

ONDE ÅNDER OG GODE HJELPERE

Psykosesymptomet som metafor og kommunikasjon

Anne Kristine Halling

Veileder

Kjell Kristoffersen

31 019 ord

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.

Innholdsfortegnelse

FORORD	VI
SAMMENDRAG	VII
SUMMARY	VIII
1.0 INNLEDNING	2
1.1 Bakgrunn og hensikt	2
1.2 Definisjoner og avgrensinger	2
1.3 Forskerspørsmål	3
1.4 Oppgavens oppbygning	3
2.0 TEORETISK FORANKRING	4
2.1 Metafor-teori	5
2.1.1 Lakoff og Johnsons metafor-teori.....	5
2.1.2 Metafor-teoriens relevans for denne studien.....	6
2.2 Antonovskys salutogenesebegrep og ”Opplevelse av Sammenheng”	6
2.2.1 Hva er ”Opplevelse av Sammenheng?”.....	6
2.2.2 Hvilken betydning kan OAS-begrepet få i denne studien?.....	7
2.3 Carl Rogers	8
2.3.1 Om prosess-begrepet og den terapeutiske relasjon.....	8
2.3.2 Relevans for denne studien.....	9
3.0 TIDLIGERE FORSKING	9
3.1 Kan psykosesymptomet oppfattes som meningsbærende?	10
3.2 Hva hjelper?	11
3.3 Norske studier: Om helsearbeideres holdninger	11
3.4 Skjønnlitteratur	12
4.0 METODE	13
4.1 Metodevalg og forskingsdesign	13
4.2 Utvalg	13
4.3 Datainnsamling	14
4.4 Håndtering av data	15

4.5	Transkribering og analyse	15
4.6	Forskingsetiske betraktninger	16
5.0	FUNN	16
5.1	Forhistorien	18
5.1.1	Livsbelastinger	18
5.1.2	Opplevelsen av ”Psykiatrien”	19
5.2	Psykoseopplevelsen	20
5.2.1	Angsten og det destruktive i psykosen	20
5.2.2	Hallusinasjoner	22
5.2.3	”Vrangforestilling” – eller forklaringsmodell?	22
5.2.4	”Gode psykoser”	24
5.3	Symptomet som metafor	24
5.3.1	Språklige metaforer	24
5.3.2	Handlinger som metafor og kommunikasjon	27
5.3.3	Magiske forestillinger	28
5.4	Å søke en mening	29
5.4.1	Psykosen forstått som en begripelig reaksjon på livsbelastinger	29
5.4.2	Religion: Trøst, meningssøking – og bekymring	31
5.4.3	Håp og mål	32
5.5	Behandlingsrelasjoner	33
5.5.1	Tiden	34
5.5.2	Tryggheten	34
5.5.3	Respekten	36
5.5.4	Samtalen	37
5.6	Andre faktorer med betydning for tilfriskning	38
5.6.1	Egen innsats	38
5.6.2	Materiell tilrettelegging	39
5.6.3	Likemannsarbeid, stemmehørerkurs	40
6.0	DRØFTING	42
6.1	Drøfting av studiens funn	42
6.1.1	Forhistorien: Livsbelastinger	42
6.1.2	Forhistorien: Opplevelsen av ”Psykiatrien”	44
6.1.3	Psykoseopplevelsen	45

6.1.4 Symptomet som metafor og kommunikasjon.....	49
6.1.5 Å søke en mening, og opplevelsen av sammenheng.....	54
6.1.6 Behandlingsrelasjoner.....	57
6.2 Styrker og svakheter ved det metodiske arbeidet.....	62
6.2.1 Utvalg og overførbarhet.....	62
6.2.2 Gyldighet og pålitelighet.....	63
6.2.3 Min forskerrolle i studien.....	63
6.2.4 Forforståelsens innvirkning på resultat og konklusjon.....	64
6.2.5 Analysemetode.....	65
6.2.6 Etske betraktninger.....	66
7.0 MULIGE IMPLIKASJONER.....	67
7.1 Hva hjelper?.....	67
7.2 Informantenes råd om den viktige relasjonen.....	67
8.0 MULIG VIDERE FORSKING.....	71
9.0 KONKLUSJON.....	71
LITTERATURLISTE.....	75
Vedlegg 1.....	1
Vedlegg 2.....	2
Vedlegg 3.....	3

FORORD

Det har vært et privilegium å få anledning til konsentrasjon og fordypelse i et emne som lenge har interessert meg. Temaet – psykosesympotomet forstått som metafor og kommunikasjon – har vært nærliggende på grunn av min arbeidserfaring, både som miljøterapeut og som skribent. Jeg tenker også at temaet kan åpne for en videre utforskning av felles-menneskelig begrepsdannelse og livsopplevelse, og håper på framtidig interesse for dette feltet.

Proessen fram mot den ferdige masterstudien har vært både spennende og krevende, og kunne ikke blitt slutført uten hjelp og støtte fra mange hold.

Først og fremst vil jeg takke de fem personene som har delt kunnskap og erfaringer med meg. Uten dere ville jeg ikke hatt noe å skrive om – og samtalene våre har for meg vært spennende, lærerike og gode! Jeg vil takke for den varmen og åpenheten jeg ble mottatt med, og håper at jeg har klart å ta vare på mest mulig av det dere har fortalt – og at jeg har klart å tydeliggjøre de erfaringene dere har delt, på en måte som kanskje siden kan komme til nytte for psykisk helse-arbeidere og brukere av psykisk helse-tjenestene. Takk for alle kloke betraktninger, og takk for rausheten og tilliten dere har vist meg!

Jeg vil også takke familien min, som har oppmuntret og holdt ut med meg i denne perioden. For noen av dere har det kostet litt – og uten den uselviske støtten kunne jeg ikke greid å gjennomføre dette prosjektet.

Takk til min kloke veileder, Kjell Kristoffersen, som har vært tålmodig nok til å forklare meg oppskriften gjentatte ganger om nødvendig, og har hatt tillit nok til å la meg prøve og feile meg fram til ferdig måltid på eget kjøkken. Vi har hatt morsomme og oppmuntrende møter mens det putret i grytene. Jeg håper resultatet er blitt spiselig!

Mange takk til Odd Volden, som brukte mye tid på å legge forholdene til rette for meg. Hvis du en gang leser denne oppgaven, håper jeg på en spennende diskusjon!

Til slutt, en stor takk til Helge Sølvsberg. Uten din hjelp ville jeg ikke engang greid å begynne!

SAMMENDRAG

Tema i denne studien er psykosesymptomet, oppfattet som metafor og kommunikasjon. En viktig drivkraft i utformingen av temaet har vært arbeidserfaringer fra psykiatrisk døgnpost. Studiens forskerspørsmål er: Hvilken betydning har forståelsen av psykosens innhold for behandlingsrelasjon og tilfriskning?

Hensikten med studien har vært å bedre forståelsen av psykoseopplevelsen, og forståelsen av hvordan personer i psykose kan oppleve samhandling og kommunikasjon med psykisk helsearbeidere. Jeg håper at en bedret forståelse kan gi muligheter for at enda bedre støtte kan tilbys innenfor psykoseomsorgen.

Semi-strukturert intervju er en kvalitativ metode som egner seg godt for utforsking av menneskelig opplevelse og livsforståelse. Det er denne metoden jeg har brukt i datainnsamlingsarbeidet. Jeg har intervjuet fem personer med psykoseerfaring, som alle har opplevd bedring og i dag har mindre hjelpebehov enn tidligere. Samtalene ble tatt opp ved hjelp av digital diktafon, og siden transkribert. Disse av-identifiserte utskriftene er mine rådata. I analyseprosessen brukte jeg Malteruds versjon av Giorgis tekstkondensering (Malterud 2003). Dette er en fenomenologisk, hermeneutisk metode, som passer godt til studiens form og hensikt. Jeg valgte tre teorier i arbeidet med tolking av funn: Lakoff og Johnsons metafor-teori, Antonovskys salutogeneseteori, og Carl Rogers' tanker om prosess og terapeutisk relasjon.

Tillatelse til studien ble gitt av Regional Etisk komite (REK) i januar 2011, og alle anvisninger fra REK er fulgt i gjennomføring av arbeidet.

Studien konkluderer med at en større vektlegging av kontekstuell psykoseforståelse kan bidra til en bedre behandlingsrelasjon, og at en metafor-teoretisk synsvinkel vil kunne motivere psykisk helsearbeidere til å jobbe for bedret forståelse av de symbolske og kommunikative sidene ved psykosesymptomet. Studiens informanter vektlegger viktigheten av samtale og forståelse i en bedringsprosess, og fire sentrale aspekter ved en god behandlingsrelasjon fremheves: Tiden, Tryggheten, Respekten, og Samtalen. Dersom vi helsearbeidere beholder fokus på disse aspektene, og på det grunnleggende begrepet "Å bry seg", vil vi kanskje kunne bli følgesvenner for den psykoserammede, på veien mot bedring og en styrket "Opplevelse av Sammenheng".

SUMMARY

The theme of this thesis is the psychotic symptom, seen as metaphor and communication. My earlier work in a psychiatric ward has provided an important motivation for developing the theme. The thesis addresses this problem: What does the understanding of psychotic content implicate, regarding therapeutic relation and recovery?

The purpose and aim of the study has been to improve the understanding of the psychotic experience, and to improve the understanding of communication between persons having a psychotic experience and mental healthcare-workers. Hopefully, increased understanding can offer opportunities for improved healthcare and aid.

The semi-structured interview is a qualitative method, usually considered an appropriate way of exploring human understanding and experience. This has been my way of collecting data. Five persons, who have at some point in their lives been diagnosed as suffering from a psychotic disorder, but today have recovered to greater or lesser extent, were interviewed. The conversations were taped and transcribed, and these de-identified conversations were analyzed. For the analysis, I used a modified version of Giorgi's text-condensation (Malterud 2003). The chosen methods in this study are all phenomenological and hermeneutical. The chosen theoretical framework consists of Lakoff and Johnson's metaphor theory, Antonovsky's theory on salutogenesis, and Carl Rogers on process and therapeutic relationship.

Permission for the study was obtained from the Regional Ethical Committee, (REK) - South-East Region, in January 2011; all recommendations from REK has been followed.

The thesis concludes that a greater emphasis on a contextual way of looking at psychosis may improve the relationship between psychosis sufferer and healthcare worker, and that looking at symptoms from a metaphor-theoretical viewpoint could help motivate healthcare workers to strive harder for an understanding of the symbolic and communicative aspects of the symptom. The respondents in this study emphasize the importance of communication and understanding, and four essential aspects of a good therapeutic relationship are explored: Time, the sense of being safe and secure, respect, and communication. Focusing on these aspects, and on the simple concept of human warmth and caring, the healthcare worker may accompany the psychotic person on the path toward recovery and a greater Sense of Coherence

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og hensikt

Jeg er autorisert vernepleier, og har før jeg begynte som masterstudent på heltid, bl.a. jobbet på en distriktpsikiatrisk døgnavdeling. Der ble jeg kjent med mennesker med en schizofreni-diagnose, som iblant har uvanlige opplevelser og en annen virkelighetsoppfatning enn den samfunnet regner som ”normal”.

I praktisk, klinisk arbeid har jeg opplevd at profesjonelle psykisk helse-arbeideres reaksjoner på slike psykose-symptomer kan variere. I denne studien ønsket jeg derfor å få vite mer om hva personer som har opplevd ”psykosesymptomer” kan fortelle om sine opplevelser, og om sin samhandling og samtale med helsevesenet. Jeg ønsket at brukere av psykisk helse-tjenestene skulle få komme til orde, og at helsearbeidere skulle få anledning til å lære av brukernes erfaringer. Jeg tror at psykisk helse-arbeidere kunne bli bedre rustet til å gjøre en faglig god nok jobb, dersom vi klarer å forstå mer av psykoserammedes opplevelser.

Jeg har også vært skjønnlitterær skribent i mange år, og har lenge vært interessert i menneskers bruk av myter, metaforer og symboler. Det derfor også et mål for meg å se nærmere på psykosesymptomet forstått som metafor og kommunikasjon, og å undersøke mer om hvordan psykoseforståelsen vår kan påvirke behandlingsrelasjonen.

1.2 Definisjoner og avgrensinger

I studien vil jeg i hovedsak rette oppmerksomheten mot de ”positive psykosesymptomene” – vrangforestillinger og hallusinasjoner. I følge den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer, ICD-10, er det tilstrekkelig for en schizofreni-diagnose om en person opplever to slike positive symptomer over tid, for eksempel vedvarende hallusinasjoner med vrangforestillinger uten affektivt innhold, og språklige tankeforstyrrelser (ICD-10, vedlegg 1 i Hansen, 2000.)

De negative symptomene vil kunne medføre like mye problemer og lidelse som de positive, både for den psykoserammede og nettverket. Blant disse regnes symptomer som treghet, sløvhhet, avflatet affekt,



initiativløshet, passivitet osv (ICD-10, vedlegg 1 i Hansen, 2000). Selv om slike negative symptomer er like belastende, er det de positive symptomene som kan gi mest påfallende og dramatiske utslag, og som i allmenn bevissthet helst forbindes med annerledeshet, galskap, og kanskje farlighet. I denne oppgaven vil det føre for langt å undersøke hele symptom-spekteret. Jeg velger derfor å konsentrere meg om de positive symptomene – de som gjerne betegnes ”vrangforestillinger” og ”hallusinasjoner”.

Jeg velger å definere alle fagpersoner innen psykisk helse-feltet som ”psykisk helse-arbeidere” – enten det dreier seg om miljøarbeidere, sosionomer, sykepleiere, leger, psykiatere eller psykologer.

1.3 Forskerspørsmål

Under arbeidet med studien ble interessen min fanget inn av noen mulige tolkninger av data. De tankene jeg undret meg over, så for meg ut til å ha en sammenheng. Tankerekken kan oppsummeres på denne måten:

Dersom alle mennesker tenker ved hjelp av symboler og metaforer, er kanskje også psykosesyntomer et uttrykk for metaforisk og symbolsk tenking? Dersom symptomene også kan forstås slik, er symptomene kanskje ikke *prinsipielt* utilgjengelige, meningsløse og uforståelige for helsearbeidere?

Dersom psykosesyntomer kan oppleves som forståelige og meningsbærende, - kan dette da få konsekvenser for behandlerrelasjonen, og for pasienters bedringsprosess og ”Opplevelse av sammenheng?” (Begripelighet, håndterbarhet, mening).

Disse tankene ledet meg videre til studiens forskerspørsmål. Jeg har formulert spørsmålet slik:

Hvilken betydning har forståelsen av psykosens innhold for behandlingsrelasjon og tilfriskning?

1.4 Oppgavens oppbygning

Den teoretiske forankringen vil bli presentert først i oppgaven. I kapittel 2 vil jeg legge fram de tre teoriene jeg vil være i dialog med når resultatene drøftes: Metafor-teori slik den fremstilles hos Lakoff



og Johnson (1999, 2003); salutogeneseteori i henhold til Antonovsky (1979,2000) og Rogers (1981, 1995, 1998) om terapeutisk relasjon og prosess-begrepet.

I kapittel 3 vil jeg legge fram tidligere forskning og annen litteratur jeg vil henwise til underveis.

I kapittel 4, metode-kapittelet, vil jeg redegjøre for valg av metode, forskingsdesign, utvalgsmetode og utvalgskriterier. Jeg vil også beskrive håndtering av data og fremgangsmåte ved transkribering og analyse. Dette kapittelet avsluttes med en omtale av forskningsetiske hensyn.

I kapittel 4 vil jeg legge fram data, slik de fremstår etter en analyseprosess kalt systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Jeg ordner funnene i seks hovedgrupper, men vil i drøftingen legge hovedvekt på fire av gruppene: Psykoseopplevelsen, Symptomet sett som metafor, Å søke mening, og Behandlingsrelasjonen. En annen hovedgruppe – Forhistorien - innleder både funn- og drøftingskapittelet, og danner et nødvendig bakteppe for drøftingen; den siste gruppen, Andre bedringsfaktorer, kommer jeg tilbake til i pkt. 7.0. Informantene fortalte mye om de to gruppene, og det virket uetterrettelig å utelate dem. Jeg har imidlertid valgt å ikke *vektlegge* disse temaene i oppgaven.

I kapittel 5 vil jeg først drøfte resultatene som ble lagt fram i kapittel fire, i samspill den teoretiske referanserammen hos Antonovsky, Lakoff og Johnson, og Rogers. Deretter vil jeg se nærmere på styrker og svakheter ved metodevalg og metodisk gjennomføring av studien.

I de tre siste kapitlene – Mulige implikasjoner, Mulig videre forskning, og Konklusjon – vil jeg formidle noen gode råd fra informantene til psykisk helse-arbeidere, slik jeg har oppfattet dem; jeg vil kaste et blikk på mulige veier videre, og til slutt håper jeg å kunne samle trådene og sammenfatte resultater fra funn og drøfting på en måte som kan gi svar på studiens forskerspørsmål.

2.0 TEORETISK FORANKRING

Jeg valgte å satse på empiristyrte teori i dette arbeidet. Det innebar i praksis at jeg riktignok på forhånd hadde tenkt en del rundt temaer og mulige teoretiske grunnlag – men hovedteoriene ble ikke valgt før jeg kunne sammenfatte resultatene, og det er resultatene som har styrt teorivalget.

I kapittelet ”Drøfting” velger jeg å konsentrere meg om fire av hovedkategoriene:

Psykoseopplevelsen, Symptomet som metafor, Behandlingsrelasjoner, og Å søke en mening.



Jeg vil nærme meg disse fire kategoriene ved å benytte tre forskjellige teoretiske modeller: Metafor-teori, Salutogenese og Klient-sentrert terapi. I kapittel 3 vil jeg så hen-vise til tidligere forskning på relevante områder tilknyttet problemstillingen.

2.1 Metafor-teori

2.1.1 Lakoff og Johnsons metafor-teori

Metafor-bruk dreier seg om å forstå *en* ting/erfaring ved hjelp av *en annen* ting/erfaring.

”Hver-dags-livets metaforer” (Lakoff og Johnson, 1980) er en liten bok som nå betraktes som en klassiker. Lakoff og Johnsons teorier er primært basert på lingvistiske data, men metafor-teori omhandler mye mer enn språk-teori.

Lakoff og Johnson (1980) hevder at metaforer ikke bare finnes i språket – metaforer angår også tanke og handling. De mener at menneskets vanlige begrepssystem er grunnleggende metaforisk, og påpeker at begrepssystemet vårt er en – riktignok ofte ubevisst – ramme for hva vi kan oppfatte, hvordan vi handler, og dermed hvordan vi oppfatter og samhandler med andre mennesker. Lakoff og Johnsons systematiske analyse av språklige metaforer gir sterke indikasjoner for at mesteparten av begrepssystemet vårt faktisk fungerer metaforisk (Lakoff og Johnson, 1980).

Lakoff og Johnson (1999) mener at mennesker *ikke kan tenke* uten å bruke metaforer, og innfører begrepet ”primærmetaforer” for å illustrere hvordan menneskets bevissthet utvikler seg. Boktittelen ”Philosophy in the flesh” henspiller på Lakoff & Johnsons tese om at menneskesinnets funksjoner har opphav i kroppen. Vår måte å tenke på kan ikke sees uavhengig av vår fysiologi og vår interaksjon med verden. Subjektiv erfaring har et sensorimotorisk grunnlag og struktur. Lakoff og Johnson bygger videre på Johnsons teori om ”*conflation*” (Johnson, 1997), som kort kan oppsummeres slik: Menneskebarnet opplever en utviklingsperiode som karakteriseres av sammenfall mellom subjektiv og sensorimotorisk erfaring - (som når opplevelsen av kjærlighet og omsorg faller sammen med opplevelsen av å bli omfavnet og holdt, dvs. av fysisk varme). Slike grunnleggende erfaringer er med på å forme et stort antall ”primærmetaforer” hos mennesket (som for eksempel metaforen ”kjærlighet er varme”).

”We acquire a large system of primary metaphors automatically and unconsciously simply by functioning in the most ordinary of ways in the everyday world from our earliest years. We have no choice in this. Because of the way neural connections are formed during the period of

conflation, we all naturally think using hundreds of primary metaphors.” (Lakoff and Johnson, 1999, s.47).

Med basis i dette store forrådet av primærmetaforer vil mennesker etterhvert utvikle et mer komplekst begrepsapparat, bygd på kombinasjon og re-kombinasjon av primærmetaforene. Noen av metaforene våre er ”konvensjonelle”, d.v.s. allment aksepterte innenfor vår kultur. Andre er mer nyskapende, og disse kan gi ny forståelse av erfaringene våre.

2.1.2. Metaforteoriens relevans for denne studien

I denne studien vil ikke lingvistisk analyse være noe hovedpoeng, selv om jeg også vil se noe på hvordan informantenes opplevelse av sin livsverden kommer til uttrykk i språket. Jeg vil i stedet konsentrere meg om hva en metaforteoretisk vinkling kan bety for måten vi oppfatter psykosesympotomet, og prøve å utvikle noen tanker om hvordan en slik oppfatning vil kunne påvirke relasjonen mellom psykoserammede personer og psykisk helse-arbeidere.

Lakoff og Johnsons(1999) teori innebærer at metafordannelse er en biologisk forankret, grunnleggende prosess i mennesket, og hevder at hele vårt begrepsapparat er bygd opp av metaforer. Uten metaforer kan vi ikke tenke (Lakoff og Johnson, 1999).

Dersom dette er tilfelle, er metaforer grunnleggende også på andre områder enn det rent språklige – noe Lakoff og Johnson også understreker (Lakoff og Johnson, 1980; Lakoff og Johnson, 1999).

I denne studien ønsker jeg primært å undersøke hvordan evnen til metafordannelse fungerer i tilfeller der verbalspråket ikke strekker til.

For meg er det viktigste ved en metaforteoretisk vinkling selve det *allmennmenneskelig grunnleggende* ved symbolbruk og metaforisk tenking. Mennesket kan sees som et ”Symboldyr” (Rommetveit, 2008).

2.2 Antonovskys salutogenesebegrep og ”Opplevelse av Sammenheng”

2.2.1 Hva er “Opplevelse av Sammenheng?”

” Vi er alle terminaltilfeller”, sier Aaron Antonovsky (2000) – men påpeker samtidig at vi, så lenge vi lever, i en viss forstand også er ”sunne”.

Det salutogenetiske perspektivet er grunnlagt på en forståelse av at livet nødvendigvis innebærer påkjenninger, stress og mer eller mindre livstruende problemer. Vi befinner oss hele tiden i en



kontinuitet mellom god og dårlig helse. Det salutogenetiske perspektivet fokuserer på faktorer som fremmer en bevegelse i retning av den ”sunne” polen i et slikt kontinuum. For Antonovsky er det ikke noe mysterium at vi blir syke. Derimot er det interessant å se nærmere på hvordan vi kan holde oss friske, og finne ut mer om faktorer som bidrar til at noen mennesker kan fortelle om god helse og livskvalitet, tross store livspåkjenninger.

Antonovsky (1981) stilte i utgangspunktet spørsmål om hvorfor mennesker beveger seg i retning av den ”sunne” polen i et helbredskontinuum. Han fant først fram til ”generelle motstandsressurser” som sosial støtte, penger, egostyrke og stabile sosiale forhold. Etter hvert utviklet han begrepet ”Sense of Coherence” (Antonovsky, 1981).

I boka ”Unravelling the Mystery of Health” (Antonovsky, 2000) videreutvikler han dette begrepet, og i denne studien vil spesielt de tre hovedkomponentene i ”Sense of Coherence” være sentrale.

(Ettersom det er en dansk utgave jeg nå leser, vil jeg i det følgende oversette ”Sense of Coherence” til ”Opplevelse Av Sammenheng,” eller OAS. Antonovskys tre hovedkomponenter blir omtalt som ”begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet”, i tråd med den danske oversettelsen.)

2.2.2 Hvilken betydning kan ” OAS”-begrepet få i denne studien?


Dersom disse tre faktorene – begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet – er med på å danne en ”Opplevelse av sammenheng” som styrker menneskers tendens til å bevege seg i retning av ”Sunnhet” eller ”God helse”, vil det være interessant å undersøke uttrykk for en opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i samtalene med mine informanter.

Det kan også være interessant å prøve å få grep om spørsmålet fra en annen vinkel: Gitt de tunge livsbelastningene som var informantenes utgangspunkt – hva kan det komme av at flere av dem, tross alt, klarer seg godt i dag?

Her er det virkelig snakk om et ”helbredets mysterium.”

Antonovsky (2000) uttrykker også ett standpunkt jeg *ikke* mener å finne belegg for i studiens datagrunnlag: Han hevder at OAS i all hovedsak er ferdig utviklet hos unge voksne, og ikke er tilgjengelig for endring senere i livet.

”For den, der i det tidlige voksenliv har en svak OAS, bliver livet en ond cirkel. Generelle modstandsunderskud kommer til at spille en stadig større rolle, i takt med at den ene stressfaktor efter den anden underminerer OAS. ”Taberen” vedbliver at tabe, og livet bliver mer og mer kaotisk, uhåndterbart og meningsløst.” (Antonovsky, 2000, s.138).



Ettersom mine data synes å peke i en annen retning på dette punktet, vil jeg tenke videre i samspill med en av representantene for ”Humanistisk psykologi”: Carl Rogers.

2.3 Carl Rogers


På 60-70-tallet var Carl Rogers en velkjent og svært populær stemme i amerikansk offentlighet. Det har vært mindre faglig interesse for publikasjonene hans i de siste tredve-førti årene – kanskje fordi han var *for* populær i en periode. Han ble dessuten kritisert fra forskjellig hold, blant annet av Martin Buber, som ikke kunne akseptere tanken om at menneskets innerste natur er ”Trustworthy” I dag kan en del av denne kritikken virke irrelevant, men blant akademikere blir kanskje Rogers fortsatt betraktet som noe uvitenskapelig, og for lite seriøs.

Jeg tror ikke denne vurderingen vil bli stående. Rogers kombinerte akademisk arbeid og forskning med klinisk psykoterapeutisk arbeid fra ca. 1940 og gjennom hele sitt yrkesliv. Han var i aktiv kontakt og debatt med mange av tidens viktige tenkere, som Buber, Tillich, Polanyi, Bateson, Hofman og May.

Rogers utga sin siste bok i 1980, og døde i 1987. Sammen med Abraham Maslow regnes han som grunnleggeren av den humanistiske psykoterapi. Hans klientsentrerte terapi praktiseres i dag under betegnelsen Personsentrert psykoterapi, og i ettertid kan det se ut til at Rogers foregrep nyere forskningsresultater (som behandlingsrelasjonens betydning) – og at synspunktene hans også kan ha spilt en rolle innen utviklingen av Heinz Kohuts Selv-psykologi, slik den omtales hos Karterud og Monsen (2002). Jeg mener også å finne spor etter Rogers’ tanker om egenskaper ved terapeuten innen en nyere, svært aktuell terapeutisk metode: ”Mentaliseringsbasert Terapi” (Karterud og Bateman, 2010).

2.3.1 Om prosess-begrepet og om den terapeutiske relasjon

Allerede i boka ”Client-centered therapy” (Rogers, 1981) som ble utgitt første gang i 1951, presenterte Rogers et syn på klientens vekstpotensial som ble stående som en sentral premiss innenfor Humanistisk Psykologi. *”When all the elements are clearly perceived, the balance seems invariably in the direction of the painful but ultimately rewarding path of self-actualization and growth.”* (Rogers, 1981, s.109).



Der Antonovsky ser menneskets “Opplevelse av Sammenheng” som ferdig formet og fastlagt i tidlig voksenalder (Antonovsky, 2000), ser humanistene Abraham Maslow og Carl Rogers på mennesket som et vesen med potensial til å engasjere seg i en livslang vekstprosess: en selvaktualiserende prosess (Maslow, 1970; Rogers, 1981; Rogers, 1995; Rogers, 1998). Rogers mener at spørsmål som ”Hvem er jeg?” og ”Hvordan kan jeg bli meg selv?” er vesentlige for mennesket. Det å *være i en prosess* er, for Rogers, essensielt i et godt liv (Rogers, 1981).

Hos Carl Rogers finner vi også tanker om den terapeutiske relasjonen, og om egenskaper ved terapeuten, som foregriper nyere forskningsresultater ang. ”virksomme relasjoner” og effekten av psykoterapi (Topor, 2003; Frank og Frank, 1991; Wampold, 2001).

Rogers var tidlig ute med å fastslå at egenskaper ved terapeuten kunne gi en mer pålitelig pekepinn om utfallet av terapien, enn den terapeutiske metoden i og for seg. Han hevdet at terapeuten bringer tre viktige forutsetninger inn i den terapeutiske relasjonen: Kongruens, empati, og ”unconditional positive regard”. Han hevdet videre at også klienten bidrar til muligheten for vekst i terapien, og påpekte at det er *klientens opplevelse av terapeutens egenskaper* som gir den sikreste indikasjonen på hvordan utfallet av terapien kan bli. Jeg vil komme tilbake til disse synspunktene i kapittelet ”drøfting.”

2.3.2 Relevans for denne studien

Mine intervjudata peker, slik jeg leser dem, i retning av at informantene har opplevd vekst og utvikling – selv i voksenalder, og med et utgangspunkt preget av store relasjonelle livsbelastninger.

Det vil være interessant å lete etter faktorer som kan støtte og fremme en slik utvikling. Carl Rogers’ synspunkt på menneskelig vekst og utvikling som en potensielt livslang prosess kan være med på å belyse dette.

Det vil også være interessant å se nærmere på det Rogers har å si om terapeutisk relasjon, og sammenligne dette med det mine informanter forteller om de gode møtene med psykisk helsearbeidere.

3.0 TIDLIGERE FORSKING

Resultatene i denne studien vil bli drøftet i dialog med de tre nevnte teoretikerne. I drøftingen vil jeg også *henvise* til annen litteratur, og jeg skal her kort beskrive den litteraturen jeg oppfatter som mest sentral for min studie.



Jeg har søkt informasjon via Bibsys, UiA, i databasene Idunn og Pubmed. Jeg har også søkt i Google Scholar. Søkeord jeg har brukt er *psykose, psykoseforståelse, psykosesymptomer og symboler, psykosesymptomer og metaforer, og psykose og religion.*

Jeg har valgt å sortere tidligere forskning under forskjellige overskrifter, som kan fortelle noe om hvilke emneområder jeg har ansett som relevante i studien. En viktig kunnskapskilde er også skjønnlitteratur, og jeg har derfor anført ”skjønnlitteratur” som en egen undergruppe her.

3.1 Kan psykosesymptomet oppfattes som meningsbærende?

Eva Dalsgaard Axelsen (2009) er spesialist i klinisk psykologi og har mange års erfaring fra klinisk praksis. Hun har også publisert artikler og bøker, og i boka ”Symptomet som ressurs” vektlegger hun blant annet traumatiske opplevelser og relasjonstraumer som betydningsfulle for utvikling av psykisk lidelse. Hun forstår symptomer som løsningsforsøk på livsproblemer, og tenker seg også at symptomer kan sees som metaforisk kommunikasjon: *”Psykiske symptomer er veivisere til forståelse.”* (Axelsen, 2009, s.43).

Richard P. Bentall (2003) er en anerkjent forsker med lang klinisk erfaring. Boka ”Madness explained” er et oppgjør med den fremherskende biomedisinske psykoseforståelsen. Bentall kommer her med godt underbygde argumenter for at alvorlig psykisk lidelse kan forstås som sterke utslag av almenmenneskelige reaksjonsmåter. I psykose ser han ikke noe vesensforskjellig fra det normale – Bentall mener det snarere er snakk om en gradsforskjell (Bentall, 2003).

Innenfor den biomedisinske tradisjonen blir det lagt liten vekt på psykosesymptomet som meningsbærende. Hansen (2000) står som redaktør for statens ”Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni”, og i disse retningslinjene finner vi en vektlegging av biomedisinsk psykoseforståelse (Hansen, 2000).

Frith og Johnstone (2003) representerer også et biomedisinsk syn på schizofreni. Den lille boka ”Schizophrenia – a very short introduction” fremstiller en stress-sårbarhets-forståelse, men genetisk-biologiske faktorer og psykofarmaka presenteres som grunnleggende i psykosebehandlingen.



3.2 Hva hjelper?

Alain Topor (2003) er psykolog, forsker og forskningssjef. Han har utstrakt kjennskap til recovery-forskning, og har også publisert en rekke bøker og artikler knyttet til dette temaet. Topor (2003) nevner bedringsfaktorer som egen innsats og materielle forutsetninger – deriblant en grei økonomi. Han vektlegger imidlertid *relasjonen*: Både familie, venner og kamerater er viktige – og i tillegg er behandlingsrelasjonen svært viktig. Topor mener at også i en behandlingsrelasjon er det *medmenneskeligheten* som veier tyngst (Topor, 2003).

Marius Romme og Sandra Escher (1994; 2000) har vært ledende i arbeidet med å starte terapi- og selvhjelpsgrupper for stemmehørere. Et av Rommes og Eschers viktigste funn er at stemmehøring ikke er uvanlig i normalbefolkningen – og ikke nødvendigvis oppleves som negativt. Bare en tredjedel av stemmehørerne plages av sine stemmer og har behov for hjelp til å mestre situasjonen.

Stemmehørergrupper kan gi god hjelp på flere områder, ifølge Romme og Escher (1994) – gruppedeltakerne kan møte forskjellige teoretiske perspektiver på det som skjer; deltakerne kan oppdage en ”mening” med opplevelsene; noen kan kanskje oppdage positive aspekter ved fenomenet – eller lære seg å akseptere stemmene; deltakere kan lære seg å sette grenser for stemmene, ta tilbake mer av kontrollen over seg selv, bruke medisiner på en mer effektiv måte – og ikke minst: Ved å møte andre mennesker som har lignende opplevelser, kan gruppedeltakerne oppleve at fenomenet normaliseres, noe som i seg selv virker angstdempende (Romme og Escher, 1994, 2000).

3.3 Norske studier: Om helsearbeideres holdninger i dag

Kjellaug Kloch Myklebust (2002) har skrevet artikkelen ”Psykotisk og religiøs”. Artikkelen er basert på en undersøkelse fra tre forskjellige psykiatriske døgnposter, der betjeningen fikk utlevert spørreskjemaer med ferdig utformede svaralternativer. Undersøkelsen er basert på svar fra 27 personer, både hjelpepleiere, sykepleiere og andre med 3-årig utdanning og tilleggstudium. Hensikten var å undersøke helsearbeideres holdninger og reaksjonsmåter i møte med pasienter som har forestillinger og spørsmål vedrørende religion, og som gjerne vil snakke med helsearbeidere om dette.



Resultatene fra denne undersøkelsen viste at 33% av respondentene ville være åpne for samtale med pasienter om religiøse temaer, mens de andre ville velge ”realitetsorientering”, be legen vurdere medisinendring, eller prøve å avlede.

Denne undersøkelsen er liten, men kan likevel gi en pekepinn om holdninger blant personalet på psykiatriske døgnavdelinger (Myklebust, 2002).

I sin doktorgradsavhandling, ”Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling” beskriver og drøfter Toril Terkelsen (2010) data samlet inn i løpet av et åtte måneder langt feltarbeid på psykiatriske døgnavdelinger. På sykehusavdelingene finner hun en i hovedsak psykoedukativ og medikamentbasert behandlingsform. Terkelsen stiller spørsmål om behandlingen kan forstås som en form for kontroll av pasientene. Hun gir eksempler på at pasienter protesterer mot opplevd krenkelse, og på at de kan føle maktesløshet fordi deres oppfatninger ikke blir respektert (Terkelsen, 2010).

Due-Tønnesen og Erdal-Aase (2007) har undersøkt individualterapeuters forståelse og behandling av psykose. De har intervjuet 12 terapeuter, hovedsakelig psykologer, med lang erfaring i psykosebehandling. Disse informantene mener at relasjonen mellom pasient og behandler er det viktigste i terapien, og bruker intervensjoner som er tilpasset *personen* framfor manualiserte terapier knyttet til en bestemt behandlingsmetode. Informantene savner en enhetlig psykoseforståelse innen behandlingsapparatet. De kritiserer dagens diagnosesystem og behandlingsmodell, og ønsker en mer opplevelsesnær, klientfokusert psykoseforståelse og behandling. (Due-Tønnesen og Erdal-Aase, 2007)

3.4 Skjønnlitteratur

Arnhild Lauveng (2006, 2008) hadde i flere år en schizofrenidiagnose, og er nå psykolog. Bøkene hennes er unike i Norge fordi de ser verden både fra psykolog-vinkelen og i brukerperspektiv. Lauveng legger vekt på ”lidelsen” fremfor ”symptomet” ved psykose, og gir i sine bøker eksempler på samhandling og samtaler med helsearbeidere – på godt og vondt (Lauveng, 2006 og Lauveng, 2008).

Beate Grimsrud (2010) ble innstilt til Nordisk Råds Litteraturpris 2011 for romanen ”En dåre fri”. Denne boka handler om Eli, som hører stemmer. Den handler også om stemmene Eli hører: vi blir *kjent* med de fire stemmene, de blir personer for leseren, som de er det for Eli. Dette er et perspektiv psykisk helse-arbeidere kan ha god bruk for (Grimsrud, 2010).

4.0 METODE

4.1 Metodevalg og forskingsdesign

Min hensikt med denne studien var å utforske hvordan psykoserammede brukere av psykisk helse-tjenestene opplever symptomene sine, og hvilken betydning helsearbeidernes reaksjoner på symptomene får for brukerne. Prosjektplanens foreløpige tittel var ”Symptomer, symboler og samtaler”.

Kvalitative metoder ”bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk)” (Malterud, 2003, s.31). Malterud sier også at kvalitative metoder kan belyse ”mening, betydning og nyanser av menneskelig adferd.” (Malterud, 2003, s.32. Større forståelse av menneskelige erfaringer var nettopp et mål for meg da jeg planla denne studien. Jeg valgte derfor en kvalitativ tilnærming: *Semistrukturert intervju*.

Semistrukturert intervju baseres gjerne på en intervjuguide, som skal være veiledende og åpen, men hjelpe til å fokusere samtalen rundt enkelte forhåndsbestemte temaer. I praksis ble min intervjuguide (Vedlegg 2) lite styrende i samtalen – den fungerte som huskeliste, slik at jeg iblant kunne kaste et blikk på den for å se om det var emner vi ikke hadde vært inne på. Intervjuguiden hjalp meg å holde fokus på temaet i samtalen, men det var i stor grad informantene som valgte hva de ville snakke med meg om.

4.2 Utvalg

Jeg planla en studie basert på samtaler med 4 – 6 personer med psykoseerfaring, og ønsket å få snakke med mennesker som i større eller mindre grad hadde opplevd en bedringsprosess, slik at de kunne formidle erfaringer om respons fra psykisk helse-arbeidere som kunne fremme eller hemme en slik prosess.

I løpet av utarbeidelsen av prosjektplanen fikk jeg kontakt med en brukerrepresentant i Mental Helse, som lovet å hjelpe meg til å få kontakt med informanter. Da tillatelse fra REK forelå, ble mulige informanter spurt om de ville delta. Klinisk terapeut med god kjennskap til aktuelle informanter vurderte kandidater før de ble spurt.



Jeg har ingen opplysninger om personer som takket nei til å delta, og jeg tok ikke kontakt med mine informanter før de hadde sagt seg villige til å delta i studien.

På denne måten fant jeg fram til fem informanter, og studien bygger på de aidentifiserte utskriftene fra samtalen våre.

4.3 Datainnsamling

Fordi denne studien dreier seg om å forstå et tema ut fra intervjupersonenes egne perspektiver, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Semi-strukturert intervju regnes som en egnet metode når hensikten er å utvikle forståelse av menneskers erfaringsverden. I intervjusituasjonen vil det her være viktig å bevare et fokus på de spørsmålene en ønsker belyst, samtidig som samtalen bør være mest mulig åpen og fleksibel, for at informantens perspektiv og erfaringer skal komme best mulig fram. Intervjuguide utarbeides på forhånd, men kan modifiseres underveis i prosessen, og fungerer mer veiledende enn som en mal for samtalen.

Jeg kontaktet informanter som hadde sagt seg villige til å delta i studien pr. telefon, og tid og sted for samtale ble avtalt. I ett tilfelle foregikk samtalen på poliklinisk avdeling på et DPS. De fire andre møtene skjedde hjemme hos informantene.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 1) ble først lagt fram. Informantene fikk også muntlig bekreftet at konfidensialitetshensyn ville bli ivaretatt, de fikk informasjon om hva studien ville handle om, og de fikk bekreftet at de når som helst kunne trekke seg fra studien, dersom de likevel ikke ønsket å delta.

En *foreløpig* og *veiledende* intervjuguide var blitt utarbeidet i forbindelse med prosjektplanen, og denne intervjuguiden tok jeg med til samtalen med informanter (Vedlegg 2).

Intervjuene var tenkt å skulle vare ca. en time. I virkeligheten ble samtalen lengre enn dette – lydfilene har en lengde på mellom 80 og 110 minutter, og noen ganger ble vi også sittende og snakke en stund etter at diktafonen var slått av.

For meg var disse samtalen en givende og lærerik erfaring. Jeg håper at mine informanter også opplevde situasjonen positivt, og er glad for at flere av dem uttrykte tilfredshet over å kunne bidra med så mye verdifull informasjon.

4.4 Håndtering av data

Samtalene ble tatt opp på bånd. Diktafonen med lydfilene – som ikke er blitt kopiert – ligger nå nedlåst på min veileders kontor på UiA. Lydfilene ble aidentifisert fortløpende da materialet ble transkribert. En kodeliste knytter lydfilene til de aidentifiserte intervjuutskriftene. Denne kodelisten, samt underskrevet samtykkeerklæring fra informantene, oppbevares nedlåst på UiA sammen med diktafonen. Dette materialet vil bli destruert så snart jeg får klarsignal fra Universitetet. Aidentifiserte intervjuutskrifter er det rådata-materialet jeg har hatt å jobbe med hjemme.

4.5 Transkribering og analyse

I analyse-fasen prøvde jeg å holde meg til en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming: Fenomenologisk, fordi studien søker å komme så nær informantenes livsverden som mulig; Hermeneutisk, fordi det i brukersammenheng kan være nyttig å fokusere på det *dialogiske* i utvikling av kunnskap. I en studie som denne virker det relevant å tenke at kunnskapen oppstår i feltet *mellom* to samtalepartnere.

Jeg transkriberte intervjuene selv. Lydfilene ble liggende på diktafonen, og jeg transkriberte og aidentifiserte materialet samtidig, slik at bare av-identifisert materiale ble liggende på min PC. Jeg valgte en lett redigering av lydfilene: – ord gjentatt fire-fem ganger i en setning ble redusert til to gjentakelser, flesteparten av mine ”Mhm” og ”Ja, akkurat” ble fjernet, osv. Der samtalen sporet veldig av i flere minutter, valgte jeg å hoppe over sidesporene, men dette er angitt med hakeparentes i utskriftene. Stort sett mener jeg å ha fulgt Malteruds beskrivelse av den transkripsjonsmetoden hun kaller ”*slightly modified verbatim mode*” (Malterud, 2003, s.79).

Jeg valgte en systematisk tekstkondensering som analysemetode, slik denne metoden er fremstilt hos Malterud (2003). Her leter en først etter fellestrekk i rådata, og ordner så tekst i hovedgrupper. Innenfor hovedgruppene identifiseres undergrupper, som så kondenseres og sammenfattes. Resultatet sammenlignes til slutt med rådata for å sikre at mening i intervjuene er bevart og dekkende gjengitt. Når man bruker en kvalitativ metode er også analyse av språk, kategorier og metaforer viktig, hevdes det hos Aase og Fossekaret (2007). Jeg valgte å også benytte en metaforsteoretisk vinkling i analysearbeidet. Hensikten var å forstå mer av informantenes tankegang og livsverden.

Det er ikke primært en lingvistisk analyse jeg legger fram i denne studien, men Lakoffs metaforsteori (Lakoff & Johnson, 1980) har hjulpet meg til å fokusere bedre på mennesket som ”symboldyr” (Rommetveit, 2008).



4.6. Forskingsetiske betraktninger

Det er REK som har godkjent prosjektplanen for denne studien, og jeg har fulgt REKs anbefalinger i gjennomføringen av studien (Vedlegg 3). Jeg regner derfor med at hensyn til informert samtykke, utvalg, datainnsamling, oppbevaring og behandling av data er ivaretatt, slik at informantene er sikret i forhold til personvern og anonymitet.

Et forhold jeg tok i betraktning allerede under utforming av prosjektplanen, er hensynet til informanternes potensielle sårbarhet i en slik studie. Jeg møtte personer med psykoseerfaring, og slike opplevelser er smertefulle. En samtale der man blir bedt om å fortelle om så smertefulle erfaringer, kan bli belastende, og kan tenkes å bli opplevd som en retraumatisering.

I utvelgingsprosessen fikk jeg derfor hjelp av en klinisk behandler som kjente aktuelle kandidater, og kunne vurdere en eventuell sårbarhet. Informanternes mulighet til ivaretagelse av kompetent klinisk personell ble også vurdert, dette med tanke på eventuelle vanskelige etter-reaksjoner.

Først etter at slike forhold var tatt i betraktning, ble aktuelle kandidater kontaktet med forespørsel om deltakelse. Selv kom jeg ikke inn i bildet før denne prosessen var gjennomført, slik at jeg kunne henvende meg til personer som allerede var vurdert og hadde sagt ja til deltakelse. Jeg håper på denne måten å ha sikret mine informanter på best mulig vis.

Personer som har opplevd urett eller har andre vanskelige erfaringer i forhold til psykisk helsevern, kan kanskje tenkes å få urealistiske forhåpninger til hvor mye en masterstudie vil bli vektlagt? Dette var tanker jeg hadde gjort meg på forhånd, og jeg var innstilt på å gi mest mulig realistisk informasjon om hvordan en slik studie håndteres. Imidlertid ble dette problemet ikke aktuelt i løpet av noen av samtalene – informantene lot til å ha en god og realistisk forståelse av hva studien innebærer.

4.0 FUNN

Data jeg fant i samtaler med informantene utgjør et mangslungent og spennende materiale. Det er ikke lett å sammenfatte et slikt datagrunnlag uten å sitte igjen med en følelse av å ha måttet legge mye verdifull informasjon til side underveis. Jeg håper noe av essensen i informantenes individuelle



stemmer får komme fram gjennom sitatene i dette kapittelet, og jeg håper også at jeg har vært redelig og ryddig nok i arbeidet med å finne fram til det viktigste i budskapene deres.

Funn vil bli presentert i den rekkefølgen tabell 1 gir oversikt over, og drøftes i kapittel 6 opp mot valgt teori. Temaer som vil bli vektlagt i drøfting er skyggelagt i tabellen.

Tabell 1: Oversikt over funn-kapittelets oppbygning.

5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6
Forhistorien	Psykose- opplevelsen	Metaforer	Meningen	Behandlings- relasjonen	Andre bedrings- faktorer
5.1.1	5.2.1	5.3.1	5.4.1	5.5.1	5.6.1
Livs- belastinger	Angsten	Språket	Forståelsen	Tiden	Egen innsats
5.1.2	5.2.2	5.3.2	5.4.2	5.5.2	5.6.2
Opplevelsen av ”Psykiatrien”	Vrang- forestillinger	Handling	Religion	Tryggheten	Materiell hjelp
	5.2.3	5.3.3	5.4.3	5.5.3	5.6.3
	”Gode psykoser”	Magi	Håp og mål	Respekten	Likemanns- grupper
				5.5.4	
				Samtalen	

5.1 Forhistorien

Mine fem informanter har alle en oppvekst preget av svært store belastninger. De har alle, hver på sitt vis, opplevd mye smerte som barn og ungdommer. Informantene kan fortelle om belastninger som langvarig incestmisbruk, læreproblemer, materiell ressursfattigdom, fysisk mishandling i hjemmet, alvorlig mobbing i barneskolen, og omsorgssvikt på mange forskjellige plan. De har også opplevd mange år med sykdom i voksen alder.

5.1.1 Livsbelastninger

Dette er fem forskjellige livshistorier, og grad og art av belastninger varierer. Det er likevel påfallende likhetstrekk mellom de fem: alle forteller om mye opplevd smerte, og om mangel på de vilkårene vi vanligvis regner som forutsetninger for en normalutvikling av relasjonsevne og et godt selvilde.

Oppveksten domineres av angstfylte og vonde erfaringer, og ingen av informantene forteller om at de har opplevd å bli trygt ivaretatt da de var barn.

Mot denne bakgrunnen er det et overraskende positivt bilde informantene tegner av situasjonen i dag. En av informantene har vært gift i mange år, og snakker med varme og takknemlighet om støtte fra ektefellen. Ingen av de andre er gift eller forteller om faste forhold, og ingen av dem har barn – men flere har ”tantebarn” og formidler glede over denne kontakten.

Fire av fem forteller at de opplever å ha gode relasjoner til venner eller familie i dag: *”Mennesker jeg har møtt, de har vært glad i meg, og har gjerne villet fortelle at jeg er en snill mann, og oppfører meg greit og sånn”*.

Alle har fortellinger om opplevelser av å ha blitt godt ivaretatt av psykisk helse-arbeidere, enten i en-til-en-relasjoner eller i trygge miljøer på døgnposter eller i bofellesskap. Riktignok kan alle også fortellinger om *vanskelige* opplevelser innenfor psykisk helsevesen, men det generelle inntrykket er likevel positivt.

En enkelt samtale gir begrenset kunnskap om personer man møter. Fordi det allmenne inntrykket er så entydig, vil jeg likevel hevde at informantene mine formidler et bilde av at oppvekstforhold som må antas å føre til store skader på relasjonsevnen, ikke har gjort disse informantene utilgjengelige for tilfriskning, vekst og utvikling. De vanskelige oppvekstårene har blitt etterfulgt av mange år med psykisk lidelse for personene jeg snakket med - men da jeg møtte dem, ga de alle uttrykk for at de i dag har det mye bedre enn tidligere. Funksjonsnivå og grad av tilretteleggingsbehov varierer, men jeg ble møtt med en varme og en åpenhet som har bekreftet en for-forståelse jeg hadde med meg inn i denne studien: troen på at mennesker *kan* fortsette å vokse og utvikle seg – også i voksen alder, og noen ganger tross svært vanskelige utgangspunkt.

5.1.2 Opplevelsen av ”Psykiatrien”.

Alle informantene ga uttrykk for at de hadde opplevd å bli hjulpet i ”Psykiatrien”, men responsen varierte noe ut fra de forskjellige livssituasjonene: Noen av informantene bor i bofellesskap, noen i egne hus/leiligheter, og en har aldri opplevd innleggelse på psykiatrisk avdeling.


De fleste som har opplevd innleggelse forteller at de har kjent seg trygge og godt ivaretatt på sykehusavdelinger. De som bor i bofellesskap gir også uttrykk for at de trives og får den støtten de trenger. En informant som opplevde siste innleggelse for mer enn ti år siden, er mer systemkritisk enn de andre, men også denne informanten mener at innleggelse kan være nødvendig. *”Når man kommer til et punkt at man ikke klarer mer, da må man ha hjelp. Da må man innlegges. Da er det godt at de er der for en. Men det er ikke alltid like lett å se det sjøl”*.

Noen av informantene har opplevd tvangstiltak, og alle disse mener at tvangsinnleggelse iblant er nødvendig. En sier at hun ikke tror hun hadde vært i live i dag, dersom hun ikke hadde blitt tvangsinnlagt. Det er mindre enighet når det gjelder tvangsmedisinering - en informant beskriver dette som nødvendig og en befrielse, en annen forteller med fryd om en situasjon da hun protesterte mot et tvangsmedisineringsvedtak og vant fram.

To informanter har opplevd å bli hentet av politiet, og begge har opplevd dette som et alvorlig overgrep. Begge mener at den ordningen som er innført i Bergen, med en egen ambulanse - ”Psykebil” – bør utvides til å gjelde i hele landet. *”Blir du henta av politiet, så er du kriminell”* påpeker Ada. Kriminell var hun jo ikke. Hun var bare syk. Ciss forteller: *”Jeg var jo så redd fra før, og så kom disse skumle uniformerte mennene og satte håndjern på meg!”*.

En av informantene opplevde den psykiatriske døgnavdelingen for ti år siden som et regelstyrt og lite brukersentrert system. Hun forteller om en hverdag der personalet ikke kunne ta sjansen på å invitere pasienter inn på kjøkkenet for å bake eller delta i matlagning, fordi dette ikke var tillatt. Hun opplevde at pasienter skulle legge seg klokka ti, og stå opp klokka seks, så nattevaktene fikk gitt rapport; hun fortalte om personale som var lite ute i miljøet sammen med pasientene, men heller samlet seg på vaktrommet. Det var også strikse regler for hva som var godtatte samtaleemner på avdelingen. *”Du skal ikke snakke om kristendom, ikke om politikk, ikke om medisiner – men hva skal du da snakke om?”*.

Selv om bare en av informantene gir dette inntrykket av en psykiatrisk døgnpost, velger jeg å formidle det hun forteller, fordi det er en viktig kritikk hun gir uttrykk for.



En av informantene har vært medisinfri i flere år, og klarer seg nå bra uten nevroleptika. Hun mener behovet for medisiner er *individuell* og *varierende*. Opplysninger fra de andre informantene støtter dette synet. Noen av informantene er fremdeles nokså tungt medisinert, men disse mener de må ha så høye doser og så mange forskjellige medikamenter for å kunne fungere. Noen av informantene får lite medisiner i dag, og er fornøyde med det; den ene av dem har som målsetting å bli medisinfri. Den informanten som allerede er medisinfri, er mer skeptisk til bruken av store doser nevroleptika enn de andre.

Informantenes syn på diagnoser er også varierende. En tror han har vært syk fra fødselen av. Han lurer likevel på om det kan hende at det ikke feiler ham noe – han hører stemmer, men er kanskje bare mer mottakelig enn andre for å høre ”*det som er der ute?*”.

En annen informant later til å identifisere seg med diagnosen: ”*Jeg er schizoaffektiv, det er min diagnose*” sier hun.

Andre informanter er mer kritiske til diagnose-systemet: en er lettet over at legen nå mener hun sliter med traumer, og ikke er schizofren – hun kjente seg ikke igjen i denne betegnelsen. Og den mest kritiske av informantene mener at det fremdeles ofte er sånn, i ”psykiatrien”, at man ”*møter folk som en diagnose – ikke som et menneske*”.


Informantenes opplevelser av psykisk helsevern varierer, men de som har de nyeste erfaringene uttaler seg overveiende positivt om hjelpen de har fått. Informantene er langt fra enstemmige i synet på diagnosesystem og medisinering - men jeg finner et tydelig sammenfall mellom graden av medisin-aksept, og graden av diagnose-aksept. Dette er ikke uventet – pasienter med ”god sykdomsinnsikt” er pasienter som har godtatt legens informasjon og diagnose, og det er gjerne også disse som viser en ”god medisin-compliance”.

5.2 Psykoseopplevelsen

Psykoseopplevelsen har for alle informantene vært svært vond, og beskrives som preget av sterk angst, hallusinasjoner, selvdestruktiv adferd og vrangforestillinger. Enkelte har likevel også hatt gledesfylte opplevelser, og jeg får vite at informantene kjenner personer som har opplevd ”gode psykoser.”.

5.2.1 Angsten og det destruktive i psykosen

Alle mine informanter beskriver psykoseperiodene som preget av en nesten utholdelig angst. Denne angsten er en grunnleggende og altomfattende følelse, men vekkes ofte av grusomme hallusinasjoner.



Informantene har hørt og sett skremmende, demoniske skikkelser som truer både dem selv og andre mennesker. *"Folk burde få slippe å være aleine når de er redde og hører onde ånder som sier: 'Nå skal jeg ta livet av deg'".*

Flere av informantene forteller at nettene er verst, og at senga kan være et farlig sted. Men senga kan også være en nødvendig tilflukt: der kan man ligge med gardinene trukket for, selv midt på dag, og riste og skjelve og be: *"Ikke gjør meg vondt, vær så snill, ikke gjør meg vondt. - Kjære Gud, skal jeg ha det så vondt?"*

Flere av informantene forteller om opplevelser av fremmedhet, av å *"ikke vite hvor jeg var, eller hvem jeg sjøl var"*, eller av å ikke dra kjensel på seg selv, ikke høre hjemme i sin egen kropp.

Alle informantene forteller om selvdestruktive symptomer: Selvskading, spisevegring eller selvmordsforsøk.

En av dem gjorde flere forsøk på å ta livet av seg, men tenker i dag at hun kanskje ikke egentlig ville dø likevel – hun sier at det var en måte å uttrykke seg på, fordi hun ellers ikke greide å kommunisere hvor forferdelig hun hadde det.

To forteller om å ha overlevd hopp fra store høyder – en fra en bro over et sund: - *"men så drukna jeg ikke. Det var Gud som berga meg"*. Den andre informant ble befalt av stemmene sine at hun skulle hoppe utfor en skrent. Hun brakk ryggen, knuste en hæl, og har fremdeles smerter på grunn av dette. Også selvskading og spiseproblemer knyttes til befalende stemmer av flere informanter. En informant opplever spiseproblemene som en *"besettelse"*, og har mange arr etter kutting. En annen forteller at hun som oftest opplever at hun må lystre, når Stemmen sier at hun skal gjøre ting som å skade seg eller begrense matinntaket.

Men selvskading kan også ha andre årsaker. En av informantene satt stadig og dunket seg hardt i hodet i sin vanskeligste periode. Det var fordi hun hadde noe som var forferdelig vondt *"inne i hodet"*, og ytre smerte ble opplevd som en mot-smerte. *"Da sa jeg: Jeg vil ha det vekk, jeg vil ha det vekk! – og så begynte jeg å hylgrine"*, forteller hun.

Flere av informantene tenker at forskjellen mellom *"sykt"* og *"normalt"* har noe med angsten å gjøre – de mener sykdom ikke nødvendigvis kan knyttes til hvorvidt folk ser, tror eller opplever uvanlige ting. Det viktigste er at sykdommen er så utholdelig vond: *"Det å gå i kirka eller tro på onde ånder, er ikke det samme som å være psykotisk. For er du psykotisk, så er du så redd"*.

Angsten og de vonde følelsene i psykosen beskrives av alle informantene som overveldende, og selvdestruktive handlinger beskrives enten som stemmestyrte, eller som et direkte uttrykk for angst og håpløshet.



5.2.2 Hallusinasjoner

En av informantene har opplevd å se Djevelen stå ved sengekanten. En annen ser mannshender komme ut av vegger og golv og tak når hun er psykotisk, de strekker seg etter henne og vil ta henne. En informant så og hørte mennesker i rommet, det var de personene som hadde gjort henne så vondt da hun var liten. De hadde makt til å skade både henne og mennesker hun brydde seg om.

Alle informantene mine sier at hallusinasjoner som disse oppleves like realistisk som alminnelige sanseinntrykk. Bare en av informantene forteller om utelukkende auditive hallusinasjoner. De fire andre har hatt både visuelle og auditive hallusinasjoner, og en forteller at hun både ser, hører, lukter, smaker og føler. Hun kan ikke skille disse opplevelsene fra det som er ”virkelig” - men hun kan iblant klare å spørre mennesker hun kjenner godt, og stoler på, om det hun opplever er ”virkelig” eller ei. Hun understreker at bare velkjente og trygge mennesker kan hjelpe henne med å sortere inntrykkene på denne måten – hun ville ikke tro det hun ble fortalt, ellers.

De fleste informantene poengterer imidlertid at det kan fungere svært negativt dersom andre mennesker benekter at opplevelsene er ”virkelige”. Dette fører bare til økt utrygghet og mistro, og kan i tillegg gi en følelse av å være isolert, stemplet som ”unormal”, og annerledes.

Tre av informantene har *bare* opplevd skremmende og vonde hallusinasjoner. To har hatt *både* skremmende og gledefylte opplevelser, og begge disse bruker religiøs terminologi for å forklare meg dette. Det er Gud og Djevelen som blir opplevd, eller en sint Gud og en snill Gud; det er en kamp mellom det gode og det onde. Dette vil jeg komme tilbake til i underpunktet 5.2.4, ”Gode psykoser”. Jeg vil også ta opp temaet i punkt 5.4.2, der jeg ser nærmere på religion.

Informantene er enstemmige når de beskriver ”hallusinasjoner” som opplevelser med en sterk virkelighetskarakter. Hallusinasjonene er oftest skremmende, men kan også være affektivt positive opplevelser. Forsøk på realitetsorientering fra andre mennesker har for de fleste fungert negativt, og uttalelsene tyder på at helsearbeidere bør utvise godt skjønn og stor varsomhet dersom denne teknikken skal benyttes. En følelsesvaliderende tilnærming foretrekkes av alle informantene.

5.2.3 ”Vrangforestilling” - eller forklaringsmodell?

To av informantene forteller om regresjon i psykosen. Den ene sier rett ut at hun ”regredierer” når hun blir psykotisk: Hun kryper sammen i en krok, er bare ei redd lita jente, hun snakker med lys barnslig



stemme, trenger forklaringer på enkle ting, klarer ikke ta ansvar for noe, og synes det er godt å få sovne i en armkrok.

En informant opplevde at hun var et barn igjen, hun levde i en fortid som lå tyve år tilbake i tid, og ble desorientert og sint av å bli konfrontert med faktiske datoer, tekniske nyvinninger og nyheter – alt sånt var ”science fiction” for henne. Hun visste ikke at hun var på et sykehus, men opplevde at hun var et barn som hadde rømt hjemmefra. Hun var redd for at politiet eller mor skulle komme og hente henne tilbake til ”det helvetet som var hjemme”.

Det å tro at man lever tyve år tilbake i fortida, kan kanskje i og for seg kategoriseres som en vrangforestilling. For personen som plutselig var et barn igjen, var dette simpelthen en opplevd virkelighet.

Forstår vi dette, blir det også mer forståelig at hun ble opprørt over ”science fiction-datoer” på avisene, rev ned ”tøyse-kalendere” fra veggen og ikke kunne håndtere CD-spiller eller mikrobølgeovn. Denne informanten var sint på personalet, for den eneste forklaringen hun fant, var at de hadde rottet seg sammen og prøvde å lure henne. Slike ideer blir lett karakterisert som ”paranoide vrangforestillinger”.

Det er flere av informantene som forteller om ideer og overbevisninger de hadde i forbindelse med psykoseopplevelser. En forteller at da betjeningen ikke forsto henne, tenkte hun at nå hadde de onde kreftene fått makt over dem. De var blitt ”snudd”, sier hun, og da ville hun ikke snakke med dem mer. En annen, som har fortalt at hun alltid var et sårbart barn med liten selvtillit, sier at stemmene hun hører er ”onde ånder”. De har makt over henne og skal straffe henne. Grunnen til dette er at hun er udugelig og uten verdi. Hun er ”født ond”.

En som strever med å forstå opplevelsene sine, prøver å forklare dem ut fra tanker om Gud, godt og ondt, og kosmos. Han er usikker på hvilken Gud som er ”Jesus Kristus sin Gud” – den sinte guden, eller den snille? Han mener han har hjulpet den snille guden, og at Gud kommer for å rådføre seg med ham. Han forteller også at han ikke tror på at mamma er kremert, selv om han *vet* at hun er kremert – han tror at Gud frelste mamma, ga henne en ny frisk kropp, og at mamma befinner seg sammen med Gud på et sted ”utenfor uendeligheten”. Vi befinner oss nå i den ”siste uendeligheten”, forklarer han - og hva skjer da? Jo, sier han, ”da må vi gjøre den større”. Forresten har han sett et program om Miss Universe på TV, og vet ikke hvordan han kan forklare at mennesker har skapt et kvinnfolk om til et helt univers.

Alt dette kan kanskje kategoriseres som vrangforestillinger – men slike forestillinger kan også oppfattes som forsøk på å forstå en opplevd virkelighet, og finne sammenheng og mening i tilværelsen.



5.2.4 ”Gode psykoser”

Et knapt flertall av informantene har *bare* hatt vonde og skremmende opplevelser i psykosen, men to av disse har sett at andre kan ha positive opplevelser. ”Jeg har vært borti mange som har kjempegode psykoser. Da tenker jeg, hvorfor skal de ut av den? Har de det greit der, så må de få lov til å være der. I hvert fall til de sjøl finner ut at de ikke vil være der.”

Noen har hatt *både* skremmende og gode opplevelser. En har opplevd å se Djevelen, og sier at de vonde stemmene er ”onde ånder”. En annen vet godt hvilke stemmer som er onde og plagsomme, men er usikker på om den ”sinte guden” egentlig er Djevelen, eller om det er *den* guden som er ”Jesus Kristus sin Gud”? Men begge forteller at disse grusomme opplevelsene oppveies av gode opplevelser. I en av samtalene ba informanten meg om å vente et øyeblikk, han skulle bare spørre Gud om noe. Han tidde i ti sekunder, så smilte han stort og fortalte hva Gud sa: Det er sant at Gud og mamma finnes et sted utenfor uendeligheten og venter. ”Og så syns jeg, så hørte jeg mamma si at nå har vi det greit” sier informanten. Han virker tilfreds, og sier han alltid har hatt det godt med sin og mammas Gud.

Den andre informanten syns nok de vonde stemmene godt kunne forsvinne, men de gode vil hun beholde. De er hjelperne hennes, og hun tilskriver dem mye av æren for at hun har fått det så bra. Hun forteller at hun ”kan snakke med de i munnen også, til tider” – og dette er hun veldig glad for: ”Jeg har min lille verden for meg sjøl!”.


De informantene som opplever ”gode stemmer” forteller at disse stemmene er til stor hjelp for dem. De har ikke noe ønske om at disse stemmene skal forsvinne.

5.3 Symptomet som metafor

Mine fem informanter er primært fem forskjellige personer, og språket de bruker er også forskjellig. Når det gjelder språklige metaforer velger jeg derfor å oppsummere funnene individuelt. Informantene vil bli presentert med fiktive navn.

5.3.1 Språklige metaforer

Ada bruker mange metaforer når hun snakker, og de konvensjonelle metaforene hennes er varierte og passer godt i sammenhengen. Metaforene formidler mening på en grei og levende måte. Noen av dem kan samles i hovedkategorien ”Sykdommen er et hus”. Eksempler: Hun *kom inn i systemet*, men *ville ut igjen*. Hun *gikk og tråkka* i flere år. Hun *var i psykosen* lenge. Andre, mer originale, metaforer



beskrives kanskje best under hovedkategorien ”å bli syk er å falle ned” Eksempler: *Går jeg i knestående*, kan jeg *bli liggende*, men noen kommer og *plukker meg opp*. Har jeg *gått helt på trynet*, så kan de hjelpe meg *opp i knestående*, og så kan jeg selv *komme opp og stå*.

To ”nye” språkmetaforer kom opp i samtalen. Det ene uttrykket, ”tankekjør”, er godt kjent blant pasienter i psykisk helsevern. Ada forklarer den utstrakte bruken av dette uttrykket: Da det ordet først ble *kastet ut i et rom*, da *klikka det*, fordi uttrykket *var dekkende*.

Det andre uttrykket var ukjent for meg: *Linoleumsterapeuten*. Ada lo godt av min forvirring: ”Det er vaskekjerringa, ikke sant!”.

Bea har et nokså konkret språk, og bruker ikke så mange konvensjonelle metaforer. Men i hovedkategorien ”Godt er opp, og vondt er ned” finner jeg noen slående uttrykk. Hun har også enkelte særegne metaforer, som – i hvert fall for meg – virker ”nye”.

”Godt er opp, vondt er ned”: Når betjeningen ikke tar opplevelsene hennes alvorlig, kan Bea *dette langt ned*. Snille mennesker *kommer opp* når de ”går bort fra jorda.” Og Bea er trygg på at hun selv skal *komme opp der*, og at hun har fått hjelp fra *de der oppe*.

Noen av Beas mer personlige metaforer dreier seg om ”munnen”. Hun forteller at hun kunne snakke fritt på stemmehørerkurset, og sier at *det var godt å få tømt seg*. Hun er blitt flinkere til å kommunisere verbalt, men synes ikke alltid det er lett å *få det ut via munnen*. Om de gode maktene hun har kontakt med, forteller hun at hun *har de i munnen til tider*, og Gud og Jesus kan hun *snakke med i munnen*. Når Bea opplever at personalet ved døgnpostavdelingen ikke forstår henne, tenker hun at ”nå hører dere mer på de onde enn dere hører på meg”. Da tenker hun at de er *blitt snudd*.

Også Ciss har et relativt metaforfattig språk, med unntak av et par metaforer som virker særegne for henne.

Det mest påfallende ved språket til Ciss er ikke metaforbruken, men den utstrakte bruken av passivformen av verb. Ciss sier at hun trenger å *bli møtt*, å *bli forklart*, og hun *blir befalt* av stemmene at hun skal gjøre ting. Slankingen *er blitt* en besettelse, hun *blir* ei lita redd jente, og på skolen *ble* hun mobba. Dette perspektivet – Ciss som passivt objekt, ikke aktivt handlende – understrekes av andre uttrykk hun bruker: Hun *er født ond*, hun *har vært utsatt for* tvangsmedisinering, hun *opplever* bare sykdom. Sykdommen er derimot aktiv: stemmene *bestemmer* over henne, og psykosene *kommer og går*.

Når Ciss forteller fra barndommen, aner vi en mer handlende person: Barnet Ciss *ville ikke* fortelle om mobbingen, hun *ville beskytte* mamma og pappa. Hun *gikk* til pappa og *sa* unnskyld, etter at hun *hadde prøvd* å manne seg opp.



To særegne språklige metaforer forteller mye om Ciss. Hun forteller at uten medisiner ”er jeg bare en bylt i et hjørne”. Og når hun har det aller verst, forteller hun til alle: ”Jeg finner ikke Ciss!”

Dinas språklige metaforer ser ut til å passe godt inn i to hovedkategorier: ”Livet er bevegelse langs en vei gjennom et landskap, ” og ”Vonde følelser samles i en beholder/innhegning”.

”Livet er bevegelse langs en vei gjennom et landskap”: Dina har opplevd mye vondt, som *har satt spor*. Noe har hun klart å *komme igjennom* eller *komme over*. Stemmen hun hører, *driver på hele veien* med henne, han kan *komme snikende* og fortelle ting. Dina er innstilt på å *komme videre*, men må ta *hver terskel*, eller *hvert trinn*, ett av gangen. Hun kan nok *falle* ned litt, men *kommer seg opp* igjen. Og en terapeut hun ikke likte, *bare kjørte på henne*.

”Vonde følelser samles i en beholder”. Før hadde Dina tvangstanker, og hun var nødt til å *gå inn i dem*. Før *satte hun et stengsel framfor seg*, da var hun redd for at ting skulle *komme ut*.

Erik har et svært konkret språk, lite preget av metaforer. Et par ganger bruker han konvensjonelle metaforer som ”sola snur” eller ”nå er mamma på den andre sida”. Erik gir inntrykk av å bruke slike språklige vendinger nesten automatisk, på den samme måten som han skyter inn andre utenat lærte oppramsinger i samtalen: planetene i riktig rekkefølge fra sola og utover i rommet, - eller hvor mange dager, uker og måneder det er i et år.

Erik bruker språket på en uvanlig måte, og språket hans må tolkes for at man skal få et bilde av hva han mener. Min tolking er at Erik har lett for å forstå metaforer bokstavelig, og at dette kan være en medvirkende faktor i problemene hans.

Et par ganger bruker Erik likevel symbolisering og omskriving på en original måte. Han vil fortelle meg at han har en stygg mistanke om hvem den sinte guden er, og sier: ”*Han som ingen liker*”. - Han må forklare: ”*Djevelen*,” hvisker han.

Erik bruker også ”*Karlsson på taket*” som en metafor når han nærmer seg Gudsproblemet sitt. Jeg tolker det slik at en underliggende angst driver ham til ikke å omtale problemet mer direkte.

”Psykotisk språk” er et begrep som iblant brukes av psykisk helse-arbeidere, og i slik daglig bruk kan begrepet dekke forskjellige uttrykksformer, som kanskje ikke har annet felles enn at vi ikke umiddelbart skjønner meningen med det som blir sagt. Når en pasient sier at hun ikke vil snakke med oss fordi vi er ”snudd”, - eller når Ciss forteller ”Jeg finner ikke Ciss!” kan vi lett komme til å karakterisere dette som ”Psykotisk språk”.

Det typiske ved psykotisk språk er mangel på sammenheng, ”ordsalat”. Et problem ved denne forklaringen er at det blir *tilhøreren* som får lov til å avgjøre om ytringene henger sammen eller ei.



Det følgende sitatet kan få stå som eksempel, og jeg vil komme tilbake til dette sitatet i kapitlet ”Drøfting”.

Og det er så ufattelig mye forskjellige stemmer. På grunn av at når forskjellige mennesker prater, så har de forskjellige stemmebånd. Og de sansene vi bruker, de kan vi mennesker si at – det eneste vi kan si om de sansene vi har, er at når en ser et menneske og prater med et menneske, så ser en det prate tilbake. Hvis en lukter noe – Du kan ikke påstå at det er sant. For andre mennesker kan si at det en lukter, ikke lukter. Så tenkte jeg med meg sjøl: Den sanne trosbekjennelsen – en kan ikke ta og føle på en trosbekjennelse. Men en kan tro med seg sjøl, at det er sant. Og det var det jeg prøvde å fortelle mamma, at dersom du har tro, mamma, virkelig tro – så kan mamma komme til situasjoner at det er greit å være til. For det jeg tror, - nå er ikke alle mennesker enige med meg, men – jeg, Erik Nilsen, tror at homo sapiens – vi mennesker – vi er så ufattelige at vi lager vår egen tilværelse på grunn av det vi er. Alle vi mennesker som har levd på jorda og lever og kommer til å leve. Og jeg tenker – hvor mye forskjellige typer mennesker vi er, det vet jeg ikke, men – jeg tror at det ikke finnes noen død. Og det med å bli kremert, det kan jeg ikke svare for, for det skremte meg.

I diagnosesystemet ICD-10 er et av de diagnostiske kriteriene for schizofreni ”tankeavbrudd eller – innskytelser som gir usammenhengende eller irrelevant tale, eller neologismer” (Hansen, 2000). Slike ”symptomer” kan selvsagt være til stede i større eller mindre grad, men vil uansett måtte vurderes av tilhøreren, og er dermed avhengige av tolking. For meg ser dette ut til å være et problem: Den som snakker, kan oppleve at det er en klar sammenheng i uttalelsene, selv om *denne spesifikke tilhøreren* ikke oppfatter sammenhengen. Neologismer kan vurderes som tegn på en psykotisk tilstand – eller som et tegn på kreativitet: Litterært, og spesielt i forbindelse med lyrikk, er neologismer effektive og anerkjente virkemidler. Hvilke kvalifikasjoner gjør psykisk helse-arbeidere skikket til å skille mellom nyskapende, poetisk språk og ”psykotisk språk”?

5.3.2 Handlinger som metafor og kommunikasjon

De fleste informantene forteller at verbal kommunikasjon var vanskelig, umulig eller utilstrekkelig i perioder da de var svært syke. En sier at da hun var suicidal, var selvmordsforsøkene den eneste måten hun klarte å uttrykke seg på. Hun er i dag usikker på om hun virkelig ville dø den gangen, men sikker på at suicidforsøkene kan forstås som en form for kommunikasjon.



Noen informanter beskriver selvskading som stemmestyrte adferd, og en forteller om hvordan Stemmen kan mase på henne: *”Nå er det på tide, nå må du gå og skade deg, det gjør deg så godt!”*. Ofte gir hun etter. Denne informanten forteller om et svært dårlig selvbilde og mye indre smerte, men reflekterer ellers ikke over hvilken funksjon selvskadingen har for henne.


En annen informant hadde en svært dårlig periode, da hun bare satt og dunket seg hardt i hodet. Det var fordi hun ville *”få vekk det vonde oppi hodet”* sier hun – og det er ikke fysisk smerte hun snakker om. Denne informanten er glad for at hun i dag er flinkere til å snakke – hun har ikke skadet seg på denne måten på flere år – men sier også at det ikke alltid er lett å kommunisere verbalt om ting som plager henne. En av informantene er svært bevisst om at hun prøver å kommunisere ikke-verbalt når hun er veldig dårlig. Det er ikke alltid hun greier å uttrykke seg verbalt, forklarer hun – det kan for eksempel være vanskelig å fortelle personalet om hun akkurat da trenger fysisk kontakt, eller kanskje tvert imot ikke makter det. Hun pleier å kripe sammen i et hjørne når hun er dårlig, og hun holder en pute over magen for å beskytte seg. Hvis hun begynner å vandre fortere og fortere fram og tilbake i gangen, er hun svært plaget. Da trenger hun hjelp.

”Utagering” – (”Acting out” på engelsk) - er etter hvert blitt et svært negativt ladet begrep i helse- og sosialsektoren. Men begrepet omfatter egentlig mer enn de destruktive handlingene. Når språket svikter, kan mange typer handlinger oppfattes som kommunikasjon av følelser. Handlinger kan tolkes metaforisk, og gi oss et signal om hva problemet er.

5.3.3 Magiske forestillinger

Fire samtaler foregikk hjemme hos informantene. En fortalte at et stilisert bilde på veggen hadde tilknytning til religion, og de andre hadde innredningsdetaljer preget av religiøs symbolikk. I en av samtaleene kom vi inn på denne utsmykningen. Informanten har to englefigurer på bordet og to i vinduskarmen. Hun har to figurer som forestiller Kristus som ”Den gode hyrde” i en annen vinduskarm, og et stort bilde av ”Den gode hyrde” henger på veggen. Det er *”de der som hjelper meg”*, fortalte hun.

En informant forklarte meg hvordan han tenkte, da han tegnet bildet som henger på veggen. Tegningen er en diamant-formet mandala. Den symboliserer en skattekiste, og et ønske om at Gud skal bli så rik at han kan fordele rikdom til hele menneskeheten – sånn at *”alle kan få stifte et hjem, ha mat, klær, og drikke, og spise, og inventar i hjemmet, og at hjemmet er nedbetalt, og at de kan gå med reist hode og tenke: Jeg har et hjem”*. Den tegningen er en bønn fra hjertet, sier informanten, som også har tegnet en stor jordklode med en lyserød og gyllen glorie rundt. Disse gloriene er beskyttelse, forklarer han –



akkurat som et teppe som blir lagt rundt jorda. ”Og så tenkte jeg, kanskje jorda kunne få det godt. Men det jeg tegner, det er en bønn til Jesus Kristus sin Gud”.

To av informantene mine forteller om en type opplevelser som kan minne om elementer i sjamanistisk religion.

En forteller om hvordan hun oppfattet natur og omgivelser da hun var barn. Hun tenker i dag at hun nok var alt for følsom, for hun var sikker på at alt var besjelet. En dag hadde en lekekamerat med seg spiker og hammer ut i skogen. Informanten ble fortvilet da det andre barnet hamret en spiker inn i en trestamme, og løp gråtende hjem, for hun var sikker på at treet hadde det vondt: *alt* var jo levende – også planter og trær.

I psykose har denne informanten også hatt opplevelser av fysisk tilintetgjørelse, noe som kan minne om ”død-gjenfødelse”-ritualene en lærling må igjennom for å bli sjaman (Campbell, 1973; Walsh, 1990). Hun kan oppleve at det kribler og kreler i hele kroppen, da blir hun nummen i armer og bein, hun kan se på beina sine, og så smuldrer de opp. Hele kroppen går i oppløsning. En annen informant forteller om opplevelser av at *”øynene blir stukket ut av hodet, og tunga kappa av, og armene og beina blir kappa av... ”*. Denne informanten har også opplevd å forflytte seg ut i kosmos, som ved en sjamanistisk ”sjelereise.” Da beveget han seg *”mellom Merkur, Venus, Jorda, Mars, Jupiter, Saturn, Uranus, Neptun og Pluto. Det var akkurat som om jeg gikk mellom de planetene”* forteller han.

Magi og religion har alltid vært medvirkende i menneskehetens historie, og all religion har et grunnlag i subjektiv opplevelse. Opplevelser som de informantene forteller om, kan forstås som sterke utslag av tendenser som er grunnleggende i alle mennesker.

5.4 Å søke en mening

5.4.1 Psykosen forstått som en begripelig reaksjon på livsbelastninger

Alle informantene har hatt store belastninger i oppveksten. De bærer med seg vonde minner om overgrep, omsorgssvikt, mobbing og kaotiske livssituasjoner - og alt dette skjedde i en livsfase da barn primært trenger trygg omsorg, og trygge relasjoner til omsorgspersonene sine.

Alle informantene tenker at det er en forbindelse mellom det de opplevde i barndommen, og det de har opplevd av psykiske vanskeligheter som voksne.



En informant tenker likevel mer i retning av en ”stress-sårbarhets” forklaring, og sier at psykosen har utspring *både* i sårbarheten og i livsbelastningene. Denne forklaringsmodellen virker også dekkende for informanten som beskriver en oppvekst preget av kaos og ressursfattigdom, og funderer: *”Det som er så vanskelig, er å skjønne hva som skjedde når jeg var et barn, for hvordan jeg hadde det når jeg var et barn – Jeg må ha hatt det veldig vanskelig når jeg var et barn, for – På grunn av at jeg kunne jo ikke leke, når jeg var et barn –”*. Informanten mener at han knapt visste hva han selv het før han var tretten år. Han var en einstøing, men kunne pusle med modellfly og tegninger, og *”prøvde å pugge kalenderen og gangetabellen”*.

De andre tenker seg at barndomstraumer ligger til grunn for de psykiske lidelsene.

En uttrykte dette spesielt tydelig: på spørsmål om hva hun trodde problemene bunnet i, svarte hun kontant: *”Barndommen”*.

Jeg har noen traumer som ikke andre har. Jeg har en bagasje. Ikke kom her og medisiner bort psykosen før dere har forstått at jeg har en bagasje.

Enkelte informantene er inne på tanker om at psykosen også kan forstås som en læringsprosess. Den blir ikke mindre slitsom av den grunn: *”Jeg kunne godt vært den foruten!”* sier den ene. Likevel tenker hun at psykosen kanskje tydeliggjorde ting som skjedde da hun var liten, som hun hadde fortrent i mange år. Til da hadde hun ikke fått gjort det hun skulle gjøre i livet, og kanskje psykosen tross alt – til syvende og sist – hjalp henne videre. *”Kanskje jeg trengte det, for på en måte å bli ferdig med ting”*. Den andre informanten sier at de psykiske problemene kan ha *”ført med seg en god gevinst også”*. Dette kunne hun ikke se, tidligere. Men nå opplever hun at hun er blitt mer åpen for hva andre mennesker sliter med, og hun opplever at hun kanskje kan hjelpe andre – fordi *hun* er åpen, kan *andre* mennesker åpne seg.

En oppfatning av vonde livserfaringer som noe det er mulig å lære av, er etter mitt skjønn et tegn på modenhet. En forståelse av sammenheng i livet, som sammenhengen mellom barndomsopplevelser og senere sykdom, vil også kunne motvirke en følelse av at tilværelsen er kaotisk og utrygg. Kaos og utrygghet karakteriserer psykoseopplevelsen. Likevel forteller alle informantene at de ser tidlige barndomstraumer som en årsak til de psykiske lidelsene. Dette forteller om en opplevd grunnleggende struktur i tilværelsen, noe som i seg selv er en viktig helsefremmende faktor. Psykisk helse-arbeidere kan kanskje ha nytte av å undersøke og vektlegge brukerens *egen* opplevelse av sammenheng og mening?

5.4.2 Religion: trøst, meningssøking – og bekymring

Informantene har forskjellige synspunkter når det gjelder religion. En snakker litt overbærende om ”folk med Jesuspsykoser”, og synes det kan være vanskelig å oppnå kontakt med dem. Flere har religiøse symboler hjemme i stua, men bare hos den ene av dem blir religion et tema i samtalen.

En informant sier: *”Det er forskjell på å ha en tro og å ha en sykdom. Men jeg tror at en veldig sterk tro kan ta overhånd, så mye at det blir sykt”*. Denne informanten forteller først at når hun er psykotisk, *”tror”* hun at hun er født ond, og da *”tror”* hun at stemmene har makt over henne på grunn av dette. Mot slutten av samtalen, når hun begynner å bli sliten, sier hun spontant: *”Stemmene mine er onde ånder”*.

For to av informantene er religion en viktig del av tilværelsen. Begge hører både gode og onde stemmer, og den ene forteller at hun også kan *se* det gode og det onde. Begge opplever Gud, Jesus og Djevelen som vedvarende og virkelig til stede i livet.

For den ene virker det som om de religiøse forestillingene er en god hjelp. Riktignok så hun Styggen sjøl en gang: *”Rett ved sida av meg, ved senga, så sto – hm -. Djevelen. Med håndjern – nei, med høygaffel – og alt. Jeg ble livredd”*. Men det er lenge siden dette skjedde, og informanten forteller at hun nå lever i en trygg forvissing om å ha fått hjelp. Det er pappa Gud og Jesus som har hjulpet henne, og engler finnes, de også. Når hun hører dem og snakker med dem, er hun bare glad, og hun er trygg på at hun kommer ”opp” når hun dør.

For ”Erik” er tilværelsen mer komplisert. Han har alltid hatt det godt med sin og mamma sin Gud, som har skapt jord og himmel, aldri fordømmer noen, og er bare snill. Denne gode Guden frelste mamma da hun var død, og Gud prater med Erik – også med intervjueren til stede. Erik må jo tro på Gud – for Gud har jo alltid svart Erik, og prata med ham!

Likevel er ikke religionen bare enkel og gledelig for Erik. Problemet er at han noen ganger er *”mottakelig for at det er en annen Gud.”* Denne andre Guden er ei plage, for han er så forferdelig sinna. *”Han vil meg vondt”* sier Erik. *”Han vil brenne meg for ever. At jeg never kommer tilbake. Bare brenner. Så lurere jeg på hvorfor. Så sier han at han er sjalu”*.

Erik er usikker på hvem det er som er sjalu. Kanskje er det Djevelen? Eller kan denne sinte Guden være den ”ordentlige guden” – Bibelens Gud, Jesus Kristus sin Gud?

I så fall må han og mamma ha funnet opp en avgud. Men – *”jeg tror ikke mamma ville lage sin egen Gud?”* funderer Erik.

Mamma ble kremert. Den som blir kremert, brenner opp. Erik ble veldig forvirra av dette. Han tror jo ikke på aska og oppstandelse, forklarer han, men på *”fra jord er du kommet – og av jord skal du oppstå”*. Ble mamma straffet for å ha oppfunnet sin egen Gud? Erik sier han *”lever mye i Det Gamle*

Testamentet”. Det Gamle Testamentets Gud er streng, og sier at mennesker ikke får lov å ha andre guder enn ham. Han er en sjalu Gud.

Doktorene på sykehuset mente at Erik bare skapte sine egne stemmer, inne i hodet. Hvis dette er sant, må det vel være sånn at Erik har prøvd å skape seg sin egen Gud. Det minner Erik om Lillebror og Karlsson på Taket. Det er ikke fullt så farlig med Karlsson på Taket – det er verre å skape sin egen Gud, for det er ikke lov. Kanskje det er derfor den sinte Guden er sjalu, og vil brenne hele Erik opp? Når Erik prøver å finne ut av dette, blir han veldig urolig, og lurer på om Karlsson på Taket kan finne på å gå sine egne veier.

Når jeg prater med Gud som jeg tror på, så svarer han meg. (-) Men, det har vært for mye forviklinger og problemer og vanskeligheter og forvirring i min måte å leve på.

En iøyenfallende forskjell mellom informantenes religiøsitet og en mer samfunnsmessig akseptert religiøsitet, er *opplevelsesaspektet*.

En informant forteller meg at fordi hun har opplevd, trenger hun ikke ”tro” – hun *vet*.

Religionshistorisk finner vi mange eksempler på at subjektive opplevelser ligger til grunn for, og er en del av, trossystemene. I de store kirkesamfunnene er slike opplevelser ikke lenger en selvfølgelig og integrert del av menighetslivet, men i enkelte vekkelserbevegelser og karismatiske trossamfunn er ekstatisk, subjektiv erfaring fremdeles akseptert og ønsket.

Vi har ingen kunnskap om hvor vanlige denne typen opplevelser er i den norske ”normalbefolkningen” – men det kan se ut til at potensialet for slike opplevelser er almenmenneskelig, og ikke bare en del av symptomspekteret ved psykose.

5.4.3 Håp og mål

Alle mine informanter forteller at de i dag har det bedre enn før, og de fleste gir på forskjellige måter uttrykk for en tiltro til at de har en framtid som kan bli bra.

En er spesielt opptatt av forebyggende arbeid i forbindelse med incest og overgrep mot barn. Hun håper at hennes egen historie kan være med på å påvirke en opinion. Det hun har vært igjennom, vil kunne fungere som en drivkraft : Hun tenker at en gang, når hun har overskudd nok, kan hun kanskje skrive noe. Eller hun kan bli politiker? Hun vet ennå ikke helt hvordan, men har både en målsetting og et oppriktig håp om å få jobbe med disse spørsmålene en gang i framtida.



En annen informant forteller at tilværelsen er blitt så mye bedre, og at doktoren og de andre på sykehuset ikke kunne skjønne hvordan hun plutselig kunne bli så bra. Hun har nylig vært på besøk på sykehuset, og ler godt når hun forteller dette: *”Jeg kan ikke bli innlagt der nå, for jeg er for frisk! Det er så godt å tenke på at her kan de ikke legge meg inn. Jeg er for frisk!”*. Hun finner trøst i de gode stemmene, og tenker at hun kan ha hatt litt nytte av alle de vonde opplevelsene, tross alt – for nå *vet* hun at det gode finnes, og er sikker på at hun skal få evig liv. Og det er fint.

Enkelte av informantene sliter fremdeles med selvskading og spiseproblemer. En kaller anoreksien ”en besettelse”; men virker klartenkt og rasjonell, og oppsatt på å gjøre alt riktig. Hun er glad for støtten hun får fra personale i bofellesskap og på sykehus. Hun godtar også at hun ”er på tvangsmedisinering” inntil videre. *”Jeg vil jo ikke være syk”* sier hun. *”Jeg vil jo være frisk!”*

Også den andre som sliter med spiseproblemer har mål, og vil strekke seg etter å nå målene sine: Å klare seg selv i denne verden, og helst uten medisiner. En gang skal hun komme så langt at hun ikke trenger hjelp fra noen. Men akkurat nå må hun ha både hjelp og medisiner for å komme videre, og det godtar hun. Hun har vondt for å motstå Stemmen, som befaler henne å skade seg – men hun forteller at hun setter mer pris på livet nå, enn noen gang før. *”Jeg har lært utrolig mye om hva det vil si å være menneske”*.

Hun har opplevd at det er mange som bryr seg om henne. Denne kvinnen, som knapt kan huske å ha mottatt kjærlighet som barn, kan nå få kontakt med kjærligheten ved å gi varme og omsorg til de minste barna i barnehagen.

De fleste av informantene ga altså uttrykk for at de hadde både målsettinger og håp for framtida. De uttrykte dette på forskjellige måter og i forskjellig grad, men for meg var det påfallende å finne en såpass stor samstemthet på dette punktet, tatt i betraktning problembelastingen hver og en av dem har måttet hankses med.

5.5 Behandlingsrelasjoner

Jeg opplevde at alle informantene kunne fortelle om gode møter, og om gode hjelpere innen psykisk helsevern. Ett element som går igjen i disse beskrivelsene, er opplevelsen av å bli møtt *oppmerksomt*, slik at det over tid kan utvikles en forståelse og en trygghet. Gode behandlingsrelasjoner har vært av betydning for alle informantene. Problematisk møter med psykisk helse-arbeidere har også gitt utslag



for bedringsprosessen. Jeg vil nå se nærmere på hva informantene har å fortelle om temaet, og har sortert funnene i fire undertemaer: Tiden, tryggheten, respekten og samtalen.

5.5.1 Tiden

Alle informantene har opplevd at *tid* er en viktig faktor i en bedringsprosess. Også de som i dag fungerer godt og har det bra, har opplevd mange år med sykdom. Det finnes kanskje ingen snarveier ut av den – folk bør få lov til å være i psykosen til de selv er modne for å komme ut av den, mener en av informantene.

Det er viktig at ansatte i helsevesenet tar seg tid til å høre etter. Det tar tid å bli forstått. For en av informantene har det også vært en viktig bedringsfaktor at psykiatrisk sykepleier og behandler på poliklinikken har vært åpne for akutt-henvendelser utenom avtalt tid. For flere har det vært viktig at betjeningen kunne ta seg tid til å være sammen med dem når angsten var ekstra sterk.

Flere understreker også at det tar tid å bli kjent med mennesker. For en person i akutt psykose kan trygghetsfølelse være avgjørende – og trygge personer er som oftest folk man har kjent over tid.

En av informantene påpeker at når helsearbeidere snakker med en psykotisk pasient, er det først og fremst en *person* de snakker med. Helsearbeidere må kunne bruke rikelig med tid, dersom de skal kunne bli kjent med denne personen.


En informant beskriver den eneste terapeuten hun *ikke* opplevde å få et godt forhold til. Denne terapeuten tok seg ikke tid til å bli kjent med informanten, men var alt for ”pågående og brå”, og informanten opplevde at hun nærmest ble overkjørt. ”*Den måten hun jobber på kan passe for andre, men ikke for meg*” sier informanten. Hun er glad for at hun fikk bytte behandler.

Dårlige behandlingsrelasjoner kan bli resultatet, dersom helsearbeidere overser at det tar tid å bygge trygghet. Det å *ta seg tid*, og *være til stede*, kan være viktigere enn formelle kvalifikasjoner. En informant forteller med takknemlighet om den viktige rengjøringsassistenten: ”*Hu var jo fysisk til stede – og hadde alltid tid*”.

Fokuserer helsevesenet hovedsakelig på økonomi og effektivisering, blir menneskers arbeidstid noe av det første som må begrenses – men det spørres om det overhodet er mulig å drive forsvarlig psykisk helsearbeid uten å gi helsearbeidere anledning til å bruke rikelig med tid.

5.5.2 Tryggheten

Tid nok er en viktig forutsetning for at det skal kunne oppstå en følelse av *trygghet*. ”Trygge personer” er for en av informantene folk hun kjenner, som kjenner og forstår henne. Flere av informantene



beskriver døgnavdelinger der de er godt kjent, som steder der de føler seg tryggere, fordi de fleste i personalgruppen kjenner pasientene. Hele behandlingsmiljøet kan da oppleves som støttende.

En informant snakker varmt om *”disse få enkeltpersonene som kunne bryte noen regler og gjøre litt utradisjonelle ting”*. Disse personene var ikke nødvendigvis behandlerne: Informanten forteller hvor viktig det var for henne, i begynnelsen, å kunne følge etter vaskehjelpen fra rom til rom. Dette var et stabilt og vennlig menneske, en som alltid var til stede. Nærværet ga større trygghet.

En informant forteller at hun kan oppleve det som trygt å bli *”realitetsorientert”*, men da bare av de *”trygge personene”* – hun ville ikke trodd det, dersom fremmede fortalte at hun ikke hadde skyld for det forferdelige som skjer på TV-skjermen.

Informantene uttrykker seg nokså likt, når de blir spurt om hvordan helsearbeidere best kan møte personer som ser og hører ting andre mennesker ikke oppfatter. *”Da kan de si: Jeg ser det ikke, men jeg forstår at du ser det, og da kan jeg være hos deg, mens du er redd”* sier en. En annen informant er enig, og syns at formuleringen *”jeg skjønner at du ser dem, men jeg ser dem ikke”* er helt grei, - dette er jo sant, og helsearbeidere skal ikke jule for folk. Men, legger hun til, dersom en vilt fremmed person hadde sagt dette til henne da hun var i psykosen, så ville hun helt sikkert tenkt: *”Ja – du er i hvert fall gal!”*

En informant legger mer vekt på at *”realitetsorientering”* også *kan* være en trygghetsfaktor når hun er i psykose. Hun tenker at sykepleierne kan si: *”Jeg skjønner at du ser og hører og føler – og lukter og smaker – at jeg skjønner at du gjør det, men jeg kan ikke se det. Det er noe du opplever”*. Denne personen er så redd, fra før, at hun ikke blir mer redd av å få vite at hun hallusinerer. Det kan bidra til å ufarliggjøre hallusinasjonene, sier hun.

En informant forteller om en behandlende lege som møtte henne med forståelse, i den tida da hun trodde hun var et barn som hadde rømt hjemmefra. Denne legen skjønte fort hvordan pasienten opplevde sykehuset, og ved hvert møte ble det bekreftet at politiet ikke skulle få hente henne, og mor skulle heller ikke få hente henne. På dette kontoret følte informanten seg trygg. *”Jeg kunne gjerne satt senga mi der inne!”* sier hun.

Flere informanter poengterer at det ikke bare er behandlerne som kan bidra til økt trygghetsfølelse. En assistent som fletter håret kan være like viktig.

To av informantene forteller om perioder da de kunne oppleve nettene som spesielt vanskelige. Begge var redde for å være aleine på rommet. Den ene opplevde at hun ble voldtatt om natta, og mente hun

hadde blåmerker på beina og rundt håndleddene som kunne bevise dette. Men personalet trodde henne ikke – hun fikk beskjed om at dette bare var tull, og at hun skulle gå inn igjen og legge seg og sove.

*”Når de sa: Det er ingenting der, du trenger ikke være redd –” Da blir en veldig – Detter langt ned, for en vet at det er noe der, og de sier at ’Det er ingenting, du trenger ikke være redd, for vi passer på deg.’ Da føler en at de **ikke** passer på en. Når en vet at for en selv så er det faktisk noe der”.*

Psykosen er for de fleste en svært angstfylt opplevelse. Enkelte former for ”realitetsorientering” kan bidra til økt utrygghet. Tilstedeværelse av vennlige, stabile mennesker kan derimot lindre angsten, og etter hvert styrke en følelse av trygghet.

5.5.3 Respekten

Bare en av informantene kommer direkte inn på hva det betyr å *respekt*ere personer som har en psykoseopplevelse. Jeg velger likevel å referere det hun sier, fordi jeg oppfatter ”respekt” som et viktig tema. Jeg velger også å legge inn to direkte sitater fortløpende her, fordi jeg neppe kunne formulert dette bedre enn hun gjør.

”Jeg husker en pleier som ofte kom inn på røykerommet og laga en kjempediskusjon på politikk. Og da bare – OK! Plutselig så var du ikke bare psykosen, du fikk lov å si hva du mente uten å få to ekstra tablett og ei uke ekstra kost og losji, ikke sant.”

”Man kan faktisk diskutere politikk og religion og verdensproblemer med psykotiske pasienter. Du kan få litt merkelige svar, selvfølgelig. Men OK, greit! Tenker jeg.”

Informanten snakker også om det å respektere at forskjellige personer har forskjellige interesser og ønsker om hva de vil gjøre med livet sitt. Hun synes det er en dårlig ide at avdelingene presenterer aktivitetstilbud som skal omfatte alle, eller i hvert fall flest mulig, av pasientene. Dette er respektløst, synes hun.

Hun opplevde derimot at hun ble respektert da den psykiatriske sykepleieren begynte å utfordre henne med spørsmål om hva hun selv kunne gjøre for å nå målsettinger i livet. *”Hun begynte å stille krav til meg. Og etterpå har jeg tenkt at det var en god del respekt i det”.*

Hun fikk gradvis tilbake ansvaret for eget liv. *Dette er respekt, mener informanten. ”Selv om du er i psykosen, så er du faktisk en person i psykosen. Man er så mye mer enn en psykose”.*



Et menneske som står midt i et psykosekaos, kan oppleve at psykisk helse-arbeidere kommer bort og sier: ”Ja, men dette er bare i *ditt* hue, dette er din sykdom”.

Flere av informantene forteller om slike opplevelser. Dette er opplevelser av manglende respekt.

En snakker om hvor vondt det er, hvis helsearbeidere hun kjenner og stoler på, ikke tror henne når hun sier at hun fremdeles hører stemmer tross alle medisinerne. Hun *hører* jo stemmer, selv om helsearbeiderne har lest seg til at stemmene skal forsvinne med så høye doser som hun har nå.

En informant forteller at hun har vært ute for en sykepleier som ikke respekterte henne. Denne pleieren kunne komme rett inn på toalettet uten å banke på – bare for å gi en beskjed. Hun kommenterte det hun fant når hun åpnet skap og nattbordskuffer, og det var ikke for å lete etter gjenstander pasienten kunne skade seg med – ”*hun der, hun bare gjorde sånne ting. Det var ikke noe særlig!*”

Begrepet menneskeverd innebærer at hver enkelt av oss har et grunnleggende krav på å bli respektert som menneske. Men dette er et ideelt mål, og stigmatiserte grupper opplever ofte å bli behandlet respektløst. Informantenes fortellinger handler både om å bli respektert, og om det motsatte, i møter med psykisk helse-arbeidere. Fortellingene illustrerer at et fokus på respekt for enkeltpersonen, enten denne personen er syk eller frisk, bør være etisk retningsgivende i alt helsearbeid.

5.5.4 Samtalen

Alle informantene gir på forskjellig vis uttrykk for hvor viktig det er å kunne snakke med andre om det de opplever. *Samtalen* oppleves som uunnværlig i en bedringsprosess.

En er frustrert, fordi han gjerne vil fortelle om sin situasjon, men opplever at folk ”*kommer til det, at de ikke vil høre*”. Først på Stemmehørerkurset møtte han mennesker som forsøkte å skjønne ham, og han sier, med ettertrykk, at dette er den beste hjelpen han kunne få.

En annen forteller også mye om hvor viktig det har vært for henne å bli forstått. Hun har lært seg å bruke språket bedre, så hun kan snakke om ting nå, selv om det ikke alltid er lett. De hun kjenner er flinke til å høre etter, sier hun. På Stemmehørerkurset opplevde hun at hun fikk snakke ut: ”*Det blir jo bedre når man får tømt seg!*” Også for henne har dette kurset bidratt til en positiv opplevelse av den viktige samtalen.

Informantene legger vekt på at det er viktig å ha samtalepartnere – både for å få innspill og nye ideer, og – ikke minst – for å få muligheten til å uttrykke seg. Dette gjør alt mer tydelig, og *det* er mye bedre enn å bare ”*sitte med det i hue*”.

En informant sier at hun tidligere aldri klarte å fortelle om hvordan hun hadde det, hun ”bygde en mur rundt seg” og var redd folk skulle sladre om henne hvis de fikk vite noe. I dag vet hun at det som



hjelper henne er å snakke, gjerne mange ganger om samme tema. ”Å fortelle første gang er alltid verst. Så går det bedre og bedre. Det er derfor jeg kan snakke om ting nå, for at jeg har snakket om det så veldig mye”. Hun tenker også at det kan hjelpe andre å åpne seg, hvis hun blir mer åpen.

Behandlingsrelasjonen er bare en av mange betydningsfulle relasjonsformer. De nære relasjonene, til familie og venner, vil alltid være grunnleggende. Men informantenes fortellinger tyder på at andre typer relasjoner også kan bidra til å utvikle relasjonsevnen, selv om de nære relasjonene i utgangspunktet har vært vanskelige. Flere av informantene legger vekt på at det ikke bare er ”behandlerne” som kan hjelpe personer i psykose. Jeg får høre fortellinger om bollebaking, politiske diskusjoner på røykerommet, og en rengjøringsassistent som alltid hadde tid; om ACT-teamet, arbeidskameratene, treningskontakten, og om en assistent som alltid er villig til å flette informantens hår.

Jeg ser noen fellestrekk ved disse fortellingene: De handler om å bli møtt med vanlig menneskelig varme, det er en direkte og liketil kontakt som innebærer en god del respekt. Denne formen for kontakt gir signaler om at andre mennesker kan like deg – de kan mene du er så mye verdt at de gjerne vil bruke tid på samvær.

Det er påfallende at nettopp disse trekkene – som jeg finner i informantenes beskrivelse av gode relasjoner, allment sett - også finnes i beskrivelsene av gode *behandlingsrelasjoner*.


5.6 ANDRE FAKTORER MED BETYDNING FOR TILFRISKNING

Helsearbeidere vil kanskje helst se egen profesjons innsats som den *viktigste* faktoren i en bedringsprosess. Informantene forteller meg noe annet: Mange faktorer har virket inn, og samspillet mellom faktorene har også hatt betydning. Denne tolkingen av rådata stemmer godt overens med resultater fra tidligere forskning (Topor, 2003).

5.6.1 Egen innsats

Flere av informantene understreker hvor viktig egen innsats er, i forbindelse med en bedringsprosess. De understreker også at det er krevende å mobilisere så mye krefter og utholdenhet.

En informant forteller at da den psykiatriske sykepleieren begynte å utfordre henne til å ta mer ansvar, ble dette et vendepunkt livet. Sykepleieren begynte med å gi ”hjemmelekser”: Informanten skulle skrive ned *ett* mål hun gjerne ville nå. Da informanten hadde greid dette, sa sykepleieren: ”OK. Og hvordan vil du klare det?” – Gradvis gikk det opp for informanten at hun selv måtte ta styringen på



livet - og først da kunne hun begynne å endre ting. Gradvis oppdaget hun sin egen styrke, og sier i dag at fra det punktet av var det hun selv som *”gjorde mesteparten av jobben”*.

Dette eksempelet er typisk for flertallet av informantene. De forteller om at de har fått hjelp og støtte, men sier også at når omsorgs- og trygghetsbehovet ikke lenger er altoverskyggende, er det eget arbeid og vilje som er avgjørende. En informant sier at hun alltid har vært veldig sta, og tror det er en viktig grunn til at hun har det mye bedre nå. *”Du må gå inn i det vonde. Du må jobbe veldig mye med deg sjøl”*. En annen tenker om bedringsprosessen: *”Det var nok mest hjelperne –”* Så smiler hun, og tilføyer: *”Men det var nok meg også!”*

Bevissthet om egen styrke og innsats vil naturlig nok variere i forhold til funksjon og grad av hjelpebehov. En av informantene kommer lite inn på slike temaer i samtalen. Jeg spør til slutt om det er noe informantene selv kan gjøre noe med de onde, skremmende stemmene. Informanten svarer:

”Jeg må jo bare ta til fornuft, og la være å prate tilbake. For da gir det seg, vet du. Det er min oppfatning”. Denne informanten er deltaker på ”Stemmehørerkurset”, og har kanskje fått med seg denne taktikken som et godt råd derfra – eller kan selv ha tenkt at en sånn taktikk kan hjelpe. Uansett er tonefallet nærmest oppgitt: som om svaret teoretisk sett er innlysende, men fremdeles alt for vanskelig å virkeliggjøre.

Betydningen av egeninnsats er kanskje noe en psykoserammet person best kan vurdere etter en bedring. Informantene mine forteller at når psykosen er akutt, er det primært omsorg og trygghet de føler behov for. Men de forteller også at i bedringsprosessen er egeninnsats, vilje og utholdenhet avgjørende.

5.6.2 Materiell tilrettelegging

Behovet for tilrettelegging varierer fra person til person. En av informantene klarer seg i dag fint uten hjelp, hun er medisinfri og har ikke vært innlagt på flere år. En annen har aldri vært innlagt, og har bare behov for poliklinisk oppfølging. To bor i bofellesskap, og en har fått hjelp til å kjøpe sin egen leilighet. For denne informanten er det svært viktig at hun eier sitt eget hjem, og at hun klarer å bo alene. Hun har også tilrettelagt arbeid, en treningskontakt, og god oppfølging fra ACT-teamet. Disse materielle tilretteleggingstiltakene betyr svært mye for henne – hun har mennesker å være sammen med, og hun er stolt og glad over å kunne gjøre en jobb som blir verdsatt. *”Men det som er viktigst for meg å få fram (...) det er at jeg faktisk eier min leilighet. Og at jeg kjøpte den, og at jeg nå klarer å bo her. Og at jeg har jobb, og at jeg går på trening”*.



Tilrettelegging kan være så mangt. Grundig og realistisk kartlegging av ressurser og behov, i henhold til retningslinjene for bruk av Individuell Plan, kan være avgjørende for om tiltakene ”treffer” eller ei. En informant forteller om en verge som hjelper til med økonomi og regninger, og virker fornøyd og lettet over å ha fått denne hjelpen. En annen informant er svært selvstendig i dag, og ser seg selv som en som kan hjelpe andre - ikke en person med hjelpebehov.

Gode tilretteleggingstiltak trenger ikke være omfattende og kostbare – poenget er å finne tiltak eller hjelpemidler som dekker et reelt behov. En informant forteller om et hjelpemiddel som har vært svært viktig for henne: Kuledyna. Dette er et dynetrekk fylt med plastballer – ”sånne som ungene herjer i på Danskebåten” forklarer informanten. Den første dyna fikk hun via Hjelpemiddelsentralen. Den veide 7,5 kg. Den dyna informanten nå har, veier ti kilo, og hun kjøpte den for sine egne penger. Den kostet 7000 kr, men det er den verdt, sier hun. *”Den dyna former seg etter kroppen, og omslutter og avgrenser kroppen. Og når kroppen er på plass, er en sjøl mer på plass. Jeg blir holdt fast, og holdt nede, av kuledyna. Jeg kan bruke den i stedet for Vival”*.

Materiell tilrettelegging etter behov er viktig, forteller informantene. Dette burde kanskje være en selvfølge - uten en grei bosituasjon og en økonomi som fungerer kan det virke uoverkommelig å komme i gang med en psykisk bedringsprosess. Tilrettelegging er kommet mer i fokus i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk Helse og innføringen av Individuell Plan, og flere av informantene forteller om gode tilretteleggingstiltak med god effekt. Vi skal imidlertid ikke glemme at psykoserammede personer ofte lever av uførepensjon, og at uførepensjonister er blant de aller fattigste gruppene i samfunnet vårt. Samfunnet har nok fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder materiell tilrettelegging for psykoserammede.

5.6.3 Likemannsarbeid, stemmehørerkurs

Alle mine informanter har deltatt på et mestringskurs for mennesker som hører stemmer. To er, eller har vært, erfaringskonsulenter ved samme kurs. Noen har tatt kurset flere ganger. Alle er udelt positive i sin omtale av kurset. Det er variasjon i graden av nytte, - ikke alle har hatt like lett for å fortsette å bruke de forskjellige teknikkene etter avsluttet kurs. Men det er enstemmighet blant informantene om at kurset har vært til stor hjelp. Informantene angir fire hovedgrunner til at kurset har hjulpet dem:

- 1.) De har oppdaget at det finnes andre mennesker som har det som dem – dvs. de er kanskje ikke så unormale og så syke likevel?
- 2.) De har følt seg respektert, sett og hørt av kurslederne - det å bli *forstått* er viktig.



3) De har kunnet lære av andre personer som er i samme situasjon, de har utvekslet erfaringer, de har kanskje selv fått erfaring med å kunne bidra med noe og være til hjelp.

4): Noen av informantene kan fremdeles nyttiggjøre seg teknikker de lærte på kurset. De får på denne måten hjelp til å takle ”stemmene” bedre, og kanskje også håp om å kunne klare dette enda bedre i framtida.

Alle informantene setter stor pris på psykologen som leder stemmehørerkurset: *”Han har forstått meg veldig godt, føler jeg!”* sier en informant. *”Og så har de medfølelse der”* sier en annen. *”De prøver å skjønne – å leve i samme situasjon som vi gjør. For å skjønne hva vi mener. Og bedre hjelp kunne ikke jeg fått”*.

Informantene vektlegger likevel særlig det første punktet, normaliseringseffekten: *”Å så godt – jeg er ikke aleine”*. Det kan bli et vendepunkt å treffe likemenn, i en situasjon der hensikten er å snakke åpent om felles erfaringer, og gi og motta støtte av andre i samme situasjon.

I alle samtalene kommer vi inn på hva som er forskjellen på psykosesyntomer, og mer samfunnsmessig aksepterte fenomener, som for eksempel Snåsamannen, sterk religiøsitet eller UFO-foreninger. Informantene famler litt etter svar på disse spørsmålene – det er en forskjell, men flere av dem klarer ikke helt å sette fingeren på hvilken; flere mener likevel forskjellen ligger i at psykosen kjennetegnes av sterk opplevd lidelse. Ellers er flere også kommet til at ”symptomer” som for eksempel stemmehøring kanskje ikke er så sykt og unormalt likevel, - ”Stemmehørerkurset” har gitt dem en anledning til å møte andre som opplever lignende ting.

En informant forteller at hun har en venninne som er synsk. Informanten ler litt, og innrømmer at hun ser vel egentlig på den venninnen som *”litt unormal. Og litt gal”*. Denne informanten tror ikke på at det *”finnes noen synske greier”* og har iblant lurt på om hun burde ringe akuten på vegne av prinsesse Märta.

En annen informant mener derimot at hun ikke bare hører, men kan *se* det onde, og *”akkurat som Märta”* kan hun *se* det gode også. Hun er glad hun har denne evnen: *”Noen tror jo, uansett om de har opplevd eller ikke. Men når man opplever det, så er man jo helt sikker på at det fins, da. Da kan en ikke blånekte og si at nei, det fins ikke”*.

Brukerorganisasjoner og kommunale dagsentre kan gi personer med psykiske lidelser en anledning til å møte andre med lignende erfaringer, og mange etablerer et sosialt nettverk på denne måten. Stemmehørerkurset later til å ha hatt en enda viktigere funksjon for informantene – det er både



likemannsarbeid og terapeutisk gruppe. Her fokuseres det på fenomenet ”stemmehøring”, som gjennom god faglig ledelse av kurset kanskje kan mestres bedre, kanskje ufarliggjøres; uansett blir stemmehøringsfenomenet normalisert gjennom at folk får anledning til å snakke åpent om tabubelagte erfaringer.

6 DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg først se nærmere på studiens funn, sett i lys av valgt teori. Jeg vil *i hovedsak* vektlegge de fire temaene jeg oppfatter som sentrale: Psykoseopplevelsen, Symptomet som metafor, Å søke en mening, og Behandlingsrelasjoner. Også punkt 5.1, *Forhistorien*, vil jeg gå noe inn på her, fordi den danner et bakteppe for resten av drøftingen. Punkt 5.6, *Andre faktorer*, vil bli jeg komme tilbake til i punkt 7.1 – *Hva hjelper*.

Jeg vil ved hjelp av disse temaene prøve å belyse studiens problemstilling, og deretter vil jeg gå over til å drøfte det metodiske arbeidet.


6.1 Drøfting av studiens funn

Resultatene vurderes i samspill med Antonovskys salutogeneseteori, Lakoff og Johnsons metafor-teori, og Carl Rogers’ tanker om prosess og terapeutisk relasjon. Disse teoriene er blitt presentert i kapittel 2, *Teoretisk forankring*. Annen litteratur det henvises til i drøftingen, er omtalt i kapittel 3, *Tidligere forskning*.

6.1.1 Forhistorien: livsbelastninger

De oppvekstforholdene mine informanter beskriver, er smertefulle og svært belastende. Det virker ikke overraskende at slike opplevelser i barndommen medfører relasjonstraumer og tilknytningstraumer – noe som gir grunnlag for psykiske lidelser i voksen alder (Axelsen, 2009).

Innen en kontekstuell forståelsesramme oppfattes barndommen som en basis for menneskets psykiske helse. Også innenfor en bio-medisinsk forståelsesmodell vektlegges oppvekstforhold – selv om en her mener at psykoselidelser som schizofreni *primært* skyldes en genetisk betinget biokjemisk feilfunksjon i hjernen (Frith & Johnstone, 2003). I denne studien vil jeg ikke gå nøye inn på diskusjonen mellom




den medisinske og den kontekstuelle forståelsen av psykisk lidelse, men vil poengtere at i drøftingen av datagrunnlaget beveger jeg meg innenfor en *kontekstuell* forståelsesramme.

Når Antonovsky (2000) tenker seg hvordan ”opplevelsen av sammenheng” (OAS) utvikler seg gjennom livet, begynner han nettopp med å påpeke at mennesker lever sine liv i en kontekst. Faktorer som fattigdom, krig, katastrofer og forurensing er sterkt inne i bildet når det gjelder utvikling av sterk eller svak OAS. Det er også oppvekstforholdene gjennom spedbarnsår og barndom. De tre komponentene begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet utvikles i samspill mellom barnet og den sosiale verden det er en del av. Barnets omsorgspersoner er spesielt viktige i denne sammenhengen – jo sterkere foreldrenes OAS er, jo lettere vil barnet kunne utvikle en opplevelse av at tilværelsen er begripelig, meningsfull og håndterbar (Antonovsky, 2000).

Lakoff og Johnson (1999) hevder at mennesket utvikler sin tenkeevne med basis i en periode da det er sammenfall mellom barnets sensorimotoriske inntrykk, og de subjektive følelses- og forståelsesopplevelsene. På denne måten dannes en rekke primærmetaforer, som siden utvikles videre til et komplekst, metafor-basert begrepsapparat. Abstrakt tenking er ikke mulig uten et slikt begrepsapparat, mener Lakoff og Johnson – som likevel påpeker at vi også opererer med en rekke ikke-metaforiske begreper: disse er grunnleggende sensorimotorisk opplevde, som for eksempel begrepene for gjenstander, romlige forhold og fysisk handling (Lakoff og Johnson, 1999).

Jeg vil gå ut fra denne teorien om metaforisk tenking og måten den utvikles på. Jeg ser en forbindelse mellom denne teorien og Antonovskys tanker om forutsetninger for at barn får et grunnlag for å forme en sterk opplevelse av begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Dersom disse forutsetningene svikter – hvilke primærmetaforer utvikler barnet da? Der barn opplever hjemmet sitt som ”*et helvete*”, og identifiserer oppvekstfamilien som ”*de onde*” – slik et par av mine informanter gjør – er det kanskje ikke lenger en selvfølge at barnet som voksen vil assosiere opplevelsen av fysisk varme og fysisk nærhet med begrepet ”kjærighet”. Kanskje opplevelsen av ”trygghet” i stedet kan bli assosiert med ”nå er det ingen andre mennesker i nærheten”? Kanskje blir det logisk at smerte gjør godt, og at det kan oppleves truende og motbydelig å skulle spise ”for å bli stor og sterk”?

Et begrepsapparat bygd opp av *denne* typen primærmetaforer, i omgivelser som er ubegripelige, meningsløse og uhåndterbare for et barn, vil nødvendigvis fungere på andre måter enn hva de fleste av oss er vant med. Det er likevel et begrepsapparat som grunnleggende fungerer etter de *samme* prinsippene som alle andre menneskers. Om helsearbeidere ikke umiddelbart forstår hva en person i akutt psykose vil formidle, betyr ikke det at forståelse er prinsipielt umulig. Vi må bare høre bedre etter. Vi må anstrenge oss litt mer.



Ett av kriteriene for utvelgelsen av informanter var at jeg ønsket samtaler med personer som i større eller mindre grad hadde opplevd en bedring. Dermed er det selvsagt etablert et ”bias” i utgangspunktet – denne gruppen kan ikke sies å være representativ for *alle* psykoserammede, når det gjelder bedringspotensial. Likevel: Det bildet informantene gir av situasjonen i dag, forteller mye om endringsmuligheter og vilje til vekst, tross svært dårlige relasjonserfaringer i barndommen.

Det store spørsmålet er ikke hvorfor disse personene opplevde år med alvorlig psykisk lidelse. Spørsmålet er snarere hvordan det kan ha seg at de har opplevd så stor bedring.

6.1.2 Forhistorie: Opplevelsen av ”psykiatrien”

Statens Helsetilsyns kliniske retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni er utarbeidet i tråd med en bio-medisinsk forståelse av psykose. Den medikamentelle behandlingen omtales her som grunnpillaren i behandling av schizofreni (Hansen, 2000). Behandlingsallianse og kontinuitet vektlegges, men individuelle psykoterapeutiske intervensjoner anses å ikke ha godt nok dokumentert effekt – med unntak av realitetsorienterte tilnærminger, og kanskje former for kognitiv terapi. Gruppeterapi etter kognitive prinsipper nevnes også.

Andre elementer som prioriteres i de statlige retningslinjene, er psykoedukativt arbeid overfor pasienter og pårørende, arbeid med individuell plan, elektrokonvulsiv behandling (ECT) og familiebehandling (Hansen, 2000).

Det er disse statlige retningslinjene som ligger til grunn for mye av psykosebehandlingen i Norge, selv om praksis og holdninger nok kan variere mye: også arbeidsformer som baseres på nettverksmøter, åpne samtaler, stemmehørergrupper og individualterapi forekommer.

Det er heller ikke et enhetlig bilde vi skimter i informantenes fortellinger. De fleste har opplevd å få omsorg og hjelp i ”Psykiatrien”, og flere snakker varmt om helsearbeidere de har blitt kjent med på døgnposter der de har vært innlagt i perioder, eller behandlere de har møtt i polikliniske avdelinger eller i førstelinjetjenesten.

Den mest systemkritiske av mine informanter har ikke vært innlagt de siste ti årene. Det må være lov å håpe at det bildet hun tegner av det kjølige systemet og regelrytteri på en psykiatrisk avdeling den gangen, nå er i ferd med å endre seg, og at det er derfor de fleste av informantene uttaler seg såpass positivt om ”Psykiatrien”. Selv de som har opplevd tvangsinnleggelse, er enige om at tvangsinnleggelse kan være nødvendig – (men de to som har opplevd å bli hentet av politiet, er enige om at *dette* er en alvorlig krenkelse, og synes at ”Psykebiler” burde finnes over hele landet).



Vi er i dag er inne i en endring innen psykisk helsevern. Mye har skjedd i forbindelse med ”Opptrappingsplanen for psykisk helse”, og dersom jeg legger informantenes fortellinger til grunn, virker det som om mange endringer fungerer positivt for brukerne. Likevel er bildet variert og mangetydig, og informantene forteller også om vanskelige møter med psykisk helse-arbeidere, om ignorering og respektløshet, om holdninger som *ikke* hjelper.

Det er ellers interessant å merke seg at informantenes holdninger til medisiner, og til diagnosesystemet, viser et tydelig sammenfall i graden av aksept: de som er kritiske til mye bruk av nevroleptika, er også sterkt kritiske til bruken av diagnoser – og omvendt.

En undersøkelse fra 2007 tyder på at også individualterapeuter er kritiske til bruken av diagnosesystemer og medisiner som grunnpillare i psykosebehandlingen (Due-Tønnesen og Erdal-Aase, 2007).

En annen undersøkelse, fra 2002, tyder på at mer enn halvparten av miljøpersonalet på psykiatriske døgnavdelinger vil *avvise* henvendelser fra pasienter som ønsker å snakke om religiøse problemer og forestillinger – enten ved å ”realitetsorientere” pasienten, og påpeke at slike forestillinger henger sammen med pasientens sykdom; eller ved å avlede – finne noe annet å snakke om. Bare 33 % av respondentene i denne undersøkelsen kunne tenke seg å invitere pasienten til å fortelle mer om slike temaer (Myklebust, 2002).


Dette resultatet kan stemme overens med Toril Terkelsens data, som ble presentert i en doktoravhandling i 2010. På sykehusavdelingene der hun gjorde sitt feltarbeid, fant hun en i hovedsak psykoedukativ og medikamentbasert behandlingsform (Terkelsen, 2010).

Virkeligheten er mangetydig. Det er kanskje sånn at de statlige retningslinjene fremdeles er enerådende i mange miljøer, kanskje spesielt på sykehusavdelinger – mens nyere måter å tenke og arbeide på begynner å få innpass i poliklinisk arbeid, og i førstelinjetjenesten. Informantenes historier kan peke i den retningen, og disse endringene ser ut til å ha hatt en positiv effekt for mine informanter.

6.1.3 Psykoseopplevelsen

Informantene i denne studien beskriver psykosen som en *angstfylt* tilstand. Lauveng (2008) mener det viktigste kjennetegnet på en psykose er at personen har sin egen, helt private opplevelse av verden, og sier om angsten i psykosen:

En psykose er så godt som alltid veldig skremmende, for det er skremmende når virkeligheten går i oppløsning og det ikke lenger er mulig å stole på egne sanser eller egen



tankevirksomhet. Dessuten er angsten ved en psykose en veldig ensom angst. For en konsekvens av din egen, helt private logikk er at du må oppleve en angst som ingen andre egentlig kan forstå. Din verden er bare din, og dermed er smerten og angsten også din alene. (Lauveng, 2008, s.94).


Opplevelsen av at *"virkeligheten går i oppløsning"* beskriver også flere av informantene mine – noen snakker om en følelse av fremmedhet, av å ikke vite *"hvem eller hva eller hvor jeg var"*, noen forteller om opplevelsen av at kroppen går i oppløsning eller blir lemlestet, - og alle knytter redselen til det å oppleve skremmende, truende hallusinasjoner. Formene varierer, men det affektive innholdet som beskrives er likt: en overveldende redsel, en altomfattende angst.

Noen opplever også forandring av sanseinntrykk og romlige forhold. Lauveng (2006) beskriver hvordan persepsjonen endret seg da hun begynte å bli syk: lyden av joggesko mot asfalten, eller susing i rør, kunne bli så høy at den overdøvet samtaler; synsinntrykk ble forvrengt; og hun opplevde å stå en halvtime ved fortauskanten uten å våge seg over gata, fordi *"fortauskanten virket som et bunnløst stup jeg ville slå meg i hjel hvis jeg falt utfor"* (Lauveng, 2006, s.22). Beate Grimsrud beskriver noe lignende – hun hadde leilighet i sjuende etasje, og soveromsvinduet måtte alltid være helt tildekket, fordi hun opplevde at golvet bikket utover så hun var redd for å gli ned og falle ut av vinduet (Grimsrud, 2010).

Antonovsky tenker at opplevelsen av *begripelighet*, en av de tre komponentene i OAS, utvikles fra spebarnsalderen av i samspill med barnets viktigste omsorgspersoner. Barnet kan med tiden *"oppbygge en overbevisning om, at hans eller hendes fysiske og sociale verden ikke endrer sig hele tiden"* (Antonovsky, 2000, s. 112). Antonovsky presiserer imidlertid at det ikke er noen selvfølge at dette skjer: ikke alle barn opplever en virkelighet preget av konsekvens, kontinuitet og permanens.

Informantene i denne studien forteller om vanskelige oppvekstforhold, og de mener at psykose-lidelsen kan knyttes til barndomsopplevelsene. Det kan tenkes at nettopp opplevelsen av begripelighet, i Antonovskys forstand, svekkes under slike oppvekstforhold som informantene beskriver. Dersom påkjenninger senere i livet aktualiserer en *grunnleggende* følelse av at tilværelsen *ikke* er begripelig, vil både persepsjonsforstyrrelser og dyp angst være naturlige reaksjoner.

Smerten ved en slik angst er sterkere enn fysisk smerte. Den fysiske smerten kan oppleves som en nødvendig motvekt mot den psykiske, som når en av informantene beskriver hvordan hun satt og dunket seg hardt i hodet for å *"få bort det vonde inni hodet"*. Det å kutte seg eller sulte seg kan være



stemme-dirigert, slik at personen som gjør dette ikke opplever noe egentlig ansvar for handlingene. Kutting kan også ha en sammenheng med behovet for å forvise seg om at kroppen er en virkelig menneskekropp, og at blodårene er fulle av virkelig blod (Lauveng, 2006). Slike selvdestruktive symptomer er nettopp *symptomer*: De er uttrykk for et underliggende problem, noe som er så vanskelig at det ikke kan kommuniseres på vanlige måter. Suicidalitet oppfattes på en lignende måte av informantene mine: Det er ikke sånn at en suicidal person nødvendigvis aktivt ønsker å dø. Det er bare uoverkommelig å leve videre *på denne måten*.

Det er påfallende at bare en av informantene mine forteller at hun *bare* har opplevd auditive hallusinasjoner. De andre forteller om både syns- og hørselshallusinasjoner, og en opplever at hele det sensoriske apparatet blir aktivert: Syn, hørsel, luktesans, smakssans og taktil sans. Det er ikke underlig at så omfattende inntrykk kan overvelde og maktstjele et menneske: Den subjektive opplevelsen *er* virkelig. Hva skal man da tro om verden, når andre mennesker snakker og oppfører seg som om opplevelsen ikke eksisterer? ”*Er det sant at de ikke kan se og høre det jeg ser og hører, eller prøver de bare å lure meg?*”.

En av informantene mine forteller at hun kan oppleve det som trygt å ”*bli realitetsorientert*”, vel og merke av personer hun kjenner godt og stoler på. Hun er så redd fra før, sier hun, at hun ikke blir reddere av å få vite at hun hallusinerer. De andre informantene har opplevd helsearbeideres forsøk på ”realitetsorientering” som avfeing og avvising, og sier de bare blir *mer* redde og utrygge av dette. Dette problemet vil jeg se nærmere på i kapitlet ”Behandlingsrelasjoner”, og i denne sammenhengen nøye meg med å peke på de vanskelighetene hallusinasjoner kan medføre, også sosialt og relasjonelt, for den som opplever dem. Det å føle seg grunnleggende annerledes, stemplet som syk og unormal, er ikke akkurat angstdempende.

Dersom vi legger til grunn at ”hallusinasjoner” subjektivt sett er virkelige opplevelser, kan det kanskje bli lettere å forstå hvordan ”vrangforestillinger” oppstår.

Mennesker kan knapt klare å eksistere i en verden som er grunnleggende uforutsigbar og ubegripelig. Vi søker sammenhenger og mening, - enten vi tenker oss at torden kommer av en krigsgud som farer over himmelen i en vogn trukket av to geitebukker, forestiller oss at rommet plutselig ble lyst *fordi* vi ”slo på bryteren”, eller leter etter sammenhenger mellom psykosesyntomer og nevrotransmitteraktivitet i menneskehjernen.

På den samme måten vil et menneske som plages av sadistiske, ondskapsfulle stemmer søke en forklaring på at dette skjer, og kanskje den mest nærliggende forklaringen blir at hun skal straffes fordi hun er ”*født ond*”. Et menneske som har sett lyse, snille skikkelser og opplevd glede over slike møter,



vil i vår kultur med stor sannsynlighet identifisere skikkelsene som engler, Jesus Kristus, eller Gud. Et menneske som hører stemmer kommentere alt han foretar seg, kan tenke at det er CIA som overvåker ham og avgir rapport. For en eller annen forklaring må det jo være på det han opplever – og hvem andre enn CIA har ressurser til å invadere livet hans på denne måten?

På samme måte som Lakoff og Johnson tenker seg at menneskets begrepsapparat bygges opp av en rekke primærmetaforer, kan vi tenke oss at ”vrangforestillinger” bygges opp av slike forklaringer på perseptuelle opplevelser. ”Vrangforestillinger” kan være enkle eller komplekse, og de er ikke alltid lette å forstå for andre mennesker. Men de er ikke *prinsipielt uforståelige*, - og de er ikke ulogiske, heller.

To av informantene mine - som selv bare har erfart psykosen som ”vond” - forteller at de kjenner til mennesker som opplever ”Gode psykoser”. Den ene sier: *”Hvorfor skal de ut av den? Har de det greit der, så må de få lov til å være der”*. To andre informanter har *både* angstskapende, vonde opplevelser – og gode, gledesfylte opplevelser. *”De onde stemmene, de kan forsvinne. Men de gode stemmene, de vil jeg ha!”*.

Antonovsky (1979) finner eksempler på personer med en sterk OAS i mange forskjellige kulturer og sammenhenger. Han fremhever at en følelse av å *selv* ha kontroll ikke er avgjørende. Opplevelsen av at kontrollen finnes der den ”skal” finnes – en opplevelse av ”legitimitet” – er derimot viktig, - enten denne ”legitime” makten oppleves som noe man selv besitter, eller den finnes hos et familieoverhode, ledere, et politisk parti, eller en gud (Antonovsky, 1979).

Romme og Escher (1994) har invitert personer med mange forskjellige perspektiver til å bidra til boka ”Accepting voices”. Her finner vi både metafysiske, parapsykologisk orienterte og ”karmiske” perspektiver. Romme selv understreker at psykiatrisk aksepterte forklaringer på stemmehører-fenomenet ikke er de eneste teoriene som finnes, og i boka ”Making sense of voices” råder han terapeuter til å jobbe med – ikke mot – stemmehørerens *egen* teori (Romme og Escher, 2000).

Bentall (2003) refererer til en samtale med Marius Romme, der Romme uttalte : *” – you want to **cure** hallucinators, whereas I want to **liberate** them”*. (Bentall, 2003, s. 511). Bentall forteller at han i utgangspunktet hadde vondt for å akseptere denne tanken, men avslutter sin bok med å si at selv om mennesker som *lider* i psykosen selvsagt skal tilbys den beste og mest effektive hjelp som er tilgjengelig, kan det tenkes at enkelte psykotiske personer snarere trenger støtte til å akseptere at de er

annerledes enn de fleste andre mennesker: *"Fear of madness may be a much bigger problem than madness itself"* (Bentall, 2003, s.511).

Fra forskjellige ståsteder belyser Antonovsky, Romme og Bentall et viktig dilemma: i et demokratisk samfunn ser vi *trofrihet* som et ideal. Skal denne friheten bare gjelde for personer som ikke har fått en psykiatrisk diagnose?

Blant mine informanter traff jeg ingen som hadde opplevd entydig "gode psykoser". Men to av informantene kunne fortelle om opplevelser som var gledelige for dem, og som kanskje også kan gi mulighet til å utvikle en sterkere OAS – en følelse av begripelighet, håndterbarhet og mening. De to informantene tolket de "gode" opplevelsene inn i en religiøs forståelsesramme. Slike religiøse forestillinger blir lett oppfattet som "vrangforestillinger" innenfor tradisjonelt psykisk helsevern (Myklebust, 2002). Men kanskje kan det være vel så fruktbart, som Marius Romme foreslår, å arbeide *med*, ikke *mot*, disse stemmehørernes egen teori?


6.1.4 Symptomet som metafor og kommunikasjon

Det verbalspråklige uttrykket kan fortelle mye om personen. De fem informantene mine uttrykker seg på veldig ulike måter, og metaforbruken varierer også svært. Jeg valgte derfor å se på språkbruken individuelt i "funn"-presentasjonen.

Gjennomgående er den fysisk-materielle og kroppslige forankringen av metaforene ganske tydelig. Noen av disse metaforiske begrepene brukes som "konvensjonelle" metaforer (Lakoff og Johnson, 1980) – mens andre kan ha en mer spesiell, kanskje individuell betydning.

Det å oppleve "ned" som dårlig, og "opp" som godt eller lykkelig, er en av primærmetaforene som omtales hos Lakoff og Johnson (1999). Primæropplevelsen som ligger til grunn her, tenkes å være en korrelasjon mellom affektiv tilstand (glede) og kroppsholdning (stående, rank holdning), (Lakoff og Johnson, 1999).

Hos tre av informantene finner jeg opp/ned-metaforer brukt i en litt annen kontekst: "Å ligge nede er å ha det dårlig" eller "å ligge nede er å være syk". Primæropplevelsen her kan tenkes å være opplevelsen av å snuble og falle, kanskje allerede i den utviklingsfasen da menneskebarn skal lære å gå, løpe, hoppe, sykle osv. Et fall kan være smertefullt, det kan også være ganske angstskapende; man kan skade seg, man kan *bli liggende*. Opplevelsen av "å være syk" er også ubehagelig, og syke barn *ligger* i senga. "Å komme opp og stå" kan oppleves som litt av en seier.



Det å se sykdom som noe man er ”inne i”, eller ”ute av” – som en bygning – er kanskje en konsekvens av å bli ”innlagt” i en sykehusbygning når sykdommen er akutt.

En av informantene fortalte at når personalet ikke forsto henne, tenkte hun at de var ”blitt snudd”.

Denne metaforen er så vidt jeg vet særegen for informanten, men kan kanskje ha blitt inspirert av engelskspråklig film (På engelsk er en person som er ”turned” en som har skiftet side, kanskje til og med er blitt utsatt for hjernevask). Uttrykket ”Nå er de blitt snudd” vekker imidlertid kroppslig/fysiske assosiasjoner også: Vi har kanskje alle opplevd følelsen av at noen bokstavelig talt snur ryggen til oss. Det å ”ha blitt snudd” sier noe om at bevegelsen var styrt av en makt utenom personen som foretar bevegelsen, og dette stemmer godt med informantens forklaring: de som var ”blitt snudd”, hørte mer på ”de onde” enn på informanten. ”De onde” hadde fått makt over dem.

Også ”munnen” er sentralt plassert i denne informantens metaforbruk. Det å ”få tømt seg” og ”få det ut via munnen” gir assosiasjoner til oppkast – noe som er ubehagelig mens det pågår, men kan oppleves som fysisk lettelse når det er over. Denne metaforbruken sier kanskje noe om at de vonde følelsene er lite bearbeidet, men oppleves *i kroppen*. Slik kroppsforankring er påvist i tidligere studier (Kristoffersen, 1984).

En av informantene forteller at hun blir ”en bylt i et hjørne” når hun er syk. Dette bildet sier kanskje at hun da opplever seg som en viljeløs gjenstand, og en slik forståelse forsterkes av den passive verbformen hun gjennomgående bruker når hun forteller om seg selv. Hun overveldes og maktstjeles av psykoseopplevelsen. Denne informanten bruker lite metaforer når hun snakker.

To av informantene har en rik og variert språklig metaforbruk. Den ene informanten presenterte uttrykket ”linoleumsterapeuten”, som betyr ”vaskekjerringa”; slik humoristisk og lekende bruk av metaforer ”kan gi oss en ny forståelse av våre erfaringer” (Lakoff og Johnson, 1980). Det er denne typen uttrykk Lakoff og Johnson kaller ”nye metaforer”.

Den andre informanten bruker - blant annet - språklige metaforer som kan sammenfattes i en grunnmetafor: ”Livet er bevegelse langs en vei gjennom et landskap”. Dette er fortellinger om et menneske som har måttet streve seg gjennom ulendt terreng, og fortsatt har et stykke igjen å gå. Noen steder er veien bratt, men hun har kommet langt, og hun har tro på at hun skal nå målet, som er å klare seg helt uten hjelp.

Hos mine informanter kan en slik god evne til metaforbruk se ut til å falle sammen med sterk OAS og god fungering.

Det er påfallende at den informanten som bruker metaforer minst, også har størst hjelpebehov. Denne informanten har et stort sett svært konkret språk, med unntak av et par slående metaforer som virker svært private og kan være vanskelige å forstå for andre mennesker. Dersom det stemmer at informanten har lett for å forstå språklige metaforer helt bokstavelig, kan dette ha vært en grunnleggende



vanskelighet som må ha vært med på å skape forvirring og angst – livet vil da fortone seg som alt annet enn begripelig, håndterbart og meningsfullt.

Studien har et for lite datagrunnlag til at jeg kan forme teorier om dette. Det kan likevel kanskje være grunnlag for å reise et spørsmål: Finnes det en korrelasjon mellom metaforfattig språk, svak OAS og psykose?

Her vil jeg trekke fram en stemme som *avkrefter* denne tanken: Forfatteren Beate Grimrud, som absurd nok klarer å bruke sitt strålende litterære språk til å beskrive hvordan språket kan bryte sammen i psykosen.

Jeg er tvangsinnlagt på lukket avdeling. De andres indre forstyrrer meg. Pasienter og personale beveger seg knapt, og jeg vet ikke hvem som er hvem. Jeg beveger meg langsomt selv også. Tankene sitter fast som om de haker seg fast i hverandre for så å stokke seg. Setninger brytes i biter. Klippes i to. Alle lyder forsterkes og trenger seg på som om de bar bud om en ulykke. En vakker dag skal vi alle løsne fra alt. (Grimrud, 2010, s.164).

Også informantene mine forteller om at språket kan bryte sammen eller oppleves som helt utilstrekkelig i den akutte psykosen. Det vi kaller ”psykotisk språk” kan være et uttrykk for dette. Det kan også være slik at det tilhøreren oppfatter som usammenhengende, ulogisk og uforståelig tale, snarere er *vanskelig tilgjengelig* enn prinsipielt ulogisk og usammenhengende.

Det lange sitatet i punkt 5.4.2 kan virke forvirrende eller meningsløst (spesielt dersom denne lille talen blir fremført av en stemme som bærer preg av mange års medisinerings) – men ser vi nøyere etter, er tankegangen kanskje springende, men likevel logisk og sammenhengende: Informanten drøfter problemet subjektiv/objektiv virkelighet, assosierer videre til begrepet tro, og kommer til slutt inn på tanken om at mennesket kan skape sitt liv (”...vi lager vår egen tilværelse på grunn av det vi er”) Først når han ender ved tanker om døden, sporer han av – det blir for skremmende.

Det er store og vanskelige temaer informanten tumler med her, - og det er litt av en bragd å holde fast i den røde tråden, spontant og muntlig, i en såpass lang sekvens.

Kanskje psykisk helse-arbeidere kan være tjent med å bli mer restriktive når det gjelder begreper som ”psykotisk språk”. Kanskje vi kan bli enda flinkere til å lytte – og til å *spørre*, hvis det er ting vi ikke forstår?

Lakoff og Johnson (1980) sier at det å se på språket er *en* måte å undersøke begrepssystemet vårt på, men påpeker at begrepene som styrer tenkingen vår ikke bare har med intellektet å gjøre. Johnsons konfluensteori (hos Lakoff og Johnson, 1999) bygger på tanken om at vi fra fødselen av opplever indre



affektive tilstander samtidig med at vi har sensorimotoriske opplevelser, og at vi i tidlig barndom ikke erfarer noe skille mellom disse opplevelsene. På denne måten bygger vi opp et stort forråd av primærmetaforer, som siden kombineres til mer komplekse metaforer.

”Pre-verbal” eller ”ikke-verbal” tenking - det kan kanskje høres ut som en selvmotsigelse. Men vi har alle opplevd det, ikke bare i tidlig barndom, men også i drømmer, i forbindelse med visuelle kunstformer, dans og musikk. At uttrykksformen ikke er verbal betyr ikke at den ikke gir uttrykk for noe.

Handlinger vi forbinder med akutt psykose er ofte selvdestruktive – noen ganger simpelthen destruktive. ”Meningen” med handlingene er ofte ikke klar for den som utfører dem. Likevel kan handlingene *”forstås som kommunikasjon av avmakt og forsøk på mestring av avmakt”* (Axelsen, 2009, s.39). Axelsen forteller om en gutt som pleide å slå vilt rundt seg og knuse ting i psykosen. ”Ta bort hendene i nakken!” skrek gutten, som ikke hadde noe bevisst forhold til det han gjorde og sa – før en psykolog omsider tok hallusinasjonene alvorlig, og gradvis fikk avdekket at ”hendene i nakken” tilhørte en nabo som hadde tvunget gutten til oralsex da han var liten. *”Hallusinasjoner, gjenopplevelser, følelses- og kroppsopplevelser kan ha metaforisk betydning”* (Axelsen, 2009, s.137).

Flere av informantene mine forteller om handlinger de i ettertid oppfatter som kommunikasjonsforsøk. Det å krype sammen i et hjørne med en pute over magen kan sees som en tydelig metaforisk kommunikasjon: Her sitter det et vettskremt barn som har behov for beskyttelse og fysisk varme. De fleste helsearbeidere vil nok reagere spontant ”riktig” i denne situasjonen.

Verre er det kanskje når vi møter gutten som bare skriker og slår. Men også dette mennesket er et vettskremt barn – og noen ganger er et oppriktig ønske om å *forstå* metaforen, det som trengs for at barnet skal kunne lære seg å snakke.

Religiøse og magiske forestillinger er ikke uvanlige i forbindelse med psykoser. Religiøse og magiske forestillinger er også et grunnleggende element i menneskets bevissthet og historie. Barn opplever ofte verden som et magisk sted, omgås usynlige venner med stor selvfølgelighet, og skaper ritualer og overføringsobjekter – som bamses, suttekluter, lekefigurer eller gjenstander funnet i naturen: levende steiner, snakkende dyr – eller pinnefigurer som Knerten. I et metaforsteoretisk perspektiv kan en tenke seg at konfluens-perioden logisk vil medføre slike symbol-opplevelser. Også mange voksne har bevart fornemmelsen av at materielle gjenstander kan være mer enn fysisk substans – giftringer og bryllupsbilder, sølvforgylte barnesko, julepynt og souvenirer har stor følelsesmessig verdi for mange av oss; for ikke å snakke om de religiøse symbolene, som bokstavelig talt fort kan bli blodig alvor.



Det er kanskje ikke så spesielt at flere av informantene mine omgir seg med religiøse symboler - i vår kultur finnes engler og Kristusbilder i mange stuer. Det kan likevel tenkes at et opplevd behov for beskyttelse gir en sterkere motivasjon for å omgi seg med slike gjenstander. Grimsrud (2010) forteller om den afrikanske skulpturen, som sto plassert bak gardinet i det farlige soveromsvinduet. Denne skulpturen var en ekstra beskyttelse – det tette mørke gardinet var ikke nok.

En av informantene mine fortalte om hvorfor han tegnet mandala-lignende figurer. Dette var *”en bønn til Jesus Kristus sin Gud”*. Det kan vel tenkes at informanten har lært å konstruere mandalaer en eller annen gang i løpet av de årene han har *”vært i psykiatrien.”* Han viste imidlertid ikke tegn til gjenkjennelse da jeg nevnte ordet *”mandala”*, men virket engasjert og fornøyd da han forklarte hensikt og fremgangsmåte.

Det er noe grunnleggende menneskelig ved en slik figur, og man trenger ikke ha lest Jung for å reagere følelsesmessig på den. Både dette, og trangen til å omgi seg med symbolske gjenstander som symboliserer godhet og beskyttelse, er lett gjenkjennelig og forståelig. Kanskje fordi menneskets trang til å skape magiske eller hellige talismaner har et utspring i den utviklingsperioden da primærmetaforer dannes?

Det er mange eksempler på at naturen oppleves som besjelet i forskjellige opprinnelige religioner. Også i vår moderne kultur har vi en viss aksept for at barn, kunstnere eller villmarkseksperter er sensitive for slike opplevelser – og kanskje er vi i Norge mer åpne for dette, enn mennesker i mer urbaniserte vestlige samfunn.

En opplevelse av alt i naturen som levende og besjelet er grunnleggende i sjamanistiske tradisjoner. Flere har påpekt likhetstrekk mellom en psykoseopplevelse og det sjamanistiske initiasjonsritualet (Campbell, 1973; Walsh, 1990).

Beskrivelser av en vordende sjaman kan minne om prodromalfasen i schizofreni: Et ungt menneske, oftest en tenåring, blir mer og mer sosialt tilbaketrukket. Han eller hun plages av stemmer, skremmende ånder eller demoner. Slike personer klarer ikke lenger å delta i de vanlige aktivitetene i samfunnet, men trekker seg unna og foretrekker å være alene. Det kan ta lang tid før denne tilstanden går over i en akutt, avgjørende krise – men i heldigste fall opplever personen en død-gjenfødselsyklus, og det er denne initiasjonsopplevelsen som gir personen en permanent forbindelse med oversanselige vesener. Lemlestelse og død er en overgang til en sosialt ny tilværelse: sjamanen er en viktig person i samfunnet, kanskje fryktet, kanskje skattet, men uansett med en sentral posisjon. Personer som gjennomgikk slike opplevelser kunne oppnå en stor gevinst, og beholde denne rollen resten av livet (Campbell, 1973; Walsh, 1990).



Når mine informanter forteller om opplevelsen av å bli lemlestet eller av at kroppen smuldrer opp, er det dobbelt gruffullt, fordi de verken ser mål eller mening med opplevelsene – og noen sosial gevinst er det i hvert fall ikke snakk om. I vårt samfunn verdsetter vi ikke potensielle sjamaner, og vi vet ikke hvordan vi kan sette initiasjonsopplevelsene inn i en rituell ramme som gir dem en sjanse til å oppleve en ”gjenfødelse” etter all gruen. I stedet blir de henvist til et liv fullt av forvirring. Våre sjamankandidater er ikke verdifulle samfunnsmedlemmer – de fortsetter å eksistere i utkanten av samfunnet, og er de heldige, innvilger vi dem et liv på uføretrygd.

Alt jeg nå har vært inne på: særegent verbalspråk, handlinger i psykosen, ”magisk tenking” og opplevelser av død og reiser gjennom rommet – disse ”symptomene” kan opfattes som om de snarere er uvanlig sterke utslag av et almenmenneskelig potensiale, enn noe som er ”annerledes”, ”feil” eller ”sykt” (Bentall, 2003). Jeg tenker at mye av disse ”symptomene” *kan* helsearbeidere forstå, dersom vi oppfatter dem som sterke utslag av en felles-menneskelig evne til å tenke og fungere symbolsk og metaforisk.

Jeg tar ikke stilling til om *alt* det vi kaller ”psykose” er tilgjengelig for forståelse. Jeg vet at psykoseforståelse ikke er enkelt, og det kan hende at større forståelse ikke alltid er til hjelp. Men mine informanters fortellinger viser meg at det er mulig for helsearbeidere å forstå, og at kommunikasjon for å oppnå større forståelse *kan* hjelpe.

6.1.5 Å søke en mening, og Opplevelsen Av Sammenheng (OAS)

Antonovsky (2000) tenker at opplevelsen av *begripelighet* er kjernen i OAS, og definerer begrepet slik:

... den udstrækning, i hvilken man oppfatter de stimuli, man konfronteres med enten i det indre eller ydre miljø, som kognitivt forståelige, som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig information i stedet for støj... (Antonovsky, 2000, s.35).

Antonovsky påpeker dessuten at alle mennesker setter grenser for hva vi *behøver* å oppleve som begripelig, håndterbart og meningsfullt – det avgjørende er om vi har en god OAS vedrørende livsområder vi vurderer som viktige. Eget indre liv, våre nære relasjoner, egen rolle i tilværelsen, og eksistensielle problemer vil være viktige for alle mennesker. Dersom en person ikke oppfatter disse områdene som begripelige, håndterbare og meningsfulle kan det ikke sies at personen har en sterk OAS (Antonovsky, 2000).



Alle mine informanter mener det er en forbindelse mellom de vanskelige barndomsopplevelsene og senere utvikling av psykisk lidelse. Jeg tenker at det å se en slik forbindelse vil styrke opplevelsen av at livet er *begripelig*. Det er ikke her noe poeng å undersøke om årsaksforklaringen er objektivt ”sann” – poenget er at informantene har funnet en sammenheng og en årsaksforklaring som de selv opplever som sann. Også for de to informantene som tenker mer i retning av en stress-sårbarhets- forklaring på sin psykoselidelse, vil forklaringen kunne være med på å gjøre de tunge livsopplevelsene mer oversiktelige, sammenhengende og forståelige.

To informanter mener at de også kan ha lært noe viktig av psykoseopplevelsene. Den ene har lært mye om å åpne seg, og har funnet ut at denne evnen også kan være til hjelp for andre mennesker. Den andre informanten funderer på om psykoseopplevelsen kan ha vært nødvendig for at hun skulle bli tvunget til å konfrontere og bearbeide traumatiske opplevelser i oppveksten. Disse informantene er i stand til å – tross alt – skimte en *mening* i problemene de har slitt med.

Det å søke mening og sammenheng i tilværelsen er en grunnleggende tendens ved mennesket som art. Vi både finner og skaper mønstre i alt vi opplever, og vi bruker våre metafordannende egenskaper som et redskap for å gjøre vår verden til et mer håndterbart og oversiktelig sted (Lakoff og Johnson, 1980). For de av informantene som tolker sine opplevelser innen en religiøs ramme, vil den religiøse forståelsesmodellen kunne gi slik mening og sammenheng.

For en av informantene virker det som om denne strategien har vært vellykket. Hun kan riktignok fremdeles oppleve ”de onde” iblant, men er trygg på at hun får hjelp av ”de der oppe”: ”*Pappa Gud, og Jesus*”. Hun er glad over framgangen hun har hatt, trives i og kan håndtere tilværelsen, og er fortrøstningsfull når det gjelder framtida. Det ser ut til at religion har bidratt til å strukturere livet for henne, slik at det nå oppleves som både mer meningsfullt og mer håndterbart.

For en annen av informantene er den religiøse forklaringsrammen både en glede og en bekymring. Også han kan høre både gode og onde stemmer, og de vonde opplevelsene er like sterke og skremmende som de gode er gledelige og trøstende. Han strever kognitivt med å sortere og finne mening i alt dette. Til en viss grad hjelper den religiøse forklaringsrammen ham å sette opplevelsene inn i en struktur – men de religiøse forklaringene er også forvirrende og til dels skremmende, og det kan ha bidratt til bekymringene at doktorene på sykehuset fortalte at han bare skapte sine egne stemmer, inne i hodet. Denne informanten forteller at han gjerne vil få fortelle om hvordan han opplever verden, men på sykehuset opplevde han at ”*Doktorene ville jo bare snakke sitt eget språk*”.

Antonovsky (2000) er skeptisk til muligheten for en terapeutisk forandring av OAS, og mener at endringer på dette grunnlaget som oftest vil være beskjedne og midlertidige. Men selv en liten gevinst kan vi være takknemlige for, sier han.

Det spørsmål, der må stilles i forhold til ethvert møte mellom klient og læge, er, om klienten føres frem til en opplevelse af indre sammenhæng, belastningsbalance og meningsfyldt medbestemmelse, eller det modsatte (Antonovsky, 2000, s.141).

En spørreundersøkelse på tre forskjellige psykiatriske døgnposter tyder på at langt de fleste psykisk helsearbeidere vil velge å unngå å snakke med psykosepasienter om religiøse forestillinger, eller prøve å "realitetsorientere" pasientene ved å henvise til sykdommen (Myklebust, 2002). Det kan høres ut til at det var denne typen realitetsorientering "doktorene på sykehuset" forsøkte da de forklarte informantene at han "bare skapte sine egne stemmer". For en person som har vokst opp i, og tatt til seg, en kristen kultur, er det imidlertid *ikke* til hjelp å få høre at han selv har "skapt" den stemmen han oppfatter som en god og kjærlig Gud. Slik informantene opplevde legene, har de i dette tilfellet *ikke* hjulpet ham "*frem til en opplevelse av indre sammenhæng, belastningsbalance og meningsfyldt medbestemmelse*" (Antonovsky, 2000, s.141) - men kanskje snarere det motsatte.

Jeg vil komme tilbake til dette problemet i drøftingen av behandlingsrelasjoner, og her nøye meg med å undre meg over hva vi helsearbeidere oppfatter som vår primæroppgave i denne sammenhengen: – er det viktigst å lære den psykoserammede å dele helsevesenets aksepterte paradigmer, - eller er vår oppgave å støtte denne personens prosess i retning av å finne en fungerende forklaringsmodell *personen selv* kan oppleve som sann og meningsfull?

Tross all forvirring forteller også denne informantene at han har det bedre nå enn tidligere. Han opplever trygghet og trivsel der han bor, og har møtt forståelse og fått hjelp på Stemmehørerkurset. De andre informantene kan også fortelle om bedring. Dette er ikke overraskende, ettersom et av utvalgskriteriene nettopp var opplevd bedring. Viktigere er det kanskje at de fleste, på forskjellige måter og i forskjellig grad, gir uttrykk for håp og framtidstro.

Antonovsky (2000) definerer "håndterbarhet" som "*den udstrækning, i hvilken man oppfatter, at der står ressourcer til ens rådighed, der er tilstrekkelige til at klare de krav, man bliver stillet overfor av de stimuli, man bombarderes med*" (Antonovsky, 2000, s.36).

Det er ikke nødvendigvis en selv som har kontroll over disse ressursene, det viktigste er at man stoler på forvalteren av ressursene. Det innebærer en tillit til at det skal bli mulig å mestre tilværelsen, også i framtida. Jeg tenker at håp og framtidstro er basert på en slik tillit, og mener derfor at informantene



mine – selvsagt i større eller mindre grad – gir uttrykk for at de nå oppfatter tilværelsen som håndterbar.

Informantene i denne studien har alle erfaring med psykose, og de fleste har vært alvorlig syke i mange år. De har vært innlagt og medisinert, både med og uten tvang. De har en barndomsbelastning som får dem til å oppfatte psykoselidelsen som en naturlig senvirkning.

Hva kan det da komme av at de i dag har det så mye bedre, og at de fleste av dem også ser ut til å ha fått styrket sin ”Opplevelse Av Sammenheng” – noen i betydelig grad? I Antonovskys salutogenese-perspektiv er dette mer interessant enn å spørre hvorfor de ble syke. Det er ikke rart at de ble syke. Det rare er at de er blitt bedre - eller til og med ”friske”.

Det kan være mange årsaker til bedring, og oftest vil det være mange årsaker i samspill. Informantene har fortalt en del om ”hva som hjelper”, og jeg vil komme tilbake til en oppsummering av dette når drøftingen nærmer seg en konklusjon. Imidlertid er ”bedringsforskning” et stort og krevende felt som ikke får plass innenfor rammene av denne oppgaven. Det er mye god tidligere forskning på feltet, og for meg vil det være tilstrekkelig å nevne de forskjellige faktorene mine informanter har pekt på, og henviser til forskere som Topor (2003) for videre lesing.

I denne oppgaven er det *en* av flere bedringsfaktorer jeg vil se nærmere på: Behandlingsrelasjonen. Innenfor begrepet ”behandlingsrelasjon” definerer jeg her relasjon mellom person med psykoseopplevelse og *alle* psykisk helse-arbeidere som har en plass i behandlingstilbudet til denne personen.

Hos Antonovsky (2000) er OAS blitt ferdig dannet i tidlig voksen alder, og vil siden være lite tilgjengelig for endring. Mine funn peker i en annen retning.

Mennesker i akutt psykose opplever nettopp *ikke* tilværelsen som begripelig og håndterbar, og antakelig er den ikke spesielt meningsfull heller. Når informantene i dag kan formidle holdninger som tyder på en grei, og til dels sterk, OAS – da tenker jeg at Antonovsky ikke kan ha rett på dette punktet. Jeg vil derfor drøfte videre i samspill med Carl Rogers.

6.1.6 Behandlingsrelasjoner

Der Antonovsky ser utviklingen av OAS som i hovedsak fullført i tidlig voksen alder, ser Carl Rogers personlig vekst som en livslang prosess. Prosessen kan hindres og blokkeres av forskjellige årsaker, og terapeutens oppgave i forhold til klienten er å

...try to create a relationship in which he is safe and free. It is my purpose to understand the way he feels in his own inner world, to accept him as he is, to create an atmosphere of freedom in which he can move in his thinking and feeling and being, in any direction he desires. How does he use this freedom?

It is my experience that he uses it to become more and more himself. (Rogers, 1995, s. 109).

Rogers understreker at han *ikke* tror denne prosessen bare kan forekomme i terapeutiske sammenhenger. Han sier også at han heller *ikke* tror at han har noen fullstendig forståelse av den. Men han mener å ha sett at alle mennesker i bunn og grunn stiller seg de samme spørsmålene: ”Hvem er jeg?” – og: ”Hvordan kan jeg bli den jeg innerst inne er?” Den prosessen Rogers her beskriver, ligner på det Maslow kalte en ”selv-aktualiserende” prosess (Maslow, 1970). Men i motsetning til Maslow, har Rogers ingen absolutte tanker om hvilke egenskaper en ”selv-aktualisert” person har. ”*I am not saying, 'This is what you should become; here is the goal for you.'*” (Rogers, 1995, s. 123). Rogers ser heller ikke noe sluttstadium i prosessen, men beskriver den som vedvarende og flytende (Rogers, 1995).

Funn i denne studien kan lett tolkes inn i Rogers’ forståelse av menneskelig personlighetsutvikling som en livslang prosess. Informantene beskriver en vekst mot alle odds, og mye av utviklingen har skjedd gjennom og etter mange voksne år med tyngende psykisk lidelse. Mye gjenstår - men nettopp sånn er livet, i henhold til Carl Rogers: en klient kan godt slutføre en terapi og være fornøyd med resultatet, men få behov for videre samtaler i en senere fase. Prinsipielt er det ikke snakk om å bli ”ferdig”. Så sant vi ikke hindres og blokkeres i veksten, vil prosessen fortsette – gjennom hele livet. Terapeutens oppgave er i dette perspektivet å være en ledsager og en samtalepartner.

Informantene forteller om hvor viktig *samtalen* er, og behandlingsrelasjoner har vært av betydning for alle informantene i studien. Jeg vil derfor se nærmere på forutsetninger for å oppnå en god behandlingsrelasjon.

Rogers (1998) fokuserer på relasjonelle aspekter i terapien, et fokus som utvikles og rendyrkes innenfor den selv-psykologiske tradisjonen etter Heinz Kohut (Karterud og Monsen, 2002). Alt i 1967 hevdet Rogers at det er kvaliteten i behandlingsrelasjonen som avgjør utfallet, og at egenskaper ved terapeuten og relasjonen er viktigere enn terapeutens metodiske tilhørighet. Dette er et synspunkt som er blitt



bekreftet av senere forskning. Wampold (2001) har undersøkt flere tusen studier av terapeutisk effekt, og hevder:

The evidence is clear that the type of treatment is irrelevant, and adherence to a protocol is misguided, but yet the therapist, within each of the treatments, make a tremendous difference. (...) It is now clear that the particular therapist delivering the treatment is absolutely crucial, adding support for the contextual model of psychotherapy (Wampold, 2001, s.202).


Rogers (1998) ser tre egenskaper ved terapeuten som avgjørende: evnen til empati, kongruens, og evnen til å møte klienten med ”unconditional positive regard”.

Evnen til empati kan være vanskelig å måle og definere. Viktigheten av denne evnen reflekteres imidlertid i informantenes fortellinger, - de fleste av dem forteller klart og direkte hvor avgjørende det har vært for dem å føle seg *forstått*.

Evnen til ”unconditional positive regard” er nært beslektet med evnen til empati, men det er ingen selvfølge at terapeuten opplever en slik grunnholdning overfor *alle* klienter. Noen personligheter passer dårlig sammen, som det framgår hos informanten som hadde opplevd å føle seg ”overkjørt” av en ny terapeut: ”*Den måten hun jobber på kan passe for andre, men ikke for meg*”. Det interessante her er at Rogers fremhever kvaliteten på den terapeutiske relasjonen, *slik klienten opplever den*, som den sikreste indikatoren på utfallet av terapien. Også dette synspunktet er blitt støttet av forskning (Frank og Frank, 1991; Wampold, 2001).

Carl Rogers (1998) regnet terapeutens evne til å være *kongruent* som svært viktig – kanskje den viktigste av de tre egenskapene. Rogers bruker begrepet ”kongruens” til å beskrive en person som er bevisst om og i kontakt med egne følelser, som lever med og i disse følelsene – også innenfor en behandlingsrelasjon – og kan kommunisere greit rundt dem dersom dette er passende. En slik grunnholdning innebærer at terapeuten opplever et direkte menneskelig møte med klienten. Behandlingsrelasjonen får karakter av et møte ”Person to person” (Rogers, 1998).

Her kan det være interessant å peke på at et relasjonelt fokus av denne typen er et av elementene innenfor en nyere behandlingsform: Mentaliseringsbasert terapi, eller MBT (Karterud og Bateman, 2010). Også i MBT er terapeutens grunnholdning overfor klienten vektlagt: ”*Terapeuten må ’bry seg’*” (Karterud og Bateman, 2010, s.43). Det er viktig at terapeutens holdning formidler ”*en ydmykhet knyttet til en ikke-vitende posisjon*” (Karterud og Bateman, 2010, s.44).



Også Rogers' vektlegging av terapeutens evne til "kongruens" reflekteres innenfor MBT: Terapeuten skal tilby seg selv som en rollemodell når det gjelder mentaliseringsevne, og behandlingsmøtene skal fungere som en relasjonell treningsarena. Det er derfor ikke i tråd med MBT-modellen at terapeuten trekker seg tilbake i en nøytral grunnposisjon. Terapeuten får her lov til å være en tydelig person, og oppfordres blant annet til å ta *"ansvar for egne misforståelser eller feilgrep"* (Karterud og Bateman, 2010, s.44).

Et problem mine informanter tar opp i forbindelse med behandlingsrelasjon, er spørsmålet om "realitetsorientering".

For en av informantene kan det gi større trygghet å bli "realitetsorientert" når hun er i psykosen. Dette kan hjelpe henne å legge mindre vekt på de skremmende hallusinasjonene hun opplever. Hun understreker imidlertid at det bare er kjente og trygge personer som kan hjelpe henne på denne måten, og sier det er viktig at helsearbeidere formidler at de *vet* hun virkelig opplever det hun opplever. Andre informanter gir mange eksempler på at "realitetsorientering" kan virke angstskapende. De har opplevd uttalelser fra helsearbeidere som devaluerende og avvisende, som når den vettskremte pasienten med incest-traumer får beskjed om at *"det er ingenting der, bare gå og legg deg igjen"* – på et rom der hun natt etter natt opplever å bli voldtatt og mishandlet. Informantene er nokså enige om en formulering de mener det kan være greit å bli møtt med: *"Jeg ser dem ikke, men jeg forstår at du ser dem, og da kan jeg være hos deg, mens du er redd"*.

Her beskriver informantene en helsearbeider med evne til både empati og kongruens. I dette tenkte svaret finner vi klar formidling av egne opplevelser ("Jeg ser dem ikke"), - empati og innlevelse ("men jeg forstår at du ser dem") og "unconditional positive regard", eller evne til å "bry seg" ("– da kan jeg være hos deg, mens du er redd").

Flere informanter gir uttrykk for at det er viktig å bli møtt med respekt: *"Fordi om du er i en psykose, så er du faktisk en **person** i psykosen"*. Jeg tenker at Rogers' tre viktige terapeut-egenskaper vil føre til en relasjon preget av respekt. Rogers' "Client-centered therapy" er nettopp basert på en grunnleggende respekt for hvert enkelt menneske som ekspert på eget liv og livsprosess (Rogers, 1981). Han poengterer at klienten selv er den eneste som kan vite "hvem han er i ferd med å bli", og i hvilken retning målet for prosessen finnes.

En av informantene fortalte at i den tiden hun nettopp var blitt syk, hadde hun en klar målsetting om å komme fort ut av sykehuset og komme i jobb eller ta en utdanning. Hun syntes at helsearbeidernes holdninger til disse planene var grunnleggende respektløse, og opplevde reaksjoner som:



”Nei – det der kan du bare glemme, så dårlig som du er”. Lignende reaksjoner på planer om en utdanning forteller Arnhild Lauveng om (Lauveng, 2006). Lauveng er i dag psykolog, og min informant er et selvstendig menneske, med utdanning og viktige oppgaver. Informanten vedgår at hun nok var for syk i utgangspunktet til å kunne klare jobb eller utdanning – på *det* tidspunktet. Hun skulle likevel ønske at tanken ikke bare var blitt avfeid. Hun kunne ønske at hennes styrke og vilje til utvikling var blitt respektert, som i et senere møte med en viktig psykiatrisk sykepleier, som sa: ”Ja – og hvordan kan du klare det?”.

Jeg tenker at psykisk helse-arbeideres holdninger til pasientene kan henge nøye sammen med helsearbeidernes forståelse av psykosens innhold. Hvis psykose forstås i forhold til en strengt biomedisinsk modell, blir det logisk å se beste behandling som hovedsakelig medisinsk, supplert med psyko-edukative tiltak og en behandlingsrelasjon som har til hensikt å styrke pasientens sykdomsinnsikt og medisin-compliance (Hansen, 2000).

Forstås psykosen som kontekstuell, vil samtaler og brukermedvirkning kunne komme mer i fokus. Dersom man i tillegg ser psykosens innhold – symptomene – i en metaforsteoretisk sammenheng, som meningsbærende og kommunikative, vil det kanskje falle lettere for oss helsearbeidere å være åpne for at andre mennesker kan ha en erfaringsverden som er annerledes, men subjektivt sett like ”virkelig” som vår; en erfaringsverden der opplevelsene verken er meningsløse eller prinsipielt umulige å forstå – uansett hvor vanskelig tilgjengelige de kan virke. En slik holdning vil kanskje lettere kunne føre til en behandlingsrelasjon der *både* omsorgsbehovet og respekten for den enkelte ivaretas.

Begge disse synspunktene, det bio-medisinske og det kontekstuelle, kan forsvares. I virkeligheten befinner kanskje de fleste psykisk helse-arbeidere seg på et kontinuum mellom de to ytterpunktene, og hver enkelt beveger seg kanskje også fram og tilbake i dette forståelsesrommet – over tid, og avhengig av situasjon. Jeg tror at en større bevissthet om hvordan vi tenker, og hvorfor, vil kunne gi oss bedre mulighet til å møte brukerne av våre tjenester med en holdning de opplever som respektfull, og bidra til en relasjon mer preget av empati, kongruens og ”unconditional regard”.

Antonovsky (2000) hevder at det er avgjørende om kontakten mellom lege og pasient fremmer pasientens opplevelse av indre sammenheng, belastningsbalanse og meningsfylt medbestemmelse. Jeg tror at også i møtet med psykoserammede personer er et sånt fokus vesentlig.

Kanskje vi iblant kan stoppe opp, og spørre oss selv: Støtter denne behandlingsrelasjonen brukerens prosess i retning av å bli *mer seg selv*, slik Rogers fremstiller det? Støtter relasjonen brukerens salutogenetiske bevegelse i retning av en styrket OAS?



6.2 Styrker og svakheter ved det metodiske arbeidet

6.2.1 Utvalg og overførbarhet

De fem informantene mine har alle psykoseerfaring, og har hatt kontakt med psykisk helse-arbeidere i denne forbindelsen. Alle fem har deltatt på et ”Mestringskurs for mennesker som hører stemmer,” og alle har opplevd bedring av sin livssituasjon, selv om graden av bedring og mestring varierer.

Bortsett fra denne felles erfaringsbakgrunnen var det fem svært forskjellige personer jeg møtte. Fire er kvinner, og en er mann. Den yngste er tredivet år, den eldste femti. Fire har opplevd langvarige opphold på psykiatriske døgnposter, en har bare fått poliklinisk behandling. To bor nå i bofellesskap for personer med psykiske problemer, tre bor i eget hus eller leilighet. Funksjonsnivå og grad av tilretteleggingsbehov varierer også.

Dette utvalget av informanter passer godt til min målsetting om å finne data som kan lære oss mer om psykoserammedes opplevelse av sine symptomer, om behandlingsrelasjoner, bedringsprosess og en eventuell sammenheng/variens mellom hverdagsmetaforer og ”positive psykose-symptomer”.

Dette er imidlertid et lite, og på mange vis et uensartet, utvalg, og det kan anføres at funnene vil være lite generaliserbare. Dermed kan man stille spørsmålsteget ved studiens validitet.

Malterud (2003) anbefaler at en i forbindelse med kvalitative studier bruker ”overførbarhets”-begrepet fremfor begrepet ”generaliserbarhet”, som kan lede til urealistiske forventninger om *almennyldig* overførbarhet. Begrepet overførbarhet i kvalitative studier dreier seg om ”...i hvilken grad studien kan forstås av andre, og i hvilken grad den kan bli betraktet som fornuftig av andre” (Kristoffersen, 1998, s.172). Forstått på denne måten håper jeg at studien kan være overførbar.

Forskjellene mellom informantene har gitt meg tilgang til et rikt og variert materiale, og jeg håper å kunne sammenfatte enkelte aspekter ved materialet på en måte som kan gi økt forståelse av opplevelser som kan være *felles* for psykoserammede personer. Også i den forstand håper jeg at resultatene av studien kan være overførbare.

6.2.2 Gyldighet og pålitelighet

Larsen (2010) understreker viktigheten av at studien omhandler det den er ment å skulle omhandle, og mener dette er det fremste validitetskriteriet ved kvalitativ forskning. Videre: for at resultatene skal være pålitelige, må hele forskingsprosessen ha god kvalitet, og forskeren må derfor i hele prosessen vise en gjennomgående reflektert og kritisk innstilling (Larsen, 2010).

Jeg mener at denne studien omhandler det emnet det har vært min hensikt å undersøke. Når det gjelder kvalitet, henviser Larsen (2010) til Staffan Larsson (1993), som legger vekt på tre forhold:

Perspektivbevissthet (hvem beskriver virkeligheten, og i hvilken kontekst?) – *intern logikk* (den røde tråden som skal føre fra forskings spørsmål og datainnsamling fram til analyse og resultat) – og *etisk bevissthet*.

Perspektivbevissthet kan jeg bare prøve å sikre gjennom å være bevisst *mine egne* holdninger og forforståelse, samtidig som jeg håper jeg har stilt meg åpen i samtalene, for å prøve å få en bedre forståelse av *informantenes* livsverden.

Etisk bevissthet innebærer her at jeg har et etisk perspektiv i forhold til informanter, og forhåpentligvis evner å synliggjøre disse overveielsene i den ferdige studien.

Larsson (1993), slik Larsen (2010) henviser til ham, har også noen viktige betraktninger i forhold til metoden jeg velger i studien – det kvalitative forskingsintervjuet. Slike intervjuer kan: - "*Gi kunnskap om informantenes livsverden*" (Larsson, 1993). Men: - "*Informantene gjør kanskje ikke det de sier at de gjør*" – Og: "*Forskerens maktposisjon kan få fram de opplysninger som passer best*" (Larsson, 1993).

I denne sammenhengen, hvor det jeg er ute etter er informantenes egne opplevelser, er jeg ikke uroet over muligheten for at informanter kanskje fortegner virkeligheten i intervjuene. Det er nettopp det subjektive jeg vil ha fram, og jeg vil ikke være opptatt av objektiv sannhet.

At jeg som forsker sitter i en maktposisjon er det derimot viktig å være oppmerksom på, ikke bare i samtale-situasjonen, men også når data skal analyseres og beskrives. Jeg vil gå nærmere inn på dette dilemmaet i tilknytning til forskerrolle og forforståelse.

6.2.3 Min forskerrolle i studien

Fordi jeg har arbeidserfaring som miljøterapeut, kan det falle lett for meg å gå inn i en støttende, terapeutisk rolle i samtaler. I samtalene denne studien bygger på, var min rolle ikke terapeutens, men intervjuerens. Jeg forsøkte å bevare en bevissthet om dette i samtalsituasjonene, og opplevde ikke å få



problemer med dette før i den siste samtalen – med ”Erik”. I denne samtalen var det imidlertid vanskelig å holde seg strengt til intervjuerens rolle, og da jeg hørte på lydfilen i etterkant, oppdaget jeg at jeg i flere sammenhenger nok forholdt meg mer som terapeut enn som intervjuer.

Også i de andre samtalene kunne det være vanskelig å legge forforståelsen til side - iblant sier jeg klart fra om min egen mening angående forskjellige temaer, og noen av de spørsmålene jeg stiller, kan nok også karakteriseres som ledende.

Det kan være en svakhet ved intervjuene at jeg på disse måtene har vært for lite objektiv i forskerrollen, slik at min forforståelse fikk prege samtalene i for stor grad. Det kan også tenkes at en stil preget av engasjement har vært med på å åpne for frie og flytende samtaler, og har bidratt til å fremskaffe et rikt og mangefasettert datagrunnlag.

Informantene mine har heller ikke vært lette å ”lede”. I tilfeller der de strevde litt med å formulere det de tenkte, kom jeg iblant med forslag til oppsummering av det jeg hadde hørt dem si. I de fleste tilfellene var informantene raske og sikre med å bekrefte eller avkrefte formuleringene mine.

Når informantene var kommet godt i gang, la jeg vekt på å lytte uten å avbryte. Det jeg ønsket, var å forstå best mulig hvordan informantene opplevde sin livsverden.

6.2.4 Min forforståelse, og påvirking på resultat og konklusjon

Resultatene i denne studien kan betraktes som et produkt av dialogen mellom meg og mine informanternes fortellinger. Dialogformen er åpenbar i samtalsituasjonene, men ble også videreført gjennom hele arbeidet med tekstkondensering, analyse og skriving. Min forforståelse har i hele denne prosessen vært med på å forme og avgjøre resultatet.

I en hermeneutisk forståelsesramme er forforståelsen en mulig feilkilde, men også en mulig ressurs – avhengig av hvor bevisst forskeren er om egen forforståelse, og hvor villig forskeren er til å utfordre egen forforståelse underveis i prosessen. Forforståelsen ...”består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og av den teoretiske referanseramme (...) som vi har ved prosjektets innledning” (Malterud, 2003).

Min forforståelse i forbindelse med denne studien preges av min arbeidserfaring som miljøterapeut på en psykiatrisk døgnpost. Den preges også av et faglig perspektiv på psykoselidelser som nok i like stor grad har vært kontekstuell som biomedisinsk. Dette perspektivet er bevart gjennom arbeidet med studien, i den forstand at jeg har *valgt* en kontekstuell forståelsesramme – jeg har valgt å ikke ta stilling til alternative bio-medisinske forklaringsmodeller.



I min forforståelse lå også en oppfatning om at mennesker har et potensial til livslang vekst og utvikling, og en opplevelse av psykosesyntomer som meningsbærende. Denne forståelsen er snarere blitt styrket enn avkreftet gjennom arbeidet med studien.

Det kan tenkes at jeg i for liten grad har arbeidet med å utfordre egen forforståelse på disse punktene, og at resultatene derfor ikke er pålitelige. Forforståelsen har preget samtaler med informantene, og vært retningsgivende for fokus i analyseprosessen. Det er klart at med et annet fokus kunne jeg ha skrevet en helt annen oppgave, basert på samme rådata. Jeg tror imidlertid ikke at jeg kunne ha skrevet en oppgave der konklusjonene direkte motsier konklusjonene i denne studien. Jeg håper at resultatene er godt forankret i empirien.


På mange punkter ga intervjuene meg en dypere og klarere forståelse av hovedtemaene jeg hadde i sikte da studien ble planlagt: psykoseopplevelsen, og respondentenes opplevelse av samhandling med psykisk helse-arbeidere. På noen punkter ble min forforståelse også avkreftet og motsagt av data: Jeg var for eksempel ikke forberedt på at de fleste informantene skulle formidle en så overveiende positiv opplevelse av sine erfaringer med ”Psykiatrien”, - dette var en hyggelig overraskelse. Jeg hadde heller ikke trodd at de personene som hadde opplevd tvangsinnleggelse og andre former for tvang, skulle være så enstemmige i sin oppfatning av tvang som ”nødvendig”.

Teoretisk referanseramme var ikke valgt da studien startet. Først da arbeidet med tekstkondensering var godt i gang, kunne jeg begynne å sirkle inn teori som kunne være fruktbar i arbeidet med tolking av resultatene. Teori har vært empiristyrkt i denne studien, og har bidratt sterkt til tolking og konklusjon. På den andre siden var det jeg som valgte teori, og min forforståelse har selvsagt bidratt til dette valget. Jeg må ta ansvaret for resultater og konklusjoner, fordi studien gjennom hele prosessen reflekterer mine tolkinger av data.

6.2.5 Analysemetode

Datagrunnlaget – intervjuutskriftene – var på til sammen 120 sider. Etter gjennomlesing valgte jeg sju temaer, og fargekodet så teksten i forhold til temaene (Meningsenhetene). Deretter ble tekstbiter sortert inn i disse sju hovedkategoriene, som igjen ble oppdelt i ”subgrupper”. Til slutt ble hver av subgruppene sammenfattet og oppsummert, og det er disse oppsummeringene jeg presenterer i kapittelet ”Funn”.

Fremgangsmåten følger Giorgis firetrinns-analyse-modell, slik Malterud (2003) fremstiller den.



Det er tidkrevende å følge en metode som er så detaljert som Malteruds fremstilling av ”systematisk tekstkondensering”. I mitt tilfelle opplevde jeg nok at tidspress kan ha gitt en for rask og overflatisk gjennomgang av datagrunnlaget.

Jeg opplevde likevel at den omstendelige tekstkondenserings-prosessen ga meg god oversikt over den verdifulle informasjonen jeg hadde fått. Sammenhenger trådte tydeligere fram; og rådata, som i utgangspunktet virket som et uframkommelig morass av tanker og fortellinger, trådte til slutt fram som et oversiktelig landskap der det burde være mulig å orientere seg.

Ett problem ved å benytte denne fremgangsmåten kan være at uttalelser i samtalesammenheng ofte er mangetydige, og kan henspille på flere forhold - *samtidig*. Til en viss grad blir det nødvendig å øve vold mot denne mangetydigheten, når helheten skal klippes i små biter som skal sorteres inn i konstruerte kategorier. Jeg valgte derfor å prøve å ta vare på brukerstemmene ved å benytte *sitater* i ”funn”- kapitlet – kanskje i større grad enn Malterud ville anbefalt.

6. 2.5 Etske betraktninger

Jeg vil henvisse til punkt 4.6.4, ”Forskingsetiske betraktninger,” vedrørende formell ivaretagelse av forskningsetiske hensyn.

Samtaler som de jeg har hatt med informantene, vil kunne sette i gang prosesser i deltakerne etter at samtalerne er avsluttet. Det er tunge og vanskelige erfaringer informantene forteller om, og dersom erindring går over i gjenopplevelse, kan en tenke seg at samtaler kan fungere som en retraumatisering. Allerede i utvelgelsen prøvde jeg å ta hensyn til dette problemet, ved at mulige kandidater ble vurdert av klinisk terapeut med god kjennskap til kandidatene. De personene som deltok i studien har også kontakt med psykisk helse-tjeneste, slik at eventuelt behov for oppfølging i etterkant skal være ivare tatt.

I en forstand vil informanter i en studie som denne alltid bli ”brukt” av forskeren (Kristoffersen, 1998, s.63). Dette er imidlertid ikke nødvendigvis en negativ opplevelse. Mine informanter ga uttrykk for en klar forståelse av at *de* hjalp *meg* i arbeidet med masterstudien. Alle ga også uttrykk for at de syntes dette var en *positiv* opplevelse, og at samtalen hadde vært god.

Det oppleves kanskje heller ikke negativt at noen viser interesse for den spesielle erfaringskunnskapen personer med psykoseerfaring har? Da vi skulle avslutte samtalen, sa en av informantene: ”*Det har vært en befrielse å snakke med deg!*” Jeg kan bare håpe at dette utsagnet også beskriver noe av opplevelsen for de andre informantene i studien.



7.0 MULIGE IMPLIKASJONER

Det er nok lite realistisk å tenke at resultater fra en masteroppgave kan påvirke psykosebehandlingen i Norge. Likevel vil jeg prøve å videreformidle erfaringer og tanker fra informantene mine, fordi det er verdifulle perspektiver disse brukerne av psykisk helse-tjenestene kan bidra med.

7.1. Hva hjelper?

Informantene beskriver tre viktige bedringsfaktorer som ikke direkte vedrører behandlingsrelasjon: Egen innsats, materiell tilrettelegging, og den ”normaliseringseffekten” de opplevde da de møtte andre stemmehørere på ”Mestringskurset”.

Jeg vil her ikke gå nærmere inn på disse viktige faktorene – mye av dette er godt dokumentert og beskrevet tidligere (Topor, 2003). Jeg vil her nøye meg med å fremheve at relasjoner informantene har opplevd som støttende i bedringsprosessen, også omfatter relasjoner til personer utenom behandlingsapparatet, og relasjoner til personal som ikke tradisjonelt regnes som ”behandlere”: assistenter, renholdsarbeidere, vikarer. Også dette stemmer godt med de resultatene som er blitt lagt fram i recovery-forskingen (Topor, 2003).

Det kan se ut til at det viktigste ved relasjoner som oppleves som støttende, uansett kontekst, dreier seg om vanlig menneskelig imøtekommenhet - oppriktighet, varme og respekt. Dette er trekk som også går igjen i informantenes beskrivelser av gode *behandlingsrelasjoner*, og som stemmer godt overens med Carl Rogers’ tanker om terapeutisk relasjon.

7.2. Informantenes råd om den viktige relasjonen

Mine informanter har fortalt mye om hva som hjalp dem. En del av funnene kan sammenfattes i en form psykisk helse-arbeidere kanskje kan ha nytte av å vurdere. Jeg vil gjøre et forsøk på en slik fortetting, og håper jeg har klart å fange opp det vesentlige i informantenes fortellinger, og kan klare å gi dekkende uttrykk for det de har å si.

Jeg vil prøve å formidle det jeg oppfatter som viktigst i informantenes uttalelser vedrørende møter og samhandling med psykisk helse-arbeidere. Jeg bruker formen ”kunstig sitat”, et ”*artefakt forankret i data*” (Malterud, 2003, s.107). Dette er altså ikke direkte sitater, men en sammenfatning av innholdet




informantene har formidlet. Der jeg supplerer teksten med direkte sitater, står disse i anførselstegn og med kursiv.

IKKE!

- Ikke avvis min opplevelse som usann eller ”bare sykdom”! Min opplevelse kan være annerledes enn din, men for meg er den like virkelig.
- Ikke fortell meg hva jeg kan og ikke kan klare! Spør meg heller *hvordan* jeg kan klare å nå målene mine, eller *hvorfor* jeg mener at jeg kan klare det.
- Ikke forvent at alle pasienter på en avdeling skal delta i arrangerte aktiviteter! Selv om vi alle er pasienter, er vi også forskjellige personer. Aktiviteter som er meningsfulle for en person, kan virke meningsløse for en annen.
- Ikke oppfør deg grunnleggende annerledes på mitt rom enn du ville gjort på besøk hos en bekjent! Vanlige høflighetsregler gjelder også overfor personer i psykose. Bank på dører, og styr din nysgjerrighet.
- Ikke overmedisiner meg. *”Det er ikke godt å være rusa på medisiner!”*

TIDEN

- Husk at mennesket er mer enn psykosen. Det er en person du møter, og derfor må du ta deg tid til å bli kjent med den personen.
- Hvis min virkelighetsoppfatning avviker fra din, kan du kanskje vurdere hvilke *følger* dette får, før du går i gang med et



behandlingsopplegg: ”Man *må* ikke på liv og død ut av en psykose!” Gi meg tid.

- Det kan hjelpe om du åpner for å gi meg av din tid, selv om det ikke er avtalt på forhånd. Noen ganger trenger jeg hjelp der og da, og å oppleve at mennesker vil bruke tid på meg kan gi en avgjørende bekræftelse på at noen bryr seg om meg.

TRYGGHETEN

- Når jeg er psykotisk, er jeg veldig redd. Da trenger jeg forutsigbarhet, og mennesker jeg *kjenner* kan bidra til å gjøre meg tryggere. Hvis det er mulig: gi meg primærkontakter jeg er kjent med og kan stole på.

- Det kan hjelpe hvis du møter meg på det nivået jeg er, når jeg er syk. Da er jeg kanskje ikke så veldig voksen, og jeg kan trenge hjelp til å forholde meg til virkeligheten. Hjelp meg å få i meg mat og medisiner, hjelp meg så jeg ikke skader meg selv eller andre i psykosen.

- Noen ganger klarer jeg ikke å uttrykke meg verbalt. Du kan gjøre meg tryggere ved å være oppmerksom på, og forsøke å forstå, de ikke-verbale signalene jeg gir deg.

- TV kan være veldig skummelt. Snakk om krig og katastrofer kan også være skremmende når jeg er psykotisk. Prøv å forstå hvordan jeg har det, og hjelp meg å skjerme meg mot sånne inntrykk hvis det er nødvendig.

RESPEKTEN

- Møt folk med respekt. Ikke prøv å løse alle problemene for folk hele tida – noen vil bare ha en samtalepartner, og finner etter hvert sin egen løsning. Dine løsninger trenger ikke være mine løsninger! Mens andre kanskje gjerne vil ha løsningen, og trenger at du løser problemet for dem.
- Det er et overgrep å la syke mennesker bli hentet av uniformert politi. Sånne Psykebiler som de har i Bergen burde vært innført i hele landet for lenge siden.
- For noen kan *noe* hjelpe, for andre kan noe *annet* hjelpe. ”*For min del var det viktig å bli møtt på det planet jeg var, og at tanker og ideer jeg kom med ble respektert, ikke bare avfeid.*”

SAMTALEN

- Hvis pasienter ser og hører noe du ikke kan se og høre, så er det ikke til hjelp hvis du sier: ”Det er ingenting der, du trenger ikke være redd.” I stedet kan du kanskje si: ”*OK, vi ser ikke det, men du ser det, men vi passer på deg! Og er du redd, kan du få ligge her i sofaen.*”
- Hvis du synes noe en pasient sier eller gjør er merkelig, så husk: ”*Det går an å spørre!*”
- Når jeg er i psykose, kan det virke vanskelig eller umulig å snakke om det vonde jeg føler og opplever. Kanskje kan jeg ikke kommunisere verbalt. Likevel vil jeg gjerne bli forstått, og det hjelper å oppleve at noen prøver å skjønne hva jeg mener.

- Det kan også være til hjelp å bli invitert til samtale om helt vanlige og hverdagslige ting. Det går fint an å diskutere politikk eller sport med en person i psykose.
- Det er viktig å ha samtalepartnere, for da får jeg tilbakemeldinger og en mulighet til å formulere det jeg grubler på.
”Å snakke om det første gang er alltid verst. Så går det bedre og bedre.”

8.0 MULIG VIDERE FORSKING

Denne studien har gitt meg tilgang på et materiale jeg har opplevd som rikt og spennende. Data reiser nye spørsmål, som kanskje kan bli utforsket nærmere ved en annen anledning. Blant de spørsmålene er jeg blitt spesielt nysgjerrig på disse tre:

- 1) Finnes det en korrelasjon mellom metaforfattig språk, svak OAS og psykoseutsatthet?
- 2) Hvilken psykoseforståelse hos helsearbeidere ligger til grunn for psykosebehandlingen i dagens helsevesen? Finner vi tverrprofesjonell enighet, eller er det forskjeller?
- 3) Finner vi ”positive psykosesymptomer”, som hallusinasjoner, også i den norske normalbefolkningen – slik undersøkelsene til bl.a. Romme og Esher har påvist i andre land?

9.0 KONKLUSJON.

Problemstillingen i denne oppgaven ble formulert slik:

”Hvilken betydning har forståelse av psykosens innhold for behandlingsrelasjon og tilfriskning?”

En oppsummering av de fire hovedpunktene i funn-drøftingen kan lede fram mot et svar på dette spørsmålet.



Drøfting av ”Psykoseopplevelsen” viser at det affektive innholdet i psykosen domineres av en overveldende angst, og ofte oppfattes som knyttet til traumatiske opplevelser i barndommen. Opplevelsene har sterk virkelighetskarakter, og informantene forteller at de ikke kunne skjelve mellom ”hallusinasjoner” og vanlige sanseinntrykk. ”Vrangforestillinger” kan oppfattes som forsøk på å finne sammenheng i, og mening med, opplevelsene. De informantene som også har hatt gode opplevelser i psykosen, sier at disse opplevelsene er til hjelp for dem, og ønsker å holde fast ved denne typen opplevelser.

Funnene peker i retning av at psykosens innhold oppleves som meningsbærende.

En drøfting av psykosesymptomene viser at det er mulig å oppfatte symptomene både metaforisk og som en form for kommunikasjon. En metaforteoretisk synsvinkel gir blant annet grunn til å hevde at språklige særtrekk *ikke* innebærer at ”psykotisk språk” er prinsipielt uforståelig, selv om det kan være vanskelig tilgjengelig. Handlinger i psykosen kan informantene i etterkant oppleve som forsøk på kommunikasjon.

Språk, handlinger og eventuell ”magisk tenking” har utspring i en felles-menneskelig begrepsoppbygging, og bør derfor være tilgjengelig for forståelse.

En drøfting av informantenes ”Opplevelse av sammenheng” viser at informantene ikke bare har opplevd en bedring i forhold til den psykiske lidelsen – noe som var et utvalgs-kriterium da informanter ble bedt om å delta i studien – men at de fleste også har oppnådd en langt bedre opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette bekrefter ikke bare at en tilfriskning er mulig, men viser også at:

personer med psykoseerfaring kan ha et stort potensiale for personlig utvikling og menneskelig vekst.

Drøftingen av behandlingsrelasjoner konkluderer med at helsearbeideres psykoseforståelse vil være retningsgivende for hvilken type behandling psykoserammede personer tilbys. Konsekvenser av en strengt biomedisinsk forståelsesramme vil være at psykofarmaka oppfattes som den sentrale bærebjelken i behandlingen, supplert med psykoedukative tiltak, tilrettelegging av sosial situasjon, og en stabil behandlingsrelasjon der hensikten er at pasienten skal oppnå god sykdomsinnsikt og medisin-compliance (Hansen, 2000).

Konsekvenser av en mer kontekstuell forståelse kan være større varsomhet med bruk av psykofarmaka og større vekt på behandlingsformer som nettverksarbeid, åpne samtaler, stemmehørergrupper og individualterapi.



Også en metafor-teoretisk forståelse vil kunne påvirke relasjonen mellom psykisk helse-arbeidere og brukere av psykisk helse-tjenestene. Dersom helsearbeidere forstår psykosesyndromet som metafor og kommunikasjon, inviteres vi til større åpenhet og en mer spørrende, undrende holdning overfor den psykoserammede: ”Jeg forstår deg ikke, men jeg vil gjerne forsøke å forstå mer. Kan du forklare -?” En slik holdning er basert på en oppfatning om at syndromet er meningsbærende, og at det er *mulig å forstå*, fordi alle mennesker har et begrepsapparatet som fungerer og er utviklet ved hjelp av symboler og metaforer.

Oppfatter vi psykosens utelukkende som en genetisk betinget feilfunksjon, vil en brukersentrert – eller ”klientsentrert” – behandlingsrelasjon vanskeligere kunne oppstå. Kan feilen ikke repareres, vil det beste vi kan håpe på, være å holde symptomene mest mulig i sjakk, og behandlingsrelasjonen vil utvikle seg på dette grunnlaget. Det vil bli vanskeligere å møtes ”Person to Person”.

Informantene i denne studien forteller alle at de har hatt nytte av medisiner, og jeg har ikke til hensikt å avvise en biomedisinsk forståelse av psykosens. Likevel vil jeg hevde at *større vektlegging av en kontekstuell forståelse kan gi en bedre behandlingsrelasjon*, ved hjelp av elementer informantene har pekt på som viktige i en bedringsprosess: *Tiden. Tryggheten. Respekten. Samtalen.*

Disse fire elementene vil jeg supplere med et femte, som jeg finner belegg for i samtalene med mine informanter; og som i tillegg støttes av funn i tidligere recovery-forskning, og i Rogers tanker om terapeutisk relasjon (Rogers, 1998).

Enkelt uttrykt: Terapeuten må ”*bry seg*” (Karterud og Bateson, 2010).

Dette femte, avgjørende elementet vil jeg kalle ”*Varme.*”

Med et sterkere fokus på syndromet sett som metafor og kommunikasjon, og en enda mer bevisst bruk av de fem elementene tid, trygghet, respekt, samtale og varme, vil helsearbeideren kanskje lettere kunne følge brukeren på veien fram mot tilfriskning og en styrket opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen.

Jeg spurte en informant om det var noe helsearbeidere kunne gjøre for ham når han hadde det vondt.

”Ikke annet enn å gråte med meg,” svarte han.

Likevel kom han med et innstendig råd, så viktig at det ble gjentatt tre ganger på forskjellige tidspunkt i samtalen:




”Det vil jeg råde deg, at når du kommer til mennesker som har det vondt, så må du ikke ta parti eller noe. Du må (...) bare prøve å skjønne hva de mener. ”

Denne informanten mente det måtte være noe overnaturlig ved ”Psykiatrien”, - det var derfor han ba så inderlig om hjelp den gangen han ble innlagt. Og tross flere års opphold på sykehus – preget av både gode og vonde erfaringer, og en opplevd mangel på forståelse hos doktorene – er han fremdeles raus nok til å tenke at ”Psykiatrien” kan være *”nesten som et trossamfunn”*. Jeg vil la ham få det siste ordet, og la ham gi uttrykk for et mål og et framtidshåp:

”For det må en huske på, at i Psykiatrien, så er det ikke noen fordømmelse. Det *er* ikke noen fordømmelse i Psykiatrien!”

LITTERATURLISTE

- Antonovsky, Aa.(1979). *Health, stress and Coping*. California. Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, Aa.(2000). *Helbredets mysterium*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Dalsgaard Axelsen, E. (2009). *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness Explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Campbell, J. (1973). *Myths to live by*. New York: Bantam books.
- Due-Tønnesen, M. og Erdal-Aase, R. (2007). *Individualterapeuters forståelse og behandling av psykose: En kvalitativ studie*. Bergen/Oslo: Hovedoppgave ved psykologisk fakultet, UiB og psykologisk institutt,UiO.
- Frank, J.D. og Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing*. Baltimore, Maryland. The John Hopkins University Press.
- Frith, C. og Johnstone, E.(2003). *Schizophrenia. A very short introduction*. Oxford. Oxford University Press.
- Grimsrud, B. (2010). *En dåre fri*. Oslo: Cappelen Damm A/S.
- Hansen, V. (Ed).(2000). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. (Vol.9-2000). Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Johnson, M. (1997). *Embodied meaning and cognitive science*. In D.Levin, ed., *Language beyond postmodernism: Saying and thinking in Gendlin's Philosophy*, 148 – 175. Evanston, Ill.: Northwestern University Press.
- Karterud, S. og Monsen, J.T. (red). (2002). *Selv-psykologi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Karterud,S. og Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Kristoffersen, K. (1984). *Et klinisk studie av identitet hos schizofrene*. I: Sykepleien. Eksempler på studentoppgaver. Universitetsforlaget, Bergen, Oslo,Stavanger, Tromsø.
- Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Larsen, I. B. *Validitetsbegrepet i kvalitativ forskning. Styrker, begrensninger og utfordringer*. Forelesning 02.11.2010 ved masterstudiet i psykisk helsearbeid, Fakultet for psykososial helse, Universitetet i Agder.
- Larsson, S. (1993). *Om kvalitet i kvalitative studier*. I Nordisk pedagogikk, 13.

- 
- Lakoff, G. og Johnson, M. (2003). *Hverdagslivets metaforer – fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo. Pax forlag.
- Lakoff, G. og Johnson, M. (1999.) *Philosophy in the flesh. The embodied mind and its challenge to western thought*. New York. Basic Books.
- Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: J.W Cappelens Forlag.
- Lauveng, A.(2008). *Arbeidsmaur med gipset hjerte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York, Harper and Row.
- Myklebust, K. K. (2002). *Psykotisk og religiøs*. Sykepleien 2002 90(12): 38-41.
- Rogers, C. (1981). *Client-centered Therapy*. London. Constable London.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person*. New York. Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (1998). *Person to person*. London. Souvernir Press.
- Romme, M. og Escher, S. (1994). *Accepting voices*. London. Mind Publications.
- Romme, M. og Escher, S.(2000). *Making Sense of Voices*. London: Mind Publications.
- Terkelsen, T. (2010). *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling*. Doktorgradsvhandling, Universitetet i Bergen.
- Topor, A. (2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Walsh, R.(1990). *The Spirit of Shamanism*. London. Mandala.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.
- Aase, T.H. og Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter*. Oslo, Universitetsforlaget.





VEDLEGG 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”SYMPTOMER, SYMBOLER OG SAMTALER”.

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel om deltakelse i en forskningsstudie, der resultatene vil bli lagt fram i en masteroppgave i psykisk helsearbeid våren 2011.

Den som står for studien er autorisert vernepleier, har arbeidserfaring fra en distriktpsikiatrisk døgnpost, og er for tiden masterstudent på heltid ved Universitetet i Agder.

Hensikten med studien er å få vite mer om hva personer som har opplevd ”psykotiske symptomer” kan fortelle om sine opplevelser, om sin samhandling og samtale med helsevesenet. Det er et mål at brukere av psykisk helse-tjenestene skal komme til orde, og at helsearbeidere skal få anledning til å lære av brukernes erfaringer.

Hva innebærer studien?

Det søkes kontakt med personer som en gang har fått en psykosed diagnose, men som har opplevd bedring/tilfriskning, og i dag kan fortelle noe om hva som *hemmet* og hva som *fremmet* slik bedring.

Selve intervjuet vil antakelig ta rundt en til halvannen time, så det kan være rimelig å sette av maksimalt to timer til samtale.

Tid og sted vil vi måtte bli enige om etter at du eventuelt har sagt deg interessert i å delta i denne studien. Jeg er innstilt på å komme til det stedet som passer deg best, på et tidspunkt som passer. Jeg håper å kunne ha intervjusamtalene fra slutten av januar til begynnelsen av mars 2011.

Mulige fordeler og ulemper

Mange brukere av psykisk helse-tjenestene har gitt uttrykk for et ønske om at også deres stemmer må bli hørt. Denne studien kan forhåpentligvis bli et bidrag til å synliggjøre brukererfaringer.



Helsearbeidere – alle fra hjelpepleiere til psykiatere – kan ha mye å lære av erfaringene til mennesker som selv har opplevd psykose-tilstander. Det vil kanskje fremtidige brukere av psykisk helse-tjenestene kunne få nytte av.

En mulig ulempe ved å delta som informant i denne studien, kan være at eventuelle smertefulle erfaringer kan bli opprivende å dele og snakke om. Derfor ber jeg deg vurdere hvordan du tror en samtalesituasjon vil fungere for deg. Det vil være en ekstra trygghet om du har noen du kan snakke med i etterkant, hvis vonde minner skulle bli for sterke.

Dersom du bestemmer deg for å delta, skal du vite at du likevel kan trekke deg fra avtalen, når som helst, og uten å måtte oppgi noen grunn.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen du bidrar med skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Også andre opplysninger vil bli aidentifisert.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte

A) Masterstudent/ prosjektmedarbeider: Anne Kristine (Kia) Halling. Telefon: 95278088.

B) Prosjektleder: Kjell Kristoffersen, UiA. Telefon: 3723378



Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke av de opplysningene du ga, som blir brukt. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som blir benyttet.

Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysninger du har bidratt med.

Samtykke til deltakelse i studien ”Symptomer, symboler og samtaler”.

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien)

VEDLEGG 2 .

Foreløpig og veiledende intervjuguide til prosjektet ”Symptomer, symboler og samtaler.”

Spørsmål 1. Du har fortalt at du har erfart å få en psykose-diagnose. Kan du fortelle mer om hvordan du opplevde livet ditt den gangen?

Spørsmål 2. Kan du fortelle noe om uvanlige sanseinntrykk eller andre spesielle opplevelser du hadde?

Spørsmål 3. Har du tanker om hvordan du forstår opplevelsene i dag – hadde de en betydning for deg?

Spørsmål 4. Snakket du med psykisk helsearbeidere om det du opplevde? Kunne du uttrykke det du ville si med språket, eller hadde du andre måter å kommunisere på?

Spørsmål 5. Hvordan opplevde du at ansatte i psykisk helse-apparatet møtte deg, hvordan svarte de på det du eventuelt ville formidle?

Spørsmål 6. Var det holdninger eller måter å svare deg på som ble opplevd som gode og støttende? Kan du gi eksempler på noe du opplevde som en *god* dialog på denne tiden?

Spørsmål 7. Var det holdninger eller måter å svare på som ble opplevd som belastende eller smertefulle for deg? Kan du gi eksempler?

Spørsmål 8. Hadde kontakten mellom deg og helsearbeidere noen betydning – opplevde du at samtalen kunne bidra til forverring eller forbedring av den psykiske helsetilstanden din?

Spørsmål 9. Har du noen tanker om hvordan helsearbeidere best kan svare, når de møter personer som er inne i en psykoseopplevelse?

Spørsmål 10. Hva syns du er forskjeller eller likheter mellom det du opplevde, og oppfatninger/opplevelser som er vanlige og aksepterte?

Spørsmål 11. Er det noe jeg ikke har spurt om, som du syns det er viktig å fortelle?

VEDLEGG 3

Professor Kjell Kristoffersen
Universitetet i Agder
Fakultetet for helse- og idrettsfag
4604 Kristiansand
**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst D (REK sør-øst D)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo
Telefon: 22 85 05 93

Dato: 14.02.11 E-post: post@helseforskning.etikk.no

Deres ref.: Nettadresse: <http://helseforskning.etikk.no>

Vår ref.: 2010/3330-1

2010/3330-1 Symptomer, symboler og samtaler.

Vi viser til søknad av 14.12.10 for det ovenfor nevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet i komiteens møte 20.01.11.

Prosjektleder professor dr. polit. Kjell Kristoffersen.

Forskningsansvarlig er Universitetet i Agder ved øverste administrative ledelse.

Prosjekttema:

Prosjektet er en masterstudie hvor man skal se på holdninger hos helsearbeidere som kan bidra til å mobilisere det som omtales som livskrefter hos pasienter med psykosesyntomer. Studien er kvalitativ og data skal innhentes ved hjelp av intervju. 4 til 6 tidligere pasienter skal inkluderes.

Vedtak:

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10. Det knytter seg imidlertid vilkår til godkjenningen som må oppfylles før prosjektet settes i gang.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket er tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, protokollen og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vilkår vedrørende informasjonsskrivet:

Komiteen anbefaler at jeg-formen unngås i informasjonsskrivet og at språkføringen gjøres mer nøytral.

Vilkår vedrørende informasjonssikkerhet:

I søknaden står det at prosjektdata skal oppbevares på hjemmemaskin. Komiteen forutsetter at data oppbevares i avidentifisert form. Det vil si at opplysningene oppbevares uten direkte personidentifiserbare parametre, men hvor man kan finne tilbake til den personen opplysningen stammer fra ved hjelp av en nøkkel eller kode. Nøkkelen skal oppbevares adskilt fra prosjektdataene.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i

forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norsk.helsenett.no/informasjonssikkerhet/bransjenormen/Personvern%20og%20informasjonssikkerhet%20i%20forskningsprosjekter%20v1.pdf>

Tillatelsen gjelder til 31.12.2011. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2012. Opplysningene skal lagres avdeidentifisert, dvs. adskilt i en nøkkel og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter anonymiseres eller slettes.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK Sør-Øst D senest 31.06.2012.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. En eventuell klage sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
professor dr.med.
leder

Ingrid Middelhøen
seniorrådgiver

Kopi:
Universitetet i Agder

