget fordi jeg keder mig og har brug for motion. På en måde, så kan jeg godt forstå hans reaktion på mine gåture i udestuen. For ifølge personalerne på de retspsykiatriske afdelinger, så findes der ikke kedsomhed på deres afdelinger, og uanset hvad patienterne ellers laver fordi de keder sig, så er det altid et udtryk for at patienten fejler noget, og så er det vel nok godt at personen er spærret inde på en lukket afdeling, så personen kan få noget hjælp. Jeg vil gerne indrømme at patienter nogle gange gør lidt anderledes ting på en lukket retspsykiatrisk afdeling, men personalet er ganske uden fatteevne. De kan simpelt hen ikke forstå hvor røv sygt det kan være at være spærret inde på en psykiatrisk afdeling. Personaler er ganske uden evne til at se relationen mellem årsag og virkning. Man skulle tro, at det var et krav til personalerne, at de kan tage hovedet af inden de går på arbejde.

Mønstergenkending

Indledning
Mønstergenkending er en funktion i vores hjerne, og vi har den allesammen i større eller mindre grad. Det er vigtigt at understrege, at mennesker ikke er lige gode til mønstergenkending. Der er dog mennesker, som har en mønstergenkendingsevne, som afviger fra det normale niveau af mønstergenkendingsevne. Nogle mennesker afviger i positiv retning. Det betyder at de har en særlig god mønstergenkendingsevne, som ligger over det normale. Og nogle mennesker afviger i negativ retning. Disse mennesker har en genkendingsevne, som er ringere end gennemsnittet (normalen). Det er meget vigtigt at forstå funktionen korrekt. En person, som har en god genkendingsevne er særligt god til at se hvornår der er en sammenhæng mellem hændelser der sker i verden. En person, som har en god genkendingsevne er ligeledes meget god til at se hvornår der IKKE er en sammenhæng mellem ting der sker i verden. Der er således IKKE tale om at mennesker med en høj genkendingsevne ser flere sammenhænge end personer med en lav genkendingsevne. Den gode genkendingsevne er blot et udtryk, for at personen er særligt god til at forstå hvor der ER en sammenhæng mellem ting,

som sker i verden, og hvornår der IKKE er en sammenhæng mellem ting, der sker i verden. På samme måde vil det være for personen med en ringe genkendingsevne. Personen vil både have svært ved at forstå hvornår der ER en sammenhæng mellem ting der sker i verden og hvornår der IKKE er en sammenhæng mellem hændelser i verden. For et sådan menneske vil hændelser i verden flyde sammen, og det er svært at forstå hvad der har en sammenhæng og hvad der ikke har en sammenhæng.

Normal-området
Mennesker med mønstergenkendingsevne i normalområdet, vil ofte være i stand til at se hvornår der er en sammenhæng mellem hændelser og hvornår der ikke er en sammenhæng. De vil dog fra tid til anden tage fejl, og se en sammenhæng hvor der ikke er nogen sammenhæng, og de vil i andre situationer fejle og overse en sammenhæng. Med andre ord. At være normal er ikke en optimal tilstand, men den virker godt nok for de fleste mennesker i dagligdagen.

Det lave område
Hvis man har en dårlig mønstergenkendingsevne, så vil det betyde, at personen vil have svært ved at forstå hvornår der er en sammenhæng mellem hændelser i verden, og hvornår der ikke er en sammenhæng mellem ting, der sker i verden. Denne ringe evne har en masse følgevirkninger for personen. Der skal således ikke ret meget til, før personen ser en sammenhæng mellem ting, hvor der i virkeligheden slet ikke er en sammenhæng. På samme måde skal der heller ikke ret meget til, før personen fejler og overser en sammenhæng mellem hændelser, der sker i verden. Et godt eksempel på at en person ser en sammenhæng, hvor der faktisk ikke er en sammenhæng er ved paranoia. Ved paranoia, kan personen pludselig se en sammenhæng imellem helt normale hændelser som intet har at gøre med hinanden. En person, kan pludselig få den tanke, at nogle af de mennesker, der går bagved personen på gågaden i virkeligheden følger efter ham, og at de nok er spioner. En anden sammenhæng som kan opstå hvis man har en ringe evne til mønstergenkending er konspirationsteorier. Personen ser pludselig en sammenhæng mellem en masse hændelser, som dybest set ikke har noget med hinanden at gøre.

Det høje område
Personer, som har en god genkendingsevne, vil være i stand til at se en sammenhæng mellem hændelser, som virkelig er sammenhængende, men som hverken de normale eller dem i det lave område vil få øje på. For disse

mennesker vil den sammenhæng, som de oplever være naturlig, men for en person med en normal eller lavere genkendingsfunktion, vil disse sammenhænge forekomme dem kontra-intuitive, for det er ikke en sammenhæng der falder dem naturligt. På samme måde, så vil disse mennesker også være gode til at forstå de situationer hvor det ser ud som om der er en sammenhæng, men hvor der i virkeligheden slet ikke er nogen sammenhæng.

Må, må ikke

I cirka 2 år havde jeg samtaler med psykologen en gang om ugen. Vi snakkede om mange forskellige ting, de fleste ting havde dog relation til min indlæggelse. På et tidspunkt begynder vi at snakke om mit netværk. Jeg er ikke en person med et stort netværk. Jeg har få venner og jeg ser kun nogle enkelte af mine familiemedlemmer. En af årsagerne er blandet andet at hele min familie bor omkring København mens jeg på dette tidspunkt selv bor i Kalundborg. Psykologen synes at det vil være en god idé hvis jeg fik mig et større netværk. Nu mener jeg også selv at jeg er et socialt menneske til trods for at jeg ikke kender ret mange mennesker. Jeg giver ham ret i at det godt kunne være bedre for mig med et større netværk. Vi snakker så om hvorledes jeg kan få et større netværk. Jeg fortæller psykologen at jeg finder det kedeligt bare at snakke med andre mennesker om vejret, så hvis jeg skal have et netværk, så skal det være et netværk som har en fælles interesse man så kan diskuttere. Psykologen lyder tilfreds med at jeg vil finde mig et større netværk. Jeg går og tænker over det i et stykke tid. Så en dag beslutter jeg mig for at jeg vil se om ikke jeg kan finde et netværk inden for de foreninger som tager sig af mennesker med psykiske lidelser. Jeg melder mig derfor ind i Sind, LAP og bedre psykiatri. Efter et stykke tid begynder der at dukke materiale op hos mig i form at post med indbydelser til blandt andet møder om psykiatri. Jeg melder mig til alle møderne og efter en måneds tid så begynder jeg at gå til møder om psykiatri alle mulige steder i Danmark. Jeg synes om min nye interesse og jeg bruger en del tid på at køre til disse møder. Jeg har på dette tidspunkt udgang i 72 timer af gangen, så der er ikke noget problem i at køre om morgenen og så være hjemme igen om aftenen, dog inden kl 22.00. Samtidig sker der andre ting i min sag. Min overlæge får samtidig den idé at jeg tilsyneladende har fået et tilbagefald og at jeg derfor nu skal tvangsmedicineres. Jeg klager over tvangen og sagen kommer i patientklagenævnet. I patientklagenævnet får jeg medhold i at jeg ikke er psykotisk, og at jeg derfor heller ikke skal have tvangsmedicin. Jeg har efterfølgende en samtale med min overlæge. Hun

oplyser mig om at hun ikke må tvangsmedicineres hvilket hun jo selvfølgelig er skuffet over. Det næste hun fortæller mig er at hun er nervøs, fordi jeg går til en masse møder og hun ikke ved hvem jeg holder møder med. Jeg får ligeledes at vide at hun er nervøs fordi jeg sender en masse breve, og hun ved jo ikke hvem det er jeg skriver disse breve til. Det næste hun oplyser mig om er at jeg fremover kun må være væk i en time af gangen og altså ikke længere 72 timer af gangen. Hun begrunder sin ændring med at hun er nervøs for at jeg vil opsøge Statsministeriet og forsøge at slå statsministeren ihjel. Jeg var ude af stand til at forstå hvorfor jeg skulle slå statsministeren ihjel, men det var altså hendes beslutning. Det som man skal lægge mærke til i dette forløb er at psykologen kommer med et forslag om at jeg skal have et større netværk. Jeg skaber nu et større netværk. Efterfølgende bruger overlægen dette netværk som begrundelse for at fratage mig næsten al min udgang. Jeg synes ikke det er let at være patient i retspsykiatrien.

Negative symptomer og selvskade

Det har store følger for et menneske at blive spærret inde på en retspsykiatrisk afdeling. Overlæger og personaler er generelt uden evne til at se disse følger for personen, og er underligt nok ganske uden empati i forhold til patientens ubehag. Personer som bliver spærret inde på en retspsykiatrisk afdeling kan godt føle INITIATIVLØSHED. Dette skyldes det simple faktum, at der jo ikke er noget at lave på afdelingen. Personen kan også blive PASSIV, da personen jo er forhindret i stort set alt hvad man ellers plejer at lave når man ikke er indlagt. Der kan også ske KONTAKT-FORRINGELSE. Ikke fordi man ikke ønsker kontakt, men fordi at de mennesker personen er sammen med ikke er nogle personen passer sammen med, og kontakt derfor er nytteløs. Personen har måske ikke nogen FREMDRIFT eller INTERESSER, fordi patienten er indlagt på ubestemt tid, fordi at personens interesser ikke passer ind på en retspsykiatrisk afdeling. Personen kan måske finde på at have TOM eller FORMÅLSLØS ADFÆRD. Dette skyldes at der ikke er noget at lave på afdelingen. Personen kan måske virke som om at personen SYNKER IND I SIG SELV. Dette skyldes udelukkende at personen er frataget stort set alle sine tidligere friheder. Da personen måske ikke har lyst til at være sammen med personalet, så foretrækker patienten bare at være på sit værelse, hvilket godt kan se ud som om at personen er ENSOMHEDSSØGENDE. Alle de situationer og tilstande som jeg har beskrevet her kan i henhold til ICD-10, være tegn på skizofreni, og du kan være ganske sikker på at overlægen, udelukkende vil

se tegn på skizofreni når han kikker på denne persons adfærd. Det kunne ikke falde en overlæge ind, at adfærden måske var en følge af at personen er spærret inde imod sin vilje.

Selvskade
Personer som oplever lav ekstern stimulering, kan have en tendens til at skade sig selv, fx ved at slå hovedet ind i væggen, bide sig selv eller slå sig selv. Denne adfærd vil med stor sandsynlighed blive betraget af overlægen som et symptom på psykisk lidelse, og ikke et tegn på at patienten er isoleret. Det kunne ikke falde en overlæge ind, at patienten har en adfærd som skyldes isolation, da isolation ofte bliver brugt i retspsykiatrien som en behandlingsform, til trods for at den har utroligt mange skadelige virkninger.

Neologisme

Det danske sprog er i konstant udvikling. Vi mennesker bliver hele tiden klogere og klogere. Vi opdager hele tiden nye ting ved verden, som ellers tidligere ikke havde fanget vores opmærksomhed. Hver gang vi opdager en nye side af verden, så giver vi det et navn. Det at vi opfinder nye ord for nye ting og begreber kalder man for neologisme. Det danske sprog indeholder mange tusinde forskellige ord. En stor del af disse ord kan man slå op i en ordbog. Alle ord er opstået ved neologisme. Nu er det så at kæden hopper af IGEN. Hvis man slår op i den diagnose-oversigt som er udviklet af WHO og som hedder ICD-10, så vil man opdage at diagnosen F25 (Skizo-affektive psykoser) har nogle symptomer. Et af symptomerne på at en person lider af skizo-affektiv psykose er at patienten taler neologisktisk. At tale neologistisk er blot en tale hvor personen bruger nogle ord som han selv har dannet (opfundet), fordi han mener at de dækker over en ting eller et begreb som han finder det relevant at have et ord for. Da der jo er tale om ord som kun personen selv kender betydningen af, så må personen jo være syg, eller det er i hvert fald psykiaternes mening. Problemet med denne fortolkning af dannelsen af nye ord er, at så er alle mennesker som danner nye ord jo syge. Dengang H. C. Ørsted fandt på ordet *ilt*, så var han jo den eneste som kendte ordet. Han fortalte så ordet til andre mennesker og fortalte hvad det dækkede over. Med tiden blev ordet udbredt og er nu en del af det danske sprog. Der er igen tale om *Barnum effekt*. Barnum effekt er når man kalder en person syg fordi personen gør noget som man siger er en del af sygdommen, men som i virkeligheden er noget alle mennesker gør. Alle mennesker kan finde på at danne nye ord. Hvis vi ikke havde evnen til

at danne nye ord, så ville mennesket ikke være i stand til at udvikle sig. Det er mig ganske ubegribeligt hvordan det har kunnet lade sig gøre at få denne adfærd til at blive et symptom på en sygdom. Alle kan danne neologismer og mange gør det. Uden neologismer ville der ikke eksistere noget sprog. At kalde sprogudvikling for et symptom på sygdom er vel i sig selv et tegn på sygdom indenfor psykiatrien.

'Normal' er ikke noget vi lægger mærke til

Hvor tit har du prøvet at gå ned af din lokale gågade og så pludselig sagt til dig selv: "Hold da op! ham manden derovre, han er jo helt normal!". Personligt tror jeg aldrig at du har tænkt denne tanke. Men hvorfor dog ikke? Til gengæld, så tror jeg at du har gået en tur i den lokale by, og pludselig har du tænkt ved dig selv: "Ham manden, der står og venter ovre ved butikken, han er vist ikke helt normal!". Normale mennesker er ikke noget vi lægger mærke til. Til gengæld så lægger vi let mærke til hvis en person har en adfærd som virker afvigende. Mennesker har ikke problemer med at stemple andre mennesker som afvigende, men det er faktisk ret svært at stemple andre mennesker som normale. Jeg hører ofte om personer som føler at de er blevet stemplet som "SYGE", men jeg hører aldrig om mennesker, der har været hos psykiateren og er blevet STEMPLET som "NORMAL". Det ligger lidt i systemet at læger og psykiatere tager sig at syge mennesker. Men hvorfor findes der ikke rask-seere (personer som udelukkende prøver på at se dig som rask), som kan se om du er rask, og så give dig et stempel på at du er rask. Jeg hører om mennesker som har været hos flere forskellige læger og lægerne har allesammen fortalt personen det samme, at han var syg. Han har altså flere stempler i panden med teksten "syg", så han må sandelig være syg. Der findes mig bekendt ikke en diagnose-kode der hedder: "RASK" eller "NORMAL". Dybest set, så er raske mennesker, bare mennesker hvor man endnu ikke har fundet tegn sygdom. (Men tegnene er der nok et sted. Søg og du skal finde). "Prøv at se ham manden derovre! Han har været hos 4 læger, og de har allesammen stemplet ham som normal".

Normale mordere!

Der er afgjort mange ting her i verden, der er værd at undre sig over. Her er blot endnu en ting. De fleste lande har en hær. For at blive optaget i hæren

som soldat, så skal man først til session, med andre ord, man skal til en optagelsesprøve. Ved en optagelsesprøve bliver man undersøgt både fysisk og psykisk. Nu er det så at det bliver interessant. For at blive optaget i en hær, så skal man være "normal". Nu er det så alarm-klokkerne skal ringe!..... Jamen! hvad laver soldater som regel? Jo de slår andre mennesker ihjel! Jamen! skal man da virkelig være normal, for at slå andre mennesker ihjel? Ja! åbenbart. Jeg er faktisk ret glad for at jeg ikke er normal.....

Nye personaler

Det er altid forbundet med en lille smule nervøsitet fra min side, når vi får nye personaler i afdelingen. Grunden er simpel. Nye personaler er ikke som jeg ville forvente at nye personaler ville være. Hvis jeg selv var ny personale på en retspsykiatrisk afdeling, så ville jeg være meget forsigtig med hvad jeg skrev om patienterne, primært fordi at jeg jo netop endnu ikke kendte patienterne. Men sådan er virkeligheden altså ikke. Nye personaler har en tendens til at udtrykke sig for voldsomt om patienterne i stedet for at udtale sig forsigtigt om patienterne. Jeg vil gerne komme med 3 eksempler fra min egen journal, hvor nye personaler har skrevet om mig.

Eksempel 1
Jeg har trænet mange gange i vores idrætshus, og personalet har generelt været meget tilfredse med min måde at træne på. Vi havde netop fået en ny kvindelig idrætslærer i vores idrætshus. Første gang jeg mødte hende var inde i rummet med ro-maskiner. Jeg sad og roede da hun kom ind i rummet. Hun kikkede på mig og begyndte straks at udtale sig om den måde jeg roede på. Jeg tog det nu ikke så tungt, for de 3 andre personaler havde jo tidligere udtrykt tilfredshed med den måde hvorpå jeg roede på maskinen. Men denne nye personale havde sandelig mange meninger om min roning, jeg kikkede på hende mens hun talte, men fandt det nu ikke relevante at følge hendes råd, da jeg var tilfreds med min roning. Senere læste jeg i min e-journal. Hun havde skrevet om denne hændelse, og jeg skal da ellers lige love for at jeg blev skældt ud af personalen til trods for at de 3 øvrige personaler var yderst tilfreds med min roning.

Eksempel 2
Vi havde netop fået en ny kvindelig SSA'er (Social og Sundhedsassistent). Hun var ikke mere end lige kommet ind af døren, før hun skrev i min e-journal, at jeg var psykisk ustabil. Det undrede mig meget. Dels mener jeg

ikke hendes uddannelse gør hende i stand til at vurdere om jeg er psykisk ustabil, og dels så har jeg ikke engang oplevet læger udtale sig om mig på denne måde. Måske havde hun haft gavn af at tage den med ro, og ikke lave den slags udtalelser om patienter hun ikke kender.

Eksempel 3
Vi havde netop fået en ny kvindelig pædagog. Den vel nok første gang vi sad ved siden af hinanden inde i spisestuen til middagsmanden, begyndte hun at stille mig spørgsmål af privat karakter. Nu er mit privatliv noget jeg holder for mig selv, så jeg satte lige en grænse overfor hendes spørgsmål, og gjorde hende opmærksom på at der altså var grænser for hvad jeg fortæller til en personale om mine private sager. Hun sagde bare "OK", og så spiste vi. Efterfølgende læste jeg så i e-journalen hvad hun havde skrevet om mig den følgende dag. Hold da op, hun var godt nok sur i det notat. Jeg havde jo nærmest været uforskammet i mine udtalelser overfor hende til middagsmaden, og samtalen blev da også bragt op flere gange ved mine efterfølgende samtaler med min overlæge.

Nye personaler har generelt meget svært ved lige i starten at finde ud af hvilket ben de skal stå på, men jeg synes at det er forkert at deres usikkerhed skal gå ud over patienterne. Det burde være på sin plads, at nye personaler, gav sig tid til at lære patienterne at kende før de går i gang med svine patienterne til i et journal-notat.

Når behandleren vælger

For at jeg bedre kan forklare dig hvad det vil sige at være psykiater i retspsykiatrien, så vil jeg lave en sammenligning mellem to behandler-typer. Den første er en behandler-type, som vælger at behandle personer med neuroser. Den næste behandler-type er en psykiater i retspsykiatrien, som i overvejende grad behandler personer som angiveligt skulle lide af skizofreni. Jeg har sat situationen lidt på spidsen, så forskellene bedre kan komme til udtryk.

Behandler-type 1: Neuroser
'Normale' mennesker kan godt have mentale forstyrrelser. Disse forstyrrelser er dog ikke så udtalte, at man kan kalde dem for psykiske lidelser. Man kalder disse forstyrrelser for neuroser. Personer som lider af neuroser giver man ikke en diagnose, de er bare neurotiske. En ting som er interessant ved

neuroser er at stort set alle neuroser kan helbredes. Hvis du således har en neurose, så kan du være stort set sikker på at komme af med din neurose, såfremt du vælger at modtage behandling så du kan slippe af med din neurose. Forestil dig at du er neurotisk. Du vælger nu at gå til din psykolog eller en terapeut. Vedkommende hjælper dig nu med at komme af med din neurose. Efter et stykke tid er du så sluppet af med din neurose. Og så er alt jo godt. Forestil dig nu en psykolog, som hjælper personer med neuroser. Det viser sig nu at ca 50% af hans patienter slipper af med deres neuroser. De øvrige 50% slipper ikke af med deres neuroser. Hvad skal vi nu mene om kvaliteten af denne psykologs arbejde? Konklusionen må være, at han er en utrolig dårlig psykolog. Grunden for denne antagelse er at vi jo ved, at stort set 100% af alle personer kan slippe af med deres neuroser hvis de får den rette behandling. Det lader til at denne psykolog ikke er i stand til at tilbyde patienterne den rette behandling, da det kun lykkedes denne psykolog at behandle 50% af patienterne for neuroser. Ud fra den viden vi har om neuroser, kan vi konstatere at denne psykolog er en dårlig behandler. Man kan godt sige at der er en vis risiko ved at behandle personer med neuroser, for hvis en psykolog ikke helbreder tilstrækkelig mange procent at sine patienter, så er psykologen en dårlig psykolog.

Behandler-type 2: Skizofreni

Situationen er en anelse anderledes for en psykiater i retspsykiatrien. Man kan ende i retspsykiatrien på baggrund af flere forskellige diagnoser, men da den overvejende del tilsyneladende er personer med en skizofreni-diagnose, så vil jeg udelukkende tale om disse personer i denne forklaring. Det er lidt usikkert hvor mange procent af patienterne som der har diagnosen skizofreni, der kan forventes at blive helbredt for deres lidelse, men tallet ligger på cirka 5%. Man kan således forvente, at cirka 95% af patienterne ikke vil slippe af med deres lidelse. Efter at have været i retspsykiatrien i mere end 4½ år, er det mit indtryk at 0% af patienterne med skizofreni er blevet erklæret raske i denne periode. Hvis ellers statistikken også passer på patienter med skizofreni i retspsykiatrien, så burde jeg faktisk have oplevet mere end en person blive erklæret for 'rask' og fri for skizofreni i min indlæggelses-periode, men dette er ikke sket. Forestil dig nu at du har en skizofreni-diagnose og du bliver indlagt i retspsykiatrien. Du vil nu blive tilknyttet en behandlende overlæge som skal behandle dig. Men hvad er behandlingsmålet? Vi ved jo at stort set ingen med en skizofreni-diagnose, vil blive raske igen. Forestil dig nu at du bliver behandlet i en lang periode. Efter denne periode vil vi så vurdere kvaliteten af psykiaterens arbejde på samme måde som vi gjorde med psykologen der behandlede neuroser. Ef-

ter et stykke tid kikker vi så på psykiaterens arbejde, for at se hvor mange der er sluppet af med deres skizofreni-diagnose. Det viser sig nu at helbredelses-procenten for denne psykiater er 0%. Er denne psykiater en dårlig psykiater? Han har jo trods alt ikke helbredt een eneste patient.

Hvis vi spørger psykiateren om hvorfor han ikke har helbredt een eneste person for skizofreni, så vil han jo naturligvis sige, at det jo er fordi at personer med skizofreni er nærmest umulige at gøre raske. Psykiateren har jo ret, men med en enkelt lille undtagelse. Vi ved at der statistisk vil set vil være 5% af personerne med en skizofreni-diagnose som vil kunne blive raske. Men hvorfor har denne psykiater så en helbredelses-procent som er 0%? Den burde vel egentlig være på 5%? Psykiateren har muligvis også et godt svar på denne uoverensstemmelse. Psykiateren vil muligvis komme med det svar at de personer som ender i retspsykiatrien er den del af personerne med en skizofreni-diagnose, som er særligt syge og derfor kan statistikken ikke bruges i retspsykiatrien. Dette forhold sætter både patienterne og psykiateren i en særlig situation. Det er således ikke muligt at måle psykiaterens evner og kvalitet ud fra helbredelses-procenten, da det næsten ikke er muligt at helbrede personer med en skizofreni-diagnose. Der vil således ikke være een eneste myndighed der kunne finde på at skælde en sådan psykiater ud fordi han ikke er i stand til at helbrede een eneste patient. En helbredelses-procent på 0, er jo nærmest hvad man må forvente i en sådan situation.

Med andre ord, døren er nu lukket op for den ultimative mishandling af mennesker. Hvad er det så jeg mener? Ifølge tidligere overlæge på Retspsykiatrisk klinik på Blegdamsvej, Peter Kramp, så er der fejl i 15-20% af alle mentalundersøgelser. Det er efter min opfattelse ganske sandsynligt, at en vis del af disse fejl er at en person får en skizofreni-diagnose, selv om personen i virkeligheden slet ikke burde have en skizofreni-diagnose. Disse personer som således ikke er skizofrene bliver nu overført til en retspsykiatrisk afdeling hvor de bliver behandlet for deres 'lidelse'. Behandlingen er som udgangspunkt altid medicinsk, og man tvinger nu denne raske person til at spise anti-psykotisk medicin, til ingen verdens nytte. Da vi jo ved at ingen patienter i retspsykiatrien med en skizofreni-diagnose bliver erklæret raske, så skal denne raske person nu forvente at tvinges til at spise ligegyldig medicin resten af sig liv. At tvinge en person som er rask til at spise anti-psykotisk medicin i mange år, og som har nogle ofte ganske ubehagelige bivirkninger er efter min egen overbevisning den ultimative mishandling af et rask menneske.

Forestil dig nu at en person er til en mentalundersøgelse. For at gøre det simpelt, så skal vi nu vælge om denne person skal erklæres for neurotiker eller skizofren. Det er faktisk en stor fordel for behandlerne hvis vi vælger at kalde personen for skizofren. Men hvad er lige fordelen? Hvis personen viser sig at være neurotiker, så kan han vælge at modtage behandling og blive rask. Hvis det ikke lykkedes behandleren at gøre personen rask, så har behandleren fejlet og er en dårlig behandler. Men hvis vi giver personen en skizofreni-diagnose og sender ham til behandling og han ikke bliver rask, så er det jo ikke psykiaterens fejl at patienten ikke bliver rask, for patienten har jo en lidelse som ikke er til at behandle. At behandle personer med en skizofreni-diagnose er derfor ganske risikofrit for psykiateren. Uanset om psykiateren slår patienten oven i hovedet med en hammer eller giver patienten så mange piller at patienten ikke er i stand til at bevæge sig, men bare sidder i en stol og savler, så kan det aldrig blive psykiaterens skyld, for patienten har jo en lidelse som ikke er til at helbrede. Det er den ultimative mishandling af mennesker. Med andre ord, det er ganske straffrit for en psykiater at mishandle patienter, hvis de altså bare har en skizofreni-diagnose.

Når magten tager overhånd

Det hele starter med en ganske almindeligt person. En dag beslutter denne person sig for at blive læge. Efter lægeuddannelsen beslutter personen sig så for at blive psykiater. Psykiateren ender så måske op i retspsykiatrien, og skal nu behandle patienter. I det øjeblik psykiateren træder ind i retspsykiatrien, så får psykiateren tildelt en magt af samfundet til at behandle patienterne med magt. I starten vil denne psykiater nok gøre som alle andre normale mennesker og prøve på at tale med patienten og komme med gode argumenter over for patienten om hvorfor patienten bør spise medicin. En vis del af patienterne vil dog ikke spise medicin. Den primære grund er at psykiateren faktisk ikke har noget godt argument for hvorfor patienten skal spise medicin. Til sidst giver psykiateren op over for patienten og beslutter at behandle patienten med magt. Magt handler ikke om hvem der har de bedste argumenter, magt er bare magt. Med tiden vil psykiateren blive vant til at behandle patienterne med magt, ikke fordi psykiateren har gode argumenter, men udelukkende fordi psykiateren har magt. Efter et stykke tid vil der langsomt ske en drejning af psykiaterens opfattelse af sig selv. Da psykiateren jo får gennemtrumfet sin behandling af patienten næsten hver gang, så får psykiateren langsom den opfattelse af sig selv, at de argumen-

ter han har over for patienten faktisk er gode argumenter, og at det bare er patienten der ikke kan forstå dem. Dette fører med tiden til at psykiateren tror at alle hans argumenter er gode, netop fordi han får gennemtrumfet sin behandling af patienten næsten hver gang (dog med magt). I det øjeblik hvor psykiateren helt glemmer at han burde bruge argumenter, men i stedet for udelukkende tror at han altid har ret, fordi han får gennemført en behandling af patienten med magt, så har magten taget overhånd. I det øjeblik overlægen har skiftet troen på magt ud med en tro på sine egne argumenter (selv om det jo er magten der virker), så har magten tager overhånd. Psykiateren tror nu, at hver gang han får gennemtrumfet en behandling af patienten med magt, så er det fordi at hans argumenter er rigtige, og så har magten taget overhånd. Psykiateren er blevet totalt blind, og kan ikke længere fatte, at hans argumenter ikke virker. Han har opnået en nærmest guddommelig tro på sig selv som et perfekt menneske, der altid har ret. Problemet er dog bare, at psykiateren ikke har ret, han har bare magt, og der er stor forskel på at have ret, og at have magt. Med andre ord igen. Psykiateren har nu en følelse af almægtighed, og alt hvad kan kommer frem til at konklusioner om patientens psykiske tilstand er korrekt, men det er bare en illusion. Der er ikke tale om at argumenterne virker, men at magten virker. Det handler om magt og intet andet. Samfundet har i den sidste ende ikke tildelt psykiateren magt, men almægtighed.

Objektivitet

Det lyder måske let, men det er faktisk ikke så let at være objektiv. Før man overhovedet kan gøre sig forhåbninger om at være objektiv, så skal man gøre sig bekendt med alle de fejl, som hjernen kan finde på at gøre, og som vil forhindre dig i at være objektiv. Hvis du ikke sætter dig ind i de fejl som hjernen ofte gør, så vil du let komme til at tro at du er objektiv, selv om du slet ikke er det. Det kræver en god portion øvelse at være objektiv, og der vil både være indre og ydre funktioner og kræfter, som konstant vil prøve på at forhindre dig i at se verden som den i virkeligheden er. Hvis du ikke konstant holder øje med dig selv og det du tænker, så vil du meget let komme til at fejle, og du vil glide ind i en subjektiv verden, uden at du egentlig selv er klar over det. Alle mennesker vil som udgangspunkt være overvejende subjektive. Det kræver øvelse at lære at skelne mellem det som er subjektiv og objektivt. Individet vil altid indeholde subjektive meninger. Hvis du kan lide lagkage, så er der intet objektivt ved denne tanke, du kan bare godt lide lagkage. Jeg hører hver dag de mest utrolige udtalel-

ser fra personalet og overlægen på den afdeling hvor jeg er indlagt. Jeg er imponeret over hvor meget vås de kan nå at sige på en vagt. De er tydeligt ude af kontakt med sig selv. Deres subjektivitet skinner konstant igennem i det de gør og skriver i patienternes journaler. Det er ganske umuligt for mig at skrive deres fejl ned i min dagbog - der er ganske enkelt for mange. Der er dog dage hvor jeg er lige ved at falde sammen af grin, men jeg har dog lykkedes med at holde masken indtil nu og lade som ingenting.

Forslag til yderligere læsning: (der findes mange flere end de her nævnte)
http://en.wikipedia.org/wiki/Bias
http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_bias
http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_cognitive_biases
http://en.wikipedia.org/wiki/Self-serving_bias
http://en.wikipedia.org/wiki/Impact_bias
http://en.wikipedia.org/wiki/Empathy_gap

Hvis du efter at have læst alle ovenstående vildfarelser igennem, stadig synes at du er objektiv, så er du enten meget dygtig, eller også lider du af en vrangforestilling.

Youtube: (Kort forklaring på hvordan man tester en udtalelse for fejl)
https://www.youtube.com/watch?v=aNSHZG9blQQ

Værktøjer: Bayes' theorem

Objektivt psykisk

Lad mig starte med en sætning fra et notat i min egen journal:

"28-08-2014 Notat ... Obj.psykisk: Fremtræder pt velordnet og soigneret, neutral af stemning, afmålt, men høflig i kontakten uden umiddelbare tegn på den underliggende forrykte tilgang til sin kriminalitet, der ikke udfordres i denne samtale...."

Min journal indeholder nærmest uanede eksempler på at det er hemmeligt hvad jeg fejler. Som det fremgår at ovenstående notat-uddrag, så skulle teksten angive at være en objektiv beskrivelse af mig. Men straks efter ordet "objektiv", så fremkommer min overlæge med en subjektiv vurdering af mig. Når man læser ovenstående sætning, så får man faktisk mere at vide om overlægens mening om mig, end man får at vide om mig. Når nu overlægen skriver at hun har tænkt sig at være objektiv, så var det vel også på sin plads at hun rent faktisk også skrev noget objektivt om mig. Det frem-

går af teksten at jeg har en forrykt tilgang til min kriminalitet, men der står intet om hvorfor det jeg tænker er forrykt - måske er det også hemmeligt. Når nu overlægen har så svært ved at være objektiv, så burde overlægens beskrivelse af mig vel laves om til *"Subjektivt psykisk"*, så er overlægen da i det mindste ærlig om sin beskrivelse af mig.

Off-label brug af medicin - Samarbejdspiller

Overlæger kan godt finde på at ordinere kraftig medicinering af patienten med det formål at få patienten til at samarbejde. Samarbejdet opstår som regel ved at man giver patienten så tilstrækkelig meget medicin at patienten nærmest drukner i ubehagelige bivirkninger, og på en tidspunkt så giver patienten op og begynder at samarbejde og så bliver patienten efterfølgende sat ned i medicin igen. Det er mit indtryk at det ofte virker og jeg har talt med en del patienter som har modtaget antipsykotisk medicin med det formål at få patienten til at samarbejde. Jeg har også selv oplevet at min overlæge indkaldte mig til et møde hvor jeg blev oplyst om at jeg skulle begynde at samarbejde om behandlingen, for ellers ville jeg få højeste dosis medicin indtil jeg begyndte at samarbejde. Min overlæge oplyste mig da også ved mødet om at det plejede at virke. Det er mit indtryk at det ofte virker, men jeg har svært ved at se hvad det har at gøre med behandlingen af en psykisk lidelse. Og det har dybest set ikke noget at gøre med selve diagnosen. Der findes ikke diagnoser der har samarbejdsvanskeligheder som et diagnose-kriterie. Jeg henvendte mig på et tidspunkt til ministeriet for sundhed og forebyggelse, for at få deres mening om behandling af samarbejdsvanskeligheder med antipsykotisk medicin på patienter som ikke ville samarbejde med deres overlæge. Jeg henledte deres opmærksomhed på at jeg ikke kender diagnoser der har samarbejdsvanskeligheder som et kriterium og at der ikke stod noget i indlægssedlen til fx Abilify om at medicinen måtte bruges imod manglende samarbejde, og at der derfor var tale om det man kalder for off-label brug. De første 4 gange henvendte jeg mig via mail men fik ikke noget svar. Den 5. gang henvendte jeg mig til ministeriet via et almindeligt brev. Jeg fik det endelige svar fra ministeriet at det ville man ikke svare på. Jeg skrev efterfølgende et brev til ombudsmanden hvori jeg bad ham om at afæske ministeriet et svar på min henvendelse. Efter blot nogle dage fik jeg svar fra ombudsmanden. Han havde besluttet at han ikke ville gå ind i sagen. Han mente ikke at han ville kunne få ministeriet til at give et bedre svar end det jeg allerede havde fået, som jo altså var at man ikke ville svare på min henvendelse. Jeg har svært ved at

forstå hvordan det kan være at ministeriet ikke er interesseret i hvordan antipsykotiske midler bliver brugt og at de tilsyneladende heller ikke er interesseret i at forklare hvorfor det er i orden at behandle patienter med antipsykotisk medicin imod samarbejdsvanskeligheder. Det er som at slå i en dyne, og det er svært at lade være med at få den tanke at der er noget galt et eller andet sted i vores administration.

Opmærksomhed

Normale mennesker har den egenskab at de kan dreje deres opmærksomhed derhen hvor de har lyst. Hvis en normal person således får lyst, så kan personen rette sin opmærksomhed imod dette objekt. Det kunne fx være et andet menneske. Normale mennesker kan også vælge at ignorere et objekt, hvis de ikke ønsker at have opmærksomhed imod netop dette objekt. Dette kunne ligeledes være et andet menneske. Opmærksomhed er noget mange skizofrene mennesker har problemer med. Den skizofrene har således problemer med at rette sin opmærksomhed imod forskellige objekter (genstande) i omgivelserne, samt holde sin koncentration om disse emner. Det forhold at en normal person kan vælge enten at rette sin opmærksomhed imod fx et andet menneske eller at fjerne sin opmærksomhed fra fx et andet menneske, skal ses om en kontrast til den skizofrene, som ikke har dette valg. Dette forhold har en uheldig konsekvens for patienterne på de retspsykiatriske afdelinger. Hvis fx en personale henvender sig til en patient, og spørger patienten om noget, så kan det være at patienten ikke svarer personalet. Der kan faktisk være to grunde til at patienten ikke svarer personalen. Enten er det fordi at patienten muligvis er skizofren, for skizofrene kan have problemer med at rette koncentrationen imod personalen og svare på personalens spørgsmål. Eller også er det fordi at patienten bare er helt normal, men i stedet for helt bevidst vælger at ignorere personalen, og derved undlader at svare på personalens spørgsmål. Hvis en personale henvender sig til en patient og patienten ikke svarer, så er der to muligheder. Den ene er at patienten er skizofren og derfor ikke er i stand til at svare. Dette medfører at personalen laver en note i journalen, om at patienten har en dårlig opmærksomhed, som igen kan være tegn på skizofreni. Den anden mulighed er at patienten bare ignorere personalen. Personalen opdager dette og føler sig dårligt behandlet af patienten. Tanken om hævn dukker op i hovedet på personalen, og personalen går således ind og skriver i journalen, at patienten har problemer med sin opmærksomhed. Effekten af denne personale-adfærd er at de normale også får tegn på psykisk lidelse

skrevet ned i deres journal. Det er simpelt hen for nedværdigende for en personale, at skrive en sætning som denne i journalen: *"Patienten ignorerer mig hver gang jeg henvender mig til patienten"*. Sætningen giver jo læseren den følelse at personalen nok griber sagen forkert an, og sætningen viser, at patienten er en person med mening og selvstændig tankegang, og der går sandelig ikke i en journal. Et hvert forsøg fra patienten side, på at ignorere en personale, bliver straks straffet med et notat i journalen, om at patienten har en dårlig opmærksomhed. Jeg ser ikke andet end en personale der vil have hævn på patienten for at bliver ignoreret. Personaler har den opfattelse, at de har krav på patientens fulde opmærksomhed på et hvilket som helst tidspunkt af dagen. Får personalet ikke denne opmærksomhed, så skal patienten straffes. Det kunne på ingen måde falde en personale ind, at personalen muligvis er utrolig irriterende over for patienten, og at patienten finder personalen for utroligt irriterende at være sammen med eller at tale med. Det er med dette tegn på psykisk lidelse, som det er med stort set alle andre tegn på psykisk lidelse, som personalerne får øje på hos patienterne. Det handler kun om en enkelt ting, og det er MAGT. Situationen er den samme som altid. Svage personaler får øje på flere tegn på psykisk lidelse hos patienterne, end de robuste personaler. Da den normale patient har valgt at ignorere personalen, så får personalen automatisk den tanke at patienten nok har fået det værre og at patienten derfor nok har et behov for at blive sat op i medicin. Som normal patient skal man derfor vide, at hvis man ignorere personalet, så bliver man sat op i medicin. Så kan du lære det....man skal ikke ignorere en personale.

Opretholdelse af illusionen

Alle mennesker har illusioner om sig selv og den verden de lever i. Der er dog forskel fra individ til individ på hvor mange illusioner de er i besiddelse af. Personer med illusioner er illusioneret og personer der mister deres illusioner kalder vi for desillusioneret. Personer som ikke har illusioner har derimod lucide tanker om den verden de lever i. Lad mig starte med et eksempel. Forestil dig en person, der tror at personen kan flyve som en fugl. Denne person har en illusion. Så længe der ikke opstår en konflikt mellem hans illusion og virkeligheden, så har denne person ikke nogen problemer med at opretholde sin illusion. Nu kunne der jo godt ske det at denne person en dag kom til at fortælle en anden person, at han kan flyve. Denne person finder hans evner urealistiske, og beder derfor denne mand om at bevise overfor ham at han kan flyve. Personen kan så svare, at han ikke

lige har lyst til at flyve i øjeblikket. Personen er blevet konfronteret med sin illusion, men har på elegant vis undgået at blive bevidst om at der blot er tale om en illusion. Personen kan med andre ord opretholde sin illusion så længe den ikke kommer i konflikt med virkeligheden. Men hvad nu hvis denne person som tror at han kan flyve rent faktisk prøver på at flyve. Så vil der ske det, at han vil opdage at han rent faktisk ikke kan flyve, og der er nu opstået en konflikt mellem personens illusion og virkeligheden. Personer som har en illusion, er som regel villige til at være endog meget kreative for at undgå at der opstår en konflikt mellem deres illusion og virkeligheden, af skræk for at blive desillusioneret og opdage at deres illusion i virkeligheden bare var en illusion. Du vil nok aldrig opleve en person der mener at han kan flyve rende rundt på græsplænen med armene ud til siden og prøve på at flyve, for hver gang han vil prøve på at flyve og det ikke lykkedes, så vil han jo blive mindet om virkeligheden og det faktum at han rent faktisk IKKE kan flyve, da hans handling vil bryde hans illusion. Du vil således heller ikke finde en person som har et forvrænget billede af verden konstant sidde og læse i nogle bøger som konstant minder ham om at han tager fejl. Det sker bare ikke, for det ødelægger jo netop illusionen hver gang den kommer i konflikt med virkeligheden. Den bedste måde hvorpå man kan opretholde en illusion er ved at undgå situationer der kan modbevise den. Personer som har en illusion bruger som regel en del tid på at finde beviser på at deres illusion er sand, og de bruger ganske mange kræfter på at undgå beviser som taler imod deres illusion. Hvis du har en tendens til at være meget selektiv i den viden du søger omkring dine tanker, så skal du drage tvivl ved dine egne tanker og overveje hvad der er grunden til at du ønsker at finde en bestemt viden. Det er ofte vores ubevidsthed der forhindre os i at blive bevidste om at vi har en illusion. Det er ubevidstheden der overbeviser bevidstheden om at det nok er en dårlig idé at undersøge om en tanke nu også er virkelig eller om det er en illusion. Vi kan godt bevidst fornægte at have en illusion, mens vores ubevidsthed godt er klar over at der er tale om en illusion. Der er tale om at ubevidstheden narrer bevidstheden. Personaler på en retspsykiatrisk afdeling vil være tilbøjelige til at finde og læse litteratur som understøtter deres opfattelse af verden som kan give dem ret i at det er i orden at udøve tvang over for andre mennesker, og de vil være meget tilbøjelige til at undgå information som vil være en trussel imod deres verdensbillede. Personligt har jeg den holdning at jeg læser ALT som har relevans for min opfattelse af psykiatrien uanset om det er litteratur som er enig med mig eller som har en anden holdning til psykiatri end mig selv. Personligt er jeg nærmest kronisk interesseret i at gøre hvad jeg kan for at nedbryde mine egne illusioner om verden. Jeg gør alt hvad jeg kan for

at se verden som den er. Hvis du har investeret store følelser i en bestemt illusion (overbevisning), så vil det ikke være illusionen i sig selv der forhindre dig i at se verden som den er, men dine følelser. Hvis du har det godt med en bestemt tro på verden, så vil det jo føles hårdt at erkende at verden ikke er som du tror den er. Det er også svært at opretholde en illusion hvis man konstant bliver mindet om at den ikke passer med virkeligheden.

Overlægefejl - 1 del

Oversigt over fejl som overlæger ofte gør:
Man kalder det for illusionen om den asymmetriske indsigt.

Fejl nr 1
Overlæger har ofte en tendens til at tro, at de ved mere om patienten, end patienten ved om sig selv.

Fejl nr 2
Overlæger har ofte en tendens til at tro, at overlægen under en samtale med en patient vil lære mere om patienten, end patienten vil lære om overlægen.

Fejl nr 3
Overlæger har ofte en tendens til at tro, at det er svært for patienten at lære overlægen af kende, hvorimod det er let for overlægen at lære patienten at kende.

Se også: http://en.wikipedia.org/wiki/Illusion_of_asymmetric_insight

Overlæger

Jeg tror aldrig nogen sinde at du har besøgt din familielæge på følgende måde: Du kommer ind af døren til lægens kontor. Der sidder en sekretær. Du fortæller nu dine symptomer til sekretæren. Sekretæren går derefter ind til lægen og fortæller dine symptomer til lægen og diskuterer symptomerne med lægen. Sekretæren går derefter ud til dig i venteværelset og fortæller dig at du får et svar om en måneds tid. Jeg tror ikke at der ville være nogen der hoppede på den. Jeg tror at de fleste normale mennesker ville forlange at blive undersøgt af lægen personligt. Du har måske nok undret dig over hvordan en overlæge (psykiater), kan finde på at give patienter de mest un-

derlige diagnoser og pålægge patienterne ganske unødvendig behandling, oftest i form af medicin. Men du skal huske på at der er en stor afstand mellem dig og overlægen. Overlægen kan kun retfærdiggøre sin adfærd på een måde. Han er nødt til at have afstand mellem ham selv og patienten. Derved undgår han at få empati for patienten. Patienten er bare en ting for ham. Overlæger er sjældent på selve afdelingen. Han har ikke nogen personlig kontakt til patienten. Den eneste information han får om patienten er gennem det daglige personale, som i øvrigt hverken er læger eller psykiatere. Han bygger sine konklusioner om patienten på anden-håndsviden. Det er indenfor psykiatrien tilsyneladende ret normalt at overlæger forholder sig til patienter på denne måde. Det er dog ganske unormalt indenfor somatikken. Af en eller anden grund, så er det blevet ganske normalt indenfor psykiatrien at gøre det på denne måde. Hvorfor er der denne store forskel? En overlæge i psykiatri, burde være sammen med de patienter han skal behandle, således at han kan få en personlig opfattelse af patienterne i stedet for anden-hånds-information via fx pædagoger og ergo-terapeuter, som dybest set ikke ved noget som helst om psykiatri. Man kunne kalde det for 'undersøgelse via ukvalificeret mellemmænd'. Der er ingen direkte kontakt mellem patient og overlæge. Når man tænker på at indlagte patienter er på en afdeling næsten 24 timer i døgnet, så gør det ingen forskel at tale med overlægen en time om måneden. Man er bare til grin. Overlægens stereotypisering af patienter En overlæge er nødt til at putte patienten med i en kasse. Dette gør overlægen ved at overbevise sig selv om at patienten passer ned i en bestemt kasse. En overlæge kan ikke retfærdiggøre behandlingen af en patient før end patienten er puttet ned i en bestemt kasse. Hvis det ikke lykkedes for overlægen at putte patienten ned i en bestemt kasse, så er det ikke muligt for overlægen at tvangs-medicinere patienten.

Overlæger og Bivirkninger

Jeg tror at der er flere grunde til at overlæger ikke vil anerkende at deres patienter får bivirkninger. Hvis en overlæge så endelig anerkender at en patient rent faktisk har bivirkninger, så er de fleste overlæger ganske ude af stand til at forstå at disse bivirkninger kan være ubehagelige. Det er ganske umuligt at se hvad en patient føler. Overlæger tager ofte fejl, når de skal prøve på at finde ud af hvad en patient føler. Ofte tror de at patienten lider selv om patienten slet ikke lider. Andre gange kan de ikke se at en patient lider ganske meget. Og hvis en overlæge er i tvivl om hvad en patient føler, så er han tilbøjelig til at vælge den virkelighed der bedst passer overlægen.

Som overlæge tror jeg at man har den tanke, at man gerne vil hjælpe patienterne, og jeg tror at man som overlæge er villig til at bøje virkeligheden ret meget for at opretholde denne gode tanke om sig selv. Der er tale om et selvbedrag. Formålet med overlægens selvbedrag er at opretholde overlægens tanker om sig selv som en god læge. Det er mit indtryk at dette selvbedrag virker ganske godt. Problemet er bare at det går ud over en masse patienter som jo netop har virkelige bivirkninger.

Overlægetitlen

Overlæger i psykiatrien burde ikke hedde overlæger. Overlæger er mest kendt fra den somatiske behandling, og her forventer vi at en overlæge er en person med styr på tingene. Dette er langt fra tilfældet i psykiatrien. Jeg vil foreslå at vi i stedet for kalder dem for afdelings-psykiatere, for bedre at kunne se forskel på disse fupmagere og rigtige overlæger som virkelig hjælper deres patienter.

Oversigt over Regionernes dokumentportaler

Hvis du har brug for at vide hvilke retningslinier de forskellige regioner har udarbejdet for deres retspsykiatriske afdelinger, så er deres dokumentportaler et godt sted at starte. Det er ikke alle dokumenter der er offentligt tilgængelige, men ved at kikke i de dokumenter der er tilgængelige vil du gå et godt indblik i hvad der sker i retspsykiatri. Man kan som regel se titlen på alle dokumenter, det er dog ikke alle dokumenter der kan åbnes.

Region Nordjylland: pri.rn.dk

Region Midtjylland: e-dok.rm.dk

Region Syddanmark: ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk

Region Hovedstaden: vip.regionh.dk

Region Sjælland: dok.regionsjaelland.dk

Pas på hvad du spiser

Omsætning af antipsykotisk medicin i kroppen (farmakokinetik og farmakodynamik) er et utroligt kompliceret område, og der sker meget forskning inden for området. Mængden af viden om dette område er derfor i hastig stigning. Nedenstående viden skal blot ses som et udtryk for hvad man ved i øjeblikket. Det er meget sandsynligt at det vil ændre sig i fremtiden. Jeg lavede en søgning på omsætning af antipsykotisk medicin kroppen på internettet i maj, 2015, og her er hvad jeg fandt: Der findes fødevarer som påvirker kroppens evne til at nedbryde antipsykotisk medicin. Det er derfor en god idé at vide hvilke fødevarer der kan påvirke din nedbrydning af antipsykotisk medicin i din krop. Der er desuden også en stor variation fra person til person på hvor meget disse fødevarer vil påvirke din nedbrydning af medicin. Det kan eventuelt være en hjælp for dig at få taget en CYP-test, da denne viser hvilke enzymer din krop danner og hvor mange enzymer kroppen danner, som er i stand til at nedbryde antipsykotisk medicin.

Sænker medicinnedbrydningen
Gurkemeje, brøndkarse, Carambola og grapefrugter (muligvis også andre typer citrusfrugt). Karry indeholder blandt andet gurkemeje.

Øger medicinnedbrydningen
Perikon. Perikon lader til at øge omsætningen af antipsykotisk medicin. Problemet er blot at perikon i sig selv muligvis har visse bivirkninger hvis man indtager det i større mængder.

Polyfarmaci
Forskellige præparater kan have stor indvirkning på hinanden. Karbamazepin kan således få virkningen af fx Cisordinol til næsten helt at forsvinde.

Yderligere læsning: Farmakologi, cytokrom P450, indlægssedler til medicin, CYP-test, Wikipedia, analysefortegnelsen.dk, hjemmesider om medicin.

Patienten anvender egen (privat) logik

Det er med ”privat logik” på samme måde som med irrationalitet. Det er et forsøg på at skjule egen utilstrækkelighed. Ved at vende det til at patienten ikke tænker ordenligt, så slipper lægen for at tage stilling til egen utilstrækkelighed. Det handler ikke om patientens tanker men om lægens

egen kamp med virkeligheden. Man skal som menneske lære at forstå at hjernen gør alt hvad den kan for at bevare individets selvværd, og sikre at individet tror på sig selv. Hjernen kan gøre de mest utrolige krumspring for at undgå at erkende virkeligheden hvis erkendelsen af virkeligheden er en trussel imod individets overlevelse. De fleste læger og psykiatere er særligt dumme på dette område. Jeg har brugt meget lang tid på at finde ud af hvad en læge eller psykiater egentlig mener med "privat logik", og det har vist sig ganske umuligt for mig bare at komme i nærheden af en forklaring på hvad det betyder. Men hvordan pokker kan det være at en psykiater tilsyneladende ikke har problemer med at sige om en patient at denne anvender "privat logik", uden samtidig at være i stand til at give en forklaring på hvad det dækker over? Hvis du opdager at en læge eller psykiater beskriver dig som en person med privat logik, så skal du straks bede psykiateren fremlægge en forklaring på "privat logik". Dette kan fx være en henvisning til en bog eller opslagsværk hvor det er forklaret. Kan han ikke dette, så bør du straks klage over udtalelsen eller det notat hvor det står skrevet. Enten skal psykiateren fjerne ordene fra din journal eller også skal du klage til Patientombuddet. Psykiatere skal opdrages til at bruge ord der har en mening og en betydning, ellers er der tale om at psykiaterne laver det som de selv kalder for en neologisme. Desuden vil jeg også kalde "privat logik" for en form for ordsalat, da det er absolut uden meningsindhold. Ordene "privat" og "logik" er i sig selv forståelige, men som en sammensætning er det ingenting værd. Det er opfundet af psykiatere så de kan lyde som om at de er kloge. Der er tale om at psykiateren gemmer sig bag fagudtryk som er opfundet med det formål at få psykiateren til at fremstå som en autoritet. Jeg har ALDRIG nogen sinde oplevet at en psykiater har diskuteret med mig i et forsøg på at forstå min tilsyneladende private logik. Det kunne aldrig falde en psykiater ind at begynde at tale logik med mig. Psykiateren er nemlig skrækslagen for at opdage at det måske er psykiaterens egen logik der ikke er i orden. Den bedste måde hvorpå en psykiater kan opretholde sin egen illusion om at have en perfekt logik er ved at undlade at tale logik med mig. Hvis en psykiater begynder at konfrontere mig med min logik, så vil psykiateren jo nødvendigvis være nødt til at holde min logik op imod hans egen logik. Psykiateren konfronterer således ikke kun mig med min egen logik, han kommer automatisk også til at konfrontere sig selv med sin egen logik, men det skal psykiaterens ubevidsthed nok forhindre ham i at gøre, for at opretholde illusionen om psykiaterens perfektion. Det er en illusion hvis du tror at psykiatere har forstand på logik. Det værste ved det hele er at psykiateren tror fuldt og fast på at hans egen logik altid er den rigtige, men, kære venner, det kalder man for en vrangforestilling.

Patienten er muligvis autist

Retspsykiatriske personalers indre tro på at de er ganske uden fejl er nærmest total. Da jeg kom på afdelingen Pilehus (P4) opdagede jeg hurtigt at personalet ikke var særligt behagelige at være sammen med. Jeg valgte derfor ofte at være for mig selv, også selv om jeg jo er et socialt væsen. Det er som at vælge mellem pest og kolera. Vil du være sammen med nogle mennesker du ikke kan lide, eller vil du hellere sidde alene på dit værelse. Jeg valgte at være alene på mit værelse. Jeg sad ofte på mit værelse og læste bøger. Jeg nåede næsten også at læse 1001 nats eventyr, som er på ca 3.600 sider. Jeg nåede mere end 3.000 sider. Jeg nåede også at læse mange andre bøger. Efter et stykke tid begyndte personalet at få den idé at jeg nok var autist. Det startede med noget jeg sagde en dag til personalet. Jeg havde haft en samtale med personalet og ved samtalen kom vi til at tale om at jeg kunne blive straffet ved at blive sendt på værelset. Jeg fik straks den tanke at jeg ville ødelægge deres idé om at det var en straf at sende mig på værelset. Jeg sagde derfor til personalet at det da ikke var en straf at blive sendt på værelset, for så havde jeg jo bare lidt mere tid til at læse bøger. Det synes personalet var underligt, og de begyndte nu at spekulere på om jeg var autist, fordi jeg tilbragte så meget tid alene på mit værelse. Min mor kommer så til en ADI-R samtale (omkring februar 2012) med en psykolog. Formålet med samtalen er at finde ud af om jeg er autist. Man spørger så min mor om hvordan jeg var da jeg var lille. Efter lang tids spekulationer kommer overlægen så endelig frem til at jeg nok ikke var autist. Det som startede idéen i personalets hoved om at jeg nok var autist er en sammenblanding af en masse kognitive fejl. Personalet oplever at jeg er meget alene på værelset. Det kunne aldrig falde personalet ind at jeg var meget på mit værelse på grund af omgivelserne, altså personalet. Denne fejl kalder man på engelsk fundamental attribution error. Fejlen ligger i at personalet tror at alt det som en patient gør udelukkende har noget med patienten selv at gøre, og at personalet på ingen måde har indflydelse på patienternes velbefindende. Personalet ville ikke erkende at det var personalet der var årsagen til at jeg ofte var på mit værelse. Når nu patienten er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, så må det jo nødvendigvis også være patienten der er noget galt med og ikke personalet. Der er ofte tale om at personalet tager afstand fra at de skulle gøre noget forkert og projicere det derfor over på patienterne i stedet for. Jeg tror at der er mange patienter der gennem tiderne har fået diagnoser på grund af noget som personalet ikke vil vedkende sig som deres egne fejl. Man kunne vel også bare kalde det for ansvars-fralæggelse. Hver gang man kan give en patient en diagnose

når der er et problem, så har man opretholdt illusionen om at personaler er perfekte. Konklusionen må derfor være: Jo flere fejl personalet laver, jo flere diagnoser er de også nødt til at give patienterne. Hvis man kunne nedbringe antallet af personalefejl, så ville antallet af diagnoser også automatisk falde.

Patienten er observerende

På et tidspunkt, så begyndte personalet at beskrive mig i mine journal-notater som en person, der var observerende, når jeg gik igennem afdelingen. Personalet ved godt at jeg hurtigt opdager hvis de laver en fejl, og det skal jo så lige sygeliggøres i min journal med en tekst der kunne være følgende: *"Patienten er set gående observerende rundt i afdelingen"*. Det er muligvis tale om det jeg vil kalde for en kontrast-observation af mig. Man skal huske på at jeg ikke spiser medicin (maj, 2015). Man skal også huske på, at en del af de andre patienter på afdelingen hvor jeg er indlagt, går rundt og er omtåget af medicin. De andre patienter går ofte langsomt, og kikker enten tomt ud i luften eller ned i gulvet foran sig når de går. Jeg går derimod ofte med en frisk gang, med ret ryg, og med øjnene ud i afdelingen. Dette giver en stærk kontrast mellem mig og de andre patienter, som får mig til at fremstå som observerende. Der er udelukkende tale om en kontrast mellem mig og andre mennesker omkring mig. Hvis jeg nu gik op på den lokale gågade og udviste den samme adfærd, for ville der ikke være een eneste, der ville lægge mærke til mig, for jeg ville jo gå på samme måde som alle de andre på gågaden. Hvis man derimod tog en af patienterne som er på kraftig medicin og lod denne patient gå op ad gågaden, så ville han pludselig danne en kontrast til de andre mennesker på gågaden, for patientens langsomme gang og konstante kikken ned i vejen ville få patienten til at fremstå som forskellig i forhold til de andre mennesker på gågaden. Der er således tale om at jeg skiller mig ud fra de andre patienter med min normale, raske og vågne tilstand, men det skal selvfølgelig beskrives i min journal, som et tegn på at jeg nok har en psykisk lidelse. Mit tegn på mulig psykisk lidelse er altså kun muligt at observere, så længe jeg går rundt på en retspsykiatrisk afdeling. Det ville ikke være muligt at beskrive mig som observerende, hvis jeg gik på den lokale gågade. Det handler om kontrast, og det er den retspsykiatriske afdeling, der er kontrasten til min adfærd.

Patienten har ikke brug for mig (snøft!)

Den 26. december 2014, sad jeg ved middagsbordet og spiste min mad. Jeg sad ved siden af en personale. Nu har jeg den personlige holdning at jeg godt kan klare mig selv, og at jeg ikke har brug for personaler til noget som helst. Jeg skulle bruge noget pålæg som stod for enden af bordet. Jeg rejste mig op og hentede pålægget og satte mig igen. Det gav anledning til følgende sætning i et notat i min journal:

"26-12-2014 Notat ... Rejste sig for at tage de ting han skulle bruge i stedet for at bede om dem...."

Forestil dig at en person skal læse denne sætning om 10 år. Hvad ville denne person få ud af denne sætning? Det som står i min journal skal dybest set beskrive min behandling. Men en person som læser denne sætning får ikke noget ud af den. Den beskriver ikke et tegn på psykisk lidelse, for det er jo ikke en psykisk lidelse at hente sin egen pålæg. Når jeg selv læser sætningen, så får jeg det indtryk, at personalen ikke var tilfreds med at jeg ikke havde brug for hende til at række mig pålægget, men at jeg udemærket kunne klare mig selv. Personaler er generelt utilfredse med patienter der kan klare sig selv.

Patienten har indsigt

Det starter med en bias
Personaler har den antagelse (bias), at patienter ikke ved noget om psykologi eller psykiatri. Personaler har ligeledes den antagelse, at patienter ikke har kontrol over deres følelser og kropssprog. MEN der er faktisk en del patienter der ved noget om psykologi og psykiatri. Det er ligeledes mit indtryk, at næsten alle patienter har kontrol over deres følelser i en eller anden udstrækning.

Personalens forventning til patienten
Nogle mennesker har styr på deres følelser og de kan styre deres kropssprog. Andre mennesker har ikke styr på deres følelser og kropssprog. Personaler har automatisk den opfattelse (bias) af patienten, at patienten er en person, der ikke har kontrol over sine følelser. Hvis en personale derfor møder en patient, som ikke viser følelser eller affekt, så tror personalen

straks, at dette er fordi, at patienten har en psykisk lidelse. Det kunne aldrig falde en personale ind, at patienten er en person, med kontrol over sine følelser og kropssprog, og at grunden til at personalen ikke kan få øje på patientens følelser, udelukkende er fordi at patienten har kontrol over sine følelser.

Personalens adfærd
Hvis personalen gerne vil lære patienten at kende, så er det vigtigt at personalen lærer at forholde sig neutralt i forhold til patienten. Personalen skal således ikke konstant rende og sprede sine egne meninger og holdninger i afdelingen, men derimod forholde sig nogenlunde neutral, så det bliver muligt at få øje på patientens adfærd og holdninger. Jeg har oplevet personaler, som nærmest har tromlet patienterne over med deres meninger og holdninger i afdelingen. Denne fremgangsmåde gør det nærmest umuligt for en personale at finde ud af hvem patienten egentlig er.

Eksempel
Jeg oplevede det helt tydeligt med M (personale) i Pilehus (P4), den dag Anders Breivik skød en masse mennesker i Norge. Jeg stødte ind i M, som var på vej ud af stuen, mens jeg var på vej ind i stuen. Jeg fortalte M om hvad der var ved at ske i Norge, og M fortrak ikke en eneste mine, selv om jeg fortalte ham, at der lå mere end 18 døde mennesker i vandet. Jeg fik det indtryk, at han prøvede på at se på mig hvad jeg mente om sagen, men jeg var også neutral i vores samtale. Jeg fortrak ikke en mine, men forklarede ham bare tørt, hvad der var sket i Norge. Det lykkedes ikke for M, at regne ud, at jeg gjorde det samme imod M som han gjorde imod mig, men det lykkedes mig at regne ud at vi begge to gjorde det samme imod hinanden. Jeg tror at grunden til at M ikke regnede ud at jeg gjorde det samme som ham, var fordi at han ikke kunne forestille sig, at jeg som patient ville være i stand til at gøre det imod ham. Det er mit indtryk at M var i stand til at holde sig neutral i mødet med mig, men han var muligvis ikke selv helt bevidst om hvad det var han egentlig gjorde i situationen. Jeg var dog ikke i tvivl om hvad det var M gjorde, og jeg var også godt klar over at vi begge to gjorde det imod hinanden. Jeg gjorde dog bare min handling helt bevidst.

Personalens ubehag ved samtalen
Det ville være for tungt for en personale at erkende, at grunden til at personalen føler et ubehag i samtalen med patienten, er fordi at patienten er klogere end personalen. Følelsen bliver derfor vendt på hovedet, således at personalen ikke følger ubehag på grund af sin egen utilstrækkelighed, men

at det er fordi at patienten har en psykisk lidelse. Der er således opstået en psykisk lidelse hos patienten, og det er udelukkende sket på grund af en forsvarsmekanisme oppe i hovedet på personalen. Personalen har vendt sin egen utilstrækkelighed væk fra sig selv, og har nu overbevist sig selv om at ubehaget, skyldes at patienten har en psykisk lidelse. Personalens ubehag i samtalen med patienten kan faktisk gå hen og blive så stort, at personalen kommer frem til den konklusion at patienten nok har brug for mere medicin. Men, så er det jo patienten, der får medicin, for at kompensere for en utilstrækkelighed hos personalen.

Konklusion
Det handler i den sidste ende ikke om hvorvidt patienten har en psykisk lidelse eller ej. Det handler udelukkende om magt. Både personalen og patienten kan udvise den samme adfærd i afdelingen, men fordi at personalen har magt, og patienten netop ikke har nogen magt, så er det patienten der taber og som 'får' en psykisk lidelse. Personalen har ret i sin antagelse om at patienten har en psykisk lidelse, alene fordi personalen har magten til at give patienten en psykisk lidelse. Der er tale om overdiagnostisering på grund af utilstrækkelige personaler. Det handler således ikke om din adfærd, men udelukkende om du er personale eller patient.

Patienten magter det ikke

"Patienten magter det ikke...". Det er noget at det mest nedsættende en personale kan skrive i en journal om en patient. Det er korrekt, at der er patienter som ikke har overskud til visse opgave eller handlinger, men at skrive at personen ikke magter en opgave er nedværdigende og bør ophøre. Jeg oplever det, når jeg læser i min egen journal og i breve sendt til mig fra ledelsen. "Patienten havde ikke lyst...": udtrykker derimod patientens frie vilje, men patienter har ifølge personalet ikke fri vilje, og hvis de havde, så er personalet ikke interesseret i at tale om den. Personalet gør nærmest alt hvad de kan for at fjerne bevis på at patienten har en fri vilje. Nu har personalet jo den opfattelse at jeg ikke er rask og at jeg heller ikke har nogen fri vilje. Derfor bliver jeg også omtalt som en svag person i min journal. Jeg tror det kilder i maven på personalet hver gang de får mulighed for at skrive i journalen at der er noget patienten ikke **magter.** Lad mig komme med tre eksempler på ting, som personalet mener jeg ikke magter:

"05-07-2011 ...De almindelige bivirkninger gennemgås med ham, ligesom

der informeres om, forhåbentlig, at virkning af præparatet vil gøre, at han bliver mindre sensibel for sansestimuli og bedre ***magter*** *at være sammen med andre, uden at det aktiverer hans paranoide beredskab...."*. Når man læser sætningen, så får man det indtryk, at patienten har et problem som patienten ikke selv har kontrol over. Sætningen er fra min egen journal, og jeg husker samtalen og situationen. Der var tale om at personalet tilsyneladende var utilfredse med at jeg brugte meget af min tid inde på mit værelse med at læse, og de var utilfredse med at jeg havde det godt med at sidde og læse. Derfor skulle jeg motiveres til at komme mere ud i afdelingen, så de kunne stirre på mig. Ovenstående hændelse blev blandt andet brugt som grundlag for at jeg skulle tvangsmedicineres. Sætningen burde vel i virkeligheden have sluttet på følgende måde: *"...Personalet er desuden irriteret over at patienten har det fint med at sidde på sit værelse og læse hele dagen, i stedet for at komme ud i afdelingen så personalet kan nedstirre patienten hele tiden..."*

"01-08-2011 ...Såfremt pt. ***magter*** *at samarbejde omkring tvangsmedicin..."*. Sætningen burde vel nok have været noget i denne retning: *"Patienten synes ikke om at blive tvunget til at spise medicin"*. Den sidste sætning udtrykker patientens vilje og mening, og det kan man sandelig ikke have i en journal.

"01-01-2015. Var oppe og spise morgenmad klokken cirka 9. Deltog ikke i middagsmaden, men gik kort efter en tur med med pt. 7. Pt. trækker sig i kontakten, ***magter*** *ikke en kort dialog i forbindelse med at pt. kommer retur udefra. Pleje- og miljøterapiplan er fulgt. xx, SSA"*. Måske skulle der i stedet for have stået: *"Patienten ønsker ikke at hyggesnakke med mig, fordi jeg er personale"*. Problemet med denne sætning er dog at den udtrykker at jeg har en fri vilje, og at jeg selv bestemmer hvem jeg vil hyggesnakke med, og sætningen er støvsuget for enhver hentydning til at jeg har en psykisk lidelse, og det går sandelig ikke i en journal.

Patienten og miljøet (omgivelserne)

Der bliver skrevet meget i journalen om selve patienten, men der står underligt nok aldrig noget om patientens omgivelser. Der står nogle gange noget om patientens familie og venner mv, men der står underligt nok aldrig noget om de forhold som patienten er indlagt under. Til trods for at mange retspsykiatriske patienter er indlagt i mange år, så finder personalet det

ikke relevant at beskrive de forhold som patienten må holde ud under sin indlæggelse (og jeg mener virkelig at meget af patientens miljø er noget patienten er nødt til at holde ud). Det skyldes til dels at meget at det som personalet ville være nødt til at skrive er noget som personalet ikke vil føle sig tryg ved at skrive. Et godt eksempel kunne være at beskrive hvorledes patienten bliver tilbageholdt med tvang og imod sin vilje. Jeg tror mange personaler vil få en dårlig smag i munden hvis de flere gange hvert år skal beskrive patienten som en person der bliver udsat for tvang, og dem der udøver tvangen det er personalet selv. Man ved efterhånden med ret stor sikkerhed at psykiske lidelser hos en person opstår som en spænding (eller ubalance) mellem individet og dennes miljø. Hvis man skal finde ud af hvad en person fejler og man skal gøre sig forhåbninger om at hjælpe personen til at få det bedre, så er det meget vigtigt at vide noget om personens omgivelser for de udgør halvdelen af personens lidelse. Jeg er faktisk meget interesseret i dette emne af en bestemt grund. Jeg har den formodning, at en del mennesker som bliver indlagt i virkeligheden slet ikke er ret syge, men at de til gengæld bliver endnu mere syge af at være indlagt i lang tid. Hvis en normal person bliver tilbageholdt på en lukket afdeling imod sin vilje og udsat for en masse overgreb og får frataget en masse af sine friheder, så er det ikke underligt at en sådan person reagerer. Personens reaktion vil straks blive betragtet som et udtryk for at personen er syg. Det kunne slet ikke falde personalet ind, at grunden til at patienten reagerer er fordi at personen er i et belastende miljø. Det er derfor at det er meget vigtigt at beskrive patientens miljø i afdelingen og hvordan patienten har det med at være på afdelingen. På denne måde vil det i langt højere grad være muligt for andre personer som læser i patientens journal at vurdere om patientens adfærd er et udtryk for dennes personlighed, eller om der er tale om en reaktion på et dårligt miljø. Ofte er der tale om en reaktion på et dårligt miljø, men disse sager bliver stort set aldrig opdaget, da man i psykiatrien ikke har fantasi til at forestille sig at det er en belastning for et menneske at være spærret inde imod sin vilje under nogle forhold man ikke selv har valgt. Jeg har tænkt mig at arbejde for at patienters miljø også skal beskrives når man skriver i journalen om en patient, da det er lige så vigtigt som at skrive om selve patienten. Hvis man kun beskriver patienten med undlader at beskrive miljøet så har man kun en halv forklaring og det er ingen forklaring.

Se også: Klinisk psykiatri, munksgaard, 1944, side 474, nederst kolonne 1

Patienten snakker med sig selv

Når man er indlagt som patient på en retspsykiatrisk afdeling, så kan selv de mindste handlinger en patient laver, gå hen og få de voldsomste følger for patienten. En dag i 2011 sad jeg ved middagsbordet i Pilehus (P4), fordi klokken var blevet 12.00 og det var tid til at spise middagsmad. Bordene i spisestuen var sat op på en lang række efter hinanden. På netop denne dag sad patienter og personale ved bordet på en sådan måde, at alle personalerne sad i den ene ende af bordrækken, mens patienterne allesammen sad i den anden ende af bordrækken. Som den eneste sad jeg ved midten af bordrækken. Jeg havde således alle personalerne på min venstre side, og alle de andre patienter på min højre side. For enden af bordrækken sad en patient, som ofte var lidt på tværs overfor personalet. Han kunne godt finde på at sige ting, som var en anelse over grænsen for hvad man normalt taler om ved et middagsbord. Han fortalte nu en sjov historie om en af personalerne. Da han ikke ønskede at personalerne skulle høre den, sagde han den kun lavt så kun os andre patienter kunne høre den. Den var så sjov, at jeg begyndte at grine, selv om jeg havde lovet mig selv ikke at grine af hans fjollede udtalelser, og jeg kommenterede også han udtalelse ved at give ham et svar som var lige så sjovt. Efterfølgende sad jeg og grinte af hans vittighed. Nogle få dage senere besluttede overlægen at jeg skulle tvangsmedicineres. Jeg klagede over afgørelsen til patientklagenævnet. Efter nogle dage fik jeg tilsendt en del af min journal fra patientklagenævnet. Jeg læste i journalen, og blev meget overrasket over hvad der stod. Den dag hvor jeg havde grint af min medpatients vittighed, der havde personalet skrevet om mig at jeg ved middagsbordet havde siddet og grint for mig selv uden nogen tydelig grund, og at jeg havde talt med mig selv. Personalet havde som forventet ikke hørt min medpatients vittighed, men de havde dog observeret mig svare ham og de havde set mig grine af hans vittighed. Men da de jo ikke havde hørt hans vittighed og ikke kunne se at jeg talte til en medpatient, så blev deres fortolkning, at jeg sad og grinte for mig selv uden grund og at jeg ligeledes sad og talte med mig selv ved bordet, og nu var de helt sikre på at jeg fejlede noget. Det blev der så lagt vægt på, da man mente jeg skulle tvangsmedicineres. Jeg blev efterfølgende tvangsmedicineret. Som du nok kan se, så kan selv den mindste lille fejl fra personalets side gå hen og få store følger for patienterne. At jeg fortalte til patientklagenævnet at jeg havde siddet og snakket med en medpatient havde tilsyneladende ikke nogen indvirkning på deres mening om jeg fejlede noget eller ej. Efter denne dag udviklede jeg en stor årvågenhed overfor personalet og jeg har haft den lige siden. For hvis en så lille bagatel kan få så store virkninger, så er jeg

ganske enkelt nødt til at være opmærksom på de mest latterlige små detaljer, når jeg går rundt i afdelingen til dagligt. Som patient skal man tænke sig utroligt godt om før man foretager en handling på en retspsykiatrisk afdeling. Personaler er ALTID perfekte, og det kunne aldrig falde en personale ind at personalen måske handler på ufuldstændigt grundlag.

Patienten tænker sort/hvidt

Nogle gange kan jeg som patient godt komme på lidt af en opgave, når jeg læser i min journal. Engang i mellem så skriver personalet noget om mig, så det er meget svært for mig at forstå hvorfor det bliver skrevet om mig i min journal. Der står flere gange at jeg tænker sort/hvidt. Det forekommer mig underligt, for jeg går personligt meget op i at gøre alt hvad jeg kan for at se en sag fra så mange forskellige vinkler som muligt. Efter at have læst mange gange i min journal og i min dagbog om de situationer, hvor jeg bliver beskrevet som sort/hvid tænkende, så har jeg endelig fundet ud af hvorfor man kalder mig for sort/hvid tænkende. Der er i alle tilfældende tale om situationer hvor jeg har været meget fast i min overbevisning om et givent forhold. I virkeligheden burde personalet i disse situationer beskrive mig som beslutsom, men da beslutsom er et positivt ord, så kan det jo ikke rigtig bruges til at beskrive en person som angiveligt ikke er rask. Derfor har man i stedet for valgt at beskrive mig som en person der er sort/hvid tænkende, for det har nemlig en negativ klang, når man læser det, og det lyder meget bedre i en journal når man skal skrive om en person som angiveligt har diagnosen paranoid skizofren.

Patientens værelse er kun lettere rodet

Jeg læste på et tidspunkt følgende sætning, skrevet af min overlæge, i min journal: *"Patientens værelse er kun lettere rodet"*. Personalet og overlægen har generelt den regel, at en journal ikke skal indeholde informationer om hvad en patient godt kan eller tegn på at patienten ikke fejler noget. Alt hvad der skrives i journalen af personalet eller overlægen, skal derfor ses som et udtryk for, at de mener at det, som er observeret hos patienten er, eller kan være, et tegn på psykisk lidelse. Når overlægen derfor skriver om mit værelse, at det kun er lettere rodet, så må det derfor betyde, at overlægen mener at mit *lettere rodede værelse* kunne været et tegn på at jeg nok

har en psykisk lidelse. Der er dog et problem med denne fortolkning af mit *lettere rodede værelse*. Jeg har nu været indlagt i næsten 5 år. Overlægen forventer at en patient, skal kunne leve på ca 12 m^2 i mange år uden rod. Det er faktisk ret svært. Vi har et værelse på ca 12 m^2. På dette areal, skal jeg have tøj til alle årstider og fodtøj til alle årstider. Jeg skal have min seng og mit bord og mit fjernsyn. Jeg har en gulvlampe og en lille reol som er næsten helt fuld af bøger. Jeg synes at det er meget krævende at have et helt liv på kun 12 m^2. De fleste mennesker har en hel lejlighed eller et hus, til de ting, som det altså forventes, at jeg skal have på kun 12 m^2. Det er faktisk noget af en opgave. Det kræver et meget stort planlægningstalent og en meget god orden, hvis en værelse på 12 m^2 ikke skal se rodet ud, når man nu skal have alt hvad man har i livet på et lille værelse. Hvis rod på værelset bliver brugt til at vurdere om en patient har en psykisk lidelse, så vil de fleste personer efter en indlæggelse på 12 m^2, udvise tegn på psykisk lidelse, for det er jo næsten umuligt at indgå rod, når man kun har 12 m^2. Det er ikke mit indtryk, at overlægen tager højde for at patienten har problemer med at have alle sine ting på kun 12 m^2. Men man kan jo som patient også vende situationen på hovedet. Hvis det er et tegn på psykisk lidelse, at der er rodet på værelset, så kan man jo også få en psykisk lidelse til at forsvinde på samme måde. Man skal bare holde meget pænt på værelset i stedet for. Hvis patienten gerne vil fremstå som et rodehoved, så kan patienten da bare rode på sit værelse. Og hvis patienten gerne vil fremstå som mere rask i overlægens og personalets øjne, så skal patienten bare sikre sig, at værelset er i tip top stand, uden dog at overdrive.

Patienter ud af bagdøren

Retspsykiatrien har en ret stor bagdør, som man bruger til at lukke alle de patienter ud, som ikke kan behandles, og som man heller ikke vil have i retspsykiatrien. Når en ny patient dukker op i retspsykiatrien, så formoder overlægen og personalet at patienten kan behandles. Efterfølgende bliver patienten undersøgt og patienten får en diagnose. Det er dog ikke altid at patienten får den korrekte diagnose. For at kunne være som patient i retspsykiatrien, så findes der kun enkelte få diagnoser som man kan tillade sig at give patienten. Underligt nok, så har alle personer som kommer ind i retspsykiatrien efterfølgende også en af disse diagnoser. Hvis man så begynder at behandle patienten ud fra denne diagnose, så vil personalet og overlægen efter et stykke tid opdage at der ikke sker nogen forandring i patientens tilstand, måske endda til trods for at patienten får store mængder

medicin. Der skyldes måske en forkert diagnose og at patienten i virkeligheden hører til i en af nedenstående grupper. Der findes mindst 3 grupper af patienter som man lukker ud af bagdøren:

Gruppe 1
Patienter som ikke har en lidelse, og som i virkeligheden er raske, men som man ikke vil erklære raske, da man jo så vil være nødt til at indrømme, at man har taget fejl. Man er som regel nødt til at give disse personer en diagnose på en lidelse, som er svær at behandle. Argumentet for at give en sådan diagnose er, at patienter som stritter imod behandling som regel er patienter som er meget dårlige. Og hvis en rask patient stritter imod behandling med det argument at han ikke fejler noget, så er dette jo netop et tegn på at patienten har en lidelse som er svær at behandle. Men der er vel ikke noget underligt i at raske personer vil stritte imod behandling.

Gruppe 2
Patienter med en personlighedsforstyrrelse, som ved en fejl er kommet ind i retspsykiatrien. Man behandler som udgangspunkt ikke personer med personlighedsforstyrrelser, alene af den simple grund, at det ikke virker. Hvis man giver disse patienter en korrekt diagnose (personlighedsforstyrrelse), så er man jo nødt til at indrømme at man har taget fejl, og det ønsker man sandelig ikke. Da behandling netop ikke virker på disse patienter, så ville man jo være nødt til at behandle dem resten af deres liv uden resultat. De er derfor pludselig egnede til udskrivelse og bliver derfor udskrevet.

Gruppe 3
Comorbide patienter: Ifølge loven kan man ikke sende en retspsykiatrisk patient hjem, hvis man har mistanke om at patienten vil gøre noget ulovligt. Patienter som både har en psykisk lidelse og som har en afhængighed af en (som regel) ulovlig substans, som fx hash. Disse patienter har ifølge reglerne ikke nogen som helst udsigt til at blive udskrevet, da dette ville kræve at patienten var ophørt med sit forbrug af fx hash. Da disse patienter næsten aldrig har intension om at holde op med deres misbrug, så har de heller ikke mulighed for udskrivelse. Disse patienter kan kun blive udskrevet hvis overlægen, bøjer verden og skriver i patientens papirer at patienten ikke længere har et misbrug. Man har så mange af denne slags patienter, at retspsykiatrien hurtigt ville flyde over med comorbide patienter med afhængighed af hash, at man simpelthen har besluttet sig for at lukke dem ud af bagdøren.

Nu er der jo ikke tale om en rigtig bagdør. Man lukker dem ud af fordøren, men med den forklaring at patienten ikke længere vil gøre noget ulovligt og at patienten ikke har noget problem med afhængighed af fx hash. Der er tale om at man lige stikker resten af retssystemet en lille hvid løgn, for at kunne gøre plads til nogle andre og nye patienter i systemet. Desuden, så får det også systemet til at se ud som en succes, at man tilsyneladende har helbredt endnu en patient for psykisk lidelse og hash-afhængighed. Jeg er tilfreds med at kunne røbe, at det er fup det hele. Løgn fra den ene ende til den anden. Loven umuliggør udskrivelse af patienter med fx hash-afhængighed, så den eneste udvej for retspsykiatrien er at bøje loven og virkeligheden. Mange patienter hænger i systemet i årevis, fordi man jo ikke kan udskrive patienter som man tror vil gøre noget ulovligt, og det er fx ulovligt at ryge hash. Antallet af patienter som bliver udskrevet i retspsykiatrien afhænger ikke af hvor mange der er klar til at blive udskrevet, men af om systemet udefra ser ud som om at det virker effektivt. Det handler for retspsykiatrien om at opretholde den store illusion om effektivitet og magt. Men hvis det ikke er helbredelse eller ophør af kriminalitet, som fører til udskrivelse, hvad er det så? Svaret er egentlig simpelt. Man tilbageholder de personer i retspsykiatrien som man kan holde ud at være sammen med. De patienter som er ganske håbløse og som personalet ikke kan holde ud, de bliver hurtigt udskrevet, da de ofte er ganske ressourcekrævende at behandle. De patienter som egentlig ikke er til besvær, kan hænge i retspsykiatrien i mange år. Med andre ord, det kan godt betale sig at være en dum skid i retpsykiatrien. Men så er systemet da vel egentlig på hovedet? Der er med andre ord en stor økonomisk fordel i at behandle ”lette” patienter i stedet for ”tunge” patienter. Hvis vi smed alle de ”lette” patienter ud af retspsykiatrien og holdt på at de ”tunge” patienter, så ville bunden hurtigt gå ud af ethvert retspsykiatrisk regnskab, da disse patienter er utroligt ressourcekrævende. Det handler for retspsykiatrien om at SE effektiv ud. Og udseende er meget vigtigt for retspsykiatrien. Hvis vi beholder alle de mest raske og harmløse i retspsykiatrien fordi personalet kan holde ud at være sammen med dem hver dag og man smider de mest håbløse tilfælde tilbage i samfundet hvad har retspsykiatrien så egentlig opnået? Svaret er vel: ingenting.

Patienterne får forskellige ting at vide

En ting, som er meget udbredt i retspsykiatrien er at tale med hver enkelt patient for sig, uden at de andre patienter kan høre hvad der bliver sagt. Personalet siger selv, at det er for at beskytte patienten, da der kan være

tale om at man skal tale med patienten om personlige eller fortrolige emner. Fremgangsmåden har dog også en anden effekt, og det er at det beskytter personalet i de situationer hvor de siger noget til patienten som ikke er sandt. Der er jo kun patienten og en enkelt eller to personaler til stede ved samtalen. Dette giver personalet mulighed for at give informationer til de forskellige patienter som er i tydelig modstrid med hinanden. Denne uoverensstemmelse bliver tydelig når patienterne snakker med hinanden om de informationer de har fået fra personalet. Så kan patienterne hurtigt konstatere om det patienterne har fået at vide af personalet er sandt eller ej. Lad mig komme med et personligt eksempel. Hver gang jeg taler med min overlæge, så minder jeg ham om hvor meget det koster at have mig indlagt. Jeg koster nemlig cirka 5.500 kr hver dag. Det som er interessant, er at personalet og overlægen prøver at få det til at se ud som om at det er ligegyldigt hvad jeg koster at have indlagt, og at det da ikke gør noget at jeg fylder en plads her på afdelingen. Blot to dage efter denne samtale, havde jeg en samtale med en anden patient, som skulle udskrives. Han havde talt med den samme overlæge. Overlægen havde fortalt patienten at han skulle udskrives fordi overlægen da ikke længere havde plads til ham på afdelingen, og at der i øvrigt var en anden patient som ventede på at få hans værelse. Ved den ene samtale er overlægen ligeglad med om jeg fylder et værelse. Blot få dage senere er det meget vigtigt at få en patient udskrevet da en ny patient venter på plads på afdelingen. I min verden findes der kun et enkelt ord for denne adfærd og det er **manipulation**. Jeg taler med en del patienter hver dag, og manipulation er noget som sker utroligt ofte. Hvis patienter i retspsykiatrien skal lære sandheden at kende, så er det bedste patienterne kan gøre, det er at tale med hinanden.

Patienternes gensidige udvikling

Generelt er det således, at hvis en patient i retspsykiatrien får det bedre, så har personalet straks den tro, at det er fordi personen får medicin og god pleje af et veluddannet personale. Problemet er bare at det ikke er hele sandheden. Personalet anerkender ikke den virkning der opstår når patienter mødes og er sociale uden at der er personale til stede. Der findes mange emner, som personalet ikke ønsker at patienterne taler om, fordi de har den opfattelse af mange patienter at de er svage og derfor ikke tåler ret meget. Men patienter tåler mere end personalet går og tror. Patienterne vælger derfor at fortrække til et sted for de kan tale i fred uden personale. Her taler de så om alle de ting, som personalet ikke tror at patienterne kan

tåle at tale om. Det er min erfaring at patienter lærer utrolig meget godt af hinanden når der ikke er personale til stede. Denne sociale interaktion mellem patienterne fører til at patienterne får det bedre med hinanden og at de lærer ting, som personalet ikke må tale med patienterne om af moralske, etiske eller formynderiske grunde. Denne skjulte udvikling som der opstår mellem patienterne bliver ganske enkelt ikke anerkendt. Hvis man valgte at anerkende den, så skulle den jo trækkes fra i regnestykket og jo større positiv effekt patienterne har på hinanden, jo mindre effekt er der jo tilbage til medicinen og det gode personale. Det er derfor bedst for personalet helt at se bort fra denne effekt, og så tilskrive hele patientens fremgang til medicin og omsorg fra personalet. Personligt har jeg lært utroligt meget af de andre patienter. Der er mange ting som personalet har et ønske om at holde hemmeligt for patienterne. Men der vil altid være en anden patient der har fundet ud af hvad der i virkeligheden sker i afdelingen og hvorfor det sker, og så handler det som patient bare om at få fat i denne patient og lære det som personalet ikke vil have at patienterne skal lære. Behandlingen på en retspsykiatrisk afdeling er derfor lidt som en leg hvor alle personaler observerer patienterne og alle patienterne render rundt og leger spioner for at finde ud af hvad det er personalet i virkeligheden går og laver. Retspsykiatrien er bare et spil, og det handler om at lære spillets regler. Uden mine medpatienter var jeg aldrig blevet så klog på retspsykiatri som jeg er i dag. Jeg skal snart flyttes fra P5 i Nykøbing Sjælland og ned til det nye sygehus i Slagelse. På afdelingerne i Slagelse er det næsten umuligt for patienterne at tale i fred på grund af afdelingernes udformning. Jeg forventer derfor at patienternes gavn af det sociale forhold mellem patienterne vil lide last. Problemet er at personalet jo netop ikke anerkender den positive effekt der er når patienter taler sammen uden personale. Man har derfor indrettet afdelingen på en sådan måde at det er muligt for personalet hele tiden at være til stede i hele afdelingen hele tiden. Man kunne godt sige at personalet saver den gren over de selv sidder på. Når patienterne ikke længere kan tale sammen i fred, så vil de heller ikke kunne udvikle sig, og de vil gå i stå. Personalet vil så stå med den opgave at de pludselig skal til at lave noget, for nu bliver patienten ikke længere rask af sig selv. Nu skal personalet pludselig til at arbejde for deres penge, for uden personalets indsats så vil patienternes udvikling forsvinde. Patienter og pårørende som har deltaget i psykoedukation, siger at noget af det, som gav dem mest indsigt i deres egen situation var at høre andre patienter/pårørende tale om deres egne problemer. Man anerkender altså at patienter kan lære noget af at tale med hinanden om deres problemer, når det sker som en del af psykoedukation, men man anerkender det ikke når det sker af sig selv ude i afdelingen blandt

patienterne. Personalet anerkender ikke at der er ting som patienter godt kan selv uden at personalet blander sig. Hvis man som personale anerkender at patienter kan lære noget af hinanden uden personalets indblanding, hvad skal vi så med personale på en psykiatrisk afdeling? Det ville måske nok være et uetisk eksperiment, men forestil dig at vi tager en afdeling uden personale og fylder den op med patienter der kun har hinanden at tale med. Hvad ville der mon ske? Personale kan være godt, men medpatienter er meget bedre.

Patienters sociale adfærd på en lukket retspsykiatrisk afdeling - 1. del

Mennesket er et social væsen. (Næsten) alle mennesker har brug for social kontakt med andre mennesker. De patienter som kommer ind i retspsykiatrien er forskellige, men de bliver alle sammen behandlet på den samme måde i det øjeblik de kommer ind på den retspsykiatriske afdeling. Jeg har selv flere gange givet udtryk overfor min overlæge om at der bør finde en differentiering sted, således at man kan behandle en patient med udgangspunkt i patienten og ikke med udgangspunkt i standardiseret retspsykiatrisk model. Det er underligt at man i retspsykiatrien har den formodning, at alle patienter skal behandles ens. Nogle mennesker har et stort behov for at være sociale og andre mennesker har et lille behov for at være sociale. Men i retspsykiatrien har man den mening at alle patienter har samme behov for at være sociale. De patienter som således ikke har et ret stort behov bliver tvunget til at være mere sociale, end de har lyst til og de patienter som har et stort behov for at være sociale, bliver forhindret i at være sociale. Ude i det normale samfund er vi for lang tid siden gået bort fra denne stereotype fremgangsmåde, men den lever i bedste velgående stadig i retspsykiatrien. Den eneste grund til at den stadig eksisterer er fordi retspsykiatrien er en hemmelig verden, ukendt for mennesker udenfor retspsykiatrien. Man bruger som begrundelse for hemmeligholdelsen at man gerne vil beskytte patienterne. Ofte sker der dog det at patienterne forhindres i kontakt med mennesker udenfor retspsykiatrien og ofte sker der en behandling af patienterne som vel bedre kan beskrives som mishandling. Mishandlingen bliver ikke opdaget af mennesker udenfor retspsykiatrien netop fordi at retspsykiatrien er hemmelig. Det er mit indtryk, at der i retspsykiatrien er flere patienter som bliver mishandlet end behandlet af den sociale struktur man har på en lukket retspsykiatrisk

afdeling. Man bruger altid den laveste fællesnævner i retspsykiatrien. Hvis man kommer frem til at visse mennesker føler tryghed ved at man kikker ind til patienten på dennes stue en gang i timen, så er det nok bedst at vi kikker ind til alle patienterne på hele afdelingen en gang i timen. Patienterne på de lukkede afdelinger har ikke mulighed for at låse deres døre indefra og personalet åbner derfor bare døren uden at banke på og kikker ind til patienten. Personligt bliver jeg meget utryg ved denne fremgangsmåde, da jeg jo så er nødt til at gå ud på toilettet hver gang jeg skal skifte tøj, da jeg jo ellers kan blive forstyrret i at stå nøgen inde på mit eget værelse i færd med at skifte tøj. Man er som patient frataget enhver form for privatliv. og det er personligt yderst ubehageligt ikke at kunne være sig selv på noget som helst tidspunkt af døgnet. Denne situation medfører efter et stykke tid en kronisk stress-tilstand, og jeg finder det underligt at man kan tillade sig at kalde det for behandling af en patient hvis man påfører patienten stress som en følge af indlæggelsen. Man må da som udgangspunkt formode at formålet med en indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling er en forbedring af patientens tilstand og ikke en forværring. Retspsykiatrien har den opfattelse at alle patienter, som kommer ind på en lukket retspsykiatrisk afdeling, har et socialt behov som ikke er opfyldt, og at det er retspsykiatriens opgave at opfylde dette behov. Det er efter min opfattelse kun de færreste patienter der er i denne situation. Der er dog enkelte patienter, som bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, som har et socialt underskud der trænger til at blive opfyldt. Det er dog mit indtryk, at denne lille gruppe af patienter heller ikke vil få sine sociale behov opfyldt på en retspsykiatrisk afdeling, da patientens behov for at være social ikke er et behov for at tale med en personale. Behovet kan være i form at en kæreste, men dette behov kan personalet på ingen måde opfylde. Fysisk kontakt er noget de fleste personaler undgår, og personalet har en rolle der sætter personalen ud af stand til at snakke med patienten om de ting som patienten i virkeligheden gerne vil snakke om. Der er derfor kun en lille andel af patienterne der har et socialt behov, men heller ikke engang denne lille gruppe er retspsykiatrien i stand til at hjælpe. Der er således tale om at retspsykiatrien ønsker at opfylde nogle sociale behov hos patienterne, som enten ikke eksisterer eller som de alligevel ikke kan gøre noget ved. For de fleste patienter er der tale om at indlæggelsen på en lukket retspsykiatrisk afdeling fratager patienten social kontakt. En indlæggelse på en lukket retspsykiatrisk afdeling, er efter min mening ofte mere skadelig end gavnlig for patientens sociale liv.

Patienters sociale adfærd på en lukket retspsykiatrisk afdeling - 2. del

De fleste personaler på de retspsykiatriske lukkede (og åbne) afdelinger er kvinder. De fleste patienter på de lukkede (og åbne) retspsykiatriske afdelinger er mænd. Vi har det samme problem i retspsykiatrien som vi har i de danske børnehaver - hvor der er alt for mange kvindelige pædagoger i forhold til mandlige pædagoger. Denne forskel medfører nogle konflikter som muligvis ikke var opstået hvis der havde været mange flere mandlige personaler i retspsykiatrien. Kvinder kan holde om hinanden for at få kontakt, mens mænd får kontakt med hinanden ved at tumle rundt på gulvet og små-slås uden egentlig alvor. Men det kan man da sandelig ikke have på en retspsykiatrisk afdeling. Derfor er mænd mere social afskåret end kvinder da kvindeadfærd er mere tilladelig end mandeadfærd. Dette bliver yderligere forstærket af at næsten alle personaler på de retspsykiatriske afdelinger er kvinder og at afdelingerne derfor bliver styret efter kvinders opfattelse af social kontakt. Retspsykiatriske afdelinger i Danmark er ikke for mænd. men de fleste af dem som er indlagt på disse afdelinger er netop mænd. På den afdeling hvor jeg er indlagt (december 2014) har vi kun en enkelt mand, resten af det daglige personale er kvinder. Det er min opfattelse at der er omkring 28 personaler på den afdeling hvor jeg er indlagt. Afdelingen har således kun ca 3% mandlige personaler. Der findes i retspsykiatrien det som jeg vil kalde for tvangskontakt. En patient på en lukket retspsykiatrisk afdeling har generelt svært ved at have en kontakt til verden udenfor afdelingen. En sådan patient har ligeledes svært ved at have kontakt til andre patienter på afdelingen. Dette gøres ved at man forhindre at patienterne kan være sammen alene i et rum uden personaler. Patienterne kan således kun væres sammen med hinanden i rum hvor der også samtidig er personale. Det er ikke sikkert at patienterne har lyst til at personalet skal vide hvad patienterne taler om. Dette gør at patienterne har svært ved at have privatliv. Samtalerne mellem patienterne bliver derfor hurtigt ret tomme, hvis man ikke kan tale om ret meget andet end vejret, da det jo helst skal være et emne som enten ikke genere personalet eller som patienterne gerne vil holde for sig selv. Ikke nok med at patienten er fysisk spærret inde, men nu bliver patienten også psykisk spærret inde. Det er ikke muligt for patienterne at udrykke indhold af privat karakter til hinanden uden at personalet kan høre det. Patienten kan vælge at holde sine tanker for sig selv, og bare snakke om vejret eller patienten kan acceptere at personalet kan høre alt hvad patienten siger og således røbe sit privatliv og tanker for

personalet. Personligt har jeg den mening at hvad jeg tænker og føler det holder jeg for mig selv og derfor siger jeg næsten aldrig noget af privat karakter som en personale kan høre. Dette medførte at man til sidst indførte en regel om at jeg skulle tinges til at være social med en personale hver dag i 15 min på min stue. Hver dag kom der så en personale ned til mig på min stue og sad i 15 min. Jeg valgte dog som regel at vi skulle sidde og se TV i denne tid. Det stod på i nogle måneder i vidst nok 2012 i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland). Det fortæller vel bare noget om hvor desperate personaler kan blive. Men hvis man nu som patient ikke kan få kontakt til andre mennesker på normal vis som andre mennesker udenfor afdelingen, så begynder man at tænke på at få kontakt på andre måder. Jeg ser nogle gange medpatienter som ellers passer sig selv pludselig gøre noget som de ikke plejer at gøre, og som ofte giver stor opmærksomhed fra personalets side. Det er mit indtryk at denne adfærd ofte opstår som et underskud af social kontakt. Pludselig er patienten kommer i et så stort socialt underskud, at desperationen nærmest bryder igennem, og så gør patienten noget ganske unormalt og ganske uventet, og jeg føler at det ofte også er ganske uventet for patienten selv. Man skal huske på at personalerne straks ser denne unormale adfærd som et tegn på psykisk lidelse. Personaler er generelt ude af stand til at forstå at en unormal situation som det at være spærret inde på en retspsykiatrisk afdeling også medfører unormale reaktioner. Reaktionen ville være unormal ude i den normale verden, men set i forhold til situationen på en retspsykiatrisk afdeling, så er der faktisk intet unormalt ved reaktionen. Personaler er ude af stand til at forstå at mennesker reagerer på at blive lukket inde på en retspsykiatrisk afdeling. Jeg har selv prøvet på at være i et socialt underskud på en lukket retspsykiatrisk afdeling (Pilehus, P4). En dag sad jeg sammen med en kvinde personale på mit stue. Hun var lidt yngre end mig selv. Jeg spurgte hende pludselig om der mon ville være noget i vejen for at jeg gav hende et kys. Hun reagerede ikke synderligt voldsomt på mit forslag, men samtalen sluttede ikke ret lang tid efter mit forslag. Blot nogle minutter senere stod hun igen på mit værelse, denne gang sammen med afdelingssygeplejersken, og så fik jeg eller en historie fra de varme lande om hvad jeg kunne tillade mig og hvad jeg ikke kunne tillade mig at sige til en personale og de gik meget op i at fortælle mig at de sandelig havde tænkt sig at skrive det hele ned i min journal. Det står da sandelig også i min journal, jeg har læst det selv. Hvad personalen (kvinden) dog bare glemte var, at jeg ikke var særlig interesseret i hende. Jeg følte mig ikke tiltrukket af hende og jeg ville heller ikke i seng med hende. Jeg var bare kommet i et socialt underskud og trængte til social kontakt i en eller anden form. Jeg reagere unormalt i en unormal situation. Det er

normalt at have seksuelle tanker eller fantasier om det modsatte køn, og det er ikke svært at regne ud hvem der vil tænke hvad om hvem, for alle patienterne er mænd og alle personalerne er kvinder. Personaler (kvinder) er ganske uden evne til at sætte sig ind i hvad der foregår i hovedet på de patienter (mænd) som de angiveligt siger at de går rundt og passer på.

Patienters udtalelser er ikke noget værd

Den 9. juni 2015, kl 11.30 var jeg til middagsmøde. Ved dette møde startede en personale med at sige at der vidst var visse patienter, der havde fået den opfattelse at der skulle være patient/personale-møde i dag. Jeg undrede mig over hendes udtalelse, for der stod jo på sedlen, som hang ude på tavlen, at der skulle være patient/personale-møde i dag. Jeg gjorde hende opmærksom på at der altså stod på sedlen ude på tavlen, at der skulle være patient/personale-møde i dag. Jeg gik ud og hentede sedlen, og viste den til personalen. Først da hun læste selv læste sedlen og kunne se, at jeg rent faktisk talte sandt, ville hun tro på mig. Personaler har generelt den holdning, at patienterne altid tager fejl, og at det altid er personalet der har ret. Som patient i retspsykiatrien, skal man forholde sig til dette. I det øjeblik man bliver patient, så bliver det man siger til personalet nærmest værdiløst, og man bliver automatisk utroværdig, uanset hvad man siger eller udtaler. Troen på den 'totale sindslidelse' eksisterer i bedste velgående på retspsykiatriske afdelinger.

Personale-alarmer

Personaler har ofte den overbevisning, at grunden til at patienterne altid er nede på deres værelser, skyldes at patienterne er syge. Det er en utrolig naiv og indskrænket tankegang. Jeg vil gerne komme med endnu en forklaring på hvorfor jeg selv ofte er på mit værelse. Personalerne i retspsykiatrien går altid rundt med en overfaldsalarm siddende i bukserne. Det må være fordi at det kan være farligt at være i retspsykiatrien. Hvis jeg komme ned i dagligstuen, og der sidder en personale med en overfaldsalarm i bukserne, så går jeg som regel ret hurtigt igen. Grunden er simpel. Hvis en personale som sidder i dagligstuen er nødt til at have en overfaldsalarm i bukserne, så må det være fordi at det godt kan være farligt at være i dagligstuen, og jeg har da ikke lyst til at sidde et sted hvor det er farligt at være, så derfor

går jeg ofte ret hurtigt igen. Hvis det er farligt at være i dagligstuen, så bør patienterne da vel også have en alarm, eller hva'? Jeg har ikke kendskab til hvad andre patienter mener om personalets overfaldsalarmer, men jeg hører da gerne læserens mening om emnet. (PS: Hvis du får brug for at aktivere en alarm, så husk at man som regel skal trykke på knappen 2 gange lige efter hinanden for at aktivere den.)

Personalets dødelighed

Undersøgelser har vist at der er en ret stor dødelighed blandt personale på psykiatriske afdelinger. Disse undersøgelser har påvist to vigtige grunde til denne dødelighed. Personalet synes generelt at de ikke får nok positive tilkendegivelser for den store opmærksomhed de giver til patienterne. Den anden grund er at personalet føler at det er belastende at patienterne er lang tid om at blive raske eller også bliver de slet ikke raske.

Her er min kommentar
Det er mit indtryk at patienter i retspsykiatrien ofte er udsat for tvang. Der er generelt ikke ret mange patienter der har lyst til at takke personalet for den tvang de bliver udsat for. Personalet i retspsykiatrien skal forstå at mange patienter ser med onde øjne på personalet og ikke taknemmelige øjne. Hvis personalet brugte mindre tvang overfor patienterne, så kunne det være at patienterne ville blive mere glade for deres behandling. Med andre ord - hvis personalet bruger mindre tvang, så vil flere patienter være tilfredse med behandlingen og flere patienter ville også komme med positive tilkendegivelser overfor personalet som så ville få det bedre og leve længere. Både personalet og patienterne ville således leve længere hvis personalet udførte mindre tvang. Nogle af de patienter som er i retspsykiatrien har efter min mening ikke nogen psykisk lidelse. Det er bare noget overlægen har overbevist personalet om at patienterne har. Hvis nu personalet holdt med at prøve på at helbrede raske mennesker, som ikke kan blive raske netop fordi at de allerede er raske, så ville de slippe for at blive deprimeret over at patienterne ikke bliver raske. Overlægens beslutning om at en patient er syg fører derfor til at personalet kommer på en umulig opgave, som ikke vil lykkedes, netop fordi at patienten jo heller ikke føler at de har en psykisk lidelse. Overlægen får det daglige personale til at løbe panden imod muren ved at give personalet umulige opgaver, som i den sidste ende fører til at personalet får en højere dødelighed.

Konklusion
Kort fortalt. Hvis man behandler patienterne bedre, så vil både patienter og personaler leve længere. Som patient udnytter jeg helt bevidst denne viden om personalets dødelighed. Så længe overlægen har den overbevisning at jeg skal tvangsmedicineres så vælger jeg at jeg IKKE vil være sociale og venlige overfor personalet, da jeg netop ved at dette fører til større dødelighed for personalet. Det kan måske lyde hårdt, men man skal huske på at den medicin som personalet vil give til mig den vil drastisk nedsætte min levetid og så synes jeg det er helt i orden hvis jeg således også gør hvad jeg kan for at nedsætte personalets levetid.

Personalets illusion om egen styrke

En del personaler i psykiatrien lader til at have den opfattelse af sig selv, at de har en mere robust psyke end gennemsnittet i befolkningen. Jeg vil gerne påpege at denne opfattelse ikke stemmer overens med virkeligheden. Grunden er faktisk simpel. Undersøgelser har vist at plejepersonale i psykiatrien har en ret stor dødelighed i forhold til resten af befolkningen. Denne forhøjede dødelighed ville ikke eksistere hvis plejepersonalet virkelig havde en mere robust psyke end resten af befolkningen. Det er mit argument, at hvis plejepersonalet i virkeligheden havde en robust psyke, så ville deres dødelighed ikke være forskellig fra resten af befolkningen, selv om de har en arbejde som er mere psykisk belastende end andre menneskers arbejde. At personalet på de psykiatriske afdelinger har den opfattelse af sig selv at de er mere psykisk robuste end resten af befolkningen, skal nok mere ses som et udtryk for hvordan personalerne gerne vil se sig selv, og er et udtryk for hvordan de gerne vil opfattes af andre mennesker. Det er en illusion som skal være med til at opretholde personalets tro på egne evner. Problemet med illusionen er dog at personalet også samtidig fornægter virkeligheden, og så længe man fornægter virkeligheden så vil man jo heller ikke søge at løse problemet med den store dødelighed. Med andre ord. Så længe personalet fornægter deres egen høje dødelighed, så vil den blive ved med at være der, for der vil jo ikke være nogen der vil gøre noget ved den.

Se også teksten: Personalets dødelighed

Personaleudtalelse - Freudian slip

Hvad er en Freudian slip? Mennesker har både bevidsthed og ubevidsthed. Som regel så er det vi gør bevidst. Men engang imellem så har vi nogle tanker i vores ubevidsthed som trænger sig så meget på, at de bryder igennem og afbryder bevidstheden for at komme til udtryk. Det kan føre til underlige handlinger eller udtalelser. Nu kan du jo selv vurdere om nedenstående oplevelse som jeg havde for et stykke tid siden var en Freudian slip: Der var en personale ved aftensmaden (5. januar 2015), der sagde til mig, at hun var træt af alt den sperm hun hele tiden fik....? Jeg kikkede på hende, og så sagde hun at hun var træt af at hver gang hun åbnede sin mail, så var den fuld af sperm.... Jeg mindede hende om, at det vidst nok hedder spam.... Jeg har da sidenhen gået og tænkt på hvad hun mon tænkte på, da hun sagde det til mig.

Du kan eventuelt slå "Freudian slip" op på nettet, fx i Wikipedia.

Personaleudtalelse - Nærigrøv!

Når man er varetægtsfængslet i surrogat på en retspsykiatrisk afdeling, så er der visse personer og myndigheder, man altid har lov til at sende lukkede breve til, også selv om man har besøgs- og brev-kontrol. Når man er varetægtsfængslet, så påhviler det faktisk afdelingen at sætte porto på disse breve for patienten. Det drejer sig blandt andet om breve til patientens advokat, ombudsmanden, medlemmer af folketinget, politimesteren og internationale domstole som fx menneskerettighedsdomstolen. En dag mens jeg var varetægtsfængslet i surrogat i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland), kom jeg ned til kontoret med et brev til min advokat, som jeg gerne ville have sendt. Personalen tog brevet og kikkede på det, og fik øje på at der ikke var sat et frimærke på brevet. Jeg oplyste hende om at det var hendes opgave at sætte frimærke på brevet. Hun kikkede på mig og gryntede let irriteret og vendte sig om for at gå, hvorefter hun vendte sig om imod mig igen og sagde: "Nærigrøv!"

Personalevilkår

Da personalet ikke kan tillade sig at blive aggressive overfor en patient, så kan personalet heller ikke få afløb for denne aggression. De skal derimod

hele tiden være venlige overfor patienterne. Denne tilstand svarer til angstneurosen, hvor personen netop ikke tør give afløb for sine aggressioner overfor omgivelserne. Personaler i denne tilstand vil være tilbøjelige til at blive overfølsomme for kritik og vrede. Hvilket er meget tydeligt på den afdeling hvor jeg er indlagt. Som patient skal man næsten ikke sige mere end en lille kritik af personalet, før de farer sammen og anser udtalelsen som en trussel imod deres eksistens og overlevelse. Nogle gange har jeg den følelse, at de er klar til at spænde mig fast til en seng, hvis jeg siger "bøh!" til dem. Det er meget anstrengende at være patient iblandt sådanne personaler.

Se: Klinisk psykiatri, Munksgaard, 1994, side 319

Pillens effekt 1 del

Jeg kan simpelt hen ikke holde op med at undre mig over ting. Her er noget jeg har undret mig over en gang imellem. Jeg vil prøve på at forklare hvad der sker, når man giver to personer med psykisk lidelse, en dansker og en kineser, den samme medicin (anti-psykotisk) imod psykisk lidelse.

Geografisk pilleeffekt
Psykisk lidelse bliver defineret som en persons afvigelse fra normerne i det samfund som personen er en del af. I Danmark lever danskerne i et dansk samfund med danske normer. I Kina lever kineserne i et kinesisk samfund med kinesiske normer. I Danmark har vi nogle normer som ikke er de samme som de normer man har i Kina. Forestil dig nu, at der er en dansker og en kineser, som begge to får en psykisk lidelse. Danskeren afviger nu fra de danske normer og kineseren afviger nu fra de Kinesiske normer. De mennesker som tror på at antipsykotisk medicin kan gøre en person normal har den opfattelse at hvis man giver en pille til en dansker som afviger fra den danske normal, så vil han, efter at have spist pillen, nu pludselig igen blive en del af normalen, altså den danske normal. Ligeledes, hvis man giver en pille til en kineser, som afviger fra den kinesiske normal, så vil han efter at have spist pillen igen blive en del af den kinesiske normal. Det som er interessant er at de jo begge to får den samme type medicin. Men hvordan ved pillen om den bliver spist af en dansker eller en kineser? Det skulle jo gerne være således, at danskeren blev til en normal dansker, og kineseren skulle jo gerne blive til en normal kineser. Men hvis pillen nu tager fejl, og den unormale dansker pludselig bliver til en normal kineser og den unormale kineser pludselig bliver til en normal dansker, så er vi jo mildest talt

på spanden. Vi kan vel godt blive enige om at uanset om pillen bliver spist af en unormal dansker eller en unormal kineser, så er målet at få pillen til at gøre patienten normal igen. Men hvordan ved en pille om personen der spiser den, skal være en normal dansker eller en normal kineser? Grunden til at folk nok ikke tænker over situationen skyldes muligvis at man i Danmark jo overvejende behandler danske patienter som afviger fra danske normer og fordi man i Kina overvejende behandler Kinesiske patienter der afviger fra kinesiske normer. Men hvad nu hvis man flyttede en dansker som afviger fra danske normer til Kina og igen gav ham en pille, ville han så tilpasse sig den danske norm? Ville han så blive en mere normal dansker eller ville han på mystisk vis pludselig blive til en normal kineser? Hvis nu pillerne ikke var ens i Danmark og Kina, så ville det på en måde give mere mening for mig, men det er nu mit indtryk at den medicin man giver i Danmark er den samme som den medicin man giver i Kina. Jeg er sikker på at jeg ville have opdaget det, hvis jeg en dag havde fået en pille, og der stod på pakken, at denne pille vil gøre patienten til en normal kineser. Hvis du har et svar, så vil jeg virkelig gerne høre fra dig.

Placebo-snak?

Du kender vel efterhånden godt til hvad placebo er for en størrelse. Jeg tillader mig hermed lige at uddybe området en lille smule. Placebo er når noget har en positiv effekt alene fordi at du tror på effekten. Nocebo er når noget har en negativ effekt alene fordi at du tror på effekten. Et godt eksempel kunne være Woodo, hvor man fx nedkalder en ond ånd over dig, og hvis du tror på dette så vil du også med tiden blive ramt af ulykke. Men placebo og nocebo har ikke kun noget at gøre med piller og woodo. Hvis du har brug for at tale med et andet menneske og du ikke har det så godt, så kunne du jo vælge at tale med en psykolog. Du går nu til en psykolog fordi du gerne vil have det bedre. Og efter at have talt med psykologen i et stykke tid, så får du det rent faktisk også bedre. Har du så fået det bedre fordi at samtalen rent faktisk hjalp, eller har du udelukkende fået det bedre fordi du forventede at få det bedre? Hvis nu forventningen er så virkningsfuld, hvorfor så ikke bare forvente, at det vil være godt at tale med fx din kæreste eller nabo og så efterfølgende tale med vedkommende. Dette vil med stor sandsynlighed også have en god effekt (og så er det meget hurtigere og billigere).

Plejeplan

Journalnotater indeholder ofte teksten *"Pleje- og miljøterapiplan er fulgt"*, men hvad betyder dette?
Der er udarbejdet en plejeplan for mig, Glenn Hansson. Den har følgende indhold:

"26-09-2014 Notat Plejeplan for Glenn:

Patienten skal have en struktur på sin hverdag og deltager i afsnittets aktiviteter:

Pt. skal gøre rent på sin egen stue, 2 gange om ugen, mandage og torsdage.
Pt. behøver ikke, at få hjælp af personalet til rengøring, pt. ordner rengøringen selv. Dog ikke badeværelset, som rengøringspersonalet ordner.
Pt. skal deltage i afsnittets opgaver.
Pt. må gerne deltage i Idrætshusets tilbud.
Pt. må gerne deltage i afdelingens dage med madlavning.

Den professionelle relation:

Pt. har en dominerende egen logik, og personalet skal, så vidt muligt uden at presse, forsøge at korrigere pt. Pt. har en god formel og neutral kontakt, og der er intet emotionelt medsving. Pt. skriver klager omkring retspsykiatrien videre til patientklagenævnet og til ledelsen. I pt`s selvforståelse er det et forsøg på at skabe forbedringer indenfor retspsykiatrien. Pt. har fået et nyt lægeskift i september 2014. Pt. læge er nu Per Balling.

Vi skal i vort arbejde med pt. være opmærksomme på følgende problemstillinger:

En svær balance at få kontakt til pt.
Pt. byder sig ikke om at blive presset.
Pt. tankegang er ejendommelig.
Det er vigtigt, at få så positiv en kontakt til pt. som det er muligt.

Medicinering:

Pt. har været uden antipsykotisk medicin i 8 måneder, idet pt. nægter at tage det og ikke ønsker at samarbejde omkring medicin. Pt. har klaget til

patientklagenævnet og fået medhold i, ikke at skulle have tvangsmedicin. Overlægen har anket patientklagenævnets afgørelse.

Der skal arbejdes på dagligt at observere pt. for eventuelle reaktioner, der kan skyldes manglende antipsykotisk medicin. Der skal snakkes med patienten, så han får en bedre forståelse af sin sygdom

Aftaler. Udgang:

Pt. har max 1 times uledsaget udgang pr. gang til Nykøbing Sjælland, ubegrænset mellem kl. 8-22. Pt. skal informere personalet, når han kommer og går og hvor han går hen. Pt. må ikke tage til sin sommerhusgrund. Pt. må have besøg af sin familie i afsnittet.

XX, pæd, XX, SSA."

Jeg har da selvfølgelig nogle bemærkninger til ovenstående:

Som det fremgår af plejeplanen, så skal jeg have struktur på min hverdag. Sætningen er blot et udtryk for at personalet ønsker at skabe illusionen om omsorg. Hvis jeg ikke have været indlagt, så ville jeg såmænd også have haft struktur på min hverdag. Hvis nu sætningen i stedet for havde været *"Patienten har lov til at passe sig selv"*, så havde jeg pudsigt nok OGSÅ haft struktur på min hverdag, men sætningen udstråler ikke omsorg. Sætningen er principielt ligegyldig for mig, men personalet har et stort behov for at vise at de giver patienterne omsorg og pleje. Og så passer det i øvrigt fremragende ind i den diagnose man mener jeg har, da mennesker med paranoid skizofreni ofte har det man kalder for negative symptomer. På et tidspunkt fik jeg at vide at jeg skulle udskrives. Man mente derfor at det ville gøre mig mere egnet til udskrivning hvis jeg begyndte at gøre rent på mit eget værelse. Jeg begyndte så at gøre rent på eget værelse. Efterfølgende skiftede overlægen mening, så nu skal jeg så ikke udskrives alligevel. Men jeg skal stadig gøre rent på mit værelse. Som det fremgår af planen så er det en del af min behandling at jeg skal TVINGES til at deltage i afdelingens opgaver. Man kalder det for miljøterapi. *"...Pt. har en dominerende egen logik, og personalet skal, så vidt muligt uden at presse, forsøge at korrigere pt..."*. Som det fremgår af sætningen, så skal personalet forsøge at korrigere mig i min logik. Faktisk er jeg ret skuffet. Det er cirka 5 måneder siden denne plejeplan blev lavet, og jeg er faktisk endnu ikke blevet rettet i min logik af personalet. Personligt mener jeg derfor ikke at personalet lever op til plejeplanens indhold.

"... og der er intet emotionelt medsving....". Sætningen giver udtryk for at personalet er meget sure over at jeg ikke blander dem ind i mine personlige følelser. Mine tanker og følelser dem holder jeg for mig selv. *"...Pt. skriver klager omkring retspsykiatrien videre til patientklagenævnet og til ledelsen..."*. En lille rettelse er på sin plads i denne sætning. Patientklagenævnet tager sig KUN af sager som vedrører tvang. Patientklagenævnet er ikke interesseret i at modtage klager om retspsykiatrien generelt. Sætningen er blot et udtryk for at personalet på den retspsykiatriske afdeling ikke ved det mindste om det arbejde som de prøver at udføre. Jeg har sagt det før, og jeg siger det lige igen. Jeg ved mere om retspsykiatri end personalet. *"...En svær balance at få kontakt til pt..."*. Personalet er generelt utilfredse med at jeg kan klare mig selv, og at jeg ikke har brug for personalets hjælp. *"...Pt. byder sig ikke om at blive presset..."*. Findes der overhovedet nogle mennesker som bryder sig om at blive presset til at spise antipsykotisk medicin? *"...Pt. tankegang er ejendommelig..."*. Min tankegang er ikke ejendommelig. Den er bare fremmed for personalet, fordi jeg er klogere end personalet. Desuden så undlader man at beskrive hvad der er ejendommeligt ved min tankegang, men det er fordi at min lidelse er hemmelig og behandlingen af mig er også hemmelig. *"...og ikke ønsker at samarbejde omkring medicin..."*. Jeg har skrevet en selvstændig tekst om samarbejde i retspsykiatrien. "Der skal arbejdes på dagligt at observere pt. for eventuelle reaktioner, der kan skyldes manglende antipsykotisk medicin.". Jeg har lagt en del af min e-journal op i gruppen under FILER. Hvis du som læser mener at der i teksten er notater der beviser at jeg skulle mangle medicin, så hører jeg gerne fra dig.

"...Der skal snakkes med patienten, så han får en bedre forståelse af sin sygdom...". Dette er det andet punkt i min plejeplan som personalet ikke lever op til. Siden plejeplanen blev indført, så er jeg endnu ikke en eneste gang blevet kontaktet at personalet med det formål at jeg skulle oplyses om min angivelige sygdom. Jeg ved godt hvorfor jeg ikke er blevet kontaktet af personalet. Mine symptomer på sygdom er nemlig hemmelige. Faktisk er de så hemmelige at end ikke personalet ved hvilke symptomer jeg har, og det er jo en anelse svært at rette noget ved en patient, hvis man ikke ved hvad det er der skal rettes. *"..Pt. må ikke tage til sin sommerhusgrund..."*. Nogle informationer er da vel nok ganske ligegyldige. Jeg må kun være væk i en time af gangen. Da det vil tage mindst 2 timer at køre til min grund og tilbage igen, så ville det være ganske usandsynligt at jeg ville kunne nå dette med kun een times udgang. Man kunne jo også bare skrive i min journal, at jeg ikke må tage til Århus på mine udgange, for det er lige

så umuligt. Det er ganske umuligt for mig at nå til Århus på en time. Der står i plejeplanen at jeg skal rettes i min ejendommelige logik og at jeg skal fortælles hvorfor jeg er syg. Jeg har dags dato (13-02-2015) haft denne plejeplan i 140 dage, men jeg er endnu ikke een eneste gang blevet rettet i min logik af personalet. Jeg er i denne periode heller ikke blevet kontaktet af personalet med det formål at jeg skulle have forklaret hvorfor jeg er syg. Der er således tale om at personalet ikke lever om til deres egen plejeplan. Uffff... dårligt personale... Jeg har i går den 16. februar 2015 ganske vist fået en indbydelse til psykoedukation. Problemet er bare at man vil undervise mig i en psykisk lidelse, som overlægen endnu ikke har fremlagt et bevis for at jeg rent faktisk har. Du bedes lægge mærke til at min plejeplan indeholder hemmelig behandling. Det fremgår af plejeplanen at jeg har en ejendommelig tankegang og at jeg skal overbevises om at jeg er syg. Der står dog intet om hvorfor man mener at jeg har en ejendommelig tankegang og der står intet om hvilken adfærd jeg har der gør at jeg tilsyneladende er syg, det er nemlig en hemmelighed. Da plejeplanen blev udarbejdet, så blev jeg ikke gjort bekendt med dens eksistens, for den er nemlig lidt hemmelig. En plejeplan handler dybest set ikke om den pleje man giver til en patient. Den skal være dokumentation, så man senere kan bevise at man har haft omsorg for patienten. Plejeplanens primære formål er at opretholde personalets illusion om at man passer på patienterne. Planen skal bruges som bevis overfor andre, så personalet fremstår som mennesker der yder omsorg. Omsorgen er dog hemmelig. Ikke engang personalet ved hvad den går ud på.

Pludselig tyk syndromet

Jeg vil gerne starte med at fortælle en lille historie. For mange år siden mødte jeg en gammel mand. Han havde været gift med den samme kvinde lige siden de var ganske unge. Både ham selv og hans kone havde efterhånden en del rynker. Han fortalte mig dog, at når han så på sin kones ansigt, så lagde han ikke mærke til rynkerne, for han så stadig den unge piges ansigt, som han giftede sig med for mange år siden. Det er vel interessant. Han ved altså godt at hans kone har en masse rynker i ansigtet, men han vælger at se hendes ansigt, som dengang hun var ung. Han bøjer altså virkeligheden en lille smule hver gang han ser på sin kones ansigt. I denne situation gør hans forvrængning af virkeligheden ikke nogen skade, nærmest tværtimod, han bliver ved med at se den kvinde som han giftede sig med for mange år siden, og hans indre billede af hans kones unges ansigt bringer ham glæde

hver dag han ser på sine kone. Med andre ord, det kan bringe glæde til et menneske at bøje verden en lille smule. Hans kærlighed til hans kone er høj. Problemet er dog, at mange af de funktioner, som vores hjerne besidder nogle gange også kan gå hen og blive brugt forkert. Vi kan godt få et forvrænget billede af fx os selv, som pludselig går hen og bliver en trussel imod vores eget helbred. Forestil dig at du har fået et forvrænget billede af dig selv. I denne bestemte situation, har du fået den forestilling om dig selv, at du er meget tykkere end du i virkeligheden er. Ud fra denne forestilling beslutter du dig derfor at gå på slankekur, så du kan tabe dig. Problemet er bare at du til at starte med allerede havde en normal vægt, og ved at slanke dig, kommer du ned under din normale vægt. Vi kalder denne tilstand for Anorexia Nervosa, og den kan ligefrem være dødelig, da personen kan tabe sig så meget, at det bliver svært for kroppen at opretholde livet. Noget som der derimod ikke bliver talt om ret meget, er at der også findes den omvendte situation. Man kan godt have et forvrænget billede af sig selv, hvor man tror at man er slankere end man i virkeligheden er. Denne tilstand gør at en person ikke opdager at personen har taget på, og at vægtforøgelsen er begyndt at blive en trussel for personens helbred. Der findes mig bekendt ikke en diagnose for denne tilstand, og det kan der være flere grunde til. De fleste mennesker har illusioner om deres verden. Illusioner kan dog briste, og så bliver man desillusioneret. Forestil dig at du er en slank mand. Du tager nu lidt på i vægt. Men på samme måde som manden der altid så sin kone som den unge kvinde han giftede sig med, så ser du ikke at du har taget på. Du ser stadig den unge mand i spejlet som du var for mange år siden. Du tager nu endnu mere på i vægt, men du opretholder illusionen om at du stadig er den slanke mand du var for mange år siden. På et tidspunkt så vil du blive så tyk, at du ikke længere vil være i stand til at opretholde illusionen om at du stadig er en slank mand, for afstanden mellem den unge mand du engang var, og den smækfede mand du nu ser i spejlet er nu blevet så stor at din illusion om den slanke mand brister, og du bliver pludselig desillusioneret. Pludselig går det op for dig, at du er blevet tyk, og du får pludselig lyst til at gøre noget ved det. Problemet er dog, at på dette tidspunkt er du kommet så langt væk fra din egen normalvægt, at det vil blive meget svært at komme tilbage til din normale vægt igen. Du har fået pludselig-tyk-syndrom. Du er i din bevidsthed pludselig blevet tyk, selv om du jo dybest set nok har været overvægtig de sidste mange år. Du undre dig nok over hvad alt dette har med antipsykotisk medicin og retspsykiatri at gøre, men der er en vigtig relation. Personer som begynder at spise antipsykotisk medicin tager ofte meget på i vægt på grund af medicinens bivirkninger. En del af disse patienter opdager straks, at der er noget galt

med deres vægt, og de vil reagere. Men en del af disse patienter, vil ikke opdage at de tager voldsomt på af medicinen, netop fordi de har pludseligtyk-syndomet. Disse patienter opretholder et billede af sig selv inde i deres hovede om at de stadig er slanke som de ellers altid har været. Disse patienter vil ikke reagere på deres overvægt, og det er ganske farligt for deres helbred. Da bivirkninger generelt ikke er noget psykiatere gider at interessere sig for, så vil denne patients psykiater heller ikke reagere, når patienten tager voldsomt på i vægt. Mange af disse patienter har desværre ikke noget netværk, som kan reagere, når patienten tager voldsomt på i vægt, og derfor så vil disse mennesker bare blive tykkere og tykkere, for det er ikke nogen der griber ind. Patienten selv har ikke opdaget at patienten bliver for tyk. Psykiatere anerkender generelt ikke bivirkninger og da patienten ikke har noget netværk, så vil patienten bare være overvægtig resten af sit liv, med alle de komplikationer dette nu måtte have.

Privat

Indledning

Begrebet privat er et ord, som bliver brugt ret meget inden for psykiatrien. Det er et af psykiaterens universalmidler, som bruges til at beskrive patienter, som psykiateren ikke kan forstå. Begrebet privat fortæller faktisk mere om psykiatrien og psykiaterne end det egentlig siger om patienterne. Det handler om at se brugen af begrebet privat fra den rigtige vinkel. Det handler om at psykiateren er beskueren og patienten er den beskuede. Det er psykiateren, der sidder og kikker og lytter til patienten, og det er patienten, der sidder og snakker og bliver kikket på af psykiateren. Det handler om hvorvidt psykiateren oplever patienten som privat. Det har således ikke noget at gøre med om patienten i virkeligheden er privat eller ej. Jeg vil i denne tekst beskrive hvad begrebet privat kan dække over, samt beskrive hvad der får galt når begrebet bliver brugt om en patient. Ikke nok med at der findes en folkelig og en faglig (psykiatrisk) forståelse af begrebet privat. Psykiaterne bruger også privat til at beskrive flere forskellige forhold omkring patientens tænkning, hvilket blot er med til at gøre det endnu mere umuligt at forstå hvad det egentlig er psykiateren mener om patientens tænkning. Man skal således være meget forsigtig, når man læser om en patient, at patientens tanker er private.

Folkeligt privat

Hvis man er et privat menneske, så betyder det blandt andet, at man ikke

har lyst til at dele sine private forhold med andre mennesker. Hvis psykiateren beskriver dig som privat, så er det jo nærliggende, at tro at psykiateren tror at du godt kan lide at være dig selv, og at du ikke har lyst til at dele hvad som helst med hvem som helst. Det er dog en helt forkert opfattelse af ordet privat, når det bliver brugt i psykiatrien. Dette er en af grundene til at ordet ikke bør bruges i psykiatrien. Alt for mange mennesker misforstår ordet privat, når de læser det i deres journal eller andre papirer, som psykiateren eller personalet har skrevet om patienten.

Fagligt privat - sammenhæng
Hvis patienten udtrykker en sammenhæng mellem nogle tanker, som psykiateren ikke synes har en sammenhæng, så er det forkert at beskrive denne sammenhæng som private tanker. Det mest korrekte er at psykiateren beskriver patientens tanker som tanker uden sammenhæng for psykiateren.

Fagligt privat - mønstergenkending
En vigtig evne hos mennesket er mønstergenkending. Det er evnen til at finde en sammenhæng mellem ting der sker i omgivelserne. Hvis patienten ser et mønster i omgivelserne, som psykiateren ikke kan se, så vil psykiateren beskrive patienten som er person med privat logik. Det har dog intet med logik at gøre, og det har ikke nødvendigvis noget at gøre med at være privat, for det kan sagtens være at det er patienten der har ret og ikke psykiateren. Det er forkert i denne situation at bruge begrebet privat om patientens tankegang. Det er patientens evne til mønstergenkending der beskrives, og psykiateren bør derfor bruge ordet mønstergenkending, til beskrivelse af dette forhold hos patienten.

Fagligt privat - Hallucinationer
Hallucinationer er altid private. Det ligger i selve definitionen på hallucinationen, at den er privat. Hvis en oplevelse deles med andre mennesker på samme tid, så er der med stor sandsynlighed tale om en illusion i stedet for. Det er derfor overflødigt at sige om en patient, at patienten har private hallucinationer.

Fagligt privat - Vrangforestillingen
En vrangforestilling er ikke nødvendigvis privat. En gruppe af mennesker kan godt dele en vrangforestilling. Troen på guder er en vrangforestilling, som en gruppe af mennesker tror på. Vrangforestillinger kan således både være private og blive delt at en gruppe mennesker. Hvis en gruppe af mennesker deler en vrangforestilling, så bliver det underligt nok ikke klassifice-

ret som en vrangforestilling. Hvis en vrangforestilling er udbredt blandt en gruppe af mennesker, så kaldes det for kultur og/eller en religion.

Fagligt privat - Idiosynkratisk
Idiosynkratisk er et ord, der beskriver en persons handlinger eller tanker som noget der er specielt ved netop dette menneske, og som ikke deles med andre mennesker. Det er forkert at beskrive disse handlinger og tanker som private, da vi netop har ordet idiosynkratisk, som er bedre dækkende for det der skal beskrives ved patienten, og vi derved også samtidig undgår de misforståelser der kan opstå i forbindelse med brugen af ordet privat om disse tanker og handlinger.

Fagligt privat - privat logik
(Se teksten: Privat logik)

Alting starter som noget privat
Alle nye tanker i denne verden om netop denne verden, starter som en privat tanke. Da Einstein kundgjorde hans relativitetsteori, så var tanken om denne teori startet som en privat tanke i hovedet på Einstein. Med tiden blev teorien udbredt til andre mennesker, og med tiden, så var teorien ikke længere en privat tanke i Einsteins hoved, men derimod en almen kendt teori, som alle lærer om i skolen. Da Newton fremkom med sine formler for tyngdekraften, så var han den første til at sætte denne del af verden på formel. Newtons formler startede således som en privat tanke, der hurtigt bredte sig til andre mennesker. Og nu er tankerne om tyngdekraften ikke længere en privat tanke, men en almen tanke, som alle lærer om i skolen. Der er således intet forkert i private tanker, og det er helt forkert, at tro, at blot fordi en patient har private tanker, så har patienten også en psykisk lidelse. Hvis dette er korrekt, så har alle mennesker, der opdager noget ny en psykisk lidelse. Det er ikke en psykisk lidelse at have private tanker. Det er derimod en meget stor evne som mennesket har, og som vi bruger hver dag. Hvis vi gør mennesker bange for at tænke private tanker, fordi private tanker kan ses som et udtryk for psykisk lidelse, så svarer det jo til at forbyde menneskeligt fremskridt, for alting starter som en privat tanke.

Privat logik

Indledning
”Privat logik” er noget som jeg tilsyneladende har ifølge personale, psykia-

tere og psykologen. Det undre mig at man tilsyneladende bruger en vending uden at vide hvad det egentlig er man mener. Jeg vil her komme med argumenter imod at man bruger vendingen "privat logik" om patienters tanker. Hvis man tænker bare en lille smule på "privat logik", så vil man opdage et STORT problem: Det kan ikke bevises at en person har privat logik. Personalet har på intet tidspunkt talt med mig om min logik. Jeg finder det underligt at personalet mener jeg har en "privat logik", samt at man ikke har ønsket at tale med mig om denne "private logik". "Privat logik" fremstår i min journal, som om at man mener at det er en fejl ved mig, men man har ikke talt med mig om denne opfattelse af min logik. Er det mon fordi man ikke ønsker at ændre min logik? Er det fordi at min logik måske i virkeligheden er god nok, men hvorfor står det så i min journal som om at jeg har en forkert logik? "Privat logik" er heller ikke et diagnose-kriterium.

Eksempel
Forestil dig at du lige nu tænker på en flødebolle. Stil så dig selv følgende spørgsmål: Er der mon andre i hele verden der lige nu tænker på en flødebolle? Det er faktisk ikke til at svare på spørgsmålet. For at finde ud af om der er nogle andre der tænker på en flødebolle lige nu, så ville det kræve at du vidste hvad alle andre mennesker i hele verden tænkte på, og det kan ikke lade sig gøre. En ting er dog interessant. Det var ikke svært at stille spørgsmålet, men det er umuligt at svare på. Det er på samme måde med "privat logik". "Privat logik" lader sig på ingen måde bevise.

Illusionen om gyldighed
Det er mit indtryk, at mennesker i psykiatrien bruger vendingen "privat logik", fordi at de har hørt andre bruge den, og at de derfor konkludere at det er en anerkendt vending. Det er korrekt, at der er mange der bruger vendingen, men det gør ikke at det er korrekt at sige. Det er ikke muligt at finde eet eneste opslag i litteraturen, hvor den "private logik" er defineret. Hvis man slår ordet op i fx Google, så vil man finde mange link. Problemet er bare at alle disse link er til tekster hvor man bruger "privat logik". Det findes dog ikke noget link, som beskriver ordene eller kommer med en forklaring på hvad de betyder. Det har ikke været muligt for mig at slå "privat logik" op i nogle af mine ordbøger, leksikon, eller på biblioteket.

Illusionen om reference
Referencepunktet for at en person har privat logik, er "alle andre mennesker i hele verden".

Da overlægen jo ikke ved hvad alle andre mennesker i hele verden tæn-

ker, så kan overlægen netop ikke sammenligne min logik med alle andre mennesker i hele verden. Det kan ganske enkelt ikke lade sig gøre. Overlægen laver det man inden for psykiatrien kalder for en substitution. Overlægen erstatter noget svært med noget let. Det er ikke muligt for overlægen at sammenligne min logik med ”alle andre mennesker i hele verden”’s logik, men det er let for overlægen at sammenligne min logik med overlægens egen logik. Overlægen tror at han sammenligner min logik med alle andre menneskers logik, men det er en vildfarelse, og man kalder det for en substitution.

Grænsen for privat

Det er ikke muligt for mig at finde ud at hvor grænsen går for privat. Betyder privat, at overlægen mener at jeg er den eneste i verden med denne form for logik, eller betyder det at jeg bare tilhører en lille gruppe af mennesker som har denne form for logik. Det fremgår heller ikke af ordet, hvor mange mennesker der skal have den samme logik som mig, før jeg ikke længere har en privat logik. Hvad er egentlig det modsatte af privat logik? Er det ikke-privat logik? Hvis man er med som gæst til en privat fest, så er der jo flere til stede ved festen. Jeg er jo trods alt ikke den eneste person ved en privat fest. Privat kan således godt betyde ”flere mennesker”.

Mine krav

Personalet, psykiateren og psykologen bedes fremkomme med dokumentation, der giver en definition af ”privat logik”, samt en vejledning der angiver hvordan man konstatere at en person har ”privat logik”. Hvis man ikke kan fremkomme med en forklaring på hvordan man fastslår at en person har ”privat logik” og man ikke kan dokumentere hvad ”privat logik” betyder, så forventer jeg at man stopper med at bruge vendingen om patienter og stopper med at skrive det i patienternes journaler. Jeg forventer ligeledes at vendingerne fjernes fra min journal samt at man fremkommer med en skriftlig undskyldning for at have fremkommer med beskrivelser af mig, som ikke kan bevises eller underbygges. Jeg har dette ønske fordi at det som står i min journal har store konsekvenser for mig, da man bruger det som grundlag for at tvangsmedicinere mig.

Korrekt beskrivelse af en patient

Da det ikke er muligt at sammenligne mig med alle andre mennesker i hele verden, så skal personalet, psykiateren og psykologen anerkende dette faktum, og nøjedes med at sammenligne mig med realistiske størrelser. En psykolog kan derfor godt skrive om en patient, at patienten og psykologen

ikke har samme logik. En psykolog kan ikke sammenligne min logik med alle andre menneskers logik, da han netop ikke kender disse menneskers logik, og derfor gør sig skyldig i en usand udtalelse om patienten.

Oversigt over brugen af "privat logik" i min journal:

"13-04-2012 ... Her synes logikken helt privat.... XX, psy"

"06-08-2012 ... Der observeres eksempler på privatlogik og storhedsforstillinger, blandt andet mener patienten, at han er forud for sin egen tid.... XX/pædagog og XX/SSA"

"23-03-2012 ... Samtalen kredsede atter om patientens bevæggrunde og private logik - XX, psy"

"13-02-2012 ... Til trods for sin ubestikkelighed overfor sin private logik og hermed - skulle man tro - ringe udbytte af samtalen i dag, giver pt. dog afslutningsvis indtryk af skuffelse over, at der går halvanden uge inden næste samtale pga. efterårsferie... XX, psy"

"13-01-2012 ... Argumentationen er imidlertid stadig forrykt og præget af privat logik.... XX, psy"

"12-07-2011 ... Pt. er i høj grad pseudofilosofisk på baggrund af privat logik... XX, ovl/jm"

Propper i ørerne

På et tidspunkt var jeg indlagt i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland). Efter et stykke tid, måtte jeg erkende at det var en afdeling hvor det var meget lydt. Lyde forplantede sig let ned gennem afdelingen. Vi havde mange støjkilder i afdelingen. Personalets makulator kunne høres i det meste af afdelingen. Køleskabet kunne høres tydeligt indtil det blev skiftet ud. Andre patienter kunne godt finde på at spille høj musik, endda også om natten. Så var der et centralvarmeanlæg for hele Annebergparken som næsten var nabo. Det gav ofte en konstant hylende og brummende lyd. Der var en ventilation som ofte hvæsede. Sidst så havde vi også et bordtennisbord midt i afdelingen, og det var meget let at høre når der blev spillet bordtennis, især i de værelser som lå tættest på bordtennisbordet. Personalet kunne faktisk

også til tider være meget højlydt, når de sad i spisestuen søndag morgen og lavede sjov med hinanden og grinede og småskreg, men patienterne lå og prøvede på at sove. Alt i alt, så kom jeg frem til den konklusion at det nok ville hjælpe hvis jeg begyndte at bruge øreplopper. Jeg fik min mor til at tage nogle øreplopper med til mig. Da jeg tidligere havde haft arbejde hvor jeg ofte brugte høreværn eller øreplopper, så havde jeg en del øreplopper liggende hjemme i min garage. Jeg begyndte så at bruge øreplopper når jeg skulle sidde og læse på mit værelse. Da jeg havde brugt øreplopper i et stykke tid, så begyndte mine øre at blive ømme. I starten gjorde jeg det, at når jeg skulle ud i afdelingen og fx hente kaffe eller varmt vand så tog jeg propperne ud af ørerne. Dette gjorde jeg af en bestemt grund. Hvis jeg har propper i ørerne når jeg er ude i fællesmiljøet, så mister jeg kontrollen med omgivelserne hvis jeg ikke kan høre hvad der sker omkring mig. Jeg kunne således ikke finde på at gå ud i afdelingen med propper i ørerne, da det fratager mig kontrollen over mit miljø. Men da jeg begyndte at få ondt i ørerne på grund af lang tids brug af øreplopper, så fik jeg den idé at jeg kun ville tage den ene øreprop ud af øret og lade den anden blive tilbage i øret. Så fik jeg da i det mindste kun ondt i det ene øre, altså det øre hvor jeg tog øreproppen ud. Samtidig så kunne jeg stadig høre hvad der skete i afdelingen. Til min store overraskelse, så var der personaler der påstod at jeg gik rundt i afdelingen med propper i begge ører i fællesmiljøet, og de betragtede dette som et tegn på at jeg var meget lydfølsom, at at denne lydfølsomhed kunne fjernes med medicin. Nu havde jeg på intet tidspunkt haft øreplopper i begge mine ører. Personalet har nok set at jeg har haft en øreprop i det ene øre, og ud fra dette konkluderet at jeg så også havde en øreprop i det andet øre. Personalet holdt fast på at jeg gik rundt i afdelingens fællesmiljø med øreplopper i begge ører. Og det blev da også brugt som et del af grundlaget for at jeg skulle tvangsmedicineres. Egentlig er det ejendommeligt at en patient skal tvangsmedicineres fordi der er meget støj i en afdeling. Måske skulle personalet i stedet for se på om det var muligt at fjerne en del af støjen i afdelingen i stedet for at bruge tid og penge på at give patienterne medicin på grund af afdelingens konstruktion.

Pseudofilosoferen

Hvis man undersøger de ord som overlægerne bruger om deres patienter, så vil man opdage, at næsten alle ordene er uden fast indhold. Der findes fx ikke en beskrivelse af ordet *"pseudofilosoferen"*, som er anerkendt af hele den psykiatriske stand. Hvis man slår ordet op, så vil man opdage at

forklaringerne på ordet er et sandt kludetæppe af forklaringer. Det er op til den enkelte psykiater at finde ud af at give ordet en mening. Hvis man derfor spørger to forskellige psykiatere og beder dem forklare hvad ordet mener, så vil de komme med to forskellige forklaringer. Det er denne form for sprogbrug der gør psykiatrien komplet inkompetent til at behandle sine patienter.

Hvis sproget blandt bilmekanikere var lige så diffust som indenfor psykiatrien, så ville det ikke være muligt at lave een eneste bil, for kunden ville ikke være i stand til at forklare hvad der var galt med hans bil, og mekanikeren ville ikke være i stand til at lave bilen, for han ville ganske enkelt ikke være i stand til at bestille de rigtige reservedele. Bilindustrien ville hurtigt bryde sammen. Det er faktisk det som sker indenfor psykiatrien. Psykiatrien er ude af stand til at behandle sine patienter. Dette skyldes i høj grad at psykiaterne ikke kan blive enige om hvad den enkelte patient fejler og hvad man skal kalde patientens mulige lidelse. ”Pseudofilosoferen” hører ikke til i en journal, som en beskrivelse af en patient. Stort set alle opslag jeg har lavet på ordet er enige om at det er et ord man bruger nedsættende om et andet menneskers tanker, og jeg er sandelig ikke tilfreds med at en overlæge skiver om sine patienter at deres tanker er mindre værd end overlægens tanker.

Kampen mellem patienten og overlægen (psykiateren) er en konstant kamp om virkeligheden og ”Pseudofilosoferen” er også et redskab i denne kamp. Ordet bliver ganske enkelt brugt til at forklare læseren, at overlægen mener at have bedre tanker end patienten. Ordet bruges stort set kun nedsættende om andre menneskers tanker. Overlægen kunne i princippet have skrevet om patienten at patienten er et røvhul, for det er lige så nedsættende. Overlægen kaldte mig i min behandlingsplan af 26. januar 2015 for pseudofilosoferende. Overlægen mener altså at mine tanker er mindre værd end overlægens tanker. Jeg har kun foragt over for sådan en overlæge.

Du kan slå følgende ord op i fx Wikipedia: Pseudofilosofi (S) og Pseudophilosophy (GB)

Psykiateren

Psykiateren er i sig selv et problem i forhold til at behandle patienter med psykisk lidelse. En psykiater er en læge som har taget en ekstra uddannelse. Dette gør at psykiaterens primære tankegang er af somatisk karakter, og

selv om man giver lægen en ekstra uddannelse i psykiske lidelser, så vil psykiaterens primære tilgang til patienten stadig være at somatisk karakter. Hvis man skal have en psykiater til at forstå en psykisk lidende patient på tilstrækkelig god vis, så er man nødt til at lave om på psykiaterens uddannelse, således at en psykiater ikke er en læge der har læst psykologi, men i stedet for måske en psykolog der har læst medicin. En psykiater skal konstant prøve på at abstrahere fra sin somatiske viden om mennesket hver gang psykiateren taler med en patient med en mulig psykisk lidelse. Psykiateren vil ofte fejle og komme til at se noget somatisk ved patienten i stedet for noget psykisk. Der er en af de primære grunde til at psykiatere elsker at give deres patienter medicin i stedet for terapi. En psykolog med medicinsk viden, vil med stor sikkerhed være mere tilbøjelig til at starte med at give en patient terapi i stedet for medicin. Hvis det eneste værktøj man har er en hammer, så ligner alle problemer et søm. Og stort set hver gang en psykiater får en patient med en psykisk lidelse, så er piller en god idé. Hvis jeg fx læser en brochure om en ny medicin imod psykisk lidelse, som er rettet imod psykiatere, så de kan lære den nye medicin at kende, så er det slående hvor meget man går op i selve medicinen og hvordan den virker rent kemisk inde i kroppen, og hvor lidt der står om de psykiske effekter af medicinen. Medicinen påvirker patientens tanker og følelser, men det er som regel næsten ikke nævnt i en sådan brochure.

Psykiatrien dør indefra

Det er min overbevisning at psykiatrien er fuld af fejl, og at den dybest set ikke er noget værd. Der vil komme en dag hvor psykiatrien vil bryde sammen, og jeg vil gerne forklare hvorfor og hvordan. Hvis man ser på den samlede danske befolkning, så vil den største del af disse mennesker være uden kendskab til psykiatrien, fordi de aldrig har været i kontakt med psykiatrien. Den del af befolkningen som har haft kontakt med psykiatrien er enten patient eller pårørende til en patient.

I Danmark har vi demokrati. Det betyder kort, at det er flertallet der bestemmer i Danmark. Da den del af befolkningen som ikke har kendskab til psykiatrien udgør flertallet i Danmark, så er det også dem uden kendskab til psykiatrien der bestemmer over netop psykiatrien i Danmark. De personer som har kendskab til psykiatrien udgør et mindretal og er således uden indflydelse på deres behandling. Det er jo egentlig en ejendommelig situation. Det svarer til at vi beslutter at de mennesker som har forstand på økonomi ikke må være med til at beslutte hvad der skal ske med den danske

økonomi, og at den danske økonomi udelukkende skal styres af mennesker som netop ikke har forstand på økonomi. Hvor ville vores økonomi dog ikke ende? Men det er altså det man gør med den danske psykiatri. Man lytter ikke til de mennesker som har kendskab til psykiatrien, men patienter og pårørende. Psykiatrien er i fremgang (desværre). Det betyder ganske kort, at der hele tiden komme flere og flere patienter med en psykiatrisk diagnose og som en følge heraf kommer der jo naturligt nok også flere pårørende. Der finder med andre ord en ændring sted. Antallet at personer som får kendskab til psykiatrien bliver større og større, og naturligt nok, så bliver antallet af mennesker som ikke kender noget til psykiatrien også mindre og mindre. Forestil dig nu at man lader denne tendens fortsætte ud i fremtiden, så vil der komme et punkt, hvor der til sidst er så mange patienter at de vil udgøre flertallet i forhold til dem som ikke har kendskab til psykiatri. Nu vil det pludselig være dem som har kendskab til psykiatri der udgør flertallet, og da dette flertal ønsker en afvikling af psykiatrien sådan som den er i dag, så vil den på almindelig demokratisk vis også blive nedlagt. Psykiatrien skaber hele tiden flere og flere kunder (patienter). Denne udvikling har dog den indbyggede funktion, at der jo så også bliver flere og flere personer med kendskab til psykiatri og som ved hvor skadelig psykiatrien er, og som til sidst bliver så mange at de får magt til at lukke psykiatrien ned på demokratisk vis. Man kan på en måde sige, at psykiatrien har en indbygget selvmordsfunktion. Det er bare et spørgsmål om tid før psykiatrien slår sig selv ihjel. Alting går som det skal og verden er selvregulerende.

(Måske er jeg selv i besiddelse af en illusion, da jeg i denne tekst netop prøver at forudsige fremtiden, ved at lave en ekstrapolation ud fra det jeg ved i dag om psykiatri, men det er en anden historie.)

Psykiatriens to forskellige modeller

Indledning

Inden for psykiatrien har man to forskellige modeller om menneskets sindslidelser. Den første model kaldes for 'total sindslidelse' og den anden model hedder 'partiel sindslidelse'. I mange år var den første, 'total sindslidelse', den fremherskende model. Det har dog med tiden vist sig at denne model ikke er gyldig, og at det derfor er den model som hedder 'partiel sindslidelse' der en den rigtige model. Det er underligt, at der kun er lidt omtale af disse modeller, taget i betragtning, at de har store konsekvenser for behandlingen af psykiatriske patienter i den nutidige psykiatri. I gamle

dage var stort set alle enige om at en sindslidelse var total. Men nu er man inden for blandt andet psykiatrien langsomt begyndt at erkende at 'partiel sindslidelse' er det rigtige og man er langsomt ved at tilpasse behandlingen af patienterne og lovgivningen på området til denne model. Forandringen sker dog kun langsomt, og derfor er der områder i psykiatrien som er i en overgangsperiode. Der er således i øjeblikket områder hvor man anerkender 'total sindslidelse' og der er områder hvor man anerkender 'partiel sindslidelse'. Dette er med til at gøre psykiatrien utroligt forvirrende, både for lovgiverne (folketinget), overlæger, psykiatere, personale og patienter. Det giver store spændinger i dagligdagen på de psykiatriske afdelinger. Men dette rod er faktisk ikke svært at fjerne, hvis man altså bare ved hvordan. Det hele ville blive meget bedre, især for patienterne hvis man tydeliggjorde anerkendelsen af den 'partielle sindslidelse', ved at indføre det i starten af psykiatriloven, at man anerkender den 'partielle sindslidelse'. Jeg vil nu beskrive de to modeller, og deres konsekvenser:

Den totale sindslidelse

I gamle dage var det let. Enten var man rask eller også var man gal. Der var altså tale om en form for total tilstand i hjernen og der var ikke noget imellem de to yderligheder. Denne opfattelse har hængt ved i mange år, og selv om man nu har anerkendt at der faktisk er nuancer af rask og ikke-rask, så er der alligevel situationer hvor troen på den totale sindslidelse kommer til udtryk. Vi lever i øjeblikket i en underlig overgangstid. Mange har faktisk anerkendt at der findes partiel sindslidelse, men en gang imellem, så kommer blandt andet psykiatere i en form for afmagtssituation og så bruger de pludselig den gamle model hvor man enten er helt rask eller ikke-rask. Modellen med den totale sindslidelse er forkert, og den bør helt forkastes inden for alle områder af psykiatrien, men det lader til at den ikke er helt let at slippe af med. Den 'totale sindslidelse' er en model, som er let at beskrive, den er let at forstå, MEN den er helt forkert. Total sindslidelse er en kraftig tilsidesættelse af virkeligheden. Den partielle sindslidelse er en korrekt beskrivelse af den menneskelige psyke, men for mange mennesker (især psykiatere) er den for svær at forholde sig til, og derfor nøjedes de så med et begrænset verdensbillede, nemlig den totale sindslidelse, som gør det lettere at tage beslutninger omkring behandlingen af en patient, selv om den dybest set ikke har noget med virkeligheden at gøre.

Den partielle sindslidelse

Den totale sindslidelse er en gammel og forkert opfattelse af den menneskelige psyke. Den korrekte opfattelse af den menneskelige psyke er, at

der findes partielle sindslidelser. Der er således en glidende overgang fra at være helt rask til at være helt ikke-rask. Der er tale om det man kalder for en kontinuum. Der findes ikke noget enten eller og der er uendelig mange punkter mellem disse to yderligheder. Det er faktisk ikke ret svært at bevise at der findes partielle sindslidelser. Man skal blot tage en person som fx er psykotisk og stille denne person nogle simple spørgsmål. Man kunne spørge personen om han ved resultatet af 2 + 2 og han vil med sikkerhed svare 4. Man kan faktisk stille ret mange spørgsmål til en psykotisk person, og personen vil svare korrekt på alle spørgsmålene. Faktisk vil det være således at de fleste mennesker som har en psykisk lidelse vil vise sig at være langt mere raske end ikke-raske. De fleste personer som har en psykisk lidelse, har altså et problem som er begrænset til en lille del af deres mentale liv. Personer der udelukkende hører stemmer, kan være helt normale, som andre mennesker og fortage helt rationelle og fornuftige handlinger som alle andre. Den eneste forskel er at de hører stemmer. En person med en psykisk lidelse er således troværdig i visse henseender men ikke i andre. Dette kan give et problem for fx personalet på en retspsykiatrisk afdeling, for hvornår er patientens adfærd og tale et udtryk for psykisk lidelse og hvornår er den det ikke? Patientens vil faktisk i størstedelen af tiden være rask. Men underligt nok så mener personalet på den afdeling hvor jeg er indlagt at patienterne i størstedelen af tiden IKKE er raske. Denne uoverensstemmelse skyldes personalets manglende forståelse på den menneskelige psyke. Hvis en person godt kan nøjedes med at have en afvigelse på et lille område, så må dette jo nødvendigvis betyde at resten af personen jo må være normal. Men sådan ser man altså ikke lige helt på en patient i retspsykiatrien.

Forskellige diagnoser

Hvis det virkelig var sandt, at der fandtes 'total sindslidelse', så ville det give nogle interessante følger. Det bliver således formålsløst at give patienter forskellige diagnoser. Hvis en person, der får en psykisk lidelse får denne lidelse i hele sin psyke, så giver det ikke nogen mening at give patienterne forskellige diagnoser som fx skizofreni eller depression, for hele personens psyke er jo forstyrret hvis den 'totale sindslidelse' findes. Hvorfor kalde den ene patient for skizofren og den anden patient for deprimeret hvis begge patienter har en total psykisk lidelse. Hvis den totale psykiske lidelse virkelig fandtes, så ville det jo være nok at vi kunne sige om en person er rask eller ikke rask. Men ved at have forskellige diagnoser for forskellige psykiske tilstande, så anerkender vi jo netop, at det er muligt at have en psykisk lidelse som kun påvirker en del af patientens psyke, og at

resten af patientens psyke derved netop ikke fejler noget. Hvis man lavede en stor liste med alle psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, og ud for hver enkelt lidelse lavede en liste over alle de forskellige symptomer der findes, så ville man straks erfare, at der for de fleste psykiske lidelsers vedkommende ville være langt flere af patientens forskellige tilstande som IKKE var berørt af den psykiske lidelse end der rent faktisk var berørt af patientens psykiske lidelse. Sagt på en anden måde: Langt de fleste patienter er langt mere raske end ikke-raske, og det gælder for alle former for psykisk lidelse. Det faktum at vi har et diagnose-system med en masse forskellige diagnoser er i sig selv et bevis på, at der findes 'partiel sindssygdom' og IKKE 'total sindssygdom'.

Straffelovens §16

Straffelovens §16, stk. 1, har følgende ordlyd:

> *§ 16. Personer, der på gerningstiden var **utilregnelige** på grund af **sindssygdom** eller tilstande, der må ligestilles hermed, straffes ikke. Tilsvarende gælder personer, der var mentalt retarderede i højere grad. Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.*

Du har måske ikke lagt mærke til det før, men der er faktisk to kriterier, der skal vær opfyldt før en gerningsmand kan opfylde straffelovens §16 stk. 1. Det første krav er at gerningsmanden skal være sindssyg i gerningsøjeblikket. Det næste krav er at gerningsmanden også skal have været utilregnelig i gerningsøjeblikket. På dette område er §16 stk. 1, faktisk en anelse underlig. Ved at foretage en mentalundersøgelse kan man komme frem til om man mener at gerningsmanden var sindssyg i gerningsøjeblikket eller ej. Det er en psykiater der laver en mentalundersøgelse. Men det er en dommer der beslutter om gerningsmanden var tilregnelig eller ej på gerningstidspunktet. Personer som således BÅDE er sindssyge i gerningsøjeblikket og som også er utilregnelige i gerningsøjeblikket kan således opfylde kravet i §16 stk. 1. De øvrige tre mulige kombinationer af sindssygdom og utilregnelighed opfylder således ikke §16 stk. 1. Her kommer så den vigtige del af forklaringen. Da der er to forskellige kriterier som skal være opfyldt, så kan man godt komme i følgende situation: En gerningsmand laver en ulovlig handling. Han bliver efterfølgende fundet sindssyg i gerningsøjeblikket, MEN han bliver ikke fundet utilregnelig i gerningsøjeblikket. Vi har så-

ledes en person som bliver fundet sindssyg i gerningsøjeblikket, men som 'bare' kommer i fængsel i stedet for at få fx en behandlingsdom. Her har vi altså en situation hvor en gerningsmand er sindssyg i gerningsøjeblikket, men hvor dommeren ikke har ment, at gerningsmandens sindssygdom havde betydning for den begåede kriminelle handling. Straffelovens §16 stk. 1, anerkender således at en person godt kan have en sindssygdom på i eet område at sin psyke samtidig med at gerningsmanden kan begå en kriminel handling med den del af gerningsmanden psyke som ikke er påvirket af gerningsmandens sindslidelse. Med andre ord, paragrafen anerkender at en gerningsmand godt kan begå en 'rask' lovovertrædelse samtidig med at gerningsmanden har en psykisk lidelse på andre områder. Straffelovens §16 stk. 1, anerkender således at der findes 'partiel sindssygdom', men den gør det kun indirekte, for det er jo ikke psykiateren der vurdere både utilregnelighed og sindssygdom. Det er en psykiater der vurderer om gerningsmandens var sindssyg på gerningstidspunktet, men det er en dommer der beslutter om gerningsmanden var utilregnelig på gerningstidspunktet.

Psykiatriloven

Der findes ikke nogen differentiering i psykiatriloven der antyder at en patient godt kan have en psykisk lidelse og samtidig foretage en handling som ikke sker på grund af den psykiske lidelse. Psykiatriloven anerkender således den 'totale sindslidelse'. Det er dog mit indtryk, at man i Patientklagenævnet er bevidste om den 'partielle sindslidelse'. Når man skal træffe afgørelse i en sag i Patientklagenævnet, er man således i den underlige sag, at man gerne vil tage høje for den 'partielle sindslidelse', men man skal løse problemet med en lov som udelukkende anerkender den 'totale sindslidelse'. Dette giver ofte nogle underlige afgørelser. Da man således i Patientklagenævnet ofte bliver nødt til at tage stilling til to spørgsmål, men kun (ifølge psykiatriloven) må komme med et svar, så er det en større disciplin at komme med en fornuftig løsning på problemet. Der er kun to svarmuligheder for patientklagenævnet (i henhold til psykiatriloven), selv om der i virkeligheden burde være 3.

Her er de to muligheder, som i øjeblikket er mulige:

1 Patientklagenævnet giver overlægen lov til at tvangsmedicinere patienten, da patienten har en psykisk lidelse.

2 Patientklagenævnet giver ikke overlægen lov til at tvangsmedicinere patienten, da patienten ikke har en psykisk lidelse.

Sætningen svarer på to ting på samme tid, og de kan på grund af psykiatriloven ikke skilles ad. Der er således i svaret tale om anerkendelse af den 'totale sindslidelse', da der er en absolut sammenhæng mellem patientens adfærd og psykiske lidelse. Det anføres ikke at der er en sammenhæng mellem patientens adfærd og psykiske lidelse, for Patientklagenævnet har ikke lov til at foretage denne differentiering. Der burde dog være 3 mulige svar for patientklagenævnet:

1 Patientklagenævnet giver overlægen lov til at tvangsmedicinere patienten. patienten har en psykisk lidelse, og der er en sammenhæng mellem patientens psykiske lidelse og den adfærd som ligger til grund for overlægens ønske om tvangsmedicinering af patienten.

2 Patientklagenævnet giver ikke overlægen lov til at tvangsmedicinere patienten. Patienten har en psykisk lidelse, men der er ikke en sammenhæng mellem patientens psykiske lidelse og den adfærd som ligger til grund for overlægens ønske om tvangsmedicinering af patienten.

3 Patientklagenævnet giver ikke overlægen lov til at tvangsmedicinere patienten. Patienten har ikke en psykisk lidelse. Patientens adfærd er således ikke begrundet i psykisk lidelse.

Som du nok kan se, så er der opstået en ekstra svarmulighed for Patientklagenævnet. Mulighed nummer to giver Patientklagenævnet mulighed for at anerkende den 'partielle sindslidelse' i deres svar på en klage om tvangsmedicinering. Svarmuligheden giver mulighed for at vise, at der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem patientens psykiske lidelse og den adfærd som overlægen ønsker at tvangsmedicineres. Dette er ikke muligt i den nuværende lov.

Myndighedsloven og værgemålsloven

Hvis man anerkendte den 'totale sindslidelse' i myndighedsloven, så ville det faktisk medføre, at i det øjeblik, du fik en diagnose på en psykisk lidelse, så ville din underskrift ophøre med at være gyldig, men det er ikke tilfældet. Og hvis man anerkendte den 'totale sindslidelse' i værgemålsloven, så ville det medføre, at du skulle have en værge i det øjeblik du fik en diagnose på en psykisk lidelse, for samfundet ville jo med rette kunne sige, at du ikke længere er i stand til at tage vare på dit eget liv. Både myndigheds-

loven og værgemålsloven anerkender således den 'partielle sindslidelse'. Personalet på en retspsykiatrisk afdeling beder ofte en patient om at skrive under på fx en ansøgning om udgang. Dette ville jo være meningsløst hvis en psykisk lidelse var total, for så er patientens underskrift jo ikke noget værd. Hver gang en patient således af personalet bliver bedt om at skrive under på noget, så anerkender personalet derved indirekte den 'partielle sindslidelse'. De fleste testamenter anerkendes, til trods for at de er skrevet under af en person med en psykisk lidelse.

Religion

Religion er et svært område at forholde sig til for de fleste mennesker. Der findes efterhånden mange psykologiske forklaringer på religion, men der findes mig bekendt ikke nogen religiøs forklaring på psykologien. Diagnose-systemerne ICD-10 og DSM-5 gør utroligt mange underlige krumspring, for at undgå at komme til at tage stilling til religion. Dette kommer til udtryk for nogle sætninger, der prøver at kamuflere religion som et kulturelt fænomen. Jeg er selv ateist og tror derfor ikke på guder. Hvis man undersøger religionen med baggrund i de kriterier der er for en vrangforestilling, så vil man erfare, at personer der tror på fx kristendom og islam, de har alle sammen en vrangforestilling. Men hvis man har en vrangforestilling, så har man også en psykisk lidelse. Hvis den 'totale sindslidelse' virkelig fandtes, så ville det medføre, at alle kristne og alle muslimer ikke ville være til at stole på, da deres psykiske tilstand ville være totalt ødelagt. Der findes dog 'partiel sindslidelse'. Dette medfører at en kristen person sagtens kan tro på en usynlig gud oppe i himlen og samtidig være i stand til at træffe fornuftige beslutninger i resten af sin dagligdag. En kristen kan således sagtens træffe gode økonomiske beslutninger, og den kristne kan også godt foretage moralsk sunde beslutninger og udvise empati, til trods for en tro på en gud oppe i himlen. Det er således en glidende overgang fra at være helt rask og til at være helt ikke-rask. Der findes ikke noget enten-eller.

Personaler og psykiatere

Hovedreglen for personalet og overlægen på den retspsykiatriske afdeling er at deres findes en 'total sindslidelse'. Dette kommer til udtryk når man taler med personalet og overlægen. Det kommer ligeledes til udtryk, når man læser deres notater i patientens journal om patientens adfærd i afdelingen. Jeg har læst hele min egen journal og jeg har efterhånden talt med en del patienter. Den 'totale sindslidelse' ser ud til at være personalets og overlægens foretrukne model. Uanset hvad en patient laver, så bliver det set som et udtryk for psykisk lidelse. Hvis patienten går meget rundt i af-

delingen, så er det et udtryk for psykisk lidelse, og hvis patienten i stedet for sætter sig i en stol og bare slapper af, så er det sørme også en tegn på psykisk lidelse. Patientens psykiske lidelse er således total i personalets og overlægens øjne, men der er faktisk situationer hvor personalet på nærmest magisk vis godt kan ophæve denne tankegang og så i et kort stykke tid pludselig anerkende at der findes 'partiel sindslidelse'. Forestil dig en patient som er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. Det må som udgangspunkt antages at denne patient er indlagt netop fordi han har en psykisk lidelse. Forestil dig at denne patient pludselig får ondt i hovedet, og efterfølgende går hen til personalet og beder om en hovedpinepille. Personalet tager denne henvendelse alvorligt og giver straks patienten en hovedpinepille. Men hvad var det så lige der egentlig skete, og hvad var det så der IKKE skete? Hvis der virkelig have eksisteret en 'total sindslidelse', så ville hele patientens psyke og adfærd jo være forstyrret. Dette ville jo betyde, at hvis en psykisk forstyrret patient henvender sig til en personale og beder om en hovedpinepille, så skal personalen jo antage, at det ikke er patienten der bevidst beder om en hovedpinepille. Det er derimod en patient som er totalt forstyrret af en psykisk lidelse, og derfor kan personalen jo ikke regne med hvad patienten siger personalen. I virkeligheden burde personalen jo drage tvivl ved patientens udtalelse, da patienten jo netop har en psykisk lidelse. For måske har patienten slet ikke ondt i hovedet. Måske er det bare fordi at patienten har en total sindslidelse, der gør at patienten beder om en hovedpinepille. Men der opstår ikke denne tvivl hos en personale. Patienten henvender sig til personalet og beder om en hovedpinepille, og personalen henter ud videre ophold en hovedpinepille til patienten. Med andre ord. Personalen anerkender patientens behov for en hovedpinepille, og det falder ikke personalen ind at drage tvivl ved denne henvendelse fra patienten. Med andre ord i denne situation anerkender personalen at patienten har et ønske som ikke er på grund af patientens psykiske lidelse, og personalen har i denne situation hermed anerkendt eksistensen af den 'partielle sindslidelse'. Jeg ved faktisk ikke rigtigt hvordan overlæger og personaler bærer sig ad med at have to forskellige modeller i deres hoved på samme tid. Det er et af livets mysterier. Faktisk så bliver den 'totale sindslidelse' ofte brugt af personalet i situationer hvor patienten er sur. Man kan sagtens være sur uden at det er et tegn på psykisk lidelse. Men underligt nok, så er det således at HVER gang en patient er sur, så bliver det altid set som et tegn på at patienten har en psykisk lidelse. Det er yderst sjældent at personalet anerkender hvorfor en patient er sur, og ser det som en berettiget handling i patientens situation.

Retspsykiatrien

Retspsykiatrien handler ud fra den antagelse at dommeren er perfekt, og at det ikke er muligt for en patient i retspsykiatrien at blive helt rask, samt at det heller ikke er muligt for patienten at få andre former for psykisk lidelse under indlæggelsen på den retspsykiatriske afdeling, hvor der ikke er en sammenhæng mellem patientens psykiske lidelse og de handlinger som personalet mener at patienten har. Det er urealistisk at tro at dommeren træffer en korrekt beslutning, når han retter sig efter mentalerklæringens konklusion i mere end 98.5% af alle sager. Det giver en følelse af en dommer der bare beslutter at gerningsmanden skal behandles, uden at dommeren har tænkt sig om. Et godt bevis på at man inden for retspsykiatrien tror på den 'totale sindslidelse' er indlæggelsestiden og grundlaget for ikke at udskrive patienterne. Hvis en patient bliver indlagt med lidelsen X, så kan man senere forhindre patienten i at blive udskrevet fordi patienten har lidelsen Y. Dette er meget underligt. Man skulle tro at så snart lidelsen X var væk, så udskrev man patienten, også selv om lidelsen Y senere var opstået. Det er ikke engang sikkert at lidelsen Y i sig selv er nok grundlag til at man kan tvangsbehandle patienten. Hvis man derimod tror på den 'totale sindslidelse' så er det jo lige meget om patienten fejler X eller Y, for det er jo den samme lidelse og så kan man bare behandle patienten i nærmest al evighed. Dette er også grunden til at indlæggerne stiger i både længde og antal. I min egen sag så fik jeg egentlig en dom fordi man mente at jeg var paranoid psykotisk, men nu bliver jeg i stedet for tilbageholdt fordi jeg skal behandles for kværulantforrykthed. De to ting har ikke noget med hinanden at gøre, men fordi jeg har fået en dom der indeholder diagnosen paranoid psykotisk, så har retspsykiatrien nærmest fået frikort til at tvangsbehandle mig for hvad som helst, heriblandt også kværulantforrykthed. Det er det ultimative bevis på at man inden for retspsykiatrien tror på den 'totale sindslidelse'. Det giver retspsykiatrien en udfordring, hvis retspsykiatrien erkender at der findes partiel sindssygdom. Ikke nok med at man blot skal bevise at personen har en psykisk lidelse. Nu skal man også bevise, at der er en relation mellem fx psykosen og brevskriveriet ved kværulantforrykthed. Problemet er, at man i psykiatriloven ikke giver mulighed for at skille forskellige psykiske lidelser fra hinanden i forbindelse med behandlingsdomme og anbringelsesdomme. Psykiatriloven tager udelukkende stilling til om en person har en psykisk lidelse eller ej, uden hensyn til om denne lidelse var grundlaget for den pådømte behandling eller ej. Psykiatriloven giver heller ikke mulighed for at skelne således at man godt kan have en psykisk lidelse uden derved at have mistet sin dømmekraft. Derfor kan retspsykiatrien tilbageholde en hvilken som helst patient for nærmest hvad

som helst, og det medfører overbehandling i stort omfang som er til skade for patienternes helbred og samfundets økonomi. Egentlig burde man lave en liste over hver enkelt patient, hvori der står beskrevet hvad en patient kan og ikke kan. Grunden til dette er simpel. Ofte hvis en patient taler med den raske del af sin psyke til en personale og personalen ikke synes om det patienten siger, så bliver det tillagt patienten, som om at det kom fra den del af patientens psyke som ikke er normal. Der er tale om en meget kraftig form for bias (fordom), som personalet gør brug af. Personalet vender deres egen afmagt i situationen over for patienten til et tegn på psykisk lidelse hos patienten. Troen på partiel sindslidelse giver personalet og psykiateren en udfordring. Ved den totale sindslidelse skulle man blot tage stilling til om patienten havde en psykisk lidelse og så kunne man behandle alt hvad patienten sagde og gjorde som et udtryk for psykisk lidelse, og på denne baggrund give patienten medicin eventuelt med tvang. Ved den partielle sindslidelse er det pludselig ikke nok at tage stilling til om patienten har en psykisk lidelse. Nu skal man i hvert enkelt tilfælde hvor man vurderer patientens tale og adfærd tage stilling til om det nu også er et udtryk for den psykiske lidelse som patienten menes at måtte have. Og det er der ikke ret mange personaler og psykiatere der magter på de retspsykiatriske afdelinger, og dette fører til ekstrem overbehandling af de indlagte patienter, som bliver behandlet med medicin for udtalelser og handlinger som intet har med psykisk lidelse at gøre.

Patientklagenævnets afgørelser

Overlægen klager med den 'totale sindslidelse' i tankerne til Patientklagenævnet, og patienten klager til Patientklagenævnet med den 'partielle sindslidelse' i tankerne. Overlægen har magt og overskud. Patienten har ingen magt og er ofte bedøvet (sederet) af medicin. Overlægen har god tid til at skrive sin klage. Patienten har kun få dage, og i visse tilfælde kun få timer til at gennemgå overlægens klage, som ofte er på 50 - 100 sider, eller mere. Det er et meget dårligt udgangspunkt for patienten, og overlægen får som regel også medhold i at patienten må tvangsmedicineres. Det er mit indtryk (af samtaler med Patientklagenævnet), at man i Patientklagenævnet rent faktisk anerkender at der findes 'partiel sindslidelse'. Problemet er blot at overlægen netop er i stand til på meget bedre vis at dokumentere sit ønske om tvangsmedicinering af patienten, og de fleste patienter har kun lidt eller slet ingen dokumentation der kan understøtte deres forklaring på, at der ikke er en sammenhæng mellem den psykiske lidelse som overlægen beskriver, og så den adfærd, som overlægen ligeledes beskriver. Det burde fremgå skriftligt af Patientklagenævnets interne procedurer for hvordan

man behandler en klage om tvangsmedicinering, at man anerkender den 'partielle sindslidelse'. Det burde ligeledes fremgå af deres procedurer, at overlægen skal fremlægge bevis for at der rent faktisk er en sammenhæng mellem den psykiske lidelse som overlægen mener at patienten har og så den adfærd som overlægen ligeledes mener at patienten har. Dette ville medføre en større balance imellem overlægen og patienten, uden at den ene blev favoriseret frem for den anden. Hver gang Patientklagenævnet træffer afgørelse i en sag om tvangsmedicinering, bør de tage stilling til to spørgsmål i stedet for et enkelt. I øjeblikket taget Patientklagenævnet udelukkende til om patienten har den psykiske lidelse som overlægen mener at patienten har. I fremtiden burde Patientklagenævnet tage stilling til to spørgsmål hver gang der skal træffes en afgørelse i en sag om tvangsmedicinering. Det første spørgsmål er om patienten har en psykisk lidelse eller ej. Det næste spørgsmål er om patientens adfærd (symptomer) har en relation til den psykiske lidelse som overlægen mener at patienten har. Lad mig komme med et eksempel: For at være kværulantforrykt, så skal man både være tydeligt psykotisk og man skal også skrive mange klager om et bestemt emne hvor man føler sig uretfærdigt behandlet. Men det er faktisk ikke nok. Der skal også være en tydelig relation mellem psykosen og klagerne. Hvis patienten klager som en følgevirkning af sin psykose, så er patienten kværulantforrykt, men hvis patienten klager og der ikke er en sammenhæng mellem psykosen og klagerne, så bør patienten ikke tvangsmedicineres på grund af sine klager. Det siger vel sig selv, at en patient, som er psykotisk skal have lov til at skrive klager hvis patienten mener, at der er noget galt.

Vurdering af psykiatrien

Hvordan kan man tillade sig at behandle mennesker efter to forskellige principper, på samme tid? Psykiatriloven og patientklagenævnet anerkender således den 'totale sindslidelse'. Straffelovens §16 anerkender den 'partielle sindslidelse', men kun delvis. Og myndighedsloven anerkender fuldt ud den 'partielle sindslidelse'. Det psykiatriske personale og overlægen anerkender begge modeller PÅ SAMME TID, og de vælger at anerkende den model som er bedst egnet i den enkelte situation over for patienten. Nogle gange bruger personale og overlæge således den 'totale' model og andre gange den 'partielle' model. Som det fremgår af denne tekst, så er der ikke nogen der er enige om hvilken model der skal bruges i Danmark. Jeg er dog ikke i tvivl. Den 'totale sindslidelse' skal afskaffes, og den 'partielle sindslidelse' skal indføres både i vores lovgivning og i vores behandlingssystem (psykiatrien). Den er mere præcis, den kan

i langt højere grad forhindre overmedicinering og den er i overensstemmelse med virkeligheden.

Ønsker for fremtiden
Der bør derfor ske følgende ændringer: Straffelovens §16 stk. 1, skal ændres, således at det er en psykiater, der tager stilling til både om gerningsmanden var sindssyg i gerningsøjeblikket og om gerningsmanden var tilregnelig i gerningsøjeblikket. Det skal så fremgå at paragraffen, at dommeren kan vælge at følge gerningsmandens mentalerklæring, eller dommeren kan vælge at lade være. På denne måde sker der en fuld anerkendelse af den 'partielle sindssygdom'. Det bør fremgå af psykiatriloven, at den anerkender den 'partielle sindssygdom'. Dette tvinger automatisk patientklagenævnet til at tage stilling til to spørgsmål hver gang de skal behandle en klage om tvang. Det skal så både tage stilling til om en patient er psykotisk og de skal tage stilling til om der er en sammenhæng mellem psykosen og patientens adfærd. Det er mere kompliceret, men det er mere korrekt. Myndighedsloven anerkender allerede den 'partielle sindssygdom'. Til sidst så skal personale og psykiatere (overlæger), både anerkende og undervises i at forstå den 'partielle sindssygdom', så de kan handle korrekt overfor patienten i alle behandlingssituationer.

Yderligere læsning: Straffeloven, psykiatriloven og myndighedsloven på retsinformation.dk, Klinisk psykiatri (Munksgaard, 1994).

Psykisk sygdom

Indledning
Jeg møder konstant mennesker som ikke helt har styr på begreberne. Der kan være flere grunde til dette. Den ene grund kan være at man ganske enkelt bare ikke er klogere. En anden mulighed kan være at din hjerne er mere doven end du lige selv går rundt og tror. Det er en kamp op ad bakke at få mennesker til at tale rigtigt, men det betyder ikke at man skal lade være med at tage kampen af den grund. Her får du lige en kort gennemgang af begrebet og hvilke konsekvenser det har at bruge det.

Sygdom eller lidelse
Den korte definition på en sygdom er følgende:

Et syndrom med en kendt årsag

Da man ikke kender årsagen til psykiske lidelser, så kan de ikke opfylde kriterierne for sygdomme. Derfor er fx skizofreni en psykisk lidelse og **ikke** en psykisk sygdom.

Diagnosesystemer
Der findes stort set kun to diagnose-systemer tilbage i verden: ICD-10 og DSM-5. ICD-10 er udviklet af WHO og er gratis tilgængeligt på internettet. DSM-5 er desværre ikke gratis af få fat i. Jeg har købt mit eget eksemplar hos Barnes&Noble. En boghandler i New York. Den kostede ca. 1.100 kr. ICD-10 er det system som vi bruger i danmark. Hvis man ser på forsiden af DSM-5, så vil man erfare at den handler om mentale forstyrrelser (Dette fremgår af bogens forside) og ICD-10 handler om psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (dette fremgår ligeledes af bogens forside, Munksgaards version). Det fremgår således af disse diagnose-systemer at der IKKE er tale om sygdomme, men lidelser og forstyrrelser.

Den dovne hjerne
Den menneskelige hjerne er utrolig doven. Den tænker ikke mere end højest nødvendigt for at komme frem til en løsning eller et svar på en opgave. Det meste af tiden er dette faktisk en fordel, fordi vores hjerne faktisk kan løse en opgave i mere end 80% at tilfældende kun ved hjælp af minimal tankekraft. Det er sidste 20% der er problemet. I disse tilfælde vil hjernen være for doven i forhold til opgaven, og den vil komme frem til en forkert løsning. Hjernen er doven på stort set alle områder. Hjernen er også doven, når vi skal tale og den er doven når vi hører andre tale.

Hvad andre siger
Prøv at tænke over hvordan du på et tidspunkt kom i besiddelse af den information at skizofreni er en psykisk sygdom. Var det efter lang tids søgen i forskellige fagbøger og tidsskrifter? Eller var det måske bare noget du fik fortalt af et andet menneske som du i forvejen tror på? Hvad er egentlig kvaliteten af den viden du besidder om psykisk sygdom? Hvordan kan det være at du ikke reagere når du nu flere gange har fået at vide at skizofreni ikke er en sygdom? Du ved sikkert at det er ulovligt at gå over for rødt. Men har du nogensinde selv læst det i færdselsloven, eller er det bare noget du har hørt fra nogle andre du kender? Og hvad står der så egentlig i færdselsloven?

Eksempel 1 - kop eller krus
Du skal faktisk ikke koncentrere dig ret meget om det talte sprog, før det

går op for dig at de fleste mennesker går rundt og vrøvler ret tit. Jeg kan da også godt selv sige noget vrøvl en gang i mellem, men jeg lærer dog heldigvis hurtigt at sige det rigtigt den næste gang jeg skal tale om emnet. Jeg har gjort mig den opdagelse at mange mennesker kalder et krus for en kop. En person kan således godt finde på at sige at personen skal have en kop kaffe, og så tage et krus kaffe i stedet for, uden at personen egentlig tænker over det underlige i den uoverensstemmelse der er mellem at sige at personen tager en kop kaffe og så den faktiske handling at tage et krus kaffe i stedet for. Det er dovenskab i hjernen der gør at mange mennesker kalder et krus for en kop. Det er nemlig meget lettere at sige *kop* end det er at sige *krus*. Det der jo dybest set sker er at hjernen synes at det er alt for besværligt at sige krus, og da en kop jo næsten er magen til et krus, så bliver hjernen lige kop i stedet for krus. De fleste mennesker tænker ikke over den forskel der er mellem det der bliver sagt og selve handlingen. Men det har en uheldig virkning, som langsom sniger sig ind af bagdøren uden at vi tænker over det. Ved at sige kop i stedet for krus, så bøjer vi verden en lille smule, og denne bøjning af verden er med til at give os et forvrænget billede af virkeligheden. Der er jo egentlig kunne en lille drejning mellem ordet og handlingen, men hvis vi bliver ved med at gøre det, også med andre ord, så vil vores virkelighedsopfattelse blive mere forvrænget end vi selv lige går og lægger mærke til.

Eksempel 2 - 4 kilo æbler

Prøv at tænke over følgende sætning: *"Jeg har lige været nede og købe 4 kilo æbler"*. Faktisk vil det slet ikke være muligt for mig at bære 4 kilo æbler, for kilo betyder 1.000, og det jeg siger er faktisk at jeg lige har købt 4.000 æbler, og dem kan jeg da ikke bære. Jeg burde faktisk have sagt 4 kilo<u>gram</u> æbler, før det er korrekt dansk, men det er der ikke ret mange der forstår, og personaler på en retspsykiatrisk afdeling er ikke mere perfekte end andre mennesker på dette punkt. Der er også i dette tilfælde tale om dovenskab. En dovenskab i hjernen som gør at vi bruger en præfix (kilo) i stedet for en vægtenhed (kilogram). Dovenskaben ødelægger vores sprog og vores opfattelse af verden. Husk det nu, næste gang du skal ned og købe 4 kilogram æbler.

Eksempel 3 - fantasi eller forestillingsevne

Det handler stadig om dovenskab. Prøv selv at sige disse to ord: *fantasi* og *forestillingsevne*. Du opdagede nok hurtigt at det faktisk er meget lettere at sige *fantasi* end det er at sige *forestillingsevne*. Personligt har jeg ikke ret meget fantasi, men jeg har masser af forestillingsevne. Dette fik jeg da

også bekræftet da jeg engang var til optagelsesprøve som pilot. Jeg bestod optagelsesprøven, primært fordi jeg havde er meget god forestillingsevne. Men der er forskel på fantasi og forestillingsevne. Forestillingsevne er når man forestiller sig noget som er fysisk muligt i den virkelige verden, men som udelukkende er noget man forestiller sig i sit hoved. Du kan forestille dig at der står en hest på en græsmark - det er forestillingsevne. Fantasi er når du forestiller dig noget som ikke er muligt i den virkelige verden, men som udelukkende kan ske oppe i din hjerne. Forestil dig at hesten kommer hen til dig og begynder at sige noget til dig. Derefter vender den sig om og flyver væk. Nu er der tale om fantasi, for heste kan hverken tale eller flyve. Problemet er at ofte når mennesker taler om fantasi, så mener de i virkeligheden forestillingsevne. Mange mennesker kender ikke forskellen på de to ord og bruger den derfor i flæng og det er synd. Personligt er jeg ikke interesseret i ting der ikke kan lade sig gøre i den virkelige verden. Det er derfor jeg ikke bruger ret meget tid på fantasi. Jeg har dog en god forestillingsevne, men det er meget svært at sige. Derfor siger folk ofte fejlagtigt om mig at jeg har en stor fantasi. Det kan let gå galt hvis man som overlæge eller personale ikke kan se forskel på en patients fantasi og forestillingsevne.

Eksempel 4 - psykisk sygdom eller psykisk lidelse

Der findes mange former for dovenskab i hjernen. I dette tilfælde er der flere former for dovenskab der arbejder sammen og gør hjernen særligt doven. Der tales ofte meget mere om sygdomme end om lidelser. Dette fører til at du altid vil have lettere ved at komme i tanke om ordet *sygdom* end ordet *lidelse*. Den næste dovenskab der er på spil er sproget. Vi siger ikke mere end højest nødvendigt for at blive forstået, og ofte slipper vi faktisk af sted med at sige noget forkert. Det er faktisk letter at sige *psykisk sygdom* end *psykisk lidelse*. Det er også meget lettere at sige en psykisk syg end en psykisk lidende. Med andre ord. Din hjerne skal i omdrejninger hver gang du skal fortælle noget om en *psykisk lidende* person, og det gider din hjerne ikke. Derfor siger du *psykisk syg* i stedet for, og de fleste mennesker ved vel også hvad du taler om, men den lille forskel er med til at fordreje verden for os.

Skizofreni

Hvis folk både skal tænke på dels sygdomme og dels psykisk lidelser, så kræver det mere af individet. *Psykisk sygdom* er for de dovne. Men hvis du er doven når du taler, så er du med stor sikkerhed også doven når du tænker, for dybest set så er det du siger jo et udtryk for hvad du tænker.

Skizofreni er en psykisk lidelse. Skizofreni lever ikke op til de krav som kræves opfyldt for at en tilstand kan siges at være en sygdom. Da man ikke kender årsagen til skizofreni, kan tilstanden ikke opfylde definitionen på en sygdom. Såfremt læseren mener at skizofreni er en sygdom, så vil jeg blive glad for at høre beviset for dette.

Legitimering af psykiatrien

Hvad får psykiatere ud af at kalde det for en psykisk sygdom i stedet for psykisk lidelse? Der er tale om at psykiatere får legitimeret deres erhverv. Hvis man kan kalde en psykisk lidelse for en psykisk sygdom, så får man psykiatrien til i langt højere grad at ligne den almindelige somatik, som tager sig af fx brok og brækkede ben. Der er tale om et forsøg på manipulation med hvad folk ved om mennesker med psykiske lidelser. En anden måde hvorpå man kan få legitimeret psykiatrien på er ved at lægge de psykiatriske afdelinger tæt op af de somatiske afdelinger. Dette giver indtryk af at somatik og psykiatri er ens, men det er de ikke. Disse afdelinger bør ligge langt væk fra hinanden, for at tydeliggøre at de intet har med hinanden at gøre. Psykiatrien har lav status blandt læger, og det kan jeg godt forstå. Det er i lægernes øjne en slags andenklasses-arbejde, for dem der ikke lige kan få succes indenfor den almindelige somatik. Psykiatere har en stor magt over deres patienter og det virker tiltrækkende på visse læger. Psykiatere har den underlige særstilling i vores samfund at de ikke behøver at bruge fornuft overfor deres patienter. Hvis en psykiater ikke kan få en patient til at spise medicin, så kan han bare bruge magt i stedet for.

Patientforeninger

Det er forfærdeligt at mange patientforeninger, også snakker om psykisk syge når nu der ikke findes psykisk sygdom. Disse patientforeninger burde tale om de psykisk lidende patienter. Det er mig ubegribeligt hvorfor så mange patientforeninger acceptere den sprogbrug som bliver spredt af psykiaterne. Patientforeninger har netop til hensigt at hjælpe patienterne, men det sker ved at fordreje sproget, og derved give psykiaterne og systemet endnu mere magt imod patienterne. Man skulle tro at formålet med en patientforening var at styrke patientens situation og ikke gøre den ringere, som netop sker når man kalder patienterne for psykisk syge. Nogle patientforeninger har den idé at hvis man nu kan få lagt de somatiske og psykiatriske afdelinger tæt op af hinanden så kan man også få flere penge til psykiatrien. Dette er en meget dårlig strategi. For igen så hjælper patientforeningerne psykiaterne med at få mere magt overfor patienterne. Men det var jo egentlig patientforeningernes mål at styrke patienten. Men det er da

underligt at man tror at man kan styrke en patient ved at give psykiaterne mere magt over patienterne. Det er næsten som at fremme freden ved at dele gratis håndvåben ud til skolebørn, og det kan da kun gå galt.

Konklusion
Hvis du skal forstå verden som den i virkeligheden er, så skal du forvente at det kræver at du tænker dig om. Du må ikke tro at en forståelse af verden hopper ind i hovedet på dig af sig selv. Forståelse kræver noget af dig. Hvis du ikke bruger energi på at forstå verden, så vil du med stor sikkerhed have en mangelfuld opfattelse af verden.

Fremtiden for patienterne
Hvis du gerne vil være med til at gøre fremtiden bedre for de psykiatriske patienter, så skal du starte med at kalde en spade for en spade. Fremskridt er ikke gratis. Det koster altid noget, og i dette tilfælde er det, at du tænker dig om og taler rigtigt. Når du så har lært at se verden som den i virkeligheden er, så skal du fortælle det til andre, så de også har muligheden for at se verden som den i virkeligheden er.

Psykose! Hvad er det? - 1. del

Jeg mener godt at jeg nu kan sige at jeg har læst en del om psykoser. Mine egen journal er nu på snart 900 sider, og jeg har læst hvert et ord... Min konklusion er følgende: Psykose er når du gør noget overlægen ikke kan li'. Hver gang jeg skriver en klage, så er jeg ifølge lægen både kværulatorisk og psykotisk. Jeg må dog konstatere, at jeg (ifølge min dagbog) en dag i 2012, præsterede at få hele 3 undskyldninger på den selv samme dag i Pilehus fra personalet, fordi de havde behandlet mig forkert, til trods for at jeg angiveligt var psykotisk. Jeg fik på et tidspunkt abilify, som havde den bivirkning på mig, at det føltes som om at der var nogen der var ved at køre al min hud af mig med en rive..... Jeg klagede over bivirkningerne til lægen. Hun fortalte mig blot at man måtte forvente en vis mængde bivirkninger når man tog medicin, og så skrev hun efterfølgende i min journal, at jeg MULIGVIS havde bivirkninger og at jeg var ganske psykotisk. Skal jeg forstå det på den måde at man bliver psykotisk af abilify? Jeg mener ikke selv at jeg er psykotisk, men jeg er nok en anelse stædig. Problemet for personalet er jo blot at man ikke må give medicin til folk blot fordi at de er stædige, men så siger de bare i stedet for at du er psykotisk.

Punktlighed, før og nu

Florence Nightingale skrev i 1898 en bog om sygepleje. Her er et uddrag fra bogen:

> *If a patient has to see, not only to his own but also to his nurse's punctuality, or perseverance, or readiness, or calmness, to any or all of these things, he is far better without that nurse than with her.*

I egen oversættelse bliver det til følgende:

> *Hvis en patient er nødt til at sørge for, ikke blot sin egen, men også sygeplejerskens punktlighed, vedholdenhed, parathed eller rolighed, eller af flere af disse samtidig, så er patienten bedre tjent med slet ikke at have en sygeplejerske.*

Med andre ord, hvis en sygeplejerske ikke er punktlig, så er patienten bedre tjent med slet ikke at have en sygeplejerske. Godt nok har bogen en del år på bagen, men jeg synes at moderne personale kunne lære en del af denne bog. Jeg møder ofte (desværre) personaler der har den holdning at patienterne skal minde personalet om deres opgaver i afdelingen. Det kan fx være at der skal være et møde i afdelingen hvor både personale og patienter deltager. Så kan personalet godt blive sure på patienterne hvis ikke patienterne minder personalet om at mødet altså ikke kan starte før personalet bevæger sig ud af kontoret og ind i fx dagligstuen, hvor patienterne sidder og venter.

Pænt farvel

Da jeg skulle tvangsmedicineres, følte jeg virkelig at overlægen var ude på at slå mig ihjel. Jeg skrev derfor afskedsbreve og testamenter, som jeg sendte til forskellige personer, blandt andet min advokat, mor og en avis. Det gjorde et meget stort indtryk på personalet at jeg havde denne følelse og gjorde denne handling, og jeg kan kun anbefale at du gør det samme, for det er en meget god måde at gøre andre, heriblandt overlægen og personalet opmærksomme på hvad det er de gør ved patienterne. Den psykiske påvirkning af personalet var stor, og det bør udnyttes.

Rationalisering

Vores hjerne gør alt hvad den kan for at få mening i det vi oplever som mennesker. Rationaliseringen er nok den stærkeste funktion vi har i hjernen. Rationaliseringen er den funktion som bringer fornuft ind i det vi oplever og tænker. Som børn har vi ikke en ret god forståelse for verden. Det kan være svært for barnet at få sammenhæng i det barnet oplever. For at komme over problemerne med den uforståelige verden, så gør barnet brug af sin fantasi. Fantasi er et udtryk for at barnet giver en konstrueret forklaring på verden, som ikke har noget med den virkelige verden at gøre. Dette er for at give barnet en følelse af forståelse og kontrol over den verden barnet lever i. Efterhånden som barnet vokser op, så vil barnet erstatte denne fantasi med forestillingsevne. Hvis personen ikke helt formår at forvandle hele fantasien til forestillingsevne, så vil denne rest-fantasi blive tilbage i den voksne hjerne som det vi kalder for (vrangforestillinger). Fantasien er således et overgangsværktøj som hjernen gør brug af når den skal fra den uforståelige verden og hen til den forståelige verden. Grundlaget for fantasien er rationaliseringen. Det er rationaliseringen som prøver på at give mening til verden. Barnets brug af rationalisering kalder vi for fantasi. Hvis et barn kommer frem til en underlig forklaring på et fænomen som barnet oplever, så siger vi blot om dette barn at barnet har en livlig fantasi. Men hvis en voksen på samme måde kommer frem til en underlig forklaring på noget som den voksne oplever, så vil vi nok kalde det for en vrangforestilling. Det er nøjagtig den samme funktion der kommer til udtryk, men hos barnet kalder vi det bare for fantasi, og hos den voksne kalder vi det for en vrangforestilling. Måske skulle vi begynde at kalde børns fantasi for vrangforestillinger, eller måske skulle vi droppe ordet vrangforestilling hos de voksne og i stedet for blot sige om de voksne at de har en livlig fantasi. Freud mente at mange af de problemer som hans klienter havde, var fordi at de var gået i stå i deres udvikling som mennesker, og at patienterne blot skulle hjælpe i gang igen, så de kunne blive helt voksne.

Religions-behandling

En dag (i januar 2015) sad jeg og så nogle udsendelser på nettet (tvmidtvest). Udsendelserne handlede om den lukkede retspsykiatriske afdeling i Viborg (Søndersøparken). Der var flere udsendelser. En af udsendelserne handlede om at den lokale præst kom fordi på afdelingen cirka en gang hver måned

og holdt gudstjeneste. Den næste udsendelse jeg så handlede om en patient som var meget religiøs og som ønskede at faste engang imellem efter nogle regler han havde fundet i bibelen. Overlægen udtrykte stor bekymring for patientens meget religiøse tilstand og mente at patienten skulle have medicin, eventuelt med tvang. Det var da vel nok den mest ejendommelige overlæge jeg længe havde oplevet. Først så giver han en præst lov til at komme på afdelingen og fortælle patienterne om et fantasivæsen som øjensynligt bor i himlen og præsten får lov til at lede patienterne i fordærv ved at fortælle patienterne om en hel masse magiske forestillinger som intet har med virkeligheden at gøre. Efterfølgende sker der så det på afdelingen at en af patienterne tilsyneladende vælger at tro på præstens vrangforestillinger og usynlige guddom. Det gør overlægen meget bekymret hvorefter han så mener at patienten skal have medicin. Det er da en utrolig ejendommelig fremgangsmåde ved behandlingen af patienter. Hvis nu overlægen havde nægter præster adgang til hans afdeling, så ville der være mindre chance for at hans patienter ville blive ledt i fordærv. Med den ene hånd bliver patienten således ødelagt og med den anden hånd forsøger man at helbrede patienten. Måske var det på tide at vælge præsterne fra. Personligt mener jeg at man skal forbyde præster på retspsykiatriske afdelinger, da præsterne med stor tydelighed er en trussel imod patienternes helbred. Patienter på en psykiatrisk afdeling kan godt lide af vrangforestillinger, og det gør sandelig ikke helbredelsen af disse patienter lettere, hvis man tillader en præst at rode rundt i hovedet på patienterne med endnu flere vrangforestillinger. Jeg er selv ateist, men jeg ser ikke religion som en sygdom eller en lidelse. Jeg ser det mere som ud udtryk for mangelfuld udvikling af individet.

Se også: http://www.tvmidtvest.dk (søgeord: Søndersøparken)

Retsinformation.dk

Et godt sted at få kendskab til gældende dansk lov er på hjemmesiden: Retsinformation.dk. Der er dog ting som man skal være opmærksom på, når man søger på hjemmesiden. Du skal starte med at indtaste dine søgeord i et søgefelt og trykke <enter>. Der vil så komme en liste frem med forslag. Hvis den lov du søger er på listen, så skal du trykke på den. Du vil så komme ind på lovens tekst. Det næste der er vigtigt, er at du sikre sig at loven du er kommet ind på faktisk også gælder. Dette kan du se oppe til højre i billedet. Her vil det fremgå om loven er *gældende* eller *historisk*. Det næste, som er vigtigt er at se om der er kommet senere ændringer til

loven. Dette kan du også se ude til højre. Hvis der er kommet senere ændringer til loven, så er det vigtigt at du tager højde for disse ændringer. Jeg har ofte talt med mennesker, som har overset dette vigtige punkt, og de har derfor ikke taget højde for disse ændringer, og har derved ikke haft den fulde lovtekst til deres rådighed. Det er derfor meget vigtigt at sætte sig ind i disse ændringer. Det kan nogle gange godt være et omstændigt arbejde at opdatere en lov, men det er den eneste mulighed du har for at finde ud af hvad der faktisk gælder i loven.

Retspsykiatrisk sygeliggørelse

Når man bliver patient i retspsykiatrien, så sker der noget underligt. Som patient vil du nok opdage det samme som jeg opdagede. Retspsykiatri handler slet ikke om at mennesker skal gøres raske. I retspsykiatrien bruger man udelukkende tid på at overbevise de nye patienter om at de er syge. Det kunne på ingen måde falde personalet i retpsykiatrien ind, at overveje om patienten måske kunne blive rask. Faktisk så har man opsat et regelsæt i Region Sjælland, som ganske enkelt udelukker muligheden for at man kan erklære en patient rask. En patient i retspsykiatrien skal ikke tro at formålet med behandlingen er at gøre patienten rask. Patienter bliver udelukkende banket oven i hovedet med at nu er de syge, og der er intet de kan gøre ved det. Patienten skal efterfølgende blot overbevises om at patienten er syg, og patienten skal så tvinges til at spise medicin. Der er ikke noget krav i retspsykiatrien om at man skal prøve på at gøre en patient rask. Dette afspejler sig jo også i statistikken. Nu har jeg været mere end 4 år i retspsykiatrien, og det er ikke lykkedes mig at tale med eller blot hører om een eneste patient, som er blevet erklæret raske efter at have været i retspsykiatrien. Egentlig så er der kun to muligheder. Enten så er de personer som får en behandlingsdom eller anbringelsesdom så syge, at de faktisk ikke har udsigt til at blive raske, eller også er det fordi at målet med retspsykiatrien slet ikke er at gøre mennesker raske. Når jeg ser på hvad chancen er for at blive rask som almindelig psykiatrisk patient og jeg sammenligner tallene med retspsykiatrien, så er det nu alligevel underligt at helbredelsesprocenten indenfor retspsykiatrien er 0 %. Kravet fra samfundets side til retspsykiatrien er ikke at man skal prøve på at gøre folk raske. Samfundets regler for retspsykiatrien er opsat på en sådan måde, at det eneste man er interesseret i, er at patienterne ophører med at gøre kriminelle handlinger, og det kan man faktisk sagtens opnå uden at gøre patienterne raske. Den letteste måde hvorpå man kan forhindre kriminalitet er ved at give patienten så meget

medicin, at patienten ganske enkelt vil være ude af stand til at lave noget som helst. En patient som bare sidder i en stol hele dagen og kikker ud i luften eller ser TV, han laver jo ikke kriminalitet, og det er jo godt for samfundet. Man kan jo sige at på dette plan så er retspsykiatrien i Danmark i hvert fald en succes, for hvem kan lave ballade på Risperdal eller Seroquel hvis de er så fulde af medicin, at de ikke kan bevæge sig? Nu har jeg lige sagt at retspsykiatrien er en succes, og det er den vel også hvis man ser på hvor meget kriminaliteten falder blandt mennesker som er blevet patienter i retspsykiatrien. Men hvis man ser på prisen, så er virkeligheden en helt anden. Alle disse mennesker skal tilsyneladende have medicin resten af deres liv, for at undgå kriminalitet, men det koster ufatteligt mange penge at have så mange mennesker på medicin og deres indlæggelser på retspsykiatriske afdelinger koster en mindre formue hvert år. Når alt kommer til alt, så bliver Danskerne nødt til at tage stilling til om de virkelig gerne vil bruge enorme summer hvert år, på at gøre deres medmennesker til grøntsager, som kræver konstant behandling og medicin. Antallet af retspsykiatriske patienter stiger med voldsom fart i disse år. Jeg finder det ganske mystisk at antallet af mennesker som tilsyneladende har en uhelbredelig psykisk lidelse bare stiger og stiger år efter år. Er der virkelig en stigning i antallet af uhelbredelige mennesker eller er der bare en stigning i antallet af mennesker som psykiatrien tror er uhelbredelige?

Retspsykiatrisk Økonomi

I Danmark har vi nogle domstole. Disse domstole bliver betalt af staten. Ved disse domstole bliver der besluttet nogle domme over mennesker som har overtrådt det som man kalder for offentligretlige regler. Offentligretlige regler er de love og bekendtgørelse som alle danskere skal følge, og følger man ikke disse regler så kan man få en bøde eller man kan få en straf i form af fængsel. Generelt er det således, at hvis en person kun har udsigt til at få en bøde, så gør man ikke mere i sagen, end at man giver personen en bøde. Hvis personen derimod har udsigt til en fængselsdom så tegner sagen sig lidt anderledes. Der findes nogle regler i loven som fastslår at man i visse tilfælde skal mentalundersøge gerningsmanden. Hvis man ved en sådan undersøgelse kommer frem til at gerningsmanden var sindssyg i gerningsøjeblikket så bliver han ikke tildelt en straf i form af fængsel. Da teksten ikke skal være alt for kompliceret, så vil jeg nøjedes med at antage at denne person nu får en behandlingsdom. Hvis en gerningsmand får en almindelig fængselsstraf, så vil han komme i fængsel og når tiden for hans traf er

udløbet så bliver personen løsladt. Det er staten der betaler for de danske fængsler. Hvis en personen i stedet for får en behandlingsdom, så vil han som udgangspunkt bliver overflyttet til en retspsykiatrisk lukket afdeling. En plads på en sådan afdeling bliver ikke betalt af staten men derimod af den region hvori personen boede da han gjorde forbrydelsen. Hvis der er tale om et langt ophold, så vil der ske det, at de første 2 år personen er på den retspsykiatriske afdeling, der vil regionen modtage godtgørelse for udgiften til opholdet fra den kommune hvori personen boede, da han gjorde den ulovlige handling som er grundlaget for hans behandlingsdom. Hvis perioden er længere end 2 år, så vil det være regionen der selv skal betale for resten af opholdet. Hvis en person således er indlagt i 5 år, så vil de første 2 år blive betalt af hans tidligere opholdskommune, og de sidste 3 år vil blive betalt af regionen. Det er fastsat ved lov, at regionerne selv skal betale for behandlingen af retspsykiatrisk patienter. I de enkelte regioner bliver der hvert år afsat nogle penge til behandling af mennesker med psykiatriske lidelser. Det psykiatriske område i regionerne er delt op i to dele. Den ene del hedder den almen psykiatriske del og den anden del er den retspsykiatriske del. Det er ligeledes et faktum at domstolene hvert år, tildeler flere og flere mennesker en behandlingsdom i stedet for almindelig fængselsdom. Hvert år kommer der således flere og flere retspsykiatriske patienter ud i regionerne for at blive behandlet. Regionernes budget for behandling af psykiatriske lidelser er nogenlunde fast. Det siger derfor næsten sig selv, at hvis regionerne hvert år får flere retspsykiatriske patienter, som kræver en masse penge, og man har pligt til at behandle disse patienter, da det er vedtaget ved lov, så vil der automatisk blive mindre og mindre penge tilbage til den almene psykiatri. Med andre ord - udgifterne til retspsykiatriske patienter går hele tiden opad. Da man hele tiden skal bruge flere penge på retspsykiatri, så er der også mindre og mindre penge år for år til den almene psykiatri. For at sige det kort - jo flere penge man bruger på retspsykiatri, jo mindre penge er der til almen psykiatri. Når det ene går op, så går det andet ned. Regionen har ganske enkelt ikke noget valg, for det er jo fastsat ved lov, at regionen SKAL bruge penge på retspsykiatriske patienter. Det eneste regionen kan gøre ved de retspsykiatriske patienter er at betale uden indsigelser. Når en retspsykiatrisk patient bliver indlagt på en afdeling, så er det nu op til overlægen at beslutte hvilken behandling patienten skal have. Man har ganske vidst en ledelse som tager sig af det overordnede ansvar for retspsykiatrien, men de er faktisk ude at stand til at regulere økonomien for retspsykiatrien, for den er jo fastsat af staten ved lov. Det eneste psykiatriledelsen kan gøre er at føre regnskab med de penge som bliver brugt ude i den enkelte retspsykiatriske afdelinger og efterfølgende betale reg-

ningerne. Ledelsen er uden indflydelse på økonomien. Ledelsen kan bare kikke på. Hvis det nu skulle vise sig at retspsykiatrien bruger flere penge end forventet, så laver man ikke besparelser indenfor retspsykiatrien. Man laver derimod i stedet for besparelser indenfor den almene psykiatri, og overfører efterfølgende pengene til retspsykiatrien, for at få balance i regnskabet. Ude på de enkelte afdelinger sidder nogle overlæger. Disse overlæger beslutter hvilken behandling den enkelte retspsykiatriske patient skal have. Overlæger er ganske ubekymrede når det kommer til at bruge penge. Det er ikke overlægernes opgave at tænke over hvad det koster at behandle en patient. Det er udelukkende overlægens opgave at give patienterne den behandling han mener der er nødvendig. Indenfor den almene psykiatri, har man til formål at forbedre patienternes liv og forsøge at fjerne patienternes lidelse så patienterne kan komme tilbage til et normalt liv. Det forholder sig ganske anderledes indenfor retspsykiatrien. I retspsykiatrien er det primære mål ikke at gøre livet bedre for patienterne. Formålet med at behandle retspsykiatriske patienter er at forhindre recidiv (undgå ny kriminalitet). Der er sandelig forskel på at behandle patienter med det formål at give dem et bedre liv, og så på at behandle en patient med det formål at sikre at patienten ikke begår ny kriminalitet. En overlæge i retspsykiatrien bruger således ikke penge på helbredelse. En overlæge i retspsykiatrien bruger penge på kriminalitets-forebyggelse. Hvis en overlæge mener at det er bedst at holde en patient på en retspsykiatrisk afdeling i 10 år, så gør han det, ud at tænke på om patienten får det bedre eller værre af et sådan ophold. For dybest set så er overlægen ikke interesseret i patientens helbred, han er udelukkende interesseret i om patienten kan finde på at gøre ny kriminalitet. Overlæger er generelt meget bange for at lukke en patient ud i samfundet. Tænk nu hvis patienten foretager ny kriminalitet efter han er udskrevet fra en retspsykiatrisk afdeling. Så vil overlægen føle at han har fejlet. Overlæger gør derfor det at de beholder retspsykiatriske patienter utroligt længe på afdelingerne, for at sikre sig at patienten ikke gør ny kriminalitet. I min verden er det således at overlægen er bange for at få ødelagt sit gode rygte og ry, ved at lukke patienter ud for tidligt, og da han jo ikke skal stå til regnskab for de penge han bruger på sine patienter, så kan han bruge lige så mange penge han har lyst til på sine patienter uden af der er nogen der kan brokke sig over udgifterne, og det er jo trods alt besluttet ved lov, at regionen SKAL betale for behandlingen af retspsykiatriske patienter. Vi er altså i den situation at regionerne ved lov har pligt til at betale for udgifterne til retspsykiatriske patienter. Og vi er ligeledes i den situation, at de overlæger som egentlig fastsætter hvor stor udgiften skal være, er totalt ligeglade med hvad de bruger af penge. En sådan konstruktion er jo dømt til at gå galt før

eller siden. Demn som bruger pengene har ikke pligt til at tænke på hvor mange penge de bruger, og dem som skal betale gildet, har ved lov pligt til at betale. Der er altså tale om at man har nogle regioner som på den ene side har pligt til ved lov at betale for udgifterne til retspsykiatriske patienter og som på den anden side har nogle overlæger ansat, som helt uden ansvar kan bruge lige så mange penge de har lyst til. Regionernes økonomi er altså spændt op mellem lovgivningen (og staten) på den ene side og overlægernes ukontrollerede pengeforbrug på den anden side. Det kan da kun gå galt.

Retspsykiatriske afdelinger i Danmark - generelt

Det er nærmest umuligt at sige noget generelt om retspsykiatriske (åbne og lukkede) afdelinger i Danmark. Dette skyldes at afdelingerne hører ind under de forskellige regioner i Danmark. Hver enkelt region i Danmark har sin egen forståelse af hvad en retspsykiatrisk afdeling skal være. Alle afdelingerne skal ganske vist følge den Danske lovgivning, men de har hver deres fortolkning af loven. Når jeg taler med patienter rundt omkring i landet, så kan jeg ofte blive overrasket over hvor forskellige afdelingerne kan være, når man tænker på at de skal overholde den samme lovgivning. Hvis du derfor synes at det jeg skriver i disse tekster ikke lige passer på den afdeling du måske kender, så kan jeg godt forstå din forundring.

Retspsykiatriske afdelinger i Danmark

Bemærkning
Afdelingerne på denne liste er udelukkende retspsykiatriske afdelinger, hvor patienterne er indlagt. Afdelingerne er enten åbne, lukkede, eller en konbination heraf. Der er IKKE medtaget ambulante afdelinger. Der er heller ikke medtaget 'almindelige' psykiatriske afdelinger som også tager imod retspsykiatriske patienter. 'Almindelige' psykiatriske afdelinger vil blive samlet på en anden oversigt. Nedenstående afdelinger er for personer på 18 år og derover.

StorKøbenhavn

Døgnafsnit for retspsykiatri Q-180 og Q-181
Psykiatrisk Center Glostrup
Ndr. Ringvej 69
2600 Glostrup

tlf: afsnit 80: 3864 0580
tlf: afsnit 81: 3864 0581

Psykiatrisk Center Sct. Hans
Afdeling R
Boserupvej 2
4000 Roskilde
hovednummer: tlf: 3864 2079
fax: 3864 2074
Telefonnumre til alle afdelinger:
R1: 38 64 22 19
R2: 38 64 22 21
R3: 38 64 23 36
R4, stuen: 38 64 21 14
R4, 1. sal: 38 64 21 06
R4, 2. sal: 38 64 21 12
R6: 38 64 24 71
R7: 38 64 23 93
R8: 38 64 21 49
R9: 38 64 21 37
R10: 38 64 24 07

Region Sjælland (incl Lolland, Falster og Møn)

P1, P2 og P3, Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland, lukket afdeling
Annebergparken 49
4500 Nykøbing Sjælland
tlf.: 5998 1401

P4, Pilehus, Nykøbing Sjælland, lukket afdeling
Annebergparken 30
4500 Nykøbing Sjælland
tlf.: 5998 1491
tlf.: 5998 1456

P5, (Birkehus), Nykøbing Sjælland, åben afdeling
Annerbergparken 62
4500 Nykøbing Sjælland

Psykiatrien Syd
Afsnit S7 - Vordingborg, lukket afdeling, kun varetægtssurrogat

Færgegårdsvej 15, bygnings 31
4760 Vordingborg
tlf.: 5535 1200
fax: 5535 1209

Kofoedsminde, 14 afdelinger i alt, åbne og lukkede afdelinger
Højbovej 9
4970 Rødby
Telefon 5461 0800
CVR: 2919 0658
Bemærkning: Kofoedsminde, står ikke registreret som en retspsykiatrisk afdeling, men patienterne har fået dom efter samme bestemmelser som patienter på 'almindelige' retspsykiatriske afdelinger.

Syddanmark (Fyn)

Retspsykiatrisk afsnit Odense, midlertidig lukket afdeling,
P401
Sdr. Boulevard 29 (J.B. Winløws Vej)
5000 Odense
Tlf.: 6541 4154

Retspsykiatrien Middelfart
Psykiatrisk Afdeling
Østre Hougvej 70
5500 Middelfart
Telefon: 9944 8100
P3 - Retspsykiatrisk Afsnit
P4 - Retspsykiatrisk Afsnit
P5 - Retspsykiatrisk Rehabiliteringsafsnit
P6 - Retspsykiatrisk Afsnit
P7 - Retspsykiatrisk Afsnit

Svendborg
Retspsykiatriske patienter henvises til Psykiatrisk Afdeling Middelfart

Esbjerg
Retspsykiatrisk afsnit R4 er pr. 1. januar 2012 overgået til Retspsykiatri i Middelfart.

MidtJylland

Afdeling R - Afdeling for Retspsykiatri
Aarhus Universitetshospital Risskov
Skovagervej 2
8240 Risskov
Tlf. 7847 2500
Fax 7847 2512
Afsnit R1
Afsnit R2
Afsnit R3, kun for grønlændere
Afsnit R4

Sengeafsnit for retspsykiatri
Søndersøparken 1, 5. sal, lukket afdeling
8800 Viborg
tlf. 7847 4150
tlf. 7847 4154
fax 7847 4159
Patienttelefon: 7847 4157

Sengeafsnit for retspsykiatri
Søndersøparken 1, 6. sal, lukket afdeling
8800 Viborg
tlf. 7847 4164
tlf. 7847 4165
Patienttelefon: 7847 4167

Nordjylland

Klinik Syd - Retspsykiatri
Aalborg Universitetshospital
Psykiatrien
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg
tlf.: 9764 3429
Retspsykiatrisk Sengeafsnit S9 (tidl. E1)(lukket, mellemsikret afsnit).
Retspsykiatrisk Sengeafsnit S10 (tidl. E2) (lukket afsnit).

Intensivit Sengeafsnit S6, (modtager retspsykiatriske patienter)
Aalborg Universitetshospital

Psykiatrien
Mølleparkvej 10
Tlf.: 9764 3688

Rollemodeller

Jeg hører ofte at personalet skal opføre sig som rollemodeller for patienterne. På den afdeling (P5, Nykøbing Sjælland), hvor jeg er indlagt har vi således 3 personaler som vel nok vejer omkring 150 kg. Skal jeg så se dem som rollemodeller og spise som en gal, for at få et korpus i samme størrelse? Eller hvad med alle de gange jeg har set personalet gøre overgreb på patienterne, skal jeg så også gøre overgreb på andre mennesker? Eller hvad med alle de gange jeg har hørt personalet lyve over for mig eller andre patienter. Skal jeg så også begynde at lyve? Eller hvad med min overlæge? Han er utroligt stædig og uden interesse for hvad jeg mener. Skal jeg så også være stædig? Skal jeg forstå det således, at jeg for at blive erklæret rask, skal veje omkring 150 kg, være lystløgner, og ligeglad med andre mennesker, og så skal jeg i øvrigt også være total stædig, for at blive udskrevet?

Royale Patienter

Jeg har nogle gange under min indlæggelse oplevet at være indlagt sammen med royale patienter. Det er faktisk ikke lige til at se på deres påklædning, at de er royale, men man kan høre det på deres sprog. Den første gang jeg stødte på en royal patient var i Pilehus (P4) i Nykøbing Sjælland engang i 2012. Han var en mand i starten af 40'erne. I starten når han talte, så var jeg ikke altid lige sikker på hvad det var han mente, når han talte til personalet. En dag sad vi og spiste aftensmad. Vi var lige blevet færdige med at spise. Han sagde pludselig til personalet: "Vi vil gerne have noget efterret!". Jeg tænkte straks på hvem "Vi" det var. Det var faktisk først efter nogle dage det gik op for mig, at hver gang han mente "jeg", så sagde han "Vi" i stedet for. Han talte altså konstant om sig selv i flertal.

Det er ikke unormalt for personer med en høj stilling som fx de royale, at de omtaler sig selv som "Vi". Nu er de royale patienter jo ikke rigtige royale, men de lyder bare royale, når de taler. Hvis man som menneske ikke rigtig

synes at det man siger til andre har vægt nok, så kan man jo benytte sig af et lille trick. I stedet for at sige "Jeg vil gerne have kage", så er der mere vægt bag ordene hvis man i stedet for siger: "Vi vil gerne have kage", for så lyder det jo som om at der er flere der har samme ønske nemlig at de gerne vil have kage. Det er mit indtryk at personalet aldrig undrer sig over hvem de andre patienter mon er, når der er en royal patient, der siger: "Vi vil gerne se film i aften!". Personligt, så kan det da godt undre mig, hvem de andre mon er, som også gerne vil se film, og hvis jeg er sammen med en royal patient, som kommer med et sådan ønske, så spørger jeg ofte den royale patient om hvem de andre patienter er som gerne vil se film, især hvis jeg med sikkerhed ved at det ikke kan være mig der bliver talt om. Det var så hvad VI mener om royale patienter!

Sammenhold i afdelingen

Jeg oplever ofte (desværre) patienter tale ned om hinanden. Jeg oplever kun sjældent at personaler tale ned om hinanden. Det er let at opnå sammenhold i en personale gruppe, men det svært at opnå sammenhold i en patientgruppe. Personalegruppen er stærk netop fordi at de holder sammen. Patientgruppen er som regel svag, netop fordi de ikke forstår at holde sammen. På nogle områder er det reglerne i afdelingen der forhindre patienterne i at holde sammen. Andre gange er det patienterne selv, der laver splittelsen af netop patienterne. Patienter har ikke magt over systemet og personalet, da denne overmagt er for stor til at man kan slås med den. Patienterne derimod ser derfor ofte de andre patienter som et muligt sted at have magt. Nogle patienter prøver derfor at udøve magt over andre patienter, når personalet ikke er til stede. Nogle patienter kan endda finde på at prøve på at have magt over de andre patienter, til trods for at der er personale til stede. Eller også udøver en patient magt overfor en anden patient ved at sladre om de andre patienter til personalet og på den måde indirekte at udøve magt over andre patienter. Patienter som får Stockholm-syndrom (se anden tekst), vil ligefrem mene at det overlægen gør (trods overlægens misbrug af magt) er godt for dem selv og andre patienter og de vil nærmest blive en form for spion-patienter blandt de andre patienter, og sige til personalet eller overlægen, hvis de andre patienter gør noget som overlægen ikke ønsker.

Samtale med en overlæge

Jeg skriver dette ud fra den erfaring jeg selv har med at tale med overlæger. Jeg har indtil nu haft 11 forskellige overlæger, og den 11. december 2014, får jeg så min nye overlæge nr 12. Det er mit indtryk, at en samtale mellem en overlæge og en patient ofte foregår på den måde, at overlægen bruger meget tid på at stille spørgsmål, og patienten bruger meget tid på at svare på spørgsmål. En ting, som er vigtigt at forstå om den måde mennesker tænker på er at, det foregår i den omvendte rækkefølge af hvad de fleste går og tror. Du tror muligvis at når du får et spørgsmål, så vil du tænke bevidst på et svar og så efterfølgende sige svaret. Virkeligheden er mere kompliceret end så. Når overlægen stiller dig et spørgsmål, så vil du ganske vidst høre spørgsmålet og blive det bevidst. Det som efterfølgende sker er, at din underbevidsthed vil bearbejde spørgsmålet og når så den har et svar, så vil du blive dette svar bevidst, og du vil efterfølgende sige dette svar. Hvis du bare svarer det svar som kom fra din underbevidsthed, så skal du regne med at du nogle gange kommer til at give et dårligt svar. Hvis du får et spørgsmål, og bliver det bevidst, så vil din underbevidsthed komme med et svar for dig, som så vil blive sendt op til din bevidsthed. Du skal så tage dette svar og tænke grundigt over svaret, for at mærke efter om det nu også er det svar som du ønske at give til overlægen. Du skal tænke før du taler, lige meget hvor trivielt spørgsmålet så end måtte være. Du skal ikke gå op i om overlægen eller andre som er med til mødet synes at du svarer langsomt. Du skal vente med at svare indtil du mener, at du har det rigtige svar. Du skal ikke lade dig presse af at personalet evt ser ud som om at de er irriteret over dine langsomme svar. Du skal svare, når det passer dig at svare. Når jeg selv taler med min overlæge, så bruger jeg utroligt mange kræfter på at give et svar jeg er tilfreds med. Når jeg så har fundet et svar jeg er tilfreds med, så holder jeg fast i mit svar, også selv om overlægen skulle virke som om at han ikke er tilfreds med mit svar. Du bør som patient tænke grundigt på hvad du vil svare, og så holde fast i dit svar. Du skal ikke tage dig af, at overlægen ikke er tilfreds med dit svar. Patienten skal vel ikke stå til ansvar for om overlægen kan lide hvad du giver som svar. Samtalen kan godt starte med at du sidder og prøver på at svare på overlægens spørgsmål. Men hvis overlægen ikke er tilfreds med dine spørgsmål, så kan han godt finde på at spørge igen med det håb at du giver et andet svar. Og hvis du ikke holder fast i dit svar, så kan samtalen godt ende med at du sidder og prøver på at gætte hvad det er for et svar overlægen gerne vil have. Der findes også en catch-22 i samtaler med overlægen. Problemet er, at hvis du svarer langsomt, så vil over-

lægen skrive om dig at du måske skjuler noget, og det er ikke ret godt. Men hvis du svarer hurtigt, så når du måske ikke at tænke dig om, og så kommer du måske til at sige noget du senere fortryder, eller som måske nok ikke var helt korrekt. Det er således lige meget om du svarer hurtigt eller langsomt. Overlægen vil hele tiden kunne skrive noget negativt om dig. Det bedste du kan gøre, er at tænke dig om før du svarer, og så være ganske ligeglad med om overlægen gerne vil have at du giver hurtige svar. Den situation hvor du har mest kontrol er den hvor du tænker dig om inden du svarer. Når en overlæge stiller dig et spørgsmål, så kan han vælge mellem åbne eller lukkede spørgsmål. Et åbent spørgsmål, er et spørgsmål, hvor du kan svare lige hvad du vil. Det kunne fx være: "Hvordan har du det i dag?". Et lukket spørgsmål, er derimod et spørgsmål, som indeholder en valgmulighed, og hvor det forventes at du svarer med en af disse muligheder. Det kunne fx være: "Har du sovet godt i nat?". Man kan egentlig kun svare "ja" eller "nej". Overlægen kan også godt finde på at stille et spørgsmål, som er lukket, og som altså kun giver dig nogle få svarmuligheder, og hvor dit svar ikke er en af de muligheder han giver dig. Det kunne fx være: "Er du ked af det fordi du er forvirret, eller er det fordi at du ikke får besøg af din familie?". Ved et sådan spørgsmål skal man passe på, for det kan jo sagtens være således, at du hverken er ked af det fordi at du er forvirret eller fordi du ikke får besøg. I denne situation skal man være bestemt, og sige det svar man har, også selv om det ikke ligger i spørgsmålet. Hvis overlægen ikke er tilfreds med dit svar, så bed han om at stille et andet spørgsmål. Nogle mennesker, når de stiller et spørgsmål, og de får et svar de ikke er tilfreds med, kan godt finde på at spørge en gang til. Men hvis jeg får det samme spørgsmål 4 gange efter hinanden, så svarer jeg også det samme svar 4 gange. Nogle mennesker er tilbøjelige til at svare noget andet i håbet om at vedkommende, så holder op med at stille det samme spørgsmål igen og igen. Men det som i virkeligheden sker er at personen der svarer pludselig begynder på at prøve på at gætte hvad det er for et svar overlægen leder efter. Nogle gange er min overlæge interesseret i at jeg svarer noget bestemt, og når han så spørger mig og han ikke får det svar han ønsker så stiller han det samme spørgsmål til mig igen i håbet om at jeg til sidst giver op og giver ham det svar han gerne vil høre. Jeg har dog den mening at hvis han stiller det samme spørgsmål 5 gange, så giver jeg også det samme svar 5 gange. Jeg har ingen planer om at jeg skal sidde og gætte på hvad det er han gerne vil have at jeg skal sige. Husk at tænke før du svarer.

Samtale-planlægning

Personalet kan godt lide at være forberedt, når de skal tale med en patient. Derfor kan de godt finde på i god tid før et møde at spørge patienten om der er noget patienten ønsker at tage op på mødet. Som patient bør du også være forberedt til et møde. Både de møder du selv beder om samt de møder personalet beder om. Hvis personalet informerer dig om at personalet eller overlægen gerne vil have et møde med dig, så skal du naturligvis bede om at få oplyst hvad mødet skal handle om så du også har mulighed for at forberede dig.

Selv guder har grænser

Vi accepterer religion, men der er altså visse grænser. Den tid er ved at være forbi, hvor danskerne kan kalde på hjælp hos gud. For ikke ret lang tid siden blev en mand dømt for overgreb på nogle piger, selv om han påberåbte gud som begrundelse for sine handlinger (se nedenstående link). Vi har i det danske samfund ikke noget imod at folk går rundt og siger at de tror på en gud, som dybest set ikke eksisterer, men når en person trækker illusionen for langt ud, så brister illusionen og så brokker omgivelserne sig. Personligt havde jeg lidt svært ved at finde ud af hvad gerningsmanden egentlig selv troede på. Jeg gik dog mest op i hvad hans omgivelser mente om hans forklaringer om gud. Der var tilsyneladende ikke een eneste der troede på at han havde hørt stemmer fra gud. Med andre ord. Gud er ikke længere velkommen og det nytter ikke at kalde på ham hvis man er i nød. Pludselig bliver troen på en gud lavet om fra en virkelig gud til en hallucination hvor personen bare hører stemmer. Gerningsmanden mente selv at han var sindssyg i gerningsøjeblikket, men det var der ikke nogen der troede på. Hvis du presser illusionen for meget så brister den. Og det gør den i det øjeblik du siger at gud har talt til dig gennem stemmer i dit hoved eller via din radio. Så er du pludselig ikke længere religiøs, men 'tosset'. Mennesker som har en illusion om gud, kan altså godt i visse situationer acceptere illusionen som virkelighed, men når man presser situationen så brister illusionen og så klapper fælden i. Diagnose-systemer er lidt ambivalente, når det kommer til forholdet mellem psykiske lidelser og religion. Visse former for religiøs adfærd er helt i orden (fx besættelse af en ånd) og bliver ikke betragtet som psykisk lidelse selv om adfærden er højest ejendommelig. Andre former for religiøs adfærd er dog at betragte som

psykisk lidelse, selv om det i gamle dage var helt naturligt at have denne form for adfærd. Religion er langsomt ved at blive en unormal tilstand. Nu er religion dog ikke en egentlig lidelse. Man skal mere se det som en barnlig tilstand, som de fleste mennesker bare skal lære at vokse ud af. Hvis man ser på ændringen fra religion til videnskab over de sidste ca 300 år, så vil man opdage at ændringen sker med en voldsom fart. Men hvis man står midt i forandringen, så kan det godt være svært at få øje på den. Det er især svært for de religiøse mennesker at se den forandring der finder sted rundt om ørerne på dem. Man snakker om det, man kalder for 'creeping normality'. Normalen ændre sig stille og roligt, uden at vi egentlig lægger mærke til det. Danmark er det næst mest ateistiske land i verden, kun overgået af Sverige, men jeg tror ikke at der er ret mange danskere der tænker over det. Det sker jo bare lige så stille og roligt og vupti, en dag så er religionen helt væk.... Hvis der opstår en kamp mellem gud og en dommer ved en retssag, så har jeg endnu ikke oplevet at gud har vundet. Dommeren får det sidste ord HVER GANG. Tænk dig venligst om inden du vælger at bruge gud som et forsvar, for statistikken er sandelig ikke med dig.

Se også:
http://nyhederne.tv2.dk/krimi/2014-11-10-fynsk-sexkraenker-troede-gud-bad-ham-kraenke-piger
http://en.wikipedia.org/wiki/Creeping_normality
http://en.wikipedia.org/wiki/Irreligion_by_country
http://en.wikipedia.org/wiki/Atheism

Selvtillid kontra vrangforestilling

Jeg tror at en af grundene til at overlægerne ser mig som en person der ikke er rask er fordi jeg udviser stor selvtillid i det jeg gør og det jeg tror på. Problemet er at det ligner en vrangforestilling. En person som har en vrangforestilling er nemlig fast besluttet på at det han tror er det rigtige og han står ikke til at rette i sin overbevisning. Grunden til at jeg netop derfor ikke kan siges at have en vrangforestilling, ligger i at jeg netop er villig til at ændre mening, hvis der skulle fremkomme beviser, som er bedre end dem jeg allerede tror på. Problemet for overlægen og personalet er dog, at de netop ikke kan komme op med et bevis imod det jeg tror på som er bedre end det jeg allerede tror på. Problemet er at overlægen er vandt til at personer som er stålfaste i deres tro på noget som regel også lider af en vrangforestilling. Der er absolut intet galt med selvtillid i det man tror på, men man skal også huske at det man tror på skal kunne tåle kritik og man

skal ikke være bange for at lade sig udfordre på det man tror på, og skifte mening hvis det man tror på viser sig ikke at være korrekt. Den sidste del vælger overlægerne dog som regel at se bort fra. Overlæger har generelt den adfærd at de nægter at se, at jeg faktisk er villig til at skifte mening hvis de kan komme op med noget som er bedre. Kun ved at se bort fra at jeg er villig til at skifte mening, kan overlægerne bevise sig selv om at jeg lider af vrangforestillinger. En overlæge skal faktisk snyde sig selv og nægte at se at jeg er villig til at skifte mening, for at kunne få sig selv til at beslutte at jeg skal tvangsmedicineres. Der er efter min mening tale om at jeg ofte har en bedre mening end overlægen. Hvis nu jeg har en mening og overlægen også har en mening, men vi ikke mener det samme, så kan der opstå en konflikt, for hvem har så egentlig ret. Hvis overlægen har ret, så er jeg faktisk villig til at skrifte mening. Men hvis jeg har ret, så kunne det aldrig falde en overlæge ind at indrømme at jeg har ret. Strukturen ligger nemlig fast. En overlæge har altid mere ret end en patient og denne regel skal der ikke på nogen måde rokkes ved. Hvis en overlæge kommer i en situation hvor det er patienten der har ret, så trækker overlægen trumph-kortet. I stedet for at acceptere at patienten har ret, beslutter overlægen nu at patienten da må lide af en vrangforestilling, når nu patienten ikke vil acceptere overlægens ringere mening som sandheden. Overlægen er dog nødsaget til at se bort fra at patienten ikke har en vrangforestilling, da patienten er villig til at skifte mening. Overlægen slipper ofte af sted med at tvangsmedicinere patienten, fordi patienten netop ikke har viden om hvad det er der i virkeligheden foregår mellem patienten om overlægen ved samtalen. Patienten kan ved at blive bevidst om hvad det er der sker ved samtalen, bryde ind i overlægens forsøg på tvangsmedicinering ved at gøre opmærksom på dette forhold overfor patientklagenævnet. Hvis patienten klager over overlægens forsøg på at tvangsmedicinere patienten, så er det vigtigt at patienten kender definitionen på en vrangforestilling og at patienten er i stand til at se hvornår en overlæge holder op med behandle en patient med fornuft og i stedet for benytter sig af magtmisbrug i stedet for. Utroligt mange patienter bliver tvangsbehandlet fordi overlægen får ret ved patientklagenævnet. Grunden til at overlægen får ret er ganske enkelt fordi patienten ofte ikke besidder tilstrækkelig viden om vrangforestillinger. Patienter bliver således ofte behandlet ud fra hvad de ved om vrangforestillinger og ikke ud fra hvad de fejler. Jeg har ikke noget imod at man behandler personer som virkelig har vrangforestillinger. Det er dog kun de færreste af dem som bliver behandlet imod netop vrangforestillinger som rent faktisk har vrangforestillinger. Resten bliver tvangsbehandlet alene af den grund af overlægen kan slippe af sted med det, og det er magtmisbrug.

Se kan læse mere om det på fx Wikipedia: Confidence og Self-confidence (GB)
Se også teksten: Vrangforestilling

Shampoo og bivirkninger

Shampoo
For en del år siden arbejdede jeg et sted, hvor jeg kom i tale med mange lastbil-chauffører. En dag stod jeg så igen og snakkede men en chauffør. Jeg spurgte ham hvad han kørte med i sin tankvogn. Han forklarede mig at han kørte til Tyskland flere gange om ugen for at hente skumningsmiddel. Jeg spurgte ham hvad søren man brugte skumningsmiddel til. Han forklarede mig, at når man laver shampoo, så er det ikke alle shampoo'er der begynder at skumme af sig selv. Undersøgelser havde vist at de fleste forbrugere har den opfattelse af shampoo, at hvis shampoo'en skummer, så er det et tegn på at shampoo'en virker. Dette er dog ikke korrekt. Der findes nemlig mange typer at shampoo, som virker fint, men som bare ikke skummer. Man tilsætter så skumningsmiddel til shampoo'er som ikke skummer af sig selv. Man tilsætter således udelukkende skumningsmiddel, fordi at forbrugeren har en idé om at shampoo'en kun virker hvis den skummer. Men der er dybest set ikke nogen sammenhæng mellem shampoo'ens skum og dens virkning, men det er hvad de fleste forbrugere tror, og det retter producenterne sig så efter.

Bivirkninger
Det er mit indtryk at mange patienter har den opfattelse, at hvis en medicin ikke har bivirkninger, så er det nok fordi at medicinen ikke virker. Det er således på samme måde med medicinen som med shampoo'en. Forbrugeren har sat en sammenhæng mellem medicinens effekt og dens bivirkninger, og er kommet til den konklusion, at det er bivirkningerne der medfører en virkning af medicinen. Måske er det derfor ikke helt korrekt at lave medicin med så få bivirkninger som muligt. Måske skulle man med visse mediciner tilføje stoffer, der giver bivirkninger, så patienten får det dårligt, og tænker om netop denne medicin, at den da må være stærk, siden den giver så mange bivirkninger. Det er mit indtryk at man med visse patienter således kun kan få dem til at spise medicinen (kompliance), hvis medicinen har bivirkninger. Måske er det hele bare en illusion. Men hvorfor bryde illusionen, hvis salget går strygende?

Sjov

Man skal i retspsykiatrien lære at kalde en spade for en spade - og en overlæge for en skovl.

Skal vi danse sammen

Patienter som har en tendens til at gøre sig selv hjælpeløse, passer perfekt ind på en retspsykiatrisk afdeling. Personalet skriger på en sådan afdeling nærmest efter patienter som har brug for hjælp. Hvis en patient, som godt kan lide at gøre sig hjælpeløs kommer ind på afdelingen, så står personalet nærmest i kø for at hjælpe en sådan person. For det er vel nok synd for personen, at personen er så hjælpeløs. Men hvis man ligefrem støtter en patient, på denne måde, så fjerner man da ikke personens hjælpeløshed, den bliver bare opretholdt. Men det gør vel heller ikke noget for personalet, for personalet er jo til for at hjælpe. Det er underligt at se personalet live op, når der kommer en ny patient, som tilsyneladende har brug for hjælp. Jeg bliver konstant skuffet, når jeg ser patienter blive behandlet på en bestemt måde, fordi det er stimulerende for personalet, men ikke for patienten. Hvis en personale møder på arbejdet på en retspsykiatrisk afdeling med den mening, at i dag skal vi alle sammen spille bordtennis og hygge os, så er det sandelig et personale-ønske og ikke nødvendigvis et patient-ønske. Jeg var på et tidspunkt på en afdeling hvor vi havde en personale, der mente at alle patienterne skulle spille bordtennis med ham hver gang han var på arbejde. Der var en del patienter der nærmest frygtede dagen, når de kunne se at han skulle være på arbejde, for så skulle de bruges til at opfylde hans behov for at være social og spille bordtennis. Det er korrekt at en del patienter har behov for at blive motiveret, for ikke at synke ned i sig selv, men det handler om at finde ud af hvilke patienter der har hvilke behov, og så tilpasse behandlingen efter den enkelte patient. Jeg er godt klar over at det ikke er let at se forskellen mellem hvad en patient udtrykker af behov og hvilke behov som patienten har men som patienten ikke selv er klar over eksisterer. Ofte når en person henvender sig et sted for at få hjælp, fordi personen har brug for hjælp, så viser det sig ofte at der er en helt anden grund til at personen har brug for hjælp end den årsag personen giver udtryk for. Man skal som personale erkende at situationen kan være svær, og ikke bare hoppe i med begge ben hver gang en patient udtrykker et ønske om et eller andet. Hvis en behandler bare begynder at behandle med hovedet under armen, så er

der stor chance for at man bare opretholder patientens symptomer eller påfører patienten en komplet ligegyldig behandling. En behandler eller personale skal kunne se sine egne behov og forstå sine egne behov, og forstå at der ikke altid er sammenfald mellem patientens behov og personalens behov. Hvis en personale møder på arbejde med en tanke om at se film med patienterne, men patienterne hellere vil spille kort, så skal patienterne ikke tvinges til at se film. Personalen skal forstå at det handler om at patienten vil spille kort, også selv om personalen hellere vil se film, men sådan er det at være personale på en retspsykiatrisk afdeling og hvis du som personale ikke kan forstå det, så har du måske det forkerte arbejde.

Skrub i seng

En dag (2014) ringede en patient til mig fra et andet hospital. Patienten forklarede mig at patienten havde vågnet om natten fordi patienten skulle tisse. Patienten havde gået ud på toilettet og tisset. Da patienten var færdig ville patienten vaske hænder. Da patienten kom over til håndvasken, besvimede patienten, klappede efterfølgende sammen og slog panden ned i flisegulvet og besvimede næsten helt. Efter et kort stykke tid kom patienten helt til bevidsthed igen. Patienten rejste sig op og tumlede ud af værelset og op til personalet på kontoret. Her forklarede patienten om faldet, og spurgte om det var muligt at patienten kunne blive tilset af en læge, da patienten følte sig utilpas. Den ene personale kikkede blot på patienten og gav et svar, der ikke var til at tage fejl af: ”Skrub i seng...”.

Smil til fotografen

Når en person bliver indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, så bliver der taget et billed af patienten, så man senere har mulighed for blandt andet at give politiet et billede af patienten, hvis det skulle blive nødvendigt at efterlyse patienten.

Små og store ting

Jeg har nu personligt været indlagt i mere end 4 år. I denne periode har jeg haft en enkelt periode hvor jeg var sur og jeg ødelagde en tv. Efterfølgende

skulle min overlæge skrive en erklæring om mig til retten for at beskrive hvem jeg er som person. Hun henviste til hændelsen med tv'et, hvilket jo er en anelse underligt. Lad mig komme med en forklaring på hvorfor. Jeg har været indlagt i mere end 4 år, det svarer til ca 1461 dage. Ud af alle disse dage har der været en enkelt dag hvor jeg var sur. Der er således tale om at jeg har været sur i 1/1461-del af min indlæggelse. Dette svarer til at jeg har været sur i 0.068 % af tiden jeg har været indlagt. Hvis jeg vender det på hovedet så kunne man også godt sige, at jeg i 99,93 % af tiden ikke har været sur. Det var tilsyneladende nok til at jeg ikke kunne få ophævet min dom. Hvis man er patient i retspsykiatrien, så skal man altså være 'glad' i mere end 99.93 % af tiden, for at gøre sig forhåbning om at komme ud igen. Hvis man ser på tallet 0.068% og 99.93%, så er det tydeligt for enhver at jeg altovervejende er mere glad end sur. Alligevel vælger min overlæge at lægge vægt på at jeg altså har været sur i 0.068% af tiden jeg har været indlagt. Der er tale om et tydeligt subjektiv valg fortaget af min overlæge. Hvis hun havde ønsket at være objektiv, så havde hun oplyst til retten hvor lang tid jeg har været sur, samtidig med at hun også havde oplyst retten om i hvor lang tid jeg ikke har været sur under min indlæggelse. Der er tale om bevidst undladelse, da min overlæge tilsyneladende har haft den mening at jeg ikke skulle have ophævet min dom. Jeg kender desværre ikke nogen opgørelse på dette område for 'normale' mennesker, men jeg kan da fortælle at jeg i mit liv har mødt en del 'normale' mennesker som var sure i meget mere end 0,068% af tiden. Der er således også på dette område tale om at man indenfor retspsykiatrien prøver på at gøre patienterne til det man kalder for super-normale mennesker. Man bruger en masse penge på behandling af patienter med det formål at gøre dem mere normale end de normale, hvilket er spild af penge. Der er tale om 'manipulation ved udeladelse'. Ved at udelade hvor lidt jeg faktisk har været sur under min indlæggelse, prøver overlægen at overbevise dommeren om at jeg ofte er sur.

Sovemedicin fjernede søvnen

De fleste mennesker reagerer 'normalt' på en medicin, men enkelte mennesker har den omvendte reaktion på medicin. De fleste mennesker reagere med slaphed og træthed på fx benzodiazepiner, men enkelte mennesker reagerer faktisk omvendt med eufori og søvnløshed. På et tidspunkt i Pilehus (P4) fik lægen den idé at jeg trængte til at sove og slappe af. Jeg fik således både en indsprøjtning med et afslappende middel og en indsprøjtning med et sovemiddel. Det resulterede i at jeg lå bæltefixeret i 2½ dag UDEN

hverken at sove eller at slappe af. Da jeg endelig slap ud af fixeringen var jeg totalt bombet i hjernen. 2½ dag hvor jeg ikke kunne bevæge andet end mine fingre og uden at sove, føltes nærmest som en eller anden form for total-tortur. Tænk at man må behandle mennesker på denne måde...ufff....

Spil-teori i retspsykiatrien

Indledning
Overlægen synes at jeg har en ejendommelig tankegang. Dette er ikke et bevis på at jeg objektivt set har en ejendommelig tankegang. Det beviser kun at overlægen synes, at jeg har en ejendommelig tankegang. Endnu engang viser det blot, at overlægens udtalelse fortæller mere om overlægen end om patienten. Det beviser kun at overlægen ikke har kendskab til fx spil-teori. Der er tale om at overlægens opfattelse af en utilstrækkelighed hos mig, i virkeligheden er et udtryk for en utilstrækkelighed hos overlægen.

Spil-teori
Selve ordet spil-teori er et dårligt ord, da det ikke kun gælder indenfor spil, men også inden for fx økonomi, sociologi, psykologi og biologi. Man har flere gange foreslået at ændre navnet, men det er aldrig blevet til noget. Spil-teori er dybest set det man kunne kalde for forhandlingsteori. Teorien er således egnet til fx at forklare hvordan firmaer bedst forhandler med hinanden. Spil-teori er blevet et meget bredt emne, og teorien har nu i mere end 100 år gang på gang vist at den virker ud over al forventning. Spil-teorien er en gennemtestet teori, som har vist sig utrolig stabil og effektiv over tid. Der er således i perioden fra 1920 og frem til 2004 ikke mindre end 10 personer som har opnået at modtage en Nobel-pris i spil-teori. Der findes mig bekendt ikke andre teorier hvor man har fået 10 Nobelpriser indenfor samme teori. Spil-teori er således accepteret af verdenssamfundet som en ganske pålidelig teori, og den bruges efterhånden indenfor mange forskellige områder heriblandt økonomi, sociologi, psykologi og biologi. Det er blot nogle få år siden at forskere opdagede at flagermus også følger reglerne indenfor spil-teori. Dette blev gjort ved at undersøge den måde hvorpå flagermus fodre sit eget og andre flagermus's afkom. Det interessante er jo at flagermus ikke har lært spil-teori. Det er en medfødt evne hos flagermusen. Grunden til at flagermusen har denne adfærd er netop fordi at den sikre optimal adfærd i alle tænkelige situationer og den har ganske enkelt med tiden udviklet sig til at være optimal i sin adfærd, for at kunne overleve bedst muligt.

Optimal adfærd

Dybest set så ønsker alle mennesker at have optimal adfærd. En adfærd som er optimal i forhold til den situation man befinder sig i. Dette gælder både for personalet, overlægen samt patienten. Ofte er det utroligt svært at opnå optimal adfærd i en given situation. Grunden er at man sjældent har så mange informationer til sin rådighed som man gerne ville ønske. Der er således næsten altid tale om at den beslutning man skal tage vil blive taget på et grundlag som ikke er optimalt. Men hvis man ikke har optimalt grundlag for sin beslutning, hvordan bærer man sig så ad med at foretage en optimal beslutning? Hvis man ikke har alle informationer til sin rådighed, så bliver man nødt til at vurdere de informationer som man rent faktisk har til sin rådighed. Man skal tænke sig grundigt om når man vurdere disse informationer. Det er ikke nok at man ser på selve informationen, man skal også vurdere om denne information i det hele taget har nogen gyldig værdi. Hvis du fx er på travbanen og gerne vil spille på hest nr 7 og du ved at manden som skal ride på hesten har en grøn trøje på, så kan man godt sige at du er i besiddelse af information, men er denne information noget værd når du skal tage stilling til om du vil spille på hesten eller ej? Mange mennesker har tænkt på denne situation i mange hundrede år, og situationen blev først sat på formel af en præst ved navn Baye, som senere lagde navn til Baye's theorem. Hvis du virkelig gerne vil have optimal adfærd i en hvilken som helst situation, så er Baye's theorem den ultimative model. Baye's theorem er en punktvis fremgangsmåde man kan bruge hvis man ønsker at tage optimale beslutninger i situationer hvor man ikke har optimal information. Baye's theorem blev blandt andet brugt under anden verdenskrig af Englænderne, når de skulle lede efter tyske ubåde i atlanten, og man kun var i besiddelse af sparsom information. Efter indførelsen af Baye's theorem blev man pludselig meget bedre til at finde ubåde.

Fordelen ved optimal adfærd

Du behøver ikke bekymre dig om din beslutning efter at du har foretaget din beslutning. Du vil ikke få dårlig samvittighed over din beslutning, for du ved at det var den bedst mulige beslutning du kunne foretage dig set i forhold til de informationer du havde til din rådighed, da du foretog selve beslutningen. Du behøver ikke at ligge søvnløs om natten og tænke på din beslutning, da den beslutning du tog var den bedst mulige i den situation hvor du tog beslutningen. Der ville muligvis være bedre beslutninger at tage i den situation hvor du tog din beslutning, men da du ikke havde adgang til tilstrækkelig information, så var det ikke muligt for dig at komme frem til denne beslutning. Man kan derfor godt have optimal adfærd, selv

om man ikke i den givne situation tog en beslutning der var ultimativ optimal. Det er vigtigt at tænke på at beslutningen skal være optimal i forhold til den viden du var i besiddelse af da du traf din beslutning.

Asymmetrisk information

Selve spillet der foregår mellem en patient og en overlæge, er det man kalder for et asymmetrisk spil. Grunden til at asymmetrien opstår er den simple, at overlægen er uddannet overlæge, set i forhold til patienten som kun har ringe viden om retspsykiatri. Der er således tale om at overlægen har overhånden når det kommer til forhåndsviden inden samtalen begynder. Den bedste måde en overlæge kan bevare denne fordel overfor patienten er ved at undlade at dele sine informationer med patienten. Overlægen har magten i samtalen og han giver den ikke fra sig. Der er dog to måder hvorpå patienten kan ændre på dette billede. Den første er ved at være opmærksom på overlægen. Ved at observere overlægen vil patienten være i stand til indirekte at få indblik i overlægens viden, da overlægen ikke kan undgå at blotlægge denne viden hver gang han taler til patienten. Den anden måde hvorpå en patient kan opnå viden er ved selv at opsøge den mellem samtalerne med overlægen. Overlægens overlegenhed på informations-området har stor indvirkning på patientens videre behandlingsforløb. Det er derfor vigtigt for patienten at gøre alt hvad patienten kan for at ophæve asymmetrien på dette område.

Asymmetriske regler

En anden form for asymmetri mellem patient og overlæge, er at overlægen skal følge overlæge-regler og patienten skal følge patient-regler. Det er overlægen der på grund af sine overlæge-regler har al magten i situationen, på samme måde som patienten netop ikke har nogen form for magt, da patient-regler næsten kun handler om at underkaste sig overlægens magt. Det er ikke muligt for patienten på noget tidspunkt at få magt over overlægen. Dette følger af reglerne for overlægen og patienten. Det er dog muligt for patienten at forhindre overlægen i at udøve sin magt overfor patienten. Dette kræver dog en del kendskab til spillets regler. Ofte vil patientens følelse af overlægens magt få patienten til at føle sig magtesløs. Overlægens formål med at få patienten til at give op overfor overlægens overmagt med det samme, er at forhindre patienten i at begynde at tænke på om han måske kan forhindre overlægen i at udøve sin total-magt overfor patienten. Hvis patienten kan komme sig over forskrækkelsen over overlægens magt, så vil patienten være i stand til at se, at overlægens magt ikke er total, men at den kun ser ud som om at den er total. I det øjeblik patienten ser at overmagten

ikke er total, så har patienten åbnet muligheden for at stoppe overlægens overmagt.

Samtale-potentiale
Hver enkelt samtale mellem en patient og en overlæge er dybest set en form for forhandlingssituation. Det er egentlig på samme måde med denne forhandlingssituation som fx at spille skak. Hver gang du spiller et spil skak, så bliver du en lille smule klogere og bedre til skak. Ligeledes, hver gang du har en samtale med en overlæge, så vil du blive en lille smule bedre til netop at tale med din overlæge. Hver enkelt samtale indeholder et potentiale, og det handler om at udnytte dette potentiale mens samtalen finder sted.

Hvad sker der når patienten opnår optimal adfærd
På et tidspunkt i forløbet, så vil der ske det, at patienten vil have oparbejdet en viden om situationen, som er så stor, at der vil begynde at komme en form for balance mellem overlægens overmagt og patientens afmagt. På grund af spillets regler, så vil patienten aldrig komme i en situation hvor patienten får magt over overlægen, men patienten kan opnå så meget viden, at patienten kan opnå balance mellem overlægen og patienten. Når dette sker så har patienten opnået det man kalder for en nul-situation. Nul-situationen medfører at det er lige meget hvad overlægen gør, så har patienten en svar som kan ophæve overlægens forsøg på at udøve magt. Patienten kan ikke bestemme hvilken retning cyklen skal køre, men patienten kan nu til enhver tid sætte en kæp i hjulet og stoppe cyklen hvis retningen er forkert, og hvis overlægen ikke ændre mening men blot lader kæppen sidde i hjulet, så har man opnået det man kalder Nash-ligevægt. Der kan siges meget mere om spil-teori, men jeg vil stoppe for nu. Du har muligvis aldrig før hørt om spil-teori og dens store potentiale. Jeg har derfor taget mig den frihed at introducere den for patienter og retspsykiatri med denne tekst.

Se også: http://en.wikipedia.org/wiki/Game_theory

Stabilitet

I retspsykiatrien har man den holdning, at man skal sikre patienten en stabil dagligdag. Dette er bare ikke hvad der sker i virkeligheden. Faktisk er virkeligheden helt på hovedet i forhold til denne antagelse. Alligevel så holder retspsykiatrien fast i sin tro på. at den giver patienten en stabil hverdag. Retspsykiatrien betragter sig selv som et stabilt holdepunkt, som

patienten kan holde fast i når patienten er ustabil. Det er dog mit argument, at en patient under indlæggelsen i retspsykiatrien faktisk er mere stabil end selve retspsykiatrien. Jeg kan bruge mig selv som eksempel. Jeg betragter mig selv som meget stabil og retspsykiatrien som meget ustabil. Jeg har nu været indlagt i 4 år og 9 måneder. I denne periode har jeg været indlagt på 3 forskellige afdelinger, og jeg kan se frem til snart at blive flyttet igen, fordi den afdeling jeg er indlagt på (P5) flytter til Slagelse omkring september 2015. Min fysiske placering er altså ikke stabil, da jeg mindst vil opleve 4 forskellige geografiske indlæggelsessteder under min indlæggelse. Jeg har i samme periode skiftet overlæge 10 gange. Dette giver også ustabilitet i mit behandlingsforløb. Desuden er der i øjeblikket også stor udskiftning i personale-gruppen. Der er i øjeblikket så mange nye personaler, at de eneste jeg kender på afdelingen er de andre patienter. I øjeblikket er det patienterne, som er det eneste stabile holdepunkt i retspsykiatrien i Region Sjælland. Alt andet er i en konstant forandring.

Standard-patienten

Min overlæge har ved flere lejligheder udtrykt sin utilfredshed med mig, fordi jeg ikke gør som hans andre patienter plejer at gøre. Jeg afviger fra overlægens opfattelse af hvad det vil sige at være en standard-patient. Der er tilsyneladende visse krav en patient skal opfylde før overlægen er tilfreds med patienten. Overlægen undre sig over at jeg ikke opfører mig som hans patienter plejer at opføre sig. Måske skyldes overlægens opfattelse af mig, at jeg i virkeligheden slet ikke burde være en patient, for jeg fejler nemlig ikke noget. En indre konflikt hos overlægen dukker op til overfladen. Han vil ikke indrømme overfor sig selv, at jeg ikke fejler noget. På samme tid, så kan overlægen trods store anstrengelser ikke få mine tanker og handlinger til at passe på en person med en psykisk lidelse. Se følgende uddrag af notat fra møde den 10 okt. 2014:

"...Jeg forklarer pt., at det jo er meget specielt, han blot skyder på alt og alle omkring sig i stedet for at forholde sig til sine nære relationer, som burde være langt vigtigere, også i hans liv. Det er det for de øvrige patienter..."

Som det fremgår af notatet, så sammenligner overlægen mig med de andre patienter. Overlægen prøver faktisk at overbevise mig om at det er en god idé at jeg gør lige som de andre patienter på afdelingen. Overlægen er utilfreds med at jeg er begyndt at interessere mig for patienternes forhold

i retspsykiatrien. Overlægen er ikke vant til at en patient bekymre sig om hvordan de andre patienter bliver behandlet i retspsykiatrien. Overlægen er utilfreds med at han ikke kan manipulere mig ved hjælp af mine følelser. Jeg skyder ikke på alt og alle. Jeg skyder udelukkende på retspsykiatrien. Overlægen vil gerne give et indtryk af at han beskytter samfundet imod mig og mine klager. Problemet er dog at den eneste han i virkeligheden prøver på at beskytte, er sig selv. Det handler hele tiden om at opretholde illusionen om omsorg, og i dette tilfælde prøver overlægen at vise at han udviser omsorg for samfundet, ved at beskytte samfundet imod mine klager. Jeg skal selvfølgelig ikke have mulighed for at klage over ting, som er forkert i retspsykiatrien. Overlægerne er generelt ikke til at stole på. Tidligere havde jeg udgang i 72 timer af gangen. Jeg fik frataget denne udgang og den blev erstattet med udgang i kun 1 time af gangen. Dette har gjort det meget svært for mig at opretholde mine nære relationer. Overlægerne mener altså at jeg skal gå mere op i mine nære relationer samtidig med at overlægen fratager mig muligheden for netop at have nære relationer. - det kan næsten ikke blive mere tosset. Og så har man den frækhed at kalde det for behandling.

Stockholm-syndrom 1 del

De fleste mennesker tænker nok på noget med gidsler og gidseltagere, når jeg siger Stockholm-syndrom, men der liggere mere i ordet end bare det. En person kan godt komme til at lide af Stockholm-syndrom, uden nødvendigvis at have været et gidsel i ordets forstand. Der er lignende situationer, som kan føre til Stockholm-syndrom. Stockholm-syndrom kan blive betragtet som en form for traumatisk binding, som ikke nødvendigvis har noget med en gidsel-situation at gøre, men blot en situation hvor: ”Stærke følelsesmæssige bindinger udvikler sig mellem to personer, hvor den ene person ind imellem chikanere, slår, truer, misbruger eller intimidere den anden person”. Jeg har gennem længere tid undret mig over hvordan det kan være, at jeg konstant støder på personer, som har haft forfærdelige oplevelser i retspsykiatrien og den almindelige psykiatri, mens jeg samtidig næsten aldrig støder på folk, som har positive oplevelser med psykiatrien. Disse observationer skal så ses i forhold til de undersøgelser som regionerne laver på deres egne psykiatriske afdelinger, de såkaldte tilfredshedsundersøgelser. Disse undersøgelser viser ofte, at mere end 80% af patienterne er tilfreds med den behandling, de modtager når de er indlagt på en retspsykiatrisk og almen psykiatrisk afdeling. Der er således en skrigende

stor forskel på det som patienterne siger til mig, og det de har oplyst til regionerne i deres tilfredshedsundersøgelser. Forskellen var ikke til at forstå, indtil jeg altså læste en gang til om stockholm-syndromet. Hvis en person bliver udsat for en overmagt, og føler at personens liv eller helbred er i fare, så kan personen som et forsøg på at overleve, benytte sig af det som kaldes "identifikation med aggressor". Personen som føler overmagten kan i et forsøg på at overleve, beslutte at identificere sig med aggressor, og tage samme mening som aggressor i et forsøg på at overleve. Tanken er at hvis den undertrykte person tager samme mening og tanker som overmagten, så vil overmagten ikke gøre den undertrykte noget for nu er både overmagt og den undertrykte person jo ens og overmagten har jo nok ikke lyst til at slå en person ihjel hvis han har samme meninger og holdninger som overmagten selv. Hvis en patient kommer i en situation hvor overlægen vil tvinge patienten til behandling med magt, så kan patienten blive så bange, at patienten i et forsøg på at overleve identificere sig med aggressor (overlægen), og ubevidst siger til sig selv: "Hvis jeg nu siger ja til medicinen, og siger at jeg da selvfølgelig skal have medicin, så gør han mig vel ikke mere ondt". Hvad patienten dog ikke ved er at i det øjeblik han får medicin, så gør overlægen så meget ondt ved patienten som det er overhovedet muligt, og yderligere overgreb på patienten er ikke nødvendige, men det ved patienten som regel ikke. Jeg har (desværre) mødt flere patienter, som har fortalt mig om deres liv og deres situation, og deres oplevelser med det psykiatriske system. Det som har slået mig ved deres fortællinger, er den kontrast jeg oplever i det som de siger og det som jeg ser. Når disse patienter fortæller mig hvor meget medicin de får og hvor dårligt de egentlig har det, så står det i en skærende kontrast til det de fortæller om deres overlæge. De fortæller at deres overlæge jo bare vil patienten det godt, og at overlægen gør alt hvad han kan for at redde patienten. Samtidig oplever jeg en patient med så mange bivirkninger, at jeg får den følelse at patientens hjerte kan stoppe hvert øjeblik det skal være. Hvis man som patient bliver tvunget til behandling, så er det vigtigt ikke at give slip på sig selv som menneske. Det bedste man kan gøre, er at erkende at overlægen har mere magt end patienten, og være sig overlægens magt bevidst, og derved undgå at identificere sig med aggressor. At identificere sig med aggressor er en forsvarsmekanisme, og forsvarsmekanismer er som regel gode, da de sikre menneskets overlevelse. I denne situation er mekanismen bare ikke fornuftig, fordi den gør at du får et kortere liv med unødvendig medicin, en masse unødvendige bivirkninger og en dårlig livskvalitet. Du skal som patient tage stilling til om du vil være dig selv, og lære at leve som dig selv, eller om du vil være et menneske på medicin, langt væk fra dig selv. Jeg

har i dette lille indslag ikke fortalt alt hvad der er at sige om tvang og overmagt. Det er derfor vigtigt at du som menneske søger mere information om hvordan det er at være patient på en dansk psykiatrisk afdeling, så du bedre er i stand til at træffe beslutninger, der kan redde dit liv.

Storhedsvanvid

En dreng der drømmer om at blive den nye Ronaldo har ikke storhedsvanvid. Han har bare en drøm om noget stort. En person der godt kunne tænke sig fred i hele Indien har ikke storhedsvanvid, han tør bare godt tænke store tanker. (Han hed for øvrigt Ghandi). En person der drømmer om at rejse til månen har heller ikke storhedsvanvid, han har også bare store tanker (Jules Verne). En person der i middelalderen tør tænke den tanke at universet er uendeligt har heller ikke storhedsvanvid (Giordano Bruno). Personer som opfattes som om de har storhedsvanvid er ofte mennesker som tør tænke store tanker, der hvor de fleste andre mennesker ikke har forestillingsevne til at forestille sig så store tanker. Ofte når en psykiater kommer frem til den konklusion at hans patient har storhedsvanvid, så skyldes det at psykiateren ikke har en forestillingsevne der er lige så stor som den forestillingsevne patienten besidder. En psykiater med en dårlig forestillingsevne og som følger Jante-loven (Du skal ikke tro at du er noget), vil meget ofte få patienter med storhedsvanvid. Eller sagt på en anden måde. Jo flere patienter en psykiater har med storhedsvanvid, jo større chancer er der for at psykiateren er et indskrænket menneske. Psykiatrien har generelt svært ved at vurdere andre mennesker som har store tanker. Nogle former for tanker handler om at have forventninger til fremtiden. Andre tanker kan have en karakter af identitetsforvirring. Hvis en patient tror at han er Jesus, så er det ikke storhedsvanvid, men mere en form for identitetsflugt. Personen ser sig selv som noget andet end det han i virkeligheden er. Hvis en person får hukommelsestab, og får den tanke at han nok er en prins, så er der tale om at han er utilfreds med sin egen identitet som fx murer fra Esbjerg. Han vil gerne være lidt mere end bare en murer fra Esbjerg. Det er på samme måde med personen der tror at han er Jesus. Han har taget afstand fra sin egen identitet. Den ene bruger Amnesi (hukommelsestab) som en mekanisme til at glemme sig selv, den anden bruger Jesus til at fortrænge sig selv. Manden som er Jesus er ikke nødvendigvis Jesus fordi han gerne vil være Jesus, men fordi han ikke vil være sig selv. Udgangspunktet er derfor et menneske som ikke vil være sig selv. Den ene måde at fjerne sig selv er ved hukommelsestab og den anden er ved fx at blive Jesus. Alle men-

nesker kan få hukommelsestab, da det er en egenskab til hjernen selv, men det er ikke alle mennesker der kan "blive" til Jesus, for det kræver at man har kendskab til at der findes en historie om en person der hedder Jesus. Hukommelsestabet er altså forankret i hjernen, mens forestillingen om at være Jesus er forankret i personens kultur. Hvis vi støder på en person som har fået hukommelsestab og han nu tror at han nok er en forsvundet prins, så siger vi underligt nok ikke om denne person at han har storhedsvanvid. Vi føler som regel en form for medlidenhed med personen i stedet for. Hvis vi støder på en person som tror at han er konge, så får vi ikke umiddelbart medlidenhed med ham. Vi synes i stedet for at han nok har lidt for store tanker om sig selv. Men hvad er forskellen egentlig? Man skal ikke se på hvor patienten endte, fx som en person med hukommelsestab eller en tro på at han er Jesus. Man skal i stedet for se på hvor personen kom fra og hvad personen gav slip på eller tog afstand fra. Man skal lære at vende en tanke på hovedet. Der vil være en grund til at personen valgte at sige farvel til sin egen identitet og enten udrydde den eller påtage sig en anden identitet. Begrebet storhedsvanvid som det er opdelt nu til dags er en dårlig konstruktion. Den kan deles op i to dele. Den første del er mennesker der tør tænke store tanker. Disse mennesker har ikke storhedsvanvid. De tør bare tænke store tanker om fx fremtiden. Den anden gruppe af mennesker har faktisk heller ikke storhedsvanvid. Der er i stedet for tale om at de flygter fra deres egen identitet, og det kan gøres på flere måder. Alt i alt så behøver vi slet ikke længere begrebet storhedsvanvid, for det kan erstattes af to mere grundlæggende funktioner hos mennesker, nemlig evnen til at tænke store tanker og flugten fra egen identitet. Alle normale mennesker har en lettere skjult tanke om sin egen storhed, men vi siger ikke til dagligt om de normale mennesker at de allesammen lider af storhedsvanvid, selv om fx næsten alle normale mennesker tror at de er klogere end gennemsnittet. Det er en kamp om ego. *"Jeg er psykiater, og derfor er jeg klogere end dig, for du er patient"*.

Se også: sygdomsgevinst

Straf af person som er uegnet til straf

Jeg har det med at undre mig over alle mulige småting. Her er så endnu en af disse småting.

Eksempel
En person gør noget ulovligt. Personen bliver efterfølgende mentalundersøgt. Personen bliver fundet sindssyg i gerningsøjeblikket. Personen kommer nu i retten og får en behandlingsdom.

Efterfølgende bliver personen indlagt på en retspsykiatrisk afdeling. På denne afdeling har man en husorden. Det kan nu være at personen vælger at overtræde denne husorden. Personen bliver nu straffet. Han får fx at vide at de næste 7 dage må han ikke gå ud af sit værelse. Personen blev fundet sindssyg i gerningsøjeblikket. Grunden til at han stadig er på en retspsykiatrisk afdeling må være fordi man mener at personen stadig har en psykisk lidelse. Der er altså tale om at personen under hele det ovenstående forløb har haft en psykisk lidelse.

Her kommer så mit første spørgsmål
Hvis personen er blevet fundet uegnet til straf på grund af en psykisk lidelse, hvordan kan det så være, at det er i orden at straffe personen for at overtræde husorden, han har jo trods alt stadig en psykisk lidelse i det øjeblik han vælger at overtræde husorden?

Andet (og tredje) spørgsmål
Hvis personen tilsyneladende er egnet til at blive straffet, når personen overtræder en husorden, er det så fordi man i virkeligheden mener at personen er rask nok til at blive straffet?

Hvis personen i virkeligheden er rask nok til at blive straffet, er personen så ikke også i virkeligheden rask nok til at blive udskrevet?

Straf eller medicin

Hvis jeg går rundt i afdelingen på en sær måde, det kunne fx være hvis jeg gik rundt i afdelingen hele tiden og kørte fingeren langs væggen, hvad er det så lige præcis ved denne adfærd der gør at det er i orden at prøve at ændre den med medicin? Hvad nu hvis overlægen droppede medicinen og i stedet for straffede mig for at gå rundt med fingeren langs væggen? Personalet kunne fx sende mig ind på værelset resten af aftenen som en straf for at jeg har gået rundt i afdelingen med fingeren langs væggen. Eller forestil dig en anden situation. Hvad nu hvis en patient taler med et groft sprog til personalet, og personalet føler sig forulempet, og personalet efterfølgende sender patienten på værelset. Det ville nok være den normale fremgangs-

måde. Men hvad nu hvis overlægen ikke straffede patienten med at komme på værelset og i stedet for gav patienten en bedøvende medicin for at slippe for patientens dårlige sprog overfor personalet? Jeg har først beskrevet en person hvor overlægen antager at der ligger en psykisk lidelse bag adfærden og den kunne 'behandles' på to forskellige måder. Den første var med straf og den næste var med medicin. I den næste situation havde patienten en dårlig adfærd overfor personalet og igen er der de to samme muligheder. Enten kan man vælge at sende patienten på værelset som en straf eller man kan vælge at give patienten en sløvende medicin så patienten ikke længere er i stand til at være ubehagelig overfor personalet. En gang imellem sker der noget i retspsykiatrien, som jeg finder underligt. En gang imellem så sker der det at en person som har en uheldig adfærd i personalets øjne. Personalet vælger så at denne person skal straffes for sin adfærd. Problemet er bare at adfærden er et symptom på psykisk lidelse. Personen bliver altså straffet for sine symptomer ved fx at blive sendt på værelset. Måske burde en sådan person ikke straffes, men hjælpes. En gang imellem sker der også det omvendte. En person har en uheldig adfærd. Det kunne være at patienten havde haft en dårlig adfærd over for en anden patient eller over for personalet. Det sker så nogle gange at personalet overtaler en sådan patient til at spise noget sløvende medicin, blot for at slippe for patientens brokkeri. For at sige det kort. Nogle gange bliver patienter straffet for at have en psykisk lidelse. Andre gange bliver patienten medicineret fordi personalet ikke kan lide patientens adfærd. Efter mere end 4½ år i retspsykiatrien som patient, så er det min konklusion, at personalet ofte er ganske ude af stand til at så hvornår en given handling eller adfærd hos en patient er et udtryk for psykisk lidelse eller hvornår det er et udtryk for at patienten ganske enkelt bare er utilfreds med sin situation. Det denne fortolkning af patientens adfærd finder sted på en retspsykiatrisk afdeling, så vil personalet og overlægen være tilbøjelige til at tro at adfærden skyldes en psykisk lidelse. Der er tale om en kraftig bias, hver gang personalet fortolker patienternes adfærd. Det er meget vigtigt at forstå at der findes denne bias. Samtidig fornægter både overlæge og personale at der findes en sådan bias. Hvilket i sig selv er netop grunden til at biasen er så stærk som den er hos personalet og overlægen. Men hvad er effekten af en straf eller en medicinsk behandling? Hvis man straffer en patient for en uheldig adfærd eller et symptom på en psykisk lidelse, så vil man faktisk være i stand til at ændre adfærden hos patienten. Der vil ske det at patienten vil undertrykke den adfærd som personalet mente var uheldig og efterfølgende opføre sig inden for de rammer som personalet finder passende. Det vil sige at både den trodsige patient og patienten med den psykiske lidelse opfører sig som personalet ønsker. Men

hvad med den person som havde en adfærd på grund af sin psykiske lidelse, er han nu blevet rask? Svaret er NEJ. Han har bare lært at undertrykke sine symptomer på sin lidelse. Der er ganske enkelt tale om at denne patient har lært at spille rask. Uanset om man giver medicin til en patient som enten har en dårlig adfærd fordi han er utilfreds med personalet eller man giver medicin til en patient som har en dårlig adfærd på grund af en psykisk lidelse, så vil man faktisk være i stand til at få patienten til at skifte adfærd. Grunden er simpel. Medicinen medfører et ubehag (bivirkninger). Disse bivirkninger kan patienten ikke lide. Patienten bliver derfor motiveret til at slippe for medicinen. Den eneste måde patienten kan slippe af med medicinen igen er ved at opføre sig ordentligt. Der er tale om at overlægen og personalet tror at de behandler patienten, men det som opleves af patienten er udelukkende straf. Men hvad er egentlig målet med straffen og medicinen? Vi bilder hinanden ind at vi behandler patienterne med det formål at gøre dem raske. Det rejser dog et stort problem. Hvis vi har to patienter, og den ene spiller rask mens den anden patient rent faktisk ER rask, er det så muligt at se forskel på dem? Svaret er NEJ. Det er ganske umuligt at se forskel på en patient der er rask og en patient der bare spiller rask. Det giver derfor ikke nogen mening at vi i behandlingen af patienten stræber efter at gøre patienterne raske. Det er faktisk nok at de bare spiller raske. Det gør faktisk ikke rigtig nogen forskel i et samfund om borgerne er raske, eller om de bare ser raske ud. Forestil dig følgende forsøg (som nok ville være en anelse uetisk): Vi tager ved en byret alle de dømte og tvinger dem til at trække lod mellem straf og behandling. Den ene halvdel skal straffes og den anden halvdel skal behandles. Der vil således både være raske og ikke-raske i fængsel og der ville ligeledes være raske og ikke-raske i retspsykiatrien. Det er min påstand at de raske i retspsykiatrien vil have lige så god gavn af medicin som de patienter der rent faktisk har en psykisk lidelse, og det vil ligeledes være mit argument at de raske og ikke-raske som kommer i fængsel vil gavne lige meget af en straf. Vi finder nok aldrig ud af om jeg har ret, for forsøget ville af mange nok blive betraget som uetisk, men det er interessant at tænke på udfaldet af et sådan eksperiment.

Straffeattesten

Jeg har en behandlingsdom og jeg har nu været indlagt i snart 5 år (maj, 2015). Jeg hører ofte personalet sige at jeg ikke er indlagt for at blive straffet, men for at blive behandlet. Der er dog ting som ikke passer helt sammen. På et tidspunkt ville jeg se min straffeattest, og der stod i min straf-

feattest at jeg havde en behandlingsdom. Det undre mig dog en smule, for en behandlingsdom er jo netop ikke en straf men en behandling. Hvordan kan det være at min behandlingsdom står i min straffeattest, når nu en behandlingsdom er en behandling og ikke en straf? Man skriver da ikke i min straffeattest hvis jeg en gang er blevet behandlet for brok.

Styringsoplevelser

Denne tekst vil nok være kontra-intuitiv for de fleste læsere, men giv lige teksten en chance alligevel. Skizofrene mennesker har nogle gange det man kalder for styringsoplevelser. De føler at de ikke har kontrol over sig selv, og at de bliver styret at noget andet, eller af nogle andre. Der er tre typer styringsoplevelser: påførte handlinger, påførte viljesimpulser og påførte følelser. Mennesket har en illusion. Vi kalder denne illusion for fri vilje. Den foregår på følgende måde i vores hjerne: Vores hjerne tager en beslutning. Efterfølgende bliver denne handling udført. Samtidig med udførelsen af handlingen, bliver der sendt en kopi af handlingen op til hjernens bevidsthed, og hjernen bliver nu bevidst om hvad den laver. Selve illusionen ligger i den rækkefølge som tingene sker i. Hjernen tager en beslutning og sender herefter en kopi af handlingen op til bevidstheden. Illusionen om den frie vilje opstår fordi hjernen snyder sig selv til at tro at rækkefølgen i virkeligheden var den omvendte af hvad der i virkeligheden skete. Illusionen ligger i at hjernen snyder sig selv til at tro, at bevidstheden foretog et valg, hvorefter der blev sendt et signal ud i hjernen med det formål at udføre handlingen eller tanken. Vi har altså den illusion, at vi styrer tingene selv. Vi kalder det for den fri vilje. Den fri vilje er i virkeligheden bare en illusion. Hjernen tager en beslutning for os, og vi bliver så efterfølgende bevidste om denne handling. Hjernen bytter så om på oplevelsen af rækkefølgen, og vi føler nu, at vi gjorde handlingen bevidst. men det er bare fup. Styringsoplevelser er et symptom på skizofreni. Men det er et underligt symptom, for symptomet er jo bare at patienten ser verden som den i virkeligheden er, nemlig at vi bliver styret af en hjerne, som bare sender en kopi af dens beslutninger op til bevidstheden. Og den skizofrene er bare bevidst om at dette faktisk er tilfældet. Der er tale om at det vi kalder for den normale opfattelse af tingene, nemlig at vi har en fri vilje, bare er en illusion, og vi kalder denne illusion for normal, for alle mennesker har jo denne illusion. Den skizofrene patient, der oplever styringsoplevelser, er bare en des-illusioneret normal person. Der er tale om at den skizofrene i virkeligheden er i stand til at opleve verden som mere rigtig end de normale mennesker. Oppe i hjernen på

den skizofrene er den rigtige rækkefølge pludselig blevet bevidst for den skizofrene, og dette opleves som meget ubehageligt. Den skizofrene har opnået super-virkelige tanker. Den skizofrene har bare mistet sin illusion om sin frie vilje, og er nu des-illusioneret.

Stå fast

Noget af det første personalet lærer er, at hvis man skal ændre på en patients adfærd, så er det vigtigt at personalet holder sammen, samt at de står fast på deres meninger over for patienten. Grunden til at personalet lærer netop denne strategi, er fordi den er effektiv. Men hvis det er en effektiv strategi, at stå fast på sine meninger, så kan du som patient jo også bare benytte dig af denne strategi over for personalet. Personligt, så bruger jeg den hele tiden. Jeg STÅR FAST på mine meninger over for personalet. Det er kun igennem vedvarende konsekvent handling over for personalet, at det er muligt, at få dem til at fatte hvad jeg mener og hvad jeg tror på. Du skal huske på, at strategien har nogle følger. Strategien fortæller i sig selv ikke noget om hvorvidt det personalet eller patienten står fast på er rigtigt eller forkert, eller om det er virkeligheden eller bare fri fantasi. Det handler således ikke om indhold, men om magt. At stå fast, er således ikke et udtryk for at den der står fast har ret. Det er udelukkende et magtmiddel som man kan bruge over for andre, og i særdeleshed patienterne. Jeg har flere gange oplevet andre patienter stå fast på det de mente, og til sidst slap de af sted med det, og fik det som de ville have det. Det er egentlig bare en form for udmattelseskamp, og den der først bliver udmattet taber. Hvis du står fast på noget overfor personalet, så skal du huske på at de smiler hele tiden til dig, lige meget hvor fast du står, men inden under huden, begynder personalet langsomt at smuldre, og de vil lade som om alt er i den skønneste orden, lige indtil de når det punkt, hvor de bryder sammen. For personalet handler det om at opretholde en facade overfor patienten, så patienten får den tro at det er nytteløst at stå fast på sine holdninger. Der er således kun een vej frem for patienterne i retspsykiatrien. STÅ FAST.

Støj er magt - Sko

Man ved flere ting om chimpanser, som også er gældende for mennesker. Man ved fx at chimpanser som ønsker at udstråle magt, de gør hvad de kan

for at rende rundt og lave støj. Støjen spreder sig omkring dem og fylder rummet omkring dem med netop deres lyd. Mennesker kan finde på det samme. Nogle mennesker elsker at gå rundt i sko der larmer helt vildt. Det gør at man kan høre dem langt væk, med andre ord, de fylder i rummet. Vi har på vores afdeling en overlæge (Susanne Møller Madsen), som stort set altid går i sko som larmer voldsomt. Når jeg sidder inde på mit værelse, så kan jeg høre hende komme gående helt ude på vejen, og selv om jeg sidder med lukket vindue og dør, så kan jeg høre når hun kommer ind på afdelingen. Nu er der et enkelt problem ved denne form for magt. Hvis jeg nu sagde til alle andre patienter, at de allesammen skulle begynde at gå rundt i sko der larmede, så ville der blive en voldsom støj på afdelingen, som hverken patienter eller personale ville kunne holde ud. Jeg prøver således ikke på at fortælle dig at du skal gøre det samme. Det jeg prøver på er, at gøre dig opmærksom på den magt der omgiver dig på din afdeling. Det er ikke kun irriterende at høre på for patienter. Det kan også godt være irriterende for andre personaler. En dag stod jeg et sted i afdelingen Pilehus (P4) Nykøbing Sjælland, hvor man er svær at få øje på. Der kom så en personale gående i et par støvler som lavede en voldsom lyd når hun gik. Hun gik ind på kontoret og lukkede døren efter sig. En personale (Søren Johansen) stod ude midt på gangen sammen med en anden personale, og Søren Johansen sagde nu til den anden personale: ”Ja, jeg var da blevet tosset af at høre på den larm, hvis jeg var patient her i afdelingen”. Dette viser blot at personalet udemærket godt ved hvad der påvirker patienterne på afdelingen i negativ retning, men alligevel undlader de at gøre noget ved det, for Søren Johansen gik jo ikke ind til sin kollega og sagde til hende at hun larmede, han lod hende bare larme videre.

Støj og stress

Vi beskytter os imod bakterier ved at vaske hænder. Men hvor tit ser du egentlig en bakterie med dine egne øjne? Du ved at de er skadelige, selv om du ikke kan se dem. Det er ikke intuitivt at beskytte sig imod bakterier. Det er noget du har lært. Der er tale om kontra-intuitiv adfærd, for du ville med stor sandsynlighed ikke opdage at bakterier er farlige, hvis ikke der var nogen der havde fortalt det til dig. For at beskytte dig imod bakterier er du altså nødt til at have en adfærd som ikke er intuitiv for dig. Man kalder en sådan adfærd for kontra-intuitiv. Du skal også lære at beskytte dig imod støj, for den kan være skadelig selv om du ikke kan mærke at den er skadelig. Der er tale om kontra-intuitiv adfærd, for det er ikke naturligt

for mennesker at bestykke sig imod noget, som ikke virker som en trussel. Visse former for skadelige ting som kan skade mennesker er ikke altid lige lette for mennesker at forstå som skadelige. Der er tale om situationer hvor vi skal lære noget som strider imod vores intuition. Vi kalder denne adfærd for kontra-intuitiv adfærd. Det er når vi beskytter os imod ting som er skadelige for os som mennesker, selv om vi ikke lige umiddelbart kan se at de er skadelige for os. Hvis man udsætter forsøgspersoner for svag støj, så er det faktisk muligt at måle en forskel på personen. Man har foretaget forsøg med personer som man udsatte for svag støj. Man kan faktisk ved hjælp af målinger se om en persons fysiologi ændre sig i forhold til støj. Man har taget personer og målt dem uden støj. Man har så igen udsat personerne for støj og mål på personerne igen. Resultatet er tydeligt. Mennesker reagere på støj også selv om den er meget svag. Hvis man så også samtidig spørger personen om hvordan han har det med og uden støj, så vil hans svar være at han ikke kunne mærke forskel, selv om målingen af modstanden i forsøgspersonens hud ændredes sig alt efter om der var støj eller ej. Vi er altså påvirkelige af vores omgivelser, også i de situationer hvor vi ikke selv kan mærke det. Støj er med til at gøre mennesker stressede, og det er derfor vigtigt at du lære at sætte ind imod støj i dit miljø, for støj giver dig stress også selv om du måske ikke lige umiddelbart føler dig stresset.

Suggestion

Hvor let en person er at suggerere afhænger ikke at om det du siger til personen er fornuftigt. Det er en egenskab ved modtageren og ikke afsenderen. Hvis en overlæge er vant til at hans patienter er meget suggestive og der kommer en patient som på ingen måde er suggestiv, så vil overlægen blive irriteret for han kan ikke overbevise patienten om at det han siger er rigtigt, med mindre det virkelig er rigtigt. Med andre ord. Personer som er modtagelige (suggestive) for vås, vil hurtigt også tro på dette vås. En person som på ingen måde er suggestiv, vil ikke tro på vås. Personen vil dog kunne overbevises, hvis det man fortæller til personen er fornuftigt. Problemet er dog at det som overlægerne siger til deres patienter netop ofte er noget vås. Overlægen ser på problemet på den helt forkerte måde. Hvis det virkelig handlede om at hjælpe patienten, og overlægen fik en patient som er let at udsætte for suggestion, så burde overlægen hjælpe denne person til at blive mindre suggestiv, altså mindre modtagelige for vås. Grunden til at patienten er endt som en patient, er med stor sandsynlighed at personen er alt for suggestiv, og derfor alt for let kan overbevises om ting som netop er noget

vås. Ofte vil der ske det at overlægen i stedet for vil udnytte patientens lette påvirkelighed, og overbevise patienten om at patienten skal spise medicin. I stedet for at hjælpe patienten af med sin uheldige tilstand, så udnytter overlægen nu tilstanden til at få patienten til at spise medicin. I min verden er overlægens fremgangsmåde et overgreb på patienten. Egentlig burde en overlæge være en person der hjalp patienten, men i stedet for bliver patienten påvirket til at spise en medicin som på ingen måde er helbredende og som med stor sandsynlighed blot er mere skadelig for patienten. Patienten mangler en indre styrke. I stedet for at give patienten en bedre indre styrke, så udnytter overlægen nu patientens svaghed. I stedet for at hjælpe patienten, så bliver patienten nu holdt nede af overlægen ved hjælp af medicin. Jeg betragter denne handling som mishandling af patienten. Hvis nu overlægen i stedet for at give patienten medicin, valgte at hjælpe personen til at blive mindre suggestiv, så ville patienten blive bedre til at klare sig på egen hånd og patienten ville på ingen måde have brug for medicin. Denne handling ville give patienten magt over sig selv. Det er et problem for de fleste overlæger. Det er som om at de fleste overlæger godt kan lide at have magt over deres patienter, og så nytter det jo ikke at overlægen giver patienten magt over sig selv, for så vil overlægen jo miste sin magt over patienten. Hvis en patient er meget suggestiv, så vil det desværre ofte ikke være i overlægens interesse at hjælpe patienten. Patienten ville på lang sigt faktisk have større gavn af at undgå at tale med en overlæge. Det siger vel næsten sig selv, at den overlæge som ikke har brug for at have magt over sine patienter, også vil være den overlæge som hurtigst vil kunne helbrede en patient som er meget suggestiv, og som er meget modtagelig for hvad andre mennesker fortæller til patienten. Overlægens egen selvtillid og indre styrke vil have stor indflydelse på hvor godt det vil lykkedes for overlægen at helbrede patienten. Jo større overlægens selvtillid og indre styrke er, jo hurtigere vil patienten også blive rask. Hvis du som psykiater og overlæge ikke er særlig intelligent og heller ikke har særligt meget forstand på mennesker, så er retspsykiatrien med stor sandsynlighed noget for dig. I retspsykiatrien har overlægen fået en meget stor magt over patienterne. Overlægen har fået denne magt tildelt af samfundet ved hjælp af en dommer. Overlæger som er ret dårlige til at overtale deres patienter til en behandling og overlæger som ikke er ret gode til at tale med patienter vil med stor sandsynlighed være glade for at være i retspsykiatrien. I retspsykiatrien behøver man som overlæge nemlig ikke gode argumenter når man skal behandle en patient, for hvis patienten ikke er enig med overlægen, så kan overlægen bare bruge magt til at gennemføre behandlingen i stedet for. Sagt på en anden måde. Så længe overlæger i retspsykiatrien kan bruge magt, hvad skal de så med

fornuftige argumenter. Man skal ikke være en fornuftig overlæge for at arbejde i retspsykiatrien, for magten i retspsykiatrien er let at bruge, og den bliver også brugt både tit og ofte.

Sund fornuft (common sense)

Alle mennesker gør som udgangspunkt brug af deres sunde fornuft. Der er dog et problem. Daniel Kahneman har påvist ved forsøg at ca 30% af de beslutninger som vi tager når vi gør brug af vores sunde fornuft er fejlagtige. Dette rejser et stort problem. Når en psykiater skal vurdere om en person har en psykisk lidelse, så vil man som en af de vigtige ting vurdere om personen er i besiddelse af sund fornuft. Hvis nu en psykiater får en patient som har en anderledes tankegang end psykiateren, så vil psykiateren straks tro at der er noget galt med personens sunde fornuft. Problemet er bare at psykiateren selv gør brug af sin sunde fornuft, og det er påvist at den vil fejle i ca 30 % af de beslutninger den laver. Der er derfor stor chance for at denne patient som er til en undersøgelse hos psykiateren faktisk er ret fornuftig, men at dette ikke går op for psykiateren i 30% at tilfældende. Hvis en psykiater bruger den sunde fornuft som et udgangspunkt når en psykiater skal vurdere patienter, så ved vi nu at psykiateren i ca 30% at tilfældende vil komme frem til en forkert konklusion på grund af sin sunde fornuft. Der vil altså i ca 30% af vurderingerne som psykiateren foretager af sine patienter være chance for at psykiateren kommer frem til at patienten har en ringere fornuft end psykiateren, men hvor det i virkeligheden er psykiateren der har en ringere fornuft en patienten. Det er uhyggeligt - men sandt...

Se også: *At tænke - hurtigt og langsomt*, af Daniel Kahneman

Sund kost

Vi har fået oplyst, at afdelingen skal tilbyde en sund og nærende kost til patienterne. Derfor får vi også fisk en gang imellem. Vi er (pr januar 2015) 12 patienter på afdelingen. Patienterne på afdelingen har lov til at købe mad ude i byen og få det leveret i afdelingen. Der er næsten ikke nogle patienter der har lyst til at spise fisk. Derfor sker der ofte følgende på de dage hvor aftensmaden er fisk: Når jeg kommer ned til spisestuen, så sidder der 2 personaler og spiser fisk. Der sider som regel også en patient eller to og de

spiser også fisk. Resten af patienterne som ikke har lyst til fisk de bestiller så grillmad fra den lokale grill eller spisehus. Efterfølgende bliver aftensmad til cirka 8 personer smidt ud. En dag skulle jeg selv bestille mad oppe i byen fordi jeg fik besøg, og jeg ringede til spisestedet oppe på gågaden. Jeg oplyste min bestilling og min adresse, og sagde til ekspedienten at hun nok allerede kendte adressen, for de køre ofte herop med mad. Hun oplyste mig om at hun da mindst 400 gange tidligere havde været på min afdeling for at aflevere grillmad. Hurra for den sunde kost.

Svage patienter

Jeg har flere gange oplevet at patienter er blevet forhindret af personalet i at have eller danne en eller anden form for relation, eller patienterne har måske hjulpet hinanden på den ene eller anden måde, og har så af personalet fået en forbud mod at blande sig i hinandens sager eller forhold. Jeg vil give personalet ret i at man skal beskytte svage patienter. Hvis en patient prøver at udspørge en anden patient om denne patients personlige forhold, så bliver patienten bedt om at holde op med at blande sig i andre patienters indlæggelse. Der er ikke noget ret stort magtforhold mellem patienterne sammenlignet med det magtforhold der er mellem personalet og patienterne. Det er personalet der har magten overfor patienterne, og det kan nogle gange være svært for patienterne at stritte imod personalets magt, når personalets overskrider deres egen regler og pålægger patienten noget som dybest set ikke burde pålægges patienten. Personalet må ikke give private informationer om en patient til andre patienter, da der påhviler personalet en tavshedspligt. Problemet er bare at personalet ofte misbruger deres magt og indirekte kommer til at bryde deres tavshedspligt i afdelingen. Det sker på følgende måde (ofte ved måltiderne, da dette tidspunkt er det eneste i løbet af dagen hvor 2 personaler og patienterne er samlet): Personalet sidder ved bordet og spiser sammen med patienterne. Personalet vil gerne være sociale med patienterne (forståeligt nok). MEN, som regel så gør personalet det, at de begynder at tale med patienterne om deres personlige forhold, mens alle de andre i spisestuen kan høre hvad der bliver sagt. Patienten kan i denne situation godt have svært ved at undlade at svare, da der er et magtforhold mellem personalet og patienten som er til personalets fordel. Dette gør at personalet ofte sidder og spørger de forskellige patienter om de mest private ting, som det ofte aldrig selv kunne falde en patient ind at sige til de andre patienter på afdelingen. Det er i orden at beskytte patienterne imod hinanden, men egentlig så burde patienterne i særdeleshed beskyttes imod

personalet, da personalet netop er i et magtforhold overfor patienterne. Jeg vil ikke beskrive mig selv som svag. Hver gang en personale stiller mig personlige spørgsmål under måltidet, så beder jeg venligt men bestemt personalen om at holde op med dette. Dette fører stort set altid til at personalen efterfølgende skriver i min journal at jeg har været nærmest ubehøvlet og næsvis. Det er mit indtryk at personalet mener at de har eneret på at overskride tavshedspligten og at de ligeledes har eneret på at forulempe en patient og skrive negativt om denne patient hvis patienten ikke underkaster sig frivillig udspørgen om private forhold i andres påhør. Som patient er det nærmest umuligt at sætte en grænse overfor en personale, og det vil straks blive set på som noget meget negativt. Personaler burde være særligt opmærksomme på ikke at forulempe svage patienter, men det er nu mere som om at personalet i særlig høj grad benytter sig af at nogle patienter er svage. Ubehageligt men sandt.

Svarer du på spørgsmål?

Det er høfligt at svare når man bliver spurgt om noget, men spørgsmålet kan også blive så krænkende at det bedste at gøre er ikke at svare. For nogle mennesker er det så uhøfligt ikke at svare, at de svarer på alt hvad personalet spørger dem om, også selv om de finder det krænkende. Det handler om at blive meget bevidst om at man har det valg at man kan vælge at svare eller lade være. Jeg har selv mange gange fået krænkende spørgsmål fra personalet, og i starten så svarede jeg også fordi jeg gerne ville fremstå som høflig og venlig, men efterhånden så oplevede jeg at krænkelserne begyndte at gå mig på, og jeg måtte erkende at hver gang jeg prøvede på at være høflig og venlig, så gik det bare ud over mig selv. Jeg tog så den beslutning, at fremover når personalet spurgte mig om noget, så ville jeg med vilje tøve en smule, for at mærke efter om deres spørgsmål var krænkende. Hvis jeg følte at det var ok at svare, så ville jeg svare, men hvis jeg følte at spørgsmålet var krænkende, så ville jeg venligt men bestemt undlade at svare. De fleste personaler har en idé om at patienten selvfølgelig altid skal svare på deres spørgsmål, og bliver overrasket eller ligefrem utilfreds med at patienten ikke svarer. Man skal hele tiden huske på at det handler om magt. Hvis personalet spørger dig om noget og du føler dig tvunget til at svare, så er det fordi at der ligger en følelse af magt i situationen. Som patient, vil du ofte føle at du er den lille, og du vil derfor automatisk se personalet som den stærke. Dette magtforhold er let at lave om på, blot ved at nægte at svare på krænkende spørgsmål. Desuden så skal du huske på at

alt hvad du siger til personalet, det vil blive skrevet ned og brugt imod dig, hvis du derimod ikke svarer så kan det ikke bruges imod dig. Det interessante ved en journal, er at det kunne aldrig falde personalet ind at skrive noget om dig, der får dig til at fremstå som stærk. De vil derfor med stor sandsynlighed aldrig skrive om dig i din journal at du ikke svarer på deres spørgsmål. Man skal huske at når man nægter at svare på et spørgsmål, så skal man gøre det på en venlig men bestemt måde. Når du nægter at svare på et spørgsmål, så vil du med det samme fremstå som uvenlig og usamarbejdsvillig i personalets øjne, men retspsykiatrien handler ikke om venlighed men om magt. Du vil næsten med sikkerhed føle det en anelse underligt de første par gange du nægter at svare på personalets spørgsmål, men du vil til gengæld også efter et stykke tid opleve, at du får en større kontrol over din situation. Personalet vil have den omvendte følelse. De vil opleve at deres magt bliver mindre, og de vil opdage at hvis de vil have dig til at gøre noget bestemt, så nytter det ikke at give dig en kommando. Personalet vil opdage at hvis de skal gøre sig forhåbning om at hjælpe dig, så bliver de nødt til at forhandle med dig om behandlingen. Med andre ord. Magt er ikke noget patienter får i retspsykiatrien, det er noget patienter tager, og de tager den fra personalet. Hjælp dig selv.

Syge og raske

Man ved at en del af de mennesker som vælger at søge arbejde som politibetjente, har den ubevidste tanke, at de er bange for at blive set på som kriminelle. Ved at søge over i det modsatte, altså ved at blive politibetjent, så føler de sig mere sikre, for nu hører de jo pludselig til blandt de særligt lydige borgere. Personens skræk for at blive kriminel, får personen til at reagere med at søge bekræftelse i at han netop IKKE er kriminel, og den bedste måde at gøre det på, er ved at blive politibetjent. Ved at være en del af personalet på en retspsykiatrisk afdeling så bliver man automatisk særligt rask, for man danner jo en kontrast til patienterne, som ikke er raske, og som har lidelser og forstyrrelser. Jo mere syge patienterne er, jo mere raske vil personalet komme til at fremstå, ikke mindst i deres egne øjne. Hvis patienterne nu i virkeligheden var raske, så ville denne forskel forsvinde, og personale og patienter ville pludselig fremstå som ens. Denne situation er fra personalets side ganske uønskelig, for så bliver de jo ikke bekræftet i at de er raske, hver dag de går på arbejdet. Personalet har derfor (desværre) en interesse i at patienterne er syge. Der findes personer, som har en tendens til at sætte sig selv i hjælpeløse situationer, og så vente på at der

kommer nogen og hjælper dem. Nogle af disse mennesker lider muligvis af det man kalder for tillært hjælpeløshed. De har ganske enkelt lært at være hjælpeløse. Det er ikke nogen behagelig situation at være i. Der findes også personer som har det lige omvendt. De har et indbygget behov for at hjælpe andre. Hvis disse mennesker ikke har nogle de kan hjælpe, så vil de opleve deres situation som lige så håbløs, som dem der er hjælpeløse. Uanset om man er hjælpeløs eller har brug for at hjælpe, så er følelsen denne samme. Jeg har den formodning (desværre), at en vis andel af personalet på en retspsykiatrisk afdeling, har den lidelse, at de har et stort behov for at hjælpe. Men man kan jo kun få tilfredsstillet sit behov hvis der er nogle andre mennesker som ikke har det godt, og som man så kan hjælpe. Det uheldige i denne situation er, at det pludselig bliver upraktisk at helbrede patienterne. Hvis man med stor effektivitet helbreder patienterne, så er der jo til sidst ikke længere nogen at hjælpe, og så vil disse mennesker begynde at opleve tomhed og de vil blive stresset, for deres behov for at hjælpe andre kan nu ikke længere tilfredsstilles. Skulle denne situation opstå, så ville der ske det, at personalet ville stå tilbage med et uforløst behov for at hjælpe. Denne situation ville muligvis udvikle sig til et ubehag, som til sidst ville blive så stort, at personalet ville være nødt til at gå til behandling fx i form af psykolog-samtaler for at komme af med sit uforholdsvise store behov for at hjælpe andre mennesker. Personalets lidelser er nøjagtig lige så stor som patienternes lidelser, forskellen er bare at de er modsat hinanden, og at det er socialt acceptabelt at have et behov for at hjælpe andre, mens det ikke er socialt acceptabelt at have brug for hjælp. Hvem er du selv?

Sygelig detaljeflugt

Personaleregler

Retspsykiatriske afdelinger er hospitalsafdelinger. Af denne grund er der utroligt mange regler for adfærd og hygiejne på en retspsykiatrisk afdeling. Antallet af regler for personalet er meget stort, og det er mit indtryk at kun de færreste personaler har læst alle disse regler. Der findes mange myndigheder som laver regler for arbejdet på hospitaler. Disse er blandt andet Arbejdstilsynet, Sundhedsmyndighederne, Statens Serum Institut samt Regionerne. Personalet er således underlagt en masse regler, som er meget konkrete og detaljeret, og som personalet skal følge hver dag. Hvis man læser de instrukser mv som er udarbejdet af Regionerne, så vil man erfare at der i næsten allesammen står at personalet har pligt til at kende reglerne. Der står også i instrukser mv, at det påhviler ledelsen at gøre personalet

bekendt med reglerne. Der er således ikke nogen undskyldning for IKKE at kende til reglerne for den retspsykiatriske afdeling. Alligevel opdager jeg hver dag situationer hvor det er tydeligt at personalet ikke kender til de regler, som det er pålagt personalet at følge. Jeg ser det både i personalets adfærd og jeg kan høre det når jeg taler med personalet om de regler der gælder for afdelingen.

Personalets (mulige) utilstrækkelighed

Personalet kan groft deles op i to grupper. Den første gruppe er personaler, som er bange for det konkrete og detaljerne. Disse personaler er bange fordi, de ser det som et tegn på psykisk lidelse hvis man som menneske er for konkret og går for meget op i detaljer. Disse personaler har hele tiden et lettere abstrakt syn på tingene, og de undgår de konkrete detaljer. De får derfor skabt en stor kontrast imellem dem selv og andre mennesker (patienterne). Mennesker som ikke har samme abstrakte syn på tingene som dem selv (personalerne) vil i personalet øjne fremstå som mennesker der nok har en psykisk lidelse (patienterne). Den anden gruppe af personaler har evnen til både at forstå det konkrete (og detaljerne) og det abstrakte. Disse personaler har også evnen til at se denne evne hos andre mennesker (patienterne). For disse personaler vil en patients konkrete forståelse af en udtalelse ikke nødvendigvis være et tegn på psykisk lidelse. Det vil for en sådan personale udelukkende være et MULIGT tegn på psykisk lidelse, og det vil for en sådan personale kræve flere kontakter mellem personalen og patienten for at fastslå om patienten virkelig har en psykisk lidelse, eller om der i situationen blot var tale om en patient som i den givne situation valgte at forstå situationen konkret, og at patienten var konkret fordi patienten valgte at være konkret, og ikke fordi patienten ikke kunne lade være med at være konkret.

Patientens (mulige) utilstrækkelighed

Der er to grupper af patienter, som er vigtige i denne sammenhæng. Den første gruppe er patienter som har svært ved at forstå abstrakte ting. Disse patienter vil have en tendens til at forstå alle udtalelser som meget konkrete. For denne gruppe af patienter er der tale om at patienten har en manglende evne til at forstå abstrakte udtalelser. Det kan være en fejl i hjernen (måske forkert prooning i hjernen under opvæksten), og det er således ikke sikkert at patienten kan forbedre sin forståelse af det abstrakte ved hjælp af medicin. Den anden gruppe af patienter er i stand til både at forstå abstrakte og konkrete udtalelser, og disse patienter er også i stand til at veksle mellem det konkrete og det abstrakte. Det kan være utroligt svært for personalet at

se forskel på en patient der er konkret i sin tankegang fordi patienten ikke kan lade være, og så en patient der er konkret i sin tankegang blot fordi han i en bestemt situation ønsker at være det. Det kræver indsigt at kunne se forskel på de to grupper af patienter, og personalet er ikke altid i besiddelse af denne indsigt.

Tegn på psykisk lidelse

Personaler har generelt en aversion imod konkrethed og detaljer, fordi personalet er vant til at se det som et sikkert bevis på psykisk lidelse, og ikke bare et tegn der understøtter muligheden for at en person har en psykisk lidelse. Hvis personalet begynder at forholde sig konkret til det de oplever, eller personalet begynder at gå i detaljer, så vil personalet automatisk føle en form for ubehag, da personalet nu begynder at have en adfærd som de selv ser som et muligt tegn på psykisk lidelse, og personalet har det ikke lyst til at gøre noget som muligvis kunne være et tegn på psykisk lidelse. Personalet på en retspsykiatrisk afdeling går meget op i netop IKKE at fremstå som personer med psykisk lidelse. Dette giver dog et problem. Personalet er underlagt en masse regler som er meget konkrete og som indeholder en masse detaljer. Men da personalet ser det som et tegn på psykisk lidelse at interessere sig konkret for en masse detaljer, så vil personalet jo automatisk også tage afstand fra at læse love og instrukser om deres arbejde som er meget konkrete og som indeholder mange detaljer.

Eksempel på flugt (1)

En dag var jeg med til et møde. Der blev ved mødet talt om en tavle som hænger i afdelingen. Tavlen er opsat af brandmyndighederne. Den fortæller at der ikke må forefindes sprit i patientområder. Til min store overraskelse, så var der en personale der mente, at man nok ikke skulle tage tavlen særligt bogstavelig, og at det nok godt alligevel kunne lade sig gøre at have lidt sprit hængende i patientområdet i afdelingen.

Eksempel på flugt (2)

Det er ikke tilladt for personalet af have lange ærmer på en hospitalsafdeling. En dag kom jeg ned til kontoret. Her sad en personale med en langærmet trøje på. Jeg spurgte ham om hvorfor han havde en langærmet trøje på, når det nu ikke var tilladt ifølge reglerne om påklædning. Han oplyste mig at han ikke behøvede at følge reglen, for reglen var nok blevet lavet ved en fejl. Personalen der stod ved siden af, oplyste mig om at hun da ikke kunne følge reglen for hun frøs uden sine lange ærmer.

Bemærkning til eksempler

I begge eksempler drager personalet tvivl ved en regel. Reglen er ifølge personalet muligvis forkert. Det som er meget slående i begge tilfælde, og som virkelig fortæller noget om personalet opførsel og tankegang er at ingen af personalerne havde den tanke at undersøge om reglerne nu virkelig var korrekte. Personalet udtrykte i begge tilfælde tvivl om det rigtige i reglerne, men ingen af personalerne havde en intension om at undersøge om reglerne nu også var korrekte, eller om personalet bare tog fejl. Grunden til IKKE at undersøge om reglerne var rigtige er til at få øje på. Hvis en personale undersøger om en sådan regel er korrekt, og det viser sig at reglen faktisk ER korrekt, så er personalen jo nødt til at indrømme over for sig selv og andre at personalen har taget fejl, og denne situation vil personalet gerne undgå. Rent bevidst og over for andre viser personalet således at reglen nok er en fejl, men på det ubevidste plan ved personalet godt at reglen er god nok, for ellers ville personalet straks havde rejst sig op for at finde ud af om reglen var en fejl.

Konflikten spidser til

Lad mig komme med et godt eksempel på en nærmest total konflikt mellem personalet og en patient. Forestil dig en patient, der bliver opmærksom på at der findes en regel, og at personalet tilsyneladende ikke følger denne regel. Patienten gør nu personalet opmærksom på at personalet ikke følger denne regel. Det første der sker er at personalet får den idé at patienten nok har et tegn på psykisk lidelse, for patienten går op i konkrete detaljer på et niveau, som personalet ikke kan forstå. Personalet mener at patienten har et tegn på psykisk lidelse, men patienten udtrykker IKKE et tegn på en psykisk lidelse. Det er personalet som ikke magter at forstå de detaljer som ligger i den information som personalet får fra patienten. Det er således en utilstrækkelighed hos personalet der fører til at patienten pludselig (i personalets øjne) har tegn på psykisk lidelse. Det er således farligt for en patient at gøre opmærksom, hver gang der er en regel som personalet ikke følger. Hver gang en patient således gør en personale opmærksom på at der er en regel som personalet tilsyneladende ikke magter at følge, så bliver patienten straks stemplet som en person med en psykisk lidelse.

Patienter kontra personaler

Jeg kan ikke huske at jeg har hørt en patient prøve på at bortforklare en regel. Jeg har dog mange gange hørt en patient være utilfreds med en regel. Forskellen ligger jo netop i at patienterne anerkender reglen, men udviser utilfredshed men reglen. Personalet kan derimod finde på at fornægte

reglen i sig selv og sige at reglen ikke gælder for dem, eller at reglen nok er lavet ved en fejl, og så undlade at følge reglen. Det handler om menneskers evne til både at kunne forstå det konkrete og meget detaljerede og menneskets evne til at forstå det abstrakte. Det handler i særdeleshed om menneskets evne til at kunne bevæge sig frem og tilbage i området mellem det abstrakte og meget konkrete. Hvis en personale ikke har denne evne, så vil personalen heller ikke kunne forstå en anden person, som udvider denne evne. En personale uden en sådan evne vil således ikke være i stand til på korrekt vis at fortolke en patients adfærd og udtalelser korrekt.

Min vurdering af situationen

Situationen har nærmest en indbygget konflikt. Konflikten er imellem personalet, som har en tendens til at undgå konkrethed og detaljer og visse patienter som har en tendens til at være meget konkrete fordi de ikke kan lade være. Der kan også godt være en konflikt imellem personalet og en patient som bevidst vælger at være konkret, men som udelukkende er konkret som en bevidst handling, og så udemærket er i stand til også at forstå ting mere abstrakt. Konflikten opstår fordi der på afdelingen er ansat personale som kun i ringe grad forstår konkrethed og detaljer. Konflikten opstår fordi personalet ikke har bredde nok i deres forståelse af kontrasten mellem det meget konkrete og det meget abstrakte. Patienterne vil fremstå som mere psykisk lidende i øjnene på en personale der kun i ringe grad kan forstå konkrethed og detaljer, end i øjnene på en personale der i høj grad er i stand til at forstå netop konkrethed og detaljer. Det er således personalets evne til at forstå konkrethed og detaljer der vil afgøre i hvor høj grad en patient vil fremstå som en person med en psykisk lidelse eller ej. Det er således kvaliteten af personalet der afgør hvor godt patienterne har det. Personale af en lav kvalitet vil således se patienterne som mere dårlige end et personale af høj kvalitet. Også i denne situation er det personalets kvalitet som personale der vil være udslagsgivende for om en patient skal have medicin og ikke patientens egen tilstand.

Det handler om magt

Dybest set, så handler det ikke om hvem der har en psykisk lidelse og hvem der IKKE har en psykisk lidelse. Det handler om magt. Personalet har mere magt end patienterne. Derfor er det personalet det afgør om en tilstand er tegn på psykisk lidelse eller ej. I dette tilfælde handler det om konkret tænkning og detaljeringsgrad. Men advokater og dommere er også meget konkrete. Faktisk er de mere konkrete og går mere op i detaljer end de fleste patienter, som er indlagt på de retspsykiatriske afdelinger. Forskel-

len er dog at personalet har magt over patienterne, men personalet har ikke magt over fx en advokat eller en dommer. I denne situation slår personalet hjernen fra og accepterer overmagten. Det handler således ikke om psykisk lidelse. Det handler om magt.

Sygelig konkrethed

Der er mange situationer i retspsykiatrien, hvor der opstår sammenstød mellem personalets evner og patienternes tegn på psykisk lidelse (eller mangel på samme). Der er også ofte situationer, hvor det bliver tydeligt, at det er personalet som har manglende evner og således ikke patienterne der har tegn på psykisk lidelse. Jeg vil starte med at beskrive en situation: Det kan godt være et tegn på psykisk lidelse, hvis en patient hele tiden forstår alle udtalelser meget konkret. Lad mig komme med et eksempel fra min egen hverdag: Hver dag når vi spiser middagsmad i spisestuen, så er jeg med vilje meget konkret. Hvis en personale spørger mig om jeg kan nå salaten, så rækker jeg hånden ud og rører ved salaten, og siger så til personalen, at jeg godt kan nå salaten. Hvad personalen nok i virkeligheden mente, var om jeg ville række personalen salaten. Det er noget jeg gør ganske bevidst, men der findes mennesker, der næsten ikke kan tænke på nogen anden måde, end meget konkret. Det som også er med til at understrege at det i denne situation bare er noget jeg gør for at drille personalet er, at jeg KUN gør det ved middagsmaden. Resten af dagen er jeg jo ikke konkret på samme måde, og jeg synes at det er sjovt at røre ved salaten og se personalets reaktion. Det kan godt være et tegn på psykisk lidelse at være meget konkret i sin forståelse af ting der bliver sagt eller læst. Forskellen på en person hvor den konkrete tankemåde er et tegn på psykisk lidelse og hvor den ikke er et tegn på psykisk lidelse er, at personen som har den konkrete tankemåde som en psykisk lidelse, slet ikke kan lade være med at tænke konkret, og denne person vil i alle situationer tænke konkret uanset hvilket emne der tales om. Personer uden psykisk lidelse vil kunne skifte mellem at tænke meget konkret og meget abstrakt. For at finde ud af om en person har en psykisk lidelse som handler om konkrethed, så er det altså ikke nok at man oplever personen i situationer hvor personen opfatter tingene meget konkret, det er også vigtigt at observere om der er situationer hvor personen IKKE opfatter det sagte eller læste som meget konkret. MEN, det giver et meget stort problem for personalet på en retspsykiatrisk afdeling. Problemet er en form for bias. Problemet ligger i hvordan alle mennesker oplever deres verden og det andre mennesker siger. Mennesker har generelt

svært ved at ligge mærke til ting som er normale eller almindelige. Men på den anden side, så ville det jo også være spild af tid hele tiden at blive overrasket over normale ting. De fleste mennesker er dog således indrettet at de ikke ligger mærke til de normale ting, men så snart der er noget der afviger fra det normale, så ligger de straks mærke til det. Her er så problemets kerne. Hvis en personale sidder ved siden af mig ved middagsmaden og spørger mig om jeg kan nå salaten, og jeg rækker armen ud og rører ved salaten og så siger til personalen, at det kan jeg godt, så vil personalen finde dette underligt. Vi har altså en situation hvor personalen ligger mærke til at jeg tager personalens udtalelse som meget konkret. Nu vil personalen havde denne hændelse i hovedet, når hun skal skrive notat om hvad der er sket omkring mig denne dag. Problemet er følgende: Forestil dig at jeg igen sidder sammen med denne personale efter middagsmaden inde i dagligstuen og vi taler om andre ting. Det kan være at personalen igen siger ting som kan forstås på en figurlig eller abstrakt måde, men som også samtidig kan forstås på en konkret måde. Hvis jeg i denne situation ikke fortolker personalens udtalelse som helt konkret men forstår den på samme måde som personalen, så vil personalen på ingen måde reagere, for min reaktion på personalens udtalelse var jo helt normal. Problemet er følgende: Inde i spisestuen udviste jeg konkret fortolkning af personalens udtalelse og personalen husker nu min reaktion hvor jeg rører ved salaten som underligt. MEN da vi senere sad i dagligstuen, så var jeg ikke længere konkret, når jeg fortolkede personalens udtalelse. Det som er interessant er at jeg så netop lige har bevist at jeg ikke har en konkrethed som er tegn på psykisk lidelse, da jeg jo netop lige har bevist at jeg BÅDE kan forstå en udtalelse som meget konkret, men at jeg også kan forstå en udtalelse som abstrakt. Det kunne ikke falde personalen ind at tænke på følgende måde: ”Uha, ved middagsmaden var Glenn meget konkret, men senere inde i dagligstuen beviste han jo at han ikke tager tingene konkret hver gang der bliver sagt noget, og derfor må det han gjorde ved spisebordet derfor være noget han gjorde med vilje blot for at lave sjov med mig”. Problemet er at man ikke oppe i hovedet på en personale kan ophæve en unormal situation med en normal situation. Der vil derfor næsten altid ske følgende: Personalen oplever at jeg er meget konkret ved spisebordet og ligger mærke til min handling. Efterfølgende taler jeg igen med personalen inde i dagligstuen, og ved denne lejlighed er jeg ikke længere meget konkret, men da personalen ikke opdager at jeg ikke længere er konkret, så vil personalen heller ikke tænke på dette, når personalen skal skrive notat i journalen om hvad der er sket denne dag. Som patient er jeg således i den situation at det i løbet af en dag meget let kan gå galt for personalet, men at det samtidig er umuligt at rette

op på det igen senere på dagen. Det er et problem for alle personaler og det er også et problem for alle patienter. En lille spøg i spisestuen kan således godt gå hen og blive til et tegn på psykisk lidelse, hvis personalen ikke er vågen.

Symptomer der understøtter diagnosen

Nu har jeg været indlagt i mere end 4 år, og i denne periode er jeg begyndt at undre mig over ting som sker i retspsykiatrien og som personalet skriver i min journal. En ting som jeg har undret mig over er i hvor høj grad personalet og overlægerne går op i ting ved patienten som faktisk slet ikke har noget med sygdom at gøre. De forskellige psykiatriske lidelser har forskellige symptomer. Hvis en person har symptomer som passer til en given diagnose, ja, så får personen så denne diagnose. Der er dog adfærd ved patienterne som personalet og overlægerne godt kan lide at skrive om, selv om det ikke har noget med selve patientens diagnose at gøre. Personalet kan fx godt lide at skrive om mig, at jeg taler med mig selv. Når jeg læser i min e-journal, så får jeg det indtryk, at personalet skriver at jeg taler med mig selv, fordi at de mener at det må da være sygdom. Problemet er bare, at det har ikke noget med sygdom at gøre, at en person taler med sig selv. Hvis man slår op i det diagnose-system som vi anerkender her i Danmark som hedder ICD-10, så vil man opdage, at der findes INGEN psykiatriske lidelser hvor det er et symptom at tale med sig selv. Jeg kan kun gætte på hvorfor personalet bliver ved med at gå op i adfærd som ikke har betydning for patienterne. Jeg vælger dog at tro at personalet er en anelse tungnemme, og at de ikke ved hvad der er symptomer på sygdom og hvad der ikke er symptom på sygdom. Personalet er ikke uddannet psykiatere, og jeg har snakket med en del personale, og jeg er ærlig talt en smule skuffet over hvor lidt personalet ved om psykiatri. Man skulle tro at personale i retspsykiatrien havde en vis lyst eller interesse i at sætte sig ind i sit arbejde. Jeg får dog ofte den omvendte opfattelse. Det er som om at personalet nærmest gør hvad de kan for at handle i uvidenhed. Jeg har dog den tro, at grunden til at personalet undgår at sætte sig ind i sit arbejde, skyldes det faktum, at de jo efter min mening udfører overgreb på andre voksne mennesker hver dag, og at det er belastende for personalet hele tiden at være bevidst om dette overgreb. Derfor vælger de at gå på arbejde hver dag, og undgå at blive alt for bevidst om hvad det er de gør ved andre mennesker. At beskrive en patients adfærd som sygelig, når den i virkeligheden slet ikke er sygelig, er i sig selv en sygdom ved retspsykiatrien.

Symptomer og tegn på psykisk lidelse

Når man skal tage stilling til om en person har en psykisk lidelse, så er der to ting man skal tage stilling til, og det er SYMPTOMER og TEGN. Et symptom er noget subjektivt og indre som patienten føler. Hvis en patient fx føler sig stresset, så er det et symptom. Det er ikke lige umiddelbart muligt at se på en person om personen er stresset. Hvis personen ikke viser fysiske tegn på stress så kan overlægen kun finde ud af at patienten har stress ved at overlægen får dette af vide af personen selv. Hvis personen har en cognitiv forstyrrelse som kommer til udtryk i personens tale, således at overlægen kan høre at patienten har en forstyrrelse, så er der tale om et tegn på psykisk lidelse, da det er muligt for overlægen at høre på personens stemme, at der er noget galt. Hvis personen også selv føler problemer med at tale korrekt, så er der tale om en handling som BÅDE er et symptom og et tegn på forstyrrelse, da både personen selv kan mærke forstyrrelsen og overlægen er i stand til at høre forstyrrelsen når personen taler. Der er grænser for hvad en overlægen kan se på en patient. Overlægen kan nemlig kun se TEGN på psykisk lidelse. Og hvis patienten ikke siger noget, så er det ikke muligt for overlægen at konstatere om der er symptomer som indikerer at en patient har en psykisk lidelse, da den eneste måde hvorpå en overlæge kan finde et symptom hos en patient, er hvis patienten selv fortæller symptomet til overlægen. Som patient har man altså kontrol over sine symptomer, da man jo selv bestemmer om man vil fortælle dem til overlægen eller ej. Men man har som patient ikke kontrol over tegn på sygdom. En af grundene til at en patient kunne vælge at undlade at fortælle overlægen om sine symptomer, kunne være hvis patienten er flov over sine symptomer. Hvis nu en patient ikke kan få orgasme, så kan det være at patienten ikke synes at det er let at fortælle om dette symptom til overlægen. En overlæge skal tage det med i sine betragtninger at en patient kan finde på at undlade at fortælle noget om sig selv, fordi at dette vil føles ubehageligt for patienten. Et symptom er altså noget som patienten oplever som en abnormalitet ved patienten selv. Men patienten skal jo så være bevidst om eller have kendskab til at denne abnormalitet netop er en abnormalitet. Hvis en patient ikke føler abnormalitet, så oplever patienten heller ikke nogle symptomer på psykisk lidelse. Der er således heller ikke noget at fortælle til overlægen. Og hvis en patient føler abnormalitet, så kan patienten vælge at skjule denne abnormalitet for overlægen, eller patienten kan vælge at fortælle om denne abnormalitet til overlægen. Men hvad nu hvis patienten lider af en vrangforestilling, og patienten ikke selv er klar over denne vrangforestilling? Patienten har ganske vist en unormal tilstand, men da patienten ikke selv er klar over at

tilstanden er unormal, så vil patienten heller ikke se den som et symptom på psykisk lidelse. Patienten kan vælge at fortælle om denne tilstand til overlægen eller ej. Uanset om patienten fortæller om den unormale tilstand til overlægen eller ej, så vil patienten ikke se tilstanden som unormal. En patient som føler sig unormal, kan vælge at skjule denne unormalitet for overlægen eller fortælle den. Men en patient som ikke kan se sin egen unormalitet vil ikke få denne tanke, da patienten jo netop ikke føler sig unormal, selv om patienten rent faktisk er unormal. Hvis en patient som lider af en vrangforestilling taler med en overlæge og patienten selv opfatter sin vrangforestilling som virkelig, så er patienten ikke i stand til at skjule denne vrangforestilling, da patienten jo netop ikke kan se hvad der skulle være at skjule for overlægen. Man kan altså komme i den situation at patienten ikke selv kan se symptomer hos sig selv på psykisk lidelse, men at overlægen kan se tegn på psykisk lidelse hos patienten. Hvis patienten mener at han er født på Mars, så er dette ikke et symptom på psykisk lidelse, da patienten ikke selv opfatter det som noget unormalt. Der er således udelukkende tale om et tegn på psykisk lidelse hvis patienten fortæller dette til overlægen, da det udelukkende er overlægen der kan forstå at patienten ikke er født på Mars. Det er derfor nærmest umuligt for en patient, som tror på sine vrangforestillinger at skjule dem for overlægen. Det vil sige, at hos en person som ikke kan se sine egne vrangforestillinger som unormale han vil udtrykke disse vrangforestillinger overfor dem han taler med og han vil tale om dem som om de var virkelige. En sådan person har en psykisk lidelse, og han kan ikke skjule den. Men hvad nu med en patient som enten ikke har nogen vrangforestillinger eller som godt er klar over at det patienten tænker er en vrangforestilling? Hvis patienten ikke har nogen vrangforestilling så vil der jo hverken være symptomer eller tegn på en vrangforestilling. Og hvis personen har en vrangforestilling, men samtidig også godt selv er klar over at det patienten oplever er en abnormalitet, så har patienten dybest set heller ikke en psykisk lidelse. Man kan muligvis kalde en sådan person for neurotisk, men neuroser er ikke psykiske lidelser som man kan tildele en diagnose i henhold til ICD-10. En neurose er blot en afvigelse fra det normale som ikke er tilstrækkelig stor til at man kan kalde det for en psykisk lidelse. En patient som har en vrangforestilling, og som godt er klar over at patientens forestilling bare er en forstyrrelse, vil være i stand til at skjule denne abnormalitet overfor en overlæge, men hvilke følger vil det have for situationen? Dybest set er det lige meget om en sådan patient skjuler sine vrangforestillinger for overlægen eller ej. Grunden er simpel. Da patienten jo netop ved at vrangforestillingen ikke er virkelighed, så er der heller ikke tale om en psykisk lidelse i helhold til ICD-10. Det vil således derfor ikke

være muligt for overlægen at give denne patient en diagnose i henhold til ICD-10, uanset om patienten fortæller om sin vrangforestilling til overlægen eller ej. Hvis du ikke lige fik fat i budskabet første gang, så håber jeg du har energi til at læse teksten en gang til, da indholdet har store konsekvenser for patienten. Hvis psykiateren fejler og ikke magter at fortolke patientens adfærd korrekt så går det ud over patienten. Hvis du kan forstå denne tekst, så har du som patient værktøjet og muligheden for at rette din psykiater, når han tager fejl.

Se også: http://en.wikipedia.org/wiki/Symptom
(undlad venligst at læse den danske version, da den er ganske mangelfuld - desværre).

Symptomfattig lidelse

Symptomfattig lidelse er en form for universalværktøj for en psykiater. Hvis psykiateren har en patient som ikke opfylder kriterierne for en diagnose, så vil psykiateren ofte selv hjælpe diagnosen lidt på vej ved at udtale om patienten at patienten har en symptomfattig lidelse. Dette giver dog flere problemer. For det første så står der ikke noget i WHO's ICD-10 om symptomfattighed. Enten så kan en person opfylde diagnose-kriterierne for en diagnose eller også kan personen ikke opfylde kriterierne for en diagnose. Selve udtrykket er med til at sygeliggøre almindelige mennesker. På denne baggrund kan vi sige følgende: Alle danskere lider af skizofreni. Den ene gruppe er skizofrene med tydelige tegn og symptomer på skizofreni og resten af danskerne lider så bare af en symptomfattig udgave af skizofreni. Det er en MEGET uheldig udvikling. Der er mange mennesker der undre sig over at der bliver flere og flere danskere der får diagnosen skizofreni, men det er jo ikke underligt, når en psykiater kan få lov til at give en patient en diagnose på en *symptomfattig lidelse*. Det betyder at man er begyndt at give psykiatriske diagnoser til patienter som rent faktisk IKKE opfylder kriterierne for deres diagnose. Problemet ligger egentlig ikke i at psykiaterne siger om deres patienter at de har en symptomfattig lidelse. Problemet ligger primært i at alle andre som læser psykiaternes udtalelser om disse symptomfattige patienter ikke reagere, når patienten ikke opfylder kriterierne for den givne diagnose. Hvad skal vi egentlig med diagnose-kriterier hvis alle kan få en diagnose? Hvis man ser helt nøgternt på patientens tegn og symptomer og vurdere om patienten kan opfylde diagnose-kriterierne så vil det være ganske ligegyldigt om en psykiater vurdere en person som symptomfattig eller ej, for uanset hvad så vil patienten kun få sin diagnose

hvis patienten opfylder kriterierne for diagnosen. Der er ikke blevet flere mennesker i Danmark med psykiske lidelser. Faktisk vil jeg påstå at det samlede antal er langsomt faldende. Grunden til at antallet at danskere med en diagnose alligevel stiger er fordi vi er holdt op med at se om en patient rent faktisk opfylder diagnose-kriterierne.

Sørøverhistorier

Hvis der er noget jeg kunne skrive en hel bog om i sig selv, så er det overlægernes sørøver-historier om hvad der gælder af regler i retspsykiatrien. Jeg kan godt blive imponeret, når jeg hører andre patienter fortælle mig, hvad deres overlæge har sagt at der findes af regler i retspsykiatrien. Nu vil jeg så indføre en simpel regel du bør følge som patient. Hver gang din overlæge fortæller dig at han gør noget efter en regel, eller han beder dig om at gøre noget fordi det står i en regel, så skal du bede overlægen dokumentere reglen, og kan han ikke fremvise en dokumentation for reglen, så skal du protestere imod at følge en regel der tilsyneladende ikke findes. Hvis han stadig ikke vil fremkomme med bevis på reglen, så bør du klage til Patientombuddet, Patientklagenævnet eller ombudsmanden, alt efter hvilken regel han mener eller tror der findes. Det vil være utroligt sundt for dig og dit helbred i det lange løb, hvis du betragter overlægens udtalelser med en god portion skepsis, og du skal ikke lade dig genere, hvis overlægen bliver bange for dig, og begynder at mene om dig at du nok har fået paranoia, for så bør du også bare klage over dette til Patientombuddet. Du kan spare dig selv for utroligt mange ærgrelser og du kan forkorte din indlæggelse, men det kræver at du tør være kritisk overfor overlægen og betvivle hans udsagn og det han siger. Det lader til at mange overlæger har den opfattelse af deres behandling af patienterne, at går den, så går den. Og går den ikke, så finder de bare på noget andet. Det hele er bare et spil. God fornøjelse.

Søvnforstyrrelser

Søvnforstyrrelser kan godt være et tegn på psykisk lidelse, MEN det kan også være en følgevirkning af somatisk lidelse, en forstyrrelse i sig selv og det kan være et tegn på at personen fx oplever stress i forbindelse med selve indlæggelsen på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Selv om der kan være mange grunde til en søvnforstyrrelse hos en patient, så har personalet

ALTID det udgangspunkt, at det nok er på grund af en psykisk lidelse, for ellers var patienten jo ikke blevet indlagt. Denne holdning holder personalet så fast i indtil det modsatte er bevist. Ofte vil det ikke lykkedes patienten at overbevise personalet om, at det IKKE har noget med psykisk lidelse at gøre, men at der er andre faktorer der spiller ind. Da jeg var indlagt i Pilehus (P4), oplevede jeg ofte en forstyrrelse af min søvn, men den havde ikke noget med psykisk lidelse at gøre. Det størst problem jeg havde var at jeg ikke kunne låse døren ind til mit værelse om natten, når jeg sov, dette gav mig stress. Det gav mig også stress, at der var meget støj i afdelingen, og afdelingen var i sig selv meget lydt. Det gav mig også stress at jeg meget tit blev vækket af personalet, når de mente at jeg ikke skulle sove. Alt i alt var personalet og afdelingen i sig selv, det der medførte at jeg fik problemer med tilstrækkelig søvn. Mine søvnproblemer blev dog uden større problemer fortolket af personalet som en tegn på at jeg havde en psykisk lidelse.

Tankelæsende patienter

På et tidspunkt (2011/2012) var jeg indlagt i Pilehus (P4, Nykøbing Sjælland). Der var nogle møder i løbet af dagen som patienterne helst skulle deltage i, men ikke nødvendigvis. Et af disse møder var kl 16.00, og mødet tog som regel 15 minutter. Det kunne godt være kortere eller længere, og nogle dage var mødet forsinket. Der var den regel i afdelingen, at hvis en patient ikke var med til mødet, så måtte patienten ikke opholde sig ude i afdelingen, men skulle i stedet for være på sit værelse indtil mødet var slut. Nu er det så at problemet opstår. Hvis en patient skal sidde på værelset mens der er møde, hvordan finder patienten så ud af hvornår mødet er slut, og hvornår patienten igen kan gå ud i afdelingens fællesmiljø? Svaret er simpelt. Den kan han ikke vide, uden at han går ud i fællesmiljøet for at se om mødet er færdig. Problemet er bare, at hvis han gør dette inden mødet er slut, så bliver patienten skældt ud, fordi patienten er gået ud mens der er møde. Man har med andre ord opstillet en situation for patienterne som nærmest med sikkerhed vil give patienterne problemer. Det er nærmest som om at man godt kan lide at give patienter problemer og umulige opgaver. Man kunne godt løse problemet ved at indføre en regel om at personalet gik ned til patienterne på deres værelser og sagde til dem at mødet var færdig. På den måde kunne patienterne med sikkerhed vide hvornår de kunne gå ud i afdelingen igen, men denne regel blev aldrig indført mens jeg var indlagt.

Tanker af privat karakter

Lad mig starte denne tekst med at fortælle om damen der studerede korn: I 1950'erne var der en ung dame i det nordlige England, som studerede korn. Hun gik meget op i sit korn og hun brugte al sin tid på korn. En dag da hun var ude på sin mark og kikke på korn, så opdagede hun at skallen omkring frøene havde en interessant form. Hun undrede sig over formen, men kom efter et stykke tid frem til en forklaring. Et stykke tid senere var der møde i den lokale videnskabelige forening. Her var hun i øvrigt den eneste kvinde som var medlem. Da det blev hendes tur til at tale, så fortalte hun forsamlingen om hendes korn. Hun fortalte at hun havde gjort en interessant opdagelse. Hun havde fundet nogle forandringer ved kornet. Hendes konklusion var at disse forandringer kun kunne lade sig gøre hvis generne i kornet havde hoppet rundt i kromosomet og havde skiftet plads. Der var dog absolut ingen i forsamlingen der troede på at gener kunne hoppe rundt i et kromosom, så hun blev meget upopulær på grund af sine udtalelser. Hun valgte derfor at opgive sit medlemsskab af den videnskabelige forening og kørte hjem for at studere korn. Så gik der 40 år. Nu var videnskaben omkring gener blevet meget mere udviklet. Nogle forskere i London opdagede noget meget interessant. Disse forskere kunne bevise at gener kunne hoppe rundt i et kromosom. Så var der nogen der kunne huske at der engang var en dame som havde sagt det samme. De undersøgte sagen, og fandt ud af at hun stadig levede. Hun var nu oppe i 70'erne. Hun blev pludselig meget kendt, og efter nogle år blev hun tildelt en Nobel-pris for hendes opdagelse af hoppende gener. Hun takkede for prisen, men sagde samtidig at hun egentlig helst bare gerne ville hjem og kikke på sit korn. Der er efter min mening ingen tvivl om at denne kvinde havde tanker som i særdeleshed var af privat karakter. Det jeg egentlig gerne vil have læseren til at tage stilling til, er om denne dame var psykisk lidende fordi hun havde nogle tanker om korn, som ingen andre tænkte. Jeg mener ikke selv, at tanker af privat karakter er et udtryk for psykisk lidelse. Det er indenfor psykiatrien hele tiden et spørgsmål om at finde ud af hvad der kommer først hønen eller ægget. Har personen en psykisk lidelse fordi personen har tanker af privat karakter eller er det bare således at personer med en psykisk lidelse også kan have tanker af privat karakter. Hvis alle mennesker kan have tanker af privat karakter, så er der igen bare tale om "Barnum effekt". Underligt nok, så mener psykiatere stort set altid at tanker af privat karakter er et symptom på psykisk lidelse. Der er tilsyneladende ingen psykiatere der kunne finde på at tænke at måske kan personer med en psykisk lidelse også have tanker af privat karakter uden at dette nødvendigvis er årsagen til deres lidelse.

Vi er tilbage ved den induktive forklaring på verden. Hvis man undersøger patienterne på en lukket psykiatrisk afdeling, så vil man opdage at alle psykiatriske patienter spiser aftensmad. Vi kan derfor konkludere at alle mennesker som spiser aftensmad er psykisk syge, og at de bør være på en lukket afdeling. - Jeg håber du godt kan se at denne logiske slutning ikke duer. Så! - tilbage til start. En ting er at have tanker af privat karakter. En helt anden ting er at bevise det. Men hvordan beviser man så at en person har tanker af helt privat karakter? Jeg har flere gange oplevet overlæger skrive i min journal, at jeg har tanker af helt privat karakter. Men hvordan kan en overlæge komme frem til denne konklusion? Der findes faktisk kun een mulig løsning på problemet. Hvis overlægen taler med ALLE andre mennesker i hele verden, og undersøger hvad de tænker, så vil det være muligt for overlægen at skrive at jeg har tanker af helt privat karakter. Hvis han ikke foretager en sådan undersøgelse, så er det ikke muligt for ham at fastslå at jeg har tanker af helt privat karakter, og at jeg er den eneste i verden der har disse tanker. Det er ganske umuligt for en overlæge empirisk at bevise at en patient har tanker af helt privat karakter. Alligevel så skriver overlægerne det ned i patienternes journaler hver dag, uden at der er nogen der undre sig over hvordan overlægen har fundet frem til sin konklusion. Men hvorfor bliver overlægerne så ved med at skrive noget om patienterne som dybest set er noget vås? Det skyldes det faktum, at sådan har overlægerne skrevet i de sidste mange år om patienterne og det er blevet en vane for overlægerne at skrive det uden at tænke over hvad de skriver om patienten. På samme måde, er det blevet en vane for dem som læser om patienterne i deres e-journaler. Der er tale om "elefanten i rummet". Til trods for at mennesker går igennem det samme værelse hver dag, så er der ingen der opdager at der står en elefant midt i rummet. De er ganske enkelt blevet så vandt til elefanten i rummet, at de slet ikke længere kan se den. Kan du se elefanten i rummet?

Test af medicin

Jeg holder aldrig op med at undre mig.....

Jeg har i et par perioder spist Abilify. Nu er jeg jo ret nysgerrig, så jeg har selvfølgelig slået medicinen op på nettet. Det er en international godkendt medicin, så jeg måtte slå den op på en engelsk hjemmeside. Hvis man ser på hvordan Abilify er blevet testet, så vil man se, at største delen af de tests som er blevet udført med medicinen, har varet 4 til 6 uger. Det kan jo godt

undre mig. Da jeg i starten fik medicinen, så fik jeg at vide, at der godt kunne gå flere måneder, før medicinen ville begynde at virke. Nu er det så jeg undre mig. Hvis en medicin er flere måneder om at virke, hvordan kan det så være at størstedelen af forsøgene med medicinen kun varede 4 til 6 uger? Et det overhovedet muligt, at lære noget om medicinen på så kort tid? Der står desuden at medicinen virkede bedre end placebo. Problemet er bare, at det ikke bliver oplyst hvor meget bedre medicinen i virkeligheden er. Der kan i teorien godt være tale om at fx 51% af patienterne som fik Abilify fik det bedre, men af 50% af dem som fik placebo også fik det bedre. Man har så ret i at der er flere på medicin der fik det bedre end dem som fik placebo. Men hvis tallene ligger så tæt som jeg her har beskrevet, er det så ikke bedre bare at lade være med at give medicin? Der er efter min mening noget galt med den måde hvorpå man undersøger medicin på.

The concorde fallacy

Der findes noget man kalder: *"At kaste gode penge efter dårlige penge"*. Man kan også godt sige det på engelsk: *"Escalation of commitment"*, *"the concorde fallacy"* eller *"Sunk costs"*. Dybest set så handler det om at du har iværksat en handling. Du opdager senere at det var en dårlig handling du fik sat i gang. Du kunne derfor godt vælge at stoppe for at undgå at handlingen blev endnu mere dårlig, men du vælger at fortsætte handlingen, fordi det vil bringe dig i et dårligt lys, netop fordi du har startet en dårlig handling. I stedet for at indrømme din dårlige handling, vælger du i stedet for at fortsætte med handlingen, vel vidende at den er forkert. Du vælger at fortsætte for at undgå at komme i et dårligt lys i andres øjne. Med andre ord, dit ego og selvværd forhindre dig i at stoppe med at gøre en forkert handling, selv om du godt ved at den er forkert. Det er IKKE optimal adfærd at fortsætte med at gøre noget forkert, når man har opdaget at det er forkert. Denne strategi er derfor imod principperne indenfor spil-teori, hvor det netop handler om at have en adfærd, der er så optimal som mulig, og på den lange bane, er denne adfærd ikke optimal. Men det er nu mit indtryk, at man indenfor retspsykiatrien heller ikke aner et klap om spil-teori. Jeg vil gerne komme med 2 næsten ens eksempler fra retspsykiatrien på ovenstående fejl:

Eksempel 1
Forestil dig at du er overlæge på en retspsykiatrisk afdeling. Du får nu en ny patient. Efter en undersøgelse af patienten kommer du frem til at patienten

er skizofren, og du beslutter nu at patienten skal have medicin. Nu gennemgår patienten så en medicinsk behandling. Efter et stykke tid, går det op for dig, at patienten vidst nok slet ikke var skizofren, og at det var en fejl at give patienten denne diagnose. Du har altså opdaget at du har gjort en fejl, men i stedet for at indrømme din fejl og erklære patienten for rask, så opretholder du patientens diagnose, og for at være helt sikker på at der ikke er nogen der har opdaget at du har taget fejl, så erklærer du nu patienten for endnu mere syg end patienten i virkeligheden er. Det vil muligvis lykkedes for dig at skjule din fejl, og undgå at tabe agtelse i andres øjne, men du skal tænke på de konsekvenser det har for din patient og patientens fremtid og helbred.

Eksempel 2
Forestil dig at du er overlæge i psykiatri, og at du i mange år, har gået og givet medicin til en masse mennesker med psykiske lidelser. Forestil dig at du en dag opdager, at medicinen jo egentlig ikke gør noget godt for dine patienter og at mange af dine patienter faktisk får det meget værre af at spise medicinen. Hvad vil du så egentlig gøre. Hele dit liv er jo bygget op omkring det at give medicin til psykisk lidende patienter. Hvis du indrømmer at medicinen ikke virker, så vil det jo have store konsekvenser for dig. Pludselig er dit job formålsløst, og du hjælper slet ikke mennesker, som du ellers gik og troede, og det koster samfundet en masse penge. Og hvis du stopper med at give nytteløs medicin til dine patienter, så har du jo ikke længere noget arbejde, og hvad skal du så leve af? Nej, det er nok bare bedre for dig at du opretholder din facade og bliver ved med at give patienterne nytteløs medicin, for så kan du da bevare dit arbejde, og du slipper for at skulle fortælle alle dine psykiater-venner, at deres arbejde er nytteløst, og du slipper for at de kikker ned på dig, fordi du jo ellers også vil gøre alle dine venner arbejdsløse. Det er dybest set en slem fælde at falde ned i, men hvis du ikke stopper med dine nytteløse handlinger, så vil du jo ødelægge livet for en masse patienter. Psykiatrien er fuld af psykiatere som kun lader som om at medicinen virker, for ellers bliver de jo arbejdsløse. Hvem tør stille sig op som den første og sige at kejseren ikke har har noget tøj på?

Du kan slå følgende op i fx Wikipedia: Sunk_costs (GB)

Thi kendes for ret...

Dengang jeg fik min dom til behandling i retten, vidste jeg ikke hvad der skulle ske med mig efterfølgende. Jeg mener dog at man skal kalde en

spade for en spade. Dommeren sagde blot at jeg havde fået en dom til behandling uden længstetid. Dommeren burde dog i stedet for have sagt til den kommende retspsykiatriske patient (mig): *"Thi! kendes for ret. Jeg dømmer dig til et liv, der skal være 15 år kortere end normale menneskers liv, og jeg dømmer dig til et liv med ubehag fra medicin og du skal være overvægtig resten af dit liv. Jeg dømmer dig, og giver dig en diagnose, så de normale kan kikke ned på dig og skælde dig ud"*. Det lyder hårdt, men det er det også.

Tid er helbredende

Hvis en patient i retspsykiatrien bliver udskrevet efter 4 måneder, så får befolkningen det indtryk at patienten nok slet ikke er blevet behandlet, for er det virkelig muligt at behandle en patient for en psykisk lidelse på kun 4 måneder. Omvendt. Hvis en patient bliver udskrevet efter 5 år, så er det nærliggende for befolkningen at tro, at nu er patienten færdigbehandlet eller velbehandlet, for der er jo trods alt gået 5 år. Denne antagelse er farlig og den kan misbruges. Lad os nu antage, at der slet ikke findes syge patienter, og at de mennesker der bliver indlagt i retspsykiatrien derfor heller ikke kan helbredes. Det bedste man kunne gøre for disse mennesker var jo bare at udskrive dem med det samme, men så ville befolkningen jo lugte lunten, og spørge ind til hvad der egentlig sker i retspsykiatrien. Men, så kan man jo bare benytte sig af den antagelse som den generelle befolkning har om patienter, der bliver udskrevet fra retspsykiatrien. Hvis den generelle befolkning har den opfattelse, om en patient der bliver udskrevet efter 5 år, at denne patient da må være færdigbehandlet, så er det nærliggende at udnytte denne opfattelse til fordel for retspsykiatrien. Hvis der nu kommer en rask patient ind i retspsykiatrien, så er der jo ingen grund til at udskrive patienten med det samme. Det vil jo være det samme som at indrømme en fejl. I retspsykiatrien har man den holdning, at man sandelig ikke indrømmer fejl. Det bedste man derfor kan gøre i retspsykiatrien er at tilbageholde den raske patient på en retspsykiatrisk afdeling i 5 år før patienten bliver udskrevet. Så er det jo tydeligt for befolkningen at patienten er velbehandlet, for befolkningen ser nemlig en tæt relation mellem den lange indlæggelse og behandlingen af patienten. Antallet af patienter som er langtidsindlagt i retspsykiatrien stiger og stiger i disse år, og jeg tror at konklusionen er let at forstå. Det er fordi at der bliver indlagt flere og flere normale og raske mennesker i retspsykiatrien end nogen sinde før, og da man ikke bare kan udskrive dem med det samme (for det ville jo se mistænkeligt ud), så ind-

lægger man bare de raske patienter uden behandling på de retspsykiatriske afdelinger i 5 år, og så er der ikke nogen der opdager at de hele tiden har været raske. Aldrig nogen sinde før, er så mange raske mennesker blevet behandlet for skizofreni som i dag (år 2015).

Til sidste mand

For efterhånden en del år siden, Fik Saddam Hussein den idé at han ville invadere Kuwait. Efterfølgende valgte USA sammen med nogle andre lande at invadere Irak og afsætte Sadam Hussain. Jeg husker tydeligt en udsendelse fra Irak få timer inden USA indtog Bagdad. Det var et klip med en Irakisk general. Klippet var taget lige uden for Bagdad. Han fortalte at alt var i den skønneste orden, og at den Irakiske hær netop havde slået USA's hær udenfor Bagdad, så byen var stadig i Saddam Hussain's hænder. Denne udtalelse forekom ikke kun underlig for mig, for på næsten alle TV-kanaler blev der vist billeder af USA's hær som havde omringet Bagdad og få timer efter klippet med den Irakiske general havde været i fjernsynet, så faldt Bagdad, og var nu i hænderne på USA. Generalen nægtede ganske enkelt at erkende at slaget var tabt, og jeg fik det indtryk af generalen, at han da måtte være den eneste i verden som endnu ikke vidste at Bagdad var ved at blive indtaget af USA. Jeg tror faktisk at der vil ske nogenlunde det samme med psykiatrien. Psykiaterne vil ganske enkelt nægte at deres arbejde ikke er noget værd, og de vil nægte det til sidste psykiater. Der vil komme en dag hvor der kun er en enkelt psykiater tilbage i hele verden, og han vil lige som generalen nægte at der skulle være noget galt med psykiaterne og deres arbejde. Han vil simpelt hen ikke indrømme at slaget er tabt. Jeg tror at psykiaterne vitterlig vil kæmpe til sidste mand (psykiater).

Tilpasningsevne er en psykisk lidelse

Der er mange ting at undre sig over i retspsykiatrien. Her er en mere. Jeg har nu (april 2015) været indlagt i mere end 4½ år. Jeg har under min indlæggelse lært at tilpasse mig situationen, så den fysisk og psykiske belastning af mig blev minimal. Det er som om at personalet og overlægerne ikke kan lide patienter der er gode til at tilpasse sig situationen på en retspsykiatrisk afdeling, og dette kommer ofte til udtryk i min journal, plejeplan og behandlingsplan. Det er som om at overlægen og personalet ikke kan lide at de har en patient

som tilsyneladende har det ganske fint under sin indlæggelse. Indlæggelse skal i personalets og overlægens øjne være noget besværligt for patienten, og de vil sandelig ikke have patienter der går rundt i afdelingen og udstråler overskud og smiler og er glad. Det må der endelig sættes en stopper for på en eller anden måde. En af måderne man kan gøre det på er ved at gøre min tilstand til et tegn på psykisk lidelse. Personalet og overlægen skriver derfor ofte i min journal mv, at jeg trives i afdelingens faste rammer og at jeg trives i en afdeling med et højt service-niveau. Egentligt er det de skriver jo rigtigt, men det giver nu alligevel et problem. Problemet er at jeg også trives og er glad når jeg IKKE er på afdelingen, men det fremgår jo ikke af journal mv. Der er altså tale om at man skriver noget om mig som giver et forkert indtryk af mig og mine behov. Personalet og overlægen kan ikke lide at jeg kan tilpasse mig situationen på afdelingen og at jeg er i stand til at have en god og glad hverdag helt af mig selv. Der må selvfølgelig være en grund til at jeg har det godt, og det har intet med mig selv at gøre. Det er i journalen mv derfor afdelingens faste struktur og service-niveau der er grunden til at jeg har det godt. På dem måde har man så frataget mig min egen evne til at have det godt. Nu er grunden til at jeg har det godt udelukkende afdelingens gode arbejde og omsorg. Det er manipulation ud over alle grænser. Retspsykiatrien handler ikke om at give patienter selvtillid og selvværd. Den handler om at fratage patienten kontrollen over eget liv, og retspsykiatrien handler om at nedgøre patienten så tilstrækkelig meget at patienten bliver ude af stand til at handle på egen hånd. Retspsykiatrien er en hån imod patienterne. Min egen evne til at tilpasse mig livet på afdelingen skal med fandens vold og magt vrides ud af mig som patient, og det må på ingen måde fremgå af min journal mv er jeg er selvstændig og har en stor evne til at tilpasse mig situationen, for det vil jo få mig til at fremstå som en person der ikke fejler noget, og det kan man sandelig ikke have i en journal, for det gør jo overlægen og personalet ganske overflødige. Jeg har det godt hver morgen når jeg står op, og det er udelukkende min egen skyld at jeg har det godt. Personalet og overlægen er udelukkende en belastning for mit fremtidige helbred. Som patient skal du lære at passe på dig selv og du skal ikke regne med hjælp fra personalet eller overlægen.

Tiltrækning af hinanden

Parafilia er når man bliver seksuelt ophidset af enten en ting (objekt), en situation eller en bestemt person. Overlæger har en idé om at de gerne vil begrænse de ting som kan fremkalde en seksuel følelse i patienterne. Proble-

met er bare, at det er ganske umuligt at styre denne følelse hos patienterne. Det er ikke klart for mig, hvorfor overlæger gerne vil af med patienternes seksuelle fantasier. Jeg kan heller ikke se hvordan det overhovedet skulle være muligt at få patienterne til at holde op med at have sådanne tanker. Jeg kender en mand, der bliver seksuelt tiltrukket af kvinder i stribede trøjer, hvis striberne altså er vandrette. Men skal overlægen så forbyde alle kvinder på afdelingen i at gå i stribede trøjer? Jeg kender også en kvinde som bliver tiltrukket af mænd i stramme bukser. Skal overlægen så forbyde alle mænd i at gå i stramme bukser? Nogle mænd er tiltrukket af kvindefødder. Skal overlægen så forbyde alle kvinder på afdelingen at gå i sandaler? Hvor skal grænsen egentlig gå. Måske var det bedre om vi alle fik tøj på som muslimerne, så vi kun kan se hinandens øjne og på den måde undgå at mennesker bliver tiltrukket seksuelt af hinanden. Nogle gange kan en overlæge godt finde på at sige til en kvindelig patient at hun SKAL gå med BH. Men hvorfor forbyde en kvinde at gå uden BH. Hvad nu hvis der er mænd på afdelingen som finder BH'er seksuelt tiltrækkende? Så har overlægen jo lige indført seksuelt stimulerende beklædnings-genstande på afdelingen. Det som man skal huske på er, at overlægen ikke ved hvilke ting de enkelte patienter finder seksuelt tiltrækkende og jeg er ret sikker på at de fleste patienter heller ikke vil fortælle overlægen hvad de finder tiltrækkende. Paraphilia er noget man kan lære. Hvis alle kvinderne på en afdeling altid går med BH, fordi at overlægen har besluttet dette for at forhindre patienter i at få seksuelle tanker, så er handlingen i sig selv nytteløs. Hvis man ikke har noget der kan medføre seksuel stimulering i omgivelserne, så opfinder man da bare noget. Man begynder som mand med tiden bare at finde det seksuelt ophidsende at se fx en kvinde med en BH. Og efter et stykke tid, så bliver mændene tiltrukket af kvinder med BH. Men hvad skal overlægen så gøre? Skal han så på dette tidspunkt sige til alle kvinderne at nu skal de tage BH'en af igen. Og hvordan finder en overlæge i øvrigt så lige ud af hvornår mændene har udviklet en tiltrækning til BH'er, så han kan sige til kvinderne, at nu skal de tage BH'erne af igen. Det er helt hen i skoven, at tro, at man kan styre menneskers seksualitet når man er på en retspsykiatrisk afdeling. Konflikten opstår netop fordi man forhindre personer i at have en seksualitet på en retspsykiatrisk afdeling. Det er på samme måde som med mad. Hvis man ikke spiser, så bliver man sulten. Hvis man ikke kan få tilfredsstillet sine seksuelle tanker, så er de ikke lette at slippe af med. Retspsykiatrien er fuld af hemmelige regler. Der er også hemmelige regler, når det kommer til beklædning. Det er en hemmelig regel, hvis en overlæge beder en kvindelig patient om at gå med BH, uden at det står i nogen form for skriftligt regelsæt at man kan blive tvunget til denne at bære

denne beklædningsgenstand. Visse mennesker er seksuelt tiltrukket af andre mennesker i uniform. Men underligt nok så har man indført at alle personaler i retspsykiatrien Slagelse skal til at bære uniform. Det skal da nok fremme de seksuelle tanker. Der er dog også den mulighed for patienten at patienten kan vælge at sublimere sine lyster. Sublimering er at forvandle et indre behov, som ikke er socialt acceptabelt om til et behov som netop er socialt acceptabelt. Det kunne være en seksuel trang som ikke er tilladelig i kulturen (på afdelingen). Man kan derfor vælge at at forskyde sit behov til et mere socialt acceptabelt behov. I dette tilfælde kunne det være seksuelle behov som bliver forskudt til noget ganske harmløst på en retspsykiatrisk afdeling, som fx at sidde og male billeder eller samle på frimærker. Men jeg er nu sikker på at ikke alle mænd har lyst til at lave deres trang til bryster eller BH'er om til en lyst efter at male landskaber. Og bare lige for at slutte med at vende det hele på hovedet. Hvis jeg nu møder en kvindelig medpatient med et stort begær efter at male landskaber, hvem siger så ikke at denne kvinde i virkeligheden undertrykker et stort seksuelt behov. Og hvem ved, måske kan jeg forvandle hendes behov til at male landskaber tilbage til et seksuelt behov og så bare kysse med hende hver gang personalet kikker den anden vej.

Se også:
http://en.wikipedia.org/wiki/Paraphilia
http://en.wikipedia.org/wiki/Sublimation_%28psychology%29

Tomme øjne

Når man som patient kommer til en samtale med overlægen, så vil han ofte vurdere dig på dine øjne. Han kan finde på at skrive om patienten om denne har øjenkontakt, eller om patienten fx har falkkende blik. Nu bor jeg lige ved siden af Sikringsafdelingen, og jeg har flere gange oplevet personale fra Sikringsafdelingen på tæt hold. Og der er faktisk en ting, som er ret slående ved deres blik. Deres blik er fjernt og koldt, og når man henvender sig til dem, så er det som om at der ikke er nogen sjæl bag ved øjnene. Det føles som om at man taler med en sjæleløs person. Det kunne for den sags skyld lige så godt have været en maskine man prøvede at få et svar ud af. Hvis man har et arbejde som i den grad kræver at man tager sjælelig afstand fra det man gør, hvad er det så lige for et arbejde man har? Jeg synes at meget af det personalet gør ved patienterne er umenneskeligt, men måske er det i virkeligheden slet ikke så svært at forstå, for når jeg ser disse personaler i

øjnene, så ser jeg slet ingenting. Det er ikke kun patienterne der bliver udsat for noget umenneskeligt. Jeg tror i lige så høj grad at personalerne bliver umenneskeliggjort af arbejdet. Men hvordan kan vi i Danmark have en situation hvor nogle mennesker bliver udsat for umenneskeligheder af andre mennesker som er lige så umenneskelige. Det eneste jeg kan, er at beskrive verden som jeg ser den.

Tradition kontra empirisk viden

Jeg synes ikke at det er nok at jeg bare slår retspsykiatrien oven i hovedet uden nødvendigvis også selv at komme med forslag til hvad man kan gøre bedre i retspsykiatrien. Der findes efter min mening mange ting i retspsykiatrien som bliver gjort fordi, at det plejer man at gøre. Jeg taler om tradition. Jeg synes at det kunne være en god idé, hvis man tog de forskellige behandlingstyper og regler som man har i retspsykiatrien og underkastede dem et kritisk eftersyn. Man kunne fx skrive alle de forskellige ting op, man som personale plejer at gøre i løbet af sin vagt, og så undersøge hvilke beviser der findes for at netop denne handling er god for patienten. Jeg kunne godt tænke mig at man ved hver enkelt opgave og handling tog stilling til om der er videnskabelig bevis for handlingen, eller om der udelukkende er tale om tradition. Det er min umiddelbare opfattelse at utroligt meget i retspsykiatrien bliver udført på grund af traditioner, som ikke er videnskabeligt bevist, som noget der har en gavnlig effekt for patienten. Der vil måske opstå situationer, hvor man har en tradition, men det samtidig er svært at finde en videnskabelig bevist metode, som er bedre end traditionen. I disse tilfælde skal man erkende at man ikke er perfekt, og erkende at der er behov for bedre metoder. Dette skal man gøre for ikke bare at falde i søvn og glemme at søge fremad. Der skal være en konstant aktiv drift imod noget som hele tiden er bedre end det vi allerede har. Denne viden skal være til rådighed for både patienter og personale. Personalet skal vide hvordan de bedst kan hjælpe en patient, og patienten skal have mulighed for at forstå hvorfor behandlingen er som den er. I øjeblikket er behandlingen af patienten ofte hemmelig på et eller flere planer. Jeg oplever ofte patienter som udtrykker forvirring. Forvirringen opstår fordi der kommer en personale hen til patienten og siger til patienten, at patienten har brug for behandling, men undlader at oplyse hvad behandlingen indholder eller går ud på. Patienten får ofte heller ikke nogen forklaring på hvad det helt konkret er behandlingen skal hjælpe på. Personalet nægter ofte at de ikke selv ved hvad behandlingen går ud på, og de nægter ligeledes også at erkende at patienten

har problemer med at forstå hvad behandlingen går ud på. Behandlingen i retspsykiatrien er ofte så hemmelig at ikke engang personalet ved hvad den går ud på. Hemmeligheder er roden til alt ondt i retspsykiatrien.....

Tvang - er behandlingen tvang?

Hvordan finder man som patient ud af om man er underlagt tvang i henhold til psykiatriloven? Der findes mange patienter som går rundt og tror at de er underlagt tvang, men som faktisk slet ikke er underlagt tvang. I starten af min egen indlæggelse gik jeg faktisk også rundt og spiste medicin i den tro at det var tvang, men jeg er nu blevet meget klogere. I året 2011 fik jeg Seroquel. Jeg havde det utroligt dårligt på grund af medicinen og jeg var ret sur over at jeg var tvunget til at spise medicin. Jeg skrev derfor en klage til Patientklagenævnet for at klage over tvangen. Til min store overraskelse fik jeg blot nogle dage senere et brev tilbage fra Patientklagenævnet. Der stod i brevet at man havde undersøgt mit behandling og havde konstateret at jeg ikke spiste medicin med tvang. Jeg var mildest talt meget overrasket, for her gik personalet og kikkede truende på mig og sagde at jeg SKULLE spise medicinen og så var det slet ikke tvang. Der var bare tale om at personalet havde udøvet en kraftig form for motivation af mig. Jeg blev faktisk utroligt sur over at jeg havde spist medicin, som angiveligt var frivilligt. Jeg erfarede med denne klage at man ikke kan stole på personalet. Personalet havde jo presset medicin ned i halsen på mig, og det faktum at jeg ikke havde klaget tydeligt over denne fremgangsmåde blev altså fortolket som at jeg havde spist medicinen frivilligt. Efter denne dag blev mit syn på personalet og min adfærd overfor personalet en helt anden. Det var en af de dage i mit liv, hvor jeg lærte at man skal være en utrolig hård banan for at overleve i retspsykiatrien. Jeg havde faktisk været underlagt det mange kalder for frivillig tvang. Ordet er i sig selv noget underligt noget, men det kan du læse om i en anden tekst. Jeg har længe undret mig over tvangsbegrebet, og en dag talte jeg med en overlæge om tvang. Han informerede mig om at det var let at se om jeg var underlagt tvang. Hver gang der er tale om tvang, så skal der møde en læge op og se at tvangen bliver udført. Hvis du får medicin under tvang, så møder der altså en læge op hver gang du skal have medicin. Han skriver efterfølgende i en tvangsprotokol at tvangen er udført og at han har bevidnet denne tvang. Hvis du som patient spiser medicin eller laver bestemte opgaver, som fx at vaske op, og der ikke er en læge til stede når du spiser din medicin eller vasker op, så er der tale om at du laver en frivillig handling. Hvis du går rundt og spiser medicin hver dag

i den tro, at det er tvang, og der ikke er nogen læge til stede når du spiser din medicin, så er der ikke tale om tvang. Det er tæller er ikke hvordan du har det med at spise medicin. Jeg kender masser af mennesker som spiser medicin frivilligt hver dag, men som føler det er tvang. Patientklagenævnet og overlægen er ganske ligeglad med hvad du føler når du spiser din medicin. Det eneste der kan afgøre om du spiser medicin eller laver en anden handling med tvang er om der rent faktisk møder en læge op når tvangen bliver udført. Hvis der ikke er en læge til stede, så er det frivilligt, også selv om du ikke synes om det. Hvis alle de patienter som føler at de spiser medicin under tvang, rent faktisk også klagede over denne tvang, så ville Patientklagenævnet få meget travlt, for der findes mange utilfredse patienter i retspsykiatrien. De fleste patienter går rundt i den tro at de er underlagt en tvang som de ikke kan blive fri for, og overlægerne er utroligt glade for at deres patienter har denne tro. Det giver overlægerne arbejdsro, så de har mere tid til at tvinge medicin ned i nogle flere patienter. Hvis alle patienter klagede i overensstemmelse med deres følelse af tvang, så ville overlægerne få en meget stor opgave med at give deres patienter medicin. Overlægerne må være nærmest jublende glade over at patienterne ikke har forstand på definitionen af tvang, og det kunne på ingen måde falde dem ind at undervise patienterne i definitionen af tvang. En del af den magt som overlægen har over sine patienter, den får han sørme af patienterne.

Tvang eller ej

Som patient i retspsykiatrien, skal man nogle gange være en hård banan, ellers bliver man hurtigt trådt ned. Man skulle ellers tro, at det handlede om at hjælpe patienten, men det er desværre ikke min erfaring. Den eneste grund til at min egen indlæggelse er til at holde ud, skyldes at jeg klager hver eneste gang personalet eller overlægen laver noget som ikke er i overensstemmelse med reglerne. Hvis du er i en situation hvor du bliver bedt om at lave noget eller sige noget bestemt, så er der en procedure du skal følge som patient, for at få fastslået om der er tale om en frivillig handling eller det er tvang. Det kan godt være at du de første par gange synes at det er en anelse grænseoverskridende at gøre det som jeg foreslår her, men efter at have gjort det et par gange, så er det min erfaring, at det bliver meget lettere. Det første du skal gøre er at stille personalet et direkte spørgsmål:

Er det tvang eller frivilligt?

Så må personalet vælge om de vil sige ja eller nej. Hvis det er tvang, så skal de motivere dig i 3 dage før de må tvinge dig. Du skal så klage over tvangen til patientombuddet. Klagen har opsættende virkning. Hvis det ikke er tvang, så kan du vælge at lade være med at gøre det personalet beder dig om. Det er dog en god idé i starten at gøre hvad de beder dig om også selv om der ikke er tale om tvang. Hvis personalet mener du har overtrådt en regel fx en husorden, så skal du bede personalet fremlægge skriftlig dokumentation på reglen, samt dokumentation på at du tidligere er blevet informeret om denne regel. Kan personalet ikke dette, så skal du klage over fremgangsmåden til patientombuddet. Hvis der er tale om at du tilsyneladende har overtrådt en regel som du ikke tidligere er blevet informeret om eksistere på din afdeling, så er der tale om hemmelige regler, og så skal du også skrive en klage til patientombuddet. Det gode ved spørgsmålet er at du sætter personalet i den situation, at de skal tage stilling til deres egen udtalelse. Mennesker kan generelt ikke lide at tvinge andre mennesker til noget, og derfor vil du med spørgsmålet sætte personalen i en ubehagelig situation, men det skal du ikke tage så tungt, for den handling som personalen netop har bedt dig om at gøre er jo også en ubehagelig situation. Personalet kan godt finde på at give det svar at der er tale om frivillig tvang. Frivillig tvang findes ikke, og hvis personalet ikke mener der er tale om tvang, så er det frivilligt, og så behøver du ikke gøre det personalet beder dig om. Hvis de straffer dig, så skal du klage til patientombuddet.

Tvang på afdelingen

Alle ved det sker, men ingen taler om det. Personalet håber, at hvis man nu ikke taler om tvang, så er der nok ikke nogen der opdager det. Patienterne håber, at hvis man nu ikke taler om tvangen, så forsvinder den nok af sig selv. Begge grupper laver en fejl. Der skal tales om tvangen, og den skal tales ihjel. Der skal tales om tvangen, så den bliver synlig for enhver. Du skal ikke være bange for at tænke på tvang, for det kommer ikke nogen og spænder dig fast til en seng, bare fordi du tænker på det. ”Når magten kommer frem i lyst, så smuldre den....”

Tøj i den retspsykiatriske afdeling

Når man kommer ind på en retspsykiatrisk afdeling, så er det nogen gange let at se hvem der er patient og hvem der er personale. Personalet er jo på

arbejde, og har derfor en beklædning der sømmer sig at have på, når man er på arbejde. Patienterne har generelt en mere afslappet beklædning, da patienterne på en retspsykiatrisk afdeling ofte bor i flere år på afdelingen. Hvis du således møder en person i afdelingen i morgenkåbe eller kondibukser med hængerøv, så kan du være rimelig sikker på at det er en patient og ikke overlægen du er støt på. Jeg har endnu ikke mødt en patient i habit, med skjorte og slips. Tøjet skal ikke ses som et udtryk for psykisk lidelse. Man er ikke rask bare fordi man går pænt klædt. Man siger ganske vist at klæder skaber folk, men dybest set, så tror jeg ikke det gælder på en retspsykiatrisk afdeling. Såfremt det havde været sandt, så havde alle patienter vel fået besked på at gå i habit og kjoler i afdelingen. Ikke for at blive mere raske, men blot for at se mere raske ud. Tøjet har også en fordel for overlægen. Ved at der er en synlig og fysisk forskel i beklædningen på patienter og personale, så ser det ud som om at patienterne har brug for medicin, netop på grund af deres beklædning. Hvis netop alle patienter gik rundt hver dag i pæne habitter og pæne kjoler, så ville de jo ikke se særligt lidende ud, og så ville det nok føles underligt for personalet at give patienterne medicin. Der er med andre ord en fordel i at man kan se forskel på patienter og personale. Tænk nu hvis alle patienter og personale blev tvunget til at gå i helt samme uniform, så både patienter og personale var ens, så ville det jo være svært at se hvem der deler medicin ud og hvem der skal have medicin. Man har ikke en psykisk lidelse fordi man går i morgenkåbe eller kondibukser med hængerøv. Beklædningen er blot en følge af at man er indlagt i lang tid, og at afdelingen jo er hjem for de fleste patienter igennem længere tid. Beklædningen afhænger af hvor man bor og ikke hvem man er. Patienterne bor på afdelingen, men det gør personalet ikke, de arbejder bare på afdelingen.

Udenlandsk viden om skizofreni

Man ved at ca 1% af befolkningen er genetisk disponeret for at få skizofreni, og at det oftest er folk i denne gruppe der udvikler skizofreni. Man ved faktisk at det er ret stabilt i hele verden. Der findes således ikke regioner hvor man er mere genetisk disponeret end andre regioner. Man har ikke fundet noget gen, der kan siges at give skizofreni. Man kan faktisk sagtens finde ud af om gener har indflydelse på en lidelse uden at man med sikkerhed ved hvilke gener der er tale om. Man har lavet utroligt mange undersøgelser med blandt andet tvillinger, som tydeligt viser at man kan være genetisk disponeret for skizofreni uden at man af den grund ved hvilke gener der er tale om. Desuden så er det en anelse snæversynet, når man

BARE taler om gener. Gener kan komme til udtryk på mange måder. Et menneske kan således være i besiddelse af et gen uden at genet laver noget som helst. Denne kvalitet bliver studeret i det fag som hedder epi-genese. Min personlige holdning er at man med stor sandsynlighed aldrig finder et gen for skizofreni. Der er udelukkende tale om et samspil mellem en masse forskellige funktioner i menneskets celler. Man ved at hvis man er genetisk disponeret for skizofreni, så vil det være således at jo større en by du voksede op i, jo større vil din chance også være for at udvikle skizofreni senere i livet. Man ved ikke med sikkerhed hvad der er den udløsende faktor, men kurven er ganske liniær, eller sagt på en anden måde. Voksede du op i en lille by, så er chancen for at udvikle skizofreni lille, mens den er stor hvis du voksede op i en stor by. Man ved at personer med skizofreni, har meget mindre chance for at udvikle lungekræft. Man kan godt være genetisk disponeret for skizofreni, uden nogensinde at udvikle lidelsen. Der er jo også udelukkende tale om at man er disponeret for lidelsen. Man ved at din chance for at udvikle skizofreni afhænger af på hvilket tidspunkt af året du er født. Men ikke nok med det. Hvis man sammenligner kurven for mennesker som er født på henholdsvis den nordlige og den sydlige halvkugle så vil man opdage at kurverne er ens hvis man sammenligner de kolde perioder (vinter) og de varme perioder (sommer) med hinanden. Man ved at skizofrene meget ofte er rygere og at de meget ofte ryger hash. Der er dog et problem med hønen-og-ægget, som det ikke har været muligt at fastslå. Man ved således ikke om personen ryger fordi han er skizofren, eller om han er blevet skizofren fordi han ryger. Der er udelukkende tale om at man kan se en sammenhæng. Der er noget der tyder på, at der er en sammenhæng mellem skizofreni og dopamin-niveauerne i hjernen, men denne sammenhæng, er ikke fastslået ved bevis. Nogle forskere er kommet frem til at visse symptomer opstår som en følge af for meget dopamin, mens andre symptomer fremkommer ved for lidt dopamin, hvilket jo egentlig er ret interessant, for mig bekendt så giver man alle skizofrene patienter i medicinsk behandling en medicin som udelukkende nedsætter dopamin-niveauet i kroppen (hjernen). Den del af patienterne som muligvis har for lidt dopamin i hjernen får således yderligere nedsat sit dopamin-niveau, hvilket vel må siges med stor sandsynlighed vil gøre patienten mere skizofren. Man ved at personer med skizofreni som er blevet undersøgt med fMRI, har lidt mindre grå masse i hjernen. Desuden er deres ventrikler også en lille smule større. Disse forhold skyldes måske det som kaldes for ”excessive prooning”. Excessive prooning er blot et udtryk for at hjernen har brændt for mange hjerneceller af under personens opvækst. Det er en proces som normalt stopper i en alder omkring 11-12 år. Man ved med stor

sikkerhed at personer som immigrerer til en anden kultur har langt større risiko for at udvikle skizofreni. En af grundene er muligvis den stress som personen oplever ved at bo i en kultur som er fremmed for personen. Man ved at et barns risiko for at få skizofreni bliver større jo ældre faderen er. Med andre ord, jo ældre manden er når han gør kvinden gravid, jo større er chancen også for at barnet får skizofreni. WHO har lavet en (faktisk to) undersøgelse(r), som viser at chancen for at blive helbredt for skizofreni er 30% hvis du ikke spiser medicin, mens den er ca 5% hvis du spiser medicin. I Danmark er det mit indtryk at man bare giver medicin til personer med skizofreni uden først at overveje om personen hører til i gruppen af personer (30%) som vil være i stand til at blive rask uden medicin. Ved at give alle personer medicin med det samme, forhindre man således ca 25% af patienterne i at blive raske uden nogen form for medicin. Det er efter min mening kraftig overmedicinering. Den sociale faktor er med stor sandsynlighed større end den genetiske faktor. Alle ovenstående informationer har jeg fra udenlandsk litteratur, fordi den danske litteratur indenfor området er meget bagud i forhold til udenlandsk litteratur.

Udgangscirkulæret

Der findes noget der hedder udgangsbekendtgørelsen. Den korrekte tekst på bekendtgørelsen er dog *"Bekendtgørelse om udgangstilladelse m.v. til personer, der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret"*, og den har betegnelsen *"BEK nr 200 af 25/03/2004"*. Den fortæller blandt andet hvilke regler der er for udgang for personer med en anbringelsesdom. Af en grund, som er ukendt for mig, så kalder alle personalerne på den afdeling, hvor jeg er indlagt, denne udgangsbekendtgørelse for *"udgangscirkulæret"*, men det er jo forkert for det er en bekendtgørelse og slet ikke noget cirkulære. Jeg har oplyst personalet om denne fejl utallige gange. Når de har omtalt eller henvist til udgangscirkulæret, så har jeg fortalt dem at det altså er en bekendtgørelse og ikke et cirkulære. Jeg har faktisk rettet personalet i denne fejl i flere år. Alligevel bliver de ved med at tale om udgangscirkulæret. Jeg tror at grunden til at de ikke vil holde op med at kalde det for et cirkulære er simpel. Man anerkender ikke virkeligheden, hvis den kommer fra en patient. Problemet er jo hvordan personalet skifter mening og anerkender virkeligheden uden at komme til at indrømme, at der var en patient der havde ret. Personalet har en modvilje imod at blive mindet om at de laver fejl, og denne modvilje er nærmest total, hvis det er en patient der gør op-

mærksom på fejlen. Personalet vil hellere holde fast i en fejl og blive ved med at lave den, selv om de nu godt ved, at det de gør er forkert, blot for at forhindre at give en patient ret. Det handler om at opretholde illusionen om, at personaler altid er bedre end patienter. Selv om alle kender fejlen, så nægter personalet at rette den. Det er sandelig betonpsykiatri.

Udtrykte tanker og følelser

Mennesker har sex med det formål at få børn, men nogle gange så har mennesker sex bare for at have sex og ikke at få børn. Og nogle gange har mennesker endda kun sex med sig selv, altså også helt uden en partner. Menneskers dans og sang er opfundet med det formål at skabe sociale relationer mellem mennesker, men nogle gange bliver sang og dans brugt uden at der kan opnås sociale relationer. Nogle mennesker kan godt lide at danse rundt til musik mens de støvsuger helt alene. Andre mennesker igen kan godt lide at stå og synge i badet helt alene. Der er altså tale om at mennesket tager en funktion, som oprindeligt var opfundet til een ting, og bruge den til at opnå noget andet. Vi kan godt have en tanke uden at udtrykke den. Vi kan også godt have en følelse uden at lade den komme til udtryk. Groft set så kan vi dele vores tanker op i to dele. Den intellektuelle del og den affektive (følelsesmæssige) del. Der er tilsyneladende ikke noget problem for mennesker i at udtrykke deres følelser ved at synge i badet selv om man står i badet helt alene, men underligt nok, så er det et problem hvis en person udtrykker sine intellektuelle tanker ved at tale med sig selv i badet. Jeg har svært ved at forstå hvorfor mennesker gør denne adskillelse mellem to funktioner som jo dybest set er ens. Man må gerne udtrykke følelser via sang når man er alene, men man må ikke udtrykke intellektuelle tanker når man står alene i badet. Det er i orden at misbruge sex og bare spille pik. Det er også i orden at synge i badet og udtrykke følelser, selv om der ikke er nogen til at tage imod følelserne, men det er ikke i orden at udtrykke intellektuelle tanker når vi står i badet. Hvis en mand kommer gående syngende hen ad gaden, så synes vi det er helt i orden, men hvis en mand kommer gående hen ad gaden og talende højt ud i luften, så synes vi han er tosset. Den første person udtrykker følelser og det er tilsyneladende i orden. Den anden mand udtrykker intellektuelle tanker, men det er i hvert fald ikke i orden. Hvorfor er det kun den ene del af vores hjerne der må komme til udtryk på en tilsyneladende ligegyldig måde? Begge handlinger er dybest set ens. Forskellen er blot at den ene ting udtrykker følelser og den anden udtrykker intellekt. Måske er problemet følgende: Jeg kender ikke rigtig til psykiske lidelser der får personen til at gå rundt og synge, men

jeg kender til psykiske lidelser hvor personen taler med sig selv og sine indre stemmer. Måske er det denne forskel der kommer til udtryk når det er i orden at synge alene men ikke i orden at tale alene. Problemet er at det kan være sundt at tale ud i luften, men det kan også være et tegn på psykisk lidelse at tale ud i luften. De fleste mennesker har den bias at de oftest nærmest automatisk vælger at tænke at den person der taler for sig selv nok har en psykisk lidelse, i stedet for at tænke at det nok bare er en person der udtrykker sit intellekt verbalt. Der findes ikke sygelig sang under bruseren, men der findes både sygelig og ikke sygelig tale. Da de fleste mennesker ikke kan se forskel på de forskellige former for tale, så vælger de derfor altid at tro at der er tale om psykisk lidelse. Det er en bias. Formålet med denne bias er at fortolke andre menneskers adfærd på en sådan måde at vi altid selv kommer til at fremstå som mere raske end andre mennesker, og det er en stor bias. Hvis vi møder en person med en anderledes adfærd end os selv, så er det nærliggende at betragte denne adfærd som tegn på psykisk lidelse, for at vi kan opretholde vores positive selvbillede.

Undgå lateral-tænkning under indlæggelse

Et af symptomerne ved en psykose er usammenhængende tale. Hvis en person i det ene øjeblik taler om sokker og i det andet øjeblik taler om mobil-telefoner, så kan det godt for en personale lyde som om at patienten ikke har orden i sine tanker. Man kalder det for tanke-spring. En interessant egenskab ved vores hjerne er at den har tendens til at tænke i bestemte baner. Lige som en pick-up, der kører i den samme rille igen og igen. Det interessante er at alle almindelige mennesker tænker i bestemte baner. Fordelen ved dette er at vi kan tænke hurtigere på denne måde. Ulempen er derimod at vi går glip af en masse andre tanker, fordi vores tanker nærmest kører på en motorvej uden sideveje. Lateral-tænkning går ud på at bryde dette mønster for at få andre tanker end dem man plejer at have. Man lærer med andre ord at tænke på tværs af tanke-motorvejene. Det kan faktisk være ret interessant og stimulerende at prøve. Problemet med lateral-tænkning er, at jeg tror at det er de færreste personaler og overlæger der ved noget om lateral-tænkning. De vil i stedet for se din tankegang som et symptom på at du lider af en psykose. Hvis du til dagligt benytter dig af lateral-tænkning, så vil jeg anbefale dig at undgå denne tankemåde mens du er indlagt eller under observation. Hvis du ikke kender til lateral-tænkning, så kan du slå det op på nettet. Jeg synes selv det er sjovt en gang imellem, men jeg holder det for mig selv mens jeg er indlagt.

Undgå personalekontakt

Hvis man som patient skal undgå hele tiden at blive kontaktet af personalet, så er det vigtigt hele tiden at sætte personalet i pinlige situationer i afdelingens fællesmiljø. En af de mest effektive måder at sætte personalet i en pinlig situation er at lade være med at svare hvis personalet hilser på dig. En anden kan være hvis du får et spørgsmål. Du kan så vælge at svare ærligt, hvis det ellers er den rette formulering. De fleste personaler kan godt forstå din adfærd. Det skal forstås på den måde, at de hurtigt opdager hvis en patient hele tiden sætter personalet i en pinlig situation overfor de andre patienter og personaler. De fleste personaler vil hurtigt holde op med at kontakte dig, hvis de på forhånd godt ved at enhver kontakt med dig bliver pinlig på den ene eller anden måde. Man skal på ingen måde være uhøflig. Det er således ikke gavnligt at skælde personalet ud, eller at bande eller true, og du skal holde stemmen i et roligt og naturligt leje når du svarer. Dette har den største effekt.

Usammenhængende tale

Det er meget svært for en overlæge at vurdere om en person har usammenhængende tale. Her er et eksempel på hvorfor: Lad os forestille os, at Albert Einstein af en eller anden grund ender i en situation, hvor han nu fører en samtale med en psykiater. Einstein har en stor viden om kvantemekanik, som psykiateren med stor sikkerhed IKKE besidder. Einstein begynder nu at fortælle psykiateren om lysets kvantestruktur. Einstein fik i øvrigt en Nobel-pris for at påvise lysets kvantestruktur. Psykiateren vil nu være i den situation, at "patienten" (Einstein) fortæller psykiateren om noget som psykiateren har absolut ingen kendskab til. Psykiateren er altså i en situation hvor han ikke forstår hvad patienten siger til ham. Betyder dette så at der er tale om usammenhængende tale? Kan psykiateren tillade sig at kalde patienten (Einstein) for psykotisk blot fordi at psykiateren ikke kan forstå hvad patienten siger? Nej. personen (Einstein) taler ikke usammenhængende, han taler derimod om noget psykiateren ikke har kendskab til. Patienten (Einstein) er heller ikke psykotisk. Som psykiater kan man altså godt have en patient, som siger noget der ikke giver mening for psykiateren, uden at patienten derved taler usammenhængende eller er psykotisk. At tro at en psykiater vil være i stand til at vurdere alle mennesker på om deres tale er usammenhængende eller ej og derved erklære patienten psykotisk eller ej,

er at påstå at alle psykiatere er almægtige. Det er det samme som at antage at alle psykiatere er alvidende som en eller anden guddom. Psykiatere er mennesker og de har begrænsninger som alle andre mennesker. Psykiatere vil også komme ud i situationer hvor de taler med en person som ganske enkelt ved mere om et emne end psykiateren. Jeg har interesseret mig for biologi, adfærd, psykologi og psykiatri i mere end 26 år. I denne tid har jeg oparbejdet en del erfaring og viden. Jeg er skuffet over at psykiatere og overlæger vurdere mine udtalelser som psykotiske hver gang de ikke kan forstå hvad jeg siger. Hver gang en psykiater eller overlæge erklærer en patient psykotisk blot fordi psykiateren ikke kan forstå hvad patienten siger, så er det det samme som at sige, til patienten at han ikke kan tillade sig at være klogere end psykiateren eller overlægen. Når alt kommer til alt, så er psykiatere bare mennesker ligesom alle os andre. Det er det mest arrogante der findes, når en patient bliver erklæret for psykotisk bare fordi patienten ved noget som overlægen ikke ved noget om.

Utilfreds eller utilfreds

Når man er patient i retspsykiatrien, så er der nogle ting man bliver nødt til at forholde sig til, uanset om man har lyst eller ej. En patient i retspsykiatrien vil opleve mange situationer hvor der ikke er enighed mellem personalet og patienten. For patienten handler det om at lære at forholde sig bedst muligt i disse situationer. At blive patient i retspsykiatrien er en læringsproces for patienten. Når man som patient kommer ind i retspsykiatrien, så er der mange ting patienten ikke ved om systemet bag retspsykiatrien. De fleste patienter vil i starten klage mundtligt til personalet hvis de bliver utilfredse med en situation. Patienten vil så med tiden erfare at personalet opfører sig på en bestemt måde over for patienter der klager. Hvis en patient udelukkende klager mundtligt til personalet, så vil det på ingen måde motivere personalet eller overlægen til at ændre adfærd. Dette skyldes, at det jo kun er patienten, personalet og overlægen der kender til klagen. Hvis personalet og overlægen bare fejer din klage til side, så er der jo ikke nogen der kan se at personalet og overlægen har behandlet patienten forkert. Med denne tekst er det mit håb, at jeg kan spare patienten for en masse tid og unødig besvær. Min egen erfaring er som følger: Jeg prøvede i mange år at klage til personalet mundtligt, og da jeg opdagede at dette ikke virkede, så begyndte jeg at klage skriftligt. Da jeg begyndte at klage skriftligt så fik jeg ikke ændret mere ved min situation end da jeg klagede mundtligt, men der skete dog alligevel en lille forskel. Personalet følte sig langt mere utilpas, når jeg lavede en skriftlig klage end når jeg

bare klagede mundtligt. Det påvirker altså personalet hvis du laver en skriftlig klage i stedet for en mundtlig klage. Det næste jeg opdagede var at den skriftlige klage i sig selv ikke førte til de helt store forandringer i afdelingen, men de skriftlige klager gav mig en ny mulighed. Med de skriftlige klager i hånden kunne jeg nu indbringe min klage for en højere myndighed, fx Patientombuddet eller Ombudsmanden. Mit råd til dig som patient er følgende: Det kan ikke betale sig at klage mundtligt til personalet. Du skal i stedet for lave en skriftlig klage. Hvis personalet ikke tager din klage alvorligt, så skal du sende den videre til en højere myndighed. Der findes mange patienter der er utilfredse med deres situation, men som alligevel ikke ønsker at klage. Hvorfor være utilfreds hvis du alligevel ikke klager? Jeg har talt med patienter som hele tiden var utilfredse med deres behandling. Hvis jeg så spurgte patienten om patienten ville klage, så havde patienten ikke lyst til at klage. Overlægen og personalet er ligeglade med om patienterne er utilfredse, for det ændre jo ikke noget, og det er jo på ingen måde en trussel overfor overlægen og personalet at patienten er utilfreds. Du skal som patient huske på at hvis du er utilfreds, så er det udelukkende en ubehag for dig selv. Det kan først blive til et ubehag for overlægen og personalet hvis du rent faktisk skriver en klage til en anden myndighed. Klager til afdelingssygeplejersken, overlægen og ledelsen er som regel ganske nytteløse. Det kan dog være nødvendigt alligevel at starte med at klage til disse personer, for at opfylde nogle krav, når du skal klage til andre myndigheder. Myndighederne kræver som regel at du først har forsøgt at klage til afdelingen eller ledelsen. En patient kan som regel aldrig påvirke personalet ved blot at være sur. At være en sur patient er således kun en dårlig følelse for patienten og ikke personalet. Hvis du ønsker at påvirke overlægen og personalet, så er du nødt til at klage til en anden myndighed og helst skriftligt. Denne utilfredshedstilstand har en tæt relation til det som mange kalder for frivillig tvang. Frivillig tvang er når man overbeviser en patient om en behandling som patienten giver udtryk for at være imod, men som patienten alligevel acceptere under protest uden dog at lave en formel klage over tvangen. Patienten går så rundt og er utilfreds med behandlingen men modtager trods alt alligevel behandlingen. Det er frivillig tvang. Personalet opdager hurtigt om du bare er utilfreds eller om du er rigtig utilfreds. Personalet opdager hurtigt om patienten er en person der hele tiden er utilfreds, men som alligevel gør hvad der bliver sagt, eller om du stritter imod når du er utilfreds og derved bliver en belastning for personalet. Det er også derfor jeg nogle gange ser patienter som udviser deres utilfredshed, blive hundset rundt af personalet til trods for denne utilfredshed, for personalet HAR opdaget at patienten bare udviser utilfredshed uden at klage skriftligt til en højere myndighed på grund af utilfredsheden. Man skal som patient forstå

at det ikke nytter at gå rundt i afdelingen og udvise sin utilfredshed, hvis man ikke også handler på sin utilfredshed. I min dagligdag på afdeling P5 (maj, 2015), der diskuterer jeg ikke med personalet, jeg skælder dem heller ikke ud. Jeg prøver blot på at finde ud af personalets mening, og hvad der gælder af regler på området, og så sætter jeg mig ned på værelset og skriver en skriftlig klage, først til personalet eller afdelingssygeplejersken og derefter til en højere myndighed eller ledelsen. Personaler lærer hurtigt at mundtlige klager fra patienterne bare skal ind af det ene øre og ud af det andet øre. Det er komplet nytteløst at klage mundtligt til en personale. Det som man også skal huske på er at i fremtiden er der ingen der kan huske hvad der er blevet sagt på en retspsykiatrisk afdeling, for det blev jo aldrig skrevet ned. Det er derfor meget vigtigt at dine klager bliver til skriftlige klager, så det i fremtiden er muligt at se hvad der er sket i afdelingen og i forbindelse med din behandling. God fornøjelse...

Vagter i retspsykiatrien

Det er lige meget hvor man læser om retspsykiatrien så bliver personalet omtalt som vagter. Hvis man læser en beskrivelse af personalernes arbejde, så vil man opdage, at der findes mange former for vagter på en retspsykiatrisk afdeling. Personalerne bruger også tit selv ordet vagt om sig selv og hinanden. Når en personale får fri og skal til at forlade afdelingen, og således møder en personale, der er på vej på arbejdet, så siger personalen ”god vagt”, og den anden personale svare ”tak”. I retspsykiatrien har vi således gangvagter, miljøvagter, vagtplaner, faste vagter, nattevagter, brandvagter, lægevagter mv. Når man hører om retspsykiatrien, så får man det indtryk at der på afdelingerne udelukkende er vagter ansat. Desuden har man på sikringen vagter ansat fra vagtselskabet G4. Det sidste som gør det hele mere underligt, det er at personalet faktisk ikke kan lide at vi kalder dem for vagter. Hvis personalet i retspsykiatrien ikke kan lide at patienterne kalder dem for vagter, så var det måske en god start hvis personalet holdt op med at beskrive alt deres arbejde som vagt-arbejde.

Velkommen til Slagelse

1. punkt
Man har lavet mange undersøgelser, for at finde ud af hvad der skal til for

at få almindelige mennesker til at gøre onde ting. De Amerikanske forskere Stanley Milgram, Philip Zimbardo og J. Watson har brugt lang tid på at finde ud af hvad der skal til for at få almindelige mennesker til at gøre onde ting. Lad mig blot nævne et enkelt punkt, som jeg synes er vigtigt i forhold til det nye store Hospitals-byggeri i Slagelse. De ovennævnte forskere kom frem til at hvis man skal have almindelige mennesker til at gøre noget ondt imod andre mennesker, så er det vigtigt at af-personificere mennesket. En god måde at fjerne et menneskes personlighed er ved hjælp af uniformer. Hvis man har en masse almindelige mennesker som man ønsker skal gøre onde ting imod andre almindelige mennesker, så er det en god idé at give dem uniform på. Ved at give mennesker uniform på så bliver de alle sammen pludselig ens, og man kan ikke længere se forskel på de enkelte individer. Dette har til formål, at få det enkelte menneske til at tænke at det jo ikke er mig der gør noget ondt, for jeg er jo blevet af-personificeret. Man benytter sig af dette middel når man skal opbygge en hær. En hær har som regel til formål at gøre skade på andre mennesker. Det er ganske enkelt lettere at få almindelige mennesker til at gøre ondt imod andre mennesker hvis man giver dem uniform på. I øjeblikket har personalet i retspsykiatrien deres eget tøj på, når de er på arbejde. Det bliver der nu lavet om på i Slagelse. Her skal personalet nemlig bære uniform. Det er mit indtryk at grunden til at personalet skal have uniform på er på grund at hygiejne. Man skal dog huske på flere forskellige ting i den henseende. Mennesker som er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling er ikke syge. Der findes ikke psykisk sygdom. Der findes kun psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Man har generelt alt for meget tvang i den danske retspsykiatri og det er hermed mit postulat at tvangen vil stige, når retspsykiatrien bliver flyttet til Slagelse alene af den grund at man har af-personificeret personalet ved at give dem uniformer på. Grunden er simpel. Personalet føler ikke længere at det er dem selv personligt der udfører tvangen, det er bare mennesket i uniformen, og det er jo ikke dem selv. Det kan da godt være at der bliver renere i Slagelse, men der bliver sandelig ikke mindre tvang.

2. punkt

Jeg har hørt meget om at lyset i det nye byggeri i Slagelse skulle være helt fantastisk. Der er nogle kloge hoveder der har fundet ud af at mennesker har det bedre hvis lyset skifter i bygningen i løbet af dagen. Umiddelbart kan det vel også være godt, men tillad mig lige at komme med en bemærkning i den henseende. Forestil dig at du er patient på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Du er spærret inde imod din vilje, du har bunker af regler du skal følge her dag. Du bor i et værelse som mest af alt ligner en fæng-

selscelle. Du må ikke selv vælge den mad du spiser, og nu må du heller ikke længere selv vælge din belysning. Der mangler faktisk kun to ting, for at af-personificeringen af både personale og patienter er total og det er at man indfører hvide uniformer til patienterne og man erstatter patienternes navne med numre. Så er det ganske enkelt umuligt at se forskel på Slagelse hospital og en KZ-lejr i polen.

Velkommen til virkeligheden

Om morgenen når jeg står op, så går jeg forbi kontoret, når jeg skal have kaffe. Her står så nogle af de patienter som skal have deres morgenmedicin. Det som slår mig ved situationen er den store kontrast. Jeg kommer gående i et frisk tempo, med min kop i hånden. Det hænder en gang imellem at jeg små-nynner mens jeg henter kaffe. Jeg har nu været medicinfri i mere end 16 måneder (pr april 2015), og jeg har det faktisk fremragende. Så ser jeg på de patienter som spiser medicin og som skal have deres morgen-medicin. De er slappe i kroppen, de er let foroverbøjet, deres hoveder hænger let ned, nogle kikker ned i gulvet, andre kikker tomt ud i luften. De ser kort sagt ud som zombier, en slags levende døde. Jeg tænker at jeg er glad for at jeg ikke er patient på medicin. Det gyser lidt inde i mig, at man hensætter mennesker i en sådan grøntsagstilstand, og så har den frækhed at kalde det for behandling.

Ventetid er ikke til at vente i - 1 del

Det er forskelligt hvordan patienter reagerer på at være på en retspsykiatrisk afdeling. Der er to yderligheder og alt det imellem. Yderlighederne er som følger: Den ene yderlighed er patienter der føler det nærmest ulideligt at være indespærret, og som nærmest sidder og kikker på klokken hele dagen og tænker på hvornår dagen mon slutter og hvornår de bliver lukket ud. For disse mennesker handler det om at holde tiden ud, og det kan være svært at komme ud af sengen om morgenen. Den anden yderlighed er patienter som nærmest glemmer at de er indlagt, og som bare går i gang med et eller andet som har deres interesse og som kan lade sig gøre indenfor de begrænsede rammer man nu engang har i retspsykiatrien. For disse mennesker går tiden hurtigt. Dagene føles ikke lange og de har en glæde ved at stå op hver dag. Begge yderligheder indeholder patienter som dybest set

er underlagt de samme fysiske regler. Der er dog stor forskel på hvordan de forholder sig til deres situation. Forskellen på patienterne i de to yderligheder har næsten udelukkende noget at gøre med hvad der sker oppe i hovedet på patienten. De to yderligheder er forskellige måder hvorpå man som menneske kan forholde sig til at være indespærret.

Vi bestemmer - 1. del

For et stykke tid siden (omkring Maj, 2014), besluttede overlægen at jeg skulle udskrives. Jeg oplyste hende (Susanne Møller Madsen) om at jeg ikke ville udskrives. Hun oplyste mig om at det sandelig ikke var noget jeg bestemte, og hvis hun mente, at jeg skulle udskrives så ville jeg sandelig også blive udskrevet. Jeg oplyste hende så, at hvis jeg blev udskrevet, så ville jeg som min første handling, når jeg kom hjem, ville kaste mig ud i at lave noget kriminelt, hvorefter så jeg straks ville blive indlagt igen. Jeg oplyste hende om at hun jo på et eller andet plan havde ret i at hun kan udskrive mig når hun har lyst. Jeg oplyste hende dog også om at jeg da bare kan lade mig indlægge lige når jeg har lyst. Det tænkte hun så lidt over. Efter et stykke tid blev jeg oplyst at jeg ikke længere kunne udskrives da jeg tilsyneladende ikke var rask og derfor krævede behandling og ikke kunne udskrives. Jeg har i dag, den 22. december 2014, modtaget et svar fra Søren Bredkjær, vicedirektør, Region Sjælland, dateret den 18. december 2014. Af brevet fremgår det at man ikke har planer om at udskrive mig. Der må være tale om et sætning man vælger at bruge som en form for camouflage, da man tidligere har ville udskrive mig, men nu ikke vil udskrive mig, fordi jeg netop ikke vil udskrives. Oprindeligt var det mig som ikke ville udskrives, men det kan man jo ikke rigtig skrive i min journal. Man kan jo ikke skrive i min journal, at patienten er indlagt fordi han ikke vil udskrives. Dette ville jo vise at jeg har magt over situationen. Man er derfor nødt til at vende situationen på hovedet og i stedet for skrive at man ikke har planer om at udskrive patienten. På denne måde så ser det ud som om at patienten er tilbageholdt på afdelingen fordi overlægen har taget denne beslutning og ikke fordi at man er i en situation hvor man ikke kan udskrive mig. Det kunne aldrig falde en personale i retspsykiatrien ind at skrive noget i et brev, journal eller andet der kunne give læseren bare den mindste opfattelse af at en patient i retspsykiatrien kan udøve magt overfor retspsykiatrien. Retspsykiatrien er en institution hvor magten er total, og man gør alt hvad man kan for at opretholde denne forestilling om total magt. Tænk hvis det skulle vise sig, at det faktisk er muligt at være trodsig i retspsykiatrien, så

ville den jo straks bryde sammen. Det er netop følelsen af total magt, der gør at retspsykiatrien er i stand til at nedbryde sine patienter så effektivt som det sker i øjeblikket.

Vi måler lige dit blodtryk!

I starten undrede jeg mig over hvorfor der var så meget personale på en lukket retspsykiatrisk afdeling, men svaret kom jo nærmest til mig at sig selv, når jeg så på hvad de egentlig lavede. En dag sad jeg i stuen i Pilehus (Nykøbing Sjælland). Så kom patienten X hen til kontoret og sagde at han ikke havde det så godt. Personalen svarede: "jeg måler lige dit blodtryk". En dag havde jeg ondt i hovedet. Jeg sagde det til personalet. Personalen svarede: "jeg måler lige dit blodtryk". En anden dag havde jeg ondt i maven. Så bankede det på min dør til værelset. Der kom en personale ind og sagde: "Jeg kommer lige for at måle dit blodtryk". Derudover så skal man have målt sit blodtryk fast een gang om måneden, når man er indlagt i Pilehus. Hvis en patient klagede over bivirkninger, så var svaret som regel: "Vi måler lige dit blodtryk". Okay Okay, jeg har forstået det. Personaler på en lukket retspsykiatrisk afdeling måler blodtryk. Det kræver jo trods alt et vis antal personaler hvis man konstant skal måle patienternes blodtryk. Det betyder egentlig ikke noget for personalet og overlægen om personen er en grøntsag som bare går og kikker tomt ud i luften, for man kan jo altid finde ud af om patienten har det godt. Man skal bare måle patientens blodtryk, og hvis blodtrykket er ok, så er patienten også ok. For et stykke tid siden skrev jeg til Sundhedsstyrelsen. Grunden var at jeg havde opdaget en vejledning hvori man beskrev hvad man skulle undersøge ved en patient for at fastslå patientens tilstand under anti-psykotisk behandling. Man skulle stort set kun undersøge patientens vægt, højde og blodtryk. Jeg skrev til dem og spurgte dem hvordan det kunne være at vejledningen ikke sagde noget om personens velbefindende og om hvordan patienten havde det med behandlingen. Jeg fik det korte svar tilbage, at det skulle jeg vidst ikke blande mig i, for man havde nemlig eksperter ansat til at tage stilling til den slags. Så fik jeg den! Det er altså nogle eksperter som er kommet frem til at hvis man skal undersøge om en patient (grøntsag) har det godt, så skal man bare måle patientens blodtryk. Det kan godt undre mig at personaler skal bruge så lang tid på uddannelse, når man nu kan klare det hele ved at måle patientens blodtryk.... Det er min personlige mening, at hvis man måler en patients blodtryk, ja så har man målt patientens blodtryk.....

Viden

Man kan groft dele vores viden op i to dele. Den ene del er viden, som vi har lært på fx en skole, og som vi efterfølgende har fået et bevis på. Den anden del er viden, som vi har, fordi at vi har lært den på et tidspunkt og vi har ikke noget bevis på denne viden. Det kunne fx være at lave mad. Viden er i sig selv værdifuld, uanset om du har et bevis på det eller ej. Visse mennesker har dog den opfattelse, at viden er mere værd, hvis man har et bevis på at man har denne viden. Dette kommer ofte til udtryk i forholdet mellem patienten og personalet. De fleste patienter har den uheldige tro, at deres viden ikke er noget værd, fordi de ikke har et bevis på denne viden, og derfor gør de ikke brug af deres viden, selv om den i virkeligheden er en god viden. En patient kan således godt have en samtale med en overlæge og tro at det overlægen siger er mere værd end det patienten ved, blot fordi overlægen har en uddannelse og patienten ikke har en uddannelse. Patienten vil ofte være tilbøjelig til at tilsidesætte sin egen viden blot fordi at overlægen er en person med et bevis på sin viden. Det er en frygtelig stor fejl at lave. Patienter kan sagtens have en viden, som er lige så god som den overlægen har. Faktisk vil den viden patienten har ofte være bedre end den viden overlægen har, for samtalen handler jo som regel om patienten, og den der kender patienten bedst, det er patienten selv. Som patient skal man ikke være bange for sin egen viden blot fordi overlægen har en uddannelse. Som patient skal man ikke være bange for at tilegne sig ny viden. Viden er altid godt at have, uanset om man kan få et bevis på at man har denne viden eller ej. Hvis du skal overleve i retspsykiatrien, så er der kun en vej der virker, og det er at tro på sin egen viden, og ikke være bange for at lære ny viden.

Viden er magt

Jeg vil ikke beskrive mig selv som en person, der har let ved at blive sur. Der skal faktisk en del til før jeg bliver sur. Der er dog en enkelt ting, som godt kan gøre mig sur og det er hvis andre mennesker prøver på at føre mig bag lyset, enten ved at bevidst føre mig bag lyset med forkert information, eller ved at undlade at rette mig hvis jeg udtrykker en opfattelse af verden og andre mennesker godt ved at det jeg siger er forkert, men undlader at fortælle mig, at det jeg tror er forkert. Personaler bruger nærmest utroligt meget tid på at overbevise sig selv og patienterne om at de er på arbejde med det formål at hjælpe patienterne. Derfor kan personalets adfærd godt

skuffe mig en gang imellem. Det er utroligt underligt at personaler kan få sig selv til at undlade at rette en patient, hvis patienten har en opfattelse af tingene eller fx af forholdene på afdelingen uden at gøre patienten opmærksom på at patienten har misforstået fx en regel eller andet forhold på afdelingen. Hvis en patient er i en situation hvor fx patienten tror at det som sker ikke er noget man kan klage over, men virkeligheden er at det kan man godt, og en personale også godt ved at man kan klage over det, men undlader at rette patienten i dennes vildfarelse, så er det efter min mening magtmisbrug og manipulation at undlade at rette patienten i dennes vildfarelse. Jeg har flere gange personligt oplevet at personalet bevidst har tilbageholdt information overfor en patient, fordi personalet var af den opfattelse at det kunne være skadeligt for personalets magtposition i afdelingen. Det er efter min mening en både arrogant og menneskefjendsk adfærd at have overfor patienter. Personaler gør ofte nogle utroligt krumspring i deres daglige arbejde, for hvordan opretholder man illusionen om at man er til for at hjælpe patienten uden samtidig at komme til at røbe noget til patienten, som ville sætte patienten i stand til at får magt over patientens egen situation? Personaler gør konstant opmærksom på at de er til for at hjælpe patienterne, men i situationer hvor personalet netop har en stor mulighed for at hjælpe patienten ved at gøre patienten opmærksom på at et forhold i virkeligheden er noget andet end patienten tror, så undlader de at hjælpe patienten ved at rette patienten i dennes vildfarelse. Det er ikke en hjælp at holde andre mennesker i uvidenhed, det er udelukkende et magtmiddel. Viden er magt, og hvis personalet nu kan holde patienterne i uvidenhed, så har personalet jo magten over patienterne. Jeg kan på en måde godt forstå personalets bekymring, for hvis alle patienter vidste alt hvad der var at vide om retspsykiatri, så ville det være næsten umuligt for personalet at slippe af sted med at tvangsmedicinere en eneste patient. Det er faktisk muligt at nedsætte mængden af tvang på de psykiatriske afdelinger, men det vil nok aldrig ske fordi personalet tager skeen i den anden hånd og begynder at behandle patienterne ordentligt. Det vil nok udelukkende ske ved at patienterne bliver mere vidende om psykiatrien og lærer hvad det vil sige at være patient. Patienter skal have viden om psykiatri, for viden er magt. Psykiatrien vil gerne forblive hemmelig, for på den måde kan den bedst opretholde sin magt over de uvidende patienter. For psykiatrien, og retspsykiatrien i særdeleshed, handler det om magt. Den bedste måde at opretholde magten på er ved at være hemmelig omkring hvad der sker i psykiatrien. Psykiatriens bedste undskyldning for at holde psykiatrien hemmelig er undskyldningen om at hemmeligheden blot er en beskyttelse af patienterne. ”Når magten kommer frem i lyset, så smuldre den”.....

Vig fra mig

Ifølge visse lærebøger, er der mange psykotiske mennesker som ikke kan lide at blive rørt eller holdt om. Hvis så en personale prøver på at holde om eller at røre ved en patient, og patienten siger fra overfor denne handling, så vil det jo være nærliggende for personalen at komme frem til den konklusion, at patienten har denne adfærd fordi personen er psykotisk. Problemet er bare, at man sagtens kan have denne adfærd uden at være psykotisk, og jeg har personligt ikke nogle planer om at røre eller holde om en personale. Der kan være utroligt mange grunde til at man ikke vil røre eller holde om en personale. Det kan være at man bare ikke synes om vedkommende. Der kan være tale om en situation, hvor en personale, måske ubevidst, prøver på at holde om eller at give en patient en kram, og derved automatisk kommer frem til den konklusion at patienten er psykotisk, fordi at patienten ikke ønsker at blive holdt om. Personaler er ofte uden forståelse for at de selv skaber en adfærd hos patienterne der godt kan ligne et tegn på psykisk lidelse, men som ofte ikke er andet end netop en reaktion på personalets adfærd.

Virkeligheden er farlig

Jeg har lagt mærke til at jeg ofte bliver sygeliggjort, når jeg fortæller noget om mennesket, som personalet ikke kan lide at høre, fordi det er en trussel imod personalets illusioner om verdens sammenhæng. Det svarer lidt til at skyde budbringeren i stedet for at være sur på budskabet i sig selv. Men hvorfor skal jeg sygeliggøres blot fordi at personalet har en illusion? Det gode ved at skyde skylden på mig når jeg siger noget om virkeligheden er at man jo så kan tvinge mig til at spise medicin på grund af mine udtalelser i det håb at jeg holder op med at konfrontere personalet med deres illusioner. Men der er jo på en måde heller ikke andet en personale kan gøre hvis personalen ønsker at opretholde sine illusioner. Alternativet er at personalet accepterer det jeg siger, og erkender at det er virkeligheden og dermed nedbryder sine illusioner om verden. Ved at medicinere mig så opretholder personalet deres illusioner om verdens sammenhæng. Det er som regel lettere at medicinere en patient end det er at acceptere virkeligheden. Man skal huske på at retspsykiatrien handler om magt, og så længe overlægen har magt, så har overlægen også magt til at forhindre at patienterne konfrontere overlægen om personalet med virkeligheden. Uden denne magt ville overlægen og personalet løbe ind i problemer, for de ville ikke længere kunne skyde bud-

bringeren hvilket henstiller dem i en desillusioneret tilstand, netop fordi de så ikke længere kan opretholde deres illusioner om verdens sammenhæng.

Voldelighed og medicin

Jeg har selv prøvet at spise Abilify 30 mg/dag, og jeg har talt med andre patienter om deres oplevelser med antipsykotisk medicin. Jeg fik selv nogle højest fremmede og skræmmende tanker. Min tanker fik en utrolig voldelig karakter. Jeg havde en følelse af at jeg havde lyst til at slå alle jeg mødte. Jeg har dog ikke på noget tidspunkt slået nogen på grund af min medicinering, men det er utroligt irriterende at have tanker som man ikke kan genkende som sine egne. Egentlig så skulle man da umiddelbart tro, at formålet med at give patienten medicinen, var at patienten skulle blive mere sig selv, men det omvendte skete for mig. Disse voldelige tanker forsvandt da også med det samme, da jeg holdt op med at spise Abilify. Antipsykotisk medicin hører i Amerika til gruppen af medicin man kalder for Major tranquilizers (kraftige bedøvelsesmidler). Det er mit indtryk, at ikke alle patienter har disse oplevelser, men det er efter min mening skræmmende, at der overhovedet er patienter der får disse oplevelser, tanker og adfærd. Det er mit indtryk at antipsykotisk medicin ofte har følgende to virkninger på patienten: Patienten bliver mere og mere døsig af medicinen efterhånden som dosis stiger, og personen får samtidig mere og mere voldelige tanker. De stiger dog i et bestemt forhold til hinanden. Ved en lav dosis, begynder patienten at blive mere døsig, men får også samtidig mere voldelige tanker. Ved større dosis bliver tankerne endnu mere voldelige men patienten bliver også mere døsig. Ved høje doser får patienten virkeligt voldelige tanker, som måske bryder ud i voldelig adfærd samtidig med at patienten føler sig ret døsig. Ved særligt høje doser får patienten stadig mere voldelig tankegang, men er nu så døsig, at patienten ikke magter at føre sine voldelige tanker ud i handling. Ved ekstra høje doser får patienten ganske vist voldelige tanker, men du virker medicinen så sløvende at patienten ganske enkelt falder i søvn. Personen er nu ikke længere voldelig, men kan man tillade sig at kalde det for behandling?

Vrangforestilling (delusion) - 1 del

Vrangforestillingen er vigtig, når man skal forstå mennesker med psykoser og skizofreni. Man kan godt have en forkert opfattelse af verden, uden

at dette nødvendigvis er en vrangforestilling. Hvis man har en forkert opfattelse af verden, og man bliver bekendt med at denne opfattelse ikke er i overensstemmelse med virkeligheden og man så retter sin opfattelse, så den bliver i overensstemmelse med virkeligheden, så er der blot tale om at du har haft en forkert opfattelse af verden, som nu er rettet, så den stemmer overens med virkeligheden. Du er gået fra en forkert opfattelse af verden, til en korrekt opfattelse af verden, uden på noget tidspunkt at have en vrangforestilling. Det som netop kendetegner en person med en vrangforestilling er at personen har en opfattelse, som ikke stemmer overens med virkeligheden, og han ønsker ikke at rette sin opfattelse af verden, så den stemmer overens med virkeligheden. En person med en vrangforestilling vil holde fast i sin forestilling af verden, også selv om man fremkommer med tydelige beviser på at det som personen tror ikke kan være virkeligheden.

Der er 3 kriterier der skal være opfyldt for at man kan sige, at en person har en vrangforestilling.

1. Sikkerhed
   En person med en vrangforestilling vil være fuldstændig sikker i sin sag.
   Det som personen tror på er 100% sandt.

2. Ikke til at rette
   En person med en vrangforestilling er ikke til at rette i sin overbevisning, til trods for overbevisende modargumenter eller bevis på at hans forestilling ikke er korrekt.

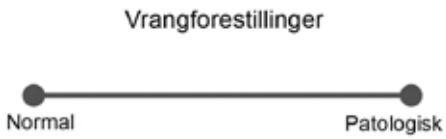
3. Umuligt eller falsk indhold
   Selve vrangforestillingen har et indhold, som er ganske usandsynligt, bizart eller åbenbart usandt. Det er ganske usandsynligt at han er fra Jupiter. Det er bizart, hvis han mener at hans lunger er skiftet ud med to sten.

Richard Carrier giver her en grundig forklaring på hvad det vil sige at have en vrangforestilling (delusion) (på engelsk): https://www.youtube.com/watch?v=28PjVaW4kKI

Ifølge professor og psykiater J Anderson Thomson, så har ALLE mennesker vrangforestillinger. Der er bare forskel på hvor store de er og hvor mange man har. (http://en.wikipedia.org/wiki/J._Anderson_Thomson)

Vrangforestillingens kontinuum

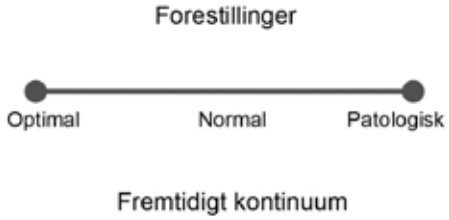
Jeg synes generelt at det er forkert kun at tale om vrangforestillinger. Det vil være meget mere korrekt blot at tale om forestillinger. Den første graf viser den nuværende opfattelse af det kontinuum hvori vrangforestillinger befinder sig. Personligt synes jeg det er en forherligelse af det normale, som om at det normale er det bedste der findes. MEN det normale er ikke det bedste der findes. Det normale er blot et udtryk for at størstedelen af befolkningen har denne anskuelse og forestillingsevne. Det er korrekt at der findes mennesker som har en forestillingsevne som er lavere end den som de normale (størstedelen) besidder, MEN der findes også mennesker som har en forestillingsevne som er STØRRE end den som de normale besidder. De mennesker som har en forestillingsevne som er større end de normales forestillingsevne er der jo ikke plads i det nuværende kontinuum, og det er forkert. Hvis man udelukkende fortæller om den del som ligger under det normale område men undlader at fortælle om den del der ligger over det normale område, så er der tale om et forsøg på manipulation af læseren ved hjælp af udelukkelse. Det normale område kommer til at fremstå som det bedste område, selv om det ikke er tilfældet.



Klassisk kontinuum

Som det fremgår af den næste graf så er det fremtidige kontinuum udvidet i forhold til det nuværende kontinuum. Dette er gjort for at kunne fortælle hele historien om de menneskelige forestillinger. Som det fremgår at denne graf, så er det ikke optimalt at være normal. Nu er det tydeligt at der findes mennesker på begge sider af det normale område. De normale vil selvfølgelig være meget imod denne fremstilling af den menneskelige forestillingsevne, for nu sker der en desillusionering af de normale mennesker som ser denne graf. I det oprindelige kontinuum var det optimalt at være normal, men i dette kontinuum er det kun et skridt på vejen imod at blive optimal. Der er dog tale om et mere korrekt billede af den menneskelige forestillingsevne. Hvis man kun fortæller en del af historien så vil lytteren/læseren få et forvrænget billede af virkeligheden. Hvis man skal fortælle

om den menneskelige psyke så er det vigtigt at vi fortæller HELE historien og ikke bare en del af den.



Hvis man er normal og man oplever et andet menneske med en anderledes forestilling end en selv, så er det ikke nok at konstatere at den anden person afviger fra det normale område. Det vil også være en god idé at fastslå om personen ligger på den ene side eller den anden side af det normale område. Det er mit indtryk at mange psykiatere ikke foretager denne skelnen. Oftest har psykiatere den opfattelse, at hvis en person ikke passer ind i det normale område (jfr det klassiske kontinuum), så har personen vrangforestillinger. En psykiater bør have selvtillid nok til at erkende at der både findes mennesker som har en ringere og en bedre forestillingsevne end psykiateren selv.

Vurdering af en ny personale

Jeg er i øjeblikket (maj, 2015) på en afdeling (P5, Nykøbing Sjælland), hvor der er en stor udskiftning af personalet, fordi afdelingen snart skal flytte til Slagelse. Det giver mig lejlighed til at øve mig i at vurdere nye personaler ud fra deres adfærd. Denne tekst er meget kompakt. Den er ikke nogen form for afhandling, men bare en hurtig gennemgang. Jeg vil gerne prøve at beskrive hvordan jeg vurderer en ny personale. Det kan være en personale der lige er blevet fastansat, eller det kan være en personale, der er vikar og derfor blot skal være på afdelingen en enkelt vagt. Det er yderst vigtigt at patienten er hurtig til at læse nye personaler. Hvis en personale (vikar) kun skal være på afdelingen en enkelt vagt, så kan det være yderst vigtigt at patienten straks får en idé om personalens personlighed. Det første jeg lægger mærke til er personalens korpus. Er personen slank, lav, høj, tyk eller andet. Hvad er personalens køn. Det næste jeg lægger mærke til er personalens kropsstilling (posture). Er personalen afslappet, rank eller foroverbøjet. Så er der selve kropssproget. Giver personalen udtryk for at hvile i sig selv. Er personalen usikker i sine bevægelser eller er der styr på

bevægelserne. Det næste jeg lægger mærke til er beklædningen. Er den løs, overdådig, afslappet, tætsiddende eller udfordrende. Det næste jeg lægger mærke til er hvordan personalen interagerer i et ukendt miljø. Er personalen forsigtig, nysgerrig eller udfarende. Når en personale er ny, så er det utroligt let at se om personalen føler sig perfekt og ufejlbarlig som en anden gud, eller om personalen opfører sig menneskeligt og godt ved at personalen er i nye omgivelser hvor der kan være ting som personalen ikke har styr på og som personalen derfor skal lære først. Spørger den nye personale de erfarne i afdelingen til råds eller spreder personalen bare sine egne meninger i afdelingen som om at personalens egne meninger jo selvfølgelig også er lov på den nye og fremmede afdeling. Det som jeg lægger mest mærke til ved en ny personale er hvordan personalen forholder sig over for patienterne som er ukendt for personalen. Jeg lægger mærke til om personalen ser situationen an og ikke prøver på at virke fremfusende over for en patient som den nye personale ikke kender eller om den nye personale bare overrumpler patienten uden at føle sig frem for at finde ud af hvem patienten egentlig er. Det er dette sidste punkt, som meget sikkert vil fortælle om personalen vil være egnet til at arbejde på afdelingen i fremtiden. Lige netop dette sidste punkt er noget jeg kan finde ud af på mindre end 1 minut hvis situationen er den rigtige. Hvis personalen på dette punkt er forsigtig, så er der en chance for at personalen vil kunne passe ind på afdelingen på længere sigt. En enkelt ting som også er værd at huske på er hvilken afdeling det er den nye personale skal arbejde på. Er den en afdeling med langtidsindlagte patienter eller er det et skadestue eller akutafdeling. Der er stor forskel på de kvaliteter som en personale bør have på disse to forskellige afdelinger. Personaler findes med mange forskellige personligheder. Nogle personaler kan arbejde på begge afdelinger uden problemer, andre personaler vil ikke være egnet til noget som helst arbejde i psykiatrien. Jeg har personligt mødt begge yderligheder. Den første er let at omgås, den anden er en pestilens.

Øh! udskrivning?

Nogle gange bliver personalet overrasket over patienternes reaktioner. Jeg tror at den vel nok mest spændte situation der kan opstå på en psykiatrisk afdeling er følgende: En personale henvender sig til en patient. Personalen oplyser patienten om at patienten bliver udskrevet på mandag. Så går patienten og pakker sine ting. Så bliver det mandag, og patienten er klar til at blive udskrevet. Så kommer der igen en personale og siger til patienten at

patienten ikke bliver udskrevet alligevel. Man kan vidst roligt sige, at en stor del af patienterne kommer op i det røde felt, efter at have modtaget en sådan besked. Nu er patienter jo forskellige. Nogle patienter taber modet, mens andre patienter taber hovedet. Dem som taber modet, går bare tilbage til deres stue, men dem der taber hovedet reagerer ud, og ødelægger noget eller slår personalet, og en del af patienterne ender med at blive bæltefixeret. Den reaktion en patient får i denne situation har overvejende noget at gøre med den situation som personalet sætter patienten i. Det forekommer mig højest ejendommeligt at personalet kan komme på den tanke at sige til en patient at patienten bliver udskrevet og så vælge at skifte mening og ikke udskrive patienten alligevel. Det er at påføre et andet menneske en unødig stor stress-belastning, ganske uden grund.

Øjenkontakt (Mødet mellem patient og overlæge)

Hvad er god øjenkontakt? Når en patient og en overlæge mødes til en samtale, så vil en vigtig del af samtalen være deres øjenkontakt. Men hvad er god øjenkontakt. Du skal huske på at det som bliver skrevet ned om samtalen, vil blive skrevet ned af personalet og overlægen. Der vil derfor altid stå deres version af samtalen. Dette gælder også beskrivelsen af den øjenkontakt som måtte have været under samtalen. Hvis overlægen skriver at der har været god øjenkontakt, så skal dette ses som overlægens fortolkning af øjenkontakten, og hvordan han oplevede den. At skrive at der var god øjenkontakt er blot overlægens subjektive vurdering af øjenkontakten. Hvis han skulle have været objektiv, så ville han have beskrevet den i detaljer, men det gør overlæger som oftest ikke. Når man derfor læser i en journal at der har været god øjenkontakt, så ved vi ikke noget om den øjenkontakt der har været mellem patient og overlæge, kun at overlægen synes om øjenkontakten der var under mødet. Overlægen sidder i en magtsituation overfor patienten. Hvis overlægen derfor følte at han havde magt via sin øjenkontakt, så vil han med stor sandsynlighed skrive at der var en god øjenkontakt. Det er uhøfligt at stirre, men jeg oplever ofte overlæger gøre dette, men for overlæger er dette blot et udtryk for at de udtrykker magt via øjnene. Hvis patienten stirrer på overlægen lige så meget som overlægen stirrer på patienten, så kan du være sikker på at overlægen vil skrive i journalen at patienten havde et stirrende blik. Dette skal ikke ses som at patienten havde en dårligere øjenkontakt end overlægen, men det skal blot ses som et udtryk for at overlægen ikke synes om at man stirre på ham, da det får overlægen til at fremstå som mindre magtfuld. Som du

nok kan forstå så handler en samtale ikke bare om det patient og overlæge siger til hinanden. Det handler også om magt. Hvis du er utilfreds med at overlægen nærmest prøver på at nedstirre dig som patient, så er det et godt magtmiddel at stirre tilbage på overlægen. Selv om situationen godt kan virke lidt underlig, så er der ingen tvivl om at det har den effekt at overlægen vil blive utryg i situationen, da overlægen hurtigt opdager at han ikke har magten i øjenkontakten. Han kan ikke forhindre patienten i at kikke på ham, men det han som oftest gør er at skrive negativt om din øjenkontakt i din journal. Hvis du senere læser i din journal og ser at han skriver negativt om din (aggressive) øjenkontakt, så skal du blot se det som et udtryk for at det du gør virker på overlægen. Inden for psykologien kalder man det blandt andet for: 'identifikation med aggressor'. Det skal forstås på den måde, at overlægen er aggressiv overfor patienten via sin øjenkontakt, og nu efterligner patienten overlægens adfærd, ved at stirre tilbage på overlægen. At nedstirre overlægen kan godt gøre han usikker, og i det øjeblik han bliver usikker, så er han lettere at vælte om kuld.

Øjenkontakt (Mødet mellem personale og patient) - 2. del

Hvad er dårlig øjenkontakt? Hvis man har en samtale, og den man taler med hele tiden kikker på en, så kan det godt være ret irriterende, men det omvendte kan faktisk også godt være irriterende, nemlig at man slet ikke bliver kikket på. Ofte så vil den øjenkontakt der er mellem patient og personale handle om magt. Det er ikke altid lige til at få øje på, men det ligger hele tiden i baggrunden af kommunikationen mellem patient og personale. Du har muligvis oplevet at personalet har skrevet negativt om din øjenkontakt i din journal. De skriver som regel subjektivt om din øjenkontakt. De kan fx blot finde på at skrive at du har en dårlig øjenkontakt. Det fortæller jo intet om den øjenkontakt der har været, kun at personalet fandt den irriterende eller ubehagelig. Hver gang personalet skriver i din journal, så udøver de en form for magt, for ved at skrive at du har en dårlig øjenkontakt, så taler de ned om dig, så folk der et sted i fremtiden læser i din journal som udgangspunkt vil få en negativt indtryk af dig. Hvis du en dag læser i din journal og ser at de har skrevet negativt om din øjenkontakt, så skal du huske på at det blot er personalets subjektive følelse af din øjenkontakt. Din øjenkontakt kan faktisk godt være helt i orden selv om personalet beskriver den negativt. Noget af det mest ubehagelige der findes, det er at blive igno-

reret. Hvis du går igennem afdelingen og forbi nogle personaler, men helt undlader at have øjenkontakt med dem, men i stedet for blot lader som om at de ikke eksisterer, så vil personalet opleve dette som ubehageligt. Der er mange ting, som det slet ikke kunne falde en personale ind at skrive i din journal. En personale vil med stor sandsynlighed aldrig skrive i din journal at du betragter personalet som luft, for det vil røbe det magtforhold der er mellem dig om personalet, nemlig at du udøver magt overfor personalet. Personaler vil altid vende en situation på en sådan måde, at patienten kommer til at fremstå som syg og IKKE stærk. Personaler kan ikke lide stærke patienter. Hvis du nu ignorerer personalet og de føler det som et ubehag, så kan du være næsten sikker på at de i stedet for vil skrive i din journal, at du har dårlig øjenkontakt. Dette skal igen ikke ses som et udtryk for at patienten er svag, men blot et udtryk for at personalet prøver på at skjule hvad der i virkeligheden sker. I min egen journal er skrevet mere end 3.450 noter. Det er kun lykkedes mig at finde to noter, hvor personalet røbede noget om magtforholdet mellem mig og personalet. I den første note stod der at personalet var irriteret over de klager jeg skrev om personalet, fordi de var så velformuleret, at de var svære at forsvare sig imod. I den anden note stod der at det gik personalet på nerverne at jeg hele tiden var utilfreds med deres handlinger, og at jeg hele tiden sagde det til dem. Personalet fandt det meget belastende. Resten af noterne i min journal er søforklaringer og undvigemanøvrer. For personalet vil god øjenkontakt derfor være, når du kikker på dem en gang imellem under samtalen men ikke for meget og derved viser at personalet har magten i samtalen. Så oplever de en god øjenkontakt (god magt). Hvis du, hver gang du går forbi personalet, hilser pænt på dem, så oplever de også en god øjenkontakt, for du anerkender hermed den magt de har i situationen.

Åbne retspsykiatriske afdelinger - NEJ TAK!

Lad mig starte med nogle hårde ord: Retspsykiatrien hjælper ikke mennesker. Retspsykiatrien undertrykker derimod mennesker. Retspsykiatri handler om at ”behandle” mennesker med TVANG, og det giver ikke patienterne et bedre liv. Jeg har en holdning til åbne retspsykiatriske afdelinger: Der bør ikke findes åbne retspsykiatriske afdelinger. Grunden til min holdning er baseret på forskning inden for tvang i de engelsk-talende lande. Den umiddelbare følelse for en patient på en lukket afdeling er, at det vil være bedre at komme på en åben afdeling. Men det lidt som at tisse i buskerne, det hjælper på den korte bane, men det er ikke godt for patien-

ten på den lange bane. Lad mig prøve på at forklare min holdning og den forskning der findes på området. Hvis en person er lukket inde på en lukket retspsykiatrisk afdeling, så vil det være tydeligt for patienten at der er tale om tvang. Patienten er fysisk lukket inde imod sin vilje. Det er ubehageligt at være lukket inde imod sin vilje, men der er også en anden ting som er interessant ved en person som er lukket inde imod sin vilje. Når en person er lukket inde på en lukket retspsykiatrisk afdeling imod sin vilje så finder der en fordeling sted. Personalet er dem som holder patienten indelukket og patienten er en person som gerne vil være fri. Patienten er således lukket inde, men har stadig en indre følelse som skriger på frihed. Der er altså tale om at der er nogle ydre kræfter (personalet) som holder dig lukket inde. Når en sådan person bliver udskrevet og lukket ud, så vil patienten slippe for den tvang og frihedsberøvelse der ligger i at være på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Med andre ord - Patienten har hele tiden haft en trang til frihed, og oplever nu denne frihed. Det kan godt lyde som en omvendt kold tyrker, og patienten kan måske nok føle sig en anelse forskrækket over pludselig at være fri igen, men denne form for udskrivning er faktisk den bedste for patienten på den lange bane, hvis formålet altså er at give patienten en bedre fremtid. Forestil dig en patient som er på en lukket retspsykiatrisk afdeling. Patienten er lukket inde imod sin vilje af personalet og patienten har et ønske om frihed. Patienten bliver nu fundet så tilpas rask at patienten kan flyttes over på en åben afdeling. På den åbne afdeling er patienten stadig tilbageholdt imod sin vilje, men det sker noget interessant oppe i hovedet på patienten. Patienten er ikke længere fysisk tilbageholdt på afdelingen af personalet. Personalet forventer at patienten ikke vil stikke af fra afdelingen fordi man forventer at patienten selv kan styre sin lyst til at forlade afdelingen. Det er næsten ikke til at få øje på, men det er sket noget meget vigtigt oppe i patientens hoved. På den lukkede afdeling var det personalet der fysisk tilbageholdt patienten. Men på den åbne afdeling er det ikke længere personalet der fysisk tilbageholder patienten men derimod patienten selv der skal tilbageholde sig selv fra at flygte. Patienten på den åbne afdeling er pludselig blevet sin egen fængselsbetjent. Der er ikke længere tale om at magten er en ydre kraft (personalet). Nu er denne kraft flyttet ind i patientens hoved, og patienten på den åbne afdeling er nu den kraft der tilbageholder patienten. Som tiden går, så vil betjenten vokse fast inden i hovedet på patienten. Patienten bliver på en måde vant til at have denne lille fængselsbetjent inde i hovedet. Der vil så komme en dag hvor patienten på en åbne afdeling bliver udskrevet, og flytter hjem til sig selv igen. Men det giver et meget stort problem, for patienten har jo i lang tid haft en fængselsbetjent oppe i hovedet, og når nu denne patient flytter hjem

til sig selv, så flytter fængselsbetjenten jo med, for betjenten er jo oppe i hovedet på patienten. Man ved fra forskning at denne betjent kan være ganske sværd at slippe af med igen, når først den har taget bolig oppe i patientens hjerne. Man har således en patient som er udskrevet til eget hjem, men som stadig har en betjent oppe i hovedet og som vil være hæmmet i sin frihed på grund af denne betjent.

Konklusion

Hvis en patient er indlagt på en lukket retspsykiatrisk afdeling og patienten bliver på denne afdeling indtil patienten skal udskrives, så vil patienten under hele sin indlæggelse betragte personalet som den ydre kraft der tilbageholder patienten. Når denne patient bliver udskrevet til eget hjem, så vil personalet blive tilbage på afdelingen, og patienten kan tage hjem som et frit menneske. Med andre ord - patienten efterlader tvangen på den lukkede retspsykiatriske afdeling. Hvis en patient derimod bliver udskrevet fra en åben afdeling, så vil tvangen flytter med patienten hjem i patientens hjem, for den kraft som tilbageholdt patienten på den åbne afdeling var den indre fængselsbetjent som patienten gik rundt med oppe i hovedet, og når denne patient flytter hjem til sig selv, så flytter fængselsbetjenten med, for den er jo netop oppe i hovedet på patienten. Det vil måske føles mere hårdt for en patient at være på en lukket retspsykiatrisk afdeling indtil patienten kan udskrives, men til gengæld så er patienten fri når patienten forlader afdelingen og patienten efterlader tvangen tilbage på afdelingen. Den patient som bliver udskrevet fra den åbne afdeling, tager fængselsbetjenten med hjem og er nu i de næste mange år og måske endda resten af livet underlagt en usynlig og skjult fængselsbetjent oppe i patientens eget hoved, og det kan være ret svært at slippe af med denne fængselsbetjent igen. Lukkede retspsykiatriske afdelinger er derfor bedst for patienten på den lange bange. Hvis man har det mål er sikre sig at udøve tvang over patienten i så lang tid som muligt så er det bedste man kan gøre at overflytte patienten fra en lukket retspsykiatrisk afdeling og til en åben afdeling i nogle år inden patienten bliver udskrevet. Dette vil sikre at man har en nærmest usynlig magt over patienten også længe efter at patienten er udskrevet. En lukket retspsykiatrisk afdeling er et fysisk fængsel, men kun så længe patienten er på afdelingen. En åben retspsykiatrisk afdeling er et psykisk fængsel, men da fængslet er oppe i hovedet på patienten, så vil det også være i hovedet på patienten den dag patienten bliver udskrevet og patienten tager nu dette fængsel med hjem til sig selv. Patienten bliver fysisk udskrevet, men vil psykisk stadig være spærret inde. Jeg håber at denne tekst har forklaret dig at retspsykiatri ikke hand-

ler om at behandle patienterne, men udelukkende om at have magt over patienterne. Derfor mener jeg at åbne retspsykiatriske afdelinger bør lukkes straks.

Årsag og virkning

Den menneskelige hjerne gør alt hvad den kan for at få mening i den verden mennesket oplever og de tanker den tænker. Den funktion som giver vores verden og tanker mening kalder vi for rationalisering. Vores hjerne vil gøre alt hvad den kan for at bringe mening ind i vores oplevelser og tanker, men samtidig har den det mål, at gøre det med et forbrug af energi som er så lavt som muligt. Nogle gange giver det et problem, for så afsætter hjernen ikke nok energi til en rationalisering og så kommer hjernen frem til en forkert forklaring på det oplevede. En anden vigtig faktor er menneskets alder. Et barn vil ikke være ret godt til at komme med forklaringer på verden. Vi har altså en funktion, rationalisering, som afhænger af hvor meget energi hjernen afsætter til arbejdet samtidig med at personens alder har en indflydelse på hvor god en forklaring vi kommer frem til.

Magisk tænkning er når hjernen sætter forbindelse mellem to tanker, mellem en tanke og en hændelse eller mellem to hændelser, som tilsyneladende ikke har forbindelse med hinanden. Magisk tænkning er når hjernen når frem til at der er et forhold eller en relation mellem to ting som i virkeligheden slet ikke har nogen relation. Et barn som ikke afsætter ret meget energi af til at finde ud af relationen mellem en årsag og en virkning vil derfor være meget tilbøjelig til magisk tænkning. Voksne mennesker vil i kraft af deres erfaring være mindre tilbøjelige til magisk tænkning, men hvis en voksen person ikke afsætter nok energi af til rationaliseringen så vil den voksne være udsat for at lave lige så meget magisk tænkning som barnet. For at forstå den rette sammenhæng mellem årsag og virkning i verden, så kræver det at personen er både voksen, har en stor erfaring og afsætter nok energi af til rationaliseringen. Kun på denne måde vil hjernen være i stand

til at forstå absolut kausalitet. Det kræver altså både at hjernen er veludviklet, har erfaring og energi nok, at komme frem til dette rette forståelse af verden. Hvis blot en af disse faktorer fejler, så vil hjernen være tilbøjelig til magisk tænkning. Magisk tænkning er meget normalt hos børn, og det burde ikke findes hos det voksne menneske. Det normale menneske er ikke i den optimale tilstand. Der findes således mennesker som er både ringere og bedre end de normale mennesker. Normale mennesker har en bias. Det normale menneske tror altid som udgangspunkt at hvis det normale menneske møder en person med en anden opfattelse af årsag og virkning end den normale selv, så er det som udgangspunkt fordi at dette menneske har en dårligere fornemmelse for årsag og virkning end den normale, men dette er en illusion. Alle mennesker som står over for et andet menneske er nødt til at tage stilling til om dette andet menneske har en forståelse for kausalitet som er større eller mindre end den forståelse som den normale besidder, men denne tankevirksomhed kræver energi, og hjernen er som udgangspunkt ikke interesseret i at bruge mere energi end højest nødvendigt, og derfor skærer de fleste normale menneskers hjerne en genvej, og kommer frem til den konklusion at det andet menneske nok har en ringere forståelse for kausalitet end den normale. Det er både krævende for hjernen og skadeligt for vores selvforståelse at vurdere om et andet menneske har en bedre forståelse af verden end os selv. Så er det hurtigere og lettere som udgangspunkt bare at antage at de andre mennesker er ringere end os selv. Med andre ord - mennesket har indbygget Jantelov.

Tanker om retspsykiatri

Når man som mig bliver sat på et værelse på ca 12 m^2 og ikke har ret meget udgang, så er det jo passende at skrive lidt om det jeg oplever i min dagligdag.

Denne tekstsamling har til formål at give dig en idé om hvad en patient som mig kan få af tanker om retspsykiatrien og de regler der gælder for den. Disse tekster udtrykker hvad jeg synes om retspsykiatrien. Jeg kommer med mange postulater i denne samling tekster, og jeg hører gerne fra dig, hvis du mener at jeg tager fejl.

Denne bog er ikke et udtryk for den absolutte sandhed. Den skal ses som et udtryk for hvordan jeg som patient oplever retspsykiatrien indefra. Retspsykiatrien i Danmark er efter min mening alt for hemmelig, og det er mit mål med disse tekster, at give et indblik i hvad det er man går og prøver på at holde hemmeligt.

Glenn Hansson, *ateist*

Kahrius

ISBN 978-87-7153-096-4