

KiD- EN HJELP TIL SELVHJELP

EN KVALITATIV STUDIE AV KURS I
DEPRESJONSMESTRING (KiD) SIN INNVIRKNING PÅ
STUDENTER SOM KJENTE SEG NEDSTEMTE/
DEPRIMERTE

HILDE MERETE SALVESEN

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Forord:

” **Selvhjelp** er å ta tak i egne muligheter,
finne fram til egne ressurser,
ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker.

Selvhjelp er å sette i gang en prosess,
fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv”.

(Sosial- og helsedirektoratet, 2004)

Takk

For at denne masteroppgaven kunne bli til har den vært avhengig av mange aktører.

Først vil jeg rette en stor takk til deltakerne i denne studien. Jeg tenker da på dere som jeg har intervjuet og dere som var på kurset som jeg deltok på. Jeg vil takke for tilliten dere gav meg gjennom å dele deres opplevelser og erfaringer med meg. Denne kunnskapen er et viktig bidrag i en evaluering av KiD, og til feltet psykisk helsearbeid.

Så vil jeg takke kurslederne som har gjort dette forskningsprosjektet mulig. Takk for deres positive innstilling til prosjektet mitt, hjelp med å skaffe deltakere til intervjuene, og muligheten dere gav meg til å være deltaker på kurset selv. Dere har et viktig arbeid, og jeg lærte selv mye av det som dere formidlet i kurset.

Videre vil jeg gi en stor takk til min veileder, førsteamanuensis Inger Beate Larsen, som har oppmuntret meg, kommet med konstruktive tilbakemeldinger og nyttige innspill. Jeg vil også rette en takk til professor António Barbosa da Silva, som har gitt meg verdifulle innspill gjennom samtaler og kommentarer til oppgaven.

Videre vil jeg takke min mann, Reidar, for tålmodighet, støtte og interesse for oppgaven. Jeg vil også takke venner og medstudenter som har støttet, oppmuntret og tilført kunnskap gjennom nyttige diskusjoner.

En stor takk til dere alle!

Sammendrag:

Bakgrunn: Mange studenter sliter med depresjon/ nedstemthet. På Universitetet i Agder tilbys studenter kurs i depresjonsmestring (KiD), som er et selvhjelpskurs/mestringskurs som bygger på kognitiv adferdsteori. Kvantitative studier av tilsvarende kurs, viser at kurset har positiv effekt.

Hensikt og problemstilling: Studien har en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming hvor hensikten har vært å utforske opplevelser og erfaringer fra studenter som har deltatt på kurset. Fokuset har vært: Hvilke opplevelser og erfaringer kan studenter som har deltatt på Kurs i depresjonsmestring (KiD) fortelle om, og på hvilke måter kan kurset medvirke til en bedringsprosess?

Metode: Hovedmetoden for datainnsamlingen har vært kvalitative forskningsintervju med seks deltakere. I tillegg har jeg utført deltakende observasjon.

Resultater: KiD har ført til økt bevisstgjøring og motivert flere av deltakerne til å ta aktivt del i sin egen bedringsprosess. Metodene og teknikkene omtales som nødvendige verktøy. Sosiale aspekter som det å møte andre i samme situasjon og kursholdernes væremåte har også hatt betydning. Resultatene peker videre på kompleksiteten i en bedringsprosess, og synliggjør at faktorer som ligger utenfor kurets målsetting, også er av betydning.

Konklusjon:

Resultatene bekrefter funn fra kvantitative studier og viser at kurset har effekt på personer som sliter med depresjon/nedstemthet. Samtidig viser studien at det å lytte til deltakernes opplevelser og erfaringer får fram dybde og mangfold om hvilke elementer ved kurset som kan medvirke til en bedringsprosess. Studien viser viktigheten av innenfraperspektivet (det fenomenologiske perspektiv), når helsetilbud skal evalueres.

Nøkkelord:

Kurs i depresjonsmestring(KiD), kognitiv terapi, hermeneutisk-fenomenologisk, Topor, Antonovsky, ”opplevelse av sammenheng”, ”virkningsdiskurs”

Abstract

Background: Many students are suffering from depression /dejection. At the University of Agder students are offered a coping with depression course (named KiD in Norwegian), which is a self help course based on cognitive-behavioral theory. Quantative studies of similar courses have shown that the course has positive effect.

Aim and research question: The dissertation uses a hermenutical-fenomenological approach, and its aim has been to explore experiences from students that have been participants on the course. The research question was: What personal experiences and acquired insight can students that have been participants in KiD narrate, and in what ways can the course contribute to a recovery process?

Method: The methods for collecting data have been a qualitative interview with six participants. In Addition, I have made participant observation.

Result: KiD has increased the awareness of the participants and has motivated several of them to actively participate in their own recovery process. The methods and techniques are regarded as necessary tools. Social aspects like meeting others in the same situation, and the course leaders' way of being and behaving were also significant. Furthermore, the results point to the complexity of a recovery process, and reveal that also other external factors are of considerable significance.

Conclusion: The results confirm findings from quantative studies and indicate that the course has positive effect on persons suffering from depression / dejection. At the same time, the study shows that by listening to the participants' experience one gains insight into the comprehensiveness and diversity concerning the elements in the course that can contribute to a recovery process. The study points to the importance of an inner perspective (the phenomenological perspective), when treatments and health care are being evaluated.

Key words: Coping with depression Course, cognitive therapy, hermenutical-fenomeological, Topor, Antonovsky, "sense of Coherence", discourse on the effectful

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 TIDLIGERE FORSKNING	1
1.3 PROBLEMSTILLING	3
1.4 STUDIENS HENSIKT	4
1.5 KURS I DEPRESJONSMESTRING (KiD)	4
1.5.1 En presentasjon av KiD	4
1.5.2 Kursets grunnlagstenkning	5
1.5.3 ABCD - modellen	7
1.5.4 KiD på UiA	8
1.6 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING	8
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	10
2.1 OM VALG AV TEORIPERSPEKTIVER	10
2.2 SALUTOGENESE OG OAS I FØLGE ANTONOVSKY	10
2.2.1 Helse som et kontinuum	11
2.2.2 "Opplevelse av sammenheng" (OAS)	12
2.3 RECOVERY- FORSKNING I HENHOLD TIL ALAIN TOPOR	13
2.4 KORT OM FORHOLDET MELLOM TEORIPERSPEKTIVENE	15
3.0 METODE	17
3.1 KORT OM METODEVALG	17
3.1 VALG AV DELTAKERE	17
3.2 DATAINNSAMLING	18
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju	18
3.2.2 Deltakende observasjon	20
3.3 GJENNOMFØRING AV ANALYSE OG TOLKNING	21
3.3.1 Systematisk tekstkondensering	21
3.3.2 Det transkriberte intervju	22
3.3.3 Den deltakende observasjon	24
3.4 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	24
3.5 MIN ROLLE SOM FORSKER	25
4.0 EN PRESENTASJON AV STUDIENS FUNN	28
4.1 INTRODUKSJON	28
4.2 Å FÅ ET REDSKAP MED PÅ VEIEN VIDERE	28
4.2.1 Betydningen av kunnskapen, metodene og teknikkene som læres	28
4.2.2 Betydningen av ansvarliggjøring	31
4.2.3 Selvhjelpskurs kontra tradisjonell behandling	33
4.3 Å MØTE ANDRE	35
4.3.1 Kursholderens betydning	35
4.3.2 De andre kursdeltakernes betydning	37
4.3.3 Det å føle seg normal, fremfor å ha en opplevelse av å være unormal	38
4.4 BEHOVET FOR EN STØTTEPERSON UNDERVEIS	39
4.4.1 Opplevelsen av krav som kurset setter	39
4.5 ANDRE FAKTORERS BETYDNING I EN BEDRINGSPROSESS	41
4.6 OPPSUMMERING	42
5.0 DISKUSJON	44
5.1 PÅ HVILKE MÅTER KAN KiD MEDVIRKE TIL AT DELTAKERNE OPPLEVER EN ØKT GRAD AV "OPPLEVELSE AV SAMMENHENG"?	44
5.1.1 Forholdet mellom OAS og deltakernes opplevelser og erfaringer	44
5.1.2 Betydningen av mennesket som aktivt deltakende i eget liv	46
5.2 HVORDAN KAN KiD BIDRA TIL Å NORMALISERE DET Å HA EN PSYKISK LIDELSE?	47
5.2.1 Et dominerende sykdomsperspektiv	48

5.2.2 Elementer i KiD som medvirker til normalisering.....	49
5.3 HVA ER DET EGENTLIG SOM VIRKER? MED FOKUS PÅ VIRKNINGSDISKURSEN INNENFOR PSYKISK HELSEARBEID	52
5.3.1 Viktigheten av innenfraperspektivet i en ”virkningsdiskurs”	52
5.3.2 Selvhjelpskurs som medvirkende behandling	53
5.3.3 Viktigheten av både salutogenese og patogenese	55
5.3.4 Betydningen av kursholdernes væremåte	56
5.3.5 Betydningen av et undervisningsaspekt og det å være i en gruppe.....	58
5.3.6 Innenfraperspektivets betydning i evaluering av tilbud innenfor psykisk helsearbeid	59
5.4 EN DISKUSJON AV STUDIENS VALIDITET	60
5.5 STUDIENS BETYDNING FOR KiD OG FELTET PSYKISK HELSEARBEID	64
6.0 EN OPPSUMMERING AV STUDIEN OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	66
6.1 OPPSUMMERING	66
6.2 NYE FORSKNINGSSPØRSMÅL – VEIEN VIDERE.....	67
LITTERATUR.....	68

Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjennelse fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK)

Vedlegg 2: Kvittering fra personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til tidligere kurs deltakere med samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til deltakere på kurs med samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjueguide

Vedlegg 6: Matrise

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

På Universitetet i Agder (UiA) får studenter tilbud om kurs i depresjonsmestring (KiD). Dette kurset bygger på kognitiv adferdsteori, og er et selvhjelpskurs/ mestringskurs for mennesker som sliter med depresjon/ nedstemthet.

I denne masteroppgaven har jeg gjort en studie av hvilken innvirkning KiD har hatt på studenter som kjente seg nedstemte/ deprimerte. Min interesse for dette temaet har blant annet bakgrunn i levekårsundersøkelsen fra 2005, som viser at studenter har dårligere psykisk helse enn resten av befolkningen (Ugreninov og Vaage, 2006). Samtidig arbeider jeg frivillig som veileder i et studentarbeid i en menighet. Dette arbeidet har også påvirket mitt valg av tema, da det har gjort meg oppmerksom på hvor viktig det er å drive forebyggende psykisk helsearbeid blant studenter. For mange er dette en sårbar tid, der depresjon, ensomhet, identitetsproblemer og viktige valgsituasjoner er en del av hverdagen. Det stilles atskillige krav til studenter og forventningen om å lykkes til eksamen og fullføre studier kan føre til økt stressbelastning. Studenter er i en alder der mange psykiske lidelser debutterer (Butcher et al., i Sørensen et al., 2007). Stress kan være en utløsende faktor for psykiske lidelser og til sammen gjør det at studenter er i en sårbar livssituasjon.

Motivasjonen for å velge dette temaet, er også preget av en egen interesse i emnene kognitiv terapi og depresjon. KiD har fått gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Kvantitative studier av tilsvarende kurs har vist at kurset har en signifikant positiv effekt på forløpet av depresjon. Dette har gjort meg nysgjerrig på hva det er ved KiD som fører til bedring, og hvilke opplevelser og erfaringer studentene selv har med å delta på et slikt kurs.

1.2 Tidligere forskning

Tidligere forskning har også vært med å prege valg av tema og utforming av problemstilling. Jeg vil derfor her kort presentere forskning som er relevant for denne studien.

Kognitiv terapi er i dag en av de best dokumenterte og anerkjente terapiretninger innen psykologi og psykiatri (Wilhelmsen, 2004, s.8). David Burns (2005) viser til flere kontrollerte resultatstudier der kognitiv adferdsterapi er blitt sammenlignet med både medikamentell behandling og ulike former for psykoterapi. Disse fremhever at kognitiv adferdsterapi er minst like bra som bruk av antidepressiva, og at for mange pasienter synes denne terapiformen å virke bedre.

Når det gjelder forskning på KiD er det gjort flere kvantitative studier som viser at det har hatt positiv effekt. Av disse vil jeg først nevne en studie som ble utført i Norge i 2001. Denne viser at gode resultater er oppnådd gjennom modifisering av kurset tilpasset norske forhold. Det ble her utført en randomisert, kontrollert studie av unipolar depresjon blant voksne. 155 klinisk deprimerte personer ble rekruttert gjennom dagspressen, og ble randomisert til 81 i kursgruppen og 74 i kontrollgruppen. Konklusjonen ble at behandlingsmetoden er effektiv mot depresjon, og egnet til bruk i både primærhelsetjenesten og den spesialiserte psykiatriske helsetjeneste (Dalgard, 2004, Dalgard og Bøen, 2008).

Tilsvarende randomiserte studier er også gjort i utlandet. Flere av disse er oppsummert i metanalyser. Jeg vil trekke fram to av disse. Kühner (2003) har utført en meta-analyse over 24 kontrollerte randomiserte studier av Coping with Depression Course (CWD). Her fant Kühner at metoden var effektiv når det gjaldt reduksjon av depressive symptomer. De fleste studier gjaldt depresjon hos ungdom, men også hos voksne viste metoden seg effektiv.

En tilsvarende effekt kan gjenfinnes i Cuijpers et al.(2009). Denne meta-analysen over 25 studier av kurset CWD, viser at kurset har effekt både som behandling og forebygging av depresjon.

Det er meg bekjent ingen kvalitative studier av KiD i Norge. Dette har jeg fått bekreftet av professor Odd Steffen Dalgard via e-post¹, som var med å starte og utvikle kurset i

¹ Sendte en mail til Odd Steffen Dalgard 28.10.09, med spørsmål om han kjente til noen kvalitative studier av KiD. Fikk svar 29.10.09 om at han ikke kjente til at det var utført noen kvalitative studier av KiD i Norge.

Norge. Dette har også vært en motiverende faktor for valg av tema, problemstilling og metode.

1.3 Problemstilling

Denne studien fokuserer på virkningen av kurset KiD og på hvilke måter kurset kan medvirke til bedring hos studenter som sliter med depresjon/nedstemthet. Da kvantitative undersøkelser viser at kurset har effekt, ønsket jeg å finne ut hvordan deltakere selv opplevde og erfarte kurset, og om de pekte på faktorer som kunne bidra til bedring. For å gjøre studien tilgjengelig også for studenter som ikke hadde opplevd bedring, valgte jeg en mer åpen problemstilling. Dette førte meg frem til følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser og erfaringer kan studenter som har deltatt på kurs i depresjonsmestring (KiD) fortelle om, og på hvilke måter kan kurset medvirke til en bedringsprosess?

Forskjellen mellom opplevelser og erfaringer

Forholdet mellom begrepene ”opplevelser og erfaringer” forstår jeg som følger: For meg fremstår erfaringer som en mer reflektert bearbeidelse av opplevelser. Det vil si at opplevelsene kommer forut for en erfaring. Jeg var derfor interessert både i deres mer spontane reaksjoner på kurset, samtidig som jeg også ønsket å ta del i de mer veloverveide tankene de hadde gjort seg.

Begrepet bedringsprosess

I definisjonen av hva som ligger i en bedringsprosess, har jeg valgt å ta utgangspunkt i den svenske psykologen Alain Topor. Bedringsprosessen handler, slik han ser det, om å se hele individet i en sammenheng. Bedring er alltid en følge av et arbeid som individet gjør selv, oftest med hjelp av andre. Å snakke om bedring avhenger av at man erkjenner menneskets aktive og avgjørende medvirkning. Bedring er altså en prosess i individet, som kan ses i sammenheng med individet selv og omgivelsene hans/ hennes. Topor fremhever at man behøver ikke å være symptomfri for å befinne seg i en bedringsprosess (Topor, 2006, s.18-19).

1.4 Studiens hensikt

Dette prosjektet har en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming hvor hensikten har vært å utforske kursdeltakernes opplevelser og deres erfaringer med å delta på KiD. Kvantitative studier viser at kurset har effekt, hensikten var derfor å belyse *hva* det er som virker. Jeg ønsket å belyse hvordan KiD kan hjelpe studenter til å mestre sin depresjon/nedstemthet, og har derfor benyttet kvalitative metoder som nettopp retter fokus mot studentenes egne beskrivelser og opplevelser av kursets innvirkning på deres liv.

Jeg ønsket å se på om det var bruk av metodene og teknikkene som hjalp, eller om det også var andre elementer ved kurset eller utenfor kurset som medvirket til bedring. Videre ville jeg undersøke hva kunnskapen de fikk på kurset hadde betydd for dem, og om de hadde anvendt denne i eget liv. Jeg har vært opptatt av å få fram hva studentene selv mente førte til en eventuell bedring. Dette er et innenfraperspektiv, som er i tråd med en hermeneutisk- fenomenologiske tilnærming.

Hensikten min var også å se på om målene for kurset ble innfridd. Målet med kurset er å gjøre graden av nedstemthet/depresjon mindre, korte ned på varigheten av depresjon, gjøre de negative følgene av depresjon mindre og forebygge nye episoder av depresjon (Stålesen, 2009).

1.5 Kurs i depresjonsmestring (KiD)

1.5.1 En presentasjon av KiD

KiD er et internasjonalt kurskonsept, som er blitt modifisert og tilpasset norske forhold av psykolog Trygve A. Børve, psykiatrisk sykepleier Anne Nævra og professor i psykiatri Odd Steffen Dalgard. Det ble deretter prøvd ut i Norge i 2001. Kurset går over 10 ganger og skal ledes av en godkjent kursleder (KiD- kursleder).

Kurset er utarbeidet for voksne som i perioder kjenner seg nedstemte eller er deprimerte på en slik måte at det går utover kvaliteten på livet og evnen til å fungere. Det vektlegges

at man ved depresjon har flere selvkritiske tanker, og økt aksept for slike tanker, om seg selv, andre og fremtiden. Kursdeltakerne får opplæring i hvordan de ved egen innsats kan bruke ulike modeller, skjema og teknikker for å kunne gjenkjenne og endre tanke- og væremåter som hemmer livskvaliteten. I den kognitive delen av kurset lærer deltakerne teknikker for endring av uhensiktsmessige tankemønstre, for eksempel såkalt negativ tenkning (Jf. 1.5.2 og 1.5.3), mens den adferdspsykologiske delen retter seg mot endring av adferd i retning av mer lystbetonte aktiviteter². Nettverkselementet inneholder en teoretisk formidling av det sosiale nettverks betydning for psykisk helse, men omfatter også tegning av nettverkskart³ og en invitasjon til utvikling av sosiale relasjoner i gruppen. Under det hele ligger det en forståelse av nært samspill mellom sinnsstemning, tanker og adferd, der sinnsstemningen, for eksempel depresjonen, søkes endret gjennom endring i tenkning og adferd (Dalgard og Bøen, 2008, s.12).

Kurset er basert på en arbeidsmetode med undervisning og øvelser på selve kurset, og hjemmeoppgaver. Hjemmeoppgavene betraktes som en viktig del for å oppnå god effekt. Delmålet med kurset er å forstå sammenhenger og etter hvert kunne innarbeide et mer hensiktsmessig tanke- og handlingsmønster hvis det er ønskelig. Hovedmålet er å mestre eller forebygge nedstemthet og depresjon (Børve et al., 2009b og 2009a).

1.5.2 Kursets grunnlagstenkning

Metodene og teknikkene som læres i KiD, er de samme som benyttes i kognitiv terapi, eller kognitiv adferdsterapi som det også heter. KiD er basert på kognitiv atferdsteori slik denne ble formulert av Aaron T. Beck, og A. Ellis og senere av Judith S. Beck (Børve et al., 2009b). Kognitiv terapi ble utviklet av psykiateren Aa.T. Beck på 1960 tallet. Aa.T. Beck fremhever at det er en grunnleggende forskjell i grunnlagstenkingen mellom kognitiv terapi og de andre tradisjonelle metoder som biologiske psykiatri, psykoanalysen og adferdsterapi. Han fremhever forskjellen på følgende måte: Innenfor de tradisjonelle retningene sees mennesket som et offer for skjulte krefter som det ikke har kontroll over. Mennesket kan kun kureres ved hjelp av medisiner og andre fysiske behandlings metoder, psykoterapeuter og adferdsterapeuter (Beck, 1979, s.2). Innenfor

² Lystbetonte aktiviteter blir beskrevet som aktiviteter som gir gode følelser og overskudd. Det kan for eksempel være trening, kos, avslapning eller underholdning (Børve et al., 2009b).

³ Et kart som skal hjelpe deltakerne til å få en oversikt over hvilke personer de har i sitt nettverk, og hvilket forhold de har til dem. Kartet består av tre konsentriske sirkler hvor "meg" plasseres i sentrum (Børve et al, 2009b, s.51).

kognitiv terapi pekes det på at mennesket selv har nøkkelen for å forstå og løse sine psykologiske forstyrrelser innenfor rekkevidden av sin egen bevissthet. Det betyr at mennesket kan korrigere sine forestillinger som produserer dets følelsemessige forstyrrelser med det samme problemløsende apparat som det har for vane å bruke i forskjellige stadier i sin utvikling. Kognitiv terapi baserer seg på at et individs problemer kommer stort sett fra noen forvrengninger av virkeligheten basert på feilaktige premisser og forutsetninger (ibid, s. 3). Han beskriver dette slik:

This new approach to emotional disorders changes man's perspective on himself and his problems. Rather than viewing himself as the helpless creature of his own biochemical reactions, or of blind impulses, or of automatic reflexes, he can regard himself as prone to learning erroneous, self-defeating notions and capable of *unlearning* or correcting them as well. By pinpointing the fallacies in his thinking and correcting them, he can create a more self-fulfilling life for himself (Beck, 1979, s.4).

Judith S. Beck skriver at kognitiv terapi er basert på en kognitiv modell som fremsetter en hypotese om at menneskers følelser og adferd er påvirket av deres *tolkninger* av hendelsene. Det er ikke situasjonen i seg selv som avgjør hva folk føler, men heller hvordan de tolker/ oppfatter situasjonen. Ved å endre disse tolkningene/ tankene, kan en igjen endre følelsene. Hun peker også på viktigheten av å avdekke "automatiske tanker" som kommer forut for en følelse (Beck, 1995, s.14). Automatiske tanker beskrives av Wilhelmsen som tanker som bare dukker opp av seg selv, utløst av noe vi ser, lukter, opplever, føler eller kjenner. De er raske, korte og svært følelsesstyrende (Wilhelmsen 2004, s.13). J. S. Beck fremhever at en ofte er mer observant på følelsen som følger en slik tanke, enn på selv tanken. Som et resultat av dette aksepterer en ukritisk denne automatiske tanken som sann. I kognitiv terapi lærer en metoder til å avdekke disse automatiske tankene, noe som igjen gjør at en kan vurdere gyldigheten av dem, og eventuelt korrigere dem hvis tolkningene er feil. Et hovedspørsmål innenfor kognitiv terapi blir: "Hva gikk gjennom hodet ditt akkurat nå?". Ved å avdekke disse tankene kan en vurdere gyldigheten av dem. Hvis en finner at fortolkningene er feilaktige og en korrigerer dem, vil en trolig oppdage at sinnsstemningen bedres (Beck, 1995, s.14-15).

Et viktig mål i kognitiv terapi er å lære pasienten å bli sin egen terapeut (ibid, s.33). Det fokuseres på nødvendigheten av at pasienten/klienten er delaktig i behandlingen.

Hjemmeoppgaver er en integrert del i kognitiv terapi, og ikke en valgfri del, og J.S. Beck

understreker viktigheten av dette. Disse hjemmeoppgavene gir pasienten en mulighet for å samle data om tankemønstre, øve på kognitive teknikker og eksperimentere med ny adferd (ibid, s.248).

Et annet viktig utgangspunkt for den kognitive tilnærmingen er at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering, det dreier seg om gradforskjeller og ikke vesensforskjeller. En slik tilnærming gjør at alle, til en viss grad, kan kjenne seg igjen i hva et menneske med psykiske problemer opplever (Berge og Repål, 2008, s.22).

1.5.3 ABCD - modellen

Grunnmodellen som det arbeides etter på kurset kalles ABCD- modellen. Denne modellen har en sentral plass i kursmaterialet, og jeg ønsker derfor å gi et eksempel på denne. Modellen illustrerer sammenhengen mellom tanker/ tolkninger, følelser og handlinger. I kursheftet uttrykkes denne modellen i et ABCD- skjema som ser slik ut:

Tabell 1. ABCD- skjema

Dato/dag	Situasjon/ hendelse (A) Hva gjorde du, eller hva opplevde du?	Tanker/tolkninger (B) Hva tenkte du? Hvor sterkt trodde du på tolkningen din? 0-100 %	Konsekvenser (følelser/ kroppslig reaksjon/handling)(C) Hva ble konsekvensene? Intensitet 0-100 %	Alternativ tolkning (D) (Troverdighet; grader fra 0- 100 %)	Konsekvens etter alternativ tolkning

Denne modellen illustrerer at vi hele tiden tolker det som skjer rundt oss. Fortolkningene påvirker hva vi opplever, og derfor hva vi føler, de kroppslige reaksjonene, og hva vi gjør. Fortolkningene skjer så fort at vi ofte ikke selv er klar over hvilke tolkninger som ligger til grunn for våre reaksjoner. Tolkningene av en situasjon kan være raske og automatiske eller mer overveide. De raskeste tankene kan det være vanskelig å få tak i,

og det er disse som i avsnitt 1.5.2 er beskrevet som automatiske tanker. De negative tankene kalles for negative automatiske tanker (NAT). De automatiske tankene/ tolkningene springer ut fra grunnleggende leveregler som en har dannet seg tidlig i livet. Disse levereglene er tanker vi har om oss selv, andre og framtiden. Dersom disse levereglene har negativt og kritisk innhold kan dette føre til negative automatiske tanker og feiltolkninger av en situasjon (Børve et al, 2009b, s.70). Eksempler på grunnleggende leveregler som kan være knyttet til nedstemthet og depresjon kan være: ”Jeg må være perfekt”, ”Jeg er ikke bra nok”, ”Jeg klarer meg ikke alene” (ibid, s.10). Denne modellen skal altså fungere som en hjelp til å avdekke negative tankemønstre hos deltakerne, og snu disse. I hjemmeoppgavene oppfordres deltakerne til å fylle ut slike skjema med eksempler fra eget liv.

1.5.4 KiD på UiA

På UiA fremheves det at KiD er et selvhjelpskurs med vekt på generell informasjon og innføring i kognitive metoder. Det informeres blant annet om at det ikke er nødvendig å fortelle om egne problemer på kurset. Studenter som sliter med dype depresjoner blir frarådet å ta kurset.

Alle studentene som deltar på kurset må kjøpe kursheftet ”Å mestre depresjon”, som kurset bygger på. I selve undervisningen blir eksempler og illustrasjoner som brukes tilpasset studenter, for at de skal kjenne seg bedre igjen. Ved de første kursene som ble holdt på UiA, ble studentene innkalt til en samtale med kursholder før oppstart. Det har vært ulik praksis på gjennomføring av disse samtalene ved senere kurs. Det vurderes nå om disse samtalene skal gjenopptas.

1.6 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel to presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Jeg har senere valgt å diskutere noen av funnene med teori hentet fra Aaron Antonovsky og Alain Topor. I dette kapitlet gir jeg derfor en presentasjon av utdrag fra Antonovskys teori og forskning om *salutogenese* og ”opplevelse av sammenheng” (OAS), og Topors forskning om bedringsprosesser (recovery).

I kapittel tre presenteres valg og bruk av det kvalitative forskningsintervju og deltakende observasjon, samt gangen i forskningsprosessen. Videre redegjør jeg for gjennomføringen av analyse og tolkning av det innsamlede datamaterialet. Ethiske overveielser og egen rolle som forsker blir også drøftet i dette kapitlet.

I kapittel fire presenteres funnene. Her introduseres fire hovedtemaer, med enkelte undertemaer, som har tydeligst fremkommet i analysen og tolkningen av det empiriske materialet. Disse blir gjort til gjenstand for fenomennære tolkninger og refleksjoner på et common sense nivå (Kvale, 2001, s. 145). Hovedtemaene er:

1. Å få et redskap med på veien videre
2. Å møte andre
3. Behovet for en støtteperson underveis
4. Andre faktorerets betydning i en bedringsprosess

I kapittel fem beveger jeg meg fra det fenomennære til et mer teoretisk nivå. Her diskuterer jeg spørsmål som funnene har gitt meg inspirasjon til, hovedsakelig opp mot det teoretiske rammeverket som er presentert i kapittel to. Fokuset er her på følgende tre hovedspørsmål:

1. På hvilke måter kan KiD medvirke til at deltakerne opplever en økt grad av ”opplevelse av sammenheng”?
2. Hvordan kan KiD bidra til å normalisere det å ha en psykisk lidelse?
3. Hva er det egentlig som virker? Med fokus på virkningsdiskursen innenfor psykisk helsearbeid.

Jeg har også valgt å plassere diskusjonen av studiens validitet i dette kapitlet, da validiteten i kvalitativ forskning ikke bare er knyttet til metoden, men innbefatter alle de ulike stadiene i forskningsprosessen (Kvale, 2001). Tilslutt vil jeg i dette kapitlet diskutere studiens betydning for KiD og feltet psykisk helsearbeid.

I kapittel seks avsluttes oppgaven med en oppsummering av studien og forslag til videre forskning.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Om valg av teoriperspektiver

Fokuset mitt i denne studien har vært på bedringsprosesser, og allerede før oppstart av dette prosjektet ønsket jeg å bruke teorier som pekte på hva som kan bidra til god helse. Gjennom innhenting og tolkning av datamaterialet har Aaron Antonovsky sin teori om *salutogenese* og ”opplevelse av sammenheng” (OAS) og Alain Topors forskning om ”*recovery*” blitt relevante i diskusjonen av mine funn, som ligger på Kvales tredje tolkningsnivå (Kvale, 2001, s.145-146). Begge disse teoriene er i overensstemmelse med en humanistisk tradisjon hvor menneskets autonomi og integritet betones, noe jeg anser som et viktig perspektiv innenfor psykisk helsearbeid. Funnene i min studie viser at det å delta på kurs i depresjonsmestring kan være helsefremmende. Det trekkes fram ulike faktorer ved det å delta på KiD, som har medvirket til en bedringsprosess hos deltakerne og kursdeltakerne. Disse faktorene er i tråd med mye av det både Antonovsky og Topor peker på, og vil som nevnt bli diskutert i kapittel fem.

Jeg vil i det følgende gi en kort presentasjon av Antonovsky og Topor, og deres perspektiver på helse. Jeg har valgt å trekke ut elementer fra deres teorier og studier som jeg har funnet relevant for min studie.

2.2 Salutogenese og OAS i følge Antonovsky

Aaron Antonovsky (1923-1994), israelsk professor i medisinsk sosiologi, har utviklet en helsemodell som han omtaler med begrepet *salutogenese*. Dette begrepet er satt sammen av det latinske ordet *salus*, som betyr helse/sunnhet, og det greske ordet *genesis*, som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Hans salutogene modell fokuserer på hvilke faktorer det er som skaper helse, og var en motreaksjon på det ensidige fokus på patogenese innenfor helsetenkingen, altså fokus på sykdom og hva som fører til sykdom. Den salutogene modellen har han presentert i to av sine kjente bøker. I 1979 gav han ut boken *Health, stress and coping* (Antonovsky, 1979) som presenterte en modell utviklet for å

forstå bedre relasjonen mellom stressfaktorer, håndtering og helse. Denne modellen er så utviklet mer i hans bok, *Helbredets mysterium* (Antonovsky, 2000). Den teori som her presenteres er hentet fra disse to bøkene. Jeg skal i det følgende presentere deler av hans teori med utgangspunkt i hans syn på helse og "Opplevelse av Sammenheng" (OAS).

2.2.1 Helse som et kontinuum

Antonovsky utviklet sin modell på bakgrunn av sine undersøkelser av en gruppe jødiske kvinner som hadde vært i konsentrasjonsleir under andre verdenskrig. På tross av de ufattelige traumatiske opplevelsene de hadde gjennomlevd i konsentrasjonsleirene hadde de klart å bevare sin helse. Dette førte til at han begynte å forske på hvilke faktorer det var som gjorde at mennesker holder seg friske til tross for store livspåkjenninger (Antonovsky, 2000).

Med bakgrunn i sin forskning fremhever Antonovsky at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Han ser helse i et kontinuum, der ytterpunktene er syk og frisk. En motsetning til dette er ifølge Antonovsky en dikotomi – oppdeling i to eksklusive kategorier. Det vil si at man enten betraktes som syk eller frisk. Antonovsky hevder at dette preger vår tenkning i helsevesenet, med fokus på diagnoser, forebygging osv. Derfor er en også hele tiden på letingen etter de endelige løsninger i forhold til sykdommer. Hans syn på helse er at det er en samlet helhet uten avbrekk eller mellomrom mellom de deler som utgjør helheten. Dette vil si at mennesket alltid er litt frisk, har noen plager og kanskje kan være en god del syk (Antonovsky, 1979 og 2000).

Dårlig helse ----- god helse

Figur 1 Helse forstått som et kontinuum.

Antonovsky hevder at alle mennesker befinner seg et eller annet sted på dette kontinuumet. Den salutogene orientering fokuserer på mestringsressurser, på hva som bidro til helse i stedet for på hva som bidro til sykdom. Innenfor denne tenkningen er en interessert i hvor mennesket befinner seg på dette kontinuumet, som går fra god helse til dårlig helse. Hans fokus er på hvilke faktorer som bidrar til å bevare eller skape en

bevegelse mot den sunne pol. Det vil si at en fokuserer på mestringsressurser (Antonovsky, 2000).

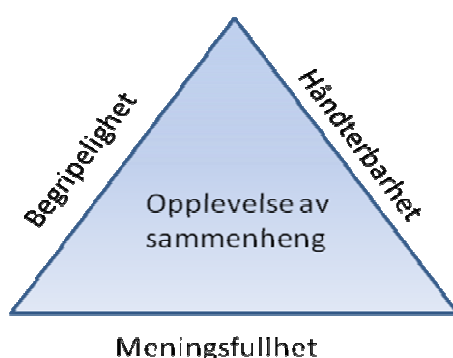
I hans salutogene modell er det en sammenheng mellom stressfaktorene som vi alle utsettes for i livet, og de generelle motstandsressursene (mestringsressurser) en har. Jo flere motstandsressurser man har tilgjengelig og evner å gjøre bruk av, jo bedre vil man håndtere stressfaktorene, og dermed bevare helse. Motstandsressurser det her er snakk om kan være både indre og ytre faktorer som jeg-styrke, biologiske faktorer som arv, sosial støtte, materielle faktorer som penger, kulturell stabilitet, daglige aktiviteter og lignende (Antonovsky, 1979, s.103-122). Denne dynamikken kommer tydelig fram i hans modell (Antonovsky, 1979, s.184-185).

Det er likevel viktig å understreke at Antonovsky ikke tar avstand fra den patogenetiske fremgangsmåte og forståelse. Hans ønske var å kunne se de to forståelsesmåter som komplementære og mer likestilte når det gjelder fordeling av de intellektuelle og materielle ressurser eks. til forskning. Sammenfattet sier Antonovsky: ” Den salutogenetiske orientering er ikke kun en forudsætning for, men tvinger os til at arbejde på at formulere og videreudvikle en teori om mestring” (Antonovsky, 2000, s.31).

2.2.2 ”Opplevelse av sammenheng” (OAS)

Vår evne til å gjøre bruk av de generelle motstandsressursene, og dermed bevare helsen, avhenger av den enkeltes ”opplevelse av sammenheng” (OAS). Antonovsky framhevet at motstandskraft beror på den enkeltes OAS, dvs. den enkeltes opplevelse av tilværelsen som begripelig, håndterlig og meningsfull (Antonovsky, 2000). Den som har en sterk OAS har en global innstilling og tillit til at (1) de stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigelige og forståelige (begripelighet), (2) det står tilstrekkelige resurser til rådighet for å klare de krav som stimuliene stiller (håndterbarhet), og (3) disse krav er utfordringer det er verdt å engasjere seg i (meningsfullhet) (ibid, s.37). En person som har en sterk OAS vil kunne velge den mestringsstrategi, dvs. de motstandsressursene vedkommende har i sitt repertoar, som er mest velegnet til å håndtere den stressfaktoren vedkommende står overfor. Han/ hun vil i høyere grad enn den som har en lav OAS være engasjert i situasjonen og være villig til å håndtere stressfaktoren (ibid, s.154).

Begripelighet handler altså om at en har en dynamisk tillit til at det som skjer er kognitivt forståelig og forklarbart. Håndterbarhet innebærer en følelse av at utfordringer kan håndteres, en føler seg ikke som et offer og ser ikke livet som urettferdig. Han eller hun vil tenke at dette kan jeg klare, dette må være mulig. Meningsfullhet er den mest betydningsfulle av de tre komponentene, fordi det er en motiverende komponent. Den omhandler viktigheten av å være deltakende og engasjert i sitt eget liv og i de prosesser som former ens egen skjebne (Antonovsky, 2000). Sammenhengen mellom disse begrepene kan illustreres slik:



Figur 2 "Opplevelse av sammenheng", laget på bakgrunn av min tolkning av Antonovsky.

Sammenfattet mener Antonovsky at selv om alle komponentene i OAS er nødvendige, er ikke alle like viktige. Det motiverende element, som meningsfullhet bidrar med, ser som vist ut til å være mest sentralt. For en engasjert person er veien åpen til en større forståelse og bedre utnyttelse av ressursene. Begripelighet synes å være det nest viktigste, ettersom høy håndterbarhet avhenger av forståelse. Det betyr selvfølgelig ikke at håndterbarhet ikke er viktig. Dersom en ikke tror at det står ressurser til disposisjon, går det utover meningsfullheten og forsøket på å mestre situasjonen. Mestring avhenger altså av OAS som helhet (Antonovsky, 1979 og 2000).

2.3 Recovery- forskning i henhold til Alain Topor

De siste tiårene har det vært økt fokus på *recovery* eller bedring som det ofte omtales på norsk (Borg, 2009). Denne forskningen har gjennom gått to faser. Fram til 1980 dokumenterte man bedring av personer med alvorlig lidelse. Fra 1990 og framover har

man fokusert mer på hvilke mekanismer og faktorer som fremmer recovery (Topor, 2004).

En sentral aktør i recovery - forskningen i Norden er Alain Topor. Topor er psykolog og leder for Forsknings- og utviklingsenheten innen Psykiatrien Södra i Stockholm, samt dosent ved Institusjonen for Sosialt Arbeid ved Stockholms Universitet. Han er også medforsker i "Nordic recovery research group" som siden 1996 har sett på bedring og bedringsprosesser hos mennesker som er blitt friske etter langvarige alvorlige psykiske lidelser. I den forbindelse har han skrevet doktorgradsavhandlingen: "Managing the contradictions – Recovery from severe mental disorders", som boka Recovery bygger på (Topor, 2003). I dette doktorgradsarbeidet har han intervjuet mennesker som har kommet seg fra å ha hatt en alvorlig psykisk lidelse om deres bedringsprosess, om hva som hjalp og bidro til bedring. Han løfter fram betydningen av den enkeltes subjektive opplevelse av hva som hjelper, den erfaringsbaserte kunnskap, som viktig bidrag innenfor psykisk helsearbeid. Mye av recovery-forskningens styrke er nettopp knyttet til dette at den kan fange opp mangfoldet og kompleksiteten i den bedringsprosessen som foregår hos den enkelte, gjennom et innenfraperspektiv. Topors forskningsarbeid er betydningsfylt i den pågående debatten om hva som egentlig bidrar til bedring, og hva som virker i terapi; den såkalte "Virkningsdiskursen" (Jf. Kap 5.3).

En viktig faktor i recovery – forskningen er at den formidler håp til mennesker som har en psykisk lidelse. I boka "Hva hjelper" viser han til egen og andres forskning som sier at majoriteten av mennesker som har hatt den mest belastede diagnosen i psykiatrien, schizofreni, kommer seg (Topor, 2006). Hvis det er slik for mennesker med denne diagnosen, må det være oppmuntrende nyheter for mennesker med også andre diagnoser, f.eks depresjon. Forskningen viser videre at det er aldri for sent å oppnå bedring, og det viser seg at mennesker blir bedre i alle kulturer. Denne forskningen har til hensikt å forutsetningsløst undersøke *hva* det er som hjelper, i motsetning til det å for eksempel undersøke bestemte metoders virkning. Den viser til nødvendigheten av å henvende seg til de nærmeste berørte, det vil si brukerne og deres nærmeste (ibid s.34-37).

Topors forskning fokuserer på selve arbeidet med å komme seg, prosessen i seg selv og den enkeltes egen innsats underveis. Han får frem betydningen av individets egeninnsats, sosiale faktorer, materielle betingelser og hjelpeapparatets innvirkning på en

bedringsprosess. Han peker videre på at bedringsprosesser oppleves forskjellig fra individ til individ, og at det bak en hver persons bedringsprosess står mange faktorer som spiller inn på hverandre. Noen har lite kontakt med helsevesenet, noen kommer seg ved hjelp av helsepersonell, og andre kommer seg på tross av helsepersonell. Viktige elementer som blir tydelige er håp, det å ta kontrollen selv, det å kunne se en mening med det som skjer og at noen er der og kan trå støttende til ved behov. Det pekes også på at stigmatisering av den som har en psykisk lidelse kan være til hinder i en bedringsprosess (Borg og Topor, 2003, s.41). Recovery - forskningen har altså et sterkt fokus på betydningen av den enkeltes egne aktive rolle i bedringsprosessen, og viser til at de som har kommet seg på ulike vis har klart å erobre kontroll over livet sitt (ibid, s.18). Topor peker videre i sin forskning på veldig mange faktorer som innvirker på bedring hos mennesker med psykiske lidelser, og i stedet for å framstille alle disse faktorene, så vil jeg i kapittel fem trekke inn enkelte funn fra hans forskning som er aktuelle for å belyse noen av de funnene som presenteres i min studie.

En innvending mot å bruke Topor som teoretisk rammeverk, kan være at hans forskning går i forhold til mennesker som har en *alvorlig* psykisk lidelse, mens KiD på UiA retter seg mot studenter som har en *mildere* grad av psykisk lidelse. Jeg mener likevel at mine funn om hva som medvirker til bedring er i tråd med flere av hans funn, og at det dermed ikke er alvorlighetsgraden i den psykiske lidelsen som avgjør hvilke faktorer som virker inn på en bedringsprosess.

2.4 Kort om forholdet mellom teoriperspektivene

De valgte teoriperspektivene har som nevnt fokus på bedringsprosesser. Jeg forstår Antonovsky sin teori som en mer overgripende forståelse og forklaring i forhold til hva som bidrar til helse, mens Topor peker mer på konkrete faktorer som kan bidra til helse. Begge fokuserer på kompleksiteten i en bedringsprosess. Mens Antonovsky trekker frem mer generelle motstandsressurser, peker Topor mer direkte på hvilke motstandsressurser den enkelte i hans studie har benyttet seg av for å oppnå bedring. Det er derfor en sammenheng mellom enkeltfaktorer som Topor trekker fram i sin recovery - forskning og de generelle motstandsressursene som Antonovsky trekker fram som ressurser i sin forskning. På den måten kan en si at deres teorier komplementerer hverandre.

Antonovsky fokuserte på hvorfor noen beholdt sin ”opplevelse av sammenheng”, på tross av store påkjenninger. Topor har i sin forskning fokusert på mennesker som neppe har hatt en stor grad av OAS, men som likevel har kommet seg (Topor, 2003,s. 256-257). Dette kan tyde på at OAS ikke må forstås så uforanderlig som Antonovsky hypotetisk antok. Han så i utgangspunktet pessimistisk på en voksen persons mulighet til å endre en svak/ moderat OAS til det bedre (Antonovsky, 2000, s.139-143 og s.196). Dette synet ville igjen gitt en lav behandlingsoptimisme. Men senere forskning tilbakeviser denne uforanderligheten i OAS (Langeland, 2007), noe også recovery – forskningen er eksempel på. Jeg har derfor i denne studien hatt som utgangspunkt at et menneskes OAS kan endres og også påvirkes utenfra.

3.0 METODE

3.1 Kort om metodevalg

Valg av metode er avhengig av problemstilling og hvilke forskningsspørsmål som stilles i studien. Kvalitative og kvantitative metoder kan begge belyse ulik kunnskap om samme fenomen (Aase og Fossåskaret, 2007, s.11-13). Det som ikke kommer frem i de kvantitative studiene av KiD, er *hva* som har ført til økt depresjonsmestring hos deltakerne. Derfor ville jeg i denne studien rette fokuset mot studentene og deres opplevelser og beskrivelser av kursets innvirkning. Det ble således naturlig å velge en kvalitativ tilnærming, der jeg utførte kvalitative forskningsintervju og deltakende observasjon. Hovedmetoden for datainnsamlingen har vært det kvalitative forskningsintervjuet, mens den deltakende observasjonen i første rekke har gitt meg bakgrunnskunnskaper og større innsikt i selve kurset som helhet.

De kvalitative metoder har sitt vitenskapsteoretiske grunnlag i hermeneutikken og fenomenologien. I en hermeneutisk- fenomenologisk studie ønsker en å få kunnskap om informantenes opplevde virkelighet i forhold til det fenomenet en studerer. Forståelse av det individuelle og unike er sentralt. En trenger den hermeneutiske metode for å forstå det unike. For å gjøre en korrekt og nøyaktig beskrivelse av det unike, trenger en den fenomenologiske metode. Innenfor denne metoden forsøker forskeren å forstå alle data knyttet til det aktuelle fenomenet ut fra perspektivet til de som opplever det, et innsideperspektiv (Hummelvoll og Barbosa da Silva, 1996, s.26-27). Jeg vil altså i denne oppgaven fokusere på studentenes opplevde virkelighet av hvordan det var å være deltaker på KiD, og anser derfor denne vitenskapsteoretiske tilnærmingen som en egnet tilnærming for å få vite mer om studentenes erfaringer, opplevelser, presise beskrivelser og holdninger rundt temaet (Kvale, 2001).

3.1 Valg av deltakere

For å få kunnskap om hvordan studenter opplever og erfarer KiD, har jeg valgt å gå til mennesker som har deltatt på kurset. Utvalget består derfor av intervjuer med seks personer som var studenter da de tok kurset for en tid tilbake, samt deltakere på det kurset der jeg var deltakende observatør. Jeg har valgt å kalle de jeg intervjuet for

”deltakere” og de som var på kurset for ”kursdeltakere”. Dette fordi denne termen oppleves mer fenomennært en eksempelvis ”informant”, og de har alle ”deltatt” på kurset. Videre fanger denne termen også opp at de er deltakere i denne studien. Bare noen av deltakerne var fortsatt studenter da intervjuet fant sted. Alle jeg intervjuet beskrev at de var i en vanskelig livssituasjon da de tok kurset, og de fleste brukte ordet ”depresjon” i sine beskrivelser.

En av kursholderne ved UiA tok første kontakten med studentene jeg har intervjuet. Vi avtalte at hun skulle ringe tilfeldig til tidligere kursdeltakere, med utgangspunkt i det informasjonsbrevet jeg hadde skrevet (Vedlegg 3). Hun ringte først til studenter ved et kurs utført for en tid tilbake, og her svarte alle de syv første ja. Dermed fikk jeg syv personer som ønsket å bli intervjuet. Jeg endte til slutt opp med seks, da det var én jeg ikke fikk kontakt med. Utvalget har vært tilstrekkelig for å få svar på studiens problemstilling. Kvale sier at en skal intervjuer så mange personer som er nødvendig for å finne ut det en trenger å vite. Han poengterer videre at hvis målet er å forstå hvordan en person opplever verden, er det tilstrekkelig med denne ene intervjupersonen (Kvale, 2001, s.58-59).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

I denne studien har jeg vært opptatt av å få fram studentenes opplevelser og erfaringer med KiD. Jeg la derfor opp til halvstrukturerte forskningsintervju. Denne intervjuformen definerer Kvale som ” *et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene*” (Kvale, 2001, s. 21). Intervjumetoden er preget av en fenomenologisk filosofi, som er basert på en deskriptiv studie av menneskets bevissthet (ibid, s.38). Deskriptivt betyr at intervjuet forsøker å innhente åpne, nyanserte og korrekte beskrivelser av ulike sider ved intervjupersonens livsverden. Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker ikke å kvantifisere, men har som mål å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt med vanlig språk (ibid,s.39). Forskningsintervjuet er en form for menneskelig interaksjon hvor kunnskapen fremkommer gjennom dialog (ibid, s.73)

Intervjuene i denne studien ble gjennomført i et grupperom på UiA. Jeg møtte deltakerne ved hovedinngangen. Dette gjorde at vi fikk en uformell samtale på vei til grupperommet, noe som ”oppløste” stemningen litt. I grupperommet fikk deltakerne først tilbud om noe å drikke. Jeg prøvde å etablere en atmosfære som gjorde at deltakerne skulle føle seg trygge på å snakke fritt om sine opplevelser og erfaringer, og prøvde å bruke et mest mulig hverdagslig språk. Jeg fortalte litt om meg selv og prosjektet mitt og spurte om de hadde noe å spørre om eller noe de ville si før jeg satte på lydbåndet.

Jeg hadde med meg en intervjuguide som var temafokusert, og bygd på åpne spørsmål (Vedlegg 5). Dette for å fremtre så åpen som mulig overfor det deltakerne ønsket å si. Intervjuguiden var i første omgang en guide for min egen del. I noen av intervjuene fortalte deltakerne mer åpent, og jeg kunne legge intervjuguiden tilside. Mens jeg i deler av enkelte intervjuer opplevde et større behov for å bruke guiden. I disse intervjuene svarte deltakerne veldig kort på en del av spørsmålene, og jeg fikk en opplevelse av at de ventet på at jeg skulle stille neste spørsmål. Jeg opplevde i intervjusituasjonen som ellers i livet at noen mennesker er mer åpne og snakker mer fritt enn andre, men satt likevel igjen med en ydmykhet og overraskelse over hvor åpne og villig alle deltakerne delte av sine opplevelser og erfaringer. I noen av intervjuene fikk jeg intuitivt en opplevelse av at det var områder som de ikke ønsket å være så åpne om. Dette ønsket jeg å respektere, ved ikke å spørre videre. Her ble det viktig for meg å følge faglige etiske normer om respekt for deltakernes integritet, verdighet og private liv (Jf.3.4). De første intervjuene gav meg ideer om andre spørsmål å stille til de deltakerne som kom etterpå.

Etter at intervjuet var gjennomført, snakket vi litt videre sammen. Jeg spurte dem hvordan de hadde opplevd intervjuet, og sa at de gjerne måtte ringe meg hvis de lurte på noe eller ønsket å legge til eller trekke fra noe av det de hadde sagt. De fleste av dem jeg intervjuet gav meg tilbudet om å ringe dem hvis jeg ønsket å vite mer. Dette tok jeg som en tilbakemelding på at de opplevde intervjusituasjonen som positivt. Alle deltakerne ble muntlig informert om at de kunne lese gjennom den transkriberte teksten for eventuelle kommentarer. To av dem ønsket dette. Den ene gav meg tilbakemelding om at alt var ok, mens den andre ikke har gitt meg noen tilbakemelding, noe jeg tolket som at alt var i orden.

Det å benytte kvalitative forskningsintervju har gitt meg verdifull og relevant kunnskap om deltakernes opplevelser og erfaringer med KiD. Gjennom intervjuet fikk jeg anledning til å gå i dybden på de tema som jeg ønsket å vite mer om, og til å stille oppklarende og utfyllende spørsmål, der dette var ønskelig. Deltakerne hadde også muligheter for å komme med spontane innspill. Det kom fram ulike erfaringer med KiD, og det gav meg et mangfoldig og kontroversielt bilde (Kvale, 2001, s.23). Dette er noe av intervjuets styrke, i forhold til det å benytte for eksempel spørreskjemaer.

En av begrensningene ved de kvalitative forskningsintervjuene var at de foregikk utenfor sin kontekst (KiD), og det var en god stund siden disse deltakerne hatt vært på kurset. Jeg kunne derfor ikke vite hvor mye de hadde glemt, og hvilke andre faktorer som i mellomtiden kunne ha medvirket til deres opplevelser. En annen begrensning er antall deltakere. Hvis jeg hadde benyttet spørreskjema i stedet, kunne jeg involvert flere deltakere i studien, og dermed økt generaliserbarheten. Samtidig hadde jeg da gått glipp av det jeg har skrevet om intervjuets styrke, og dermed mistet kunnskap som har vært viktig i denne studien.

3.2.2 Deltakende observasjon

Samtidig som jeg ønsket å få fram deltakernes opplevelser og erfaringer av KiD, ønsket jeg også selv å få en erfaring med kurset. Jeg har derfor vært tilstede på et slikt kurs som deltakende observatør. Deltakende observasjon er en metode der forskeren deltar i den sammenhengen som skal studeres, med sikte på å beskrive problemstillingen i et innenfraperspektiv (Malterud, 2003, s.147). Den deltakende observasjonen resulterer i feltnotater, som vil innebære beskrivelser og kommentarer. Beskrivelser av faktiske hendelser vil være preget av forskerens ståsted (Malterud, 2003, s.71). Ved deltakende observasjon kan det åpnes opp for feltsamtaler, som ikke er avtalte intervjuer. Feltsamtaler er mer lik den dagligdagse praten mellom folk. Inni denne hverdagspraten kan det ligge informasjon som kan være nyttig for studien (Aase og Fossåskaret, 2007, s.30).

Jeg var tilstede på syv av ti kursdager, som foregikk hver onsdag ettermiddag. På dette kurset var det få deltakere i forhold til andre kurs, noe som førte til at undervisningen ble mer en dialog mellom deltakerne og kursholderne. Det var to kursholdere tilstede hver

gang. Disse byttet på å lede. Første gang jeg var der fortalte jeg litt om meg selv, og informerte om prosjektet mitt. Jeg hadde med meg kursheftet og en kladdebok hvor jeg gjorde notater av det jeg observerte underveis. Jeg opplevde det som en styrke å være tilstede på kurset, men var samtidig bevisst på at min tilstedeværelse kunne forstyrre den virkeligheten som vanligvis eksisterer på et slikt kurs (Larsen, 2009). Jeg var derfor litt usikker på min rolle i starten, og valgte å være mer tilbaketrukket, der jeg satt og noterte. Jeg var redd for at kursdeltakerne ikke skulle tørre å stille de spørsmål de ønsket, eller være så åpne som de ønsket når jeg var der. Etter hvert fikk jeg tilbakemeldinger fra dem om at de opplevde det helt ok at jeg var der. En av kursdeltakerne sa at hun syns det var bra at jeg var der for å skrive om dette kurset. De siste gangene opplevde jeg det naturlig å være litt mer engasjert i samtalen. Dette fikk jeg positive tilbakemeldinger på.

Metoden gav meg en bedre forståelse av å være deltaker på et slikt kurs, og en bedre innsikt i kursets innhold. Gjennom uformelle samtaler med deltakerne og kursholderne om temaet, fikk jeg nyttige innspill. En av begrensningene ved å benytte denne metoden var at det var vanskelig å gå i dybden på temaer og spørsmål som dukket opp. Temaer og spørsmål som jeg ønsket å vite mer om brakte jeg derfor med meg inn i dybdeintervjuene, for å få en dypere forståelse av dem. Den deltakende observasjonen var dermed med og utformet noen av temaene i intervjuguiden. Intervjusituasjonen og min forståelse av det deltakerne snakket om i intervjuene ville sannsynligvis blitt annerledes hvis jeg ikke selv hadde vært deltaker på kurset. Jeg ser det derfor som en stor styrke i oppgaven, at jeg har benyttet begge disse metodene.

3.3 Gjennomføring av analyse og tolkning

3.3.1 Systematisk tekstkondensering

Som hjelp i analysearbeidet av de transkriberte intervjuene har jeg valgt å bruke analysemetoden ”systematisk tekstkondensering” slik den blir framstilt av Malterud. Denne metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og er modifisert av Malterud (Malterud, 2003, s.99). Malterud skriver at ”analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet”(ibid s.93). Problemstillingen min skal søke kunnskap om studentenes

opplevelser og erfaringer av KiD, og det er derfor deltakernes stemmer jeg løfter fram i analysearbeidet. Jeg leste den transkriberte teksten for, 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene for å få frem visse temaer, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Disse fire trinnene utgjør hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering (ibid, s.100). Jeg vil i det følgende gjøre eksplisitt min fremgangsmåte i arbeidet med datamaterialet.

3.3.2 Det transkriberte intervju

Innenfor kvalitativ metode foregår det en kontinuerlig analyseprosess fra første intervju til ferdig transkribert datamaterialet (Kvale, 2001). I intervjusituasjonen prøvde jeg å fremtre så åpen som mulig overfor det deltakerne fortalte. Samtidig opplevde jeg at det stadig foregikk en tolkningsprosess i mitt hode av det som ble sagt. Fordelen med å intervjuer er at en kan undersøke om ens egne tolkninger av det som ble sagt er riktig. Dette gjorde jeg flere ganger med å "sende" min tolkning tilbake til deltakerne for å få en bekreftelse eller avkreftelse på om jeg hadde forstått dem riktig. Dette blir også et viktig ledd i valideringen.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Dette var et godt hjelpemiddel for å få med seg helheten i den verbale kommunikasjonen, og for at jeg kunne konsentrere meg om det som ble sagt, i stedet for å være opptatt av å notere. Umiddelbart etter at intervjuet var ferdig, skrev jeg ned egne inntrykk og refleksjoner omkring intervjuet. Det hendte at deltakerne kom med nyttige innspill etter at båndspilleren ble slått av, som også ble notert. Alle intervjuene ble transkribert fra muntlig framstilling til skriftlig tekst. Transkriberingen ble utført fortløpende, og dette var en hjelp i forbedringene av de påfølgende intervjuene. Jeg lyttet til innspillingene flere ganger, for å kunne skrive ned så nøyaktig som mulig det deltakerne sa. På den måten fikk jeg med ord og uttrykk som jeg hadde utelatt etter første gjennomlyttingen.

Det neste trinnet i analyseprosessen var at jeg leste gjennom de transkriberte tekstene for å danne meg et helhetsbilde. I denne fasen var jeg på utkikk etter temaer som gikk igjen i de ulike intervjuene, og som fikk fram studentenes opplevelser og erfaringer. Gjennom intervjuprosessen og transkriberingen hadde jeg allerede dannet meg et inntrykk av hvilke temaer som kunne bli aktuelle å fokusere på. Samtidig tilstrebet jeg å stille meg

åpen for det materialet kunne formidle, og best mulig lytte til deltakernes stemmer. Jeg kom da frem til de fire hovedtemaene som ble presentert i avsnitt 1.6, hvor de tre første ble videre inndelt i undertemaer (se kap.4). Disse temaene var mest fremtredende i de ulike intervjuene, og gav meg viktig informasjon om studentenes opplevelser og erfaringer av kursets innvirkning på dem og hva som medvirket til bedring. Min veileder leste også gjennom de transkriberte tekstene, for å gi en tilbakemelding på de temaene jeg hadde valgt ut. Jeg så det som et viktig ledd i valideringen at vi var to som leste tekstene.

I det videre analysearbeidet gikk jeg gjennom de transkriberte tekstene på nytt for å finne meningsbærende enheter. Jeg var nå på leting etter tekst som bar med seg kunnskap om de temaene jeg hadde valgt ut, gjennom en helhetlig lesning av de transkriberte tekstene. Jeg brukte fargetusjer i ulike farger som representerte hvert av temaene, og merket aktuell tekst med den fargen som passet. Deretter systematiserte jeg disse tekstene inn under hovedtemaene ved hjelp av en matrise (Se vedlegg 6).

I den tredje fasen la jeg tilside den delen av materialet hvor jeg ikke hadde identifisert meningsbærende enheter i. Videre konstruerte jeg subgrupper (undertemaer) for de tre første av hovedtemaene, og sorterte de meningsbærende enhetene under disse igjen. Jeg kartla hvilke undertemaer deltakerne var opptatt av i tilknytning til hovedtemaet og søkte deltakernes opplevelser og erfaringer. Disse subgruppene bidrar derfor til en dybdeforståelse av hovedtemaene. Deretter har jeg, som det fremkommer i presentasjonen, laget sammendrag fra de ulike intervjuene ut fra det som ble sagt om disse temaene. Disse sammendragene har igjen blitt underbygget med sitater som gav et mest mulig treffende bilde av det som er fremkommet i teksten.

I mitt tolkningsarbeid har jeg prøvd å være bevisst på den hermeneutiske sirkel/ spiral, som peker på viktigheten av at en beveger seg fra helhet til del og vise versa. Tekstbitene (delene) som jeg har plukket ut under hvert tema, blir revet ut av sin sammenheng. Jeg har derfor gått tilbake til de transkriberte tekstene (helheten) for å vurdere om funnene jeg presenterer fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenheng hvor de opprinnelig var hentet ut fra, både underveis og mot slutten av tolkningsarbeidet. Dette har også vært en hjelp for å hindre at jeg ikke la andre meninger i tekstbitene enn det som var ment i

utgangspunktet. Jeg har prøvd å ha et kritisk blikk på teksten for også å se om det er utsagn som motsier hovedfunnene.

3.3.3 Den deltakende observasjon

Metoden deltakende observasjon har som nevnt tidligere fått plass som et redskap til å gi meg bakgrunnskunnskaper og større forståelse i møte med deltakerne. Notatene jeg skrev underveis ble skrevet ned i en bok der jeg skrev rene beskrivelser av det jeg observerte på den ene siden, og egne tolkninger og kommentarer på den andre siden. Denne inndelingen fungerte bra, og gjorde det lettere for meg å systematisere dataene. Jeg har i analysearbeidet lest gjennom disse feltnotatene flere ganger, og trukket ut informasjon som har vært med å underbygge eller motsi det som fremkom i intervjuene.

3.4 *Forskningsetiske overveielser*

Denne studien er preget av et helhetlig syn på mennesket, der individualitet, relasjoner og omgivelser fokuseres. Hvert menneske ble sett på som en kompleks, integrert helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Jeg ønsket å vise respekt for deltakernes og kursdeltakernes autonomi, verdighet, integritet og grunnleggende rettigheter.

Prosjektet er vurdert av Regional etisk komité (REK), med beskrivelse av tema, problemstilling og metode. Tilbakemeldingen var at prosjektet mitt ikke var fremleggelsespliktig for REK (Vedlegg 1). Forskningsprosjektet er videre meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), og godkjent av dem (Vedlegg 2). Forskningsprosjektet er også godkjent av kursholder på UiA.

Ivaretagelse av deltakerne er en forutsetning for å kunne si at studien er etisk forsvarlig. De som deltok gjorde det på skriftlig og informert grunnlag (Vedlegg 3 og 4), der det inngikk informasjon om at de kunne trekke seg underveis, uten negative konsekvenser for dem. Den første informasjonen gav kursholderne muntlig til deltakerne og kursdeltakerne, ved forespørsel om deltakelse. Etter at jeg hadde fått positive svar om at de ville delta, sendte jeg informasjonsbrevet hjem til de jeg skulle intervju, mens jeg delte det ut selv til de som var på kurset. Jeg gav også en muntlig presentasjon av meg selv, og en muntlig informasjon om prosjektet, både på kurset og før jeg startet

intervjuene. Dette for å sjekke at den informasjonen som var gitt, var oppfattet riktig. Både deltakerne og kursdeltakerne har skrevet under på informert samtykke. Jeg gav dem i tillegg mitt telefonnummer, og tilbød dem å ringe meg hvis de hadde spørsmål eller noe de ville utdype i ettertid.

Mye av det som kom fram i de kvalitative forskningsintervjuene og den deltakende observasjonen var av personlig og privat art, og er blitt *anonymisert* i framstillingen. Alle opplysninger er behandlet konfidensielt og personene er blitt anonymisert.

Som forsker har jeg prøvd å være bevisst den maktposisjonen det bærer med seg å være forsker og psykisk helsearbeider, ved at jeg kunne påvirke deltakerne til å svare slik jeg ønsket. Jeg tror at et halvstrukturert intervju kan redusere risikoen for dette, ved at jeg stilte så åpne spørsmål som mulig, og at deltakernes erfaringer og meninger fikk være i fokus.

Videre har jeg som helsearbeider og forsker en taushetsplikt som har vært gjeldende i forbindelse med deltakende observasjon, og ved behandling av innsamlet datamateriale. På denne måten ble studiens konfidensialitet forsikret (Helsinki deklarasjonen, 2008).

3.5 Min rolle som forsker

For å gjøre en nøyaktig og korrekt beskrivelse av det unike må den metodiske holdning som kalles *Epoche`* (holde tilbake) være til stede hos forskeren. Denne holdningen består i å skille egne forutinntatte meninger eller fordommer fra de essensielle trekk som beskrives (Hummelvoll og Barbosa da Silva, 1996). Min forståelse av virkeligheten kan være annerledes enn deltakernes og andre forskeres oppfatninger. For å gjøre utgangspunktet for tolkningen tydelig, blir det viktig at jeg som forsker i størst mulig grad er bevisst min forforståelse, og at jeg gjør eksplisitt den delen av forforståelsen min som kan være relevant for temaet.

Forforståelsen inneholder erfaringer, kunnskap og oppfatninger som vi alle tilegner oss gjennom livet (Gadamer, 2004). For meg inneholder denne en utdanning som sykepleier med spesialisering innen psykisk helsearbeid, med arbeidserfaring fra både medisinsk og

psykiatrisk avdeling. Disse utdannelsene bærer preg av et helhetlig syn på menneske, og innehar helsefremmende perspektiver. Dette preger min forforståelse og mitt fokus i oppgaven. Forforståelsen inneholder også erfaringer og møte med mennesker utenfor arbeidslivet, min egen familiebakgrunn og oppvekst. Egne erfaringer i forhold til psykisk helse, vil også være med å prege forforståelsen. En egen "livskrise" førte til at jeg i en periode tenkte mye på hvordan tankene kan styre og prege følelsene og sinnsstemningene våre. I den forbindelse har jeg lest en del om kognitiv terapi og har selv opplevd det som et nyttig redskap i eget liv, samtidig som jeg har erfart at det krever motivasjon og stor egeninnsats.

Det er umulig å være nøytral i et forskningsprosjekt, og kanskje heller ikke ønskelig. Det er ikke spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2003, s.43). Forforståelsen vil være der og har vært med å prege mitt valg av både problemstilling og metode. Samtidig har jeg prøvd å sette parentes om min egen forforståelse (Larsson, 2005, s.19). Dette for å opparbeide en tilstrekkelig grad av distanse slik at jeg kunne, så langt som mulig objektivt, fange opp det deltakerne og min egen observasjon på KiD gav meg av informasjon og ny kunnskap.

Jeg opplevde at det kunne være en utfordring å være både kliniker og forsker, og jeg så viktigheten av å skille mellom disse ulike rollene. Som forsker skulle jeg ikke innta rollen som terapeut, samtidig tilstrebet jeg å ha en anerkjennende holdning, innlevelsessevne og det være lyttende og tillitsvekkende i min væremåte. Dette er faktorer som kan være med å skape nærhet i intervjusituasjonen, og jeg opplevde noen ganger at jeg var på vei inn i terapeutrollen når de jeg intervjuet snakket om sine problemer. Samtidig som jeg skulle ivareta deltakerne, så jeg nødvendigheten av en balanse mellom nærhet og distanse for å kunne få den informasjonen jeg ønsket om temaet, uten å gå inn i en terapeutrolle. Jeg opplevde det derimot også som en styrke i intervjusituasjonen at jeg som fagperson, hadde kunnskap om depresjon og hadde jobbet med mennesker som sliter med dette. Dette tror jeg var med på å skape tillit. Videre hjalp denne kunnskapen meg også i tolkningen av tekstene, og i identifiseringen av relevante temaer.

Tranøy skriver at om forskeren selv er i stand til å skille sine roller, så er det ikke sikkert at andre er i stand til å gjøre det (Tranøy, 1986, s118). Det at jeg også er psykisk helsearbeider, medførte kanskje at deltakerne delte mer med meg enn det som hadde vært

tilfelle med en annen fagperson. Deltakerne hadde kanskje også fordommer om meg som fagperson, psykisk helsearbeider. Det var derfor viktig at jeg var bevisst hvilken status eller rolle jeg opptrådte i både i intervjuene og under feltarbeidet (Aase og Fossåskaret, 2007, s.29). Forskerens væremåte kan ha en avgjørende betydning for hvordan intervjusituasjonen blir. Jeg prøvde å tilstrebe et hverdagslig språk og at jeg som fagperson ikke hadde et ekspertspråk, slik det beskrives av Bøe og Thomassen (2000). Jeg prøvde å være bevisst min rolle under hele intervjuprosessen og i den deltakende observasjonen, og ønsket at deltakerne skulle få en opplevelse av at det var de som var ekspertene på de temaene vi snakket om.

4.0 En presentasjon av studiens funn

4.1 Introduksjon

Studiens problemstilling er fokusert på studenters opplevelser og erfaringer med KiD. I dette kapittelet presenteres hovedsakelig funn fra intervjuene, men det blir også trukket inn noen funn fra den deltagende observasjonen. De viktigste og mest relevante deler av de innsamlede dataene presenteres her gjennom sitater og sammendrag som illustrerer de temaer som klarest kom til uttrykk. I presentasjonen av funnene anvender jeg ord og utvalgte sitater fra deltakerne for å gjøre fremstillingen så fenomennær som mulig. For å skape distanse til de fenomennære beskrivelsene avslutter jeg hvert undertema med mine egne refleksjoner og kommentarer. Dette er hva Kvale kaller ”Common sense” eller ”Kritisk forståelse basert på sunn fornuft” (Kvale, 2001, s.145).

Jeg har delt temaene inn i fire hovedtemaer, hvor de tre første utdypes i undertemaer. De fire hovedtemaene er: 1) Å få et redskap med på veien videre, 2) Å møte andre 3) Behovet for en støtteperson underveis, 4) Andre faktorerers betydning i en bedringsprosess.

4.2 Å få et redskap med på veien videre

4.2.1 Betydningen av kunnskapen, metodene og teknikkene som læres

Det kom tydelig fram i det innsamlede datamaterialet at den kunnskapen som blir presentert på kurset hadde fått betydning i ulik grad. Flesteparten av de som ble intervjuet og også kursdeltakere beskrev kurset som det å ”få er et redskap med på veien videre”. Det ble også brukt ordet ”verktøy” og det å bli ”bedre rustet” om teknikkene og metodene som læres. En av kursdeltakerne sa at det å bruke disse teknikkene hadde vært en hjelp til å tenke annerledes etter å ha mislyktes til en eksamen. En av deltakerne svarte følgende på et spørsmål jeg stilte om hva hun opplevde var annerledes etter kurset:

Annerledes er at en lærer å se signalene, se negative signaler, og man ser dem litt mer fortere, er mer obs på det. Når de kommer så endrer man fort tankemønster, så det, egentlig hele det kurset i seg selv har vært et verktøy til å bruke videre. Det har det (Deltaker 6).

En annen deltaker beskrev kurset som det å få et verktøy slik:

Fordi en får jo på en måte med seg noe verktøy eller noe som gjør at en blir litt bedre rustet, i hvert fall så merker jeg at det er ikke så skremmende lenger, hvis du skjønner? (Deltaker 5).⁴

En del av deltakerne fortalte at kurset satte i gang noen prosesser hos dem, selv om de ikke klarte å lære seg alle teknikkene, eller utføre alle hjemmeoppgavene. I den deltakende observasjonen kom det også fram at en av kursdeltakerne mente at bare det å gå på kurset var en hjelp, selv om en ikke gjorde alle oppgavene. De fleste gav uttrykk for at kurset hadde ført til en bevisstgjøring på hvordan tankene virker inn på følelsene, og fremhevet betydningen av å vite at en gjennom å endre tankemønsteret også kan endre de vonde følelsene. Flere sa at kurset hadde tilført dem ny kunnskap om dette, og at de merket at de reagerte og tenkte annerledes enn det de gjorde før. Det ble brukt ord om kurset som at det hadde vært en ”aha” opplevelse og en ”øyenåpner”. En av deltakerne som beskrev hvordan kurset hadde vært en ”aha” opplevelse, fremhevet også at kurset kan virke forebyggende:

Fikk aha opplevelser hele tiden, bare, ja selvfølgelig, liksom, det er ikke noe vits at en skal være deprimerte, og på en måte ødelegge nesten livene sine når det på en måte er enkle virkemidler da, som kan hjelpe, så jeg vil si at det er jo virkelig forebyggendes, ja (Deltaker 3).

En annen av deltakerne gav også et eksempel på hvordan hun hadde blitt mer bevisst på tankene sine:

[...] og så har jeg blitt mye mer bevisst på tankesettet mitt, at når jeg tar meg selv i å være veldig sånn destruktiv og veldig sånn tunge tanker, så har jeg liksom kunne tatt tak i meg selv på en litt annen måte enn det jeg har gjort tidligere. Så det er der jeg føler at jeg har fått veldig mye utbytte av det (Deltaker 1).

Flere pekte på at teknikkene hadde vært effektfulle, og at de brukte de i hverdagen, bevisst eller ubevisst. Den samme deltakeren som i sistnevnte sitat, beskrev også hvordan teknikkene hadde hjulpet henne i hverdagen og nevnte spesielt ABCD modellen:

⁴ For å tydeliggjøre empirien har jeg valgt å skille ut også sitater på mindre enn tre linjer.

Absolutt, teknikkene, og det har mange, mange ganger har det hjulpet meg med å gi meg en bedre dag og ei bedre uke og en bedre periode altså, fordi jeg nettopp har blitt bevisst på at tankene og de følelsene som de tankene gir ikke alltid er reelle, og at man må gå noen runder med seg selv og i det hele tatt, ja nei det har gitt meg utrolig mye [...] og den modellen, den der ABCD modellen, den har brent seg godt fast, den tenker jeg ganske ofte på (Deltaker 1).

En annen av deltakerne fremhevet at nær familie også merket en endring hos henne etter kurset:

Men rett etterpå så, i hvert fall som mannen min sa til meg, så sa han at han så endring rett etterpå, at jeg var mindre deprimert enn før (Deltaker 6).

Men selv om de fleste har en positiv opplevelse av å lære de teknikkene og metodene som kurset bygger på, så ble det også nevnt vanskeligheter med dette. Det ble trukket frem at det kreves både motivasjon og hard jobbing. En av deltakerne sa:

[...] altså det er liksom det å snu tanker, ja vel, ja, det kjennes ikke sånn ut at en snur tanker. Sånn som en har det, så er det ikke bare å snu tanker, men samtidig er det ingen andre heller som kan gjøre noe (Deltaker 2).

Denne deltakeren sa videre at hun trodde det var medikamenter som hjalp henne å snu tankene, og ikke selve kurset. Samtidig som hun sa at kurset var en bevisstgjøring også for henne, og at det kunne være vanskelig å vite hva som egentlig hadde hjulpet mest.

Egne refleksjoner og kommentarer

For at deltakerne skal ha utbytte av kurset, anses det som veldig viktig i KiD og i kognitiv terapi generelt, at den enkelte arbeider på egenhånd med hjemmeoppgavene, som er en øvelse i metodene og teknikkene (Jf. 1.5.1 og 1.5.2). Et interessant funn her er derfor at flere deltakere og en kursdeltaker gir uttrykk for at de har hatt hjelp av KiD, selv om de ikke har arbeidet så mye med hjemmeoppgavene. For noen kan bare det å få tilført ny kunnskap, som gir en forklaring og en løsning på det de sliter med, medvirke til en bedringsprosess i seg selv. Dette kan kanskje tenne et håp om at endring er mulig, og det kan virke som om bare det i seg selv er viktig for at bedring skal finne sted. Så selv om metodene og teknikkene er viktige og virkningsfulle for noen, så kan det virke som at de ikke er avgjørende for andre. Det kommer også frem i uttalelsen fra den deltakeren som mente at det var medikamenter som hadde hjulpet henne mest.

4.2.2 Betydningen av ansvarliggjøring

Et av spørsmålene jeg stilte deltakerne var om de opplevde at kurset gir for mye ansvar til den enkelte. Ingen av deltakerne gav uttrykk for at dette var en tilleggsbelastning for dem. Flere av deltakerne fremhevet derimot viktigheten av å ta ansvar for eget liv. En av dem sa at hun aldri hadde vært klar over at hun kunne gjøre noe med tankene sine selv, og at det å sitte å høre at dette kan du gjøre noe med, opplevde hun som positivt. En annen fremhevet også betydningen av å bli engasjert i egne problemer og finne løsninger selv, ved å svare følgende på spørsmålet om ansvarliggjøring:

Jeg tenker at det kan være positivt, jeg da, for du eier jo på en måte dine problemer, det er du som må finne løsninger, fordi at hvis andre finner de for deg så er de ikke dine, da er det ikke ditt [...] så jeg tenker at jo mer en blir engasjert og dratt inn i holdt jeg på å si, sine egne problemer hvis du kan kalle det det, jo bedre er det. For da eier du løsningene, da jobber du med løsningene selv, i stedet for at en på en måte, ja, det er lettere å gi opp hvis noen andre på en måte gir deg en pakke med ferdige løsninger, enn hvis du på en måte må jobbe for å finne den selv. Så jeg tenker at det kan være veldig positivt (Deltaker 4).

Videre sa en deltaker at en ofte kan føle seg som et offer for depresjonen, og at det derfor er sunt å måtte ta litt ansvar. Både hun og også flere av de andre deltakerne pekte altså på det verdifulle med å ha vært delaktig i sin egen bedringsprosess. En av dem uttrykte:

Jeg tror det at en har det mye bedre med seg selv også når en på en måte kommer ut av det, faktisk så har jeg gjort noe med dette her, det er ikke en terapeut som har gitt meg fullt av medisiner, eller litt av hvert som har på en måte påvirket dette, men jeg har gjort det selv (Deltaker 3).

Flere av deltakerne sa også at de hadde fått bedre kontroll over depresjonen. En av dem sa:

[...] og jeg føler at jeg har fått kontroll ja, kanskje nærmere pga det at jeg har brukt dette kurset og disse tingene (Deltaker 1).

Samtidig nevnte noen at kurset kanskje ikke er for de som er veldig deprimerte, da det kan være vanskelig å skulle jobbe med kursmaterialet i en dårlig fase og for mye ansvar i en slik situasjon. En av deltakerne fremhevet at det kreves en bevissthet omkring egen situasjon for å delta på kurset. Hun hevdet følgende om dette:

[...] jeg ser også at det er et kurs som ikke er for alle [...] for å ta et sånt kurs så tror jeg du må være ganske så bevisst din egen situasjon, og at du faktisk har mulighet til å se at du selv kan gjøre noe med det (Deltaker 5).

Det kommer frem ulike synspunkter på dette, og det er interessant at en annen deltaker som beskrev seg selv som ”veldig dårlig” da hun tok kurset sa følgende:

Hvis en skal hjelpe noen som sliter, og er tungsinnet eller meget syke, så er det faktisk veien å gå, det er jeg overbevist om (Deltaker 1).

Denne deltakeren sa at det var tvil hos kursholderne om hun var for dårlig til å ta kurset, men at hun fikk delta og har opplevd god hjelp fra kurset. Hun fremhevet også at hvis en jobber med dette når en har det bedre, så kan det kanskje forbygge eller være til hjelp ved en forverring av depresjonen.

Egne refleksjoner og kommentarer

Det fremkommer her at kursets budskap om å ta ansvar for eget liv og være delaktig i bedringsprosessen, oppleves som positivt og motiverende av deltakerne. Kurset har dermed formidlet noe til deltakerne som er i tråd med det verdigrunnlaget som *Opptrappingsplanen* bygger på. Her sies det at målet med tjenestetilbudet skal være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (St.prp. nr 63, 1997-1998). Men som en av deltakerne sa så egner kanskje ikke et slikt kurs seg for alle. Det kan tenkes at det å få for mye ansvar kan ”legge en stein til byrden”, og vekke skyldfølelse hos noen. Hos mennesker som har en alvorlig depresjon kan det kanskje i perioder oppleves godt at noen tar litt ansvar for dem. Det trenger likevel ikke bety at hjelperen skal ”sette seg i føresete i den andres liv”. Det kan handle om å ta over noen oppgaver, slik at vedkommende fritas for ansvar for en periode.

En skal heller ikke se bort fra at depresjon kan ha både en biologisk og en fysiologisk årsak, og det er viktig å utelukke disse faktorene før man legger for mye ansvar på den som er deprimert og sier at ”dette kan du gjøre noe med selv”. Samtidig kan det kanskje være lettere å se på depresjon som en ren biologisk hendelse, som kun kan påvirkes med intervensjon utenfra. Et slikt syn kan hindre at den enkelte opplever skyldfølelse, men det støtter samtidig det medisinske – psykiatriske synet på psykiske lidelser som noe som må overlates til eksperten.

Dette synet kan være med å bygge opp under ”offerrollen”, slik en av deltakerne i dette avsnitte uttrykker det, og vil ikke være med å fremme det som sies i

Opptrappingsplanen. Det å si at den enkelte har ansvar for sitt eget liv innebærer likevel ikke at helsepersonell kan bruke det som en unnskyldning til fraskrivelse av ansvar. Det er ofte en hårfin balanse mellom det å ta ansvar og det å gi ansvar.

Funnene som har blitt presentert i dette avsnittet kan også si noe om at det er vanskelig å vurdere hvem som best egner seg for KiD. Spesielt når det fremkommer at den deltakeren som det var tvil om kunne delta, hadde så god utbytte av kurset. Diskusjonen om hvem kognitiv terapi egner seg for, handler kanskje ikke bare om alvorlighetsgraden i den psykiske lidelsen, men mer om individuelle hensyn.

4.2.3 Selvhjelpskurs kontra tradisjonell behandling

Flere av deltakerne sammenliknet KiD med erfaringer de hadde gjort med tradisjonell behandling innenfor helsevesenet, som medikamenter og samtaleterapi. Gjennom min deltakende observasjon kom det også fram at en av kursdeltakerne hadde tatt kurset i stedet for å oppsøke psykiatrisk sykepleier. En av deltakerne, som hadde vært mye i kontakt med ulike behandlingsopplegg innenfor helsevesenet, sa at dette kurset var noe av det mest positive hun hadde opplevd. Hun hevdet at hvis hun hadde fått tilbud om dette tidligere, så hadde hun kanskje sluppet å ta så mye medisiner. Følgende sitat underbygger dette:

[...] så var jeg egentlig veldig irritert på hvorfor har jeg ikke blitt introdusert for dette tidligere, hvorfor kan jeg ikke heller få en dose med det i stedet for en dose med alt det andre graspet som jeg får liksom? [...] jeg tror det at hvis en kanskje går inn og bruker det litt mer aktivt, så trenger en mindre medisin. Selvfølgelig når en er ordentlig syk så ser jeg ikke bort fra at man må ha det, for all del det er ikke det, men man kan bruke medisiner i mye mindre grad, hvis en liksom kjører på med dette (Deltaker 1).

En annen deltaker pekte også på viktigheten av å ha andre behandlingsalternativ enn medisiner, og sa følgende:

Jeg tenker at det er i alle fall farlig hvis en blir for fokusert på medisiner, altså at en har det som eneste bøyen på en måte, at en skal gjøre det først (Deltaker 4).

Dette indikerer at kurset kan være et supplement til annen behandling, eller som sitatet under påpeker så kan det også for noen være et alternativ til annen behandling:

For min del så var det, jeg vurderte egentlig i mange år og oppsøke terapeutisk hjelp, men det ble aldri noe av, så fikk jeg jo tilbud om det kurset og jeg kom jo inn, så jeg følte at det har egentlig hjulpet og jeg har ikke tenkt liksom tanken på å oppsøke noe terapeut nå, nei ikke i det hele tatt. Jeg er så mye tryggere på meg selv (Deltaker 3).

Men det kommer også fram i datamaterialet at tradisjonell behandling har vært til hjelp for noen av deltakerne. En av dem pekte på betydningen av samtaleterapi med psykiatrisk sykepleier og en annen sa som nevnt tidligere at det var medikamenter som hadde vært til best hjelp for henne. Hun gav følgende beskrivelse av hvordan en type antidepressiva hadde virket på henne:

[...] det er akkurat som en dott i hodet, som på en måte letter, uten at jeg kan beskrive det noe særlig (Deltaker 2).

Egne refleksjoner og kommentarer

Funnene som her presenteres viser at både selvhjelpskurs som KiD og tradisjonell behandling kan være til hjelp i en bedringsprosess. De to første sitatene anser jeg som viktige funn som antyder at KiD kan være et supplement til tradisjonell behandling, som kanskje kan føre til en reduksjon i bruk av medisiner. Dette er i tråd med tidligere forskning på kognitiv terapi og medikamenter (Jf. 1.2). Det blir spesielt interessant når en av deltakerne som har hatt mye kontakt med helsevesenet sier at dette er det mest positive hun har opplevd. Kanskje hadde denne deltakeren blitt bedre hjulpet av helsevesenet hvis hun hadde blitt tilbudt kognitiv terapi tidligere. Dette sier noe om hvor viktig det er å lytte til evalueringer fra menneskene som mottar behandlingstilbud, for det er først da en kan få tak i hva som virkelig hjelper og hvilken hjelp den enkelte har behov for. Samtidig vil jeg også kommentere den skepsisen som råder mot medisiner blant mange innenfor psykisk helsearbeid. Denne skepsisen er vel begrunnet, men den må likevel ikke bli så stor at en overser dem som har god effekt av medisiner, som det siste sitatet i dette avsnittet uttrykker.

4.3 Å møte andre

4.3.1 Kursholdernes betydning

Det fremkom flere gode beskrivelser av kursholdernes væremåte som også synes å ha hatt betydning for utbytte av kurset. En av deltakerne gav følgende beskrivelse av kursholderne:

[...] for gjennom de så ble du tatt alvorlig, som at man er som man er liksom (Deltaker 6).

En annen deltaker sa at hun opplevde å bli forstått og at hun ikke følte seg dum når hun sa noe. Hun pekte på betydningen av at det ble gått videre på det som ble sagt, og at kursholderne viste engasjement og uttrykte et ønske om å hjelpe. I deltakernes beskrivelse av kursholderne ble det brukt ord som ”medmennesker”, ”troverdighet” og ”flinke”.

I den deltakende observasjonen fikk jeg også oppleve at kursholderne var anerkjennende i sin væremåte, dvs. at de var lyttende, viste innlevelse i det kursdeltakerne sa og tok det som ble sagt på alvor. Kursholderne viste interesse for den enkelte, ved å være interessert i det de holdt på med også i det daglige. Jeg fikk selv kjenne på den opplevelsen av å bli møtt og tatt på alvor når jeg sa noe. Den siste kursdagen la jeg spesielt merke til at kursholderne takket kursdeltakerne for det de hadde bidratt med, og sa at de hadde lært mye av dem. En av deltakerne understreket også betydningen av å bli anerkjent som den man er når en er deprimert, og fremhevet viktigheten av at den som skal hjelpe formidler håp. Hun sa følgende om dette:

Man må jo møte personene som man er og så vise at det er et håp, at det går an hvis man prøver (Deltaker 6).

Men samtidig uttrykte en annen av deltakerne et behov om at kursholderne kunne ha kjent henne litt bedre. Hun sa:

[...] de burde ha kjent oss kanskje litt bedre, om ikke det hadde trengt å vært kanskje intervju, så kunne en ha skrevet hva som var problemet før jeg begynte (Deltaker 2).

Denne deltakeren sa også at hun savnet mer kunnskap om depresjon, og at det som ble tatt opp i undervisningen ikke traff henne helt. Samtidig forteller andre deltakere at de hadde en samtale før kurset. En av dem sier at hun også fylte ut et Beck Depression Inventory (BDI) skjema før og etter kurset. Hun sier at hun opplevde dette som positivt, for da kunne hun se sin egen framgang også. Det som fremkommer her viser at det kan ha vært utført litt ulik praksis før kurset som deltakerne var på.

Egne refleksjoner og kommentarer

Kursholdernes måte å møte den enkelte på og det at de også gav tilbakemelding til deltakerne om at de hadde lært mye av dem, tenker jeg kan være et viktig bidrag i det å få den enkelte til å føle seg betydningsfull og skape et håp om bedring. Dette tror jeg er noe som igjen kan være med å øke selvfølelsen og redusere de negative tankene om seg selv som mange deprimerte har. På den måten kan kanskje dette også være en medvirkende faktor til en bedringsprosess hos deltakerne.

Når det gjelder sitatet om at kursholderne kunne ha kjent dem litt bedre, så er det kanskje en tilbakemelding om behovet for en forsamtale. Gjennom en slik samtale kan kursholderne bli litt kjent med den enkelte, og det behovet som denne deltakeren uttrykte kunne kanskje blitt bedre møtt (Jf. 1.5.4). Samtidig kan jo det å komme til en forsamtale virke ”skremmende” for andre, og gjøre kurset mer formelt. Det kan kanskje hindre noen som hadde hatt god utbytte av kurset i å delta. En annen ulempe ved det å ha forsamtaler kan være at kursholderne fraråder noen å ta kurset som egentlig hadde hatt nytte av det. Som i tilfelle med den deltakeren (Jf. 4.2.2), som hadde god utbytte av kurset på tross av at hun beskrev seg selv som å være i en dårlig periode av hennes psykiske lidelse. Et tilbud om forsamtaler kunne kanskje vært et frivillig tilbud, slik at de som ønsker å snakke med noen får tilbud om dette?

4.3.2 De andre kursdeltakernes betydning

Et spørsmål jeg stilte var hvilken betydning det hadde å møte de andre som var på kurset. Alle de jeg intervjuet, samt en av kursdeltakerne, understreket den positive betydningen det hadde å møte andre i samme situasjon. En av deltakerne sa at det hjalp veldig mye å se at hun ikke var alene om å være i den situasjonen hun var i. Hun sa:

Men det hjalp veldig mye, for det at ja, jeg er ikke alene, det er faktisk noen andre også som har tenkt akkurat de samme tankene som meg [...](Deltaker 3).

Flere av deltakerne fremhevet betydningen av det å se at de ikke var alene om å slite med depresjon/ nedstemthet. En av dem sa at det var det hun mente hjalp mest med kurset. En kursdeltaker påpekte at det hjalp bare å få snakket med andre om det som var vanskelig. Samtidig opplevde noen av deltakerne at de hadde lite kontakt med de andre på kurset, mens andre opplevde å få god kontakt. En av deltakerne sa at hun ønsket at det kunne vært mer sosialt og at de kunne blitt mer sammensveiset som gruppe. Hun ønsket bla. at de kunne sittet ned og pratet mer sammen for å bli kjent i begynnelsen, midten og slutten av kurset. Samtidig opplevde en annen av deltakerne at de kunne være åpne og at de ble sammensveiset som gruppe.

Egne refleksjoner og kommentarer

I den norske kvantitative undersøkelsen av KiD (Jf.1.2), stilles det spørsmål ved hvor stor grad av kursets effekt som skyldes den psykoedukative påvirkningen av adferd og kognitive funksjoner, eller om effekten henger sammen med en utvikling av støttende relasjoner i gruppen (Dalgard, 2004). I denne presentasjonen kommer det fram at det å møte andre i samme situasjon har hatt stor betydning for flere. Dette understrekes ved at en av deltakerne sier at det var det som hjalp mest for henne, og sier noe om at det kan være et viktig element i enkeltes bedringsprosess. Det kan igjen si noe om at effekten av kurset kan tilskrives mange faktorer. Videre viser funnene i dette avsnittet et mangfold og ulikheter i sosiale behov, og hvor forskjellig opplevelser ulike mennesker kan ha av samme kurset. Dette gjør det igjen utfordrende å være kursleder, da det er mange behov som skal møtes. Studier som den jeg her presenterer blir derfor viktig for å få fram denne variasjonen.

4.3.3 Det å føle seg normal, fremfor å ha en opplevelse av å være unormal

På spørsmålet jeg stilte om hvilken betydning det hadde å møte de andre som var på kurset, kom det også fram at deltakelsen på KiD og det å møte de andre fikk dem til å føle seg mer normale. Noen tenkte også dette om de andre medlemmene på kurset, noe følgende sitat underbygger:

[...] men det som var godt med kurset var jo at det var andre som tilsynelatende så normale ut, og som var normale og, men som sleit de og, så det var kanskje det som hjalp, ikke selve kurset, men allikevel at det hjalp, på en måte (Deltaker 2).

En annen deltaker fortalte at hun ble overrasket over at noen hun visste hvem var, deltok på samme kurset. Hun sa:

Fikk noen sånne sjokk, for plutselig så var det liksom noen fra samme kullet, samme gruppe, som en hadde tenkt at aldri hadde tenkt å gå på det kurset (Deltaker 4).

Videre understreket en av deltakerne at det var til hjelp å vite at hun ikke var alene om å tenke de tankene hun hadde, i følgende sitat uttrykker hun at det skapte en trygghet:

Men det hjalp veldig mye, for det at ja, jeg er ikke alene, det er faktisk noen andre også som har tenkt akkurat de samme tankene som meg, så det var liksom veldig sånn, ja det er ikke bare meg nei, det er litt sånn spesielt da. Så jeg kjente liksom en trygghet, vi var veldig trygge på hverandre (Deltaker 3).

En annen gav også uttrykk for at det var en hjelp å vite at hun ikke var alene om å være deprimert. Hun sa følgende:

Ja, det var en hjelp, egentlig, for man tenker jo alltid med seg selv at en er alene om det. Men man er jo ikke det, det er jo ganske vanlig å være nedstemt, eller deprimert blant folk, i mer eller mindre grad [...] at sånn man sa at man ser at det finnes likesinnede, som har det likt (Deltaker 6).

Videre var det også en av deltakerne som sa at kurset kanskje kunne hatt enda mer fokus på undervisning om depresjon, da hun mente at det også ville være med å gjøre depresjon mer normalt.

Egne refleksjoner og kommentarer

Både det som har fremkommet i presentasjonen i dette avsnittet og i den deltakende observasjonen, har gitt meg et inntrykk av at kurset kan være et viktig ledd i en normaliseringsprosess for dem som sliter med depresjon. Det som fremkommer fra den sistnevnte deltakeren her, sier også noe om behovet for at det å være deprimert blir mer normalisert, for eksempel gjennom undervisning. Det kan virke som om flere av deltakerne har hatt en opplevelse av å være alene og annerledes, og at kurset har hjulpet dem til å se på sin depresjon/nedstemthet mer som en del av livet. Gjennom de eksemplene som kursholderne gav selv i kurset jeg deltok på og måten de møtte kursdeltakerne på, mener jeg at de også normaliserte det å kjenne på negative tanker, nedstemthet og depresjon. De snakket om at alle kan ha behov for hjelp i perioder av livet, og pekte på hvordan det kursdeltakerne slet med *nå* kunne bli en styrke senere i livet. I tillegg til det å møte andre i samme situasjon, så kan dette fokuset også medvirke til at deltakerne får en opplevelse av å føle seg normal.

Deltakernes beskrivelser av å føle seg unormal, får meg også til å tenke på at stigmatiseringen rundt det å ha en psykisk lidelse sitter fortsatt ganske rotfestet i vårt samfunn. Dette på tross av at psykiske lidelser er svært utbredt og at mange av oss vil oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet (St.meld. nr. 25, 1996-1997). Denne følelsen av å være unormal, kan bære med seg en skamfølelse over det å ha en psykisk lidelse, som igjen blir en tilleggsbelastning. Dette kan forsterke symptomene av den psykiske lidelsen. Gjennom de opplevelser og erfaringer som deltakerne har gjort seg omkring dette temaet, virker det som om kurset kan være en hjelp til å redusere denne tilleggsbelastningen, noe som igjen kan være et viktig bidrag i bedringsprosessen.

4.4 Behovet for en støtteperson underveis

4.4.1 Opplevelsen av krav som kurset setter

I intervjuene stilte jeg også spørsmål til deltakerne om de savnet en terapeut eller støtteperson å snakke med under kurset. Flere av deltakerne sa at de savnet en å snakke med underveis i kurset, og knyttet dette savnet til at de opplevde hjemmearbeidet som slitsomt. En av dem sa at hun ikke var så flink til å gjøre hjemmeleksene, en annen

brukte ordet ”tøft” og en brukte ordet ”vanskelig” om det å jobbe med disse oppgavene. Det er også en av deltakerne som sa at det tok mye energi, og beskrev det slik:

Det var akkurat som at når en gikk litt mer inn i det så tok det litt mer energi enn det jeg kanskje hadde tenkt (Deltaker 5).

Den samme deltakeren som uttrykte dette sa at hun savnet en å snakke med som visste hva kurset gikk ut på. En av kursdeltakerne uttrykte også at det var slitsomt å skulle jobbe med hjemmeoppgavene, i tillegg til alt som fulgte med det å være student. Flere av deltakerne sa at de tror de kanskje hadde fått enda mer utbytte av kurset hvis de hadde lagt mer arbeid i disse oppgavene, og samtidig hadde hatt en person å snakke med om dette underveis.

Men det motsatte kom også fram i intervjuene, og en av deltakerne svarte følgende på spørsmålet om behovet for en ”støtteperson”:

Kanskje ikke i forhold til arbeidsoppgavene, det ble sånn personlig og det klarte jeg liksom på en måte å finne ut av selv, [...] når det er verktøykurs som vi snakket om tidligere, så var det tanken på det å kanskje ha en slags type terapeut, det ville på en måte viske vekk hele vitsen med det kurset (Deltaker 3).

Denne deltakeren sa videre at det likevel kunne vært interessant å hatt en terapeut som kunne forstått dem, siden de ikke skulle fortelle om sine problemer til kursholderne.

Egne refleksjoner og kommentarer

Som deltakende observatør tenkte jeg også selv at det måtte være vanskelig å skulle sitte alene og jobbe seg gjennom disse oppgavene hjemme. Spesielt med tanke på at det for en som er deprimert kan oppleves som et stort tiltak å skulle gjøre dette, og hvis de ikke får det til så kan det kanskje forsterke negative tanker de har om seg selv. Samtidig er jo kurset bygd opp som et selvhjelpskurs, og meningen er at en skal jobbe på egenhånd. For noen kan det virke som om det er det beste, mens andre peker altså på at de ville hatt bedre utbytte av kurset om de hadde fått mer hjelp. Dette er jo også noe som kunne vært fanget opp i en forsamtale, og evt. en ettervernsamtale, slik at de som synes dette er vanskelig kan få et tilbud om en person å snakke med.

4.5 Andre faktorerers betydning i en bedringsprosess

I intervjuene stilte jeg også et mer generelt spørsmål om de kunne peke på andre faktorer som kan føre til bedring ved en depresjon. Det har fremkommet mange og varierte faktorer som har betydning i en bedringsprosess. Bare en av deltakerne pekte på betydningen av den adferdsmessige delen av kurset. Hun sa at hun ble mer bevisstgjort på betydningen av fysisk aktivitet og det å gjøre lystbetonte ting, gjennom at det ble oppfordret til dette i kurset. En annen fremhevet også betydningen av å være fysisk aktiv. Det var også en som nevnte viktigheten av det å ha rutine på ting og det å ha noen faste holdepunkter, når en er deprimert. Hun beskrev dette på følgende måte:

[...] det hjelper jo det å ha rutine på ting. Det trenger ikke være stort, men at du har noe som du skal gjøre hver dag. Eller, at du har folk i livet ditt som du vet er der uansett, altså at du har noe som er fast, at du har rutine, noe som holder deg litt i gang (Deltaker 2).

Videre sa en av deltakerne at hun også hadde hatt god hjelp av selvhjelpsboken ”Tenk deg glad”, av David Burns (Jf. 1.2), og at hun hørte på programmer med McKenna om selvhypnose, lastet ned fra nettet. Hun sammenlignet dette med kognitiv terapi, ved at hun pekte på at de også her snakker til deg på en måte som at du *har* mye og *er* noe. Hun sa følgende om disse programmene:

[...] det er jo slik at du får pøset på med masse positive tanker og istedetfor å tenke på det negative, så er det liksom det at det er noe godt i alle (Deltaker 1).

En annen deltaker sa at endring i livssituasjonen kan føre til bedring. Hun fortalte at det å bli mor hadde betydd mye for henne, samtidig som hun sa at det å bli eldre også kunne hjelpe. En av kursdeltakerne sa at hun hadde hatt god hjelp i det å høre på musikk. Vennskap ble også løftet fram som en betydningsfull faktor.

Egne refleksjoner og kommentarer

Det pekes altså på mange faktorer som kan medvirke til bedring, og dette er også i tråd med recovery – forskningen (Jf. 2.3). Jeg tror også at kurs som KiD, selvhjelpsbøker og andre selvhjelpstilbud appellerer til mennesker fordi de fokuserer på hva en kan og at en

er betydningsfull, slik som deltakeren over har uttalt. Dette synes å være en viktig faktor for at mennesker med psykiske lidelser skal komme seg, og kan ha stor verdi for et menneske som er deprimert, fordi den som er deprimert ofte har et negativt syn på seg selv. Det er stor variasjon og mangfold i hva det er som hjelper for den enkelte, og funnene jeg her har presentert viser at det også er faktorer utenfor kurset som har medvirket til bedring. Dette sier noe om kompleksiteten og variasjonen i hva som hjelper for den enkelte, og hvilke utfordringer vi som hjelpere står overfor. Det å få fram den enkeltes subjektive opplevelse av hva som bidro til bedring gir en større forståelse og innsikt i de faktorene som medvirker. Dette kan igjen være en hjelp for den som skal hjelpe eller lede KiD til å møte den enkeltes behov på en bedre måte.

4.6 Oppsummering

I problemstillingen min er spørsmålet: ”Hvilke opplevelser og erfaringer kan studenter som har deltatt på kurs i depresjonsmestring (KiD) fortelle om, og på hvilke måter kan kurset medvirke til en bedringsprosess? I dette kapittelet har jeg presentert sammendrag og sitatutsagn fra studentenes opplevelser og erfaringer, samt egne refleksjoner omkring de tema som har vært mest fremtredende i datamaterialet. Funnene viser at KiD har hatt en positiv innvirkning på de studentene som har deltatt, men at det også er andre faktorer som medvirker til bedring som ligger utenfor kursets målsetting. I arbeidet med resultatpresentasjonen har jeg stilt spørsmål ved hva disse funnene egentlig betyr, og det er noen av disse spørsmålene som jeg vil diskutere i neste kapittel ved hjelp av teori.

Resultatene har fått meg til å stille spørsmål ved om kurset kan bidra til at deltakerne opplever en økt grad av ”opplevelse av sammenheng” (OAS), fordi det har vist seg at flere av deltakerne peker på betydningsfulle faktorer som samsvarer med viktig begrep i Antonovskys OAS. Spørsmålet blir derfor: På hvilke måter kan KiD medvirke til at deltakerne opplever en økt grad av ”opplevelse av sammenheng”?

Videre undres jeg over om KiD kan bidra i arbeidet mot stigmatisering av mennesker som har en psykisk lidelse. Dette spørsmålet har jeg fått etter at deltakerne fortalte at kurset bidro til at de fikk en opplevelse av å være normale, og i diskusjonskapitlet stiller jeg derfor følgende spørsmål: Hvordan kan KiD bidra til normalisering av det å ha en

psykisk lidelse? Det fremkommer også flere faktorer som kan ha medvirket til bedring i presentasjonen, og jeg ønsker å bringe disse funnene inn i en teoretisk diskusjon med fokus på den pågående ”virkningsdiskursen” innenfor psykisk helsearbeid. Spørsmålet jeg her reiser er: Hva er det egentlig som virker?

5.0 Diskusjon

5.1 På hvilke måter kan KiD medvirke til at deltakerne opplever en økt grad av ”opplevelse av sammenheng”?

KiD er som nevnt tidligere, et selvhjelpskurs/ mestringskurs som gir en innføring i kunnskap, metoder og teknikker som kan hjelpe mennesker til å bedre forstå og mestre sin depresjon. I stedet for å ha et stort fokus på selve depresjonen og dens årsaker, fokuseres det i dette kurset på hva som skal til for å komme seg ut av depresjonen. Den enkeltes egen innsats vektlegges sterkt, og det pekes på at mennesket selv har nøkler til å forstå og løse sine psykologiske forstyrrelser (Jf. 1.5). En av deltakerne peker nettopp på betydningen av å ”eie” løsningene selv (Jf. 4.2.2). I kurset fokuseres det på mestringsressurser og hva som kan bidra til helse, og kurset er dermed i tråd med den salutogenetiske tenkningen til Antonovsky (Jf. 2.2).

5.1.1 Forholdet mellom OAS og deltakernes opplevelser og erfaringer

I resultatpresentasjonen fremkommer det at kurset nettopp har vært til hjelp i studentenes mestring av depresjon, og et av kursets mål er derfor nådd (Jf. 1.4 og 1.5.1). Deltakerne pekte på den positive betydning det hadde for dem å få kunnskap som gjorde dem bevisst på hvordan tanker kan virke inn på følelsene. Metodene og teknikkene som læres ble sammenlignet med det å få et ”redskap”. Videre fremheves viktigheten av det å ta ansvar for eget liv og hvor viktig det er å vite at en selv kan påvirke sitt liv og medvirke til egen bedringsprosess. Disse faktorene samsvarer slik jeg ser det, med flere av de faktorene Antonovsky sier må være tilstede for at et menneske skal ha en ”opplevelse av sammenheng” (OAS), som igjen bidrar til god helse.

Begrepene ”begripelighet”, ”håndterbarhet” og ”meningsfullhet” blir dermed viktige i denne sammenheng. For at en person skal ha økt grad av ”begripelighet”, blir det nødvendig at han har en opplevelse av at det som skjer er kognitivt forståelig (Jf. 2.2.2). Flere av deltakerne sier at det å få kunnskap om tankenes innvirking på følelsene var en ny og verdifull kunnskap, som gav økt innsikt og skapte en bevissthet omkring dette. Det kan derfor virke som at denne kunnskapen førte til en økt grad av ”begripelighet” hos disse deltakerne. Kunnskapen ser ut til å ha gitt dem en forklaring som skapte en økt

forståelse av deres situasjon, som igjen satte livene deres inn i en mer meningsfull sammenheng. Antonovsky sier at den som har en sterk OAS forventer at de stimuli man utsettes for kan passe inn i en sammenheng og forklares (Antonovsky 2000, s.35). Det at flere av deltakerne omtalte metodene og teknikkene som ”redskaper” og ”verktøy”, kan tyde på at disse ble til ressurser som var til hjelp i mestringen av deres depresjon. ”Håndterbarhet” handler nettopp om at den enkelte opplever å ha tilgjengelige ressurser i møte med livets utfordringer (Jf.2.2.2), og det kan virke som at det å lære seg disse metodene og teknikkene medvirket til en økt grad av ”håndterbarhet”. Ved å få en slik mestringsopplevelse, føler man ikke at man er et offer for depresjonen, men derimot som flere av deltakerne sier, en opplever å få kontroll over depresjonen (Jf.4.2.2). Ny mening eller nye muligheter kan vekke eller styrke håpet og kan gi en opplevelse av å beherske situasjonen.

Gjennom å formidle kunnskap som skaper forståelse for egen situasjon og innføring i metoder og teknikker som kan hjelpe deltakerne i å mestre depresjonen, synes det som om KiD kan motivere deltakerne til å bli engasjerte og delaktige i sin egen bedringsprosess. Flere av deltakerne peker på betydningen av dette. En av dem sier at en ofte kan føle seg som et offer for depresjonen, og at det derfor er sunt å måtte ta ansvar (Jf. 4.2.2). Den tredje komponenten i OAS, ”meningsfullhet”, er en motiverende komponent, som forutsetter nettopp det at den enkelte er aktivt deltakende og engasjert i sitt eget liv (Jf. 2.2.2). Dette kan tyde på at de deltakerne som lar seg engasjere av kurset, kan oppleve en økt grad av ”meningsfullhet”. Oppsummerende kan det som her har fremkommet tyde på at KiD kan være med å styrke OAS.

Samtidig vil jeg innvende at det ikke er tilstrekkelig med et kurs i depresjonsmestring for å skape denne ”opplevelsen av sammenheng”. Deltakerne peker også på andre faktorer som kan ha innvirket på deres bedring. Det trekkes frem faktorer som relasjoner til andre, endring i livssituasjonen som for eksempel det å bli mor, fysisk aktivitet og medisiner. Når det gjelder medisiner sier en av deltakerne at hun mener at det var det som hjalp mest på depresjonen (Jf. 4.2.3). Disse faktorene som deltakerne beskriver inngår i det Antonovsky definerer som generelle motstandsressurser, som virker inn på en persons OAS. Han sier at den enkeltes ”opplevelse av sammenheng” også avhenger av blant annet fysiske og biokjemisk forhold, sosial støtte, materielle faktorer, religiøse verdier, kunnskap og intelligens og samfunnsstrukturer (Antonovsky 1979, s. 103-122). En

innvending reist mot Antonovsky sin teori om OAS har vært, som nevnt i avsnitt 2.4, at han anså OAS å være relativt stabil i et menneskes liv, samtidig som han sa at her måtte det mer forskning til (Antonovsky, 2000). Senere forskning (Jf.2.4) og det som fremkommer i min studie viser at den enkeltes mestringsevne, og dermed ”opplevelsen av sammenheng”, kan påvirkes. Dette peker igjen på at OAS ikke er så stabil som Antonovsky først hypotetisk antok. Selv om det er enkelte faktorer som ikke kan endres, som arv og oppvekst for eksempel, så er det andre faktorer som kan øke denne opplevelsen, og dermed bidra til økt helse.

5.1.2 Betydningen av mennesket som aktivt deltakende i eget liv

Som nevnt ovenfor er en av de viktigste faktorene som kan bidra til endring, nettopp dette at den enkelte blir aktivt deltagende i sin egen bedringsprosess. Antonovsky fremhever ”meningsfullhet” som den viktigste komponenten i OAS, og for å oppleve ”meningsfullhet” forutsettes det altså at personen er engasjert og aktivt deltakende i eget liv. Denne faktoren fremtrer som mer og mer viktig i ulike sammenhenger innenfor feltet psykisk helsearbeid. Recovery - forskningen har et sterkt fokus på den enkeltes aktive rolle (Jf. 2.3). De som har kommet seg i disse studiene har klart å erobre kontroll over eget liv, og er aktive handlende mennesker i en livsprosess. Det vises i denne forskningen til at mennesker som kommer seg forsøker å forstå hva som skjer, og prøver på ulike vis å finne veien videre (Borg og Topor 2003, s.18). Patricia Deegan, som arbeider med forskning og undervisning innen områdene bedringsprosesser (*recovery*) og myndiggjøring (*empowerment*), hevder at vi i helsevesenet er så fokusert på kjemiske teorier og løsninger at vi glemmer at psykiske problemer er menneskelige problemer med menneskelige løsninger (Deegan i Borg og Karlsson, 2004). Hun peker også på betydningen av å være i føresetet i livet sitt, og ikke la lidelsen styre en (Deegan i Borg og Topor, 2003, s.18). Dette fremheves også av Viktor Frankl som skriver følgende: ”Når vi behandler mennesket som et offer for omstendighetene og deres innflytelse, da slutter vi ikke bare å behandle han som et menneskelig vesen, men vi lammer også hans vilje til å forandre seg” (Frankl, 1994, s.63-64).

Det som litteraturen over fremhever er i tråd med det deltakerne i min studie svarer om betydningen av å ansvarliggjøre den enkelte (Jf. 4.2.2), og KiD blir et viktig tilbud som motiverer nettopp til dette. Hele tenkningsgrunnlaget som KiD er bygd på handler om at

mennesket selv har nøkkelen til å forstå og løse sine psykologiske forstyrrelser innenfor rekkevidden av sin egen bevissthet (Jf. 1.5.2). A.T. Beck fremhever at kognitiv terapi endrer et menneskets syn på seg selv og sine problemer. Mennesket går fra å føle seg som et offer, til å ta kontroll over depresjonen, og bli aktivt deltakende i sin egen bedringsprosess (Jf. 1.5.2). Dette synet på mennesket er igjen i tråd med det humanistiske perspektivet. Innenfor dette perspektivet fokuseres det på hvordan mennesket adskiller seg fra dyrene gjennom sin utøvelse av frihet (Haugsgjerd et al., 2002, s.198). Mennesket sees på som en integrert helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Humanistisk psykologi legger hovedvekten på personens fornuft, vilje, indre tanker og følelser. Mennesket forutsettes å ha en fri vilje og dernest et behov for åndelig vekst framover mot selvaktualisering. Det fremheves at mennesket er et aktivt handlende vesen. Individet kan velge og selv bestemme sine handlinger. Som følge av det står det også ansvarlig for sine handlinger (Haugsgjerd et al. 2002).

Hvis kurset kan føre til at deltakerne opplever det meningsfylt å være aktive og engasjerte i sin egen bedringsprosess, så vil jeg si at dette kanskje er kursets viktigste ”misjon”, og et sentralt bidrag inn i psykisk helsearbeidsfeltet. Hilchen Sommerschild fremhever også at det å få en opplevelse av å kunne influere på sitt eget liv, er det viktigste i OAS (Sommerschild, 1998, s.52). En kan dermed konkludere med at KiD kan medvirke til en økt grad av OAS hos deltakerne, ved at det kan bidra til økt opplevelse av begripelighet og håndterbarhet, og sist men kanskje viktigst, en opplevelse av ”meningsfullhet”, som igjen vil influere de to andre komponentene (Jf. 2.2.2)

5.2 Hvordan kan KiD bidra til å normalisere det å ha en psykisk lidelse?

Flere av deltakerne gav uttrykk for at det å delta på KiD fikk dem til å føle seg mer normale. En av dem sa at det som hjalp mest var å treffe de andre deltakerne som slet med depresjon og samtidig så helt normale ut (Jf.4.3.3). Dette kan tyde på at deltakerne har følt at det har vært noe ”galt” med dem, og at de var ”unormale” fordi de slet med depresjon/ nedstemthet. For å svare på hvordan KiD kan bidra til normalisering vil jeg først se nærmere på hva om gjør at mennesker føler seg ”unormale” når de har en psykisk lidelse. Det blir nødvendig i denne sammenheng å se nærmere på det tradisjonelt

dominerende perspektivet innenfor psykisk helsearbeid, og om helseapparatet bidrar til at mennesker som rammes av en psykisk lidelse får slike tanker om seg selv.

5.2.1 Et dominerende sykdomsperspektiv

Det medisinsk- psykiatriske perspektivet er det som har hatt størst innvirkning på utviklingen innen psykisk helsevern både historisk og i nåtid. Dette perspektivet har en klar forankring i biologien, nevrologien og genetikken som forklaring på symptomer på psykiske lidelser. Positivismen har også i stor grad preget forskningen innen psykisk helsevern. Det medisinske perspektiv basert på positivistisk vitenskapsteori, søker å finne klare svar og jobber ut i fra ”maskinfeilmodellen”. Det vil si at man finner en feil og reparerer den slik at ting virker igjen. Innenfor en medisinsk forståelse er det en sentral ide at sykdommer har en bestemt kroppslig årsak, og det blir nødvendig å finne årsaken slik at problemet kan forklares og eventuelt løses (Haugsgjerd et al., 2002). For den naturvitenskapelige forskningstilværelsen er diagnostisk klassifikasjon av størst betydning, og medikamenter som behandling står høyt på prioriteringslisten.

Dette perspektivet på psykiske lidelser kan være med på å ”sykeliggjøre” disse på lik linje med fysiske sykdommer, og kan underbygge den følelsen som deltakerne beskriver som at en er unormal, eller at det er noe ”galt” med en. Det å få en diagnose kan oppleves positivt av noen. Dette fordi de får en såkalt ”forklaring” på hvorfor de har det som de har det, og fordi diagnosen bidrar til at de får den hjelp fra systemet som de trenger. Psykologer og psykiatere må sette en diagnose for å få støtte fra staten til den enkelte. Men for andre kan det å få en diagnose oppleves som å få et ”stempel”, noe som får en til å føle seg syk og unormal. Det finnes også mennesker som er blitt feildiagnostisert, og som ikke har vært enig i den diagnosen som er blitt satt.

Antall diagnoser er mangfoldige og flere kan bli skapt i fremtiden. Jeg tror at en del mennesker vegrer seg for å oppsøke hjelp for sine psykiske lidelser, fordi de nettopp er redde for å få en diagnose, bli behandlet og satt i et system. Patricia Deegan skriver i en artikkel om hvordan hun opplevde å få diagnosen schizofreni. Hun skriver at hun gjennomgikk en radikal dehumaniserende forvandling fra å være en person til å bli en sykdom. Hun opplevde at de snakket til henne om symptomene, men ikke om hvordan det gikk med henne. Hennes følelser uttrykt i latter ble tolket i lys av sykdomsforståelsen.

Hun skriver: "The range of behaviors and feelings you are allowed has been dramatically narrowed as a result of the blinders that those around you have put on" (Deegan, 1993, s.9). Denne måten å se på psykiske lidelser preges av biomedisinens enten-eller tenkning (dikotomi) som Antonovsky protesterte imot. Reidun Norvoll fremhever at et særtrekk ved biomedisinen, slik samfunnsvitenskapene ser det, er at den er reduksjonistisk. Innenfor dette synet fokuserer en mer på det syke organet, celler eller symptomer hos den enkelte og mindre på den aktuelle pasienten som en meningssøkende person som lever innefor en sosial sammenheng (Norvoll, 2002, s.22).

En fare innenfor psykiatrien er nettopp dette at mennesker kan bli omtalt som om de *er* "Schizofrene" eller *er* "deprimerte", i stedet for å se på diagnosen som kun en del av mennesket. Det språket som helsepersonell bruker blir viktig (Jf. 5.2.2). Eva Dalsgaard Axelsen (1997) hevder at hvis psykiske symptomer forstås som sykdom, legges det for liten vekt på personers ressurser, styrke og evne til utvikling. Dette kan skape avmakt både hos behandler og den det gjelder, og er et dårlig utgangspunkt for en behandling som er ment å gi personen tro på seg selv (s.15). Det perspektivet fagfolk har på psykiske lidelser og måten mennesker med psykiske lidelser omtales på, kan være avgjørende for om man bidrar til normalisering eller ikke.

5.2.2 Elementer i KiD som medvirker til normalisering

Et kurs som KiD kan være et viktig ledd i en normaliseringsprosess når det gjelder psykiske lidelser. Her kan man komme uten at noen har stilt en diagnose, det er riktignok rettet mot mennesker som sliter med depresjon eller nedstemthet, men en trenger ikke å ha vært innom hjelpeapparatet først for å få stilt en diagnose. Det er heller ingen som gir deg en diagnose i løpet av kurset. Dette kan for mange virke mer ufarlig, enn å gå til en lege/ psykolog. Den kognitive tilnærmingen som kurset bygger på har også som utgangspunkt at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering, det dreier seg om gradforskjeller og ikke vesensforskjeller (Jf. 1.5.2). En slik tilnærming kan være med å normalisere det å ha en psykisk lidelse.

Dette fremmer et annet perspektiv på psykiske lidelser som er i tråd med det humanistiske perspektivet, og det synet som Antonovsky har på helse. Antonovsky definerer helse som et kontinuum og ikke som dikotomi, der mennesker er enten syke

eller friske (Jf. 2.2.1). I hans tenkning befinner alle mennesker seg på dette kontinuumet gjennom livet, og veksler mellom god og dårlig helse. Et slikt syn på helse vil bryte med forestillingen om at mennesker med psykiske lidelser har en psykisk helse som er kvalitativt annerledes enn ”det normale”. Med en slik forståelse kan man si at alle har en psykisk helse, og i gode eller dårlige faser av livet kan alle mennesker bevege seg frem eller tilbake på dette kontinuumet (Bøe og Thomassen, 2007, s.236).

Det å ha en psykisk lidelse blir da mer normalt, noe som hører med til det å være menneske, men som kan ramme oss i ulik styrke, og i ulike deler av livet. Axelsen (1997) fremhever at en kan forstå de fleste psykiske problemer og lidelser i en normalpsykologisk ramme. Videre sier hun at det som kommer til syne i det vi kaller psykiske lidelser er på mange måter tanker og følelser som vil kunne komme til syne i oss alle i møte med spesielle livssituasjoner eller kriser. Både Antonovsky sin teori om salutogenese og det som her fremkommer fra Axelsen, fremmer et syn på psykiske lidelser som setter oss alle i ”samme båt”. Vi har alle den samme psykiske helsen, slik at det ikke blir noen form for ”vi” og ”dem”. Det er da nærliggende å tenke at det må bli personen selv som beskriver sin egen tilstand, og at den enkelte er aktivt deltakende i sin bedringsprosess.

Bøe og Thomassen (2007) hevder at når det gjelder behandling og bedring, er det mye som tyder på at det er innenfor normale allmennmenneskelige innsatser en kan finne frem til løsninger og sette i gang bedringsprosesser (s.234). Det synes som om KiD, slik som det foregår på UiA, vil komme inn under det som kalles ”normale allmennmenneskelige innsatser”, da den formidlingen som foregår der, bygger opp under det som er normalt, og oppmuntrer den enkelte til å bidra i sin bedringsprosess.

Dette betyr ikke at jeg ikke tror at vi trenger institusjonen, legen og psykologen og den medisinske behandlingen. Et selvhjelpskurs er ikke tilstrekkelig for mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse. Jeg er enig med brukeraktivist og leder av Mental Helse i Kristiansand, Odd Volden, som skriver at vi trenger avdelinger og paragrafer for at de menneskene som har de ”sterkeste følelsene” kan få hjelp (Volden, 2004, s.50). Men jeg tror vi skal være bevisst hvilke holdninger vi har som profesjonelle hjelpere, og hva vi signaliserer til dem vi skal møte. Som nevnt i avsnitt 5.2.1 så blir språket vi bruker viktig. Bøe og Thomassen (2000) hevder at språket og den kunnskapen behandleren har, kan bli

et maktmiddel, som fortrenger den hjelpetrequendes språk. Den som trenger hjelp kan mangle avgjørende midler til deltakelse fordi han ikke kjenner språket (s.33). Dette bidrar til et reduksjonistisk syn på mennesket, sett ut fra et humanistisk perspektiv. Den som trenger hjelp kan bli frarøvet retten til å selv ta valg, og bare deler av mennesket blir fokusert. Det å bli møtt med anerkjennelse og forståelse, blir derfor viktig i møte med mennesker som har en psykisk lidelse. Deltakerne i studien understreket også betydningen av at kursholderne møtte dem som den de var (Jf. 4.3.1). For at mennesker med psykiske lidelser skal komme seg og føle seg normale, tror jeg derfor at en anerkjennende holdning fra hjelperen, eller i denne studien kursholderne, blir viktig. Topors forskning peker også på betydningen av at hjelperen har en anerkjennende holdning, og at han / hun tør å vise seg som et virkelig menneske, også med sine feil og nederlag (Topor, 2003, s.114). Kursholderne i KiD brukte også egne hverdagslige eksempler i undervisningen, og dette tror jeg kan være med på å ufarliggjøre negative tanker og å fremme en opplevelse av å være normal, på tross av en depresjon.

Et større fokus på normalisering av psykiske lidelser vil ha flere fordeler. Hvis KiD for eksempel kan bidra til at mennesker opplever dette, så er kurset et viktig bidrag for psykisk helsearbeid, og dermed en hjelp i normaliseringen av det å ha en psykisk lidelse. Etersom jeg mener at det å føle seg unormal medfører en unødvendig skamfølelse hos den som har en psykisk lidelse. Dette kan forsterke symptomene (Jf. 4.3.3). Marit Borg viser også i sin forskning til at det å bli stemplet med en ”kronisk” lidelse kan bli et hovedproblem for den personen som strever (Borg og Topor, 2003, s.41). Dette understreker viktigheten av at det å føle seg mer normal, kan se ut til å ha en positiv innvirkning på bedringsprosessen.

Teoretisk sett kan det kanskje være noen som vil oppleve selvhjelpskurs som stigmatiserende, i den forstand at mennesker med samme type lidelse blir satt sammen i en egen gruppe, utenfor ”fellesskapet”. Men det som har fremkommet i denne studien viser likevel det motsatte, at det å møte og kommunisere med andre i samme situasjon har vært en hjelp til normalisering for flere av disse deltakerne. Det at kursholderne gir eksempler på hvordan de har anvendt noen av teknikkene selv, kan også være en faktor som kan føre til at deltakerne føler seg mer normale. Topor gir i boka ”Hva hjelper?” et eksempel på hva det betydde for noen av de han intervjuet å se at en overlege kunne bli dårlig. Han skriver at denne legen ble en bro over den avgrunnen som tradisjonelle

forestillinger om frisk og syk innebærer, og at han skapte et håp hos pasientene om at det hos ethvert menneske er plass for både friske og problematiske sider (Topor, 2006, s.121). Kanskje skal en ikke være så tilbakeholden innenfor KiD spesielt og psykisk helsearbeid generelt med å dele personlige erfaringer med de en skal hjelpe. Da åpenhet fra fagfolk faktisk ser ut til å spille en viktig rolle når det gjelder normalisering av psykiske lidelser, som igjen kan være en viktig medvirkende faktor til en bedringsprosess.

5.3 Hva er det egentlig som virker? Med fokus på virkningsdiskursen innenfor psykisk helsearbeid

Spørsmålet om hva som virker i terapi har historisk vært og er fortsatt et viktig spørsmål innenfor evidensbasert forskning. Her gis det høy grad av evidens til studier som er basert på den såkalte ”gullstandarden”, og ved dokumentasjon av behandlingseffekt opereres det med et metodehierarki. Om dette hierarkiet skriver Kolstad: ”

Gullstandarden er randomiserte, kontrollerte og dobbelblind forsøk, dernest Meta-analyser basert på disse og med ekspertkomiteer og meninger hos ”anerkjente eksperter” på siste plass” (Kolstad, 2004, s.21). Han påpeker videre at folks egne erfaringer som basis for kunnskap knapt nok er nevnt (ibid.). Evidensbasert forskning har derfor gitt forrang til noen typer målbar kunnskap, mens andre typer kunnskap har fått lavere evidens eller blir utelatt. Denne forskningen fører til at kunnskap innenfor et medisinsk perspektiv, der biologiske forklaringer på psykiske lidelser og medikamenter og andre fysiske behandlingsmetoder som første prioritet i behandling, har fått høyere prioritet enn den humanistiske kunnskap, også innenfor faget psykiatri. Martinsen og Boge har skrevet følgende som en kritikk til denne formen for rangering:

Humanistisk kunnskap, som ofte dreier seg om det å leve med sykdom og lidelse, og hvilken hjelp man har erfart som hjelp i aktuelle situasjoner, blir vurdert som underordnet og lite, eller ikke evident i evidensbasert sykepleie (Martinsen og Boge, 2004 s. 58).

5.3.1 Viktigheten av innenfraperspektivet i en ”virkningsdiskurs”

Innenfor psykisk helsearbeid har det humanistiske perspektivet og den erfaringsbaserte kunnskap blitt gjeldende i mye av den forskningen som har foregått de siste årene.

Innenfraperspektivet, eller brukerperspektivet, har blitt ansett som mer og mer viktig inn i diskusjonen om hva som egentlig virker og hjelper dem som har en psykisk lidelse. Her rettes fokuset i forskningen mot folks egne beskrivelser av hvordan det er å ha en psykisk lidelse og hva som har vært til hjelp i den enkeltes bedringsprosess. Dette mener jeg er viktig kunnskap, og recovery - forskningen er eksempel på dette (Jf. 2.3).

I min studie har også innenfraperspektivet vært viktig og avgjørende for de funnene studien viser til. Studentene har delt sine opplevelser og erfaringer av kurset, og dermed tilført en ny og mer utdypende kunnskap, enn den kunnskapen de kvantitative studiene har vist til (Jf. 1.2). Det kommer fram at kurset har hatt effekt både for ”deltakerne” og ”kursdeltakerne”. Dette er i tråd med de kvantitative studiene av tilsvarende kurs. Men mine funn viser også *hva* det er ved kurset som kan medvirke til en bedringsprosess, og denne kunnskapen kan en best få ved å gå til den enkelte. Den kvalitative kunnskapen som fremkommer i denne studien blir derfor et viktig supplement til den kvantitative kunnskapen. Og belyser viktigheten av at erfaringsbasert forskning bør likestilles med annen forskning, som betydningsfullt inn i en ”virkningsdiskurs”. Jensen (2009) skriver at denne diskursen krever at om vi skal forstå terapi, så må vi forstå hva det er som virker (s.195). Med utgangspunkt i en likestilling mellom erfaringsbasert kunnskap og den evidensbaserte kunnskap som tidligere er beskrevet, vil jeg gå nærmere inn på spørsmålet: Hva er det egentlig som virker?

5.3.2 Selvhjelpskurs som medvirkende behandling

Flere spørsmål blir aktuelle å diskutere. Hva kan et selvhjelpskurs som KiD bidra med i forhold til tradisjonell behandling som medikamenter og samtalerapi. Og kan et selvhjelpskurs komme inn under betegnelsen behandling? Det blir her interessant å trekke inn utsagnet fra en av deltakerne som sa at dette kurset var det mest positive hun hadde opplevd (Jf. 4.2.3). Enda mer interessant blir dette utsagnet når hun gir uttrykk for at hun har vært mye i kontakt med helsevesenet pga sin psykiske lidelse. Hun spør seg hvorfor hun ikke har fått tilbud om kognitiv terapi tidligere, noe som kan tyde på at hun har fått noe i dette kurset som ikke helsevesenet har klart å gi henne. Den samme deltakeren var tydelig på at den kunnskapen som kurset gav, og de metodene og teknikkene hun lærte, har vært med å gjøre hverdagen bedre for henne og at hun mestrer depresjonen bedre (Jf. 4.2.1). Dette viser at kurset har vært til egenerapi for henne. En

annen deltaker sier at mannen kunne merke endring hos henne etter kurset. Hun var mindre deprimert (Jf. 4.2.1). Disse funnene viser jo at kurset kan ha påvirket forløpet av depresjonen positivt, noe som også er målet med det som betegnes som behandling. Kan en ikke ut fra dette konkludere med at KiD kan være et viktig ledd i behandlingen av et menneske med depresjon?

I 2004 utgav Sosial- og helsedirektoratet rapporten *Nasjonal plan for selvhjelp*. Her fremheves det at selvhjelp ikke skal være en avlastning for det offentlige hjelpeapparatet, men et supplement eller alternativ (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). For deltakerne i min studie understrekes dette ved at noen sier at KiD har vært et supplement, mens andre gir uttrykk for at kurset har vært et alternativ, der de ikke har trengt annen hjelp i tillegg (Jf.4.2.3). En innvending mot selvhjelp som behandlingsmetode har vært at samfunnet gjennom dette avskriver seg ansvaret for behandling av psykiske lidelser (Berge og Repål, 2008, s.61). Samtidig legger *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (St.prp. nr 63, 1997-1998) stor vekt på økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv på et lavterskelnivå. Og det er jo nettopp det selvhjelpsarbeid motiverer til. Dette arbeidet har en visjon som er rettet mot å styrke enkeltmenneskets evne og muligheter til å delta i sin bedringsprosess (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Denne visjonen i seg selv vil jeg tro appellerer til mennesker fordi den nettopp skaper tro på at den enkelte kan hjelpe seg selv og skaper en tro og et håp om at en selv kan gjøre noe med sin situasjon.

Recovery - forskningen har også et stort fokus på betydningen av den enkeltes egne aktive rolle i bedringsprosessen, og viser til at de som har kommet seg på ulike vis har klart å erobre kontroll over livet sitt. Det fremheves som nevnt i avsnitt 5.1.2, at bedring handler om aktive, handlende mennesker i en livsprosess (Borg og Topor, 2003, s.18). Min studie viser at flere av deltakerne opplevde det positivt at kunnskapen de fikk gjennom kurset hjalp dem til å ta ansvar og være delaktig i sin egen bedringsprosess. Det å vite at de selv kunne være med å påvirke sin situasjon, blir fremhevet som viktig og som en gjenerobring av kontroll (Jf.4.2.2). Dette viser at KiD kan være med å styrke evnen til å mestre eget liv (Jf. 5.1), og dermed et viktig bidrag til å fremme det som sies i Opptrappingsplanen.

5.3.3 Viktigheten av både salutogenese og patogenese

Samtidig er det viktig at de som holder et mestringskurs som KiD eller andre former for selvhjelpskurs, ikke glemmer å gi en anerkjennelse av hvilken stor påkjenning det er å være deprimert. Det er viktig å også ha et fokus på ”patogenesen”, selve depresjonen og den lidelsen det medfører for den det gjelder. Antonovsky fremhever også at det salutogenetiske perspektivet ikke tar avstand fra patogenesen, men at de komplementerer hverandre (Jf. 2.2.1). En av deltakerne i min studie sa at hun savnet at det ble snakket litt mer om depresjon, og at det som ble tatt opp i undervisningen ikke traff henne helt (Jf. 4.3.1). Dette kan jo kanskje tyde på et savn av en anerkjennelse av lidelsen det medfører å være deprimert. I iveren etter å fokusere på mestringsressurser og på det som er friskt, kan en glemme å se mennesket som faktisk har det vondt. Det kan også være en fare å overse det patogenetiske ved en depresjon. For noen kan depresjonen ha fysiske årsaker, som må korrigeres med medisiner. Derfor hvis en bare fokuserer på mestringsressurser og den enkeltes ansvar for eget liv, kan dette kanskje forlenge en depresjon hos enkelte, som kunne vært kurert på en annen måte.

En av deltakerne fremhevet tydelig hvordan medikamenter hadde en positiv innvirkning på henne. Så selv om studier viser at kognitiv terapi kan ha bedre effekt enn medikamenter (Jf. 1.2), så må ikke det få oss til å overse de menneskene som faktisk har god effekt av medikamenter. Topor viser også til mennesker som forteller at medisiner har vært en av faktorene som har hjulpet dem i deres bedringsprosess. Samtidig viser hans forskning at medisin alene ikke er nok, og at det ikke trenger å være en livsvarig behandling. Det fremheves også betydningen av egen deltakelse og innflytelse på valg av medisiner og dosering (Topor, 2003, s.193). Dette viser at det kan være to grøfter som vi som profesjonelle hjelpere må passe oss for. Den ene er at vårt fokus på mestring og den enkeltes egenaktivitet fokuseres så sterkt at vi fraskiver oss ansvaret og vegrer oss mot å bekrefte og gå inn i selve lidelsen. Den andre grøfta er at en tror at det viktigste er å stille den rette diagnosen og gi den rette medisinen. Her kan faren bli at den som har en psykisk lidelse bare får medisiner, og står uten noe den dagen han/hun slutter. En av deltakerne fremhever nettopp dette med faren ved å ha medisiner som eneste ”bøye” (Jf.4.2.3).

Her beveger vi oss altså innenfor en hårfin balanse (Jf. 4.2.2), som jeg tror det går an å håndtere hvis vi lytter til den enkelte, og gir rom for den erfaringsbaserte kunnskapen. Og

det er viktig å understreke, som nevnt i 5.2.2, at i perioder av noens liv der lidelsen er som sterkest, har enkelte behov for en hjelper som *midlertidig* kan ta over ansvaret og gi råd. Som helsepersonell må vi altså også passe oss for å gå fra rollen som deltaker til tilskuer i den andres liv, ved at vi unnlater å engasjere oss i den andres problemer. Skjervheim fremhever betydningen av å ikke være tilskuere, men deltakere i den enkeltes liv (Skjervheim, 2001).

Topor understreker ut fra sin forskning at det ikke finnes noen evidensbasert metode som passer for alle mennesker med samme diagnose. Han sier at det derfor bør tilbys et mangfold av forskjellige metoder (Topor, 2003). Ved depresjon kan noen ha god hjelp av KiD, andre trenger samtaler med en terapeut, noen trenger medikamenter og enkelte trenger rett og slett en innleggelse i et sykehus for en kortere eller lengre periode. En av deltakerne sier at det ikke var selve kurset som hjalp, men det å møte andre (Jf. 4.3.2). Kanskje det for henne hadde vært bedre og vært i en ren samtalegruppe med andre i lik situasjon. Selv om kognitiv terapi og kurs som KiD virker, så er det ikke sikkert at det virker for alle som er deprimerte, da det forutsetter frivillighet, initiativ, engasjement og ansvar (Jf.4.2.2). En annen deltaker sier at hun opplevde det nyttig å gå til samtaler med psykiatrisk sykepleier ved siden av kurset (Jf. 4.2.3), og at denne kombinasjonen var bra for henne. Dette er i tråd med recovery – forskningen som også viser at det er et samspill av ulike faktorer som medvirker til en persons bedringsprosess (Borg og Topor, 2003, Topor 2003, Topor 2006).

5.3.4 Betydningen av kursholderens væremåte

Jeg vil også diskutere kursholderens rolle i KiD, da jeg tror at deres væremåte har stor betydning for hvordan kurset oppleves av den enkelte og for effekten av kurset. Selv om ikke kursholderne kan sammenlignes med terapeuter / behandlere, så oppstår det likevel en relasjon mellom dem og deltakerne. Dette bekreftes gjennom det som fremkommer i denne studien. Kursholderne oppleves som medmennesker, troverdige og flinke. Deltakerne beskrev at de opplevde å bli tatt på alvor og at de ikke følte seg dumme når de sa noe (Jf. 4.3.1). Relasjonen til kursholderne fremstår altså som viktig, og spørsmålet om virkningen av metodene og teknikkene også er knyttet til kursholderens væremåte blir derfor viktig å stille. Jeg mener at metodene og teknikkene som framstilles i en kognitiv terapimodell kan bli tekniske og mekaniske hvis ikke den som skal introdusere

metoden setter seg inn i det tenkningsgrunnlaget som ligger bak (Jf. 1.5.2), da dette innebærer et humanistisk/ helhetlig syn på mennesket. Hadde kurset, og dermed metodene og teknikkene hatt like stor effekt hvis det ikke hadde vært for kursholderens væremåte?

Dette er det selvfølgelig vanskelig å gi et entydig svar på, men likevel synes det å være et relevant spørsmål i denne sammenheng. Kurslederens tro på metoden synes å være et viktig moment. Topor fremhever dette i forhold til behandlere. Han understreker at det viktige synes ikke å være hvilken metode behandleren velger, men at han/ hun har tro på den. Han skriver at det er vanskelig for mange profesjonelle å innse at en rekke teorier og ulike teknikker kan oppnå samme resultat: at pasienten blir bedre. Behandlerens tro på teorier og teknikker kan gi håp om å kunne hjelpe og håp om at det kan gå bra for dem man arbeider for å hjelpe. Dette kan igjen gi håp til pasienten (Borg og Topor, 2003, s.56). Kognitiv terapi er i dag svært populært, både som kurs og selvhjelpsprogrammer på internett, og i terapi hos en behandler. Opplysningene om en metodes overlegenhet over andre metoder kan henge sammen med at den nettopp er blitt introdusert. Entusiasmen hos dem som tar i bruk denne nye metoden, smitter da over på dem som tilbyr den. Dette kan gjelde like mye i et kurs som i en terapeutisk relasjon, og er viktig å ta med i diskusjonen av hva som virker. I den pågående "virkningsdiskursen" diskuteres nettopp metodene og teknikkenes betydning i terapi.

Per Jensen (2009) sier at en metode eller intervensjon blir det den er sammen med den som introduserer den. Sammen med "hjelperen" kan metoden være noe, den kan være kraftfull, og den kan være meningsløs (s.199). Den deltakende observasjonen gav meg en opplevelse av at kursholderne trodde på det de formidlet, og jeg tror derfor at denne begeistringen og entusiasmen over det de formidlet, kan ha medvirket til å gjøre det virkningsfullt for deltakerne.

I 1990 årene kom de første rapportene fra psykoterapiforskningen som bekrefter at terapi virker og at all terapi virker like godt (Jensen, 2009, s.199). Dette sier vel igjen noe om at kvalitetene og væremåten til den som utfører terapien eller introduserer metodene har stor betydning, og underbygger også Lambert sin prosentinnndeling av hva som virker i terapi. Han hevder at 30 % skyldes relasjonen mellom terapeut og klient, 15 % er knyttet til spesifikke terapi metoder, 15 % skyldes håp og tro på terapien, og 40 % skyldes

utenfor terapeutiske forhold (Lambert i Jensen, 2006). Dette sier noe om hvor stor betydning hjelperen, det vil si den som formidler metodene, har. Samtidig vil jo ikke en slik modell utelukke at metodene virker, den sier at 15 % av virkningen skyldes disse. Da blir det viktig å fremheve at flere av deltakerne i min studie gir uttrykk for at de har hatt god nytte og effekt av de metodene og teknikkene som læres. I dag viser også studier at mange har god hjelp av selvhjelpskurs på nettet (Dalgard og Bøen, 2008) og av selvhjelps bøker. Sistnevnte blir også bekreftet av en av deltakerne i min studie (Jf. 4.5). Det interessante her er at det ikke er noen hjelper fysisk tilstede. Dette viser vel også at det må ligge noe i teknikkene og metodene. Men samtidig er det en forfatter som tror på metodene som har skrevet bøkene og laget selvhjelpsprogrammene, og det kan også være en medvirkende årsak til at det hjelper.

5.3.5 Betydningen av et undervisningsaspekt og det å være i en gruppe

Flere av deltakerne peker på betydningen av den bevisstgjøringen som kunnskapen de fikk førte til, og trekker dermed inn et undervisningsaspekt som viktig i en bedringsprosess. Topor fremhever også viktigheten av at den som har en psykisk lidelse får tilgang til en forklaringsmodell (Topor, 2004, s.5). Gjennom undervisning om for eksempel hvordan tankene virker inn på følelsene i KiD, får deltakerne nettopp tilgang til en forklaringsmodell som gir et svar på depresjonen og hvordan de kan komme ut av den. En av de positive sidene ved en kognitiv terapimodell er nettopp dette med synliggjøring av hva terapien dreier seg om. Deltakerne på kurset og pasienter som går til en kognitiv terapeut får innsyn i teoriene og virkemidlene, og stimuleres til å anvende kunnskapen på seg selv (Berge og Repål, 2008, s.61). Dette understreker at en "undervisning" som skaper forståelse blir viktig i møte med mennesker som har en psykisk lidelse. Kanskje har fokuset vært mer på det å finne en årsak, enn på det å gi undervisning som skaper forståelse for den situasjonen en er i, innenfor tradisjonell behandling? Jeg tror også at det har betydning at den undervisningen som gis i KiD og innenfor kognitiv terapi virker logisk og er gjenkjennelig for den enkelte, da tanker og følelser preger oss alle.

Men samtidig løfter Toril Borch Terkelsen frem at undervisning som brukes for at mennesker skal forstå en psykisk lidelse også kan ha negative følger for noen. Hun sier at

enkelte kan føle seg sykere og endre synet på seg selv, ved at de blir presentert for symptomer som de ikke kjenner seg igjen i (Paulsen, 2010). Likevel viser min studie av KiD at undervisningen som har foregått i dette kurset har hatt en positiv innvirkning på flere av deltakerne. Som nevnt tidligere, etterlyste også en av deltakerne mer undervisning i kurset som gikk i forhold til selve depresjonen (Jf. 4.3.1 og 5.3.3).

Det å være i en gruppe der en møter og kommuniserer med andre som er i lignende situasjon, kan også være en motivasjonsfaktor i seg selv. Topor peker på at mange brukere får hjelp av andre brukere ved å være i et sosialt fellesskap, og sier at selvhjelp også handler om et sosialt samspill. Topor fremhever også betydningen av det å være til hjelp for andre som en viktig faktor i en bedringsprosess (Topor, 2006, s.161). I møte med andre som sliter med det samme, og gjennom å dele egne erfaringer, kan kanskje kursdeltakerne på KiD også få en opplevelse av at de er til hjelp for de andre deltakerne. Dette har jeg ikke spurt deltakerne i min studie om, men er en tanke jeg har fått etter å ha vært på kurset selv.

5.3.6 Innenfraperspektivets betydning i evaluering av tilbud innenfor psykisk helsearbeid

Jeg vil tilslutt gå tilbake til innledningen av dette avsnittet som fremhever betydningen av et innenfraperspektiv. I KiD får deltakerne mulighet til å gi en muntlig evaluering på siste kursdag (Børve et al., 2009a), noe som ble utført siste dagen av det kurset jeg var deltakende observatør på. Dette er noe vi også kan gjøre mer bruk av i det offentlige helseapparatet.

Recovery – forskningen viser at brukerne vektlegger helt andre faktorer som forklaring på bedring enn dem terapeuter vektlegger (Topor, 2003 og 2006). Dette viser oss nødvendigheten av å lytte til den enkelte, for at mennesker med psykiske lidelser skal få den hjelpen de trenger. Utdannelser innenfor psykologi og psykiatri har vært preget av spesialisering i terapimetoder, noe som er forsterket av orienteringen mot evidensbaserte terapier, diagnoser og behandlingsmanualer. Fagfolkene har derfor utviklet ekspertenes problem- og endringsforståelse (Tuseth, 2007). Vi trenger en dreining mot at ekspertrommet åpner for brukernes forståelse. Det er denne dreiningen blant annet recovery- forskningen bidrar til. Men vi har fortsatt en vei å gå innenfor psykisk

helsearbeid på dette området. Vi bør være enda mer opptatt av å evaluere behandling og metoder og teknikker som brukes, gjennom å lytte til de som har mottatt tilbudene. Tuseth (2007) fremhever at klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er et hjelpemiddel for å gi klienter økt innflytelse på egen behandling. Denne tilnærmingen er utviklet av bla Barry Duncan og Scott Miller. Den består av to enkle skalaer som gir terapeuten systematisk tilbakemelding på klientens vurdering av endringer i livet og av den terapeutiske alliansen. Det foregår en utprøving av disse skalaene ved ulike typer behandlingstilbud som poliklinikker, familievernkontorer, rusbehandling, familieenheter og psykisk helsevern for voksne. Forskning fra USA viser at bruk av skalaene kan øke den gjennomsnittlige bedringsprosenten med hele 65 prosent. KOR har ført til større bevissthet på klienters perspektiv og endringsforståelse (ibid). Dette er bra, hvis ikke det å bruke skalaer erstatter en åpen dialog, gjennom kvalitative forskningsintervjuer og uformelle samtaler. Dette må også til for at denne kunnskapen skal bli belyst best mulig. Min studie betegner jeg som et eksempel på hvordan dette kan foregå, og den kan derfor bli et lite bidrag inn i evalueringen av hva som virker i KiD.

For å styrke og effektivisere de tilbudene som gis innenfor psykisk helsearbeid, blir det viktig at innenfraperspektivet blir tatt på alvor. Dette kan vi gjøre ved å la kunnskapen og erfaringene fra de som har en psykisk lidelse og dermed er mottaker av de tilbudene som gis, komme inn som viktige stemmer og bidrag i ”virkningsdiskursen”.

5.4 En diskusjon av studiens validitet

Å validere er å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet og pålitelighet. Malterud fremhever at validering er et viktig virkemiddel for kritisk refleksjon (Malterud, 2003, s.178). Validering i kvalitativ forskning er ikke bare knyttet til metoden, men omhandler hele forskningsprosessen (Kvale, 2001, s.164). Min diskusjon av studiens validitet vil derfor rette seg mot de ulike stadiene i dette forskningsprosjektet.

I en bredere tolkning har gyldighet eller validitet å gjøre med hvilken grad en metode undersøker det den var ment å undersøke, dvs. i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene som vi ønsker å vite noe om. Den kvalitative forskningen kan i prinsippet gi valid, vitenskapelig kunnskap, ifølge denne oppfatningen av validitet

(Kvale, 2001, s.166). Dette vil i mitt prosjekt bety at de innsamlede data gir svar på min problemstilling. Dette betyr at jeg har fått frem deltakernes opplevelser og erfaringer med KiD, og belyst hva det er ved KiD som kan medvirke til en bedringsprosess. Dette mener jeg fremkommer i resultatpresentasjonen og diskusjonen av funnene.

Datainnsamlingen ved hjelp av kvalitative forskningsintervju og deltakende observasjon, har ut fra studiens problemstilling og hensikt vært relevante valg. Jeg anser det som en styrke i studien, og som et viktig ledd i valideringen at jeg har benyttet både kvalitative forskningsintervju og deltakende observasjon, da metodetriangulering kan være med å sikre valide resultater (Larsson, 2005, s.30). Ulike forskningsmetoder i et og samme prosjekt kan gi bredere kunnskap, og en mer presis eller mangfoldig beskrivelse av fenomenet som studeres, enn om vi bare utforsker fra et bestemt perspektiv (Malterud, 2003, s.188). Jeg opplever at dette er tilfelle i min studie.

I den fenomenologiske tilnærmingen til de kvalitative data blir en viktig kilde til validering at fremgangsmåten er nøye beskrevet, slik at en annen leser av teksten, som følger forskerens måte å arbeide med teksten på, vil kunne se *det* forskeren så, uansett om man er enig i synspunktet eller ikke (Hummelvoll og Barbosa Da Silva, 1996). Dette har jeg gjort i kapittel 3.0. I hele oppgaven har jeg etterstrebet å argumentere for det jeg har gjort, vært tydelig på hva som er mine tolkninger, kommentarer og refleksjoner og vært nøye med henvisninger til litteratur som er brukt.

Larsen (2009) skriver at man som forsker sikrer kvalitet ved å gjøre forforståelsen, de tanker og ideer en har om et tema og personlige erfaringer, eksplisitt. Det at jeg har gjort eksplisitt min forforståelse i avsnitt 3.5 er også med på å validere funnene.

I intervjuene ble validiteten ivaretatt ved intersubjektiv validering. Dette gjorde jeg ved å stille gjentakende spørsmål ved om jeg hadde forstått deltakerne riktig, når noe var uklart. Intervjueren "sender" her meningen tilbake til intervjupersonen (Kvale, 2001). Deltakerne hadde da en mulighet for å bekrefte eller avkrefte mine tolkninger.

For å sikre en best mulig overføring fra muntlig til skriftlig form ble alle intervjuene transkribert ordrett fra opptaket. Jeg foretok også all transkriberingen selv, og dette gav meg et godt kjennskap til datamaterialet. Deltakerne ble muntlig informert i etterkant av

intervjuet om at de kunne lese gjennom den transkriberte teksten, noe som også sikrer kvaliteten. Bare to av deltakerne ønsket dette. I etterkant har jeg tenkt at det kanskje er en svakhet at jeg ikke skrev dette i informasjonsbrevet. Dette fordi en muntlig informasjon i en spesiell situasjon ikke nødvendigvis fanges opp på lik linje med en skriftlig informasjon i forkant. Men det at de andre ikke ønsket dette, har jeg likevel tatt som en tilbakemelding på at det er gyldig det de har sagt.

Sannsynligheten for at funn er gyldige om noe bestemt, kan styrkes dersom flere er enige i at dette er en rimelig konklusjon. Ved å ha en veileder som også har lest gjennom de transkriberte tekstene, har det vært med på å validere funnene (Jf. 3.3.2).

Funn fra tidligere forskning og diskusjonen opp mot valgt teori er også med på å validere funnene. Funnene i denne studien har vist seg å være i overensstemmelse med etablert teori og tidligere forskning. Det å redegjøre for valg av teoretiske inspirasjonskilder og teoretiske tolkningsrammer, vil styrke studiens validitet, ved å gi leseren større forståelse av de tolkningene som vil foreligge (Larsson, 2005, s.18). Dette har jeg gjort i kapittel 2.0 og ved å henvise til annen anvendt litteratur. Samsvarheten mellom det som recovery – forskningen sier om bedring og det min studie peker på som medvirkende faktorer til en bedringsprosess, kan være med å underbygge studiens validitet.

Gjennomføringen av studien må sees i sammenheng med forskerens utdanningsprosess. Her har min manglende erfaring kunnet virke inn i prosessen. Deltakende observasjon ble anvendt av meg for første gang, og jeg har i ettertid tenkt at jeg kanskje kunne ha utnyttet denne metoden bedre. Jeg kunne kanskje ha vært mer frimodig med å stille spørsmål til deltakerne i for eksempel pausene og til kurslederne. En mer erfaren person ville kanskje ha lagt merke til andre viktige faktorer som jeg kanskje overså. Likevel gav denne metoden meg nyttig kunnskap og et bredere perspektiv på kurset.

Det kan kritiseres at spørsmålet jeg stilte om behovet for en støtteperson, kanskje var for ledende. Da dette i utgangspunktet bygde på et spørsmål jeg selv stilte meg under den deltakende observasjonen, og som kanskje også bar preg av min forforståelse av kognitiv terapi (Jf. 3.5). Det er ikke sikkert at dette behovet ville ha kommet fram, hvis jeg ikke hadde stilt spørsmålet til deltakerne. Samtidig må jeg jo stole på deres utsagn, og at de ikke hadde svart ja på dette hvis de ikke mente det. Kvale (2001) sier at det avgjørende er

ikke hvorvidt man skal lede eller ikke lede, men hvor spørsmålet leder. Spørsmålet er altså om spørsmålene leder i viktige retninger som kan gi nye og betydelige kunnskaper (Kvale, 2001, s.207). Spørsmålet var aktuelt, da flere hadde synspunkter på dette (Jf. 4.4).

Deltakerne som jeg intervjuet var ikke fra det samme kurset som jeg var deltakende observatør på, men de hadde hatt de samme kursholderne. Forskjellen mellom kursene var at det var færre deltakere der jeg var observatør, enn på det kurset deltakerne hadde vært på. Dette gjorde nok sitt til at det kurset jeg var på foregikk mer som en dialog mellom kursholderne og deltakerne, noe som gjorde at det kanskje ble to ulike kontekster. I ettertid har jeg tenkt at validiteten kunne vært enda bedre ivaretatt om jeg hadde intervjuet deltakere fra det samme kurset som jeg selv var deltakere på. Men da hadde jeg ikke hatt muligheten til å se på langtidseffekten av kurset.

I analysen og tolkningen av funnene har jeg prøvd å være bevisst på hvilke stemmer det er som får komme frem. Jeg har prøvd på best mulig måte å la deltakernes stemmer være tydelige, og har presentert mine funn på en slik måte at jeg mener teksten er tro mot enkeltmenneskers utsagn.

Har så mine funn ekstern validitet? Et spørsmål som stadig blir stilt om intervjustudier er hvorvidt funnene er generaliserbare, da utvalget er lite (Kvale, 2001, s.160). Overført til min oppgave kan man stille spørsmålet: Er det rimelig å anta at mine funn kan være overførbare til tilsvarende situasjoner? Ut fra min fenomenære tilnæringsmåte vil jeg argumentere for at mine funn til en viss grad vil være overførbare til lignede situasjoner. Fokuset i en fenomenær tilnærming er å fange opp det essensielle ved et fenomen, ved at man vektlegger sentrale trekk og egenskaper ved fenomenet. Det som står igjen som fellestrekk vil da tenkes være grunnleggende egenskaper ved et fenomen. Deltakerne i denne studien trekker frem en del fellestrekk i forhold til hva de mener har vært bra med kurset og medvirket til bedring. Det er disse fellestrekkene som en kan anta vil være delvis overførbare til mennesker i tilsvarende situasjoner.

5.5 Studiens betydning for KiD og feltet psykisk helsearbeid

Denne studien har bidratt med viktig kunnskap både for KiD og feltet psykisk helsearbeid. Studien viser at kursets mål (Jf. 1.4) om å gjøre graden av nedstemthet/depresjon mindre, korte ned på varigheten av depresjon, og gjøre de negative følgene av depresjon mindre ser ut til å være innfridd hos flere av disse studentene. I tillegg til å bekrefte resultater som har fremkommet i kvantitative studier om kursets positive effekt (Jf.1.2), viser studien at det å lytte til deltakernes opplevelser og erfaringer får fram dybde og mangfold om hvilke elementer ved kurset som kan medvirke til en bedringsprosess. Denne kunnskapen er viktig å ta med i en evaluering av KiD, og kan fungere som dokumentasjon på at kurset er et verdifullt tilbud som bør opprettholdes ved UiA.

Når det gjelder forebyggende arbeid innefor psykisk helsearbeid spiller kurset en viktig rolle. Det at kurset er et lavterskeltilbud gjør at mennesker med en mild depresjon kan fanges opp og tilbys hjelp før depresjonen blir mer alvorlig. Mange med en mild depresjon vil kanskje ikke oppsøke helsevesenet for å få hjelp, og et slikt kurs blir derfor et mer ”ufarlig” tilbud. Forebyggende arbeid kan være vanskelig å måle, men flere av deltakerne sa at kurset kan virke forebyggende (Jf. 4.2.1 og 4.2.2). I *Opptrappingsplanen* fremheves det at forebyggende tiltak er sentralt når det gjelder psykiske lidelser, da et godt forebyggende arbeid kan hindre unødvendige lidelser og senere komplikasjoner for den enkelte. Videre sies det at forebygging er bedre ressursbruk enn kostbar behandling, og at erfaringer viser at dersom man setter inn tiltak på et tidlig tidspunkt, er muligheten stor for å hindre utbrudd av alvorlig psykisk lidelse (St.prp. nr 63, 1997-1998). Jeg vet at det planlegges å arrangere KiD på videregående skoler andre steder i landet, og denne studien har fått meg til å tenke på at KiD er et kurs som kanskje kunne vært tilbudt helt ned i ungdomsskolealder, som et forebyggende tiltak innenfor psykisk helsearbeid. Flere av deltakerne i studien sier at kunnskapen var ny for dem (Jf. 4.2.1), og kanskje ved å gi mennesker denne kunnskapen tidligere så hadde de hatt et redskap i møte med vanskelige livssituasjoner. Det er mange som sliter med dårlig selvbilde og psykiske problemer allerede i denne alderen. Kanskje det på disse trinnene ikke skulle vært rettet spesielt mot mennesker med depresjoner, men mer som et åpent tilbud for dem som ønsker noen ”redskaper” som hjelp til å håndtere vonde tanker og vanskelige livssituasjoner. Dette for

å normalisere og unngå et sykdomsfokus som kan skape noe som ikke er der (Jf 5.2 og Terchelsens uttalelse i 5.3.5). Det som læres i KiD er almenmenneskelig og viktig kunnskap, og en del av det kunne kanskje også vært innlemmet i en fagplan, som forebyggende psykisk helsearbeid.

Resultatene i denne studien sier også noe om hva som kan forbedres ved kurset. En av deltakerne ønsket at det kunne være mer sosialt (Jf. 4.3.2), en annen ønsket mer undervisning om selve depresjonen (Jf.4.3.1), og det å ha en ”støtteperson” å snakke med underveis blir etterlyst av flere (Jf. 4.4). Dette er også kunnskap som er viktig å ta med når KiD skal evalueres, og som kanskje kan bidra til at kurset kan hjelpe enda flere.

Et viktig funn i denne studien er at kurset motiverer deltakerne til å ta aktivt del i sin egen bedringsprosess. I oppgaven har jeg vist til at dette er et av målene i Opptrappingsplanen (Jf. 4.2.2 og 5.3.2), og at både Topors forskning om bedringsprosesser og Antonovskys teori om ”Opplevelse av sammenheng”, fokuserer på viktigheten av dette. Jeg anser derfor KiD som et betydningsfullt tilbud innenfor psykisk helsearbeid i arbeidet med å fremme at mennesker går fra å være passive mottakere til å bli aktive deltakere i eget liv. Studien får fram behovet for at slike kurs tilbys innenfor psykisk helsearbeid, da funnene viser at det kan fungere både som et supplement og et alternativ til tradisjonell behandling.

6.0 En oppsummering av studien og forslag til videre forskning

6.1 Oppsummering

Denne kvalitative studien bekrefter det de kvantitative studier viser om at KiD har god effekt på mennesker som sliter med depresjon/ nedstemthet (Jf. 1.2). Samtidig har det å intervjuere studenter som har deltatt på kurset om deres opplevelser og erfaringer, gitt meg en dypere forståelse og innsikt i hva det er ved kurset som kan medvirke til en bedringsprosess. Resultatet av studien kan oppsummeres som følger: Kunnskapen om tankenes innvirkning på sinnsstemningen, og metodene og teknikkene som læres for å snu negative tankemønstre, ser ut til å ha bidratt til en positiv bevisstgjøring og motivasjon til å ta aktivt del i sin egen bedringsprosess hos flere av deltakerne. Videre ble det fremhevet at det å møte andre i samme situasjon og det å møte kursholdere som hadde en anerkjennende holdning, også var viktige og betydningsfulle bidrag som kan medvirke til en bedringsprosess. Men det kommer også fram, som i recovery - forskningen (Jf. 2.3) at flere faktorer, som ligger utenfor kursets målsetting, medvirker til bedring. utfordringer ved kurset, som vanskeligheter med å arbeide med hjemmeoppgavene og det å snu negative tankemønstrene, blir tydeliggjort.

Studien viser til viktigheten av et innenfraperspektiv (det fenomenologiske perspektivet), når effekten av tilbud innenfor psykisk helsearbeid skal evalueres. Dette perspektivet har blitt løftet fram gjennom en fenomennær presentasjon av funn hentet fra kvalitative forskningsintervju med seks studenter og deltakende observasjon gjennom egen deltakelse på KiD. Resultatene har gitt opphav til tre spørsmål som jeg har diskutert hovedsakelig med teori og forskning hentet fra Aaron Antonovsky og Alain Topor. Deres teorier og forskning har vært med å belyse på hvilke måter KiD kan medvirke til økt grad av ”opplevelse av sammenheng” og hvordan kurset kan bidra til normalisering av psykiske lidelser. Resultatene fra denne studien viser også noe av kompleksiteten i en bedringsprosess, og den valgte teori har vært en hjelp til å belyse spørsmålet om hva som egentlig virker. De kvalitative metodene som har vært benyttet i denne studien har vært hensiktsmessig da de har fått fram noen studenters opplevelser og erfaringer med kurset, og gjennom det vist på hvilke måter kurset kan medvirke til en bedringsprosess. Denne

type forskning er viktig og bør også få enda større betydning i debatten om hva som egentlig hjelper mennesker med psykiske lidelser, den såkalte ”Virkningsdiskursen”.

6.2 Nye forskningsspørsmål – veien videre

Arbeidet med dette prosjektet har generert noen forslag til videre forskning, som jeg kort vil skissere her. I denne studien har det fremkommet hvordan KiD kan hjelpe studenter som sliter med depresjon/ nedstemthet. På UiA tilbys studenter også samtaler med gestaltterapeut, psykiatrisk sykepleier og prest. Som forslag til videre forskning kunne det vært interessant å intervju studenter som har benyttet seg av disse tjenestene for å sammenligne effekten av KiD contra gestaltterapi eller ren samtaleterapi. Et slikt forskningsprosjekt kunne hatt et større fokus på ”virkningsdiskursen” ved å undersøke nærmere betydningen av relasjonen versus metoder og teknikker.

Et annet forskningsprosjekt med tilsvarende tema kunne være å intervju mennesker som har hatt hjelp av selvhjelpsbøker eller selvhjelpsprogrammer på internett som er basert på kognitiv terapi (Jf. 5.3.4). I og med at det ikke er noen hjelper fysisk tilstede, hadde det vært interessant å se nærmere på hva disse ville svart på spørsmålet om hva som har medvirket til bedring.

Et tredje forskningsprosjekt kunne være å se på hvordan effekten av KiD ville vært hvis den enkelte deltaker hadde fått tilbud om individuelle samtaler underveis i kurset. Det fremkommer i resultatpresentasjonen at flere savnet en person å snakke med (Jf. 4.4). Det kunne derfor vært spennende å gi et tilbud om dette til de som ønsket det, for å se på hvordan det hadde påvirket effekten av kurset.

Et fjerde interessant forskningsprosjekt kunne vært, som nevnt i avsnitt 5.5, å prøve ut et tilsvarende kurs på ungdomsskolenivå, tilpasset denne aldersgruppen. Studien ville da hatt et mer forebyggende perspektiv, og måtte kanskje ha gått over flere år.

Mitt siste forslag og anbefaling ut fra denne studien er at forskning innenfor psykisk helsearbeid bør også fokusere på innenfraperspektivet og komplekse forklaringsmodeller når det gjelder bedring hos mennesker med psykiske lidelser.

LITTERATUR

Antonovsky, Aa. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.

Antonovsky, Aa.(2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Axelsen, E.D. (1997). *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax forlag A/S.

Beck, Aa.T. (1979). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian Penguin Group.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Berge, T. og Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borg, M. og Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Borg, M. og Karlsson, B. (2004). Vi må våge å bryte stillheten. Patricia Deegan (P.D.) i samtale med Marit Borg og Bengt Karlsson. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(4), 64-70.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologiforskning*, 46(5), 452-459.

Burns, D. D. (2005). *Tenk deg glad. Håndbok*. Arendal: DANOR Forlag AS.

Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Børve, T.A., Nævra, A. og Dalgard, O.S. (2009a). *Manual til kursleder. Å mestre depresjon* (2. Revidert utgave). Oslo: Rådet for psykisk helse.

Børve, T.A, Nævra, A og Dalgard O.S. (2009b). *Å mestre depresjon. Kurshefte* (2.utgave). Oslo: Rådet for psykisk helse.

Cuijpers, P., Munoz, R.F., Clark, G.N, og Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychological Review*, 29, 449-58.

Dalgard, O.S. (2004). Kurs i mestring av depresjon- en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(23), 3043-3046.

- Dalgard, O.S og Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Rapport 2008:1. Divisjon for psykisk helse. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Deegan, P. (1993). Recovering Our Sense of Value After Being Labeled Mentally Ill. *Journal of Psychosocial nursing and mental health services*, 31(4), 7-11.
- Frankl, V. E. (1994). *Vilje til mening*. Otta: Engers boktrykkeri A/S.
- Gadamer, H. G. (2004). *Truth and method* (2.utg.) New York: Continuum.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsinki deklarasjonen. (2008). World Medical Association *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 26.november 2009 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Hummelvoll, J.K. og Barbosa da Silva A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleierens profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16(2), 25-32.
- Jensen, P. (2006). Hvordan kan ”den store psykoterapidebatten” påvirke forståelsen av familierapiforskningen? *Fokus på familien*, 34(2), 91-95.
- Jensen, P. (2009). Virkningsdiskursen. Hvordan spørsmålet ”hva virker i terapi?” har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi. *Fokus på familien*, 37(3), 194-201.
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid- fra forskning til praksis, eller omvendt?. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(1), 13-25.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogram “Depression Bevältigen” und seine varianten- eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 13, 254-362.
- Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Dissertation for the degree doctor rerum politicarum (dr.polit.). University of Bergen, Norway.
- Larsen, I, B. (2009). Validitetsbegrepet i kvalitativ forskning. Styrker, begrensninger og utfordringer. Forelesning ved Universitetet i Agder 10.11.09 (Upubl). Hentet 9.november 2009 fra Fronter: [https://fronter.com/uia/links/files.phtml/4b0c549e2966c.678712788\\$320546682\\$/Fagstoff/Pr_percent_F8veforelesningen+om+validitet+som+jeg+hadde+p_percent_E5+min+disputas](https://fronter.com/uia/links/files.phtml/4b0c549e2966c.678712788$320546682$/Fagstoff/Pr_percent_F8veforelesningen+om+validitet+som+jeg+hadde+p_percent_E5+min+disputas)

- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk pedagogikk*, 25(1), 16-35.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. og Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, 92(13), 58-61.
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Paulsen, C. Th. (2010). Kunnskap kan gjøre vondt verre. *Psykisk Helse* (2), 18-19.
- Skjervheim, H. (2001). Deltakar og tilskodar. I: Skjervheim, H. *Deltakar og andre essays*. (s. 71- 87). Oslo: Aschehoug.
- Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. I: Gjørum, B, Grøholt, B. og Sommerschild, H. (Red). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s. 21-63). Oslo: TanoAschehoug.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp*. Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling for psykisk helse. Hentet 9. april 2010 fra : http://www.selvhelp.no/filestore/IS-1212_3743a.pdf
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene..* Helse – og omsorgsdepartementet. Hentet 20.04.10 fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088
- St.prp. nr 63 (1997-1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet.(1998). Hentet 15.april 2010 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-/1.html?id=201916>
- Stålesen, E. (2009). Kurs i depresjonsmestring for studenter. Hentet 24. november 2009, fra http://www.uia.no/no/portaler/student/hjelp_og_veiledning/nyttige_kurs/depresjonsmestring
- Sørensen, K., Østvik, A. R., Lindtvedt, O.K., Gammon, D. og Wang, C.E. (2007). Forebygging av psykisk helse blant studenter ved hjelp av et lavterskeltilbud på Internett. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*(3), 265-268.
- Topor, A.(2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Topor, A. (2004). Vad hjälper i återhämtning från svåra psykiska problem. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(4), 4-15.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Tranøy, K.E.(1986). *Vitenskapen- samfunnsrett og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tuseth, A.G. (2007). Når klienten styrer behandlingen. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 44(10), 1218- 1219.

Ugreninov, E og Vaage, O.F.(2006). *Studenters levekår 2005. Sammendrag*. Hentet 16.september 2009 fra http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200622/rapp_200622.pdf

Volden, O.(2004). Vi sier farvel til den psykiatriske pasienten. Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(1), 43-54.

Wilhelmsen, I.(2004). *Sjef i eget liv - en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Aase, T.H, og Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.

**Fra Julianne Krohn-Hansen <julianne.krohn-hansen@medisin.uio.no>
Til Hilde SALvesen <hilde.salvesen@gmail.com>**

**dato17. juni 2009 15.18
emne Re: Masteroppgave i psykisk helsearbeid
sendt av medisin.uio.no**

HEi igjen, leder av komiteen Tor Norseth har sett på forespørselen din og er av den oppfatning at prosjektet ditt ikke er fremleggelsespliktig for REK.

Lykke til!

**mvh
Julianne Krohn-Hansen**

--

Julianne Krohn-Hansen

**komitésekretær/rådgiver
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør B
Fredrik Holsts hus
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo
Tlf: 22850670
Mob: 93451868**

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Inger Beate Larsen
Institutt for helsefag
Universitetet i Agder
Serviceboks 604
4809 ARENDAL

Vår dato: 08.12.2009

Vår ref: 23103 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

23103	<i>En studie av hvilken innvirkning kurset "KiD" hadde på studenter som deltok. (KiD = Kurs i depresjonsmestring)</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Beate Larsen</i>
<i>Student</i>	<i>Hilde Merete Salvesen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

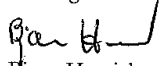
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

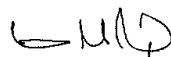
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Linn-Merethe Rød

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE TIL STUDENTER SOM HAR DELTATT PÅ KURS I DEPRESJONSMESTRING (KID) VED UNIVERSITETET I AGDER

**INFORMASJON OM PROSJEKTET:
EN STUDIE AV HVILKEN INNVIRKNING KURSET "KID" HADDE PÅ
STUDENTER SOM DELTOK.**

Mitt navn er Hilde Merete Salvesen og jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg er nå student ved masterstudiet i psykisk helsearbeid ved UIA, og er opptatt av å drive forebyggende psykisk helsearbeid blant studenter. Levekårsundersøkelsen fra 2005 viser bla. at mange studenter sliter psykisk. I den forbindelse holder jeg på med en masteroppgave der jeg ønsker å se på hvordan kurset KID hjalp studenter til å mestre sin depresjon/nedstemthet på en bedre måte.

Hvorfor delta?

Det er utført undersøkelser som viser at kurset KID har hatt en positiv innvirkning på mennesker som følte seg deprimerte. Jeg ønsker å se nærmere på hva det er ved kurset som hjelper. Derfor er jeg svært interessert i å intervjuer deg for å høre din personlige opplevelse og erfaring av å være deltaker på et slikt kurs, og om det har vært til hjelp i din hverdag.

Hvordan delta?

Jeg ønsker å utføre intervjuene i Januar. Hvis du ønsker å delta kan du enten gi beskjed til kursleder, eller ta direkte kontakt med meg på mail eller telefon(se kontaktinformasjon under).

Øvrig informasjon:

Deltakelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg underveis, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Hvis du samtykker til det, vil intervjuet tas opp på lydbånd. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Intervjusvarene er det kun undertegnede som har tilgang til. Lydbåndopptak slettes og opplysningene anonymiseres når masteroppgaven er ferdig, innen 15. mai 2010. Det du forteller vil bli behandlet på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i rapporten.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Min veileder er Inger Beate Larsen, ansatt ved UIA. Hun kan ved evt. spørsmål kontaktes på tlf: 37004030 eller email: inger.b.larsen@uia.no.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og tar den med den dagen vi planlegger å utføre intervjuet.

Jeg håper du vil delta!

Med vennlig hilsen

Hilde Merete Salvesen

Kontaktinformasjon:
E-post: hilde.salvesen@gmail.com
Tlf : 40612975

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien av kurset KID, og ønsker å stille til intervju. Jeg er samtidig inneforstått med at de opplysningene jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at streng anonymitet er sikret. Jeg vet at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet, uten å begrunne dette nærmere.

Jeg ønsker å delta i prosjektet:

Signatur.....

Jeg kan kontaktes på telefonnummerfor nærmere avtale

**FORESPØRSEL OM DELTAKELSE TIL STUDENTER SOM DELTAR PÅ
KURS I DEPRESJONSMESTRING (KID) VED UNIVERSITETET I AGDER****INFORMASJON OM PROSJEKTET:
EN STUDIE AV HVILKEN INNVIRKNING KURSET "KID" HADDE PÅ
STUDENTER SOM DELTOK.**

Mitt navn er Hilde Merete Salvesen og jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg er nå student ved masterstudiet i psykisk helsearbeid ved UIA, og er opptatt av å drive forebyggende psykisk helsearbeid blant studenter. Levekårsundersøkelsen fra 2005 viser bla. at mange studenter sliter psykisk. I den forbindelse holder jeg på med en masteroppgave der jeg ønsker å se på hvordan kurset KID hjalp studenter til å mestre sin depresjon/nedstemthet på en bedre måte.

Hvorfor delta?

Det er utført undersøkelser som viser at kurset KID har hatt en positiv innvirkning på mennesker som følte seg deprimerede. Jeg ønsker å se nærmere på hva det er ved kurset som hjelper. Jeg planlegger å intervju syv studenter som har tatt dette kurset for en stund tilbake. Samtidig ønsker jeg å være deltakende observatør på dette kurset som dere tar nå. Jeg tenker at det vil være nyttig for meg å få en opplevelse av hvordan det er å være deltaker på et slikt kurs, og at det vil gi meg en bedre forståelse og innsikt i kursets innhold.

Hvis du samtykker til det, så ønsker jeg å gjøre noen notater underveis av det som jeg tenker vil være relevant for prosjektet mitt. Hvis du har tanker eller ideer som du mener kan være av betydning for mitt prosjekt, er jeg veldig takknemlig for om du vil meddele meg disse.

Øvrig informasjon:

Opplysningene som jeg får tilgang til ved å være observatør, vil bli behandlet konfidensielt og alt som blir skrevet ned blir anonymisert. Det er kun undertegnede som har tilgang til disse notatene, og de vil bli makulert når masteroppgaven er ferdig, innen 15.mai 2010.

Det du evt. forteller vil bli behandlet på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i rapporten. Deltakelse er frivillig, og du kan når som helst trekke deg underveis, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Min veileder er Inger Beate Larsen, ansatt ved UIA. Hun kan ved evt. spørsmål kontaktes på tlf: 37004030 eller email: inger.b.larsen@uia.no.

Dersom du samtykker til at jeg skriver ned observasjoner og det som eventuelt blir meddelt meg fra deg i løpet av kurset, vil jeg gjerne at du skriver under på vedlagte samtykkeerklæring.

Med vennlig hilsen

Hilde Merete Salvesen

Kontaktinformasjon:

E-post: hilde.salvesen@gmail.com

Tlf: 40612975

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien, og gir mitt samtykke til at Hilde Salvesen kan skrive ned og gjøre bruk av observasjoner og meddelt informasjon fra kursperioden, i prosjektet. Jeg er også klar over at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, uten å begrunne dette nærmere.

Underskrift.....

.

Tema:

En kvalitativ studie av kurs i depresjonsmestring (KiD) sin innvirkning på studenter som kjente seg nedstemte/ deprimerte.

En foreløpig semistrukturert intervjuguide:

Hva er annerledes nå etter at du har tatt kurset?

Hva har betydd mest for deg ved å ta dette kurset?

Kursholders betydning?

- væremåte
- kjønn

Relasjonen til de andre kursdeltakerne ?

- ble dere kjent?
- kontakt med andre deltakere i ettertid?
- gruppens sammensetning og størrelse?

Anvendelse av kunnskapen fra kurset ?

- bruker du teknikkene fortsatt?
- klarte du å arbeide med kursmaterialet på egenhånd
- slitsomt?

Kursets innhold?

- noe du savner?
- hva var bra?

Lærte du noe nytt?

- hva var den viktigste oppdagelsen?
- har kunnskap betydning

Betydning for videre forløp av depresjonen?

- mindre deprimert nå?
- tilbakefall?

Vil du anbefale andre å ta kurset?

Hvilke faktorer mener du er viktig for at mennesker som sliter med depresjon/ nedstemthet skal komme seg?

VEDLEGG 6

TEMA	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4	Intervju 5	Intervju 6
<p>1. Å få et redskap med på veien videre (en øyenåpner og ahaopplevelse)</p> <ul style="list-style-type: none"> - teknikkene, - ansvarlighet, håndterbarhet, kontroll - tiltak eller behandling 						
<p>2. Å møte andre</p> <ul style="list-style-type: none"> - kursholders egenskaper har betydning - møte med andre deltakere har betydning - Å få en opplevelse av å være normal framfor å føle seg annerledes Kursets betydning i en normaliseringsprosess 						
<p>3. Å ha behov for en støtteperson underveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - opplevelsen av krav (arbeid med hjemmeoppgaver) som kurset setter - savnet av en støtteperson i arbeidet med hjemmeoppgavene 						
<p>4. Andre faktorer betydning i en bedringsprosess</p>						